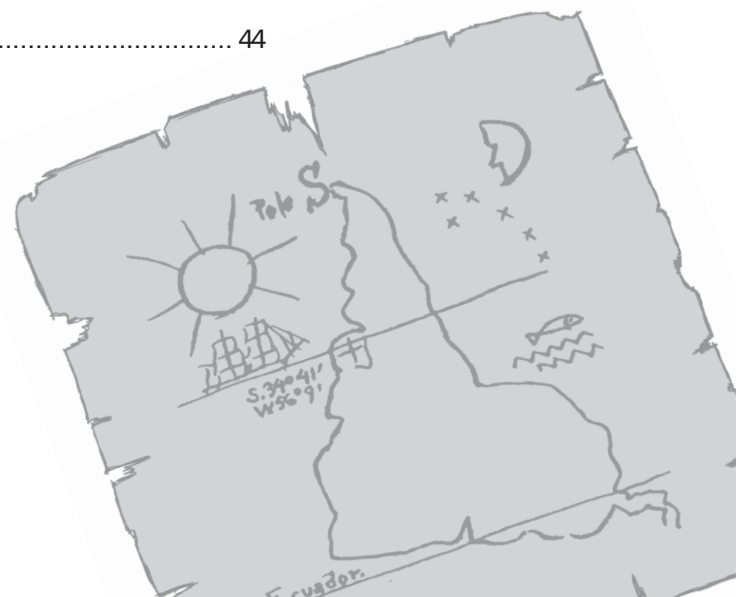


Índice

Carta de Bienvenida	3
Autoridades del 8º Congreso	4
Auspiciantes	5
Invitados Extranjeros	6
Actividad Social	7
Cronograma Científico del 8º Congreso	8
Programa Científico del 8º Congreso	9
Autoridades de las 3as. Jornadas de Enfermería	18
Cronograma Científico de las 3as. Jornadas Enfermería	18
Programa Científico de las 3as. Jornadas Enfermería	19
Información General	20
Resúmenes de Trabajos Científicos	
Orales	22
Posters	26
Publicaciones	32
Ponencias	39
Ponencias 3as. Jornadas de Enfermería Oncológica	42
Agradecimientos	44



8^o Congreso Uruguayo de Oncología

Encuentro Regional
de Oncólogos del Sur
3as. Jornadas de
Enfermería Oncológica



CARTA DE BIENVENIDA

Estimados colegas,

La organización del Congreso Uruguayo de Oncología representa el mayor esfuerzo de la Sociedad de Oncología Médica y Pediátrica del Uruguay (SOMPU) para contribuir a la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer en nuestro país.

Hemos elaborado un programa que comprende un amplio conjunto de temas que serán abordados presentado los últimos avances y su significado en la práctica clínica, a través de conferencias, mesas redondas, un curso y paneles-foro. Asimismo se discutirán los trabajos científicos seleccionados para las sesiones de presentación oral y de posters.

Para asegurar un alto nivel científico y educacional hemos invitado un selecto grupo de expertos nacionales y extranjeros a quienes agradecemos desde ya sus valiosos aportes.

Este 8° Congreso incorpora un panel-foro conducido por residentes y oncólogos jóvenes sobre "Prevención del Cáncer". Confiamos que esta iniciativa tendrá el éxito que le asegura la incorporación de los jóvenes y el tema seleccionado.

Además, durante el Congreso tendrá lugar un "Curso sobre Predisposiciones hereditarias al Cáncer en el marco del Programa de Educación Médica Continua desarrollado por la SOMPU y acreditado por la Escuela de Graduados.

Por último, este año se incluye una reunión especial en el contexto de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Cancerología (FLASCA) sobre la "Investigación Terapéutica Oncológica en la Región" cuyo desarrollo es para nosotros una meta relevante.

En paralelo se desarrollarán las 3ras. Jornadas de Enfermería Oncológica.

Esperamos que este Congreso logre colmar las expectativas de todos, reuniéndonos para aprender, compartir y planificar juntos.

Desde ya les damos la bienvenida,

Dra. Lucía Delgado
Presidente

8^o Congreso Uruguayo de Oncología

Encuentro Regional
de Oncólogos del Sur
3as. Jornadas de
Enfermería Oncológica

AUTORIDADES DEL CONGRESO

Dr. Julio C. Priario
Presidente de Honor

COMITÉ ORGANIZADOR

Dra. Lucía Delgado
Presidente

Dra. Isabel Alonso
Vice-presidente

Dra. Marisa Fazzino
Secretaría General

Dr. Robinson Rodríguez
Dra. Ana Estefanell
Secretaría Científica

Dr. Lyber Saldombide
Secretaría Gremial

Dr. Gabriel Krygier
Tesorería

Dra. Marta Aghazarián
Dra. Sandra Cataldi
Dr. Agustín Dabezies
Vocales Titulares

COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Luis Castillo

Dr. Ignacio M. Musé

Dra. Graciela Sabini

Dr. Miguel Torres

Dr. Alberto Viola

AUSPICIANTES

Ministerio de Salud Pública	Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer
Ministerio de Educación y Cultura	Instituto Nacional de Enfermería
Intendencia Municipal de Montevideo	Federación Latinoamericana de Sociedades de Cancerología (FLASCA)
Embajada de los Estados Unidos de América	Sociedad de Gastroenterología del Uruguay
Embajada de Italia	Sociedad de Geriatras y Gerontólogos del Uruguay
Embajada de Francia	Sociedad de Medicina Interna del Uruguay
Embajada de España	Sociedad Latinoamericana de Oncología Pediátrica (SLAOP)
Facultad de Medicina	Sociedad Uruguaya de Cirugía
Academia Nacional de Medicina	Sociedad Uruguaya de Ginecología
Sindicato Médico del Uruguay	Sociedad Uruguaya de Mastología
Federación Médica del Interior	Sociedad Uruguaya de Urología
Asociación Médica del Uruguay	
Escuela de Graduados	

8^o Congreso Uruguayo de Oncología

Encuentro Regional
de Oncólogos del Sur
3as. Jornadas de
Enfermería Oncológica

INVITADOS EXTRANJEROS

Dr. Simón Breier (Argentina)

Dr. Roberto Buzzoni (Italia)

Dr. Reinaldo Chacón (Argentina)

Dr. Oscar Dip (Argentina)

Dr. Jean Pierre Droz (Francia)

Dr. Miguel Angel Escudero (Argentina)

Dr. Roberto Gil (Brasil)

Dr. Stephen Gruber (EE.UU.)

Dr. Gunnar Kvalheim (Noruega)

Dr. Michel Marty (Francia)

Dr. Luis Paz-Ares (España)

Dr. Eduardo Richardet (Argentina)

Dra. Silvia Sforza (Paraguay)

Dr. Cristian Trujillo (Chile)

Dra. Silvia Zunino (Argentina)

ACTIVIDAD SOCIAL

☉ Ceremonia de Apertura y Cóctel de Bienvenida

Día: Jueves 2 de Diciembre de 2004

Hora: 20.00

Sala: Ball Room del Hotel Sheraton

Palabras de Autoridades

Actuación de Malena Muyala

☉ Cierre del 8º Congreso y Entrega de Premio

Día: Sábado 4 de Diciembre de 2004

Hora: 12.30

Sala: Zorrilla de San Martín

Palabras de la Dra. Isabel Alonso - Vicepresidente del 8º Congreso

Entrega de premio al mejor trabajo científico



8^o Congreso Uruguayo de Oncología

Encuentro Regional de Oncólogos del Sur
3as. Jornadas de Enfermería Oncológica

CRONOGRAMA CIENTÍFICO DEL 8^o CONGRESO

	JUEVES 2 DE DICIEMBRE	VIERNES 3 DE DICIEMBRE	SABADO 4 DE DICIEMBRE
07.30-08.00	Inscripciones	Inscripciones	Inscripciones
08.00-09.00	Presentaciones Orales (1)	Presentaciones Orales (2)	Presentaciones Orales (3)
09.00-09.45	Conferencia Vacunas con células dendríticas en pacientes con cáncer de próstata <i>Dr. G. Kvalheim (Noruega)</i>	Conferencia Aportes de la genómica funcional al diagnóstico, pronóstico y tratamiento del cáncer de mama <i>Dr. M. Marty (Francia)</i>	Panel - Foro de Residentes y Oncólogos Jóvenes Prevención en cáncer <i>Coordinador: Dr. L. Saldombide (Uruguay)</i>
09.45-10.30	Conferencia Cáncer de próstata hormono-refractorio <i>Dr. J. P. Droz (Francia)</i>	Conferencia Nuevos fármacos de origen marino <i>Dr. L. Paz-Ares (España)</i>	
10.30-10.45	Descanso	Descanso	Descanso
10.45-12.30	Mesa Redonda Tumores Urológicos <i>Coordinador: Dr. M. Varangot (Uruguay)</i>	Mesa Redonda Cáncer de Esófago <i>Coordinador: Dr. M. Torres (Uruguay)</i>	Encuentro Regional de Oncólogos del Sur <i>Coordinadora: Dra. L. Delgado (Uruguay)</i>
12.30-14.30	Sesión de Posters	Curso de Oncogenética <i>Coordinadora: Dra. G. Sabini (Uruguay)</i>	Cierre del Congreso y Entrega de Premio
14.30-15.15	Conferencia Manejo actual de los GIST <i>Dr. L. Paz-Ares (España)</i>	Conferencia Terapias dirigidas contra blancos moleculares <i>Dr. M. Marty (Francia)</i>	13.30
15.15-16.15	Panel - Foro Sarcomas músculoaponeuróticos del adolescente y adulto joven <i>Coordinadores: Dr. L. Castillo Dr. G. Krygier (Uruguay)</i>	Panel - Foro Problemática de la Oncología Geriátrica <i>Coordinador: Dr. R. Rodríguez (Uruguay)</i>	3as. JORNADAS DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA
16.15-16.30	Descanso	Descanso	
16.30-18.30	Mesa Redonda Cáncer de Mama <i>Coordinador: Dr. A. Viola (Uruguay)</i>	Mesa Redonda Avances en oncología <i>Coordinador: Dr. I. M. Musé (Uruguay)</i>	
18.30-19.15	Conferencia Hormonoterapia del cáncer de mama avanzado <i>Dr. R. Buzzoni (Italia)</i>	18.30 - 20.30 Curso de Oncogenética <i>Coordinadora: Dra. G. Sabini (Uruguay)</i>	
20.00	Apertura		

ACTIVIDAD CIENTÍFICA

JUEVES 2 DE DICIEMBRE

07.30 - 08.00: INSCRIPCIONES

08.00 - 09.00: PRESENTACIONES ORALES (1)

Presidente: *Dr. Lyber Saldombide (Uruguay)*

Secretaria: *Dra. Gloria Roldán (Uruguay)*

1. SEGUIMIENTO EN CÁNCER DE COLON: ¿CÓMO Y HASTA CUÁNDO?

Sarroca, C; Della Valle, A; Leites, A; Denis, M; Alonso, JC; Fresco, R; Simonet, F; Rodríguez, A.

Institución: Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Montevideo, Uruguay.

2. FRECUENCIA DE CÁNCER COLORRECTAL HEREDITARIO NO POLIPÓTICO EN PACIENTES URUGUAYOS CON CÁNCER COLORRECTAL.

Sarroca, C; Della Valle, A; Fresco, R; Peltomaki, P; Lynch HT.

Institución: Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Montevideo, Uruguay.

3. RADIOTERAPIA Y CISPLATINO EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO AVANZADO Y DE ALTO RIESGO

Santini A, Mara C, Terradas M, Ferreira V, Torres M.

Servicio de Radioterapia Hospital de clínicas. Servicio de radioterapia Instituto Nacional de Oncología.

4. TRATAMIENTO DEL ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA CON IMPLANTES PERMANENTES DE I125: PRIMERA EXPERIENCIA EN EL URUGUAY.

A. Quarneri, O. Clark, A. Glaussius, P. Kaitasoff, G. Cosia.

5. CÁNCER DE PULMÓN LOCALMENTE AVANZADO NO A PEQUEÑAS CÉLULAS (CBPLANPC): DETERMINACIÓN DE LOS VOLÚMENES DE RADIOTERAPIA POR MIBI Y TAC: ENSAYO FASE II

Departamentos de Oncología, Imagenología, Medicina Nuclear del Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina.

A. Quarneri, O. Alonso, A. De Rosa, M. García Fontes, A. Luongo Gardi, C. Castillo, L. Delgado, D. Pintado, M. Dalla Rossa, L. Guerrero, O. Lillo, M. Luongo Gardi, A. Castaño, A. Luongo, E. De Trápani M. Torres.

09.00 - 09.45: CONFERENCIA

Vacunas con células dendríticas en pacientes con cáncer de próstata

Dr. Gunnar Kvalheim (Noruega)

Presidente: *Dr. Mario Varangot (Uruguay)*

09.45 - 10.30: CONFERENCIA

Cáncer de próstata hormona-refractario

Dr. Jean Pierre Droz (Francia)

Presidente: *Dr. Robinson Rodríguez (Uruguay)*

10.30 - 10.45: DESCANSO

10.45 - 12.30: MESA REDONDA

Tumores Urológicos

Coordinador: *Dr. Mario Varangot (Uruguay)*

Secretario: *Dr. Rodrigo Fresco (Uruguay)*

Integrantes: "Avances en el tratamiento del cáncer de próstata"

Dr. Jean Pierre Droz (Francia)

"Tratamiento neoadyuvante y adyuvante en cáncer de vejiga"

Dr. Luis Paz-Ares (España)

"Rol de la cirugía en los tumores de testículo no seminomatosos"

Dr. Jean Pierre Droz (Francia)

"Cáncer de testículo: certezas e incertidumbres"

Dr. Ignacio M. Musé (Uruguay)

8^o Congreso Uruguayo de Oncología

Encuentro Regional de Oncólogos del Sur 3as. Jornadas de Enfermería Oncológica

JUEVES 2 DE DICIEMBRE

12.30 - 14.15: SESION DE POSTERS

Presidente: *Dr. Robinson Rodríguez (Uruguay)*
Secretaria: *Dra. Alejandra Sosa (Uruguay)*
Moderadores: *Dra. Nora Artagaveytia (Uruguay)*
Dra. Alicia Carnelli (Uruguay)
Dra. Martha Aghazarian (Uruguay)
Dra. Marta Segovia (Uruguay)

1. RENDIMIENTO DEL INTERFERÓN EN TUMORES SÓLIDOS I. MELANOMA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y PUESTA A PUNTO DEL TEMA.

A Vázquez, V Terzieff. Depto de Oncología Médica del CASMU.

2. EL STATUS COMBINADO DE RECEPTORES DE ESTRÓGENOS (RE) Y DEL FACTOR DE CRECIMIENTO EPIDÉRMICO (REGF) PREDICE UNA MALA EVOLUCIÓN CLÍNICA EN EL CÁNCER DE MAMA PRIMARIO

^{1,2}N. Artagaveytia, ²E. Román, ⁵I. Alonso, ³G. Sabini y ^{2,4}E.G. Garófalo

¹Depto. Básico de Medicina, ²Laboratorio de Oncología Básica y Biología Molecular, ³Servicio de Oncología Clínica, Facultad de Medicina, ⁴Depto. Bioquímica, Facultad de Veterinaria, UDELAR; ⁵Servicio de Curieterapia, Centro Hospitalario Pereira Rossell.

3. AFRONTAMIENTO CON LA AMENAZA DE CÁNCER DE MAMA: PRIMEROS RESULTADOS DE UN ESTUDIO PROSPECTIVO.

Berta Varela, B. Caporale, A., Galain, M. Viera L. Delgado H. Bailer, N. Grulke y R. Bernardi.

Departamento de Psicología Médica, Departamento de Oncología Clínica, Facultad de Medicina. Departamento de Psicopatología, Universidad de Ulm, Alemania.

4. CÁNCER DE MAMA Y MENINGOCELE ANTERIOR SACRO EN UNA PACIENTE CON SÍNDROME DE MARFAN

Cataldi S, Laureiro E, Musetti C, Vázquez A, Cabovianco A.

Servicio de Oncología Clínica. Hospital de Clínicas. Montevideo, Uruguay

5. CANCER DE MAMA EN LA MUJER JOVEN. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE UNA POBLACIÓN DE 38 PACIENTES

Cataldi S, Musetti C, Lombardo K, Laureiro E, Vázquez A, Cabovianco A. Sabini G.

Servicio de Oncología Clínica. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. CASMU. Montevideo, Uruguay

6. MELANOMA PRIMARIO PULMONAR. CONSIDERACIONES CLÍNICO-PATOLÓGICAS A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Rodríguez R¹, Roldán G¹, Sosa A¹, Mañana G², Rodríguez A³, Panuncio A³.

Unidad de Neuro-oncología - Servicio de Oncología Clínica¹ - Unidad de Neuro-patología - Instituto de Neurología² - Departamento de Anatomía Patológica³ - Hospital de Clínicas- Facultad de Medicina - Montevideo - Uruguay

7. OLIGODENDROGLIOMAS. ANÁLISIS DE 77 CASOS TRATADOS EN LA UNIDAD DE NEURO-ONCOLOGÍA DESDE 1970 A 2004

Rodríguez R¹, Roldán G¹, Mañana G².

Unidad de Neuro-oncología¹- Servicio de Oncología Clínica - Unidad de Neuro-patología² - Instituto de Neurología - Hospital de Clínicas - Facultad de Medicina - Montevideo - Uruguay

8. NEOADYUVANCIA EN CÁNCER DE RECTO.

Della Valle A, Roldán G, Suárez L, Rodríguez R, Quarneti A.

Hospital de Clínicas y Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Montevideo, Uruguay.

9. NEOPLASMAS ASOCIADOS A VIH NO SARCOMA DE KAPOSI

Lombardo K, Sosa A, Krygier G, Muse I.

Servicio de Oncología Clínica (SOC). Instituto de Higiene (IH). Servicio Médico Integral (SMI). Instituto de Oncología (INDO). Montevideo- Uruguay

10. IMPACTO DE LAS MUTACIONES HETEROCIGOTICAS DE BRCA1 Y DE BRCA2 EN LA SENSIBILIDAD A DROGAS GENOTÓXICAS.

L. Delgado (1,2), G. Grotiuz (1), R. Fresco (2), D. Lens (1).

1 Departamento Básico de Medicina, 2 Servicio de Oncología Clínica, Hospital de Clínicas, Universidad de la Republica, Montevideo, Uruguay.

11. CARACTERIZACION MORFOLOGICA E INMUNOFENOTIPICA DE CARCINOMAS MAMARIOS EN RELACIÓN A LA HISTORIA FAMILIAR DE CANCER DE MAMA.

Gualco G., Ortega V., Musto ML., Delgado L.

Hospital de Clínicas. Montevideo-Uruguay.

12. MUTACIONES DE BRCA1 Y BRCA2 EN FAMILIAS URUGUAYAS CON CÁNCER DE MAMA/OVARIO.

L Delgado^{1,2}, G Fernández², A González², S Cataldi¹, B Bressac-de Paillerets³, J Bombled³, C Castillo¹, M Haguaburu², N Lluberaz², G Sabini¹, R Roca², IM Musé¹.

1Servicio de Oncología Clínica, 2Departamento Básico de Medicina, Hospital de Clínicas, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay. 3Service de Génétique, Institut Gustave Roussy, Villejuif, France.

13. TUMORES ESTROMALES DEL TRACTO GASTROINTESTINAL. ANÁLISIS MORFOLÓGICO Y VALOR DE LA INMUNOHISTOQUÍMICA EN SU TIPIFICACIÓN

Gualco G, Musto M, Ortega V, Gonzalez E, Ardao G

Laboratorio de Anatomía Patológica "Dr. Gónzalo Ardao", Montevideo, Uruguay.

14. SIALOGLICOPROTEÍNAS DE TRIPANOSOMA CRUZI. ¿POSIBLE UTILIDAD PARA ESTRATEGIAS DE INMUNOTERAPIA ACTIVA ESPECÍFICA EN CÁNCER DE COLON?

Ubillos, L; Mazal, D; Chiribao, ML; Berriel, E; Freire, T; Robello, C; Osinaga, E.

Depto. de Bioquímica, Facultad de Medicina, Montevideo.

15. TUMOR DE WILMS EN EL ADULTO. A PROPÓSITO DE 3 CASOS.

C. Castillo, G. Krygier, R. Decia, L. Castillo

Servicio de Oncología Clínica del Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina. Servicio de Hemato-Oncología Pediátrica del Hospital Pereira Rossell. Montevideo- Uruguay.

16. ASTROCITOMA PILOCITICO MALIGNO. A PROPOSITO DE DOS CASOS.

C Castillo (1), G Mañana (2), L Castillo (3), L Delgado (1).

(1)Servicio de Oncología Clínica (2) Laboratorio de Neuropatología. Instituto de Neurología del Hospital de Clínicas, Universidad de la República y (3) Servicio de Oncología Pediátrica del Hospital Pereira Rossell. Montevideo-Uruguay.

17. CÁNCER DE CUELLO UTERINO : EVALUACIÓN DE NUESTROS RESULTADOS.

De Cola A., Suárez L., Castillo C.

SERVICIO DE ONCOLOGÍA CLÍNICA- HOSPITAL DE CLÍNICAS-FACULTAD DE MEDICINA

18. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS TUMORES OLIGODENDROGLIALES EN EL PERIODO 1998 Y 2002.

*M. Galaret *, Graciela Mañana ** y V. Lezue ****

** Cátedra de Neurocirugía -Instituto de Neurología, **Laboratorio de Neuropatología-Instituto de Neurología-Cátedra de Anatomía Patológica, ***Técnico en neuropatología-Cátedra de Anatomía Patológica-Instituto de Neurología Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay*

19. POLICLINICA DE ONCOLOGIA Y CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL LAS PIEDRAS: EXPERIENCIA DE 5 AÑOS (1999-2004).

R. Rodríguez, J. Silvera.

Unidad Oncológica del Hospital Las Piedras. Ministerio de Salud Pública.

Las Piedras. Uruguay.

20. RADIOTERAPIA EN LOS PACIENTES ANCIANOS

Terradas M, Santini A, Mara C. Instituto Nacional de Oncología

21. TUMORES MÚLTIPLES. ANÁLISIS DE 50 PACIENTES

G. Santander, K Lombardo, R Rodríguez.

S Servicio de Oncología H.C.FFAA. Montevideo- Uruguay.

22. METÁSTASIS ENCEFÁLICAS DE TUMORES DE ORIGEN GINECOLÓGICO. EXPERIENCIA EN EL LABORATORIO DE NEUROPATOLOGÍA EN UN PERÍODO DE 5 AÑOS (1998 - 2003). HOSPITAL DE CLÍNICAS "DR MANUEL QUINTELA". MONTEVIDEO, URUGUAY.

Musto M.L., Méndez M.*, Lezue V.**, DAcosta G.*, Mañana G.*.*

** Cátedra y Departamento de Anatomía Patológica, Hospital de Clínicas.*

***Técnico en Anatomía Patológica del Laboratorio de Neuropatología, Hospital de Clínicas*

8^o Congreso Uruguayo de Oncología

Encuentro Regional
de Oncólogos del Sur
3as. Jornadas de
Enfermería Oncológica

JUEVES 2 DE DICIEMBRE

14.30 - 15.15: CONFERENCIA

Manejo actual de los GIST

Dr. Luis Paz-Ares (España)

Presidente: *Dra. Isabel Alonso (Uruguay)*

15.15 - 16.15: PANEL - FORO

Sarcomas músculoaponeuróticos del adolescente y adulto joven

Coordinadores: *Dr. Luis Castillo (Uruguay)*

Dr. Gabriel Krygier (Uruguay)

Secretaria: *Dra. Ana Estefanell (Uruguay)*

Panelistas: *Dr. Gerardo Badell (Uruguay)*

Dr. Luis Castillo (Uruguay)

Dr. Gustavo Dufort (Uruguay)

Dr. Gabriel Krygier (Uruguay)

Dra. Carolina Pages (Uruguay)

Dr. Daniel Pereira (Uruguay)

Temas: Imagenología

Cirugía conservadora de miembros

Sarcoma de Ewing

Osteosarcoma

Sarcomas músculoaponeuróticos

16.15 - 16.30: DESCANSO

16.30 - 18.30: MESA REDONDA

Cáncer de mama. En "Homenaje al Dr. A. D'Auria"

Coordinador: *Dr. Alberto Viola (Uruguay)*

Secretaria: *Dra. Adriana Cordoba (Uruguay)*

Homenaje al Dr. A. D'Auria (5 minutos)

Dr. Julio C. Priario (Uruguay)

Integrantes: "Anatomía patológica en cáncer de mama precoz»

Dr. Gonzalo Ardao (Uruguay)

"Enfermedad mínima residual. Significado clínico"

Dr. Gunnar Kvalheim (Noruega)

"Quimioterapia sistémica en cáncer de mama precoz"

Dr. Gabriel Krygier (Uruguay)

"Terapia hormonal adyuvante en cáncer de mama"

Dr. Roberto Buzzoni (Italia)

"Lugar y modalidad de los tratamientos neoadyuvantes en
cáncer de mama"

Dr. Michel Marty (Francia)

18.30 - 19.15: CONFERENCIA

Hormonoterapia del cáncer de mama avanzado

Dr. Roberto Buzzoni (Italia)

Presidente: *Dra. Marisa Fazzino (Uruguay)*

20.00:

CEREMONIA DE APERTURA Y CÓCTEL DE BIENVENIDA

ACTIVIDAD CIENTÍFICA

VIERNES 3 DE DICIEMBRE

07.30 - 08.00: INSCRIPCIONES

08.00 - 09.00: PRESENTACIONES ORALES (2)

Presidente: *Dr. Robinson Rodríguez (Uruguay)*

Secretaria: *Dra. Karina Lombardo (Uruguay)*

1. REVISIÓN DE TRATAMIENTO DE MEDULOBLASTOMA Y EPENDIMOMA DE FOSA POSTERIOR. ANÁLISIS DE NUEVAS ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS

C. Mara; R. Rodríguez ; M. Torres; G. Roldán; V. Ferreira

2. EXPERIENCIA URUGUAYA EN MELANOMA UVEAL: RESULTADOS DE 63 PACIENTES EN 20 AÑOS DE SEGUIMIENTO.

Krygier, G; Castillo, C; Della Valle, A; Ugartemendia, E; Sabini, G; Viola, A; Musé, I.

Institución: Hospital de Clínicas. Montevideo, Uruguay.

3. TUMORES ASOCIADOS AL VIH/SIDA. SEGUIMIENTO DE 45 PACIENTES ENTRE 1/1998 Y 6/2004.

Krygier G., Lombardo K., Sosa A., Ocampo R., Suárez P, Muse I.

Departamento de Oncología. Hospital de Clínicas.Facultad de Medicina.

4. EXPERIENCIA INICIAL DE LA POLICLÍNICA DE EDUCACIÓN DEL CASMU

Musé, M., Laureiro, E., Musetti, C. Departamento de Oncología CASMU

5. CÁNCER EN EL ANCIANO. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS.

Terradas M, Santini A, Mara C. Instituto Nacional de Oncología

09.00 - 09.45: CONFERENCIA

Aportes de la genómica funcional al diagnóstico, pronóstico y tratamiento del cáncer de mama

Dr. Michel Marty (Francia)

Presidente: *Dra. Lucía Delgado (Uruguay)*

09.45 - 10.30: CONFERENCIA

Nuevos fármacos de origen marino

Dr. Luis Paz-Ares (España)

Presidente: *Dr. Gabriel Krygier (Uruguay)*

10.30 - 10.45: DESCANSO

10.45 - 12.30: MESA REDONDA

Cáncer de Esófago

Coordinador: *Dr. Miguel Torres (Uruguay)*

Secretario: *Dr. Alejandro Santini (Uruguay)*

Integrantes: "Introducción"

Dr. Miguel Torres (Uruguay)

"Indicaciones y contraindicaciones de la cirugía del cáncer de esófago"

Dr. Gonzalo Estapé (Uruguay)

"Radioquimioterapia"

Dra. Silvia Zunino (Argentina)

"Quimioterapia del cáncer de esófago metastásico"

Dr. Roberto Buzzoni (Italia)

8^o Congreso Uruguayo de Oncología

Encuentro Regional
de Oncólogos del Sur
3as. Jornadas de
Enfermería Oncológica

VIERNES 3 DE DICIEMBRE

12.30 - 14.30: CURSO DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA EN ONCOLOGÍA
(ESCUELA DE GRADUADOS)

Oncogenética en la práctica clínica

Coordinadora: *Dra. Graciela Sabini (Uruguay)*

Secretaria: *Dra. Cecilia Castillo (Uruguay)*

12.30: Curso - "Objetivos y metodología del curso"

Dra. Graciela Sabini (Uruguay)

MODULO 1 - Farmacogenética. Riesgo genético de cáncer.

12.40: "Farmacogenética en la práctica clínica oncológica"

Dr. Stephen Gruber (EE.UU.)

13.20: "Determinación del riesgo genético de cáncer"

Dr. Stephen Gruber (EE.UU.)

MODULO 2 - Predisposiciones hereditarias al cáncer de mama y colo-rectal

13.50: Taller (1ra. parte)

Moderadoras: *Dra. Sandra Cataldi (Uruguay)*

Dra. Adriana Della Valle (Uruguay)

14.30 - 15.15: CONFERENCIA

Terapias dirigidas contra blancos moleculares

Dr. Michel Marty (Francia)

Presidente: *Dr. Lyber Saldombide (Uruguay)*

15.15 - 16.15: PANEL - FORO

Problemática de la Oncología Geriátrica

Coordinador: *Dr. Robinson Rodríguez (Uruguay)*

Secretario: *Dr. Alvaro Vázquez (Uruguay)*

Panelistas: *Dr. Jean Pierre Droz (Francia)*

Dr. Ignacio M. Musé (Uruguay)

Dr. Alvaro Pintos (Uruguay)

Dr. Aldo Quarneri (Uruguay)

Dra. Graciela Sabini (Uruguay)

Dra. Lilitiana Suárez (Uruguay)

Temas: Principios de la Oncogeriatría
Aspectos Sanitarios en el Uruguay
Rol de la Educación

Tolerancia de los tratamientos sistémicos

Manejo de la Radioterapia

Visión desde la Geriatría

16.15 - 16.30: DESCANSO

16.30 - 18.30: MESA REDONDA

Avances en oncología

Coordinador: *Dr. Ignacio M. Musé (Uruguay)*

Secretaria: *Dra. Liliana Suárez (Uruguay)*

Integrantes: "Nuevos factores pronósticos y predictivos"

Dr. Michel Marty (Francia)

"Nuevos enfoques terapéuticos"

Dr. Luis Paz-Ares (España)

"Avances en hormonoterapia"

Dr. Roberto Buzzoni (Italia)

"Avances en inmunoterapia"

Dr. Gunnar Kvalheim (Noruega)

"Aplicación práctica de los avances "

Dr. Jean Pierre Droz (Francia)

"Los avances vistos desde el sur "

Dr. Reinaldo Chacón (Argentina)

18.30 - 20.30: CURSO DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA EN ONCOLOGÍA
(ESCUELA DE GRADUADOS)

Oncogenética en la práctica clínica (parte 2)

Coordinadora: *Dra. Graciela Sabini (Uruguay)*

Secretaria: *Dra. Cecilia Castillo (Uruguay)*

MODULO 2 - Predisposiciones Hereditarias al cáncer de mama y colo-rectal

18.30: Taller (2da. parte)

19.10: Foro del Taller

19.50: " Recomendaciones para la prevención en portadoras de mutaciones de BRCA1 y BRCA2 "

Dra. Lucía Delgado (Uruguay)

20.05: "Cáncer de colon hereditario: recomendaciones para la prevención"

Dr. Carlos Sarroca (Uruguay)

20.20: Evaluación

ACTIVIDAD CIENTÍFICA

SÁBADO 4 DE DICIEMBRE

07.30 - 08.00: INSCRIPCIONES

08.00 - 09.00: PRESENTACIONES ORALES (3)

Presidente: *Dr. Mario Varangot (Uruguay)*

Secretaria: *Dra. Verónica Terzieff (Uruguay)*

1. TRATAMIENTO DE RESCATE CON REIRRADIACIÓN CON BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL A MUY BAJA TASA DE DOSIS CON IRIIDIUM-192 (UBTD) EN TUMORES INOPERABLES DE CAVIDAD ORAL, OROFARÍNGE Y GANGLIONAR: EXPERIENCIA DE 28 CASOS EN EL INSTITUTO GUSTAVE-ROUSSY DE PARÍS

A. Quarneti, A. Cordova, E. Barrios, M. Bonomi, C. Haie-Meder, A. Gerbaulet, F. Eschwege.

2. TUMORES DE LA NASOFARINGE: EXPERIENCIA DEL INSTITUTO NACIONAL ONCOLOGÍA (INDO).

*A. Quarneti, G. Cristobal, M. Fleginsky, J. Carzoglio, A. Ronco, S. Fleginsky, T. Carlevaro, A. Luongo
Instituto Nacional de Oncología-MSP*

3. LESIÓN OSEA UNICA CENTELLOGRÁFICA (LOUC) EN PACIENTES CON NEOPLASMA DE MAMA, UN DILEMA.

L. Saldombide, C. Musetti, D. Touya, Hospital de Clínicas, Montevideo.

4. CARCINOMA BRONQUIOLO ALVEOLAR: PERFIL BIOLÓGICO, PRESENTACIÓN CLÍNICO PATOLÓGICA, ESTUDIO Y TRATAMIENTO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y SERIE NACIONAL DE 26 CASOS.

A. Vázquez, V. Terzieff. Depto. De Oncología Médica de CASMU, Montevideo, Uruguay.

5. TUMORES SEMINOMATOSOS TESTICULARES. FORMAS INUSUALES DE PRESENTACIÓN Y EVOLUCIÓN CLÍNICA.

Roldán G, Arén O, Varangot M, Levin R, Delgado L, Viola A, Vázquez A, Musé I. Servicio de Oncología Clínica - Hospital de Clínicas

6. ENVEJECIMIENTO Y CANCER EN URUGUAY: ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS Y PROYECCIONES SANITARIAS.

Barrios E, Musé I.M.

Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer. Montevideo, Uruguay

09.00 - 10.30: PANEL - FORO DE RESIDENTES Y ONCOLÓGOS JÓVENES

Prevención en cáncer

Coordinador: *Dr. Lyber Saldombide (Uruguay)*

Secretario: *Dr. Jorge Bugione (Uruguay)*

Cáncer de mama

Dr. Rodrigo Fresco (Uruguay) - Dra. Guianeya Santander (Uruguay)

Cáncer de cuello uterino

Dra. Sandra Cataldi (Uruguay) - Dra. Alejandra Sosa (Uruguay)

Cáncer de próstata

Dr. Alvaro Vázquez (Uruguay) - Dra. Cecilia Castillo (Uruguay)

Preguntas al panel de expertos

Dra. Liliana Suárez (Uruguay) - Dra. Elena Laureiro (Uruguay) - Dra. Adriana Della Valle (Uruguay)

Conclusiones prácticas

Dra. Adriana Córdoba (Uruguay) - Dra. Carina Musetti (Uruguay)

Panel de Expertos:

Dr. Carlos Arroyo (Uruguay)

Dr. Jean Pierre Droz (Francia)

Dr. Miguel Angel Escudero (Argentina)

Dr. Guillermo Rodríguez (Uruguay)

Dra. Graciela Sabini (Uruguay)

Dr. Pablo Suaya (Uruguay)

10.45 - 12.30: ENCUENTRO REGIONAL DE ONCÓLOGOS DEL SUR

Coloquio: Investigación terapéutica oncológica en la región

Coordinadora: *Dra. Lucía Delgado (Uruguay)*

Secretaria: *Dra. Marisa Fazzino (Uruguay)*

Panelistas: *Dr. Simón Breier (FLASCA)*

Dr. Miguel Angel Escudero (Argentina)

Dr. Roberto Gil (Brasil)

Dr. Ignacio M. Musé (Uruguay)

Dr. Eduardo Richardet (FLASCA)

Dra. Silvia Sforza (Paraguay)

Dr. Cristian Trujillo (Chile)

Temas: La investigación oncológica terapéutica en la región
Normativas para la realización estudios clínicos terapéuticos
Presupuesto de los ensayos clínicos terapéuticos. Posibles fuentes de subvención
Formación de Investigadores
Nuevos grupos cooperativos nacionales:

- Experiencia de la Sociedad Brasileira de Oncología Clínica
- Propuesta de la SOMPU

Papel de FLASCA en la creación y desarrollo de un grupo cooperativo regional. Etapas a seguir

12.30: CIERRE DEL CONGRESO Y ENTREGA DE PREMIO



AUTORIDADES DE LAS 3as. JORNADAS DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

COMITÉ ORGANIZADOR

Lic. Enf. Clara Peña
Lic. Enf. Carmen Pereira

COMITÉ CIENTÍFICO

Lic. Enf. Elvira Fernández
Lic. Enf. Yisel Fernández
Lic. Enf. Fanny Rocha

CRONOGRAMA CIENTÍFICO 3as. JORNADAS DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

SABADO 4 DE DICIEMBRE	
13.00	Ceremonia de Apertura
14.00-14.45	MESA REDONDA Tumores renales en pediatría <i>Coordinadora: Lic. Clara Peña (Uruguay)</i>
14.45-15.30	MESA REDONDA Modelo de trabajo de Enfermería de una Unidad de Mastología <i>Coordinadora: Lic. Cristina Camejo (Uruguay)</i>
15.30-15.45	Descanso
15.45-16.45	MESA REDONDA Cáncer en el anciano <i>Coordinadora: Lic. Judith Villagra (Uruguay)</i>
16.45-17.30	MESA REDONDA Investigación Oncológica en el Hospital de Clínicas <i>Coordinadora: Lic. Ana Eguía (Uruguay)</i>
17.30-17.45	Descanso
17.45-18.30	MESA REDONDA Prevención del cáncer <i>Coordinadora: Lic. Dora Caldarelli (Uruguay)</i>
18.30-19.15	MESA REDONDA <i>Nutrición en el paciente con cáncer</i> <i>Coordinadora: Lic. Yisel Fernández (Uruguay)</i>
19.15	Clausura de las Jornadas

3as. JORNADAS DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

SÁBADO 4 DE DICIEMBRE

- 13.00: CEREMONIA DE APERTURA.
Palabras de Autoridades
- 14.00 - 14.45: MESA REDONDA
Tumores renales en pediatría
Coordinadora: *Lic. Clara Peña*
Lic. Beatriz Irigoyen
Lic. Jimena Torterolo
- 14.45 - 15.30: MESA REDONDA
Modelo de trabajo de Enfermería en una Unidad de Mastología
Coordinadora: *Lic. Cristina Camejo*
- 15.30 - 15.45: DESCANSO
- 15.45 - 16.45: MESA REDONDA
Cáncer en el anciano
Coordinadora: *Lic. Judiht Villagra*
- 16.45 - 17.30: MESA REDONDA
Pacientes Oncológicos Internados en el Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela"
Coordinadora: *Lic. Ana Eguía*
Ponentes: *Lic. Dora Caldarelli*
Lic. Carmen Pereira
- 17.30 - 17.45: DESCANSO
- 17.45 - 18.30: MESA REDONDA
Prevención del cáncer
Coordinadora: *Lic. Dora Caldarelli*
Ponentes: *Lic. Santa Leguiza*
Lic. Milena Nova
Lic. Carmen Pereira
- 18.30 - 19.15: MESA REDONDA
Nutrición en el paciente con cáncer
Ponentes: *Lic. Yisel Fernández*
Lic. Elizabeth Da Silva
A.E. Danniell Andrada
- 19.15: ACTO DE CLAUSURA

8^o Congreso Uruguayo de Oncología

Encuentro Regional
de Oncólogos del Sur
3as. Jornadas de
Enfermería Oncológica

INFORMACIÓN GENERAL

SEDE DEL CONGRESO

Sheraton Montevideo Hotel
Victor Soliño 349
Montevideo - Uruguay
Tel: (598 2) 710 2121
Fax: (598 2) 712 1262
E-mail: business@sheraton.com.uy

SECRETARIA E INFORMES

PERSONAS S.R.L.
Av. 8 de Octubre 2323 of. 305
Montevideo - Uruguay
Telefax: (598 2) 4081015 - 4082951
E-mail: oncologia2004@personas.com.uy
Durante los días del evento estará ubicada en la Sala Rodó,
donde funciona la recepción, información, registro de participantes
y entrega de documentación

AGENCIA DE VIAJES

Jetmar Viajes
Pza. Independencia 725
Montevideo - Uruguay
Tel: (598 2) 902 0793
E-mail: info@jetmar.com.uy

8° Congreso Uruguayo de Oncología

COSTOS DE INSCRIPCIÓN

CATEGORÍA	Hasta el 26/11/04	A partir del 27/11/04
No socios	\$3000	\$4500
Socios de SOMPU con más de 5 años de egresado como oncólogo	\$1000	\$1500
Socios de SOMPU adherentes y activos hasta 5 años de recibido como oncólogo	Sin costo	\$400
Estudiantes de medicina (plazas limitadas - 30)	Sin costo	\$200
Médicos no oncólogos para asistir a trabajos (orales - posters)	-	\$ 200
Médicos no oncólogos por módulo	-	\$500

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

El registro de participantes e inscripciones se realizará a partir de las 07.30 hs. del día 2 de diciembre. Se entregará bolso y programa oficial. Los certificados de asistencia y trabajos se entregarán el día sábado 4 de diciembre.

IDIOMA OFICIAL

El idioma oficial del evento es el Español. Solamente para los relatos de los invitados de habla inglesa habrá traducción simultánea del inglés al español y viceversa.

SALA DE PRUEBAS

Se deberán entregar los materiales en la Sala de Pruebas con una anticipación de dos horas, y re-

tirarlos una vez terminada la actividad. La Secretaría PERSONAS S.R.L., no se hace responsable por materiales olvidados tanto en sala de pruebas como en sala de sesiones

TELÉFONOS CELULARES Y RADIO LLAMADAS

Se ruega a los señores participantes, mantener sus teléfonos celulares y/o receptores apagados durante su permanencia en sala a fin de no interferir en el normal desarrollo de la actividad científica.

EXPOSICIÓN COMERCIAL

Se llevará a cabo durante los días 2, 3 y 4 de diciembre en el horario de 08.00 a 18.00. El acceso a dicha exposición es libre

SEGUIMIENTO EN CÁNCER DE COLON: ¿CÓMO Y HASTA CUÁNDO?

Sarroca, C; Della Valle, A; Leites, A; Denis, M; Alonso, JC; Fresco, R; Simonet, F; Rodríguez, A. Institución: Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Montevideo, Uruguay.

Introducción: no existe consenso en la forma en que debe realizarse el seguimiento de los pacientes operados curativamente de cáncer colónico (CC). Es frecuente que el mismo sea exhaustivo, causando innecesaria supervigilancia y considerable costo sanitario. El objetivo de este estudio es pautar el seguimiento de los pacientes operados de CC, confeccionando un protocolo basado en la evidencia científica y la experiencia de nuestro grupo de trabajo.

Métodos: se analizaron retrospectivamente todos los pacientes operados de CC en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas (Uruguay) entre 1988 y 2003. En todos se realizó el seguimiento con: control clínico, CEA, TAC abdomen-pelvis, Rx tórax, ecografía hepática, hemograma, enzimograma hepático. Los eventos de interés fueron: recaída local, a distancia, pólipos, cánceres metacrónicos, fallecimiento.

Resultados: en los pacientes con tumores estadio I se detectó un único evento (pólipo hiperplásico). En estadios II-III, la mayoría de los eventos se detectaron clínicamente o por elevación CEA, siendo los métodos imagenológicos de escaso aporte. Sólo permitieron la detección más temprana de un 22,7% de los pacientes con recaída hepática, no pudiendo realizar en la mayoría un tratamiento curativo. Fueron excepcionales los eventos superados los 5 años.

Conclusiones: luego de 5 años de la cirugía proponemos limitar el seguimiento al control clínico y endoscópico cada 3-5 años. En los pacientes con pólipos la frecuencia de la endoscopia debe ajustarse a las características de los mismos. Consideramos innecesaria la realización de estudios imagenológicos durante todo el seguimiento y de CEA una vez superados los 5 años.

RADIOTERAPIA Y CISPLATINO EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO AVANZADO Y DE ALTO RIESGO

Santini A, Mara C, Terradas M, Ferreira V, Torres M. Servicio de Radioterapia Hospital de Clínicas. Servicio de Radioterapia Instituto Nacional de Oncología.

El cáncer de cuello uterino (CCU) continúa siendo una enfermedad frecuente en el Uruguay, causando la muerte a más de 100 mujeres por año. El tratamiento estándar para las pacientes con CCU catalogado como locorregionalmente avanzado (LRA), estadios IIB-IVA y en aquellas pacientes operadas y con altos factores de riesgo de recaída (AFR) fue hasta finales de 1999 la radioterapia (RT) exclusiva. En febrero de ese año el Instituto Nacional del Cáncer de EEUU realizó un alerta médico recomendando el empleo de quimioterapia (QT) con RT en forma concomitante (fundamentalmente cisplatino) en este grupo de pacientes. Dicho alerta se debió a la publicación de 5 trabajos randomizados que demostraban una mejoría tanto en el control locorregional como en la supervivencia total.

En Junio del 2000, tanto en el Servicio de RT del Hospital de Clínicas como en el INDO, modificamos el tratamiento estándar de estas pacientes agregando cisplatino 40mg/m² por semana durante el tratamiento de RT externa. Desde esa fecha hasta Enero del 2003 se incluyeron 36 pacientes con CCU LRA u operadas con AFR. Los factores de riesgo fueron: tumores de más de 4cms, invasión parametrial, ganglios positivos, márgenes comprometidos, cirugía subóptima o infiltración profunda del estroma. 18 pacientes tenían un estadio IIB o IV y de ellas 6 presentaban insuficiencia renal aguda obstructiva (IRAO). La tolerancia fue aceptable, solo una paciente no toleró el tratamiento por leucopenia severa continuando con RT exclusiva; el 68% presentaron leucopenias grado I - 2 y no hubo aumento de la toxicidad gastrointestinal primaria. No hubo fallecimientos por el tratamiento.

Cuando comparamos los resultados históricos comprobamos una mejoría en las respuestas para todos los estadios fundamentalmente para los más avanzados en el período con el agregado de cisplatino.

Estadio IIB: 45% (RT-QT) - 45% RT (histórico) ns.

Estadio III: 45% (RT-QT) - 15% RT (histórico) sl.

En aquellas pacientes con IRAO no se logró una respuesta completa en ninguna. Debido al tiempo corto no se analizaron aún diferencias en cuanto a la supervivencia total libre de enfermedad.

FRECUENCIA DE CÁNCER COLORRECTAL HEREDITARIO NO POLIPÓTICO EN PACIENTES URUGUAYOS CON CÁNCER COLORRECTAL.

Sarroca, C; Della Valle, A; Fresco, R; Peltomaki, P; Lynch HT. Institución: Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Montevideo, Uruguay.

El Cáncer Colónico Familiar no Polipótico (CCFNP) es un síndrome de transmisión autosómica dominante caracterizado por la agregación de cáncer colorrectal (CCR), frecuentemente asociado a otros tumores sólidos. Pocos estudios han investigado la frecuencia de CCFNP en pacientes con cáncer colorrectal. Estos han mostrado una marcada variación geográfica (0,3% al 13%).

El objetivo de este estudio es estimar la frecuencia de CCFNP en una población de pacientes uruguayos portadores de cáncer CCR.

Se incluyeron todos los pacientes consecutivamente operados de CCR en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas (Montevideo, Uruguay) entre 1987 y 2003. Los casos se clasificaron en 3 subgrupos: 1) aquellos que cumplían con los criterios de Amsterdam (CCFNP), 2) aquellos que no cumplían estos criterios pero considerados como una población de riesgo aumentado de cáncer en base a la historia familiar/personal (PRI), y 3) CCR esporádico. Se realizó el análisis genético para la detección de mutaciones en los genes hMLH1, hMSH2 y hMSH6 en los pacientes del subgrupo 1.

Se incluyeron 461 pacientes, con una edad mediana de 66 años. El subgrupo 1 representó un 2,5%, el 2 un 5,6% y el CCR esporádico un 91,8%. 75% de los casos clasificados como CCFNP fueron menores de 55 años. Mutaciones en hMLH1/hMSH2/hMSH6 fueron encontradas en un 16.6% de los casos incluídas en el subgrupo 1 (2 in hMLH1, 1 in hMSH2, ninguno en hMSH6).

La proporción de pacientes que cumplieron con los criterios de Amsterdam coincide con la observada por otros autores. Sin embargo, el porcentaje de casos clasificados como CCFNP portadores de mutaciones identificadas es menor que la reportada (16.6% vs. ~70%). Esto puede reflejar un perfil genético diferente de la población uruguaya.

TRATAMIENTO DEL ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA CON IMPLANTES PERMANENTES DE I125: PRIMERA EXPERIENCIA EN EL URUGUAY.

A. Quarnetti, O. Clark, A. Glaussius, P. Kaitasoff, G. Cosia.

Objetivo: Informar acerca del tratamiento realizado, la toxicidad y evolución de un grupo de pacientes portadores de adenocarcinoma de próstata localizado, con braquiterapia con implantes permanentes de I125.

Material y Métodos: Se trataron 37 pacientes en el período 2001 a 2004 en el Hospital Militar Central mediante esta modalidad de tratamiento. Todos ellos se realizaron planificación preimplante, que consistió en el cálculo volumétrico de la próstata y cálculo dosimétrico, que incluyó ecografía prostática trans-rectal 3 a 5 semanas previas al procedimiento. Todos los pacientes tuvieron confirmación anatomopatológica de la lesión, presentaron valores de PSA menores a 11 ng/ml y score de Gleason menor de 7. 70% de los pacientes recibieron hormonoterapia neo-adyuvante. En 5 pacientes se realizó un sistema interactivo de planificación dosimétrica computarizada, utilizando imágenes ecográficas secuenciales por planos, que permitieron el análisis dosimétrico antes de dar por finalizado el procedimiento y realizar los ajustes necesarios si la distribución de dosis no conformaba. Este estudio dosimétrico adicional no lo hemos visto descrito por otros autores. La dosis prescrita en los primeros 10 pacientes fue de 144 Gy y de 160 Gy en los subsiguientes. Todos los pacientes se realizaron tomografías postimplante con grilla cuadrículada luego de los 15 días de realizado el procedimiento. Se analizan los histograma dosis volumen (HDV) y los valores de D90. Se realiza seguimiento clínico y bioquímico con PSA.

Resultados preliminares: 33 pacientes se encuentran en control local y sin falla bioquímica. Actualmente 4 pacientes presentan recidiva bioquímica, con valores de PSA entre 4 y 6 ng/ml. En ninguno de ellos se comprobó enfermedad a distancia y se plantea luego de la confirmación biopsica de presencia tumoral activa serán sometidos a protocolos de tratamiento quirúrgico del cáncer localizado de próstata. Los valores de HDV y de D90 están en concordancia con los informados por la literatura internacional y serán presentados. Ningún paciente requirió internación prolongada (mayor de 24 horas), ni uso de analgésicos mayores. 2 pacientes presentaron retención aguda de orina (complicación GII) entre el décimo y vigésimo día, el resto de los pacientes presentó complicaciones leves (GI), hematuria que retrocedió espontáneamente al cuarto día de iniciado el tratamiento (1), hematoma perineal leve (1). La mayoría de los pacientes presentaron efectos secundarios de la primera semana que fue tratada con alfa-bloqueantes.

Conclusiones: La braquiterapia de próstata con implantes permanentes de I125 es un procedimiento mínimamente invasivo, poco invasivo. Dado el corto tiempo de seguimiento los resultados mostrados como preliminares en esta población seleccionada de pacientes.

CÁNCER DE PULMÓN LOCALMENTE AVANZADO NO A PEQUEÑAS CÉLULAS (CBPLANPC): DETERMINACIÓN DE LOS VOLÚMENES DE RADIOTERAPIA POR MIBI Y TAC: ENSAYO FASE II

Departamentos de Oncología, Imagenología, Medicina Nuclear del Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina.

Aldo Quarneti, O.Alonso, A. De Rosa, M. García Fontes, A. Luongo Gardi, C. Castillo, L. Delgado, D. Pintado, M. Dalla Rossa, L. Guerrero, O. Lillo, M. Luongo Gardi, A. Castaño, A. Luongo, E. De Trápani M. Torres.

Introducción: El 40% de los CBPLANPC se presentan inicialmente como localizados. Sin embargo son pocas las situaciones clínicas que permiten un tratamiento quirúrgico adecuado. El tratamiento de radioquimioterapia ha mostrado resultados superiores, sin embargo el volumen de tratamiento radiante en general es grande, determina morbilidad y limita en parte la dosis final a recibir como ya fue reportado en los anteriores Congresos Uruguayos de Oncología 2000 y 2002 donde rara vez se obtuvo el control local. En ellos informamos de la necesidad de limitar los volúmenes de tratamiento radiante a la enfermedad o volumen tumoral biológico (VTB) utilizando procedimientos imagenológicos complementarios.

Objetivo: Determinar los volúmenes de tratamiento radiante con MIBI contribuyendo a esclarecer el VTB. Comparar dichos volúmenes con los establecidos por la TAC. Analizar las fallas intra y extra VTB y analizar el tratamiento con RT tipo "Involved Field" o RT de campos involucrados (IF)

Material y Métodos: Este proyecto

Conclusiones: Esta propuesta identifica problemas y oportunidades, propone el desarrollo del SOR en red institucional bajo otro modelo de gestión.

REVISIÓN DE TRATAMIENTO DE MEDULOBLASTOMA Y EPENDIMOMA DE FOSA POSTERIOR ANALISIS DE NUEVAS ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS

C. Mara, R. Rodríguez, M. Torres, G. Roldán, V. Ferreira
Depto. de Oncología del Hospital de Clínicas e Instituto Nacional de Oncología

En general los tumores primarios del S.N.C. requieren en alguna etapa de su tratamiento, el uso de Radioterapia, en general como tratamiento postoperatorio o exclusivo en el caso que la cirugía no sea posible, a su vez para el tratamiento de algunos de estos tumores la asociación con Quimioterapia ha mostrado ser beneficiosa.

En el caso de los Meduloblastomas, los Ependimomas de fosa posterior, los tumores de los plexos coroideos y los de la glándula pineal, la técnica de irradiación que se utiliza por su particular diseminación es la irradiación craneoespinal total.

En el presente trabajo se realizó una revisión de las técnicas de tratamiento, la sobrevida global y la sobrevida libre de enfermedad, así como de las complicaciones de los tratamientos, en los pacientes portadores de Meduloblastoma y Ependimomas tratados en el Depto. de Oncología del Hospital de Clínicas y del I.N.D.O en un período aproximado de 30 años.

Se compararon resultados con la literatura internacional y se realizó un análisis de nuevas perspectivas terapéuticas en cuanto al tratamiento radiante (radioterapia conformada 3D por ejemplo) y su asociación con Quimioterapia.

Los resultados serán analizados en el Congreso.

EXPERIENCIA URUGUAYA EN MELANOMA UVEAL: RESULTADOS DE 63 PACIENTES EN 20 AÑOS DE SEGUIMIENTO.

Krygier, G; Castillo, C; Della Valle, A; Ugartemendia, E; Sabini, G; Viola, A; Musé, I.
Institución: Hospital de Clínicas. Montevideo, Uruguay.

El melanoma uveal es el tumor intraocular primitivo maligno mas frecuente en adultos (70%). Ocurre de forma esporádica generalmente y el melanoma uveal familiar comprende únicamente el 0.6% de los pacientes.

Se recogió información de 63 pacientes asistidos en seis instituciones diferentes en Montevideo, Uruguay, durante un periodo de 20 años. El diagnóstico fue confirmado por patología en 55/63 (87%) de los casos. La cirugía radical (predominantemente enucleación) fue realizada en 54/63 (86%) de los pacientes. Otras opciones de tratamiento fueron la exenteración de órbita, braquiterapia y radioterapia con protones. 25/63 (40%) desarrollaron metástasis a distancia, fundamentalmente en el hígado.

La mediana de edad al diagnóstico fue 59 años. El síntoma más frecuente fue disminución de la agudeza visual en 50/63 (77%). Tres pacientes tuvieron extensión extraescleral del tumor y presentaron lesiones pigmentadas. Existió una correlación entre los tumores mixtos y epitelioideos con la sobrevida estadísticamente significativa ($p < 0.01$) pero no hubo relación entre el diámetro tumoral y la sobrevida ($p = 0.06$). Se manifestaron tres casos clínicos de melanoma uveal familiar que involucraron la primera generación de una misma familia (hermanos), uno de los cuales tuvo también un cáncer de mama 2 años antes del tumor ocular. Una mutación en el gen BRCA2 fue identificada. Los tres hermanos fueron enucleados y fallecieron con una media de sobrevida de 19 meses debido a metástasis a distancia. El secundarismo hepático fue confirmado imagenológicamente en 23/63 (36.5%) de los casos. El intervalo libre de enfermedad desde el diagnóstico del tumor ocular a la metástasis fue de 40.5 meses y la media de sobrevida para la enfermedad metastásica fue de 4 meses. La sobrevida global fue de 88 meses (IC 95% 75-100). Este estudio ilustra la historia natural de esta entidad tomando en cuenta el comportamiento heterogéneo de la misma en nuestro país, especialmente con la excepcional y fatal familia con melanoma uveal (tres hermanos), y el compromiso extraescleral como el primer hecho clínico presente en otros tres casos.

TUMORES ASOCIADOS AL VIH/SIDA. SEGUIMIENTO DE 45 PACIENTES ENTRE 1/1998 Y 6/2004.

Krygier G, Lombardo K., Sosa A., Ocampo R., Suárez P, Muse I.
Departamento de Oncología. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina.

OBJETIVOS: Este trabajo está destinado a mostrar 45 pacientes con cáncer asociado al virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) / SIDA, diagnosticados, tratados y seguidos en un período de 6.5 años en nuestro país.

MATERIALES Y METODOS: Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de pacientes oncológicos HIV positivos diagnosticados en 5 instituciones públicas y privadas en nuestro medio, en el período comprendido entre 1/98 y 6/04 (Instituto de Higiene, Instituto Nacional de Oncología, Hospital de Clínicas, Servicio Médico Integral, Asociación Española de Socorros Mutuos).

Se tomaron en cuenta distintas variables (procedencia, número de historia clínica, sexo, edad, hábitos sexuales, adicción a drogas intra-venosas, diagnóstico HIV positivo, diagnóstico de SIDA, profilaxis infecciosa, tratamiento antiretroviral, población linfocitaria de inicio y en la evolución, carga viral de inicio y la evolutiva, tipo de tumor, estadio, tratamiento recibido, fecha de último control y estatus al cierre del trabajo).

Se compararon los datos por nosotros recogidos con el informe SIDA del Ministerio de Salud Pública.

RESULTADOS: 24 casos correspondieron a Sarcomas de Kaposi (uno de ellos ganglionar exclusivo), 11 fueron Linfomas no Hodgkin (dos de ellos de S.N.C y otro gástrico), 1 Enfermedad de Hodgkin, 1 cáncer de recto, 1 cáncer de lengua, 1 cáncer de laringe, 1 cáncer de tiroides, 1 Melanoma, 1 cáncer de parótida, 1 cáncer de pulmón y 1 cáncer de mama. No se registraron tumores de cuello uterino ni de canal anal en la población estudiada. Los tratamientos recibidos variaron para cada caso de acuerdo al estadio de la enfermedad y de la carga viral / población

El estudio con largo seguimiento en nuestro país de pacientes VIH/ SIDA con cáncer, en él queda reflejado la dificultad en la recolección de datos de cáncer en la población estudiada y demanda la necesidad de un seguimiento preciso y accesible de estos pacientes.

8º Congreso Uruguayo de Oncología

RESUMENES - PRESENTACIONES ORALES

EXPERIENCIA INICIAL DE LA POLICLÍNICA DE EDUCACIÓN DEL CASMU

Musé, M., Laureiro, E., Musetti, C. Departamento de Oncología CASMU

INTRODUCCIÓN: ¿Qué sucede cuando a un paciente (pte) se le plantea por primera vez un tratamiento de QT? Sabemos que implica tanto para el pte cómo su familia; enfrentarse a una carga de mitos y verdades a medias; que cause que el tratamiento se viva con tanta aprehensión como la propia enfermedad.

En este marco surge la inquietud del Departamento de Oncología del CASMU; de brindar a los pacientes un ámbito, en el cual el pte pueda recibir información que contribuya a que llegue al tratamiento de QT en mejores condiciones.

MATERIALES Y MÉTODOS: Todos los pacientes que van a iniciar un tratamiento de QT por primera vez; son citados para realizar una entrevista en la Policlínica de Educación. La misma se coordina en diferido con respecto a la consulta con su Oncólogo tratante, con el objetivo de permitir al paciente elaborar sus dudas y poder plantearlas.

En la entrevista participa además del pte y su familia, los Residentes de Oncología del Departamento, y un integrante del Plantel de Enfermería del mismo. La entrevista está estructurada en cinco módulos:

- 1) Aspectos administrativos
- 2) Cuidados de Enfermería
- 3) Posibles efectos secundarios.
- 4) Beneficios sociales
- 5) Recursos de información

CONCLUSIONES

Entre enero de 2003 y agosto de 2004 se realizaron 70 entrevistas de educación. La duración promedio de las mismas fue de 30 minutos. Está en curso la redacción de un folleto informativo basado en las preguntas más frecuentemente planteadas por los pacientes y su familia; así como también una evaluación de la experiencia.

TRATAMIENTO DE RESCATE CON REIRRADIACIÓN CON BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL A MUY BAJA TASA DE DOSIS CON IRIIDIUM-192 (UBTD) EN TUMORES INOPERABLES DE CAVIDAD ORAL, OROFARÍNGE Y GANGLIONAR: EXPERIENCIA DE 28 CASOS EN EL INSTITUTO GUSTAVE-ROUSSY DE PARÍS

A. Quarneti, A. Cordova, E. Barrios, M. Bonomi, C. Haie-Meder, A. Gerbaulet, F. Eschwege.

Objetivo: Se realiza el análisis retrospectivo de la evolución de 28 pacientes portadores de recurrencias locales, segundos tumores y enfermedad avanzada en ganglios de cuello, en territorio previamente irradiado, que fueron re-irradiados utilizando braquiterapia intersticial con Ir-192 a muy baja tasa de dosis (UBTD) en el Instituto Gustave-Roussy de París.

Material y Métodos: Se reporta una serie de 28 que habían recibido radioterapia como parte de su tratamiento inicial. 17 pacientes fueron tratados por recurrencias locales o segundos tumores, en tanto que 11 pacientes habían presentado enfermedad ganglionar. Todos ellos eran inoperables. Por lo que fueron tratados con braquiterapia intersticial con alambres de Ir-192 a muy baja tasa de dosis (UBTD), técnica de tubos plásticos, régimen de re-irradiación, entre 1978 y 1988 en el Instituto Gustave Roussy. Se consideraron 2 grupos. El grupo 1 incluyó 17 pacientes con recurrencias locales, progresión lesional y segundos tumores. El grupo 2 incluyó 11 pacientes con enfermedad metastásica ganglionar. El volumen medio de tratamiento fue de 45,25 cc, la dosis media fue de 65 Gy, y el tiempo medio de tratamiento entre el primer tratamiento y la re-irradiación fue de 56 meses. La duración media del tratamiento fue de 14,6 días, con un promedio de tasa de dosis de: 0,18 Gy/h.

Se utilizó técnica de carga diferida en tubos plásticos. Se realizaron previamente a la carga la simulación con placas ortogonales, fuentes falsas y dosimetría provisional. La toxicidad tardía fue valorada de acuerdo a el score de la RTOG. Se estudiaron las tasas de control local, complicaciones y supervivencia en relación con algunos factores de posible importancia pronóstica. Se realizó el estudio estadístico de significancia por el método de log rank test y se confeccionaron las curvas de supervivencia y supervivencia libre de enfermedad por Kaplan-Meier.

Resultados: Se trataron 2 grupos por separado. En el grupo 1 se realizaron 17 procedimientos de UBTD a baja tasa de dosis (BTD). 10 de 17 pacientes lograron respuestas completas. El paciente que se realizó el procedimiento a baja tasa de dosis también logró una respuesta completa. En 3 casos no se obtuvo ninguna respuesta. 4 pacientes se encontraban en control local al momento del análisis (23.5%), 44 a 166 meses luego del tratamiento. 13 pacientes (76.5%), fallecieron; 6(35%) en control local, 7 (41%) sin control local y desarrollaron metástasis.

Conclusiones: La braquiterapia a (UBTD) es un procedimiento de rescate, que si bien tiene complicaciones, brinda a este grupo de pacientes la posibilidad de control local.

CANCER EN EL ANCIANO. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS.

Terradas M, Santini A, Mara C. Instituto Nacional de Oncología

Tradicionalmente se aceptan los 65 años como el punto que separa la edad adulta de la vejez si bien algunos autores lo refieren a partir de los 70 años, siendo esto establecido en forma arbitraria.

La población total del Uruguay, registrada en el último Censo General de Población realizado en 1996, alcanzó a 3.163.763 personas. La población adulta de 65 años o más aumenta comparada con los Censos Poblacionales previos (tabla 1), mientras que las demás franjas etarias tienden a disminuir.

Grupo de edad	1963	1975	1985	1996
Hasta 13 años	687.985 (26,5%)	702.132 (25,2%)	740.001 (25%)	741.660(23,4%)
14 a 29 años	634.180 (24,4%)	679.231 (24,4%)	721.479 (24,4%)	775.397 (24,5%)
30 a 64 años	1.075.262(41,5%)	1.134.250(40,7%)	1.164.099(39,4%)	1.241.863(39,3%)
65 o más	198.083 (7,6%)	272.816 (9,7%)	329.662 (11,2%)	404.843 (12,8%)
TOTAL	2.595.510	2.788.429	2.955.241	3.163.763

Tabla 1 : Población en el Uruguay en los censos de 1963,1975,1985 y 1996.

Analizando otros países, como EEUU, vemos que la población anciana (mayor de 65 años) está aumentando, lo que modifica la estructura etaria de la población. Se prevé un incremento continuo del grupo de ancianos a lo que hay que añadir que el grupo etario que experimenta mayor crecimiento es precisamente el más viejo, el de más de 80 años.

A la vez, en los países desarrollados y en vía de desarrollo se observa un marcado incremento en la expectativa de vida. En Uruguay la esperanza de vida al nacer tiene una proyección ascendente siendo de 72,7 años, estando dentro de los países con mayor esperanza de vida. Paralelamente se eleva la incidencia de casos de cáncer y surge entonces la necesidad de conocer lo mejor posible las características biológicas de esta patología en el anciano ya que de hecho más del 60% de todos los cánceres ocurren en la población mayor de 65 años y el impacto de la edad tiene más peso cuando se consideran algunos tumores específicos como cáncer de piel, próstata, mama, pulmón y ovario.

Respecto a la incidencia y la mortalidad de los diferentes tumores en los ancianos la misma difiere según tipo tumoral, edad y sexo. Datos epidemiológicos muestran una estrecha relación entre la edad y el desarrollo de tumores. Las personas ancianas tienen un riesgo de desarrollar cáncer 11 veces mayor que los individuos menores de 65 años^(16, 17).

No se conocen las causas de la elevada incidencia que presentan las personas de más edad y se han propuesto diferentes teorías para intentar explicarlo.

1

TUMORES DE LA NASOFARINGE: EXPERIENCIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE ONCOLOGÍA (INDO).

A. Quarneti, G. Cristobal, M. Fleginsky, J. Carzoglio, A. Ronco, S. Fleginsky, T. Carlevaro, A. Luongo
Instituto Nacional de Oncología-MSP

Introducción: Los tumores de la nasofaringe pueden considerarse entre los tumores mas quimioradiosensibles de cabeza y cuello. Al momento del diagnóstico se diagnostican en etapas avanzadas de la enfermedad. Se han realizado variados estudios clínicos en los que se utilizaron diferentes planes de quimioterapia, asociados en secuencias distintas con la radioterapia. El análisis de los mismos no muestra resultados muy diferentes entre los distintos planes y puede observarse como han influenciado en el tiempo generando distintas tendencias de tratamiento en el INDO.

Objetivo: analizar la evolución de los pacientes portadores de tumores de la nasofaringe que fueron tratados en el INDO.

Material y Métodos: Se presentan 61 enfermos tratados con tumores de la nasofaringe en el INDO en el período comprendido entre 1980 y 1995. Dichos enfermos fueron estadificados según el TNM de la UICC. El diagnóstico de extensión en todos los casos fue clínico-imagenológico. Fueron incluidos todos los enfermos con confirmación histopatológica de la lesión.

Resultados: Las edades estuvieron comprendidas entre 13 y 80 años, con una media de 56,5 años. El 77% fueron de sexo masculino. 25% de los pacientes no presentó adenopatías en el cuello al momento del diagnóstico. En su mayoría fueron carcinomas indiferenciados (OMS III). Le siguieron los carcinomas epidermoides (OMS I y II). Un solo paciente presentó adenocarcinoma. La distribución de acuerdo al T fue de 17% T1, 40% T2, 15% T3 y 26% T4. El 77% de los pacientes (43 en 61) se presentaron en estadio IV.

En las 2/3 parte de los pacientes el tratamiento realizado fue de radioterapia exclusiva (RT). En el resto de los pacientes el tratamiento fue asociado quimioterapia. La mediana de dosis fue de 60 Gy. Se utilizó cisplatino en el 68% de los casos, como única droga o en combinación con fluorouracilo. La supervivencia global a 3 y 5 años para aquellos enfermos tratados con RT exclusiva fue de 38% y 13% respectivamente, mientras que para el grupo que recibió tratamiento combinado fue de 38% y 31%.

Conclusiones: Los resultados globales en el INDO fueron pobres cuando se comparan con los resultados de la literatura internacional. Las dosis de radioterapia entregadas en ese período fueron inferiores a las que se utilizan actualmente. La asociación con quimioterapia mejoró los resultados. El diagnóstico se continúa realizando con muchos pacientes en etapas avanzadas.

LESIÓN OSEA ÚNICA CENTELLOGRÁFICA (LOUC) EN PACIENTES CON NEOPLASMA DE MAMA, UN DILEMA.

L. Saldombide, C. Musetti, D. Touya. Hospital de Clínicas, Montevideo.

Introducción: La estadificación de pacientes con neoplasma de mama avanzado, incluye la evaluación con centellograma óseo (CO). Confirmar la naturaleza maligna de una LOUC, cobra especial interés, por sus implicancias pronósticas y terapéuticas. Se revisa la literatura sobre el tema y en base a ella se plantea una metodología de estudio costo-efectiva.

Discusión: El porcentaje de LOUC que son secundarias es variable en la literatura, entre un 10 y un 50 %. Las localizaciones más frecuentes son: pelvis (53,8%), cráneo (27,3%) y columna dorsal (25%). Cuando se correlaciona la confiabilidad de los hallazgos radiológicos (Rx) con el CO, no son categóricos en definir la naturaleza neoplásica de las lesiones hipercaptantes; y se requieren otros estudios. La Rx de un sitio captante tendrá alta confiabilidad si es compatible con patología benigna. Si la Rx es normal se confirma malignidad hasta en 12 % de las pacientes (falso negativo Rx). Un 13 % de las LOUC se correlacionan con Rx de malignidad y de ellas sólo el 50% son secundarias (falso positivo Rx). La lesión Rx lítica con reacción perióstica es la de mayor valor predictivo de malignidad.

La tomografía axial computarizada (TAC) es útil en detectar lesiones predominantemente líticas y es especialmente definitoria en pelvis, escápula y cintura escapular.

La RMN tiene mayor sensibilidad que el CO, es capaz de diferenciar metástasis de otras lesiones degenerativas y es de gran utilidad en columna y en pelvis.

Conclusiones: Una LOUC con Rx benigna es altamente confiable. Si la Rx es normal se recomienda realizar otros estudios. Para lesiones en pelvis y columna una recomendación costo-efectiva es la RMN de la región. En otras topografías la recomendación es TAC.

Cuando la LOUC se correlaciona con Rx de malignidad; ante un cambio terapéutico, debería estudiarse con RMN o TAC según la topografía y el criterio de costo-efectividad previo. Justifica esta conducta el elevado porcentaje de falsos positivos. Cuando no puede determinarse con certeza la naturaleza de la LOUC, la biopsia se impone. Los marcadores tumorales y del metabolismo óseo no deben utilizarse, como elemento de certeza diagnóstica para cambiar una estrategia terapéutica.

TUMORES SEMINOMATOSOS TESTICULARES. FORMAS INUSUALES DE PRESENTACIÓN Y EVOLUCIÓN CLÍNICA.

Roldán G, Arén O, Varangot M, Levin R, Delgado L, Viola A, Vázquez A, Musé I. Servicio de Oncología Clínica - Hospital de Clínicas

Introducción: La reconocida sensibilidad al tratamiento (tto) oncoespecífico de los tumores germinales testiculares, y en particular de la variedad seminomatosa, hacen que el hallazgo de pacientes (ptes) que presentan una mala evolución clínica y falta de respuesta a éste, represente un hecho llamativo.

La alta tasa de rescate descrita en ptes que presentan recaída tras respuesta a una primera línea de tto, se confronta con la identificación de ptes que requieren el diseño de estrategias terapéuticas multidisciplinarias individualizadas ante la presencia de masas residuales resistentes.

Pacientes y métodos: A partir de la presentación de 6 casos clínicos de ptes portadores de tumores seminomatosos (TS) con presentación o evolución clínica inusuales, se realiza una revisión de la literatura incluyendo:

1. Recaída de ptes con TS estadio I tras radioterapia adyuvante - Casos N° 1 y 2
2. Seminoma primario retroperitoneal - Caso clínico 3
3. Seminoma refractario al tratamiento oncoespecífico - Casos clínicos 4, 5 y 6

Discusión:

1. Los ptes con TS estadio I que reciben tto radiante complementario alcanzan un intervalo libre de progresión del 98% a 5 años y una supervivencia global de 94% a 10 años. En los casos que reportamos se evidencian recaídas únicas a nivel pulmonar (caso 1) y óseo (caso 2) a los 17 y 12 meses del diagnóstico. Se destaca el rol de la cirugía y la quimioterapia de rescate, y el mal pronóstico de las inusuales segundas recaídas.

2. Los TS extragonadales de inicio retroperitoneal son, de acuerdo con la literatura, menos frecuentes que los primariamente mediastinales. Por otra parte, dentro de este grupo el 83 % corresponde a tumores no seminomatosos. La quimioterapia es el tto de elección con 88 % de supervivencia global a 5 años respecto a los de inicio mediastinal.

3. Los ptes portadores de seminoma avanzado tratado con quimioterapia en base a cisplatino (cisplatino-etoposido sin bleomicina) logran 70-90 % de respuestas completas. Aproximadamente 50 % de los portadores de recaída logra una segunda respuesta completa con vinblastina - ifosfomida - cisplatino (VIP). Dada la baja frecuencia de esta situación, el rol de la quimioterapia de rescate con transplante de stem cell en pacientes portadores seminomas refractarios es de

CARCINOMA BRONQUIOLO ALVEOLAR: PERFIL BIOLÓGICO, PRESENTACIÓN CLÍNICO PATOLÓGICA, ESTUDIO Y TRATAMIENTO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y SERIE NACIONAL DE 26 CASOS.

A. Vázquez, V. Terzoeff. Depto. De Oncología Médica de CASMU, Montevideo, Uruguay.

Objetivo: Estudiar el perfil biológico, presentación clínico patológica del BAC, caracterizado por un peculiar comportamiento evolutivo, estudio y tratamiento. P

Metodología: Revisión bibliográfica nacional e internacional, comunicación en base a 26 casos clínicos estudiados y tratados en nuestro medio.

Resultados: El BAC se comporta como un adenocarcinoma bien diferenciado de origen periférico, característicamente vinculado a la diseminación aerógena intrapulmonar bilateral para sus tres formas celulares: a células claras, alveolares tipo II y mucoscretantes. En la actualidad no se considera característica del BAC la diseminación a nivel ganglionar ni hematológico, dada la ausencia de secreción de colagenasa tipo IV por las células tumorales. Reviste sin destruir, en una o varias capas celulares, los septos bronquiolo alveolares. Se discute su origen único o multicéntrico, mientras que algunos autores establecen factores etiológicos a partir de enfermedades benignas que pueden evolucionar hacia esta neoplasia. Puede o no estar vinculado al tabaquismo, presentándose clínicamente bajo tres formas: uninodular, multinodular y esclerosante. Se estudia por TAC, FBC, generalmente negativa, aspiración citológica, punción o biopsia. Se trata mediante cirugía como único tratamiento curativo, Rt, Qt y esta en estudio la utilización de inhibidores de la tirosin quinasa con actividad aparente antitumoral en el BAC

Conclusiones: Algunos autores lo presentan como un adenocarcinoma diferente al resto de los CBPNPC, especialmente en su forma avanzada multinodular. Establecen para ello pruebas biológicas que a su entender lo confirman. En su evolución puede indiferenciarse hacia formas infiltrantes, característica de otros adenocarcinomas, especialmente en la forma esclerosante. Este hecho biológico puede explicar la aparición de tumores mixtos con componente BAC extensivo junto con otro adenocarcinoma. Creemos que en la actualidad no existe evidencia suficiente para afirmar que estamos ante un adenocarcinoma diferente al resto de los CBPNPC, si bien los estudios biológico-genéticos del presente apuntan a juntar evidencia a favor de esta diferencia. Característicamente la FBC suele ser negativa para células malignas y solamente la cirugía ha demostrado resultados curativos. Se encuentra en estudio los inhibidores de la tirosin quinasa. Nuestra serie de 26 casos estudiados y tratados en nuestro medio se acerca a los resultados de los trabajos internacionales, siendo muy difícil encontrar puntos de comparación dada la baja incidencia de la patología en nuestro medio. La serie más numerosa en nuestro medio en la presente patología fue publicada en el año 1970 en la revista Torax por los Dres. Prat, Purriel y Tomalino con 19 casos.

ENVEJECIMIENTO Y CÁNCER EN URUGUAY: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS Y PROYECCIONES SANITARIAS.

Barrios E, Musé I.M. Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer. Montevideo, Uruguay

Según estimaciones de la UICC para el año 2020 el número de casos nuevos anuales de cáncer a nivel mundial alcanzará los 20 millones, de los cuales 14 ocurrirán en países en vías de desarrollo, los que deberán afrontar el problema con escasos recursos humanos y materiales.

Dicho incremento, y en particular la carga asistencial que pesará en los países en desarrollo, es consecuencia, entre otros factores, de la transición de los patrones epidemiológicos, acompañado de un aumento de la expectativa de vida al nacer. Ello determina el predominio de las enfermedades crónicas y degenerativas, dentro de las cuales se destacan las afecciones cardiovasculares y oncológicas.

En Uruguay, la expectativa de vida al nacer ha pasado de 45 años en 1900 a 75 al final del siglo. Paralelamente se asiste a un envejecimiento progresivo de la población, con un aumento del porcentaje de los grupos de mayor edad. Tomando la población de 65 años o más, ésta representaba el 4,5% en 1908 y alcanza al 21,2% en el año 2000. En el mismo sentido, la mortalidad por cáncer se ha incrementado porcentualmente, representando en el año 2001 el 23,8% del total de las defunciones.

Se analiza, en función de la edad, el aumento del riesgo de padecer o morir por cáncer en el Uruguay y se pondera su impacto en la mortalidad de las siete localizaciones más frecuentes.

Para cada una de dichas localizaciones el porcentaje de muertes en la población de 65 o más años es el siguiente: pulmón 60,9%, mama 60,3%, próstata 91,4%, colonrecto 78,3%, estómago 72,3%, esófago 70,3%, páncreas 72,2%, con un promedio global de 69,4%.

Se discuten algunos aspectos etiopatogénicos y las proyecciones asistenciales de la temática onco-geriátrica.

RENDIMIENTO DEL INTERFERÓN EN TUMORES SÓLIDOS I. MELANOMA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y PUESTA A PUNTO DEL TEMA.

A Vázquez, V Terzieff. Depto de Oncología Médica del CASMU.

Objetivo: Determinar mejor dosis y resultados del tratamiento del melanoma en base a Interferón.

Material y métodos: Revisamos la bibliografía publicada a nivel internacional de los últimos veinte años y las comunicaciones bibliográficas en base a la utilización del Interferón en sus diferentes formas farmacéuticas.

Resultados: Se ha evaluado el INF a, b, g y pegilado en diferentes dosis y con distintos resultados. En adyuvancia en melanoma est. II y III: a baja dosis 3M ui 3v por sem. por 3 a, no impacta ni en SV ni en SVLE; a dosis altas de 20m ui 5 v por sem. por 4 sem. y luego 10 M ui 3 v por sem. por 48 sem. no impacta en SV a largo plazo pero si en SVLE (plan de Kirkwood). A dosis intermedias: 10 M ui 5 v por sem. por 4 sem. y luego 10m ui 3 v por sem. por 48 o 96 sem. no impacta en SV mientras esta en evaluación el resultado en SVLE. En la enfermedad diseminada metastásica se postula un 15 % de RG con mejores resultados para la alta dosis. Se necesita mayor comprobación en resultados de ensayos clínicos.

Discusión: La utilización del INF en sus diferentes formas farmacéuticas no ha demostrado impacto en la SV ni en adyuvancia ni en la enfermedad diseminada. Se discute cual es el mejor plan en función de la SVLE en tratamientos paliativos dados los muy importantes efectos secundarios de dicha medicación que generalmente no ha permitido realizar los planes completos de tratamiento con alta dosis al 48 % de los pacientes incluidos en los ensayos clínicos. La decisión pasa por determinar que plan tiene mayor impacto, el pico agudo de la alta dosis o el tratamiento mantenido de las dosis intermedias a largo plazo.

El agregado del INF al tratamiento del melanoma metastásico a los planes de QT no aumentan los resultados y si los efectos tóxicos del tratamiento.

EL STATUS COMBINADO DE RECEPTORES DE ESTRÓGENOS (RE) Y DEL FACTOR DE CRECIMIENTO EPIDÉRMICO (REGF) PREDICE UNA MALA EVOLUCIÓN CLÍNICA EN EL CÁNCER DE MAMA PRIMARIO

^{1,2}N. Artagaveytia, ³E. Román, ¹I. Alonso, ³G. Sabini y ^{2,4}E.G. Garófalo
¹Depto. Básico de Medicina, ²Laboratorio de Oncología Básica y Biología Molecular, ³Servicio de Oncología Clínica, Facultad de Medicina, ⁴Depto. Bioquímica, Facultad de Veterinaria, UDELAR; ⁵Servicio de Curiterapia, Centro Hospitalario Perreira Rossell.

El objetivo del presente trabajo fue investigar en forma retrospectiva, la presencia de RE, RP, RE-b y del Receptor del Factor de Crecimiento Epidérmico (REGF) en 678 pacientes portadoras de cáncer de mama primario, su correlación con parámetros clínico-patológicos y evolutivos. La determinación de RE, RP y REGF se realizó por técnica bioquímica de Scatchard, tomando como punto de corte 10 fmoles/mg de proteínas. La detección de RE-b se realizó por RT-PCR a partir de ARN total, usando el gen de GAPDH como control. Para el análisis estadístico se aplicaron los tests de Chi2, Spearman y Kruskal-Wallis. La sobrevida libre de enfermedad (SVLE) y sobrevida global (SVG) se analizaron mediante curvas de Kaplan Meier/Test de Log Rank y análisis de regresión de Cox. La mediana de seguimiento fue de 28 meses (rango 1-218 meses). Sesenta y cuatro por ciento de las pacientes eran post-menopáusicas y 83% se presentaron en estadios precoces de la enfermedad (I-II, pTNM, UICC). La positividad de los receptores fue de 68%, 47%, 23% y 58% para RE, RP, REGF y RE-b-ARNm, respectivamente. Se encontró una correlación positiva entre el contenido de RE y RP ($p=1.10^{-5}$) y negativa entre estos receptores y REGF ($n=359$, $p=0.014$ y $p=0.018$, respectivamente). Se observó una tendencia a una mayor expresión de RE-b cuando RE, RP o ambos receptores fueron negativos comparable a lo observado con REGF. Asimismo, se observó una disminución gradual del contenido de RE y RP con la progresión a estadios más avanzados ($p=0.04$ y $p=0.03$). De un total de 501 pacientes evaluables recayeron el 23% y fallecieron el 12%. La positividad de RE se asoció a una mayor SVLE y SVG a 24 y 60 meses de seguimiento ($p=0.06$). Un impacto mayor tuvo el contenido de RE, niveles menores a 45 fmoles/mg proteína se asociaron a recaídas de la enfermedad ($p=0.03$ y $p=0.006$ a 24 y 60 meses). Aunque con menor significación el status de REGF influyó la SVLE y SVG. En particular, la presencia de REGF en el grupo de pacientes RE+ afectó la evolución triplicando las recaídas y muertes ($p=0.058$). La presencia de RE-b tuvo también un impacto negativo en este grupo de pacientes. En el análisis de regresión de Cox, N+ y T>2cm tuvieron significación pronóstica (SVLE, $p=0.005$ y SVG, $p=0.01$, respectivamente). En conclusión, el contenido de RE es mejor indicador evolutivo que el status RE. El status combinado RE-positivo y REGF-positivo en el cáncer mamario primario predice una evolución desfavorable de la enfermedad- El RE-b se perfila como una potencial marcador de mal pronóstico.

Agradecimientos: MSc. S.Raymondo, Dra. L.Delgado, Dr. O.Alonso, Lic. J.Laiz, Lic. G.Manrique

AFRONTAMIENTO CON LA AMENAZA DE CÁNCER DE MAMA: PRIMEROS RESULTADOS DE UN ESTUDIO PROSPECTIVO.

Berta Varela., B. Caporale., A., Galain, M. Viera L. Delgado H. Bailer, N. Grulke y R. Bernardi.

Departamento de Psicología Médica, Departamento de Oncología Clínica, Facultad de Medicina. Departamento de Psicología Médica, Universidad de Ulm, Alemania.

Introducción: El proceso de adaptación al cáncer comienza a desarrollarse ante la sospecha de padecer esta patología. Las estrategias de afrontamiento pueden incidir sobre la morbilidad psíquica y la adhesión al tratamiento.

Objetivo: Compararemos las estrategias de afrontamiento utilizadas por las mujeres según la probabilidad de tener cáncer de acuerdo a los resultados de sus mamografías. También se buscará detectar las diferencias en el afrontamiento entre las mujeres que finalmente reciben un diagnóstico positivo y aquellas que no presentan patología.

Material y métodos: Se entrevistaron las pacientes enviadas desde servicios de screening mamográfico al Hospital de Clínicas para completar sus estudios diagnósticos, administrándose también los cuestionarios HADS y POMS. Las entrevistas fueron grabadas y analizadas de acuerdo al Manual de Coping Ulm.

Resultados:

La muestra estuvo compuesta por 377 pacientes (media de edad: 47.93, rango: 17-84, DS: 11.22). Se dividió en 3 grupos de acuerdo a los resultados mamográficos o los síntomas clínicos. Las mujeres que tenían un BIRADS 4 o 5 mostraron un mayor uso de Resignación como afrontamiento ($p=.001$) y un menor uso de Aceptación activa ($p=.003$). El 10% de las mujeres (n: 37) recibieron un diagnóstico positivo. La Resignación fue usada por el 49% de estas pacientes, frente a un 30% de las sanas.

El 51% de las mujeres sin cáncer utilizaron la Aceptación activa, frente a las pacientes con cáncer ($p=.003$). La estrategia más usada por las mujeres sin cáncer fue la Aceptación activa (20%), mientras que la más usada por las mujeres con cáncer fue la Evitación activa (11%).

Conclusiones:

La Aceptación activa fue más utilizada por las mujeres que recibieron un diagnóstico positivo, mientras que la Aceptación mostró la tendencia opuesta.

CÁNCER DE MAMA Y MENINGOCELE ANTERIOR SACRO EN UNA PACIENTE CON SÍNDROME DE MARFAN

Cataldi S, Laureiro E, Musetti C, Vázquez A, Cabovianco A.
Servicio de Oncología Clínica. Hospital de Clínicas. Montevideo, Uruguay

Introducción. El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente de la mujer del mundo occidental. Es raro por debajo de los 30 años. El Síndrome de Marfan (SM) es una entidad clínica caracterizada por alteraciones cardiovasculares, oculares y esqueléticas de base genética. Su prevalencia se estima en 4 a 6 por 100.000 nacimientos.

En la literatura existen escasos reportes de cánceres diagnosticados en asociación con SM, y luego de una exhaustiva revisión, solo encontramos dos comunicaciones de asociación con malformaciones del saco dural tales como meningocele.

Objetivo. El objetivo del presente trabajo, fue revisar la literatura, a partir de la comunicación de un caso clínico de una paciente portadora de SM en la que a la edad de 24 años se le diagnosticó un cáncer de mama y un meningocele anterior sacro.

Caso clínico. Paciente de sexo femenino de 24 años, portadora de SM, que consultó por una tumoración de mama derecha. Fue estudiada con mamografía y punción citológica que fueron positivas para malignidad. El tratamiento local consistió en mastectomía radical modificada y radioterapia sobre pared torácica. La anatomía patológica correspondió a un Carcinoma ductal infiltrante (CDI) NOS de 27 mm de diámetro mayor grado histológico final II, carcinoma in situ sólido y cribiforme de grado intermedio con y sin necrosis mayor del 30%; 10 ganglios axilares resecados, todos libres de metástasis. La dosificación de receptores hormonales fue francamente positiva tanto para estrógeno como para progesterona. En suma CDI NOS estadio IIA. La radiografía de tórax y centellograma óseo no mostraron alteraciones y la ecografía de abdomen solicitada en el post operatorio reveló una imagen abdominal-pélvica de 13 x 16 cm. La tomografía de abdomen y pelvis confirmó una tumoración predominantemente quística en pelvis y hemiabdomen inferior. La laparotomía exploradora evidenció que dicha tumoración correspondía a un meningocele anterior y se procedió a la resección del quiste peritoneal y cierre de la brecha sacra.

A partir de esta comunicación la paciente se encuentra sin déficit neurológico y libre de enfermedad en adyuvancia con Tamoxifeno desde hace 3 años.

Como el SM al igual que el cáncer de mama en mujeres muy jóvenes es infrecuente. Se reportan escasos cánceres en asociación con SM. Algunos de ellos han sido neoplasias hematológicas, mesotelioma y tumores germinales. Este constituye el primer comunicado de asociación en una paciente portadora de SM. Parece poco probable que dos situaciones clínicas tan raras sean una de base genética establecida y la otra probable sea debida al azar.

CANCER DE MAMA EN LA MUJER JOVEN.

ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE UNA POBLACIÓN DE 38 PACIENTES

Cataldi S, Musetti C, Lombardo K, Laureiro E, Vázquez A, Cabovianco A, Sabini G. Servicio de Oncología Clínica. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. CASMU. Montevideo, Uruguay

Introducción. No existe una definición uniforme de cáncer de mama (CM) en la mujer joven, pero todos los autores están de acuerdo en considerar a las menores de 50 años. Mientras el 25% de los cánceres son diagnosticados en mujeres premenopáusicas, solo el 0.5% de las pacientes (pts) es menor de 40 años. Estas cifras por sí solas demuestran la relevancia del tema.

Métodos. Se revisaron los casos clínicos de 38 pts con CM diagnosticado en menores de 41 años. La información registrada fue edad al diagnóstico, motivo de consulta, tiempo a la consulta desde el primer síntoma, tiempo al diagnóstico, antecedentes familiares (AF), estadio, tipo histológico, status del receptor hormonal: estrógeno (RE) y progesterona (RP), tratamiento quirúrgico: mastectomía radical modificada (MRM) o cirugía conservadora (CC), tratamiento adyuvante: radioterapia (RT), quimioterapia (QT), hormonoterapia (HT), status clínico a la fecha de última consulta, la inducción o no de amenorrea y tratamiento recibido en las pacientes que recayeron.

Resultados. Se analizaron 42 casos de CM, correspondientes a 38 pts. 4 pts presentaron un CM bilateral metácrono. La edad mediana al diagnóstico fue 32 años (rango 24 a 40). La consulta en 20 casos fue precoz, y tardía en 5 pts (posterior al año). El diagnóstico se estableció en los 3 primeros meses desde la consulta en 23 casos y en 7 el diagnóstico se estableció después de los 6 meses (rango 0 a 36). 29 pts debutaron en estadios tempranos (I y II). 15 pts presentaban AF de CM. Todos los casos excepto dos correspondieron a carcinomas ductales infiltrantes NOS. En 24 casos el tratamiento quirúrgico consistió en MRM, en 15 CC, y en uno mastectomía simple. En dos casos no se efectuó cirugía. Se realizaron 39 vaciamientos axilares. El promedio de ganglios extirpados fue 25. 16 tenían una axila positiva (promedio 6.7 ganglios afectados). Recibieron QT adyuvante 36 pts, RT complementaria 29 y HT adyuvante 21 pts. 20 casos fueron RE y RP positivo, 4 casos solo RE o RP positivo, 8 casos fueron RE y RP negativo y en 10 el status era desconocido. 4 pts desarrollaron amenorrea, 2 recibieron QT adyuvante seguida de HT, una recibió QT sola y la otra HT sola. El seguimiento mediano fue 39 meses (rango 1 a 161). Al momento de la última consulta 24 pacientes se encontraban libres de enfermedad y 8 con enfermedad activa. 2 pacientes han fallecido.

Conclusiones. El 40% de las pts de nuestra serie tenía AF; en pts no seleccionadas con CM, están presentes en el 25%. En 12 casos se registró un retraso considerable en la consulta o el diagnóstico. Esto puede deberse a un déficit en el manejo de la información en relación al CM en la población joven. Un 8% de las pts que recibieron QT adyuvante desarrollaron amenorrea. Este porcentaje es significativamente inferior al reportado en la literatura lo cual puede estar relacionado con el hecho que nuestras pts fueron muy jóvenes.

Ninguna de las pacientes que desarrolló amenorrea recayó a pesar que 3 de las 4 se diagnosticaron en estadio III. Esto concuerda con datos de la literatura internacional que parecen indicar el impacto pronóstico favorable de la amenorrea, si bien se requieren estudios adicionales para evaluarlo.

OLIGODENDROGLIOMAS.

ANÁLISIS DE 77 CASOS TRATADOS EN LA UNIDAD DE NEURO-ONCOLOGÍA DESDE 1970 A 2004

Rodríguez R¹, Roldán G¹, Mañana G². Unidad de Neuro-oncología¹- Servicio de Oncología Clínica - Unidad de Neuro-patología² - Instituto de Neurología - Hospital de Clínicas - Facultad de Medicina - Montevideo - Uruguay

Introducción: Los gliomas constituyen los tumores primarios encefálicos más frecuentes distinguiendo: tumores astrocitarios, oligodendrogiales y ependimarios. Se ha observado un aumento de la incidencia de oligodendrogliomas (OG) que alcanza 30 % de todos los gliomas en algunas series. Los OG resultan de especial interés por su particular sensibilidad al tratamiento (tto) oncoespecífico la cual le confiere un mejor pronóstico en relación a otros gliomas. La identificación de alteraciones cromosómicas específicas los hace blanco de activa investigación.

Objetivo: analizar la evolución de los pacientes (ptes) portadores de OG tratados en la Unidad de Neuro-oncología del Hospital de Clínicas de Montevideo.

Materiales y métodos: se realiza una revisión retrospectiva de las historias clínicas de 77 ptes con diagnóstico anatómo-patológico de OG tratados en la Unidad de Neuro-oncología entre enero de 1970 y julio de 2004. Se analizan características epidemiológicas, clínicas, terapéuticas y evolutivas. Se realiza el análisis de sobrevida según el método de Kaplan Meier (IC 95 %) comparándolas mediante el Test Logrank con $\alpha = 0.05$.

Resultados: Treinta y siete (48,1%) correspondieron al género femenino y 40 (51,9 %) al masculino. La edad mediana fue de 41,2 años (rango: 5-74). Veintitrés ptes (29,9 %) eran portadores de OG de bajo grado, 32 (41,6 %) de alto grado y 22 (28,6 %) mixtos (oligo-astrocitarios). La hipertensión endocraneana y las crisis convulsivas fueron los motivos de consulta más frecuentes. La sobrevida (SV) mediana de los ptes de esta serie fue de 57 meses y el intervalo libre de enfermedad mediano de 39 meses. La SV global a 5 años alcanzó 46 % y a 10 años 34 %. La SV libre de enfermedad fue de 44 % y 33 %, respectivamente. No encontramos relación entre SV global y factores con reconocido valor pronóstico como edad, género, grado histológico y tto inicial realizado; si bien el análisis por género mostró resultados en el límite de la significación estadística ($p=0.0579$) a favor del femenino. La SV mediana fue de 58, 70, 53 y 21 meses para ptes con cirugía completa (35 pacientes), subtotal (16), parcial (22) y biopsias (4), respectivamente, siendo la diferencia significativa con respecto a la biopsia ($p= 0.04$). De los 77 ptes, 42 presentaron recaídas con una SV adicional mediana de 23 meses. Encontramos una diferencia significativa a favor del tto oncoespecífico (30 ptes) comparado con el paliativo sintomático (12 pacientes), tanto cuando consideramos la SV global ($p<0.0001$) como la adicional posterior a la recaída ($p<0.0001$). La inclusión de la cirugía en la estrategia terapéutica al momento de la recaída se asocia a un aumento de la SV global ($p=0.0009$).

Conclusiones: Confirmamos el valor pronóstico de la extensión de la cirugía inicial en el tto de los OG así como de su inclusión en el plan terapéutico al momento de la recidiva. El tto oncoespecífico en ptes que recaen prolonga su SV en comparación al tto paliativo sintomático.

MELANOMA PRIMARIO PULMONAR. CONSIDERACIONES CLÍNICO-PATOLÓGICAS A PROPOSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Rodríguez R¹, Roldán G¹, Sosa A¹, Mañana G², Rodríguez A³, Panuncio A³. Unidad de Neuro-oncología - Servicio de Oncología Clínica¹ - Unidad de Neuro-patología - Instituto de Neurología² - Departamento de Anatomía Patológica³ - Hospital de Clínicas - Facultad de Medicina - Montevideo - Uruguay

Introducción: Existen escasos reportes de melanomas malignos (MM) primarios de órganos viscerales, tratándose en general de metástasis de MM cutáneos u oculares que sufren regresión o pasan desapercibidos al diagnóstico. Los casos de melanomas primarios pulmonares (MPP) que cumplen los criterios clínico-patológicos para ser considerados como tales constituyen aproximadamente 0,01 % de los tumores pulmonares y se publican como casos individuales siendo imposible el análisis de series de pacientes. Dichos criterios se encuentran en constante revisión, constituyendo un campo de permanente controversia.

Materiales y método: A propósito de un caso clínico se realiza una revisión de la bibliografía sobre los aspectos clínico-patológicos más relevantes de los MPP.

Caso clínico: Se trata de un paciente (pte), de 58 años de edad, fumador, que consulta por elementos de hipertensión endocraneana de instalación progresiva sin otra sintomatología a destacar. La tomografía axial computada (TAC) de cráneo muestra un proceso expansivo único temporal derecho. La radiografía y posteriormente la TAC de tórax muestran un nódulo único parahiliar derecho sin adenomegalias mediastinales y sin compromiso hepático. La fibrobroncoscopia y el cepillado bronquial son negativos. Con el planteo de que se trata de un portador de un carcinoma pulmonar con secundarismo encefálico único sintomático se realiza resección macroscópicamente completa de la lesión encefálica. La anatomía patológica informa que se trata de la metástasis de un MM. Se descarta la presencia de otras lesiones, especialmente a nivel cutáneo y ocular. Recibe radioterapia holocraneal y se realiza una lobectomía inferior derecha cuyo análisis confirma que se trata de un MM y que no existen otras lesiones en el lóbulo resecado. Analizado el perfil costo/beneficio de la indicación de tratamiento (tto) sistémico en esta patología, en ausencia de otras lesiones evidentes continúa con controles clínicos periódicos. Permanece asintomático durante 5 meses recayendo a nivel encefálico sin nuevas lesiones a nivel pulmonar. El pte se niega a recibir tto sistémico paliativo alcanzando, hasta la presentación de este trabajo, una sobrevida de 11 meses.

Discusión: Dentro de los criterios clínicos que permiten afirmar que se trata de un MPP, se incluye la ausencia de antecedente de resección de MM cutáneo, ocular o mucoso. Al momento del diagnóstico el nódulo pulmonar debe ser único y deben descartarse lesiones a nivel cutáneo, mucoso u ocular. Otros criterios: la ausencia de otras lesiones tumorales al momento del diagnóstico y la topografía central de las lesiones son discutibles. El tto de elección es la cirugía no existiendo evidencia del beneficio de ningún tratamiento complementario. La ausencia de series publicadas hace difícil el planteo pronóstico en esta patología.

NEOADYUVANCIA EN CANCER DE RECTO

Della Valle A, Roldán G, Suárez L, Rodríguez R, Quarneti A. Institución: Hospital de Clínicas y Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Montevideo, Uruguay.

Introducción: El cáncer de recto causa 500 muertes aproximadamente al año en nuestro país. La radioquimioterapia (RTQT) forma parte del tratamiento de los tumores de recto en especial en estadios II y III. La indicación de neoadyuvancia tiene como fin conservar el esfínter en tumores bajos y hacer potencialmente resecables tumores inicialmente irresecables.

Objetivo: Analizar las indicaciones, el tratamiento, la toxicidad y evolución de pacientes portadores de adenocarcinoma de recto que recibieron tratamiento preoperatorio RT±QT.

Pacientes y Métodos: Análisis retrospectivo de 31 historias clínicas de portadores de adenocarcinoma de recto tratados con neoadyuvancia en los Servicios de Oncología del Hospital de Clínicas y del Hospital Central de las FF.AA. entre 1994 y 2003.

Resultados: Hombres/mujeres: 3/1. Edad mediana 64 años. Ocho pacientes (30%) se realizaron ecografías endorrectales como estadificación preoperatoria. Los pacientes correspondían 20 (65%) estadio II, 6 (19%) estadio III, 5 (16%) estadio IV con metástasis hepáticas potencialmente resecables. La dosis mediana de RT fue 50 Gy (35.8-63 Gy) cuya duración mediana fue 5 semanas (4-12). Un paciente (3%) recibió RT exclusiva. Planes de QT utilizados: 5-Fu en I/C 52%, 5-Fu en bolo y leucovorina 42% y 5-Fu en bolo 3%. Se logró cirugía con conservación esfinteriana en 7/31 casos (23%). La toxicidad mas frecuente fue radiodermatitis y diarrea que constituyeron la causa de interrupción del tratamiento en 4 pacientes. El control hematológico fue semanal en 38% durante la RTQT. Se alcanzaron respuestas 5%, parciales 39%, estabilización lesional 17% y progresión 39%.

La falta de información registrada en las historias clínicas entorpeció el análisis de este trabajo. El 70% de los pacientes estadios II y III fueron potencialmente estadificados (30% ecografías endorrectales) y los controles durante el tratamiento fueron subóptimos. Únicamente el 23% de los casos logró la conservación esfinteriana, cifras inferiores a las reportadas en la literatura (65-75%).

8º Congreso Uruguayo de Oncología

RESUMENES - SESIÓN DE POSTERS

NEOPLASMAS ASOCIADOS A VIH NO SARCOMA DE KAPOSI

Lombardo K, Sosa A, Krygier G, Muse I.

Servicio de Oncología Clínica (SOC). Instituto de Higiene (IH). Servicio Médico Integral (SMI). Instituto de Oncología (INDO). Montevideo- Uruguay

Resumen - La incidencia de enfermedades malignas en portadores del virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) ha aumentado conjuntamente con la enfermedad durante el pasado decenio. 40% de todos los pacientes con SIDA desarrollarán cáncer durante el curso de la infección por VIH. El Sarcoma de Kaposi (SK), Linfoma No Hodgkin (LNH) y el cáncer de cuello uterino tienen una incidencia muy alta en pacientes infectados por VIH y ellos se consideran como enfermedades definitivas del estadio SIDA. Muchos informes sugieren que otras neoplasias pueden tener una alta incidencia en la población portadora de VIH, incluyendo carcinoma de cabeza y cuello, cáncer recto - anal, plasmocitomas, melanoma y cáncer de pulmón.

Métodos - Examinamos el espectro de cáncer en pacientes infectados por el VIH, específicamente neoplasmas exceptuando el Sarcoma de Kaposi, diagnosticados entre 1/1998 - 6/2004. Se recabó información sobre edad, el sexo, factores de riesgo para SIDA, tipo de neoplasmas y mortalidad.

Resultados: El total de pacientes en nuestro estudio fue de 21 pacientes, de los cuáles

15 eran de sexo masculino (71%) y 6 de sexo femenino (29%); la edad mediana era 36 años (29-70). Los tumores reportados fueron: 11 Linfomas No Hodgkin (52%), 2 Linfoma de Hodgkin (6.6%), 1 cáncer medular de tiroides (6.6%), 1 melanoma (6.6%), 1 cáncer rectal (5%) y 3 cánceres de cabeza y cuello (14%), 1 cáncer de pulmón y 1 cáncer de mama. Cinco de los pacientes eran adictos a drogas intravenosas (24%); 4 pacientes eran homosexuales, 3 bisexuales, 8 heterosexuales, en 6 pacientes desconocemos el dato.

Conclusiones - El espectro de enfermedades malignas asociadas a la infección del VIH en nuestro estudio fue similar al descrito en otras poblaciones. La relación entre el sistema inmune y la epidemiología de tumores inducidos por virus es de importancia a fin de identificar nuevos enfoques terapéuticos en el tratamiento y/o la prevención de estos neoplasmas.

CARACTERIZACION MORFOLOGICA E INMUNOFENOTIPICA DE CARCINOMAS MAMARIOS EN RELACIÓN A LA HISTORIA FAMILIAR DE CANCER DE MAMA.

Gualco G, Ortega V, Musto ML., Delgado L. Hospital de Clínicas. Montevideo-Uruguay.

Objetivo: Investigar diferencias histopatológicas e inmunofenotípicas entre carcinomas mamarios esporádicos (CME) y los desarrollados en un contexto de cáncer mamario (CM) familiar (CMF).

Metodología: Fueron incluidas en el grupo de CME (n=34) pacientes (pts) con CM unilateral diagnosticado luego de los 30 años y sin historia familiar de CM. En el grupo de CMF (n=26) se incluyeron pts integrantes de familias con 3 o más casos de CM (al menos uno diagnosticado antes de los 50 años) o dos casos con alguno de los siguientes subcriterios: al menos un caso diagnosticado antes de los 35 años, transmisión paterna, cáncer de mama bilateral, cáncer de ovario. Cada grupo se subdividió en 2 subgrupos de acuerdo a la edad al diagnóstico de CM: edad igual o mayor de 40 años (subgrupo 1) y edad menor de 40 años (subgrupo 2). Se registraron las características clínicas y los parámetros anatomo-patológicos convencionales. Mediante inmunohistoquímica (IHQ) se estudió la expresión de receptores de estrógeno y progesterona (RE, RP), Her2, p53, bcl-2 y ki67. Se aplicaron test estadísticos apropiados para análisis uni y multivariados.

Resultados: La edad media al diagnóstico (45 vs 58 años, p<0.001) y el tamaño tumoral (p<0.05) fueron menores en el grupo con CMF que en el grupo con CME. En ambos grupos el tipo histológico predominante fue el carcinoma ductal infiltrante NOS. Se documentó una tendencia a mayor grado histológico y menor expresión de RE en los CMF con respecto a los CME. No existieron diferencias en la expresión de RP, Her2, ki67, bcl2 y p53. Mientras que en el grupo con CMF no se observaron diferencias en las características tumorales según la edad al diagnóstico, dentro de los CME, el subgrupo 2 mostró un predominio de bordes de crecimiento expansivos, menor diferenciación tubular, predominio de grado histológico final III, menor componente in situ, y baja expresión de RE.

Discusión: Las características morfológicas e inmunofenotípicas en los CMF son similares a las documentadas en estudios de EEUU y Europa, lo cual está de acuerdo con el origen ancestral de nuestra población. Globalmente, el grupo con CMF presentó un fenotipo similar al observado en tumores asociados a mutaciones de BRCA2, o con mayor frecuencia de mutaciones en BRCA2 y/o genes de susceptibilidad no conocidos. Estos resultados están de acuerdo con el predominio de mutaciones de BRCA2 en familias uruguayas reportado recientemente por nuestro grupo. Dentro del grupo con CME las pts menores de 40 años al diagnóstico presentaron un fenotipo tumoral similar al de los tumores asociados a mutaciones de BRCA2, lo cual, aún en ausencia de historia familiar de CM, estaría justificada la investigación de mutaciones de línea germinal en dicho gen.

Conclusiones: La caracterización fenotípica de los carcinomas mamarios puede contribuir a la selección de pts para la realización de test genéticos en nuestra población.

IMPACTO DE LAS MUTACIONES HETEROCIGOTICAS DE BRCA1 Y DE BRCA2 EN LA SENSIBILIDAD A DROGAS GENOTÓXICAS.

L. Delgado (1,2), G. Grotiuz (1), R. Fresco (2), D. Lens (1).

1Departamento Básico de Medicina, 2 Servicio de Oncología Clínica, Hospital de Clínicas, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

Los portadores de mutaciones heterocigotas en BRCA1/2 tienen un riesgo elevado de desarrollar cáncer de mama. La pérdida del alelo normal con la consiguiente pérdida de función es frecuentemente observada a nivel tumoral. Dado que estos genes participan en la respuesta celular al daño genético, la pérdida de su función puede determinar diferencias en la sensibilidad a agentes genotóxicos. En el presente estudio investigamos si las mutaciones heterocigotas de BRCA1/2 modifican la sensibilidad frente a drogas genotóxicas utilizando líneas celulares linfoblastoides desarrolladas a partir de individuos portadores y no portadores de mutaciones heterocigotas de BRCA1/2.

Materiales y Métodos. Se comparó la quimiosensibilidad de las líneas celulares linfoblastoides GM13709 (mutación del exón 11 2187delA de BRCA1), GM14622 (mutación 607stop a nivel del exón 11 de BRCA2) y GM 14453 (normal para BRCA1/2) frente a la exposición a Adriamicina (0.2-2.5 mM) y Cisplatino (0.625-80mM) a través del test de viabilidad celular basado en la reducción de MTT. Se determinaron las concentraciones inhibitorias 50 (CI₅₀) a partir de las curvas de regresión dosis -respuesta obtenidas luego de 24 hs de exposición a las drogas. Se realizaron 5 experimentos independientes realizados por triplicado.

Resultados. La línea GM14622 fue significativamente (P=0.003) más sensible a la Adriamicina (CI₅₀: 0.585 mM) que la línea control GM14453 (CI₅₀:1.364 mM), mientras que la GM13709 tuvo una respuesta similar al control (CI₅₀: 1.324 mM). A su vez la línea GM14622 también fue significativamente (P= 0.01) más sensible al cisplatino (CI₅₀: 12.7 mM) que la línea GM14453 (CI₅₀: 28.6mM) y la GM13709 tuvo la misma respuesta que el control (CI₅₀: 28.6 mM).

Discusión y Conclusiones. Nuestros resultados sugieren que las mutaciones deletéreas heterocigotas de BRCA2 pueden conferir mayor sensibilidad a drogas genotóxicas, lo cual puede tener implicancias en el manejo de las pacientes portadoras de mutaciones de BRCA2 o en aquellas con cáncer de mama esporádico que exhiben baja expresión de BRCA2.

MUTACIONES DE BRCA1 Y BRCA2 EN FAMILIAS URUGUAYAS CON CÁNCER DE MAMA/OVARIO.

L Delgado1,2, G Fernández2, A González2, S Cataldi1, B Bressac-de Paillerets3, J Bombléd3, C Castillo1, M Heguaburu2, N Lluberas2, G Sabini1, R Roca2, IM Musé1.

1Servicio de Oncología Clínica, 2Departamento Básico de Medicina, Hospital de Clínicas, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay. 3Service de Génétique, Institut Gustave Roussy, Villejuif, France.

Las mutaciones de línea germinal en BRCA1 y BRCA2 se asocian con susceptibilidad hereditaria al cáncer de mama (CM) y de ovario (CO). La proporción de familias de alto riesgo portadoras de mutaciones en BRCA1/2 (20%-70%) y el espectro de mutaciones son variables y dependientes de la población y el tipo de familias estudiadas. En la presente comunicación actualizamos nuestros resultados sobre la frecuencia y tipo de mutaciones de BRCA1/2 en familias uruguayas con cáncer de mama/ovario.

Pacientes y métodos. Se incluyeron en el estudio 39 familias seleccionadas a partir de pacientes referidas a la Unidad de Oncogenética del Hospital de Clínicas para evaluación del riesgo genético y que presentaron al menos 3 casos de CM (al menos uno diagnosticado antes de los 50 años) o 2 casos con alguno de los siguientes subcriterios: transmisión paterna, cáncer de mama bilateral, cáncer de mama masculino, cáncer de ovario.

Resultados. Se identificaron 8 mutaciones diferentes en 8 familias (20%), 6 en BRCA2 y 2 en BRCA1, todas ellas resultantes en un codón de terminación prematuro. Con respecto a la historia familiar, 33 familias presentaron historia de CM y las 6 restantes historia de CM y CO. Entre las primeras se diagnosticaron 6 mutaciones (5 en BRCA2 y una en BRCA1) y entre las segundas 2 mutaciones (1 en BRCA1 y 1 en BRCA2). En relación a los casos índices, todas las mutaciones de BRCA2 fueron detectadas en pacientes a las que se diagnosticó la enfermedad antes de los 50 años, 5 de ellas portadoras de CM y una de CO. Las mutaciones de BRCA1 fueron encontradas en una paciente con CO diagnosticada a los 55 años y en una paciente con CM diagnosticada antes de los 50 años.

Conclusiones. La proporción de familias con mutaciones de BRCA1/2 está de acuerdo con la comunicada en estudios previos que incluyeron familias seleccionadas en base a criterios similares pero la frecuencia relativa de compromiso de BRCA2 es superior a la reportada en dichos estudios.

TUMORES ESTROMALES DEL TRACTO GASTROINTESTINAL. ANÁLISIS MORFOLÓGICO Y VALOR DE LA INMUNOHISTOQUÍMICA EN SU TIPIFICACIÓN

Gualco G, Musto M, Ortega V, Gonzalez E, Ardao G
Laboratorio de Anatomía Patológica "Dr. González Ardao", Montevideo, Uruguay.

Los tumores del tejido estromal del tracto gastrointestinal (TGI) son un grupo heterogéneo de neoplasias. Se clasifican según la diferenciación celular que presenten en leiomiomas, leiomiomasarcomas, tumores estromales gastrointestinales o extragastrointestinales (GIST o E-GIST) y otros. Su histología y comportamiento biológico varía según la topografía en el TGI.

Presentamos una casuística reunida en 5 años, analizamos las características morfológicas y el valor de las técnicas de inmunohistoquímica para su diagnóstico.

Material y Métodos: Se estudiaron todos los tumores del tejido mesenquimático, excluyendo el adiposo, del tracto gastrointestinal y los mesos abdominales, referidos como biopsias o piezas de resección quirúrgica. Se analizó la topografía y el tamaño tumoral. Con técnicas de rutina se valoró celularidad, tipo celular predominante, atipia citológica, índice mitótico, necrosis, extensión y ubicación en la pared del TGI. Por técnica de inmunohistoquímica se evaluó este panel de anticuerpos primarios: CD117, CD34, Actina músculo liso (AML), Desmina (DES) y Proteína S100. Se utilizó como sistema de detección el complejo estreptavidina biotina peroxidasa y revelado con DAB, con controles positivos y negativos correspondientes. Los criterios para considerar positivo a los anticuerpos fueron: punto de corte de 20 % para CD117 y 50 % para los restantes.

Resultados: Se estudiaron 36 casos de 35 pacientes cuya edad media fue de 61,2 años, oscilando entre 33 y 83 años. Fueron 17 mujeres y 16 hombres. El 62,8% se topografió a nivel gástrico, el tamaño varió entre 5 y 255 mm. Histológicamente se observó patrón fusocelular en 16 casos y patrón mixto fusocelular y epitelioide en 10 casos. 24 casos fueron positivos para CD117 y CD34 correspondientes a 22 GIST y 2 E-GIST (67% de los casos), 12 de ellos malignos. 11 casos fueron positivos para AML y DES, correspondientes a 9 leiomiomas y 2 leiomiomasarcomas y 1 caso fue positivo únicamente para S100, se interpretó como un tumor maligno de la vaina del nervio periférico. Se destaca que 5 leiomiomas fueron obtenidos por biopsias endoscópicas y estaban vinculados a la muscularis mucosae, por lo cual la inmunotipificación no sería relevante y para algunos autores no deben incluirse en las casuísticas, en ese caso los GIST serían el 77.5% de los tumores mesenquimáticos. En 8 casos de GIST hubo coexpresión CD117- AML, en 2 esta positividad fue difusa débil, en el resto focal. De allí la importancia de incluir en el panel al menos 2 marcadores de diferenciación muscular. Con S100 se reconocieron múltiples filetes + intratumorales en todos los GIST. **Conclusiones:** El diagnóstico de GIST se basa en los hallazgos macro y microscópicos en conjunto con la determinación inmunohistoquímica de positividad para CD117 y CD34 en la mayoría de los casos con negatividad para AML, DES y S100. Encontramos una hiperplasia neural intratumoral en los casos de GIST, que no se observó en los tumores de diferenciación muscular. Los GIST malignos fueron proporcionalmente más frecuentes en ID y colorrecto.

TUMOR DE WILMS EN EL ADULTO. A PROPÓSITO DE 3 CASOS.

C. Castillo, G. Krygier, R. Decia, L. Castillo
Servicio de Oncología Clínica del Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina. Servicio de Hemato-Oncología Pediátrica del Hospital Pereira Rossell. Montevideo- Uruguay.

El tumor de Wilms tiene una incidencia del 5% dentro de los tumores pediátricos. Su pronóstico en esta población ha mejorado con la introducción y refinamiento de los esquemas terapéuticos basados en la radio y quimioterapia, con una tasa de curación actual del 90%.

En el adulto, el Nefroblastoma es excepcional y actualmente no existen guías para su manejo terapéutico. Si bien en la literatura existen unos pocos cientos de casos de Tumor de Wilms, no todos ellos han sido debidamente confirmados, como consecuencia de la variedad de nomenclaturas patológicas utilizadas en el pasado. En comparación a la población pediátrica, el Tumor de Wilms en el adulto se diagnostica en estadios más avanzados y tiene un peor pronóstico.

Presentamos una serie de 3 pacientes adultos con Tumor de Wilms. Mientras que dos de los pacientes presentaron elementos histológicos de mal pronóstico, el tercero de ellos presentó una histología favorable, aunque el diagnóstico fue realizado en un estadio avanzado.

Se describen estos 3 casos clínicos y las recomendaciones terapéuticas para estos tumores que surgen del análisis de la escasa literatura existente, y que la evolución de estos pacientes parece corroborar.

SIALOGLICOPROTEÍNAS DE TRIPANOSOMA CRUZI. ¿POSIBLE UTILIDAD PARA ESTRATEGIAS DE INMUNOTERAPIA ACTIVA ESPECÍFICA EN CÁNCER DE COLON?

Ubillos, L; Mazal, D; Chiribao, ML; Berriel, E; Freire, T; Robello, C; Osinaga, E.
Depto. de Bioquímica, Facultad de Medicina, Montevideo.

Introducción: La estructura sialil-Tn (SAA2-6GalNAcSer/Thr) se expresa en cáncer de colon y no en tejidos colonicos normales, con una expresión intermedia en lesiones premalignas. La Dimetilhidrazina (DMH) induce cáncer de colon en ratas con características morfológicas similares a las de los carcinomas colo-rectales humanos y expresan sialil-Tn de forma similar. Se ha observado que la infección de ratas con el protozoario flagelado *Trypanosoma cruzi* se relaciona con una menor incidencia de cáncer de colon en este modelo experimental. No existe aún una explicación sobre este fenómeno. Recientemente, nuestro grupo demostró la presencia del antígeno sialil-Tn en el *T. cruzi*. **Objetivos:** evaluar el efecto inmunobiológico antitumoral de extractos de *T. cruzi* en el modelo de carcinogénesis colónica inducida por DMH, determinando el papel de las glicoproteínas que expresan sialil-Tn. **Metodología:** la carcinogénesis colónica fue inducida en 16 ratas Wistar, mediante una inyección semanal de DMH (15 mg/Kg). Los animales fueron divididos en cuatro grupos: (A) solo tratados con el carcinógeno; (B) carcinogénesis con inmunización simultánea con extractos de *T. cruzi* (epimastigotas); (C) carcinogénesis con inmunización simultánea con extractos de *T. cruzi* deglicosilado (m-periodato 80 mM); y (D) carcinogénesis con inmunización simultánea con mucina submaxilar ovina (OSM), rica en antígeno sialil-Tn. Luego de 5 inmunizaciones (semanas 0, 4, 8, 10 y 12) los animales fueron sacrificados a la semana 24 y el colon fue evaluado histopatológicamente. **Resultados:** se observaron lesiones macroscópicas, compatibles con carcinomas de colon, en 3/4 ratas del grupo A, en 1/4 del grupo B, en 4/4 del grupo C y en 0/4 del grupo D. Al análisis microscópico, los animales de los grupos A y C presentaron lesiones más invasivas que la lesión observada en el animal del grupo B. **Conclusiones:** estos resultados preliminares sugieren que la inmunización con extractos de *T. cruzi* puede tener un efecto protector para el desarrollo de cáncer de colon, siendo los epítomos carbohidratos los posibles responsables de este efecto. Actualmente se encuentra en curso un estudio más detallado, con un mayor número de animales y con sialoglicoproteínas purificadas a partir de *T. cruzi*, a los efectos de determinar su potencial utilidad como nuevo inmunógeno anti-tumoral.

ASTROCITOMA PILOCÍTICO MALIGNO. A PROPOSITO DE DOS CASOS.

C Castillo (1), G Mañana (2), L Castillo (3), L Delgado (1).
(1)Servicio de Oncología Clínica (2) Laboratorio de Neuropatología. Instituto de Neurología del Hospital de Clínicas, Universidad de la República y (3) Servicio de Oncología Pediátrica del Hospital Pereira Rossell. Montevideo-Uruguay.

La transformación maligna del astrocitoma pilocítico (AP) es un evento extremadamente infrecuente (<3%), existiendo solamente unos pocos casos de AP malignos cerebelosos publicados en la literatura. La malignización puede ocurrir de novo o luego del tratamiento radiante, siendo los segundos casos los más frecuentes. El número de mitosis podría ser considerado como un marcador de progresión anaplásica para algunos autores, pero no se han definido claramente cuales son los criterios morfológicos que permiten su identificación y distinción de las formas corrientes de AP.

En el presente estudio, describimos dos casos de pacientes con AP cerebeloso, un adulto joven de 27 años y un preescolar de 2 años, que fueron catalogados como AP malignos de novo. Además de las figuras pilocíticas características del AP, el estudio anatomopatológico mostró caracteres atípicos como aumento de la densidad celular y de las mitosis, pleomorfismo celular y focos de necrosis. El comportamiento clínico agresivo fue concordante con la histología en ambos casos. El primer caso presentó una recidiva temprana y una progresión clínica rápida a pesar del tratamiento instituido, falleciendo 8 meses después del diagnóstico. El segundo caso presentó dos recidivas tumorales tempranas, realizándose tratamiento quirúrgico, radiante y sistémico, y encontrándose actualmente libre de progresión a los 16 meses del diagnóstico.

8º Congreso Uruguayo de Oncología

RESUMENES - SESIÓN DE POSTERS

CÁNCER DE CUELLO UTERINO : EVALUACIÓN DE NUESTROS RESULTADOS.

De Cola A., Suárez L., Castillo C.

SERVICIO DE ONCOLOGÍA CLÍNICA- HOSPITAL DE CLÍNICAS-FACULTAD DE MEDICINA

Introducción: El cáncer de cuello uterino ocupa en la mujer el 3er lugar en incidencia y el 5to como causa de muerte por cáncer en nuestro país.

La evolución está determinada principalmente por el estadio, el status ganglionar y el tipo histológico. El tratamiento de estos tumores es quirúrgico, radiante y/o sistémico, dependiendo su elección fundamentalmente del estadio.

Objetivo: Analizar las características, evolución, tratamiento y sobrevida de pacientes portadoras de cáncer de cuello uterino.

Pacientes y métodos: Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de pacientes con cáncer de cuello uterino tratadas en el Departamento de Oncología del Hospital de Clínicas en el período 1994-2004. Se confeccionaron las curvas de sobrevida (sv) total y sv libre de enfermedad según estadio y de sv luego de la recaída mediante el método de Kaplan-Meier.

Resultados: n=75 pacientes, edad mediana: 45 años (24-90 años). Tipo histológico: 93% carcinomas epidermoides, 5% adenocarcinomas y 2% adenoescamosos. Estadío (E) inicial: 31% EI, 38% EII, 25% EIII, 6% EIVA.

El tratamiento fue acorde al estadio, considerando que hasta el año 1999 no era estándar la radioquimioterapia concurrente. La sv mediana considerando todos los estadios fue de 124 meses. La sv a 5 años para el EI fue 90% (sv mediana 188 meses), para el EII 65% (95 meses) y en los EIII la sv mediana fue 24 meses.

Con un seguimiento de 13 meses, recayeron 12 pacientes y la sv mediana luego de la recaída fue 8 meses (IC 95% 4-13 meses)

Conclusiones: A pesar que el cáncer de cuello uterino es una enfermedad prevenible, continúa siendo una causa de importante morbimortalidad. Nuestros resultados son coincidentes con los publicados en la literatura, sin embargo distan de ser los óptimos, por lo que es necesario continuar los estudios clínicos en ese sentido.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS TUMORES OLIGODENDROGLIALES EN EL PERIODO 1998 Y 2002.

M. Galaret *, Graciela Mañana ** y V. Lezue ***

* Cátedra de Neurocirugía - Instituto de Neurología, **Laboratorio de Neuropatología - Instituto de Neurología - Cátedra de Anatomía Patológica, ***Técnico en neuropatología - Cátedra de Anatomía Patológica - Instituto de Neurología Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay

La incidencia de los tumores de los tumores oligodendrogiales, se ha incrementado en los últimos años, con cifras que llegan en algunas casuísticas al 30%.

En el Laboratorio de Neuropatología del Instituto de Neurología se diagnosticaron 199 tumores oligodendrogiales en un período de 5 años (1998 al 2002 inclusive). Los oligodendrogliomas se vinculan por su histología con los denominados tumores mixtos, con los cuales comparten además caracteres genéticos. En la década de 1990 el tratamiento de los oligodendrogliomas malignos se ha visto revolucionado con el uso de la quimioterapia.

Se realiza un análisis de su incidencia, frecuencia, topografía, grado histológico y edad así como se discute sus problemas en la caracterización histológica y gradación.

POLICLINICA DE ONCOLOGIA Y CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL LAS PIEDRAS: EXPERIENCIA DE 5 AÑOS (1999-2004).

R. Rodríguez, J. Silvera.

Unidad Oncológica del Hospital Las Piedras. Ministerio de Salud Pública. Las Piedras. Uruguay.

Objetivos: analizar las características clínicas, los tratamientos instituidos y el perfil asistencial de los pacientes vistos en la Policlínica de Oncología y Cuidados Paliativos del Hospital Las Piedras desde su creación en 1999 hasta la fecha.

Pacientes y Métodos: Se incluyeron todos los pacientes (ptes.) asistidos en dicha Policlínica en el período 01/09/99 – 31/08/04. Se analizaron las características clínicas de la población (sexo, edad, tipo de tumor), los diferentes tratamientos (ttos.) instituidos (quimioterapia (QT), hormonoterapia (HT), interferón (IFN) radioterapia (RT), control exclusivo y cuidados paliativos (CP), en este último se utilizó como indicador la utilización de morfina e indicadores asistenciales (número de consultas por año, promedios de pacientes por consulta, etc.).

Resultados: En todo el período fueron asistidos 231 pacientes (116 hombres y 115 mujeres) en 1403 consultas durante un total de 148 días de consultas, con un promedio de 9.5 consultas por día de consulta. Cada paciente consultó promedialmente entre 4 y 6 veces por año. La mediana de edad de la población fue de 64 años (rango: 5 - 94 años). El 47 % del total de ptes. (n=109) se encontraba en el rango de 61 a 80 años de edad al momento del diagnóstico. Los tipos de tumores mas frecuentemente encontrados fueron mama (18%), pulmón (16%), digestivos (18% y dentro de estos colo-recto 38% y estómago 28% fueron los mas frecuentes) y genitourinarios (11%: próstata 38%, riñón 31%). En cuanto a los

tratamientos: del total de pacientes oncológicos, y en donde cada paciente, durante su evolución pudo haber recibido más de un tipo de tratamiento, 33% recibió QT/HT, 20% RT, 20% control exclusivo y 49 % CP, de los cuales el 71% recibió

Conclusiones: Las características clínicas y el perfil asistencial de la población de pacientes corresponden con las del país. La mitad de los pacientes asistidos llegan a los cuidados Paliativos con buen porcentaje (71%) de administración de

RADIOTERAPIA EN LOS PACIENTES ANCIANOS

TerradasM, SantiniA, Mara C. Instituto Nacional de Oncología

Los pacientes ancianos, o sea aquellos individuos mayores de 65 o 70 años según los diferentes autores, representan la mayoría de los enfermos oncológicos que se tratan con radioterapia (RT), sin embargo existen muy pocas publicaciones que nos provean de información necesaria para evaluar el uso de tratamiento con RT en los ancianos en cuanto a: indicación de dosis, tolerancia de los tejidos, toxicidad y asociación con otras modalidades terapéuticas.

En el proceso del tratamiento con RT debemos tener en cuenta la radiobiología clínica aplicada a cada paciente y adquiere gran relevancia en los ancianos en los cuales muchas veces existen situaciones comórbidas y limitaciones funcionales de los tejidos normales que aumentan con la edad y la coexistencia de enfermedad vascular conectiva que influye en el tratamiento con RT.

La edad cronológica no se correlaciona con la edad biológica respecto a la tolerancia de tejidos normales, sin embargo es frecuente que se refiera que los tejidos sanos en los ancianos son menos tolerantes a la RT que los tejidos sanos de los adultos jóvenes pero no existen datos en la literatura que lo avalen y quizás esas afirmaciones probablemente se basen en la presencia de condiciones comórbidas o enfermedades asociadas o cirugías previas que influyan en el riesgo de daño a los tejidos sanos.

Estudios realizados por la EORTC no evidencian diferencias respecto a la toxicidad aguda y tardía vinculada a la edad. Los pacientes ancianos toleran la RT igual que los pacientes jóvenes con efectos secundarios comparables.

En el caso de enfermedades crónicas concurrentes se debe tener en cuenta una posible modificación de la dosis y del volumen a irradiar a fin de prevenir el riesgo de desarrollar daños permanentes o que el sector de órgano no irradiado no sea capaz de compensar la pérdida de función del tejido irradiado; pero siempre debemos tener presente que la reducción de la dosis si bien disminuye el riesgo de complicaciones también disminuye la probabilidad de curación.

TUMORES MÚLTIPLES. ANÁLISIS DE 50 PACIENTES

G. Santander, K. Lombardo, R. Rodríguez.
S Servicio de Oncología H.C.F.F.AA. Montevideo- Uruguay.

Introducción:

La descripción de neoplasias primarias múltiples data de fines del XIX; Warrem y Gates establecieron los criterios anatomoclínicos para su diagnóstico. La frecuencia de presentación clínica es de 1,5 a 5,4 % de los cánceres, y de 5 % a 11 % en autopsias. En los últimos años se ha observado un aumento de segundos tumores, probablemente debido a la nuevas estrategias de estadificación, seguimiento de los pacientes (ptes) y resultados terapéuticos con mejoría en la sobrevida desde el primer diagnóstico.

Objetivo: Análisis de 50 ptes portadores de tumores múltiples asistidos en el Servicio de Oncología del H.C.F.F.AA en el periodo 1/1997 a 1/2004.

Pacientes y métodos: se incluyeron los ptes. registrados en el H.C.F.F.AA, portadores de 2 o más tumores malignos documentados histológicamente. Se revisaron las historias clínicas, describiendo edad, sexo, fecha de diagnóstico y tipo de tumor. Se analizaron frecuencia de dichos tumores e intervalo de su aparición.

Resultados: Se incluyeron 50 ptes., siendo el 2,0 % de los pacientes registrados (2400). El promedio de la edad fue de 61 años (36-89 años). La mediana del intervalo de aparición entre el primer y segundo tumor fue de 28 meses (0 a 300). Los tumores más frecuentes fueron: carcinoma de mama (23), tumores de piel no melanoma (15), adenocarcinoma de colon (12), próstata (8) y riñón (6). Según su aparición 10 fueron sincrónicos y 40 metacrónicos. Los tumores de mama se asociaron con más frecuencia a tumores de endometrio (5), ovario (3), colon (3) y riñón (3).

De los 50 pacientes, 42 presentaron 2 tumores y en 8 casos 3 tumores.

Conclusiones: la frecuencia de aparición de neoplasias múltiples de nuestra serie así como el modo de presentación en el tiempo no difiere de la reportada por otros autores. El seguimiento de los pacientes con cáncer y los avances en el diagnóstico y la terapéutica llevan a un aumento del diagnóstico de segundos tumores y a un nuevo desafío terapéutico.

METÁSTASIS ENCEFÁLICAS DE TUMORES DE ORIGEN GINECOLÓGICO. EXPERIENCIA EN EL LABORATORIO DE NEUROPATOLOGÍA EN UN PERÍODO DE 5 AÑOS (1998 – 2003). HOSPITAL DE CLÍNICAS “DR MANUEL QUINTELA”. MONTEVIDEO, URUGUAY.

Musto M.L.*, Dr Méndez M.*, Lezue V.***, Dra Acosta G.*, Dra Mañana G.*.
* Cátedra y Departamento de Anatomía Patológica, Hospital de Clínicas.
**Técnico en Anatomía Patológica del Laboratorio de Neuropatología, Hospital de Clínicas

Las metástasis intracraneales ocurren en 13,5 a 37% de los pacientes con cáncer diseminado, siendo los sitios primarios más frecuentes el pulmón, la mama, el riñón y el tracto gastrointestinal. Los tumores malignos ginecológicos raramente dan metástasis cerebrales, con excepción del coriocarcinoma. La incidencia de metástasis cerebrales de carcinomas de ovario varía entre 0.9 y 3.3%, aunque las cifras están aumentando debido a una mejora en la sobrevida con tratamiento quimioterápico y a la detección temprana de las lesiones.

En segundo lugar, con cifras de entre 0.4 y 1.2% se encuentran las metástasis de cuello uterino. Generalmente son tumores pobremente diferenciados, con enfermedad locorregional avanzada y enfermedad sistémica diseminada. Los carcinomas de endometrio son los menos frecuentes, con una incidencia de 0.3%. Generalmente presentan enfermedad ampliamente diseminada.

El propósito de este estudio es documentar la incidencia de metástasis encefálicas de origen ginecológico en el Laboratorio de Neuropatología del Hospital de Clínicas entre los años 1998 y 2003. En dicho periodo se estudiaron 273 casos de metástasis encefálicas de los cuales 4.7% (n=13) presentaron un primitivo ginecológico. De estos 38.4% correspondieron a un primitivo ovárico, 30.7% a un primitivo cervical y 30.7% a un primitivo de endometrio. Se analizaron características clínicas, la topografía de las lesiones y el tipo histológico. Si bien las metástasis de los tumores de origen ginecológico son raras, deben ser consideradas en pacientes con una o más masas encefálicas, aún en aquellos casos en que la enfermedad primaria es desconocida.

ADENOCARCINOMA DE TROMPA UTERINA. ANÁLISIS DE TRES CASOS.

Brayer C, Fazzino M, Viola Alles A.
Dpto de Oncología de COMECA, Servicio de Oncología H. Policial

Se analizan en forma retrospectiva tres casos de CTU en mujeres con edades de 51, 57 y 60 años respectivamente. Clínicamente se presentaron con dolor pélvico en todos los casos y sangrado en uno de ellos. Fueron estudiadas con ecografía ginecológica y TAC abdomino-pélvica, en un caso se realizó también ecografía transvaginal. El CA 125 fue elevado solo en una paciente. El diagnóstico de CTU surgió luego de la cirugía, llegando a la misma en las tres oportunidades con el diagnóstico de masa anexial. Los procedimientos quirúrgicos realizados fueron: histerectomía con anexectomía y ooforectomía bilateral en un caso, salpingectomía en otro y biopsia de la masa tumoral en la restante. El diagnóstico anatómopatológico fue de carcinoma indiferenciado en un caso y de carcinoma papilar en los dos restantes. Los estadios clínicos correspondieron a EI en un caso y a EIII en los otros dos. Los tres pacientes recibieron tratamiento adyuvante en base a Taxol y Carboplatino. Dos de ellas están vivas a 8 y 14 meses respectivamente. La restante falleció a los 15 meses, siendo uno de los casos en EIII y en quien se efectuó salpingectomía y tratamiento sistémico. Se marcan pautas generales de tratamiento en cuanto a los alcances de la cirugía y el valor de la administración sistémica de derivados del platino.

USO DE BISFOSFONATOS EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA

Della Valle, A.
Institución: Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay.

El cáncer de próstata es la segunda causa de muerte por cáncer en el hombre en el mundo, significando un verdadero problema en salud pública. La prevalencia de metástasis óseas puede llegar al 100% de quienes fallecen por esta enfermedad imprimiendo una grave disminución de la calidad de vida especialmente por la aparición de eventos óseos. Desde hace 3 décadas se intenta encontrar un inhibidor de la resorción ósea que pudiera prevenir o tratar la metástasis ósea, desarrollándose los bisfosfonatos (BF). Estos no solo inhiben el reclutamiento y diferenciación del osteoclasto sino que disminuyen su vida media llevando a la apoptosis temprana. Todos los BF tienen propiedades fisicoquímicas y farmacocinéticas similares, pero difieren en su potencia anti-reabsortiva, el ibandronato y el ácido zoledrónico son BF de última generación que han tenido éxito en cuanto al tratamiento del dolor y disminución de los eventos óseos en varios trabajos, sin embargo solo un estudio randomizado ha sido realizado mostrando ventajas significativas en la terapéutica de la metástasis ósea por cáncer de próstata. Aunque la mayoría de los autores señalan un beneficio terapéutico, las pruebas son débiles y los costos mayores. Apremia la realización de nuevos trabajos que valoren tanto el ibandronato como el ácido zoledrónico a fin de afirmar sus virtudes.

METASTASIS OSEA UNICA EN SEMINOMA PURO, EVOLUCION Y TRATAMIENTO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y COMUNICACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.

Vázquez A, Cuello M, Terzieff V, Viola A. Depto de Oncología Médica del CASMU. Montevideo. Uruguay.

Introducción: La metástasis ósea única en seminoma puro es una entidad biológica extremadamente infrecuente. Reportamos un caso clínico estudiado desde el año 2000, tratamiento y evolución.

Caso clínico: Paciente de 35 años. Orquiectomizado en setiembre de 2000 AP: Seminoma puro con presencia de un nódulo neoplásico en el cordón espermático. Rt adyuvante en cadenas lumboaorticas, iliacas e inguinales izq., 3060 cGy en 3,2 sem. hasta Diciembre de 2000. Marcadores tumorales normales en todo el período. En Oct. de 2001 en control por TAC alteración morfoestructural del sector posterior del sexto arco costal izq. AP: por punción bajo TAC. Tumor germinal maligno compatible con seminoma puro. C.O. lesión única. Se realiza PQT en base a PEB por 4 ciclos y RT complementaria obteniéndose una respuesta completa con reducción de la lesión ósea, asintomático hasta Nov 2002, recaee nuevamente a nivel costal, VIP x 3. Nueva recaída en Junio 2003 paravertebral dorsal, Gemcitabine paclitaxel y Rt, intensificación de dosis con transplante. Mantiene el marcador elevado. Mal pronóstico.

Discusión: En la bibliografía no hemos encontrado reportes de lesiones óseas únicas secundarias a un seminoma puro. Se las describe en el contexto de un cuadro diseminado general en pacientes avanzados y en número mayor a tres o cuatro sincrónicas entre ellas acompañando lesiones ganglionares, hepáticas y pulmonares. La evolución posterior marca la resistencia de la enfermedad a los tratamientos con RT. Las tres líneas de Qt previas al transplante son las que han demostrado mejores resultados para el tratamiento de la enfermedad. Se discute el momento de la administración del mismo para obtener una respuesta completa duradera. Si el marcador se normaliza aunque no aparezca enfermedad clínica o paraclínica el pronóstico es favorable a corto plazo.

RENDIMIENTO DEL INTERFERÓN EN TUMORES SÓLIDOS II. CARCINOMAS DE CÉLULAS RENALES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y COMUNICACIÓN DE UN CASO DE REMISIÓN COMPLETA DE LA ENFERMEDAD METASTÁSICA PULMONAR CON INF.

A Vázquez, V Terzieff, A Viola. Depto de Oncología Médica del CASMU.

Objetivo: Evaluar el resultado del tratamiento del CCR con INF buscando dosis y resultados del tratamiento. Comunicación de un caso.

Material y métodos: Revisamos la bibliografía sobre el tema en los últimos veinte años.

Resultados: La administración de INF ha demostrado obtener entre un 15 y 20 % de RG con una duración de la respuesta de entre seis y diez meses. No existe un régimen óptimo de tratamiento si bien se postula que para alcanzar los mejores resultados debe utilizarse dosis intermedias de 10 M ui entre 3 y 5 v por sem. por seis meses. Es un resultado estadio dependiente donde debe seleccionarse correctamente el paciente candidato al mismo. Surge como resultado la fuerte tendencia a no mejorar la SV ni la SVLE en general exceptuando casos muy seleccionados en los que existiría algún beneficio.

Se ha demostrado en un único trabajo que el mejor impacto del INF en pacientes metastásicos de inicio se encuentra en pacientes que son nefrectomizados y luego se realiza el tratamiento inmunológico contra la realización de dicho tratamiento sin nefrectomía con resultados en SV de 8 meses 11 meses contra 8 respectivamente (P.05).

Discusión: Se define que en adyuvancia no debe utilizarse dicha droga puesto que no ofrece real beneficio en SV ni en SVLE. Se discute su utilización en estadios avanzados con respuestas globales de entre el 15 y 20 %. Los mejores resultados se obtienen en pacientes portadores de metástasis pulmonares con posibilidad de recibir tratamiento inmunológico a dosis intermedias. Comunicamos un caso en el que se obtuvo una remisión completa de las metástasis pulmonares con dosis bajas de 3M ui 3 v por sem. por seis meses.

TUMOR DE PANCOAST. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y COMUNICACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.

A Vázquez, V Terzieff. Depto de Oncología Médica del CASMU. Montevideo. Uruguay.

Objetivo: A propósito del diagnóstico y tratamiento de un joven de 29 años portador de Tumor de Pancoast realizamos la revisión bibliográfica del tema y comunicamos dicho caso.

Material y Métodos: Revisamos diez años de bibliografía en el tema, aspectos diagnósticos, estadísticos y tratamientos.

Resultados: El tumor de Pancoast descrito en 1924 por dicho autor, fue comunicado por primera vez por Edwin Hare en 1838. En nuestro medio Ricaldoni lo describe a comienzos del siglo pasado. Tumor de origen pulmonar, localizado en el lóbulo superior con infiltración de las estructuras adyacentes al mismo caracterizado por la infiltración de la primera costilla, plexo braquial, vértebras cervicales, y sistema simpático con su peculiar presentación clínica. Constituye entre el 1.2 y 5 % del total de los CBP en las diferentes series para tumores NPC. Se prefiere y recomienda su estudio por RNM, punción transparietal y eventual mediastinoscopia dado que la infiltración ganglionar de N2 es de peor pronóstico que N3. El tratamiento del mismo ha evolucionado hacia la inducción con Qt-Rt previa a la cirugía, cuando la misma es posible realizarla. Aún se está en búsqueda de las drogas y dosis más eficaces así como de la técnica radiante óptima. En relación a la cirugía se prefiere la utilización de técnicas en bloque.

Discusión: En base a la búsqueda del mejor tratamiento, el mismo se encuentra directamente vinculado al estudio y estadificación previa del paciente destacando el valor prequirúrgico de la RNM. La inducción en base a platinos y el escalonamiento de dosis de Rt está en discusión priorizando alcanzar los 60 Gy o algo más. Comunicamos un caso de un paciente de 29 años portador de esta patología en estadio metastásico T4N3M1 en el debut junto a su previsible mala evolución.

COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA EN TUMORES SÓLIDOS

Terzieff V, Alonso I, Vázquez A

Departamento de Oncología CASMU – Montevideo, Uruguay

Se estima que 20-25 % de los casos de Coagulación Intravascular Diseminada (CID) se relacionan con una neoplasia subyacente, fundamentalmente hematológica. Se ha estimado que alrededor de 5 % de los pacientes con tumores sólidos presentan una CID clínica, aunque la incidencia de alteraciones subclínicas es mucho mayor. La CID resulta de la activación no limitada de la cascada de la coagulación, lo que conduce a microtrombosis y sangrado por consumo de los factores de coagulación. Los tumores sólidos más frecuentemente asociados son los adenocarcinomas productores de mucina (sobre todo gástricos), generalmente en el contexto de una enfermedad diseminada. La mucina puede actuar como promotor de la cascada, pero probablemente se trata de un evento multicausal. Altos niveles de TNF α producidos por el tumor y la lisis celular masiva inducida por quimioterapia se han vinculado también. Si bien el sangrado es el que orienta generalmente el diagnóstico, la causa de muerte más frecuente es la trombosis. No existen exámenes específicos para el diagnóstico. La elevación de los niveles de dímeros D y de los productos de degradación del fibrinógeno orientan el diagnóstico. Hay disminución del fibrinógeno y -casi siempre- una plaquetopenia por consumo. El tratamiento es complejo y no hay consenso en muchos puntos. De reponerse los factores perdidos por consumo, se recomienda usar plasma fresco y/o glóbulos rojos lavados. La anticoagulación con heparina a baja dosis está indicada dado que la enfermedad causal no puede controlarse rápidamente, pero no debe iniciarse si hay plaquetopenia menor de 50.000. El sangrado profuso puede requerir el uso de ácido tranexámico o EACA. La CID aguda, el caso de nuestro paciente, es poco frecuente y muy grave.

CÁNCER DE MAMA EN LA MUJER AÑOSA

Terzieff V, Vázquez A, Alonso I, Sabini G

Departamento de Oncología CASMU – Montevideo, Uruguay

Las mujeres mayores de 65 años comprenden el 50 % del total de casos de cáncer de mama (CM). La tasa ajustada de incidencia para estas mujeres mayores de 70 años en Uruguay es mayor de 300/100.000.

Hay una mayor proporción de estadios avanzados al diagnóstico, aunque los estadios localizados han aumentado en los años recientes. Hay mayor proporción de estadios “desconocidos”, por falta de estadificación completa. Si bien presentan más frecuentemente tumores con características indolentes (RE+, Her2 negativo, p53 normal), esto no parece traducirse en mejor pronóstico global cuando se las compara con las mujeres más jóvenes. La secuencia diagnóstica y terapéutica es similar al resto de la población, con limitaciones que se derivan del status funcional y de la expectativa de vida. El manejo debe ser siempre individualizado dado la heterogeneidad de la población. La edad no puede ser usado como único determinante de conducta. Estas pacientes pueden ser capaces de tolerar bien cirugía, y el tratamiento conservador es factible en muchos casos (la proporción de cirugías conservadoras se ha duplicado en los últimos 20 años). El riesgo de recaída local disminuye 1-3 % anual a partir de los 60 años; sin embargo salvo casos aislados la radioterapia no debe omitirse. Diferentes estrategias de radioterapia se han usado para mejorar la compliance (hipofraccionamiento) o disminuir la toxicidad cardíaca (mixtas fotones/electrones). La quimioterapia es bien tolerada si se seleccionan bien las pacientes. La función renal y la del citocromo p450 caen con la edad, y no está claro cuál es el medio óptimo para el cálculo de dosis. La hormonoterapia es el tratamiento más frecuente, bien tolerado y con buena respuesta, pero no debe usarse de rutina como única medida. El valor de la mamografía de screening por encima de los 70 años es y se tiende a favorecer una valoración individual.

ESTRÓGENOS Y CÁNCER DE MAMA

Terzieff V, Vázquez A

Departamento de Oncología CASMU- Montevideo, Uruguay

Aunque la prolongada exposición a los estrógenos aumenta el riesgo de cáncer de mama, el rol preciso de los estrógenos en el proceso de carcinogénesis no está claro. Son capaces de inducir proliferación celular por vías diferentes del receptor de estrógeno (RE) conocido, por ejemplo a través de las MAPquinasas. La sensibilidad al efecto promotor de proliferación depende del nivel de RE, tipo α o β , integridad (mutaciones pueden alterar su función) y de ligando. Los diferentes tipos de estrógenos y compuestos afines tienen diferente perfil de afinidad por RE y efecto final.

El rol modulador de proliferación los progestágenos es muy complejo, y la interacción entre las vías efectoras de progestágenos, estrógenos, la familia EGF y los IGF – quizá otras – determina el efecto final. Los estrógenos son *per se* mutágenos débiles, pero se sabe ahora que durante su metabolización hepática se producen especies altamente reactivas como las quinonas y los catecolestrógenos, potentes mutágenos *in vitro*. La genotoxicidad directa o indirecta probablemente explique parte de los efectos de los estrógenos sobre las células tumorales.

El uso de hormonoterapia de reemplazo (HTR) aumenta el riesgo de CM, en forma proporcional al tiempo de uso. La combinación con progestágenos parece ser la de mayor riesgo (RR 2). No está claro el papel de los fitoestrógenos en la prevención del CM.

En la mama masculina se sabe que la respuesta proliferativa del parénquima a las diferentes maniobras hormonales es diferente. El efecto es mínimo con la castración y máximo con la combinación de estrógenos y progesterona. No está claro, sin embargo, el riesgo de la población expuesta a hormonoterapia por cáncer de próstata u otro motivo.

HIPEREOSINOFILIA ASOCIADA A SARCOMAS GENITALES

Terzieff V, Alonso I, Vázquez A
Departamento de Oncología CASMU - Montevideo, Uruguay

Los eosinófilos son leucocitos con capacidad fagocítica, reguladores de las reacciones de hipersensibilidad mediada por mastocitos, y sobre todo responsables toxicidad antiparasitaria. Predominan en los tejidos con interfase epitelial cercanos a la superficie (piel, tracto digestivo). La reacción citotóxica se ejerce por depósito en la superficie celular de las sustancias de los gránulos propios: peroxididasas, neurotoxinas, proteínas catiónicas y otras.

La hipereosinofilia se define como el aumento de los eosinófilos por encima de 1500/mm³. Las causas más comunes son infecciones parasitarias y reacciones alérgicas. Alrededor de 60 % de los tumores pueden acompañarse de una elevación discreta de los eosinófilos, pero la eosinofilia marcada en estos pacientes es poco frecuente. Los tumores que más se asocian son el cáncer de pulmón y los tumores hematológicos. Hay escasos reportes de esta entidad asociada a sarcomas uterinos. Aunque el mecanismo fisiopatogénico no está claro, se supone que en la base se encuentra la secreción aumentada de citocinas eosinofiloipoéticas: interleukinas (IL) IL-3, IL-5 y GM-CSF entre otros posibles.

La morbilidad propia de la hipereosinofilia mantenida es fundamentalmente cardíaca, y se deriva de la acción citotóxica, con fibrosis endomiocárdica y trombosis. El tratamiento debe dirigirse al control de la enfermedad de base, dado que la buena respuesta tumoral se asocia a una normalización de la cuenta de eosinófilos. Los corticoides Prednisona, 60 mg/día VO) pueden ser efectivos dado que antagonizan el efecto de las citocinas estimuladoras.

En la inmensa mayoría de los casos, la hipereosinofilia se asocia a enfermedad diseminada y mal pronóstico global

Presentamos un caso de sarcoma vaginal con metástasis pulmonares e hipereosinofilia secundaria que respondió al tratamiento con quimioterapia.

METÁSTASIS A MAMA DE PRIMITIVOS EXTRAMAMARIOS

Terzieff V, Vázquez A, Alonso I, Sabini G
Departamento de Oncología CASMU - Montevideo, Uruguay

Menos del 3 % del total de tumores malignos de la mama provienen de un primitivo extramamario. En 40 % de los casos es la primera manifestación del primitivo, pero estudiados correctamente 80 % se asocian a enfermedad ampliamente diseminada.

Típicamente se presenta como un nódulo en cuadrante s externos, doloroso en la mitad de los casos. La mayoría (60%) de las metástasis a mama provienen de tumores mamarios contralaterales, se cree que por vía linfática. De los extramamarios, los tumores más frecuentes son melanoma, hematológicos y neuroendocrinos. Aunque algunas características imagenológicas pueden orientar, el diagnóstico es histológico. La citología tiene buen rendimiento en manos expertas, pero en hasta 25 % de los casos puede haber dificultad para establecer diagnóstico.

El tratamiento depende del tipo de tumor. No debe practicarse mastectomía ni vaciamiento axilar de rutina, dado que en general el contexto es de una enfermedad diseminada. La radioterapia puede ser útil para control local. Se ha propuesto la ablación con láser, pero no hay experiencia al respecto. El pronóstico en general es malo. Se presenta el caso de un hombre de 45 años con una metástasis mamaria única de un carcinoma a células claras de riñón.

AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA.

Berta Varela, Bettina Caporale, Ana Galain, Mercedes Viera, Lucía Delgado.
Hospital de Clínicas. Unidad de Mastología. Departamento de Psicología Médica, Departamento de Oncología. Montevideo, Uruguay

El objetivo del trabajo es investigar la influencia de las estrategias de afrontamiento en la calidad de vida de las mujeres portadoras de cáncer de mama. Las pacientes deben afrontar una serie de eventos estresantes relacionados con la enfermedad y su tratamiento. Mostraremos algunos resultados de un estudio longitudinal.

Pacientes y Métodos: Entrevistamos y aplicamos cuestionarios a 51 pacientes con diagnóstico positivo de cáncer de mama. Aplicamos los cuestionarios en la semana siguiente a la cirugía, y luego de la finalización de los tratamientos indicados quimioterapia y / o radioterapia.

Escala utilizadas - Se evaluó el ajuste mental al cáncer (MAC, mental adjustment to cancer), ansiedad y depresión a través del HADS, y la calidad de vida SF 36 y POMS (profile of mood states).

Resultados : El análisis de los resultados muestran esta tendencia, se encontraron las siguientes correlaciones negativas (r Spearman)

entre las Estrategias de afrontamiento (MAC) y los dominios del SF- 36 Desesperanza con función física (r.38) y función social (r.44); preocupación ansiosa con rol físico (r.36), Salud general (r.35) y salud mental (r.62); evitación con rol físico (r. 37) y salud mental (r.36); fatalismo con dolor (r.37) y vitalidad (r.41).

Desesperanza, la preocupación ansiosa, la ansiedad y la depresión, son los factores psicosociales que más afectan la calidad de vida.

QUIMIOTERAPIA EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA HEPÁTICA.

Roldán G, Sosa A.
Cátedra de Oncología Médica. Hospital de Clínicas

La toxicidad del tratamiento quimioterápico a nivel hepático puede manifestarse como: disfunción hepatocítica con hepatitis química, enfermedad veno-oclusiva o fibrosis crónica.

La disfunción hepatocítica es causada por efecto directo de la droga o sus metabolitos evidenciándose por aumento de las enzimas hepáticas (TGO, TGP) y bilirrubinas. El efecto prolongado lleva a colestasis e infiltración grasa. Esta disfunción es potenciada por la concomitancia de infección viral, metástasis hepáticas y otras drogas como antieméticos.

La gran mayoría de los fármacos indicados en un paciente con cáncer, citostáticos, antieméticos, analgésicos, anticonvulsivantes, etc, se metabolizan a nivel hepático. La evidencia de alteración de la función hepatocítica en un paciente en que se plantea tratamiento con quimioterapia implica la necesidad de modificar la dosis indicada y/o suspender el tratamiento.

El objetivo del presente trabajo es revisar la información existente sobre el uso de citostáticos en pacientes neoplásicos con insuficiencia hepática, clasificando las drogas de acuerdo a su potencial hepato toxicidad y modificación de dosis recomendadas en pacientes con disfunción hepática.

TUMORES SEMINOMATOSOS TESTICULARES BILATERALES SINCRÓNICOS. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

G. Roldán, I.M.Musé.
Servicio de Oncología Clínica – Hospital de Clínicas – Facultad de Medicina – Montevideo – Uruguay

Introducción: Los pacientes portadores de tumores germinales testiculares (TGT) presentan en la evolución un tumor contralateral en aproximadamente 3 % de los casos. Un pequeño subgrupo se presentan con tumores bilaterales sincrónicos (TBS).

Caso clínico: Se trata de un paciente de 41 años en estudio por infertilidad en quien se han realizado biopsias testiculares bilaterales. Mediante una ecografía testicular se diagnostican nódulos bilaterales a predominio derecho. Se realiza una orquiectomía bilateral evidenciándose seminomas clásicos puros bilaterales (T1 y T4). La estadificación regional y a distancia descarta compromiso ganglionar y visceral con marcadores tumorales normales. Recibe radioterapia adyuvante (3060 cGy) que incluye las cadenas ganglionares inguinales, y pélvicas y lumbo-aórticas permaneciendo libre de enfermedad a 33 meses de la cirugía.

Discusión: 85 % de los TGT bilaterales se presentan en forma metácrona y 15 % sincrónica. Los TBS representan menos del 1 % de las series más representativas. En la mayoría de los casos son seminomas y se han asociado a esterilidad e historia familiar sugestiva de predisposición genética. La orquiectomía bilateral constituye el tratamiento local de elección y la estrategia posterior es planificada de acuerdo a la extensión loco-regional destacándose la importancia del reemplazo hormonal y el apoyo psicológico.

Conclusiones: En pacientes con historia familiar sugerente o infértiles debe descartarse la presencia de TBS, especialmente si es portador de un seminoma. La orquiectomía bilateral es el tratamiento local de elección. No encontramos evidencia que los TBS seminomatosos tengan un peor pronóstico en comparación con pacientes con tumores unilaterales o bilaterales metacrónicos de similar extensión lesional.

TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN PACIENTES PORTADORES DE TUMORES PRIMARIOS ENCEFÁLICOS. REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO.

G. Roldán, A. Sosa, R. Rodríguez
Servicio de Oncología Clínica – Hospital de Clínicas – Facultad de Medicina -

Introducción: Aproximadamente 15 % de los pacientes (ptes) oncológicos presentan complicaciones tromboembólicas (CT) como trombosis venosa o tromboembolismo pulmonar (TEP). Los ptes con tumores primarios o secundarios encefálicos agregan elementos particulares que los hacen especialmente susceptibles. La mayoría del equipo asistencial en nuestro medio reconoce, pero suele sobrevalorar el riesgo hemorrágico del tratamiento anticoagulante (TA) en ptes con lesiones activas a nivel encefálico.

Caso clínico: Se trata de una pte de 51 años, portadora de un tumor primario encefálico quimiosensible, con déficit motor, que presenta un TEP durante la quimioterapia. Recibe TA presentando valores de INR por encima del rango terapéutico sin presentar complicaciones hemorrágicas.

Discusión: En los ptes portadores de tumores encefálicos primarios la alta frecuencia de secuelas neurológicas condicionan menor movilidad, favoreciendo las CT. En ptes oncológicos de riesgo se ha demostrado el beneficio de la administración de bajas dosis de warfarina con criterio profiláctico alcanzando valores de INR 1,3-1,9. El subgrupo que requiere neurocirugía tiene mayor incidencia de CT: 19 % cuando se reseca una metástasis y 7,5 % cuando el tumor es primario. La profilaxis con heparinas de bajo peso molecular con o sin medidas no farmacológicas resulta beneficiosa. Mientras la incidencia de CT varía de 5-20 %, la de sangrado intracraneano es de 0-5 % en metástasis a nivel encefálico y 4 % en tumores primarios y 10 % en ptes con hipocoagulación.

Conclusiones: La indicación de TA profiláctico en ptes con tumores encefálicos debe basarse en la valoración del riesgo/beneficio individual de forma personalizada y no generalizada. La profilaxis debe ser realizada en ptes con otro primitivo. Los que presentan CT mayores se benefician de la administración de tratamiento anticoagulante con criterio terapéutico y siempre que se mantenga un estrecho control de la dosis.

SÍNDROME CAQUEXIA - ANOREXIA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

Roldán G, Rodríguez R, Musé M. Servicio de Oncología Clínica – Facultad de Medicina - Hospital de Clínicas – Montevideo – Uruguay

Introducción: Dos tercios de los pacientes (ptes) oncológicos presentan adelgazamiento, un factor pronóstico negativo reconocido. El síndrome caquexia anorexia (SCA) resulta de la interacción de múltiples factores y ocasiona la muerte de 22 % de estos pacientes. El soporte nutricional produce una moderada recuperación ponderal, sin afectar las alteraciones metabólicas subyacentes. **Objetivos:** Realizar una revisión de los conocimientos actuales de las bases fisiopatológicas y el manejo del síndrome caquexia-anorexia en el paciente oncológico. Diseñar indicaciones de las intervenciones planteables en el manejo de estos pacientes. **Método:** se realiza una revisión bibliográfica sobre SCA. **Conclusiones:** Debemos identificar los pacientes en riesgo para implementar tempranamente medidas no farmacológicas preventivas. El control de los efectos secundarios al tratamiento oncoespecífico con especial atención a la necesidad de antieméticos, laxantes /antidiarreicos, control odontológico y correcto manejo del dolor es fundamental. Mantener la vía enteral es una prioridad. En quienes presentan trastornos de deglución o disfagia, la colocación de sonda nasogástrica de alimentación debe considerarse precozmente. Las indicaciones de gastrostomía/yeyunostomía y nutrición parenteral total (NPT) son muy limitadas. La NPT constituye una maniobra complementaria al tratamiento de una complicación temporal y reversible, en vistas a evitar el deterioro del estado general de un paciente, y que se suspenderá una vez resuelta. No está comprobado que la NPT sea superior a la vía enteral en quienes se desea mejorar el estado general para hacer al paciente pasible de tratamiento oncoespecífico. El beneficio de la indicación de progestágenos suele ser sobreestimado; los pacientes bajo tratamiento oncoespecífico agresivo con criterio curativo serían los mejores candidatos. No hay estudios que avalen la frecuente indicación de megestrol a pacientes con corta expectativa vital por tiempo indeterminado. En pacientes terminales la educación en relación a la preparación de alimentos e hidratación resulta fundamental en el mantenimiento del confort. El beneficio de la administración de talidomida, eicosanoides, antiserotonérgicos, y variadas hormonas deberá ser mejor valorado.

DOS CASOS INUSUALES DE METÁSTASIS ENCEFÁLICAS DE MELANOMA MALIGNO PRIMARIO DE PULMÓN

Rodríguez A*, Mañana G*, Panuncio A*, Rodríguez R**, Roldán G**, Sosa A**.
*Cátedra de Anatomía Patológica, Laboratorio de Neuropatología, Unidad de Microscopía Electrónica, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Montevideo - **Unidad de Neurooncología, Servicio de Oncología Clínica, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Montevideo.

Se presentan dos casos de inicio con metástasis encefálicas de melanoma pulmonar, que fueron diagnosticados en el Laboratorio Neuropatología de la Cátedra de Anatomía Patológica, Instituto de Neurología, Hospital de Clínicas de Montevideo, poniendo énfasis en los criterios anatomopatológicos de diagnóstico y su evolución clínica. Ambos pacientes presentaron en el momento de la consulta inicial lesiones encefálicas únicas pigmentada y amelanica respectivamente. En ambos casos se descartó por la morfología y la utilización de técnicas complementarias la metástasis de carcinoma. El principal diagnóstico diferencial en estas lesiones es si se trata de un tumor primitivo encefálico, pigmentado o no, o de un tumor secundario melánico: metástasis de melanoma maligno. En ambos casos los pacientes habían sido estudiados encontrándose en uno de ellos, una lesión pulmonar irreseccable, y en el otro apareció un nódulo pulmonar único que se reseccó en su totalidad. Las lesiones pulmonares correspondieron a melanoma maligno, uno de ellos con abundante pigmento y el otro en su mayor parte amelanico, con escasas áreas con pigmento conservado. Estudiados por dermatólogo, se descartó la presencia de un melanoma maligno cutáneo primitivo. También se descartaron otras localizaciones viscerales de melanoma primitivo quedando como localización primitiva la pulmonar. El melanoma primario maligno de pulmón es un neoplasma poco frecuente que plantea diagnóstico diferencial con otros neoplasmas primitivos de pulmón con metástasis pulmonar de melanoma maligno.

La presentación clínica inicial con manifestaciones neurológicas por metástasis encefálicas de melanoma primario maligno de pulmón, es una condición muy poco usual que debemos tener presente. Esta entidad se caracteriza por su pronóstico pobre que a menudo ocasiona la muerte del

LINFOMA NO HODGKIN ASOCIADO VIH

Krygier G, Mariño A, Lombardo K., Sosa A., Muse I.
Cátedra de Oncología Médica y Departamento de Anatomía Patológica
Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. Montevideo. Uruguay.

Introducción - La incidencia de Linfoma No Hodgkin (LNH) ha aumentado en pacientes infectados con el VIH (virus de inmunodeficiencia adquirida) progresivamente. El pronóstico de estos pacientes es muy pobre. El genoma del VEB (virus Epstein Barr) se ha encontrado en el líquido cefalorraquídeo y plasma de pacientes con SIDA con diagnóstico de linfoma. El ADN-VEB se detectó en el 100% de los casos de Linfoma Primario del Sistema Nervioso Central (LPSNC).

Métodos: Revisamos once casos de LNH en pacientes infectados con HIV, revisamos los informes médicos de los pacientes VIH positivos con LNH tratados por el mismo equipo de Oncología Médica del Hospital Universitario durante un periodo de 6.5 años. (01/98 - 06/04). **Resultados** - Se diagnosticó a 11 pacientes LNH asociado a VIH, los 11 casos se trataban de linfomas de alto grado, difuso de células B, a grandes células, dos de los casos comprometían la mucosa oral, dos linfomas gástricos, un linfoma rectal, cuatro linfomas sistémicos, 2 LPSNC. No se encontró ningún LNH de células T durante este periodo.

La edad mediana era de 34 años (oscila 23-69), la relación masculino/femenino 9/11. El diagnóstico SIDA precedió al diagnóstico de linfoma en 10 de los 11 casos. Con alta incidencia en todos los grupos de riesgo de VIH.

El enfoque terapéutico se basó en: HAART (Altas dosis de Terapia Antiretroviral), profilaxis y tratamiento de infecciones oportunistas, y el tratamiento oncológico (quimioterapia y radioterapia)

6/11 pacientes se trataron con CHOP (Ciclofosfamida, Adriamicina, Vincristina y prednisona) constituyendo el plan estándar para el LNH. 3/11 pacientes se trataron con la radioterapia y quimioterapia. Uno de los LPSNC se trata con radioterapia sólo y el otro LPSNC recibió metotrexate intravenoso.

3/11 pacientes están todavía vivos (1 LNH mucosa oral, 1 LPSNC, 1 recto anal). La principal causa de muerte se debió a progresión de la enfermedad e infecciones oportunistas (6/11). Dos de los pacientes se perdieron en el seguimiento, siendo uno de los problemas principales en lo que concierne a esta población.

Conclusiones - El LNH es una de las enfermedades que más frecuentemente se asocia con el VIH. Su diagnóstico es definitivo de la etapa SIDA. La presencia de inmunosupresión, el comportamiento biológico de la enfermedad en estas condiciones, alteran significativamente el comportamiento, evolución y respuesta al tratamiento onco específico de esta enfermedad.

ADENOCARCINOMA A CÉLULAS CLARAS DE UTRÍCULO PROSTÁTICO. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO. REVISIÓN DE LA LITERATURA

S. Cataldi, L. Castillo, R. Rodríguez
Servicio de Oncología del H.C.F.F.A.A. Montevideo, Uruguay.

INTRODUCCIÓN. El utrículo prostático (UP) es una estructura rudimentaria derivada de los ductos Müllerianos (paramesonefricos), que da origen al aparato genital femenino en su porción caudal y de los ductos Wolffianos (mesonefricos), que origina los tubos seminales masculinos y seno urogenital en su segmento caudal. Se localiza en la porción central de la uretra prostática. La patología del UP es infrecuente y en la literatura solo se han reportado escasos casos aislados y raras revisiones. Los neoplasmas de UP son extremadamente raros. El primer reporte en la literatura es del año 1967 en un hombre de 66 años en el cual el diagnóstico fue incidental en una pieza de prostatectomía.

OBJETIVO. El objetivo de este trabajo es revisar la bibliografía sobre esta rara afección a partir del reporte de un caso clínico.

CASO CLÍNICO. Paciente de sexo masculino, de 15 años que consultó por hematuria. La tomografía evidenció agenesia renal derecha, riñón izquierdo hipertrofico y una masa sólida retrovesical en topografía prostática. La biopsia guiada por ecografía transrectal informó restos embrionarios de blastoma renal y el perfil inmunohistoquímico es específico de epitelio urotelial y glomerular (CK7 BPM marcadamente positiva). Es intervenido, reseccándose la tumoración pélvica cuya anatomía patológica (AP) correspondió a un adenocarcinoma de células claras de UP. Cursa un post operatorio sin complicaciones y permanece en control clínico tomográfico, diagnosticándose recaída loco regional 5 meses después. Recibe poliquimioterapia tipo adriamicina-cisplatino con respuesta clínica completa luego del 2º ciclo de tratamiento y rápida progresión lesional al finalizar el 6º ciclo. Fue reintervenido reseccándose una masa laterovesical derecha, quedando in situ una masa laterovesical izquierda de similares características. La AP fue similar a la original. Actualmente el paciente fue sometido a una nefrostomía izquierda y está planificado el inicio de quimioterapia con una dosis de Docetaxel semanal.

CONCLUSIONES. Dado la rareza de esta patología, y la escasa literatura al respecto no hay datos sobre evolución ni sensibilidad a los tratamientos. En el caso de este paciente destacamos la elevada agresividad de la enfermedad, que responde al tratamiento de quimioterapia pero con rápido desarrollo de resistencia a la misma.

MEDICINA ALTERNATIVA Y COMPLEMENTARIA EN ONCOLOGIA

Sosa A, Krygier G, Berro G.
Servicio de Oncología Médica. Hospital de Clínicas.
Dpto. de Medicina Legal. Facultad de Medicina

INTRODUCCIÓN - En años recientes, es interesante el rápido crecimiento de la medicina complementaria y alternativa (CAM) en el mundo industrializado. Nuestro país no ha estado ajeno a este crecimiento utilizándose muchas sustancias incluidas en varias categorías. Los factores que contribuyen a este aumento en el consumo de estas medicinas "no tradicionales" son el descontento con las terapias alopáticas convencionales, deseo del paciente de ser más activo en su salud, y orientaciones filosóficas propias de cada paciente. Varios de estos tratamientos tienen su utilidad cuando son correctamente utilizados y por gente idónea en el manejo de los mismos (acupuntura, musicoterapia, yoga, reflexología). Otras terapias sin sustento científico alguno son también utilizadas en forma creciente. **MATERIAL Y METODOS** - Se analizan en este trabajo las causas del incremento en el uso de la medicina complementaria y alternativa (CAM), las variables por sexo, edad, nivel socioeconómico, etc. Asimismo se describen los distintos tipos de CAM, la pobreza de literatura confiable al respecto y el limitado peso estadístico de las publicaciones sobre el tema. Se analizan los efectos colaterales y las interacciones medicamentosas muchas veces no mencionadas por los proveedores de dichas terapias.

Por último se enfocan los aspectos medico-legales (consentimiento, sanciones, normativas legales, etc) y se los compara con normativas internacionales.

RESULTADOS - A la luz de la literatura analizada se concluye que existe un marcado incremento del uso de terapias "no tradicionales" en el área de la oncología, la mayoría de las veces sin sustento científico comprobado, muchas veces en el marco de un cierto oscurantismo con el paciente y hacia el cuerpo médico en general, a veces con efectos colaterales e interacciones medicamentosas documentadas y también llevadas a cabo sin marcos éticos y legales claros.

MÚSCULOS EXTRAOCULARES: UN SITIO DE DISEMINACIÓN INFRECUENTE DEL CÁNCER DE MAMA.

R. Fresco, L. Suárez, L. Saldombide, C. Castillo, A. Córdoba, A. De Cola, G. Santander, S. Heinzen, D. Touya, L. Delgado, Servicio de Oncología Clínica, Hospital de Clínicas, Universidad de la Republica, Montevideo, Uruguay.

Las metástasis orbitarias son infrecuentes, siendo el 50% de las mismas secundarias al cáncer de mama. Dentro de la órbita, los músculos extraoculares son una de las estructuras menos frecuentemente comprometidas. La afectación muscular puede ser exclusiva o por contigüidad. Se estima que el compromiso muscular exclusivo corresponde al 5% de todas las metástasis orbitarias.

Casos clínicos: Se presentan dos casos de pacientes portadoras de cáncer de mama metastásico, que en el contexto de una progresión lesional instalan diplopía, exoftalmos y ptosis palpebral. En una de ellas se constata tomográficamente un proceso expansivo en el músculo recto interno derecho que desplaza el globo ocular y engloba al nervio óptico. En el segundo caso se trata de una pequeña lesión en el seno del músculo recto superior izquierdo, sin compromiso de otras estructuras. Si bien en ninguno de los casos fue posible la confirmación anatomopatológica, en el segundo de ellos se logró una remisión de la signología y una respuesta completa tomográfica de la lesión muscular luego de 3 series de quimioterapia.

Conclusión: Si bien las metástasis en los músculos extraoculares son infrecuentes, debe considerarse esta posibilidad en pacientes con cáncer de mama y trastornos visuales como diplopía. Por las características anatómicas de la órbita, pequeñas masas tumorales pueden tener un considerable impacto funcional.

IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD (NORMAS ISO-9000) EN EL SERVICIO DE ONCOLOGIA RADIOTERÁPICA.

A. Quarneti, A. Castaño, A. De Rosa, D. Pintado, A. Luongo Gardi, M. Dalla Rosa, L. Guerrero, M. Luongo, A. Luongo Céspedes, E. Marchese, M. Torres, J.R. Di Mauro, Ing. M. Payse, Tecs. M. Lorenzo, A. Cortés, R. Battagliotti, N. Satragno, Ests.: L. García, D. Gonsalves, J. Gonzalez, L. Ricagni, M.I. Benausse. Dama Volunt. M. Ferreiro
HOSPITAL DE CLÍNICAS, FACULTAD DE MEDICINA. MONTEVIDEO URUGUAY

OBJETIVO: Mostrar los avances y dificultades en el proceso de implantación de un sistema de gestión de la calidad (SGC) de acuerdo a la norma técnica UNIT-ISO 9001-2000.

MATERIAL Y MÉTODOS: El sistema se está implantando en el Servicio de Oncología Radioterápica del Dpto. de Oncología Clínica del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, y la certificación del mismo la efectuará el Instituto Uruguayo de Normas Técnicas (UNIT).

El grupo de trabajo está constituido por: docentes médicos, post-gradados, técnicos en radioterapia, ayudante físico, enfermeras, secretaria, funcionarios de servicios generales y damas rosadas, además de docentes y pasantes de UNIT.

Se aplica un enfoque de sistemas de gestión de la calidad en etapas y enfocada en los 8 principios de la calidad:

Se estableció el compromiso de la alta dirección quien elaboró la política de la calidad.

Se nombró un comité y un coordinador de la calidad, tres médicos del servicio están concurrendo a los cursos de especialista en gestión de la calidad en instituciones de salud dictados por UNIT.

Se realizaron encuestas a pacientes, funcionarios y charlas de sensibilización al personal.

Se está elaborando la misión, la visión, los objetivos de la calidad y el Manual de la Calidad.

Se determinaron los procesos claves, de apoyo y los procedimientos de trabajo.

Se coordinó y se está planificando la primera auditoría interna en Diciembre del 2004.

Se presentaron algunos obstáculos, fundamentalmente resistencia al cambio.

CONCLUSIONES: la implantación de un SGC es una herramienta valiosa que propende a la mejora continua de la calidad, aumenta la satisfacción de pacientes e integrantes del servicio, el desempeño de la organización y sus procesos, pero es de difícil instrumentación debido a la resistencia a los cambios observados en nuestro servicio.

METASTASIS MAMARIA DE UN CANCER DE RECTO.

Suárez L, Santander G. Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Montevideo. Uruguay

INTRODUCCION

Las metástasis en la mama son poco frecuentes, corresponden aproximadamente al 3 % de las neoplasias malignas mamarias.

Los tumores primarios que más comúnmente producen esta diseminación son los propios de la mama, siguiéndolos en frecuencia los melanomas, neuroendocrinos, ovario y linfomas.

HISTORIA CLINICA: Paciente de 59 años que consulta por rectorragias reiteradas y adelgazamiento. Es estudiada y finalmente se interviene (resección anterior baja) con diagnóstico de cáncer de recto cuya anatomía patológica mostró un adenocarcinoma pobremente diferenciado estadio III. Concomitantemente la paciente presenta una tumoración mamaria izquierda que fue estudiada con mamografía, la cual evidenció una masa densa de 4 cm de diámetro mayor topografiada en la hora 3 de la mama izquierda con contornos bien delimitados y estructura ecográfica sólida. Se realiza tumorectomía de MI cuya anatomía patológica informa un adenocarcinoma pobremente diferenciado con características citoarquitecturales que coinciden con las de la lesión de recto. Los receptores hormonales fueron negativos.

La paciente se trata como un cáncer de recto diseminado con RT más QT (5 FU / i c). Fallece 7 meses después del diagnóstico.

DISCUSIÓN: En la literatura se registran sólo 3 casos de metástasis mamarias secundarias a cáncer de recto; lo inusual de esta presentación justifica este reporte.

En ellos este evento ocurrió en pacientes con diagnóstico previo de cáncer de recto y en el contexto de una progresión lesional sistémica. En nuestro caso clínico el diagnóstico del primitivo rectal y la metástasis mamaria fue sincrónico.

La imagen mamaria concuerda con las descritas para estos casos en la bibliografía.

El desarrollo de metástasis en el tejido mamario se asocia a un pobre pronóstico lo que se corrobora con la sobrevida de esta paciente.

EFECTO ADVERSO CUTANEO DURANTE EL TRATAMIENTO CONCOMITANTE CON FENITOINA Y RADIOTERAPIA HOLOENCEFALICA.

Terradas M, Jachoian A, Santini A, Mara C, Ferreira V.
Instituto Nacional de Oncología, Montevideo, Uruguay.

Introducción: La fenitoína es uno de los fármacos anticonvulsivantes (AC) que junto con los corticoides se usa en forma frecuente en pacientes con tumores intracraneales tanto primitivos como metastático; dicha asociación de tratamientos puede producir efectos adversos dentro de los cuales se encuentran las reacciones cutáneas denominadas eritema multiforme (EM), síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) y necrosis epidérmica tóxica (NET) cuya incidencia es del 5 al 10%, con un aumento del riesgo cuando los AC se usan asociados a tratamiento con radioterapia (RT).

Caso clínico: mujer de 48 años en quien se diagnosticó metástasis encefálicas de primitivo de cáncer de mama, por lo cual se realiza fenitoína, corticoides y RT holoencefálica presentando durante dicho tratamiento reacción cutánea maculo-papular simétrica con inicio en zona de tratamiento radiante con extensión a cuello, tórax, abdomen y pelvis, mucositis oral, conjuntivitis y fiebre, lo cual al suspender el tratamiento mejora totalmente.

Discusión: El cuadro clínico presentado coincide con la descripción de los aproximadamente 30 casos reportados de SSJ/NET en la literatura con el uso de AC y RT. El curso clínico de las reacciones cutáneas en nuestra paciente supone el posible efecto combinado de la fenitoína y la RT como agentes causantes ya que la aparición del efecto secundario analizado se produjo en la tercera semana de iniciado el tratamiento con ambas modalidades terapéuticas como es lo descrito en este tipo de reacciones y mejoró francamente al suspender el tratamiento hasta desaparecer totalmente. Las reacciones adversas cutáneas pueden ocurrir como complicación grave en pacientes tratados con RT y fenitoína y ambos tratamientos se deben suspender al primer signo de efecto secundario debiendo continuar una vez restablecido el paciente con el tratamiento radiante modificando fármaco AC de ser necesario. Existen diferencias de opinión respecto al uso profiláctico del tratamiento con fármacos AC en pacientes con tumores intracraneales tanto primitivos como metastáticos. La American Academy of Neurology realizó un consenso en el año 2000 cuyas recomendaciones es el uso no rutinario de AC en pacientes con diagnóstico de tumor intracerebral, por que no se ha demostrado su eficacia en prevenir las convulsiones y presentan potenciales efectos secundarios. Si se recomienda el uso de AC en aquellos pacientes que tienen convulsiones de preferencia con ácido valproico ya que es el de menor riesgo de producir reacciones cutáneas.

PROYECTO DE RECONVERSIÓN DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA (SOR) DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS-FACULTAD DE MEDICINA

Aldo Quarneti y Graziella Levaggi.

Introducción: El Sector Salud opera en el marco de las Políticas Sociales y por tanto es una de las vías de distribución del beneficio público, al igual que Vivienda, Educación y Seguridad Social. Si bien el gasto público en Salud ha crecido en los últimos años, su distribución ha sido desigual y el sector se encuentra con problemas de financiamiento y gestión. El SOR ha disminuido su carga asistencial, no se desarrolló tecnológicamente y la formación de recursos humanos no es completa.

Objetivo: desarrollar un proyecto integrador de reforma del SOR.

Material y Métodos: Este proyecto propende a la formación de una red institucional, introduciendo conceptos de medicina basada en la evidencia, modelos de riesgo, análisis de costos, sistemas de codificación, implantación de sistema de gestión de la calidad (Normas ISO-9000). Propone la redefinición de los centros de radioterapia y su potencial participación en la formación de recursos humanos. Promueve objetivos de desarrollo de investigación científica de interés nacional. Separa la función estrictamente administrativa, de la gestión y la docencia. El proyecto toma en cuenta las características de la demanda, la necesidad de ordenar la misma y de organizarse en torno a ella, en sistema de red institucional y dentro del propio Hospital de Clínicas relaciona los servicios afines al Sor. Estimula la libertad de elección, y confiere mayor equidad en la atención. El proyecto sería gestionado por el Hospital de Clínicas.

Conclusiones: Creemos que esta propuesta identifica problemas y oportunidades, propone el desarrollo del SOR en red institucional bajo otro modelo de gestión.

LIPONEUROCITOMA CEREBELOSO: UNA NUEVA ENTIDAD; PRIMER CASO NACIONAL

Córdoba A., Mañana G., Saralegui P., Hernández, P. Lezue V. y Bernanchin J.

Se presenta el primer caso de esta nueva entidad aceptada como tal, en la nueva clasificación de tumores del SNC de la OMS en el 2000.

Se trata de una paciente de 52 años con historia de 9 meses de evolución, adelgazamiento marcado que ingresa con elementos de HEC progresiva, hidrocefalia e instala coma. La TAC revela proceso expansivo de fosa posterior hemisférico y de ángulo-ponto-cerebeloso de 4x5 cms inhomogéneo con elementos de sangrado y zonas con aspecto de contenido lipídico. Se plantea probable quiste epidermoide

Se opera realizándose exéresis completa de lesión encapsulada, aspirable. Buena evolución post-operatoria sin déficits.

La histopatología revela los elementos típicos descritos en la literatura: presencia de células adiposas y una proliferación neurocítica con elementos pequeños. Ello llevó a que este tumor recibiera entre otros, el nombre de lipomeduloblastoma del adulto pero en el que se vio que mostraba un buen pronóstico a diferencia del meduloblastoma clásico. Actualmente se catalogan como grado II por la OMS y no hay estadísticas en la literatura ya que únicamente fueron publicados casos aislados.

GANGLIOGLIOMA DE EVOLUCION AGRESIVA RECIDIVANTE COMO CAUSA DE EPILEPSIA SECUNDARIA. A PROPOSITO DE UN CASO.

P.Saralegui, J. Bernanchin, E.Spagnuolo, G.Mañana. Laboratorio de Neuropatología. Departamento de Anatomía Patológica. Hospital de Clínicas. Mutualista C.A.S.M.U. Montevideo. Uruguay.

RESUMEN:

Los gangliogliomas corresponden al grupo de los tumores neuronales y mixtos: neuronales-gliales (OMS 2000); los cuales constituyen al 1% de todos los tumores cerebrales.

En el presente trabajo, presentamos el caso de un paciente joven portador de una epilepsia secundaria, al cual se le diagnosticó un tumor cerebral de localización temporal derecha.

Desde el punto de vista histopatológico dicho tumor inicial correspondió a un ganglioglioma con componente glial astrocitario y neuronal de bajo grado histológico en el 80% del material analizado y un foco de 20%, con cambios agresivos en el sector astrocitario, con mitosis y aumento de la celularidad (tumor mixto glial y neuronal grado II-III OMS).

Al año se detectó recidiva tumoral que desde el punto de vista histopatológico se concluyó que correspondía a un ganglioglioma con mayores elementos de atipias y pleomorfismo celulares, mitosis, hiper celularidad, neoformación vascular y sin necrosis.

Concluyéndose que se trata de una progresión maligna hacia un ganglioglioma anaplasico.

Según la bibliografía analizada, la presencia de tumor residual y el grado histológico II-III de la OMS, se asocian a mayor riesgo de recurrencias y progresión maligna; como sucedió en el presente caso.

TUMOR RABDOIDE PRIMITIVO DEL SNC

Mañana*, G; Waskoff S**, Panuncio A***, Bernanchin J*
*Laboratorio de Neuropatología, Instituto de Neurología- Dpto de Anatomía Patológica. ** Dpto de Neurología, Hospital de Clínicas. *** Unidad de Microscopía Electrónica, Dpto de Anatomía Patológica, Hospital de Clínicas

Los tumores rabdoide primitivos del SNC son entidades de bajísima frecuencia, desde el año 1942 a la fecha es el primer caso observado, en un total de 16.000 casos estudiados en el Laboratorio de Neuropatología del Hospital de Clínicas. Hasta el año 2003 en la literatura mundial fueron descritos 118 casos. Se trata de un niño de 3 años, sin antecedentes patológicos previos que consulta por cefaleas desde hace 3 meses, vómitos reiterados, irritabilidad y trastornos inespecíficos de la marcha. Al examen físico se constata depresión de la vigilia y VI par bilateral, gran hidrocefalia por lo cual es operado de urgencia. Se efectúa RMI TAC y resonancia magnética revela tumor frontal grande que llega hasta el centro oval, con áreas quísticas y múltiples calcificaciones. Tres días después se opera del tumor intraventricular. Cursa un buen post-operatorio sin complicaciones. Recibe poliquimioterapia. El paciente fallece 2 años después... El estudio neuropatológico y ultraestructural revela que se trata de un TUMOR RABDOIDE de cerebro- grado IV de malignidad. Analizaremos aspectos histopatológicos, IHQ, y ultraestructurales de esta entidad.

Bibliografía

Bergman N et al. Primary Malignant Rabdoid Tumors of the Central Nervous System. Acta Neurochir 1997; (139):961-9.

Retnam T et al. Rhabdoid Tumor of the Thalamus. Neurol India 2003; 51(2): 273-4.

Bhattacharjee M et al Primary Malignant Rhabdoid Tumor of the Central Nervous System. Ultrastruct Pathol 1997;(21): 361-8.

PARTICULARIDADES DEL ANCIANO EN RELACION AL TRATAMIENTO ONCO-ESPECIFICO

Terradas M, Santini A, Mara C. Instituto Nacional de Oncología

El envejecimiento en la población conlleva un aumento en la proporción de ancianos con diferentes patologías oncológicas. Sin embargo el grupo de los ancianos suele estar poco representado en los estudios de los que derivan muchas recomendaciones terapéuticas, lo cual preocupa mucho a los especialistas ya que por lo general pacientes mayores de 70 años no se incluyen en los ensayos clínicos, lo cual ha dificultado la toma de decisiones basadas en la evidencia clínica.

El paciente anciano presenta una serie de rasgos en la estructura, organización y función de su organismo que deben ser siempre considerados por el oncólogo; dentro de ellos tenemos: cambios psicológicos, el entorno social y familiar, interacciones droga- droga debido a la frecuente polifarmacia vinculada al mayor número de condiciones comórbidas, trastornos existentes en los sistemas relacionados con el metabolismo y la excreción de las drogas: hígado y riñón. Por otra parte, ocurren con mayor frecuencia trastornos metabólicos que repercuten negativamente en la tolerancia a estos tratamientos. Es muy importante también evaluar el estado nutricional del paciente ya que muchas veces se encuentra alterado por diferentes causas en los pacientes ancianos.

En el anciano con cáncer la tarea de decisiones debe hacerse teniendo en cuenta la esperanza de vida y el efecto global de la enfermedad y su tratamiento sobre la calidad de vida del enfermo en relación con la coexistencia de otras enfermedades crónicas

Por todo ello, los pacientes ancianos con cáncer la valoración geriátrica es de gran utilidad al ayudar a diagnosticar diferentes patologías del anciano que pueden interferir con el tratamiento oncológico. Además, al mejorar el conocimiento global del paciente podemos intentar mejorar los problemas que presente en la esfera mental, afectiva y en la red de apoyo social, a fin de mejorar la tolerancia al tratamiento y por lo tanto la calidad de vida, concepto este difícil de definir ya que varía entre las personas y a lo largo del tiempo y depende de diferentes factores tanto culturales, religiosos como experiencias personales.

En conclusión, en los ancianos con patología tumoral debemos hacer una valoración en profundidad de su situación global previa a la enfermedad y tomar las decisiones terapéuticas de una manera individualizada en función de la esperanza de vida y del efecto de la enfermedad y del tratamiento en su calidad de vida.

Prolongar la independencia y dar calidad a la vida es uno de los retos más importantes en nuestra época. Por lo tanto uno de los objetivos al plantear un tratamiento al paciente anciano es retrasar lo más posible la incapacidad y de aparecer tratarla para minimizar sus consecuencias.

CARDIOTOXICIDAD DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO DEL CANCER DE MAMA

Sosa A., Krigier G.

La afectación cardíaca por enfermedades neoplásicas puede deberse a: invasión cardíaca por el propio tumor, compresión del corazón y/o de los grandes vasos por neoplasias extracardíacas, embolización y más frecuentemente a efectos de la terapéutica antitumoral.

El tratamiento del cáncer ha experimentado un importante avance en las últimas décadas por la gran expansión de agentes quimioterápicos y el refinamiento de las técnicas de radioterapia; no obstante, muchos de los más efectivos fármacos antineoplásicos y la irradiación torácica ocasionan cardiotoxicidad aguda y crónica. Así, el seguimiento a largo plazo de pacientes que han recibido antraciclinas, fármacos cruciales en la terapia de muchas neoplasias, demuestra fallo cardíaco clínico en el 4,5 al 7% de los pacientes, incrementándose la incidencia de anomalías en la función cardíaca con el tiempo.

Su patogenia probablemente incluya la formación de radicales libres, alteraciones en el transporte del calcio, disfunción adrenérgica o liberación de aminas vaso activas.

El dexrazoxano es el único cardioprotector de uso clínico comercializado para un grupo seleccionado de pacientes con cáncer de mama, por lo que es necesario el desarrollo de nuevos agentes que protejan de la cardiotoxicidad de este grupo de fármacos y reduzcan la morbimortalidad secundaria a los mismos.

En este trabajo se muestra el seguimiento de 4 pacientes con cáncer de mama que recibieron tratamiento con antraciclínicos y las distintas manifestaciones cardiotoxícas sufridas, resultando en modificaciones en su tratamiento, siendo en una de las pacientes utilizada medicación cardioprotectora.

PONENCIAS

LOS AVANCES VISTOS DESDE EL SUR

Reinaldo Chacon (Argentina)

-El avance de los conocimientos biológicos volcados a la medicina ha permitido no sólo el desarrollo de nuevas líneas de investigación sino también una aplicabilidad temprana de los hallazgos surgidos. En cáncer los tiempos apremian, cada paciente urge por soluciones rápidas y estas presiones (entre otras) colocan al médico oncólogo en situaciones muchas veces de características principalmente éticas. Técnicas de diagnóstico recientes o nuevas moléculas antitumorales o combinación de drogas ya conocidas, anticuerpos monoclonales, vacunas, etc, parecerían de un momento a otro, reemplazar a otras de reconocida eficacia y no obsoletas tal cual se desprendería de publicaciones médicas y no médicas. Pareciera haber desaparecido el criterio lógico en la indicación, basados no sólo en la evidencia clínica referidas a cientos o miles de pacientes sino frente al paciente individual. Paciente

cuya situación médica comprende asimismo su condición emocional, entorno familiar y social, cobertura médica y política sanitaria del país que habita. Nuestros países de América del Sur no sobresalen por una holgada economía volcada a la salud, todo lo contrario. Desde esa perspectiva ¿cómo el médico oncólogo afronta el dilema de tener que seleccionar por A o B, cuando ello solo significa unas pocas semanas de vida o un ínfimo porcentaje de control de la enfermedad? ¿cabe sólo ejercer oncología asistencial y sumarse a la plétora de otros tantos colaborando en protocolos internacionales en los cuales la única condición es incorporar algunos pacientes sin ni siquiera participar en el debate intelectual? ¿cuál es el apoyo para la investigación clínica local?

La visión actual desde el Sur necesita reacomodar su foco. ¿Podremos?

PRACTICE OF GERIATRIC ONCOLOGY IN THE SETTING OF A COMPREHENSIVE CANCER CENTER

Jean Pierre Droz (Francia)

Geriatric oncology is defined by the multidimensional and multidisciplinary approach of the elderly cancer patients. Autonomy, beneficence, non maleficence and justice are the four fundamental principles on which are based the treatment objectives and practical management of these patients. The Comprehensive Geriatric Assessment is the tool the most likely to detect the functional problems in these elderly patients. The standard oncologic managements of cancer are applicable to these patients. However treatment plan and geriatric interventions must be tailored to each individual patient characteristics. Thus a strong interdependence between oncologic and geriatric teams is warranted. This implies specific teaching programs during initial medical studies and in the setting of continuous medical education. Furthermore, such worldwide teaching programs may help to the implementation of Geriatric Oncology. In the Geriatric Oncology Program in Lyon we have developed a specific mini-assessment we have aimed to be practiced in an oncologic setting. Geriatric data were obtained through an adapted version of the geriatric multidimensional assessment tool, which we have called "minimal comprehensive geriatric assessment" or mini-CGA. This procedure has been designed to collect information on several major domains including medical (co-morbidity), functional, cognitive, affective, social, and environmental aspects. It is essentially based on a very careful medical examination. We also used other evaluation tools previously validated in elderly people. Dependence was measured using three tools: Katz's Activities of Daily Living (ADLs) scale that focuses on six basic activities of daily living (bathing, dressing, toileting, transferring, continence, and feeding); Lawton's Instrumental Activities of Daily Living (IADLs) scale that appraises more complex activities essential for independence in community residence; and the Karnofsky Perfor-

mance scale (KPS) that is widely used in the oncology setting to subjectively appreciate performance status. Folstein's Mini Mental State Examination (MMSE) was used to evaluate patient cognitive status. Depressive symptoms were detected with the Geriatric Depression Scale (GDS). Nutritional status was assessed through the Mini-Nutritional Assessment (MNA). The Performance-Oriented Assessment of Mobility instrument provided information on patient physical ability and fall risk. Comorbidity, that corresponds to all medical conditions a patient may have, excluding the disease of primary interest, was assessed using the Cumulative Illness Rating Scale-Geriatrics (CIRS-G). This scale classifies comorbid events by organ system affected, and rates their severity from 0 to 4, with a grading similar to that of the Common Toxicity Criteria scale (none, mild, moderate, severe, extremely severe/life-threatening). This scale has 14 organ system categories and collects information such as the total number of categories involved, total score, severity index (total score/total number of categories involved), the number of categories at level 3 severity, the number of categories at level 4 severity.

We also assessed biological functions such as hemoglobin, white blood cell count and differential, creatinine clearance, serum albumin level.

Mini-CGA is performed by a multidisciplinary team, including a geriatrician, a medical oncologist (geriatrics certified), a social worker, a dietician, a physiotherapist, a pharmacist and a research nurse. Each mini-CGA evaluation lasts from ninety to one hundred and twenty minutes.

At the end of the procedure, both the geriatrician and the oncologist draw up an inventory of the different problems identified, and propose an individualized intervention program with specific advice on cancer treatment options.

HORMONOTHERAPY AND CHEMOTHERAPY IN HORMONE-REFRACTORY PROSTATE CANCER.

Jean Pierre Droz (Francia)

The median survival of patients with metastatic prostate cancer is 3 years, though it is only one year when the tumor is hormone refractory (HRPC). The number of possible problems is great, but the major one is pain. The number of therapeutics is also great. They have only palliative and symptomatic impact. Early hormone suppression in patients with advanced disease may have slight survival impact. Thus, a general scheme of management can be proposed, based on several principles : 1- Early hormone suppression is proposed in metastatic prostate cancer. Hormone suppression is castration or LH-RH agonist. 2- Powerful tools must be used to measure palliative impact: pain and analgesic scales, quality of life evaluation. PSA decrease may only be a surrogate of clinical response evaluation. 3- After first line hormone suppression, indication of further hormone therapy, chemotherapy and radiopharmaceutics is based only on symptomatic progression. It is not based on

tumor progression as measured by PSA increase or metastasis evolution, because it is well established that, till now, treatment has only palliative effect. 4- Management of local problems (urinary obstruction, fracture, nerve compression) must be done depending on the situation. 4- Patients must be clearly informed of the palliative end-points, of the therapeutic tools, of the current side effects and goals of treatments. The strategy must be prospectively explained at the early beginning of treatment. Chemotherapy has become a standard treatment in HRPC because it has shown palliative improvement (Mitoxantrone studies), and more recently survival improvement (Docetaxel studies). However new drugs are under development. It will be focussed on drugs acting on EGF-receptor, endothelin-A, proteasome and VEGF. Practical management of HRPC will be discussed.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA CIRUGÍA EN EL CÁNCER DE ESÓFAGO

Gonzalo Estapé Carriquiry (Uruguay)

RESUMEN

En este relato expondremos los principales problemas que enfrentamos los cirujanos a la hora de decidir la indicación de la cirugía en el paciente con cáncer de esófago.

Indudablemente, el paciente que será sometido a una cirugía debe cumplir criterios muy rigurosos a fin de lograr buenos resultados. Debe estar compensado desde el punto de vista respiratorio, cardiovascular, hepático, renal, con un IMC por encima de 20, con un índice de Kamofsky por encima del 80% (deambula bien), que manifieste su aceptación de la cirugía y que tenga el apetito conservado.

Una vez decidida la cirugía de acuerdo al estado general, se deberá discutir el tipo de procedimiento, basándose principalmente en la topografía tumoral, ya que son diferentes los resultados tanto en morbilidad como en supervivencia a largo plazo.

Las indicaciones de cirugía resectiva o paliativa dependerán del estadio tumoral (TNM)

Las indicaciones de cirugía resectiva con eventual linfadenectomía convencional o extendida, exigen que se trate de un paciente en buenas condiciones, buena experiencia del equipo quirúrgico y un buen soporte hospitalario.

En el estadio tumoral I y IIa la indicación es de una cirugía pretendidamente curativa. Los estadios tumorales IIb, III y IV son patrimonio de la cirugía paliativa, con o sin resección tumoral.

La edad no es una contraindicación absoluta para la cirugía, pero si lo son la hipertensión portal, la cirrosis hepática, las enfermedades respiratorias con repercusión funcional severa, las cardiopatías isquémicas, las cardiopatías dilatadas con FEVI descendida, las alteraciones psíquicas severas y la pérdida del apetito.

La morbilidad ha descendido notoriamente debido a los avances tecnológicos y especialización de grupos quirúrgicos, por lo que la cirugía sigue siendo el mejor tratamiento para pacientes seleccionados

"GENETIC CANCER RISK ASSESSMENT IN PRACTICE"

Stephen Gruber (EE.UU.)

The advent of genetic testing has made a dramatic impact on the management of individuals with inherited susceptibility to cancer and their relatives. Genetic counseling, with or without testing, is warranted when clues to familial cancer are recognized. Today, genetic testing for classic cancer genetic syndromes is now the standard of care, and has been complemented by genetic testing for other situations

commonly encountered in clinical practice. Genetic testing for colorectal cancer, breast cancer, kidney cancer, thyroid cancer, melanoma, and pancreatic cancer raise important issues about the parameters for testing. Genetic cancer risk assessment can lead to measurable reductions in morbidity and mortality through strategies that rely on surveillance, chemoprevention, and risk-reducing surgery.

"PHARMACOGENETICS IN THE ONCOLOGICAL CLINICAL PRACTICE"

Stephen Gruber (EE.UU.)

The genetic control of drug metabolism permits new insights into the bioavailability, toxicity, and efficacy of chemotherapy. In addition, molecular expression profiles of tumors offers the potential for targeted therapy to be directed more specifically to

the biologic behavior of the cancer. Together these strategies are likely to change the practice of clinical oncology. However, appropriate clinical trials will be required to demonstrate the utility of these approaches before they are broadly implemented.

ADVANCES IN IMMUNE THERAPY

Gunnar Kvalheim (Noruega)

The use of monoclonal antibodies either alone or combined with isotopes as radio-immuno-conjugates has proven to be very efficient treatment for cancers such as non-Hodgkin lymphomas or breast cancer.

Cellular based immunotherapy treatment modalities are also currently in use. Allogeneic T lymphocytes infused during haematopoietic stem cell transplantation (HSCT) mediate graft-versus-tumour effects, but also initiate graft-versus-host disease (GVHD), which remains the primary complications of allogeneic HSCT. The current clinical need for GVHD prophylaxis, which at a minimum involves single agents immune suppression generally limits the success of allogeneic HSCT as immunotherapy to patients with indolent or chemotherapy sensitive malignancy. Therefore the use of allogeneic HSCT as a cancer therapy still needs to augment the anti-tumour effects and improve GVHD control. During the presentation several ongoing studies addressing these questions will be discussed.

Since 1996 more than 500 patients have been recruited into >30 clinical trials with dendritic cell vaccines. Most clinical trials used different protocols with variations in DC generation, DC maturation stage, DC-Ag loading, route of administration, vaccination intervals and vaccination frequency. The overall response rate is 20%(0->50%) with occasional complete or partial regressions, prolonged stable disease, but no cure. Little or no toxicity has been observed which might suggest that the vaccines do not work as efficient as expected. As will be discussed the reason for these modest clinical effects observed can be many. Therefore, careful study design and use of standardized clinical and immunological criteria are needed.

Recently, we have started a process for production of TILs, antigen specific T-cells. During our DC vaccine programs tumour specific T-cell clones have been developed and such T-cells might also be useful as therapy in the vaccinated patients. The principal of such therapy and the current status of our program will be discussed.

MINIMAL RESIDUAL DISEASE IN BREAST CANCER. CLINICAL SIGNIFICANCE.

Gunnar Kvalheim (Noruega)

Previously we have reported our results on minimal residual disease in breast cancer. Briefly, BM-aspirates were collected from 817 patients at primary surgery. Tumor cells in BM were detected by immunocytochemistry using anticytokeratin-antibodies (AE1/AE3). Analyses of the primary tumor included histological grading, vascular invasion and immunohistochemical detection of cerbB2, cathepsinD, p53 and ER/PgR-expression. These analyses were compared to clinical outcome. Median follow-up was 49 months. ITC were detected in 13.2% of the patients. The detection rate rose with increasing tumor size (p=0.011) and lymph node involvement (p<0.001). Systemic relapse and death from breast cancer occurred in 31.7% and 26.9% of the BM-positive versus 13.7% and 10.9% of BM-negative patients, respectively (p<0.001). Analyzing node-positive and node-negative patients separately, ITC-positivity was associated with poor prognosis in the node-positive group and in node-negative patients not receiving adjuvant therapy (T1N0). In multivariate analysis, ITC in BM was an independent prognostic factor together with N-, T-, ER/PgR-status, histological grade and vascular invasion. Combination of several independent prognostic factors can classify subgroups of patients into excellent and high-risk prognosis groups. Like other groups we have investigated the clinical role of monitoring minimal residual

disease before and after adjuvant therapy in breast cancer. One hundred and eighteen high-risk stage II breast cancer patients entering the Scandinavian Study Group multicenter trial were randomized to 9 cycles of dose escalated and tailored FEC (5-fluorouracil, epirubicin, cyclophosphamide) or standard FEC followed by high dose chemotherapy. BM samples at diagnosis and 6 months after completion of chemotherapy were assessed for the presence of ITC. Median observation time for patients was 68 months. ITC positivity in bone marrow was evaluated as a prognostic and predictive marker and compared to other defined prognostic factors of the primary tumor. A bone marrow ITC change at time of diagnosis and at six months post-treatment is associated with prognosis (RFS: p=0.006, BCS: p=0.006) and is an independent predictor of survival. Those who have consistent none ITC in bone marrow constitute a group of patients with good prognosis. Based on these data and similar findings in other in-house studies a new clinical trial has been initiated. Breast cancer patients given adjuvant chemotherapy (FEC) with ITC in bone marrow 6 months following therapy are stratified for further therapy with 6 cycles of Docetaxel. Whether such an approach will benefit the patients remain to be seen. In conclusion detection of minimal residual disease in bone marrow is a potential useful surrogate marker in breast cancer and in other solid tumors such as prostate cancer.

VACCINES WITH DENDRITIC CELLS IN PROSTATE CANCER PATIENTS

Gunnar Kvalheim (Noruega)

It has been shown that autologous DCs pulsed with peptides specific for prostate-specific Ag (PSA) or prostate-specific membrane Ag are capable of stimulating potent CTL in vitro. However there is evidence to believe that multiple tumour-derived antigens would be more potent to elicit anti-tumour responses. Based on these observations a Phase I/II clinical trial in has been initiated. Autologous monocyte-derived dendritic cells (DCs) were transfected with mRNA from three prostate cancer cell lines (DU145, LNCaP and PC-3) and used for vaccination. Twenty patients have been enrolled and 19 have finished vaccination. Each patient received at least four weekly injections. Of them, 10 patients were vaccinated intranodally under ultrasonic guidance and 9 others received the vaccine

intradermally. Safety and feasibility were evaluated. No evidence of toxicity and adverse events was observed. Immune response was measured as DTH and by vitro immunoassays including ELISPOT, T cell proliferation test and cytotoxicity test in pre- and post-vaccination peripheral blood samples. Twelve patients developed a specific immune response to tumour cells. Ten patients showed a significant decrease in log slope PSA. Patients with lower PSA tend to give a better response. The early clinical outcome was significantly related to immune responses ($p < 0.05$). We conclude that the strategy of vaccinating with mRNA transfected DCs functions to elicit cellular immune responses specific for antigens associated with prostate cancer cells and such responses may result in a clinical benefit for the patients.

RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN EN PORTADORAS DE MUTACIONES DE BRCA1 Y BRCA2

Lucía Delgado (Uruguay)

Se estima que 5%-10% de todos los cánceres de mama femeninos se desarrollan en el contexto de una susceptibilidad hereditaria de transmisión autosómica dominante, siendo BRCA1 y BRCA2 los principales genes asociados conocidos. La herencia de un alelo mutado de alguno de estos genes confiere un riesgo extremadamente elevado de cáncer mamario. En efecto, mientras que en la población general de países con elevada incidencia de cáncer mamario tales como Uruguay, el riesgo acumulado de desarrollar la enfermedad es del orden del 10%-12%, en las portadoras de una mutación de línea germinal en BRCA1/2 dicho riesgo puede alcanzar el 85%. Además, estas presentan un riesgo aumentado de desarrollar otros tumores, en particular cáncer de ovario. Las recomendaciones para el seguimiento/detección precoz se basan en opiniones de expertos. En relación al cáncer mamario ponen el énfasis en el inicio de los controles más precozmente que en la población general, lo cual se basa en la menor edad de presentación de la enfermedad en las mujeres genéticamente predispuestas. Las recomendaciones para el cáncer de ovario consisten en ecografía transvaginal y determinación de los niveles séricos de CA125 a partir de los 30-35 años. Los

resultados subóptimos obtenidos con las modalidades de seguimiento convencional enfatizan la importancia de incorporar procedimientos más útiles. En este sentido, resultados preliminares muestran que la resonancia magnética mamaria tiene mayor sensibilidad. Por otra parte, la proteómica ha permitido el desarrollo de técnicas promisorias para mejorar el diagnóstico oportuno del cáncer de ovario. Las opciones de prevención primaria incluyen la mastectomía y ooforectomía profilácticas y la quimioprevención. Las dificultades para la detección precoz del cáncer de ovario y su elevada tasa de mortalidad justifican considerar la ooforectomía profiláctica como una opción de manejo a partir de los 35 años y una vez completada la familia. En el caso del cáncer de mama, si bien la mastectomía profiláctica ha demostrado ser muy efectiva, resulta inaceptable para la mayoría de las pacientes. El seguimiento para la detección precoz y la quimioprevención constituyen importantes opciones alternativas. En todos los casos el manejo debe ser individualizado, basado en el nivel de riesgo y las prioridades y preferencias de la paciente adecuadamente informada y asesorada por un equipo multidisciplinario.

CÁNCER DE COLON HEREDITARIO: RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN.

Carlos Sarroca (Uruguay)

La prevención, en individuos con peligro de cáncer de colon hereditario, está sujeta a hechos clínicos y moleculares porque su comportamiento difiere al cáncer esporádico.

Las enfermedades cancerosas hereditarias que afectan el colon en forma particular o asociada a otras localizaciones que se acompañan de marcadores fenotípicos previos al cáncer (pólipos, osteomas, lentiginas) suponen una situación disímil a aquellos que debutan directamente en cáncer colorrectal o afecciones asociadas. En los primeros, la presencia de lesiones previas (fenotipos) nos permite su identificación, mientras que en los segundos es imprescindible contar con otra vía diagnóstica (genotipos). La ubicación de alteraciones genómicas logra ahondar en el problema e identificar a quienes van a desarrollar enfermedad. La perspectiva será diferente en la población general y en quienes no son portadores de mutaciones, en cuanto a sugerencias de prevención, tanto primaria como secundaria.

No siempre se detecta la mutación y en estas situaciones de alto riesgo, la clínica es

soberana y obliga a mantener en todos los integrantes de estos eventos una vigilancia estricta por no poder caracterizar quienes son los portadores de alteraciones y nuestra condición será diferente en cuanto el planteo de actitudes preventivas: establecer desde cuando se inicia el control, sobre que órganos y su frecuencia, porque adolecen de una carcinogénesis acelerada.

La presentación está enfocada a las poblaciones de riesgo aumentado de cáncer colorrectal, referida al manejo de las sugerencias a la prevención primaria, mientras que la prevención secundaria analiza el diagnóstico temprano de la enfermedad y a la sugerencia del tratamiento, en comparación al manejo de la población general. Se describen la prevención primaria incluyendo la quimioprevención.

Mientras que en la prevención secundaria se enfatiza al manejo de los tiempos de seguimiento, la optimización de los medios diagnósticos acorde a la patología sospechada, las conductas terapéuticas más comunes y con apreciaciones referidas a la cirugía profiláctica.

8º Congreso Uruguayo de Oncología

PONENCIAS - 3as. Jornadas de Enfermería Oncológica

TUMORES RENALES MALIGNOS EN PEDIATRÍA

L.E. C.Peña; L.E. J. Torterolo; L.E. B. Irigoyen; L.E. M. Bel; L.E. E. Elías.
Centro Hemato-Ocológico Pediátrico (Centro Hospitalario Pereira Rossel).

Introducción: Los profesionales que trabajamos en oncología pediátrica, vemos el cáncer infantil como una enfermedad frecuente, pero en realidad constituye aproximadamente el 2% de todos los cánceres diagnosticados a nivel mundial. El tumor de Wilms representa el 6% de todos los tumores infantiles y la presentación bi-lateral representa entre un 4-6% de todos los tumores de Wilms diagnosticados.

Marco Teórico: En el período comprendido entre el año 1994-2003 se asistieron en el Centro Hemato-Oncológico Pediátrico, un total de 29 casos de tumores renales malignos, correspondiendo el 86% (25 casos) a tumor de Wilms.

El nefroblastoma o tumor de Wilms es de origen embrionario, capaz de metastatizar a distancia, (85% pulmones, 15% hígado). Muy sensible a quimioterapia y a radioterapia, lo que le confiere una alta tasa de curabilidad (85%); teniendo un modelo de tratamiento multidisciplinario, combinando cirugía, quimioterapia, y radioterapia.

El papel de enfermería, en el cuidado integral del niño oncológico, es fundamental en la prevención y detección precoz de efectos secundarios o posibles complicaciones.

Caso Clínico: D.S. actualmente tiene 10 años de edad. En 10/1994, a los 8 meses de edad, se le diagnosticó tumor de Wilms bilateral. Al ingreso su peso era de 8200gr, con un perímetro abdominal de 50cm. Se realiza PQT pre-operatoria y en 02/1995 nefrectomía de riñón izquierdo y tumorectomía de riñón derecho (nódulo tumoral de 420gr. y otro de 250gr.). Comienza PQT en 03/1995 que finaliza en 01/1996.

09/2003 consulta por dolor abdominal y vómitos, e insuficiencia renal. 10/2003 biopsia con tumorectomía (nódulo esclerosado relacionado con maduración de nefroblastoma). Actualmente insuficiencia renal severa se ingresa en plan de diálisis.

Proceso de atención de enfermería:

Objetivos: 1) Preparar al niño y la familia para los efectos colaterales y posibles complicaciones de la quimioterapia y/o radioterapia
2) Prevenir y reducir al máximo complicaciones relacionadas con el tumor y/o con el tratamiento.

Plan de cuidados comprende cuatro etapas: A) Valoración y atención al ingreso.
B) Implementar cuidados quimioterapia
C) Cuidados post operatorios
D) Implementar cuidados radioterapia

PACIENTES ONCOLÓGICOS INTERNADOS EN EL HOSPITAL DE CLÍNICAS "DR. MANUEL QUINTELA"

Lic. Enf. M. Arostegui, M. Borba, D. Caldarelli, A. Eguía., E. Fernández, M. Peleteiro, C. Pereira, M. Vico.

Resumen

Este trabajo fue realizado por un grupo de Licenciadas en Enfermería del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela"

El carácter y funcionamiento de los Servicios y la asignación de los recursos, son parte esencial en el marco del análisis sobre el "Relevamiento de pacientes Oncológicos Internados" en la Institución.

Para elaborar un Modelo de Atención, que constituya un referente asistencial, docente y de investigación en el País, la calidad en la atención será definida y medida a través de los siguientes aspectos: menores riesgos para el paciente, mayor seguridad en la atención, personal capacitado y especializado para favorecer la relación entre el que brinda y quien recibe el servicio. La valoración y gestión del funcionamiento de los servicios involucrados en la atención es el resultado del grado de satisfacción de los usuarios.

Objetivo:

Determinar los recursos humanos y materiales necesarios para la atención de los usuarios oncológicos, teniendo en cuenta su número, tratamiento, complicaciones y cuidados de enfermería derivados de cada patología y etapa de enfermedad.

Metodología:

Se realizó un estudio descriptivo comparativo de una misma población, en dos cortes transversales en relación a dos momentos distintos, en base al diseño de un formulario que permitió recoger información de los usuarios internados los días 12.6.03 y 16.6.04.

Otros instrumentos utilizados fueron la Historia Clínica y el Censo diario de personal y pacientes de la División Enfermería.

Resultados y conclusiones:

Del análisis descriptivo comparativo ya mencionado encontramos: aumento de pacientes internados y oncológicos; entre 50 y 64 años está el mayor número de pacientes; los diagnósticos de Cara y Cuello y Sistema Digestivo mantienen el mayor número de casos; se duplica el número de pacientes Hematológicos y Neurológicos de un período al otro. La quimioterapia es el tratamiento más utilizado y hay un descenso de los quirúrgicos y médicos; hay más pacientes en estudio; en cuanto a la procedencia, Montevideo posee el mayor número de pacientes seguido por Canelones. Se plantean líneas de intervención de enfermería que se llevarán a cabo a corto, mediano y largo plazo

VALORACION NUTRICIONAL SUBJETIVA GENERADA POR EL PACIENTE EN LOS USUARIOS HEMATO-ONCOLOGICOS.

A.E. Daniel Andrada; Lic. en Enf. Yisel Fernandez

Conocido es por todos que la malnutrición calórico-proteica no solo es causa de muerte en los pacientes neoplásicos sino que además incide en la buena evolución del tratamiento así como en su calidad de vida.

Dada que es una complicación frecuente, es necesario el uso de herramientas sencillas para detectar su incidencia.

Un estudio reciente llamado NUPAC 1 halló que un 52% de los pacientes en etapas avanzadas presenta malnutrición calórico-proteica, la herramienta usada fue la **valoración global subjetiva generada por el paciente**, basado en parámetros clínicos

El Eastern Cooperative Oncology Group demostró que a la pérdida de peso predice la respuesta al tratamiento reduciendo la supervivencia y calidad de vida.

En el año 2002 en un estudio realizado en La Unidad de Soporte Nutricional del Hospital Universitario Vall D'Hebron de Barcelona registraron que al ingreso solo un 16,7% de los pacientes estaban dentro de los valores nutricionales normales, el 38,9% presentaban desnutrición moderada y el 44,4% desnutrición severa, la valoración nutricional al alta no mostró cambios significativos en relación a los del ingreso. De estos pacientes el 81,2% tenían prescrita dieta v/o de la cual un 43,1% preciso

algún tipo de suplementos y solo el 23,5 % artificial.

El método de valoración utilizado también fue la VGS generada por el paciente

Teniendo en cuenta la repercusión que tiene el estado nutricional en la evolución de la enfermedad neoplásica vimos la necesidad de realizar un trabajo utilizando la herramienta antes mencionada pero aplicada por personal ajeno a la nutrición para así poder evaluar e identificar adecuadamente y de una forma sencilla los pacientes que necesitan o no intervención nutricional.

Nuestro estudio se realizó en el período de agosto-octubre del 2004. Se incluyeron 50 usuarios, de ambos sexos (26 hombres y 24 mujeres) en tratamiento con poliquimioterapia, (se excluyeron los que estuvieran en la primera serie de PQT) ya sea ambulatorios o internados en unidad de trasplante o en sector convencional del servicio de Hemato-Oncología de la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos.

Parte del cuestionario fue completado por el propio usuario, asimismo se realizaron determinaciones antropométricas y bioquímicas.

También este estudio nos permitió evaluar la incidencia de los efectos secundarios a la quimioterapia en estos usuarios.

CUIDADOS DEL ADULTO MAYOR CON CÁNCER EN EL DOMICILIO.

Lic. en Enf. Judicht Villagra; Lic. en Enf. Cecilia Castro; Lic. en Enf. Sonia Meneses

OBJETIVO.

Cuidar al adulto mayor con cáncer en el domicilio.

Luego del desarrollo de un programa de atención domiciliaria oncológica en domicilio en un período de 5 años, consideramos que la evaluación nos permite tener nuestra propuesta, y desafío en la continuidad del programa.

Basados en la evidencia, en lo que es nuestra realidad de población uruguaya de edad avanzada, y por consecuencia aumento de ésta población con cáncer, debimos definir hacia donde apuntaba nuestro objetivo, con el fin de obtener la mejor calidad de vida.

Luego de 1 año con un proyecto basado en normas generales, la evidencia nos arrojó una evaluación, que debimos reevaluar el modelo de atención con el que estábamos trabajando.

- Continuamos con el modelo de Auto-cuidado de Dorotea Orem.
- El objetivo principal pasó a ser "calidad de vida".
- Tomar como primario el cuidado del Adulto mayor.
- Los cuidados específicos de su cáncer pasen a ser sintomáticos a las complicaciones secundarias de la propia evolución de la biología tumoral.
- Prevención secundaria de causa efecto terapéutico.
- Integración familiar, sin cambiar el ritmo de vida que el adulto mayor tuviera antes de estar con un cáncer.

DESAFIO DE ENFERMERIA.

Mantener la autonomía lograda en estos 5 años.

Profundizar en el equilibrio social que a diario nos vemos comprometidos, entre el enfermo y la familia.

No perder el profesionalismo logrado al día de hoy.

PROPUESTA.

PARA ENFERMERÍA.

Considerar un campo ampliamente de Enfermería, para éste logro necesitamos, conocimiento de trabajo comunitario de 2º nivel, conocimiento en Clínica de Enfermería Oncológica, autonomía en la toma de decisión.

PARA EL ADULTO MAYOR CON CÁNCER:

No sacarlo de su medio.

Mantener con prioridad sus hábitos y costumbres.

No dejarlo perder su autoestima con sus propios valores.

Cautela en cambios de cuidados que debe adoptar para llevar mejor la evolución de su enfermedad.

CONCLUSIÓN.

Enfermería oncológica es una especialidad. Sin ésta formación estará cada vez más lejos el desarrollo de estos programas en nuestro medio, o caeremos en aplicarlos por solo conveniencias económicas, perdiendo profesionalismo.

Nuestra población es cada vez mayor a 60 años, ofrecer Calidad de Vida, y dignidad de bien morir es a lo que ésta mesa **INVITA**.

8^o Congreso Uruguayo de Oncología

Encuentro Regional
de Oncólogos del Sur
3as. Jornadas de
Enfermería Oncológica

AGRADECIMIENTOS

El Comité Organizador, desea expresar su agradecimiento
a la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer



y a las siguientes firmas comerciales:

Patrocinador Mayor



Patrocinadores Principales



Patrocinadores



Colaboradores

