

RESÚMENES DE
COMUNICACIONES

2^o SIMPOSIO NACIONAL S E O M

MADRID 2012
HOTEL NH-EUROBUILDING
24, 25 y 26 OCTUBRE

Con la colaboración de:

Lilly

Respuestas que importan.

Fundación
SEOM

SEOM
Sociedad Española
de Oncología Médica

II SIMPOSIO NACIONAL SEOM

Madrid, 24, 25 y 26 de Octubre de 2012

Índice

COMUNICACIONES ORALES

SESIÓN PLENARIA.....	3
COMUNICACIONES ORALES 1.....	6
COMUNICACIONES ORALES 2.....	9
COMUNICACIONES ORALES 3.....	13
COMUNICACIONES ORALES 4.....	17
COMUNICACIONES ORALES 5.....	24
COMUNICACIONES ORALES 6.....	27
COMUNICACIONES ORALES 7.....	31
COMUNICACIONES ORALES 8.....	35
COMUNICACIONES PÓSTERS.....	39
COMUNICACIONES A LIBRO.....	147
COMUNICACIONES A LIBRO: ENSAYOS CLÍNICOS.....	189
ÍNDICE DE AUTORES.....	199

Miércoles, 24 de octubre de 2012
Sala Madrid 1+2
12:30 - 14:15

Sesión Plenaria

Moderadores:

Dr. Rafael Rosell Costa
Dr. Miguel Martín Jiménez

Cáncer Hereditario

Discursor: Dr. Ignacio Blanco Guillermo

PLE-1

DESARROLLO DE UN ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE MAMA Y OVARIO HEREDITARIO MEDIANTE SECUENCIACIÓN DE NUEVA GENERACIÓN

Conxi Lázaro, Adriana Lopez-Doriga, Ester Castellsagué, Mireia Menéndez, Jesús del Valle, Eva Tornero, Joan Brunet, Ignacio Blanco, Gabriel Capellá, Lidia Feliubadaló.

Introducción: La secuenciación de nueva generación (Next Generation Sequencing, NGS) está cambiando el diagnóstico genético debido a su enorme capacidad y favorable relación de coste-efectividad. El objetivo de este estudio ha sido desarrollar un algoritmo basado en la NGS para el diagnóstico rutinario del Síndrome de Cáncer de Mama y Ovario Hereditario (CMOH).

Materiales: Se diseñó un proceso experimental compuesto de dos fases. La fase de ensayo se basó en el análisis de 28 muestras de DNA portadoras de 23 mutaciones patogénicas y 213 variantes adicionales. En el algoritmo experimental se utilizó el kit BRCA MASTR (Multiplicom) para la construcción de la genoteca de amplicones, seguido de pirosecuenciación en un GS Junior (454-Roche). Para el análisis de datos se combinó el Variant Analysis Pipeline (VIP) con un conjunto de instrucciones en R que incluye una cascada de filtros y permite generar un informe de cobertura y un informe de detección de variantes. En paralelo se llevó a cabo un ensayo de las regiones homopoliméricas de los genes BRCA1/2. La etapa de validación

consistió en el análisis en paralelo de 14 muestras de familias CMOH utilizando NGS y nuestra plataforma habitual. En nuestro estudio también se evaluó el uso de la NGS para la detección de alteraciones del número de copias.

Resultados: Se ha desarrollado un algoritmo de análisis basado en la NGS que ha permitido identificar todas las variantes presentes, incluso aquellas localizadas en homopolímeros o próximas a ellos. Esta aproximación también ha logrado la detección de alteraciones en el número de copias.

Conclusiones: El algoritmo satisface los requerimientos de sensibilidad y especificidad para el diagnóstico genético del CMOH y mejora la relación de coste-efectividad respecto a la estrategia actual.

Cuidados Continuos

Discursor: Dr. Jaime Feliú Batlle

PLE-2

ESTUDIO MASIVO DE POLIMORFISMOS DE NUCLEÓTIDO ÚNICO (SNP) RELACIONADOS CON LA NEUROPATÍA PERIFÉRICA CRÓNICA SEVERA EN PACIENTES CON CÁNCER DE COLON (CC) ESTADIOS II-III TRATADOS CON QUIMIOTERAPIA (CT) ADYUVANTE BASADA EN OXALIPLATINO: UN ESTUDIO DEL GRUPO GEMCAD

Ana Custodio Carretero*, Juan Moreno*, Jorge Aparicio**, Javier Gallego Plazas***, Ricardo Yaya****, Joan Maurel*****, Ana M. Calatrava*****, Pablo Lapunzina*****, Paloma Cejas*, Jaime Feliu*.

* Servicio de Oncología Médica; Hospital Universitario La Paz, Madrid; **Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario La Fe, Valencia; ***Servicio de Oncología Médica, Hospital General Universitario de Elche, Alicante; ****Servicio de Oncología Médica. Instituto Valenciano de Oncología, Valencia; *****Servicio de Oncología Médica. Hospital Clinic, Barcelona; *****Servicio de Anatomía Patológica. Instituto Valenciano de Oncología, Valencia; ***** Instituto de Genética Médica y Molecular. Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción: La CT adyuvante basada en oxaliplatino disminuye el riesgo de recaída en pacientes con CC estadio III y posiblemente en aquellos con estadio II de alto riesgo. Sin embargo, su administración induce con frecuencia neuropatía sensorial acumulativa. La identificación de factores predictores del desarrollo de esta toxicidad permitiría individualizar las estrategias terapéuticas. Nuestro objetivo es identificar aquellos SNPs relacionados con la neuropatía sensorial crónica severa (grado 2-3) en pacientes con CC estadios II-III tratados con CT adyuvante.

Materiales: Se han estudiado 35 SNPs en 18 genes relacionados con el metabolismo y la toxicidad del tratamiento en tejidos parafinados de 202 pacientes con CC estadio III (70.3%) y II de alto riesgo (29.7%) tratados con CT adyuvante basada en oxaliplatino-fluoropirimidinas (25.24% FOLFOX, 74.75% XELOX) entre Enero/2004 y Diciembre/2008. Los SNPs se analizaron mediante tecnología MassARRAY (SEQUENOM). Posteriormente, los resultados fueron validados en una cohorte independiente de 177 pacientes.

Resultados: Se objetivó neuropatía periférica grado 2-3 en 48 pacientes (23.8%). Los pacientes con el genotipo CC en la ciclina H (CCNH) (rs2230641) presentaban mayor riesgo de neuropatía severa (57.1% CC, 24.2% CT, 21.3% TT; RR: 5.197, $p=0.041$). Además, la incidencia de neuropatía grado 2-3 fue superior en los pacientes portadores de los genotipos CC en CCNH (rs2230641) y/o AA en ATPbinding cassette subfamily G member (ABCG2) (rs3114018) comparado con los portadores de los genotipos TC/TT en CCNH (rs2230641) y AC/CC en ABCG2 (rs3114018) (36.5% vs. 19.6%, respectivamente; RR: 2.36; IC 95%, 1.17-4.78; $p=0.022$). La capacidad de predecir neuropatía severa de este análisis combinado fue validado en la segunda cohorte (RR: 2.82; IC 95%, 1.41-5.63; $p=0.003$).

Conclusiones: En nuestro estudio los polimorfismos de los genes CCNH y ABCG2 se relacionan con

desarrollo de neuropatía periférica crónica severa inducida por oxaliplatino. La determinación de estos SNPs podría ser de utilidad en la individualización de la CT adyuvante.

Tema de actualidad: Cáncer de Mama

Discursor: Dr. Antonio Llombart Cussac

PLE-3

PAPEL DE LA PROLIFERACIÓN EN LA RESPUESTA A QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA, EN LOS ESTUDIOS GEICAM/2006-03, GEICAM/2006-14 Y GEICAM/2002-01

Emilio Alba Conejo (1), Joan Albanell (2), Pedro Sánchez-Rovira (3), Lourdes Calvo (4), Antonio Antón (5), José Ignacio Chacón López-Muñiz (6), Juan De la Haba (7), Mireia Margelí (8), Eva Carrasco (9), Ana Lluch Hernández (10).

(1) Hospital C. U. Virgen de la Victoria. (2) Hospital del Mar; (3) Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén. (4) Complejo Hospitalario Juan Canalejo; (5) Hospital Miguel Servet; (6) Hospital Virgen de la Salud; (7) Hospital Reina Sofía; (8) Hospital Germans Trias i Pujol; (9) Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama (GEICAM); (10) Hospital Clínico Univ. Valencia.

Introducción: El biomarcador de proliferación Ki67 analizado mediante inmunohistoquímica (IHQ) ha sido evaluado como factor pronóstico y predictivo en Cáncer de Mama Operable (CMO); de hecho existe correlación entre la variación de Ki67 tras el tratamiento endocrino neoadyuvante y la eficacia a largo plazo. Sin embargo, no hay datos robustos sobre su papel predictivo en Quimioterapia Neoadyuvante (QN). En este estudio, investigamos el valor de Ki67 predictivo de eficacia a este tratamiento.

Materiales: Se incluyeron 230 pacientes (pac) participantes en los ensayos GEICAM/2006-03, GEICAM/2006-14 y GEICAM/2002-01. De ellas, 78 (33.9%) recibieron epirubicina y ciclofosfamida, seguido de docetaxel (EC-D), 41 (17.8%) EC-D y carboplatino, 34 (14.8%) gemcitabina, adriamicina y paclitaxel, 39 (17%) EC-D y tratuzumab y 38 (16.5%) EC-D y lapatinib. La mediana de edad fue de 49.3 años (rango 27-77). El 44.4% eran premenopáusicas,

46.5% G3, 33% luminales, 34% basales y 32% HER2+. La mediana del tamaño tumoral (CM) fue de 4 (rango 0.8-15.8). La mediana de Ki67 por IHQ fue del 40% (rango 1-100). Se observó Respuesta Completa Patológica (RCp, ausencia de células infiltrantes en mama y axila) en 60 pac (26%). Se analizó la asociación de las variables clínico-patológicas con la RCp mediante regresión logística univariante y multivariante. Determinamos el punto de corte para Ki67 mediante curvas ROC.

Resultados: Se determinó $Ki67 \geq 50\%$ como el punto de corte más preciso para clasificar el grupo de pacientes que se beneficiaron de la QN. En el análisis univariante, el grado histológico, tamaño tumoral, tratamiento, RE, RP, HER2, y $Ki67 \geq 50\%$ se asociaron estadísticamente con RCp. En el análisis de regresión logística multivariante tan sólo demostraron tener valor predictivo para RCp (AUC=0.8015) las siguientes variables: $Ki67 \geq 50\%$ (OR=4.2 CI95% 1.8-9.7), ER (OR=0.2 CI95% 0.1-0.4), HER2 (OR=8.3 CI95% 3.4-19.9) y el tamaño tumoral (OR=0.8 CI95% 0.7-0.9).

Conclusiones: Estos resultados sugieren que un nivel de proliferación alto (medido por Ki67), es un factor predictivo independiente para la RCp en una población no seleccionada para HER2, de pacientes con CMO tratados con QN.

Cáncer de Pulmón

Discursor: Dr. César A. Rodríguez Sánchez

PLE-4

CANCER DE PULMÓN Y OTRAS SEGUNDAS NEOPLASIAS EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE LINFOMA DE HODGKIN

Elena Almagro Casado, David Pérez Calleja, Ana López González, Patricia Ibeas Millán, Andrea Ruíz Valdepeñas, Magda Palka, Miriam Méndez García, Constanza Maximiano Alonso, Yolanda Romero Pizarro, Mariano Provencio Pulla.

Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid).

Introducción: Los pacientes con Linfoma de Hodgkin (LH) presentan mayor riesgo de desarrollar segundas neoplasias (SN). Comparamos las características de los que desarrollaron cáncer torácico (CT) (pulmón o mesotelioma) frente a aquellos que presentaron otros tumores.

Materiales: Analizamos retrospectivamente desde 1968 a 2011 a 514 pacientes diagnosticados de LH en nuestro centro. Incluimos como variables: fecha, edad al diagnóstico y estadio del linfoma, tipo de tratamiento recibido (quimioterapia, radioterapia o combinado), presencia o no de masa bulky, fecha del diagnóstico del segundo tumor, tipo y estadio del mismo y la supervivencia global.

Resultados: De los 514 pacientes con LH, 79 (16%) desarrollaron una SN. 24 (30,4%) cáncer de pulmón, 2 mesotelioma y 55 (69,6%) otras neoplasias entre las que se incluían: linfoma-NH, leucemia, cáncer de mama, colon, tiroides y sarcoma. No encontramos diferencias entre la edad media al diagnóstico de la SN entre los dos grupos: 35,7 y 33,5 años respectivamente ($p=0,56$) aunque sí en el tiempo transcurrido hasta el diagnóstico (medianas de 16,4 años en CT y 9,7 en otros ($p=0,03$)). De los 24 con CT, 21(88%) eran varones ($p=0,001$) mientras que en el grupo de otros tumores no existían diferencias entre ambos sexos. Presentaron estadio avanzado (III o IV) 35 pacientes (44%), 7 (29%) con CT y 28 (51%) con tumor en otras localizaciones ($p=0,074$). El tratamiento con RT, al compararlo frente al combinado, se asoció con mayor riesgo de CT (RR=2,5, IC95% 1,03-6,1) que de otro tipo de neoplasias. No encontramos relación entre la presencia de masa bulky con mayor riesgo de CT (33%) que de otro tipo (46%) ($p=0,36$). La supervivencia global desde el diagnóstico de SN en CT y otros tumores es de 58% y 37% al año y 61% y 42% a los 5 años($p=0,54$), con medianas de seguimiento de 1,0 años en CT y 1,5 en otros.

Conclusiones: El cáncer torácico en pacientes con antecedente de linfoma de Hodgkin a diferencia de otros tipos de tumores, es más prevalente en varones. El tratamiento con radioterapia supone un factor de riesgo para el desarrollo de CT al compararlo frente a tratamiento combinado. En nuestro estudio no encontramos diferencias en la supervivencia global entre ambos grupos aunque sí en el tiempo transcurrido hasta el diagnóstico de la SN.

Martes, 23 de octubre de 2012
Sala Viena
19:00 - 20:30

Comunicaciones Orales 1: CICOM

Moderadores:

D^a Berta Nasarre López

CICOM (Data Managers)

Discursor: Dr. Francisco Javier Pérez Martín

O-1

MOTIVACIÓN Y EXPECTATIVAS DEL PACIENTE QUE PARTICIPA EN UN ENSAYO CLÍNICO DE ONCOLOGÍA

Eulalia Pujol i Amadó (1), Silvia Sanchez Martin (2), Olga Fernandez Nuñez (2), Francesca Llopis Puigmartí (1), Mireia Morgades De La Fe (2), Anna Valer Serra (3).

(1) *Ico Girona*; (2) *Ico Badalona*; (3) *Ico Hospitalet*.

Introducción: La identificación de barreras para participar en Ensayos Clínicos (EC) debe ayudar a las enfermeras y a los investigadores a desarrollar estrategias que mantengan al máximo la participación y cooperación en los estudios de cáncer, mientras se informa y protege adecuadamente a los posibles participantes (1). El paciente con cáncer debe recibir la información necesaria para la participación en el EC, de una forma clara y sencilla, a través del formulario de consentimiento informado (CI), respetando los principios éticos (2,3,4). Las principales motivaciones de los pacientes para participar en un EC difieren de acuerdo a sus características socio-demográficas y contexto (5). Algunos estudios indican que las motivaciones principales son: obtener beneficio terapéutico, ayudar a los demás o tener acceso al mejor tratamiento disponible. Sin embargo, hay estudios en los que la principal motivación para la participación es una compensación económica (6,7) u otros que creen que la compensación monetaria disminuye la fiabilidad

de los resultados (8). Nuestro objetivo es conocer la vivencia del paciente oncohematológico que participa en un EC en el Instituto Catalán de Oncología (ICO), averiguar cuales son sus motivaciones, expectativas y el proceso de toma de decisión en la participación.

Materiales: Es un estudio multicéntrico y observacional, se realizó en 3 hospitales de día oncohematológicos del ICO desde febrero del 2011 a marzo del 2012. Variables: percepción del grado de Información acerca del tratamiento y desarrollo del estudio, grado de comprensión de la hoja de Consentimiento Informado, Motivación en la aceptación a la participación en el EC, Calidad de Vida del paciente y características socio demográficas. Después de obtener consentimiento informado (CI) verbal, se realizó la recopilación de datos mediante un cuestionario anónimo pre-validado, que consta de 38 ítems con preguntas cerradas con opciones de múltiple respuesta tipo Likert. La calidad de vida se obtuvo mediante el cuestionario validado EORTC QLQ C-30 ®. Los resultados se realizaron en SPSS versión 15.0.

Resultados: Presentamos resultados preliminares con 130 pacientes incluidos (la mediana de edad fue de 59 años con un rango de [20 – 82]; 78 hombres y 50 mujeres. La distribución de la muestra fue 71 / 121 (58%) de tumores sólidos y 50 / 121 (42%) de patologías hematológicas. La mayoría de la población del estudio participaba por primera vez en un EC 108 / 124 (87%). Los pacientes tenían un grado de información alto sobre el EC, mediante una valoración del 0 al 10, la puntuación media obtenida fue de 7.83 (1.61). El nivel educativo de los pacientes fue distribuido de la siguiente manera: 48 / 126

(38%) tenían estudios secundarios o bachiller, 47 / 126 (37%) tenían estudios primarios, 25 / 126 (20%) tenían estudios universitarios y 6 / 126 (5%) no tenían estudios. Los tecnicismos fueron identificados como uno de los principales obstáculos para la comprensión del CI por 61 / 91 (67%) pacientes. 52 / 126 (41%) pacientes tomaron la decisión de participar en el EC conjuntamente con sus familiares en un período entre 24-48 horas. La principal motivación para la participación era encontrar curación a su enfermedad en 52 de los 127 (41%) y para obtener beneficio terapéutico en 34 de los 127 (27%). La preocupación más importante en relación a la participación en un EC era sufrir efectos secundarios en 81 / 112 (72%), siendo estos efectos secundarios moderados en 44 de los 86 pacientes (51%). Los encuestados revelaron que su participación en un EC les proporcionó un mejor control de su enfermedad 52 / 118 (44%) siendo la puntuación media para el QLQ C-30 de 61.48 (22.92).

Conclusiones: Este estudio nos permite conocer mejor el proceso de participación de los pacientes en un EC, y mejorar la calidad del proceso de toma de decisiones. Los pacientes que participan en un EC perciben una mejoría en su estado de salud. El proceso y CI debe mejorarse, prorrogando el plazo para la toma de decisiones y la simplificación de los tecnicismos en el texto.

O-2

DISEÑO DE UN SCORE DE COMPLEJIDAD QUE VALORE EL ENSAYO CLÍNICO EN ONCOLOGÍA: HERRAMIENTA QUE ESTABLECE LA VIABILIDAD DE UN PROYECTO

Rosario Alfonso, María Jesús Domínguez, Daniel García Palos, Ana Lens, Sara Fernández, Iris de la Fuente, Julio César de la Torre, Olga Ortega, Carmen Seoane, Eduardo Díaz Rubio.

Instituto de Investigación Sanitaria Hospital Clínico San Carlos IdISSC, Centro afiliado a la Red Cooperativa de Investigación Temática (RD 06/0020/0021) Instituto de Salud Carlos III, Ministerio Español de Ciencia e Innovación, Madrid, España.

Introducción: Los ensayos clínicos (EC) en oncología son cada vez más complejos en relación a los procedimientos que requieren y los plazos de ejecución de los mismos. Nos proponemos caracterizar dichos ensayos mediante un score basado en su complejidad con el fin de valorar la viabilidad de los proyectos que llegan a la Unidad de Investigación. El objetivo es validar una

herramienta o score que permita caracterizar y clasificar los EC en función de su complejidad, basándose en parámetros objetivos y extrapolables a cualquier otro EC.

Materiales: Se estableció una tabla de procedimiento del ensayo agrupados en 5 bloques con un total de 20 categorías: inclusión/registro, calendario de evaluaciones, actividades de enfermería, medicación y manejo de datos. Cada una de los items se puntuó en una escala de 1 a 3, de menor a mayor complejidad. Se aplicó en una muestra de 21 protocolos, representativa del global de los EC con reclutamiento activo del año 2011 cuya complejidad fue definida previamente en base a la experiencia del equipo investigador.

Resultados: Se obtuvo una puntuación mínima de 23 y máxima de 52 puntos en los protocolos valorados, estableciendo un intervalo de 22 a 30 puntos para complejidad baja, de 31 a 40 puntos para complejidad moderada y hasta 66 puntos para alta complejidad. El 24% de los proyectos fueron puntuados de baja complejidad, el 33% moderada y el 43% de alta complejidad, mostrándose alta concordancia con la valoración realizada previamente.

Conclusiones: Este score podría ser una herramienta útil que permita caracterizar cualquier ensayo por su complejidad, establecer la viabilidad proyecto y facilitar la optimización de los recursos de las Unidades de Investigación Clínica.

O-3

ANÁLISIS DE LA LA FIGURA DEL COORDINADOR CLÍNICO: DESCRIPCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDADES.

Daniel García Palos, María Jesús Domínguez, Rosario Alfonso, Julio César de la Torre, Ana Lens, Sara Fernández, Iris de la Fuente, Olga Ortega, Eduardo Díaz- Rubio.

Instituto de Investigación Sanitaria Hospital Clínico San Carlos IdISSC, Centro afiliado a la Red Cooperativa de Investigación Temática (RD 06/0020/0021); Instituto de Salud Carlos III, Ministerio Español de Ciencia e Innovación, Madrid, España.

Introducción: Las responsabilidades de investigadores, promotores y monitores están definidas en la legislación española sobre ensayos clínicos (EC), la normativa de la FDA y las guías de GCP. Sin embargo, las principales tareas del coordinador clínico (SC) no están formalmente descritas. El objetivo fue caracterizar

y cuantificar las actividades desarrolladas por el SC en un Servicio de Oncología Médica.

Materiales: Se entregó un cuestionario a los 6 SC de la unidad de investigación estructurado en 5 áreas de interés describiendo las tareas habituales de un SC, definidas por 33 ítems. Se cumplimentaron los cuestionarios indicando el tiempo empleado en cada una de las actividades previamente establecidas a lo largo de 4 semanas consecutivas.

Resultados: La información recogida en los 6 cuestionarios se volcó en una base de datos diseñada a tal fin. La mitad del tiempo empleado (48%) correspondía a la categoría de monitorización que incluía cumplimentación del cuaderno de recogida de datos, colaboración con monitor clínico, resolución de discrepancias y visitas de monitorización. Las actividades específicas del EC como registro/inclusión de pacientes, asignación de medicación, gestión con otros servicios colaboradores, envío de muestras y comunicación de acontecimiento adverso grave representaron un 20% del tiempo invertido, incluida la gestión de la documentación. El soporte clínico al resto del equipo investigador supuso el 15%. Otras tareas como la puesta en marcha y gestión económica completaron el tiempo restante de las actividades frecuentes del SC.

Conclusiones: La figura del SC está intrínsecamente ligada a todas las etapas del EC (puesta en marcha, registro, asistencia clínica, monitorización y resultados) por lo que su participación en él se hace indispensable, garantizando la viabilidad, calidad y excelencia de la Investigación.

0-4

UTILIDAD DE UNA BASE DE DATOS ÚNICA EN UNA UNIDAD DE ENSAYOS CLÍNICOS

Vicente Blas Alberola Aragón, Martín Federico Demarchi, Vicente Alberola Candell, Mayte Giralt Ferrer, Mara Ocasar García, Lorena Guillem Gregori, Vicente Carañana Ballerini, Juan Manuel Campos Cervera, Antonio Llobart Cussac.

Servicio de Oncología Médica. Hospital Arnau de Vilanova, Valencia.

Introducción: La seguridad y la protección de datos (PD) de carácter personal es un factor determinante en la gestión de ensayos clínicos. La constante evolución de normativas en materia de la investigación clínica desde la puesta en marcha del ensayo hasta su finalización y la posterior salvaguarda de los datos sensibles (LOPD), así como la correcta aplicación de las buenas prácticas clínicas (BPC) precisa la creación de protocolos de trabajo adaptados a dichas normas.

Materiales: Se han revisado todos los protocolos de trabajo relacionados con la investigación clínica en el Servicio entre 1998 y 2010. Se ha comprobado que un gran número de los procesos de trabajo introducidos no cumplían con las normativas exigidas. Se ha identificado como mayor carencia la existencia de aplicaciones estandarizadas específicas para el manejo de esta actividad concreta. En el último año, y en aras de solucionar este proceso, se ha trabajado en el desarrollo de un aplicativo informático específicamente diseñado, entre otras funciones, para el adecuado manejo de datos sensibles. El método utilizado permite la codificación de los datos sensibles bloqueando el acceso al personal no autorizado específicamente para cada proceso y/o proyecto, incorporando un sistema de encriptado para el personal autorizado.

Resultados: Se ha generado una herramienta de gestión, que incluye desde los datos personales más sensibles hasta todos los procesos por los que pasa un sujeto sometido a investigación clínica. El aplicativo permite la gestión administrativa, organizativa y clínica para el correcto seguimiento de visitas, memorias económicas, estado de documentación, consultas, gráficas, presentación de informes y estadística.

Conclusiones: Las normativas vigentes precisan del escrupuloso cumplimiento de las BPC y LOPD. La utilización de una base de datos única, relacional, con información codificada, así como con una adecuada política de seguridad y acceso, son herramientas necesarias para cumplir con los requisitos legales y garantizar la correcta gestión de la investigación clínica.

Miércoles, 24 de octubre de 2012
Sala Viena
18:30 - 20:00

Comunicaciones Orales 2: Temas de Actualidad

Moderadores:

Dr. Juan José Grau de Castro

Dr. Carlos García Girón

Discursores:

Dr. Jose Manuel López Vega

Dr. Emilio Esteban González

O-5

RELACIÓN ENTRE PESO CORPORAL Y RESULTADOS DE EFICACIA DURANTE EL TRATAMIENTO CON TRABECTEDINA EN SARCOMA DE TEJIDOS BLANDOS (STB) RECURRENTE

Javier Martín Broto, Jesús García Foncillas, Carlos Galmarini, José Alberto Nadal Martínez, Maurizio D'Incalci.

(1) *Unidad de Sarcoma y Melanoma, Hospital Son Espases, Mallorca, España;* (2) *Servicio de Oncología Médica, Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España;* (3) *Departamento de Biología Celular, PharmaMar SA, Madrid, España;* (4) *Departamento Médico, PharmaMar SA, Madrid, España;* (5) *Instituto de Investigación Farmacológica Mario Negri, Milán, Italia.*

Introducción: Trabectedina (Yondelis®) es el primer fármaco antineoplásico de origen marino aprobado en Europa para el tratamiento de STB recurrente avanzado. Diferentes estudios han implicado a citocinas derivadas del tumor como mediadores de caquexia en pacientes con cáncer. Estudios preclínicos han demostrado que trabectedina actúa sobre el microambiente tumoral, particularmente reduciendo IL-6, implicada en caquexia inducida por cáncer (Germano2011/Ligouri2011).

Materiales: Este análisis exploratorio retrospectivo evaluó la relación entre el aumento de peso durante el tratamiento con respecto al inicio y los resultados de eficacia en 319 pacientes adultos con STB recurrente tratados en 4 ensayos clínicos de fase II con trabectedina (dosis aprobada). Se realizó un análisis de concordancia entre aumento de peso y

la tasa de respuesta objetiva (RO), la tasa de control tumoral (CT=RO+enfermedad estable ≥ 3 meses), supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG).

Resultados: Se observó la correlación entre incremento de peso y respuesta: el 68% de pacientes que alcanzaron RO y el 70% con CT incrementaron su peso una media de 1.2kg. La SLP (5.1 vs 1.9 meses; $p < 0.0001$, log-rank) y SG (21.0 vs 8.2 meses; $p < 0.0001$) se prolongaron significativamente en pacientes que ganaron peso durante el tratamiento. La SLP estimada por Kaplan-Meier (6-12 meses) y la tasa de supervivencia (12, 24 y 36 meses), también fueron superiores en estos pacientes. Además, en el ciclo 1-2, se observó una relación significativa entre el aumento de peso y la mejora de la SLP mediana (4.2 vs. 2.2 meses; $p < 0.0001$) y la SG (19.4 vs. 9.3 meses; $p = 0.0002$). Esto concuerda con la tendencia a ganar peso desde el inicio del tratamiento.

Conclusiones: El aumento de peso está asociado con resultados favorables de eficacia en pacientes tratados con trabectedina. Se necesita más investigación para evaluar el valor pronóstico de cambio de peso como un marcador complementario de evaluación de los resultados clínicos a largo plazo y el impacto de trabectedina en el microambiente tumoral.

O-6

ZEB1 Y ZEB 2 MEDIAN LA TRANSICIÓN EPITELIO-MESENQUIMA (TEM) EN CELULAS NEOPLASICAS DE PANCREAS INDUCIDA POR FIBROBLASTOS PANCREATICOS

Laura Visa, Esther Samper, Mariana Rickmann, Antonio Postigo, Ester Sanchez-Tilo, Laureano Fernández-Cruz, Joan Balsells, Joan Maurel, Xavier Molero, Eva Cristina Vaquero.

(1) *Oncología Médica, Hospital Clínic, Barcelona;* (2)

Grupo de Oncología Gastrointestinal y Pancreática, CiberEHD, Barcelona; (3) Grupo de Regulación Transcripcional de Expresión Génica, IDIBAPS, Barcelona; (4) Servicio Cirugía Bilio-Pancreática, Hospital Clínic, Barcelona; (5) Servicio Cirugía Bilio-Pancreática, Hospital Vall Hebron; (6) Servicio de Gastroenterología, Hospital Vall d'Hebron; (7) Servicio Gastroenterología, Hospital Clínic, Barcelona.

Introducción: La TEM es un programa de plasticidad celular activo durante la embriogénesis y que se reactiva de forma aberrante en células neoplásicas. Mediante la TEM las células pierden la diferenciación epitelial y adquieren fenotipo mesenquimal con capacidad de migrar e invadir. ZEB1 y ZEB2 son factores de transcripción represores de la E-caderina críticos en el desarrollo de la TEM. La expresión de ZEB y la represión de E-caderina se asocia a mayor agresividad tumoral y peor pronóstico. **OBJETIVOS:** Analizar el efecto de los fibroblastos pancreáticos (FP) en la inducción de TEM en células de cáncer de páncreas y evaluar la implicación de ZEB.

Materiales: Se utilizaron FP obtenidos de piezas quirúrgicas de pacientes con adenocarcinoma de páncreas, pancreatitis crónica y cistoadenoma seroso. Los FP se utilizaron una vez activos tras cultivo prolongado en medio suplementado con suero fetal bovino. De los FP activos se obtuvo medio condicionado para incubar la línea celular humana de cáncer de páncreas Panc-1 y analizar en desarrollo de EMT en base a los siguientes parámetros: cambio morfológico celular, migración y expresión de E-caderina, ZEB1 y ZEB2 mediante inmunoblot y qRT-PCR; se utilizó siRNA para reprimir la actividad de ZEB1 y ZEB2.

Resultados: Los FP activados, independientemente de su origen, indujeron en células Panc-1 la pérdida de fenotipo cuboidal y adquisición de morfología fibroblástica, estimularon la migración y reprimieron de forma marcada la expresión de E-caderina; ZEB1 mostró un pronunciado aumento en su expresión proteica a pesar de no manifestar cambio a nivel génico, sugiriendo que los fibroblastos favorecen la estabilidad proteica de ZEB. La inhibición combinada de ZEB1 y ZEB2 previno la transformación morfológica de las células Panc-1 hacia fenotipo mesenquimal y la represión de E-caderina.

Conclusiones: Los fibroblastos pancreáticos promueven el fenotipo invasivo tumoral a través de la activación de la activación de ZEB1 y ZEB2.

O-7

MVAC VS PLATINO - GEMCITABINA DESPUÉS DE CISTECTOMÍA RADICAL (CR) EN UNA POLÍTICA DE QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE (QTA) ADAPTADA AL RIESGO EN PACIENTES CON CARCINOMA INFILTRANTE DE VEJIGA (CIV)

M^a Pilar López Martí, Rebeca Mondéjar Solís, M^a Cristina López López, M^a Pilar Sabin Domínguez, Sara Custodio Cabello, Daniel López-Trabada Ataz, Ana Belén Rupérez Blanco, Sara Pérez Ramírez, Mercedes Cavanagh Podesta, Jose A. Arranz Arija.

S^o de Oncología Médica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Introducción: El uso de QTA tras CR en CIV sigue siendo controvertido, y se basa en los resultados de ensayos fase III con reclutamiento incompleto. La información proveniente de meta-análisis o estudios longitudinales pueden ayudar a definir su papel. Entre 1988 y 2011, los pacientes (p) con CIV fueron tratados en nuestro centro con CR seguido de una política de QTA adaptada al riesgo. La QTA se asoció con una reducción en el riesgo de recaída y muerte en comparación con CR, en pacientes con extensión extravesical o N + (JCO 29: Suppl 2011; abstr 4613). Presentamos los resultados de toxicidad, supervivencia libre de progresión (SLP), supervivencia global (SG) y supervivencia específica al cáncer (SGE) de MVAC vs Platino-Gemcitabina en la cohorte que recibió QTA.

Materiales: Tras ser informados del riesgo de recaída, estado del arte y la toxicidad de la QTA, a los p con CIV y enfermedad extravesical o N + se les recomendó QTA, aunque algunos eligieron seguimiento. Lo contrario ocurrió con los p con pT2N0 p. Las cohortes CR y QTA fueron seguidas de forma prospectiva de acuerdo con la práctica clínica habitual.

Resultados: Se incluyeron 527 p, 331 CR y 196 QTA: 90 MVAC x3, 90 CDDP Gem x4, 16 Carbo-Gem x4 (106 PG). Todos los PG se indicaron después del año 2000. La mediana de seguimiento fue de 86 m. MVAC vs PG estuvieron bien balanceados en sexo (varones 92% vs 86%), grado 3 (97% vs 96%), complicaciones quirúrgicas (28% vs 26%), y % de p que recibió el 100% de la QTA prevista (44% vs 52%). Hubo diferencias estadísticamente significativas en edad media (61 vs 67 años), histología no papilar (71 vs 87%) y estadio AJCC 2010 (T2N0/T3-4aN0/T4bN +: 23% / 30% / 47% vs 10% / 37% / 53%). No hubo muertes tóxicas. Las principales diferencias en toxicidad G3-4 fueron anemia (11 vs 18%) neutropenia (42 vs 30%), trombopenia (5 vs 15%), vómitos (12 vs 7%) y

mucositis (8 vs 4%). No hubo diferencias significativas en los valores crudos de SLP, SGE ni SG. Se realizó un análisis multivariado con el método de regresión de Cox. La tabla muestra el Hazard Ratio (HR) de recaída y muerte estratificado por estadio patológico y ajustado por las variables incluidas en el modelo (* p <0,05).

		PFS	SGE	SG
MVAC vs CR	No ajustado	1.2	1.1	1
	Multivariante pII	1	0.7	0.7
	Multivariante pIII	0.7	0.7	0.7
	Multivariante pIV	0.3*	0.2	0.3*
PG vs CR	No ajustado	1.4	1.1	1
	Multivariante pII	2.2	2.7	2.3
	Multivariante pIII	0.4*	0.4*	0.4*
	Multivariante pIV	0.4*	0.4*	0.3*
PG vs MVAC	No ajustado	1.1	1	1
	Multivariante pII	1.6	1.6	1.7
	Multivariante pIII	0.7	0.8	0.9
	Multivariante pIV	1.2	0.9	0.8

Conclusiones: En nuestra serie de CR seguida de QTA, la comparación de MVACx3 vs PGx4 ha mostrado algunas diferencias en toxicidad, pero no hemos podido encontrar diferencias significativas en eficacia entre ambos esquemas.

O-8

ANÁLISIS DE POLIMORFISMOS DE NUCLEÓTIDO SIMPLE DE BRCA Y ERCC1 COMO PREDICTORES DE RECURRENCIA TRAS QUIMIORADIOTERAPIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE CERVIX

Luis Roberto Félix Viñas*, Verónica Pereira*, Mariano Monzó**, Carmen Muñoz**, Pere Fuste***, Abigüei Torrents****, Pedro Gascón*, Laura Vidal*.

*Departamento de Oncología Médica del Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, Universidad de Barcelona; **Departamento de Anatomía Humana y Embriología. Universidad de Barcelona. Grup de Reserca Oncologia i Embriologia Molecular; ***Servicio de Ginecología del Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Universidad de Barcelona; ****Unidad de Soporte en Estadística y Metodología.

Introducción: Un número de pacientes con cáncer cervical localmente avanzado recidivarán a pesar de presentar respuesta inicial a la quimiorradiación. Polimorfismos de nucleótido simple (SNP) de genes reparadores de ADN han sido hallados como predictores de eficacia a la quimioterapia y radioterapia.

Materiales: Evaluamos la presencia de SNP en los genes de ERCC1 así como BRCA 1 y 2. Analizamos SNP

de los genes mencionados en biopsias integradas en parafina, de pacientes que habían recidivado después de recibir tratamiento con quimiorradiación. El estado de los alelos, "wild type" (wt) o con al menos 1 SNP, fue comparado con el tiempo a la progresión tumoral (TTP) y toxicidad.

Resultados: 90 pacientes que experimentaron recurrencia de su cáncer cervical fueron incluidas en el análisis. De estas, solo pudimos obtener muestras valorables de 43. Edad media: 52.5 años (31-81). Histología: 32 escamosos, 8 adenocarcinomas, 3 adenoesquamosos. Un SNP en BRCA1 (rs12516) se encontró asociado significativamente con mejor TTP para la variedad mutante comparado con la "wild type" (124m. vs 14m.). Además, todas las 6 pacientes que presentaron toxicidad grave (grado 3-4) tuvieron este SNP "wild type" (rs12516) en el gen BRCA1.

Conclusiones: Hemos identificado un SNP que confiere mejor resultados en pacientes con cáncer cervical. Deben realizarse más análisis para determinar su relación con toxicidad inducida por radioterapia en este grupo de pacientes.

O-9

EXPERIENCIA DEL GRUPO ESPAÑOL DE MELANOMA CON EL ACCESO EXPANDIDO DE IPIILIMUMAB

A. Arance, R. Blanco, P. Lopez Criado, L. Leon, D. Rodriguez Abreu, E. Espinosa, S. Martin Algarra, V. Soriano, P. Cerezuela, A. Berrocal.

Hospital Clínico Barcelona (1); Hospital de Terrassa (2); Hospital MD Anderson Madrid (3); Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela (4); Hospital Universitario Insular Gran Canaria (5); Hospital La Paz Madrid (6); Clínica Universitaria Navarra (7); Instituto Valenciano Oncología Valencia (8); Hospital Santa María del Rosell Cartagena (9); Hospital General Universitario Valencia (10).

Introducción: Evaluar la eficacia y la toxicidad del ipilimumab administrado durante el acceso expandido.

Materiales: Se envió un cuestionario a los médicos de GEM que trataron pacientes en el acceso expandido recogiendo datos demográficos de respuesta, supervivencia y toxicidad. Ipilimumab se administró a una dosis de 3 mg/kg, cada 3 semanas por un total de 4 dosis.

Resultados: En el acceso expandido BMS registró 355 solicitudes de ipilimumab que resultaron en 288 tratamientos administrados. Las características de los pacientes para los que se solicitó ipilimumab son,

mediana de edad 59 años (24-83), varones 57%. Estadio IVa: 28.8%, IVb 20%, y IVc 51.2%. Un 15% de los pacientes presentaban metástasis cerebrales, un 37% hepáticas y un 21% pulmonares. El estado general del ECOG fue 0 en 48%, 1 en 41% y 2 en 11%. Casi todos los pacientes (94%) habían recibido quimioterapia previa, un 28% radioterapia y un 37% inmunoterapia. Solo un 49.7% de los pacientes completaron las cuatro dosis de ipilimumab, los restantes 17.36%, 15.97%, y 18.75% recibieron 3, 2 y 1 dosis. La reinducción se solicitó para 17 pacientes (5%) de los que 8 completaron as cuatro dosis (2%). Se recogieron 153 cuestionarios que representan 53.1% de los tratamientos administrados durante el acceso expandido. La edad mediana de este grupo fue de 58 años (24-81) y el 57.2% de los pacientes fueron varones. El 47.1% de los pacientes presentaba metástasis hepáticas, el 18.8% metástasis en sistema nervioso central y el 53.6% de los pacientes presentaba dos o más localizaciones simultáneas. El estado general del ECOG fue 0-1 en 81.8%. Un 44.9% de los pacientes habían recibido tratamiento adyuvante previo que consistió en dosis altas de Interferón en el 79%. Todos menos dos pacientes habían recibido quimioterapia previa y un 34.8% recibieron dos o más líneas. El 60.9% de los pacientes que iniciaron tratamiento completaron las 4 dosis de ipilimumab, siendo los motivos más frecuentes de fin de tratamiento la muerte o progresión en el 87% y la toxicidad en el 3.7%. Nueve pacientes no fueron evaluables para respuesta, 3 porque aun están en tratamiento y 6 porque acaban de terminarlo. En los 144 se han observado un 1.4% de RC, un 6.6% de RP, un 7.9% de RP con progresión previa, una estabilización de enfermedad

del 13% y progresión en el 62.3%. Se solicitaron 13 reinducciones que fueron completadas en 8 pacientes de ellos 2 con respuesta parcial previa alcanzaron una nueva respuesta parcial, 3 con respuesta parcial previa alcanzaron enfermedad estable y 3 pacientes con enfermedad estable previa progresaron. La supervivencia actuarial de Kaplan-Meier fue de 199 días (6.5 meses) (95% CI 125.3-272.6). Las supervivencias al año y 18 meses fueron 32.9% y 28.8% respectivamente. Factores predictivos de supervivencia fueron los linfocitos basales mayores de 1000 /ml ($p=0.0008$) y la LDH mayor de 1.5 X ULN ($p=0.003$) La toxicidad por pacientes fue cutánea grado I 21.7% grado II 3.6% grade II; hepática grado I 5.8% grado II 1.4% y grado III 2.2%; diarrea grado I 14.5% grado II 3.6% y grado III a IV 1.7%. Solo 9 pacientes experimentaron toxicidad severa grado III a IV. Se analizaron de forma independiente 30 pacientes mayores de 70 años que recibieron tratamiento con ipilimumab siendo las respuestas (RP 3 (10%) RP con progresión previa 3 (10%) EE 3 (10%) y Progresión 17 (56.7%)), la supervivencia (mediana de Kaplan y Meyer 180 días (95% CI 119.7-240.2) y supervivencia al año de 21%) y la toxicidad completamente superponibles con la población más joven.

Conclusiones: Con las limitaciones de un estudio retrospectivo, ipilimumab utilizado fuera del contexto de un ensayo clínico presenta una eficacia y toxicidad similares a las comunicadas en los estudios fase III. Una mejor selección de los pacientes podría mejorar los resultados ya que un 40% de los enfermos no llegan a completar el tratamiento. Ipilimumab puede ser utilizado en ancianos con eficacia y seguridad equivalentes a población mas joven.

Miércoles, 24 de octubre de 2012
Sala Lisboa
18:30 - 20:00

Comunicaciones Orales 3: Cuidados Continuos

Moderadores:

Dr. Jesús García Mata
Dr. Carlos Jara Sánchez

Discursores:

Dr. Ricardo González del Val Subirats
Dr. Eduardo Ceballos Barbancho

O-10

EVALUACIÓN OBJETIVA DE LOS NIVELES DE ACTIVIDAD FÍSICA (AF) REALIZADOS POR "CANCER SURVIVORS"

Ana Ruiz-Casado, Ana Soria, M^a Jesús Ortega, Julio Padilla, Lidia Brea, Isabel Palomo, Hugo Olmedillas, Itziar Pagola, Carmen Fiuza, Alejandro Lucia.

HU Fuenlabrada; Universidad Europea de Madrid; Universidad de Oviedo; HU Puerta de Hierro-Majadahonda.

Introducción: Las organizaciones internacionales recomiendan la realización de AF moderada al menos 30 minutos al día. En España, no existen datos sobre la AF que realizan los "cancer survivors". O. PRIMARIO: Evaluar de forma objetiva, por acelerometría, la AF realizada por personas (p) con antecedentes de cáncer (Ca). O. SECUNDARIOS: Describir antropometría, condición física, recomendaciones por profesionales y AF por cuestionarios.

Materiales: Se seleccionan de forma aleatoria (mayo/2011 -abril/2012), 175 p. Crit Inc: (1) antecedentes cáncer, (2) <80 años, (3) último tratamiento > 3 meses, (4) sin evidencia de enfermedad. Se realiza evaluación antropométrica y de condición física (dinamómetro, sit to stand y one-mile test), acelerometría durante una semana y encuesta sobre ejercicio realizado (GPAQv2).

Resultados: 175 p (36% v / 74% m). (80) p Ca de mama, (32) colon, (12) recto, (8) pulmón, (8) ovario, (8) germinal, (27) otros. ANTROPOMETRÍA: Medianas IMC 27,5 kg.m⁻²; Perímetro Cadera 105,5cm. CONDICIÓN FÍSICA: Fuerza de brazos (D) 27,0; (I) 26,5 kg,

Fuerza de piernas 8,96 s; VO₂max 25,58 ml/kg/min. ACELEROMETRÍA: 151 p (86%) evaluables. 66% sedentarismo, 34% actividad. Media de actividad física moderada y vigorosa (MVPA) 53,4±31min/día. CUESTIONARIOS: 62% sedentarismo, 38% actividad. 83% cumplían recomendaciones internacionales según GPAQv2. 102 pacientes (58,3%) recibieron recomendación por profesional: 34 (19,4%) de su oncólogo; en 24 (13,7%) documentado en historia clínica.

Edad	18-40	41-60	>60
IMC	25,79	27,42	30,38
Perímetro cadera	103,9	104,5	109,62
VO ₂ Max	38,13	26,31	18,01
MVPA/día	43,9±21	56±31	49±31

Conclusiones: Una muestra representativa de la población con cáncer de una población de Madrid, cumple en su mayor parte las recomendaciones internacionales de AF. El IMC indica sobrepeso. El VO₂max (predictor de mortalidad) es inferior a lo esperable para el rango de edad. Sería recomendable algún tipo de intervención para mejorar dichos parámetros.

O-11

RELACIÓN ENTRE CANCER Y PARO

Rodrigo Lastra del Prado*, Iñaki Álvarez Busto*, Miguel Burillo Cordero*, Pablo Muñoz Cifuentes, Juan Rodríguez García.

Unidad de Oncología del Hospital San Jorge, Huesca; ** Servicio de Urgencias del Hospital Ernest Lluch, Calatayud (Zaragoza); * Servicio de Medicina Preventiva del Hospital San Jorge, Huesca.*

Introducción: La falta de trabajo es una realidad cada vez más frecuente en los momentos actuales.

La experiencia clínica nos aporta indicios para pensar en la existencia de una relación entre desempleo y predisposición a tener determinados tipos de cáncer. Objetivo: estudiar la relación entre cáncer y desempleo.

Materiales: Revisión y análisis de los principales estudios que han abordado al relación cáncer y paro.

Resultados: Destacamos: 2.500 muertes se podrían haber evitado si todos los pacientes con cáncer hubieran tenido las mismas condiciones laborales. (1). El riesgo de muerte por cáncer en desempleados y prejubilados es casi el doble que en la población general. (RR: 1,95 y 1,85 respectivamente). (2). El riesgo de cáncer de ORL fue 2.27 veces mayor en personas desempleadas (OR: 2,27, IC 95%: 1,21 a 4,26). (3). Personas en paro forzoso tuvieron una mortalidad por cáncer un 25% que de las personas con trabajo (4). La incidencia general de cualquier tipo de cáncer es de 5,28 mayor en varones prejubilados (5). El trabajo temporal se asocia con aumento de las muertes por cáncer relacionado con el tabaco (HR: 2,8). (6) La probabilidad de sufrir el paro es más del doble en el grupo de personas que habían sobrevivido al cáncer que en los sanos (33,8% vs 15,2%). (7). El RR de padecer cáncer de cavidad oral estando en el paro fue de 1,45 (IC: 1,10 a 1,93), el esófago de 1,77 (IC: 1,02 a 3,05) (8). ¿Por qué esta relación? 1) Causas estructurales: Cobertura sanitaria diferente dependiendo de la situación económica 2) las causas socio-económicas: relación directa entre desempleo y peores hábitos de vida (tabaco y alcohol). 3) psicobiológico: Ansiedad, inseguridad, miedo y depresión asociada al desempleo puede determinar la vulnerabilidad biológica que predispone a la enfermedad con más facilidad. Menor atención a las recomendaciones para el diagnóstico precoz.

Conclusiones: La revisión apunta a una relación causal entre desempleo y cáncer. Son necesarios grandes estudios poblacionales que confirmen esta relación.

O-12

EL APOYO PSICOLÓGICO EN LOS PACIENTES CON CÁNCER: ¿QUÉ OPINAN LOS PACIENTES?

Angels Arcusa Lanza (1), Concha Leon Pizarro (1), Esther Jovell (2), Teresa Blasco (3), Gloria Arenas (1), Remei Blanco Guerrero (1), Jordi Alfaro Gamero (1), Aleydis Pisa Gatell (1), Emma Dotor Navarro (1), Luis Fernandez Morales (1).

(1) Servicio de Oncología, Consorci Sanitari de Terrassa, Institut Oncologic del Valles; (2) Departamento de Investigación, Hospital de Terrassa, Consorci Sanitari

de Terrassa; (3) Departament de Psicologia Bàsica. Universitat Autònoma de Barcelona.

Introducción: El apoyo psicológico (AP) a los pacientes es considerado como un recurso útil y necesario por los oncólogos. Sin embargo, y en nuestro medio al menos, no se ha investigado si esta percepción es compartida y en que grado por los pacientes. Nuestro trabajo pretende explorar qué tipo de pacientes consideran el AP como un instrumento útil, como influyen las características socioculturales y el perfil emocional de enfrentamiento a la enfermedad en esta opinión, y si estos aspectos varían en función del tumor.

Materiales: Entre septiembre 2010 y septiembre 2011 se evaluaron 260 pacientes consecutivos visitados por primera vez en consultas externas: 100 pacientes con cáncer de mama, 70 con cáncer de pulmón, y 90 con cáncer colorectal. A todos se les administró en la segunda visita y tras la información del plan terapéutico, un cuestionario que exploraba datos socioculturales, antecedentes de ansiedad y/o depresión y malestar emocional: sentimientos de miedo y de ira, nivel de esfuerzo autopercebido para afrontar la situación, y deseo de AP profesional.

Resultados: Solo un 25% de pacientes con cáncer de mama y de pulmón y un 23% con cáncer colorectal consideraron útil el AP en la fase inicial de su proceso y se acogieron a él. El perfil emocional que los identifica difiere según el tumor: las pacientes con cáncer de mama que consideran útil el AP son las que presentan altos niveles de ira ($p=0,034$) y miedo ($p=0,002$), y que reconocen precisar un esfuerzo personal alto para afrontar la situación ($p=0,004$). En el grupo de pacientes con cáncer de pulmón solo consideran útil el AP aquellos que manifiestan altos niveles de ira ($p=0,029$), mientras que solo los pacientes con cáncer colorectal que realizan un gran esfuerzo para afrontar la enfermedad desean AP ($p=0,009$). No se observaron diferencias en cuanto a la edad, perfil sociocultural o antecedentes de ansiedad y/o depresión.

Conclusiones: En nuestra experiencia, el porcentaje de pacientes que considera útil el apoyo psicológico en las fases iniciales de la enfermedad es bajo. El perfil emocional del paciente frente a la enfermedad es distinto según el tipo de tumor.

O-13

HEPATITIS B: ESTUDIO SOBRE INCIDENCIA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ANTES DEL INICIO DE TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO

Carlos Aguado de la Rosa.

COMUNICACIONES ORALES

	TIPO DE TUMOR	SEXO	EDAD	ESTADIO	ALT/// AST	HEPATOPATÍA PREVIA	AG S	AC C	AC S	C VIRAL
931811	4	M	2	1	1//1	2	2	2		
835625	4	M	2	1	1//1	2	2	2		
165849	6	M	1	2	1//1	2	2	2		
1881065	4	M	1	1	1//1	2	2	2		
843603	4	M	1	1	2//2	2	2	2		
1996113	4	M	1	1	2//1	2	2	2		
436576	4	M	1	1	1//1	2	2	2		
542082	4	M	1	1	1//1	2	2	1	1	(276)
1899024	4	M	1	2	1//1	2	2	2		
1780956	4	M	1	2	1//1	2	2	2		
1996687	3	V	2	1	1//1	2	2	2		
1998323	8	M	1	1	1//1	2	2	2		
393751	1	M	2	1	1//1	2	2	2		
1616920	4	M	1	1	2//1	2	2	2		
865645	5	V	1	2	2//1	2	2	2	1 (8)	
762433	4	M	2	2	1//1	2	2	2		
438958	4	M	2	2	1//1	2	2	2		
606084	4	M	1	2	2//1	2	2	1	1	(257)
989341	3	M	2	1	1//1	2	2	2		
1634111	5	V	2	2	1//1	2	2	2		
435457	9	V	2	2	1//1	2	2	2		
1979469	3	V	1	1	1//1	2	2	1	1	(795)
1286052	8	V	2	2	2///2	2	2	2		
496041	4	M	2	1	1//1	2	2	2		
1929921	5	V	1	2	2///2	2	2	2		
1907073	3	V	2	2	1//1	2	2	2		
277987	3	M	2	2	1//1	2	2	2		
2015095	3	M	1	1	1//1	2	2	2		
1914263	6	M	2	1	1//1	2	2	2		
1313161	4	M	1	1	1//1	2	2	2		
1848133	3	V	2	2	1//1	2	2	2		
2018710	8	V	1	2	1//1	1 (VHA; VHB)	2	1	1	(178) INDETECT
641695	3	V	1	2	1//1	2	2	2		
313406	4	M	1	2	1//1	2	2	2		
560561	7	M	2	2	1//1	2	2	2		
1608427	5	V	2	2	1//1	2	2	2		
2020113	6	M	1	2	2//1	2	2	2		
539012	3	V	2	2	2//2	1 (ENÓLICA)	2	2		
1295002	5	V	1	2	1//1	2	2	2		
1310456	8	V	2	2	1//1	2	2	2		
212512	4	M	1	2	2//2	2	2	2		
743615	4	M	1	1	1//1	2	2	2		
266415	5	M	1	2	1//1	2	2	2		
218802	3	V	1	2	1//1	2	2	2		
1824781	3	V	2	2	2//1	2	2	1	1 (<3)	
819476	5	V	2	2	1//1	2	2	2		
1600765	5	V	2	2	1//1	2	2	2		
1265901	3	V	2	2	1//1	2	2	2		
100697	3	V	2	2	1//1	2	2	1	1	(133)
1057526	6	M	2	2	1//1	2	2	2		
1863008	7	V	2	2	1//1	2	2	2		
2020113	6	M	1	2	2//1	2	2	2		
539012	3	V	2	2	2//2	1 (ENÓLICA)	2	2		
1295002	5	V	1	2	1//1	2	2	2		
1990078	5	V	1	2	1//1	2	2	2		

Introducción: La infección por Hepatitis B es un problema global, que afecta a unos 300 millones de personas a nivel mundial. La gran mayoría de estos casos, se tratan de portadores asintomáticos. Este sector se encuentra en riesgo de reactivación de la enfermedad ante situaciones de inmunosupresión. El paciente oncológico presenta dicho factor de riesgo al iniciar tratamiento quimioterápico. Este estudio se trata de un análisis descriptivo de las características y serología VHB en pacientes recientemente diagnosticados de cáncer sin haber iniciado tto quimioterápico y la incidencia de esta patología en dicha población.

Materiales: Entre Octubre y Diciembre de 2011, se obtuvieron serologías virales de VHB a los pacientes en su primera visita en consultas de Oncología. Posteriormente, se excluyeron aquellos pacientes que no iniciaron tratamiento QT. Se recogieron datos de 55 pacientes, con análisis serológico de VHB (Ag S VHB, Ac C VHB y Ac S si éste último era positivo), tipo y estadio de tumor, ALT y AST, edad y sexo, y existencia de hepatopatías previas.

Resultados: Más de la mitad de los tumores (58'18%) correspondían a mama y pulmón. El 54'5% se trataba de mujeres. 67'2% fueron estadios avanzados (IIIc-IV). En sólo tres casos se detectaron hepatopatías previas (2 enólicas y 1 viral). Se observaron 13 pacientes con alteración del nivel de transaminasas (sobre el límite normal). No se detectó infección activa ni estado de portador crónico en ningún paciente (Ag S negativo); Si se detectó positividad para Ac C en 6 pacientes (en los que se analizaron niveles de Ac S, que eran también positivos), lo que podría relacionarse con infección resuelta e inmunidad adquirida. Un paciente tuvo Ac C negativo, con Ac S positivo, en relación con vacunación previa. De éstos 7 pacientes, sólo 3 casos se correlacionaron con alteración de transaminasas.

Conclusiones: En la población estudiada, no se detectó ningún caso de infección crónica por VHB. Sí se detectaron casos de infección resuelta en pacientes donde no se describían dicha infección como antecedente, por lo que la incidencia de casos de esta infección en la población general, puede que esté infraestimado, y existan pacientes y clínicos que desconozcan la situación de infección crónica real de dichos pacientes. Sin embargo, ante la baja tasa de portadores crónicos que pueden existir, no debería realizarse screening de rutina ni seguimiento serológico, salvo en casos donde existan determinados factores de riesgo.

O-14

PREVALENCIA DE ANEMIA Y ASTENIA EN PACIENTES CON TUMORES SÓLIDOS EN ESPAÑA: ESTUDIO PACS

Ana Casas, José Muñoz, Javier de Castro, Vicente Alberola, Francisco Barón, Mercedes Cucala, Pedro Gascón.

(1) *Hospital Virgen del Rocío, Sevilla;* (2) *Hospital Dr. Peset, Valencia;* (3) *Hospital La Paz, Madrid;* (4) *Hospital Arnau de Vilanova, Valencia;* (5) *Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago;* (6) *Vifor Pharma España, Barcelona;* (7) *Hospital Clinic, Barcelona.*

Introducción: La calidad de vida de los pacientes con cáncer se ve afectada por la presencia de anemia y astenia. La anemia es un trastorno frecuente en los pacientes oncológicos que se relaciona tanto con el propio proceso tumoral como con el tratamiento para el cáncer. El objetivo del presente estudio fue describir la prevalencia de anemia y/o de déficit de hierro en pacientes con tumores sólidos naive para tratamiento antitumoral, evaluar la incidencia de anemia después de cuatro meses de tratamiento y describir su manejo.

Materiales: Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico en pacientes diagnosticados recientemente de cáncer. Los datos de los parámetros analíticos sobre anemia y su tratamiento se recogieron a nivel basal y tras cuatro meses de tratamiento antitumoral. La variable principal consistió en la proporción de afectados con anemia (hemoglobina [Hb] <12g/dl). El déficit de hierro se definió como la presencia de un índice de saturación de transferrina $\leq 16\%$. Para evaluar la presencia de astenia asociada a anemia los pacientes completaron el cuestionario FACT-F antes y después del tratamiento para el cáncer.

Resultados: Participaron 35 hospitales españoles. El estudio incluyó a 295 pacientes (153 mujeres) con una media de edad (\pm DE) de 61,6 ($\pm 12,5$) años y un estado funcional ECOG de 0-1 en el 90,3%. La prevalencia inicial de anemia fue de 38,6%, (49,4% en cáncer gastrointestinal [GI], 35,7% en cáncer de pulmón y 27,3% en cáncer de mama), siendo moderada en un 20,2% de los casos. La prevalencia de déficit de hierro fue del 48,5% en los pacientes evaluables y 51,9% entre los anémicos. Un total de 106 pacientes (60,2%) sin anemia al diagnóstico, desarrollaron anemia durante el tratamiento antitumoral (39,5% en cáncer GI, 59,3% en cáncer de pulmón y 75,5% en cáncer de mama). La anemia inicial no fue tratada en el 67,5% de los pacientes. A los cuatro meses, el 47,4% de los pacientes con anemia inicial y el 67% con anemia de nueva aparición no habían recibido tra-

tamiento para la anemia. La proporción de pacientes con astenia severa (puntuación FACT-F < 30) fue superior después del tratamiento para el cáncer (23,6% vs. 15,5% al inicio). La mayoría de los pacientes con astenia severa eran anémicos inicialmente (69,8%) y tras los cuatro meses de tratamiento (71,2%).

Conclusiones: Los pacientes naïve con tumores sólidos presentan una alta prevalencia de anemia, aproxima-

damente la mitad de los pacientes presentan déficit de hierro. A pesar de las recomendaciones de las distintas guías nacionales e internacionales, nuestro estudio pone de manifiesto que un elevado porcentaje de pacientes anémicos con cáncer no reciben tratamiento para la anemia. La corrección de la anemia puede permitir revertir la astenia mejorando la calidad de vida de los pacientes.

Miércoles, 24 de octubre de 2012
Sala Roma
18:30 - 20:00

Comunicaciones Orales 4: Cáncer Hereditario

Moderadores:

Dra. Isabel Lorenzo Lorenzo

Dra. Gema Durán Ogalla

Discursores:

Dr. Jose Luis Soto Martinez

Dra. Ana Beatriz Sánchez Heras

O-15

MUTACIONES EN LOS GENES BRCA1 Y BRCA2 DETECTADAS EN LOS SEIS PRIMEROS AÑOS DE FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA DE CÁNCER HEREDITARIO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA.

Inmaculada de Juan Jimenez*, Zaida García Casado**, Sarai Palanca Suela*, Eva Esteban Cardenosa*, Maria José Juan Fita***, Ana Beatriz Sánchez Heras****, Angel Segura Huerta*****, Isabel Chirivella Gonzalez*****, Isabel Tena García*****, Pascual Bolufer Gilabert*.

* Laboratorio de Biología Molecular. Servicio de Análisis Clínicos. Escuela de Enfermería. Hospital La Fe, Valencia; ** Laboratorio de Biología Molecular del IVO, Valencia; *** Unidad de Consejo Genético del IVO, Valencia; **** Unidad de Consejo Genético. Hospital de Elche, Alicante; ***** Unidad de Consejo Genético. Hospital La Fe, Valencia; *****(*) Unidad de Consejo Genético. Hospital Clínico, Valencia; *****(*) Unidad de Consejo Genético. Hospital General de Castellón, Castellón.

Introducción: Se revisan los resultados del estudio de mutaciones en los genes BRCA1 y BRCA2 (BRCA)

durante los seis años de funcionamiento del Programa de Consejo Genético en el Cáncer Hereditario de la Comunidad Valenciana para conocer su espectro mutacional, relación con la patología de los tumores y validar la sensibilidad de los criterios de inclusión establecidos en el Programa.

Materiales: Se incluyen 1.778 casos índice (CI) investigando la presencia de mutaciones patogénicas en los genes BRCA y se estudian las mutaciones patogénicas en 1.146 familiares de 238 CI. La detección de las mutaciones se efectúa mediante cribado seguido de secuenciación directa o solo secuenciación. Los grandes reordenamientos se detectan mediante el método de MLPA.

Resultados: Se han detectado 306 mutaciones patogénicas en los CI, 53 mutaciones diferentes de un total de 151 en BRCA1 y 52 mutaciones diferentes de un total de 155 en BRCA2 (Tabla 1). Las mutaciones c.187_188delAG, c.5242C>A, c.2080delA y la c.3889_3890delAG representan el 37,51 % de las mutaciones de BRCA1. Las mutaciones c.9254del5, c.3492insT y la c.9206del14 representan el 43,58 % de las mutaciones de BRCA2. Las mutaciones patogénicas están asociadas a CI con CM bilateral, CO, CM y CO ($p < 0,0001$) y con familias con CM y CO en dos familiares, o con tres o más CM ($p < 0,001$, Tabla 1). El análisis de regresión logística indica que los parámetros más estrechamente asociados

COMUNICACIONES ORALES

Tabla 1. Datos demográficos y clínico-patológicos de los casos índice estudiados.

Parámetros	BRCA				P
	Negativo	%	Positivo	%	
Mutaciones					
Negativo	1472	82,78%			
BRCA1 pos	151	82,78%			
BRCA2 pos	155	82,78%			
Criterios					***
1	56	3,83%	15	4,95%	
2	155	10,61%	11	3,63%	
3	42	2,87%	17	5,61%	
4	634	43,39%	94	31,02%	
5	25	1,71%	15	4,95%	
6	80	5,48%	34	11,22%	
7	38	2,60%	6	1,98%	
8	418	28,61%	109	35,97%	
9	13	0,89%	2	0,66%	
Tumores					***
CM	1241	85,00%	195	64,78%	
CM bilateral	114	7,81%	37	12,29%	
CM + CO	39	2,67%	31	10,30%	
CM bilateral + CO	--		4	1,33%	
CO	59	4,04%	34	11,30%	
Otros	7	0,48%	---		
Histopatología CM					***
In situ	61	5,16%	5	2,07%	
Ductal Infiltrante	935	79,04%	193	79,75%	
Lobulillar infiltrante	106	8,96%	20	8,26%	
Medular	17	1,44%	17	7,02%	
Papilar	3	0,25%	0	0,00%	
Tubular	11	0,93%	0	0,00%	
Mucinoso	5	0,42%	0	0,00%	
Otro infiltrante	27	2,28%	6	2,48%	
Otros	18	1,52%	1	0,41%	
Grado Histológico					***
I	180	23,05%	20	12,42%	
II	323	41,36%	61	37,89%	
III	278	35,60%	80	49,69%	
Histopatología CO					n.s.
Células claras	4	5,97%	2	4,55%	
Endometroide	15	22,39%	9	20,45%	
Mucinoso	11	16,42%	1	2,27%	
Seroso-papilar	29	43,28%	27	61,36%	
Otros	5	7,46%	2	4,55%	
I					n.s.
1	557	50,18%	98	44,14%	
2	406	36,58%	97	43,69%	
3	81	7,30%	18	8,11%	
4	44	3,96%	9	4,05%	
Tis	22	1,98%	0	0,00%	
N					**
0	657	59,24%	110	47,62%	
1-3	378	34,08%	102	44,16%	
4-9	51	4,60%	16	6,93%	
>=10	23	2,07%	3	1,30%	
M					n.s.
0	958	96,77%	205	96,24%	
1	32	3,23%	8	3,76%	
RE					***
Negativo	253	23,64%	89	40,64%	
Positivo	817	76,36%	130	59,36%	
RP					***
Negativo	294	28,41%	103	50,24%	
Positivo	741	71,59%	102	49,76%	
HER2					*
Negativo	567	72,32%	126	81,29%	
Positivo	217	27,68%	29	18,71%	
TNP					***
NTPN	926	91,41%	143	74,09%	
TPN	87	8,59%	50	25,91%	

ns = no significativo; *** p<=0,001; ** p>0,01; * p< 0,05

TNP = Triple negativo; NTPN = No triple negativo

con la detección de mutaciones son la presencia de CM+CO en el CI (OR = 9,011; IC95%:3,53-22,97), CM diagnosticado antes de los 30, (OR = 8,204; IC 95%:3,11-21,67) y CM triple negativos (OR = 4,11; IC 95%:1,52-11,21).

Conclusiones: Las tres mutaciones recurrentes de BRCA2 representan casi la mitad de mutaciones detectadas en este gen. La fuerte asociación de las características patológicas de los CM receptores hormonales y HER2 negativos con las mutaciones patogénicas aconseja implementar los criterios de selección actuales con esta información para incrementar su especificidad.

Agradecimientos: Los autores del estudio queremos manifestar nuestro agradecimiento a las técnicas de Laboratorio de Biología Molecular del Hospital La Fe Virginia González Anguix y Teresa Barrachina Zanon por su buen hacer y dedicación en la realización de las determinaciones.

O-16

IDENTIFICACIÓN DE NUEVAS MUTACIONES PATOGENICAS EN LOS GENES BRCA1 Y BRCA2 EN FAMILIAS CON CÁNCER DE MAMA Y OVARIO HEREDITARIO EN ASTURIAS.

Pilar Blay Albors*, Ana S. Pitiot**, Iñigo Santamaría**, María Luque***, Marta G. Alvarado**, Ana Lastra**, Yolanda Fernández***, Ángeles Paredes*, José M. P. Freije****, Milagros Balbín**.

*Unidad de Cáncer Familiar, Servicio de Oncología Médica, Instituto Universitario de Oncología del Principado de Asturias (IUOPA), Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), España; **Laboratorio de Oncología Molecular, IUOPA, HUCA, España; ***Servicio de Oncología Médica, IUOPA, HUCA, España; ****Dpto. de Bioquímica y Biología Molecular, IUOPA, Universidad de Oviedo, España.

Introducción: La prevalencia de mutaciones BRCA1 y BRCA2 en España es heterogénea y varía según la procedencia geográfica de las familias estudiadas. La contribución de estas mutaciones en cáncer de mama y ovario hereditario no ha sido investigada previamente en la población asturiana. El objetivo del presente estudio fue el análisis mutacional de los genes BRCA1 y BRCA2 en familias de alto riesgo de cáncer de mama y ovario hereditario derivadas a la consulta de la Unidad Cáncer Familiar del Hospital Universitario Central de Asturias.

Materiales: Desde octubre de 2007 a mayo de 2012, doscientos cincuenta y un probandos de familias resi-

dentos en Asturias que cumplían criterios de cáncer de mama y ovario hereditario fueron analizadas para detectar la presencia de mutaciones en los genes BRCA1 y BRCA2. Su detección se realizó mediante secuenciación completa de las regiones codificantes de los genes BRCA1 y BRCA2 y de sus zonas flanqueantes. Además se utilizó MLPA (Multiplex ligation-dependent probe amplification) para la detección de grandes deleciones.

Resultados: Se encontraron mutaciones patogénicas en línea germinal en un total de 58 familias (23%), 38 en BRCA1 y 20 en BRCA2 y alguna variante de significado incierto en 25 familias. Se detectaron 28 mutaciones patogénicas diferentes (16 en BRCA1 y 12 en BRCA2). Tres mutaciones en BRCA1 (c.1674delA, c.1965C>A y c.2900_2901dupCT) y 5 en BRCA2 (c.262_263delCT, c.2095C>T, c.3263dupC, c.4030_4035delinsC, c.8042_8043delCA) no habían sido descritas previamente. La mutación c.2900_2901dupCT en BRCA1 se encontró en 8 familias, todas ellas procedentes de una zona en el centro de Asturias, mientras la mutación c.4030_4035delinsC en BRCA2 se encontró en 6 familias procedentes de una región concreta del occidente de esta comunidad. La distribución geográfica de ambas mutaciones sugiere un efecto fundador de las mismas. Estas 2 mutaciones nuevas, junto con la mutación gallega en BRCA1, c.211A>C (8 familias), y la mutación previamente descrita c.3331_3334del en BRCA1 (6 familias), representan aproximadamente el 50% de todas las mutaciones encontradas en este trabajo. Por el contrario, se identificaron pocos casos de otras mutaciones muy frecuentes en otras series españolas, como la fundadora Ashkenazi c.68_69delAG en la BRCA1, que se encontró en una sola familia.

Conclusiones: En este estudio se describe el espectro mutacional de los genes BRCA1 y BRCA2 y su distribución geográfica en Asturias, que difiere en gran medida del encontrado en otras zonas de España. Estos hallazgos nos están permitiendo optimizar la detección de mutaciones en esta región, mediante el diseño de un algoritmo basado en el lugar de origen de las familias en estudio.

O-17

PERFIL MOLECULAR E INMUNOHISTOQUÍMICO DE LOS CÁNCERES DE MAMA HEREDITARIO Y ESPORÁDICO. RESULTADOS PRELIMINARES.

Inmaculada de Juan Jimenez*, Rosa Murria Estal*, Sairi Palanca Suela*, Cecilia Egoavil Rojas**, Javier Seguí

Ibañez**, Zaida García Casado***, Ana Beatriz Sanchez Heras****, Angel Segura Huerta*****, Ignacio Romero Noguera*****, Pascual Bolufer Gilabert*.

* Laboratorio de Biología Molecular. Servicio de Análisis Clínicos. Escuela de Enfermería. Hospital La Fe. Valencia; ** Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario de Alicante; *** Laboratorio de Biología Molecular del IVO. Valencia; **** Unidad de Consejo Genético. Hospital d Elche. Alicante; ***** Unidad de Consejo Genético del Hospital La Fe. Valencia; ***** Unidad de Consejo Genético del IVO. Valencia.

Introducción: El objetivo es detectar diferencias entre los patrones inmunohistoquímicos (IHQ) y moleculares de los cánceres de mama hereditarios (CMH) y los esporádicos (CME). Se pretende identificar a las pacientes con CME que presenten un patrón similar al CMH (BRCA-like) y que al presentar defectos en la recombinación homóloga (RH) pudieran beneficiarse del tratamiento con inhibidores poli-(adenosina difosfato [ADP]-ribosa) polimerasa (PARP).

Materiales: Se estudian 77 bloques de parafina de 35 CMH (18 con mutación en BRCA1 y 17 en BRCA2) y 42 CME Se analizan los parámetros IHQ: RE, RP, HER2, CK5/6,8 y CK18, p-Caterina y EGFR y moleculares pérdida de heterocigosidad (LOH) en los

genes BRCA1 y BRCA2, variación en el número de copias de 21 genes y metilación de los promotores de 24 genes relacionados con el CM. La IHQ se realiza sobre cortes de los Tissue microarray (TMA) en un equipo Techmate-500. Los subtipos de cáncer de mama se definen según las clasificaciones publicadas [1,2,3] Los estudios moleculares se realizan en ADN mediante MLPA (multiplex ligation-dependent probe amplification) o su variante [4] MS-MLPA. Para estudiar la metilación del promotor del gen FANCF Se utiliza el método de Methylation Sensitive High Resolution Melting Analysis [5].

Resultados: El perfil IHQ de los CMH se caracteriza por la elevada proporción de RE y RP negativos, principalmente en portadores de mutaciones en BRCA1 (Tabla 1) y abundancia del fenotipo quintuple negativo (Tabla 1). Respecto a la variación en el número de copias de los 21 genes estudiados se han observado diferencias entre CMH y el CME para los genes CDH1, HER2, ESR1, FGFR1 e IKBKB. Los CMH se caracterizan por presentar escasas ganancias en CDH1, el HER2 suele tener un número de copias normal o amplificado, y son frecuentes las del número de copias gen ESR1 y raras las amplificaciones en el gen IKBKB (Tabla 2). Se han detectado dos LOH en los 38 CME (una en BRCA1 y otra BRCA2), y cinco en los 37 CMH (uno en BRCA1

Tabla 1. Resultados de los estudios inmunohistoquímicos

MARCADOR	RESULTADO	CM HEREDITARIO	CM ESPORÁDICO	z
		n (%)	n (%)	
CK5/6	Negativo	30 (85,71)	38 (90,48)	
	Positivo	5 (14,29)	4 (9,52)	
CK18	Negativo	3 (8,57)	3 (7,14)	
	Positivo	32 (91,43)	39 (92,86)	
E-catherina	Negativo	2 (6,06)	4 (9,76)	
	Positivo	31 (93,94)	37 (90,24)	
EGFR	Negativo	34 (97,14)	37 (90,24)	
	Positivo	1 (2,86)	4 (9,76)	
HER2	Negativo	31 (96,88)	35 (89,74)	
	Positivo	1 (3,13)	4 (10,26)	
RE	Negativo	19 (59,38)	13 (30,95)	**
	Positivo	13 (40,63)	29 (69,05)	
RP	Negativo	25 (71,43)	15 (36,59)	***
	Positivo	10 (28,57)	26 (63,41)	
FENOTIPO	Luminal A	10 (29,41)	20 (47,62)	*
	Luminal B	2 (5,88)	5 (11,90)	
	Luminal Her2	0 (0,00)	2 (4,76)	
	Her2 Clásico	0 (0,00)	2 (4,76)	
	Basal	5 (14,71)	7 (16,67)	
	Quíntuple negativo	14 (41,18)	3 (7,14)	***
	No clasificable	3 (8,82)	3 (7,14)	

Se ha destacado en negrita los marcadores que presentan significación estadística entre los grupos comparados: * p= 0.05; ** p= 0.01 y ***p <=0,001.

RE y RP se han valorado con Score de Allred: positivo>2; CK5/6,CK18, y EGFR: positividad si al menos 10% de las células tumorales presentaban tinción moderada-fuerte de la membrana;HER2: positividad si intensidad tinción +3, para intensidades +1 o +2 realización de FISH; Fenotipo: Luminal A (ER+ y/o PR+,HER2-.Ki67 bajo), Luminal B (ER+ y/o PR+,HER2-.Ki67 alto), Luminal B/HER2+ (ER+ y/o PR+,HER2+), HER2Clásico (ER-, PR- Y HER2+), Basal: (ER-, PR-, HER2-,CK5/6+, y/o FGFR+), Quíntuple Negativo (ER-, PR- HER2-,CK5/6-, y FGFR-).

y cuatro en BRCA2). Solo se ha detectado metilación moderada o intensa en los promotores de los genes APC, CDH13 y GSTP1. La regresión logística incluyendo los parámetros IHQ y variaciones en el número de copias indica que los parámetros que mejor diferencian el CMH y CME son el número de copias de los genes HER-2 (OR=0,017; p=0,007), ESR1 (OR=20,40; p=0,026), FGFR1 (OR=0,133; p=0,021) e IKBKB (OR= 91,12; p=0,006) y el fenotipo IHQ (OR=0,69;p=0,022). La regresión logística clasifica correctamente el 77,3 % de los casos (22 de 31 CMH y 29 de 35 CME).

Conclusiones: La variación en el número de copias de los genes HER-2, ESR1, FGFR1 y IKBKB junto con el fenotipo IHQ permiten establecer diferencias el CMH y CME. Esto permitiría identificar a los CME que pudieran presentar defectos en la RH que podrían beneficiarse del tratamiento con PARP.

Agradecimientos: Este trabajo se ha realizado gracias a la ayuda concedida por el Instituto de Salud Carlos

III al P10/00347. Los autores del estudio manifestar su agradecimiento a los Drs./Dras Cristina Alenda González (Hospital General Universitario de Alicante), Jacobo Santamaría Martínez y Enrique Vila Romero del Centro Superior de Investigación en Salud Pública, Isabel Chirivella (Unidad de Consejo Genético del H Clínico), Ana García (Servicio de Anatomía Patológica del H La Fe), Ana Santaballa Beltrán (Servicio de Oncología del Hospital La Fe), José Antonio López Guerrero (Laboratorio de Biología Molecular del IVO), Mercedes Goicoechea Sáez y Dolores Salas Trejo del Centro Superior de Investigación en Salud Pública que han contribuido de manera activa en el desarrollo del presente proyecto y que no he podido incluir entre los coautores por las limitaciones exigidas. Asimismo agradecer el buen hacer y dedicación de Gemma Pérez Simó, técnico de laboratorio contratada por la Fundación para Investigación La Fe en el Grupo de Investigación Clínica y Traslacional en Cáncer, quien ha realizado una gran parte de los estudios moleculares.

Tabla 2. Variación en el número de copias de genes implicados en cáncer

GEN	RESULTADO	CM HEREDITARIO	CM ESPORÁDICO	z
		n (%)	n (%)	p
ADAM9	Pérdida	3 (8,57)	3 (8,33)	
	Normal	21 (60,00)	23 (63,89)	
	Ganancia	11 (31,43)	10 (27,78)	
AURKA	Pérdida	3 (8,57)	1 (2,78)	
	Normal	25 (71,43)	23 (63,89)	
	Ganancia	7 (20,00)	12 (33,33)	
BIRC5	Pérdida	6 (17,14)	7 (19,44)	
	Normal	28 (80,00)	24 (66,67)	
	Ganancia	1 (2,86)	5 (13,89)	
CCND1	Pérdida	10 (28,57)	12 (33,33)	
	Normal	19 (54,29)	16 (44,44)	
	Ganancia	6 (17,14)	8 (22,22)	
CCNE1	Pérdida	2 (5,71)	1 (2,78)	
	Normal	32 (91,43)	32 (88,89)	
	Ganancia	1 (2,86)	3 (8,33)	
CDC6	Pérdida	4 (11,43)	5 (13,89)	
	Normal	25 (71,43)	20 (55,56)	
	Ganancia	6 (17,14)	11 (30,56)	
CDH1	Pérdida	1 (2,86)	0 (0,00)	
	Normal	31 (88,57)	27 (75,00)	
	Ganancia	3 (8,57)	9 (25,00)	*
CPD	Pérdida	5 (14,29)	4 (11,11)	
	Normal	23 (65,71)	30 (83,33)	
	Ganancia	7 (20,00)	2 (5,56)	
EGFR	Pérdida	1 (2,86)	1 (2,78)	
	Normal	23 (65,71)	25 (69,44)	
	Ganancia	11 (31,43)	10 (27,78)	
EMSY	Pérdida	10 (28,57)	6 (16,67)	
	Normal	21 (60,00)	26 (72,22)	
	Ganancia	4 (11,43)	4 (11,11)	
ESR1	Pérdida	8 (22,86)	3 (8,33)	*
	Normal	27 (77,14)	32 (88,89)	
	Ganancia	0 (0,00)	1 (2,78)	

GEN	RESULTADO	CM HEREDITARIO	CM ESPORÁDICO	z
		n (%)	n (%)	p
FGFR1	Pérdida	2 (5,71)	9 (25,00)	**
	Normal	28 (80,00)	21 (58,33)	*
	Ganancia	5 (14,29)	6 (16,67)	
HER2	Pérdida	1 (2,86)	7 (19,44)	**
	Normal	29 (82,86)	25 (69,44)	
	Ganancia	5 (14,29)	4 (11,11)	**
IKBKB	Pérdida	1 (2,86)	1 (2,78)	
	Normal	30 (85,71)	25 (69,44)	
	Ganancia	4 (11,43)	10 (27,78)	*
MAPT	Pérdida	3 (8,57)	1 (2,78)	
	Normal	25 (71,43)	29 (80,56)	
	Ganancia	7 (20,00)	6 (16,67)	
MED1	Pérdida	0 (0,00)	4 (11,11)	
	Normal	21 (60,00)	23 (63,89)	
	Ganancia	14 (40,00)	9 (25,00)	
MTDH	Pérdida	2 (5,71)	1 (2,78)	
	Normal	32 (91,43)	35 (97,22)	
	Ganancia	1 (2,86)	0 (0,00)	
MYC	Pérdida	16 (45,71)	9 (25,00)	
	Normal	19 (54,29)	25 (69,44)	
	Ganancia	0 (0,00)	2 (5,56)	
PRDM14	Pérdida	6 (17,14)	10 (27,78)	
	Normal	29 (82,86)	25 (69,44)	
	Ganancia	0 (0,00)	1 (2,78)	
TOP2A	Pérdida	4 (11,43)	5 (13,89)	
	Normal	27 (77,14)	26 (72,22)	
	Ganancia	4 (11,43)	5 (13,89)	
TRAF4	Pérdida	17 (48,57)	16 (44,44)	
	Normal	15 (42,86)	16 (44,44)	
	Ganancia	3 (8,57)	4 (11,11)	

Normal: 2 copias del gen; Pérdida: 1 copia; Ganancia: 3 o más copia. Se ha destacado en negrita los genes que presentan significación estadística entre los grupos comparados: * p= 0.05; ** p = 0.01 y *** p<=0,001.

O-18

ALELOS DE BAJA PENETRANCIA COMO MODIFICADORES DE RIESGO EN EL CÁNCER DE MAMA FAMILIAR Y ESPORÁDICO.

Inmaculada de Juan Jimenez*, Eva Esteban Cardenosa*, Sarai Palanca Suela*, Isabel Chirivella González**, Angel Segura Huerta***, Ana Santaballa Beltran****, María Casals El Busto*****, Eva Barragán González*, Dolores Salas Trejo*****, Pascual Bolufer Gilabert*.

* Laboratorio de Biología Molecular. Servicio de Análisis Clínicos. Escuela de Enfermería. Hospital La Fe, Valencia; ** Unidad de Consejo Genético. Hospital Clínico, Valencia; *** Unidad de Consejo Genético. Hospital La Fe, Valencia; **** Servicio de Oncología Médica. Hospital La Fe, Valencia; ***** Unidad de Cribado de Cáncer de Mama. Escuela de enfermería. Hospital La Fe, Valencia; ***** Plan Oncológico Comunidad Valenciana. Centro Superior de Investigación en Salud Pública, Consellería de Sanitat de Valencia.

Introducción: El estudio investiga la importancia de los polimorfismos rs1056663 y rs2708861 del gen HUS1 y los polimorfismos rs104548, rs2981582 y rs2910164 de los genes CASP8, FGFR2 y micro RNA 146A, respectivamente, como modificadores de riesgo en el cáncer de mama (CM) y ovario (CO) hereditario y en el CM esporádico (CME).

Materiales: Se realiza un estudio caso-control en 189 controles sanos (GC) y 538 pacientes con CM/CO, 340 con historia familiar de CM/CO (130 portadores de mutaciones en los genes BRCA1/2 y 210 casos no informativos) y 198 CM/CO esporádicos. Los polimorfismos se determinan mediante PCR en tiempo real empleando cebadores y sondas de hibridación marcadas con fluorógenos específicas de cada uno de los polimorfismos estudiados.

Resultados: Se han encontrado diferencias estadísticas del GC con los grupos de CM/CO hereditario y, particularmente en el grupo de CM/CO no informativo, para los polimorfismos rs1056663 y rs2708861 de

HSU1 y rs2981582 de FGFR2. En el grupo de CM/CO no informativo se han encontrado claras diferencias significativas para los polimorfismos rs1056663 de HUS1 y rs2981582 de FGFR2 ($p < 0.006$). La regresión logística confirma que el polimorfismo rs2981582 de FGFR2 (OR = 2,09; IC 95% 1,35-3,20) y la interacción de los polimorfismos rs1056663 y rs2708861 de HUS1 incrementa el riesgo de cáncer (OR = 1,87; IC 95% 1,19-2,92). Asimismo se ha encontrado una asociación de la presencia de los polimorfismos rs1056663 y rs2708861 de HUS1 con la edad temprana de presentación del CM ($p = 0,015$) en el grupo de CI no informativos. Sin embargo no se ha encontrado asociación de los polimorfismos estudiados en el grupo de CM esporádico.

Conclusiones: Los resultados permiten concluir que los polimorfismos estudiados de HUS1 y FGFR2 actúan como modificadores de riesgo de CM en el grupo de pacientes de CM/CO familiar no informativo. El efecto de estos polimorfismos en este grupo podría deberse a una cooperación de estos polimorfismos con factores desconocidos que estarían presentes en el grupo de CM/CO familiar no informativo.

Agradecimientos: El estudio ha sido financiado con las ayudas Ref 40/09 de "Fundación Gent per Gent" y la ayuda AP-181/10 de la "Consellería de Sanitat de la Generalitat Valenciana para el Desarrollo de Proyectos de Investigación en Materia Sanitaria". Queremos asimismo manifestar nuestro agradecimiento por el buen hacer y dedicación de Alma María Olegario Serra, Licenciada en Biológicas, Gemma Pérez Simó y Lidia González Martínez, técnicos de laboratorio contratadas con la ayuda del proyecto de Gent per Gent.

0-19

CANCER OCULTO EN SALPINGOOFORRECTOMÍA PROFILÁCTICA EN MUJERES PORTADORAS DE MUTACIÓN EN LOS GENES BRCA1 Y BRCA2.

Dolores Rubio, Agustina Amendolara, Rebeca Alcalde, Paloma Sanchez Gomez, Carmen Guillén Ponce. Unidad de Patología Mamaria. Servicio de Ginecología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid; Unidad de Cáncer Familiar. Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: Analizar los resultados anatómo-patológicos de las anexectomías profilácticas realizadas en pacientes BRCA 1 y BRCA2 en la Unidad de Patología Mamaria.

Materiales: Estudiamos 20 pacientes con mutación BRCA 1 y 2 que optaron por la anexectomía bilateral profiláctica como opción de reducción de riesgo. Todas ellas fueron valoradas e informadas en la wU-unidad de Cáncer Familiar y en la Unidad de Patología Mamaria (Servicio de Ginecología). Se realizó ecografía transvaginal y determinación de CA125 inmediatamente antes de la cirugía. En todos los casos se realizó anexectomía bilateral (incluyendo trompa y ovario) y lavado peritoneal.

Resultados: Las edades estaban comprendidas entre los 36 y 72 años de edad, con una media de 55,5 años. Eran portadoras sanas 5 (25%) y 15 afectas de cáncer de mama (75%). 13 eran BRCA 1(65%) y 7 BRCA 2(35%). Todas excepto 1 tenían antecedentes familiares de cáncer de mama y solo 5 de cáncer de ovario. En cuanto a la técnica quirúrgica, se realizaron 19 anexectomías vía laparoscópica y 1 histerectomía y doble anexectomía por patología uterina asociada benigna. En 18 de los estudios anatomopatológicos no se encontró patología y en 2 se identificó un cáncer oculto de trompa, en ambos casos tipo seroso de alto grado y estadio Ic (10%).

Conclusiones: El 10% de las portadoras de mutación en BRCA1 y BRCA2 que se someten a salpingooforectomía profiláctica tienen un carcinoma oculto. Las medidas de detección precoz con ecografía transvaginal y CA125 son insuficientes para detectar cáncer en esta población.

Viernes, 26 de octubre de 2012
Sala Lisboa
8:30 - 9:30

Comunicaciones Orales 5: Temas de Actualidad e Investigación Traslacional

Moderadores:

Dr. José Gómez Codina
Dr. Miguel Ángel de la Cruz Mora

Discursores:

Dr. Ignacio Peláez Fernández
Dr. Javier Martínez Trufero

O-20

CUANTIFICACIÓN DE DNA CIRCULANTE EN PLASMA Y SU UTILIDAD PARA EL ESTUDIO DE MUTACIONES ONCOGÉNICAS EN UNA POBLACIÓN DE CANDIDATOS A ENSAYOS CLÍNICOS TEMPRANOS.

Joaquin Mateo, Michael Ong, Jesus Corral, Lorna Pope, Amy M. Cassidy, L. Rhoda Molife, Udai Banerji, Stan B. Kaye, David Olmos, Johann S. de Bono.

The Royal Marsden NHS Foundation Trust & Institute of Cancer Research, UK.

Introducción: Estudios previos han demostrado la existencia de DNA circulante no celular en plasma (cfDNA). Sus elevados niveles en pacientes con cáncer sugieren que una parte es de origen tumoral. Este estudio evalúa las implicaciones de la cuantificación de cfDNA y la posterior determinación de mutaciones oncogénicas (MO) en pacientes (pts) considerados para ensayos fase-I.

Materiales: Se recogieron prospectivamente muestras de pts en su primera visita a una unidad de ensayos fase I, agrupados en 2 cohortes: "A" (aislamiento DNA manual, Sept09-Dic10) y "B" (aislamiento DNA robotizado, Ene11-Sep11) y 41 voluntarios sanos. cfDNA en plasma fue aislado y cuantificado a partir de 24 mL de sangre. Se analizaron 19 genes (238 MO) mediante Sequenom OncoCarta Panel 1.0 en

cfDNA y en tejido tumoral cuando estuvo disponible. Para la correlación de los niveles de cfDNA con los diversos grupos y los análisis de supervivencia se utilizaron test no-paramétricos y el método de Kaplan-Meier.

Resultados: Se incluyeron 280 pt [mama 60(21%); ovario 44 (16%); colorectal 42 (15%)], disponiendo de 181 (65%) muestras pareadas tumor-plasma. 154 pacientes (55%) fueron incluidos en ensayos fase-I. Los resultados del estudio mutacional en plasma estuvieron disponibles en una media de 7 días (rango 5- 14). [cfDNA](ng/ml), fue mayor que en voluntarios sanos ("A" 21vs6,4 p<0,01, "B" 34vs24 p<0,01), y se correlacionó con la supervivencia global (grupo [cfDNA] elevado 41,5sem vs bajo 33sem, p=0,01). 265 (95%) muestras de plasma fueron viables, encontrando 63MO en 57pt, preferentemente en muestras con [cfDNA] superior a la mediana (A:41vs17%, p<0,01; B:24vs11%, p=0,02). En las 181 muestras de tumor pareadas se detectaron 77 MO [RAS 34 pts, 19%; PIK3CA 16pts, 9%], de las cuales 38(49%) se identificaron en plasma. Se detectaron 15 casos con MO adicionales en cfDNA no observadas en tumor.

Conclusiones: Los resultados confirman que parte del cfDNA tiene origen tumoral y su cuantificación tiene valor pronóstico. cfDNA permite el estudio no invasivo de MO en un tiempo razonable para aplicarlo a la toma de decisiones clínicas. La correlación incompleta con el tejido tumoral se puede explicar por limitaciones técnicas al igual que por la heterogeneidad tumoral.

O-21

ANÁLISIS DEL POLIMORFISMO LYS940ARG DEL GEN PARP1. ESTUDIO DESCRIPTIVO EN PACIENTES CON MUTACIONES EN BRCA1 Y BRCA2

Rebeca Lozano Mejorada, Ignacio Matos, M. Arantza-zu Amores, Cristina González, Rosa Ana Marcos, Sara Alfonso, César A. Rodríguez, Clara Cieza, Juan Jesús Cruz, Rogelio González- Sarmiento.

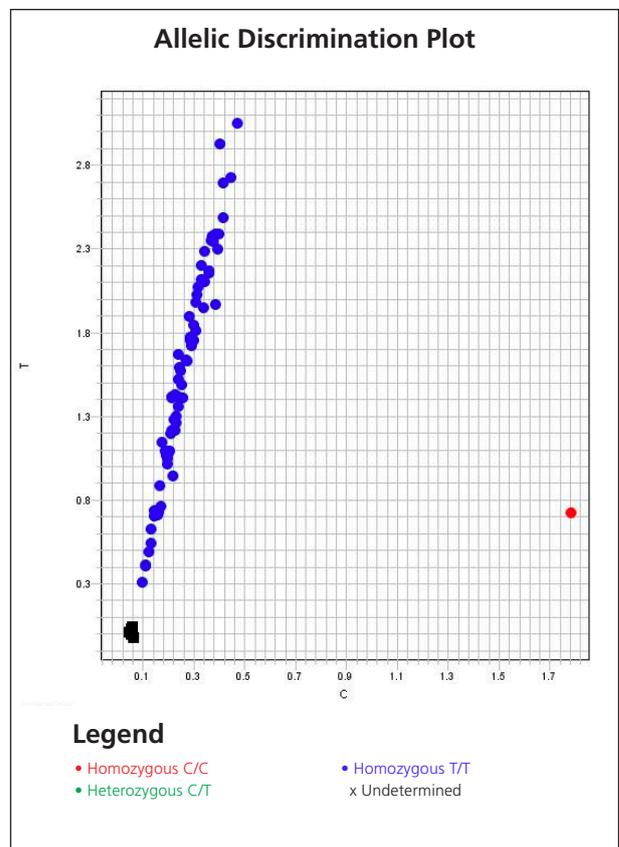
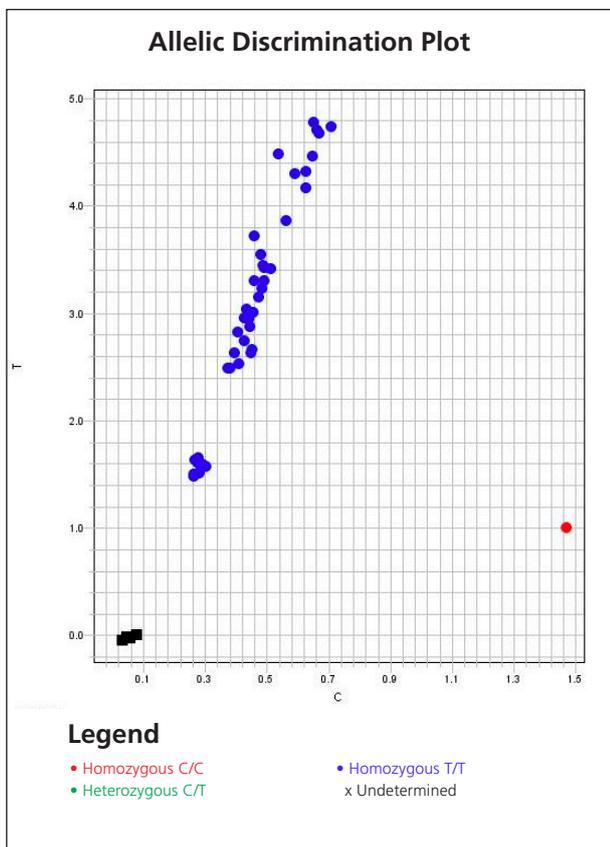
Introducción: Existen múltiples sistemas de reparación del ADN, entre los cuales se encuentran BRCA y PARP1. BRCA interviene en la reparación de roturas de doble cadena mediante recombinación homóloga1. PARP1 es responsable de la reparación mediante escisión de bases en respuesta a daño en el ADN2. La inhibición de estos sistemas, ya sea por mutaciones heredadas, adquiridas, o a través de fármacos, puede suponer un aumento en el efecto de determinados agentes citotóxicos. El polimorfismo Lys940Arg, en el cual se produce un cambio de C por T, supone una deficiencia en la actividad de la proteína PARP1, y en consecuencia, en la reparación del ADN3. **Objetivo:** Analizar dicho polimorfismo en pacientes

portadores de mutación en BRCA, determinando el posible beneficio de la presencia del mismo, poniéndose de manifiesto el efecto denominado “letalidad sintética” (dos mutaciones que por sí solas no ocasionan daño, son letales al combinarse).

Materiales: Estudio descriptivo en el que se analiza a través de PCR a tiempo real la discriminación alélica del polimorfismo Lys940Arg, en pacientes portadores de mutaciones BRCA (N:60) frente a un grupo control (N:77).

Resultados: En el caso de los portadores de mutación (BRCA1 y BRCA2) se observó, que la mayoría de los pacientes son homocigotos silvestres para el polimorfismo Lys940Arg (T/T) (representado mediante nube de puntos azules en Figura 1). Del mismo modo, en el grupo control se observó mayoría de casos homocigotos silvestres (Figura 2).

Conclusiones: La práctica totalidad de pacientes portadores de mutación en BRCA son homocigotos silvestres (T/T) para el polimorfismo estudiado (Lys940Arg), de manera similar a lo observado en el grupo control, no existiendo el posible beneficio relacionado con la presencia de dicho polimorfismo para la elección de estrategias terapéuticas en estos pacientes.



O-22

EXPRESIÓN DIFERENCIAL DE MIRNAS EN ADENOCARCINOMA COLORRECTAL SEGÚN LA EDAD Y LA PRESENCIA O AUSENCIA DE DEFECTO MMR: NUEVOS MARCADORES DIAGNÓSTICOS Y DIANAS DE ACTUACIÓN TERAPÉUTICA

Elisa Conde, Elia Aguado, Jose Luis Soto, Adela Castillejo, Cristina Alenda, Victor M Barbera, Dolores Salas, Alfredo Carrato, Maria Laura Garcia Bermejo, Carmen Guillen Ponce.

Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. Laboratorio de Respuesta Celular a la Isquemia. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. Laboratorio de Biología Molecular. Hospital General Universitario de Elche. Elche (Alicante). Biobanco de la Comunidad Valenciana. Valencia.

Introducción: Se diagnostican 1,2 millones de casos anuales de adenocarcinoma colorrectal (CCR). Mutaciones germinales específicas son responsables de los síndromes hereditarios de CCR. Los miRNAs se han descrito como importantes reguladores de la transformación tumoral. El objetivo es estudiar la expresión de miRNAs en CCR de pacientes con síndrome de Lynch (SL) y en tumores sin inestabilidad de microsatélites (IMS-E) diagnosticados a diferentes edades.

Materiales: Se incluyeron 60 casos de CCR: 20 con CCR en portadores de una mutación germinal MMR (grupo 1), 20 con CCR IMS-E diagnosticado <45 años (grupo 2), y 20 con CCR IMS-E diagnosticado >50 años (grupo 3). Se realizó un cribado de expresión de 850 miRNAs y arrays de hibridación (Exiqon) utilizando tejido cólico de 3 casos del grupo 1, 2 del grupo 2, y otros 2 del grupo 3, además de mucosa cólica de un control sano.

Resultados: Se encontraron diferencias de expresión en 248 miRNAs entre el control sano y los pacientes con CCR. 165 miRNAs se expresaron diferencialmente entre los distintos grupos de pacientes con CCR según su edad de diagnóstico. Se encontraron 117 miRNAs con expresión diferencial entre pacientes con SL versus CCR>50 años; y 20 miRNAs con expresión diferente entre CCR ≤ 45 años y SL.

Conclusiones: Existen diferencias en el perfil de expresión de miRNAs en CCR según la edad, y también entre los pacientes con CCR IMS-E >50 años y los CCR asociados a SL. Este patrón diferencial de miRNAs en CCR indica un perfil molecular diferente entre estos grupos que podría servir para establecer nuevos marcadores diagnósticos de CCR más precisos según

edad o presencia de mutaciones en mecanismo de reparación y para la identificación de nuevas dianas terapéuticas más efectivas y selectivas en CCR.

O-23

FACTOR INDUCIBLE POR HIPOXIA (HIF) 1A Y 2A COMO MARCADOR PREDICTIVO DE BENEFICIO A INHIBIDORES DE TIROSINA KINASA (TKI) ANTI-VEGF EN EL CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES METASTÁSICO (CCRM)

María Isabel Sáez Medina*, José Manuel Trigo Pérez*, Luis Gustavo Pérez Rivas*, Lidia Pérez Villa*, Rosa Villatoro Roldán**, Álvaro Montesa Pino***, Juana Isabel Cid Mañas**, Miriam León Fradejas***, Vanessa de Luque Ibañez*, Emilio Alba Conejo*.

* Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga; ** Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga; *** Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: Las mutaciones en el gen de Von-Hippel Lindau (VHL) ocasionan estabilización de HIF y expresión aumentada de factores proangiogénicos, incluyendo VEGF. Nuestro objetivo fue evaluar en pacientes con CCRm el papel de estos mecanismos moleculares como potenciales biomarcadores de beneficio a terapias diana.

Materiales: Se seleccionaron pacientes con CCRm de células claras tratados en primera línea con un TKI anti-VEGF que dispusieran de bloque tumoral y en la mayoría se obtuvo muestra de sangre periférica. En muestra tumoral se analizó el estatus de mutación/hipermetilación de VHL y la expresión inmunohistoquímica de HIF1α and HIF2α y en sangre periférica un panel de diversos polimorfismos VEGF y VEGFR2. La expresión de HIF fue catalogada como negativa o positiva según la intensidad de la tinción nuclear (0-10% y > 10%, respectivamente). Los resultados fueron correlacionados con datos de beneficio clínico de los pacientes.

	HIF1α		HIF2α	
	HIF1α +	HIF1α -	HIF2α +	HIF2α -
N(%)	38 (53.5)	33 (46.5)	46 (64.8)	25 (35.2)
Respuesta (%)	67	27	55	37
OR (p)	0.18 (p=0.001)		0.50 (p=0.20)	
SLP mediana (meses)	22.8	13.6	21.4	9.6
HR (p)	0.36 (p<0.0001)		0.61 (p=0.04)	
SG mediana (meses)	43.7	16.6	42.5	20.3
HR(p)	0.31 (p<0.0001)		0.52 (p=0.04)	

Resultados: Se incluyó un total de 80 pacientes (73% inicialmente recibieron sunitinib), con una mediana de seguimiento de 21.5 meses. 71 fueron evaluables para expresión de HIF, 63 para VHL y 52 para polimorfismos. La expresión de HIF1 α y HIF2 α presentó una correlación significativa con la SLP y la SG si bien esto no se observó con el estatus de VHL. Además HIF1 α fue también predictivo para la tasa de respuesta. En el análisis multivariante ajustado a otros factores pronósticos, HIF1 α y HIF2 α representaron los factores predictivos independientes para supervi-

vencia más significativos (HR ajustada 0.09, 95% CI 0.03-0.28, $p < 0.0001$ and HR ajustada 0.13, 95% CI 0.04-0.37, $p < 0.0001$; respectivamente). No encontramos diferencias en beneficio según los distintos polimorfismos de VEGF y VEGFR analizados.

Conclusiones: Los niveles de expresión de HIF1 α y HIF2 α representan los factores predictivos independientes más importantes para el beneficio clínico con agentes tipo TKI anti-VEGF. Estos hallazgos podrían contribuir a optimizar el uso de terapias dirigidas en el CCRm.

Viernes, 26 de octubre de 2012
Sala Madrid 1+2
13:30 - 14:45

Comunicaciones Orales 6: Temas de Actualidad

Moderadores:

Dra. Purificación Martínez del Prado
Dr. Andrés García Palomo

Discursores:

Dr. David Gutierrez Abad
Dra. Raquel Luque Caro

0-24

INFLUENCIA DE DETERMINADOS POLIMORFISMOS EN GENES REPARADORES DEL ADN, EN PACIENTES CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO, EN LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO BASADO EN CISPLATINO

Raquel Seijas Tamayo (1 Y 2), Elvira Del Barco Morillo (1), Jesús Herranz Valera (4), Juan Carlos Adansa (1), Clara Cieza Borrella (2 Y 3), Irene Rodríguez-Hernández (2 Y 3), Rogelio González Sarmiento (2 Y 3), Juan Jesús Cruz Hernández (1, 2 Y 3).

(1) Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario de Salamanca; (2) Unidad de Medicina Molecular, Departamento de Medicina, Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca; (3) IBMCC. Instituto de Biología Molecular y Celular del Cáncer CSIC-USAL; (4) Grupo de Epidemiología Genética y Molecular del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO).

Introducción: El fármaco fundamental en el tratamiento quimioterápico del cáncer escamoso de cabeza y cuello (CECC) es el cisplatino, combinado con 5-fluoruracilo, con o sin taxanos, con o sin anticuerpos monoclonales anti-EGFR. El cisplatino actúa produciendo aductos en el ADN. Polimorfismos en las vías de reparación del ADN podrían influir en la respuesta al tratamiento, al poder variar su eficacia en la eliminación del daño. En este contexto nos planteamos determinar variantes genotípicas, de ciertos genes reparadores, que pudieran influir en la respuesta al tratamiento basado en cisplatino.

Materiales: Se estudiaron pacientes diagnosticados de CECC tratados con quimioterapia de inducción basada en cisplatino, seguidos en el Complejo Hospitalario de Salamanca. La discriminación alélica se realizó mediante PCR con sondas Taqman a partir del ADN de células nucleadas de sangre periférica. Se estudiaron las siguientes vías de reparación: Por escisión de bases: XRCC1, APEX; por escisión de nucleótidos: XPD, ERCC1; por recombinación homóloga: XRCC3. Los datos obtenidos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS. Para determinar si las diferencias en

la distribución genotípica eran estadísticamente significativas, se realizó el test de Fisher o de Chi-cuadrado; se consideraron significativos los valores $p < 0.05$.

Resultados: Se genotiparon 42 pacientes; 21 de los cuales no respondieron o presentaron respuesta parcial, frente a los otros 21 que presentaron respuesta clínica completa. Las frecuencias de los genotipos se reflejan en la tabla adjunta, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de pacientes con y sin respuesta completa, en el

gen XRCC3 ($p=0,049$). Asimismo, también obtene- mos una diferencia significativa ($p=0,032$), al enfren- tar el genotipo TT vs CC+CT de XRCC3, con una Odds Ratio de 7,12 (IC 95%:1,31-38,77). Ver anexo 1.

Conclusiones: El ser portador del genotipo TT de XRCC3 está asociado a respuesta clínica completa tras quimioterapia de inducción basada en cisplatino. La confirmación de este resultado en estudios con mayor número de pacientes permitiría el desarrollo de ensayos clínicos en función del genotipo de XRCC3.

Anexo 1: Distribución de los diferentes genotipos del gen XRCC3, en función del tipo de respuesta clínica obtenida tras el tratamiento de inducción basado en cisplatino.

XRCC3		Respuesta completa		No respuesta Completa		p-valor ²
		N=21	Porcentaje	N=21	Porcentaje	
XRCC3	CC	5	23,8%	8	38,1%	0,505
	CT+TT	16	76,2%	13	61,9%	

²Test de Fisher
OR = 0,51 (IC 95%: 0,13-1,93)

XRCC3		Respuesta completa		No respuesta Completa		p-valor ²
		N=21	Porcentaje	N=21	Porcentaje	
XRCC3	CT	7	33,3%	11	52,4%	0,350
	CC+TT	14	66,7%	10	47,6%	

²Test de Fisher
OR = 0,45 (IC 95%: 0,13-1,58)

XRCC3		Respuesta completa		No respuesta Completa		p-valor ²
		N=21	Porcentaje	N=21	Porcentaje	
XRCC3	TT	9	42,9%	2	9,5%	0,032**
	CC+CT	12	57,1%	19	90,5%	

²Test de Fisher **Estadísticamente significativo ($p < 0,05$)
OR = 7,12 (IC 95%: 1,31-38,77)

Tabla 1: Distribución de los diferentes genotipos de los genes reparadores del ADN estudiados, en función del tipo de respuesta clínica obtenida tras el tratamiento de inducción basado en cisplatino.

		Respuesta completa		No respuesta Completa		p-valor ¹
		N=21	Porcentaje	N=21	Porcentaje	
XRCC1 Arg399Gln	GG	8	38,1%	8	38,1%	1,000
	GA	10	47,6%	10	47,6%	
	AA	3	14,3%	3	14,3%	
APEX Asp148Glu	TT	7	33,3%	3	14,3%	0,254
	TG	10	47,6%	15	71,4%	
	GG	4	19,0%	3	14,3%	
XPD Lys751Gln	AA	11	52,4%	10	47,6%	0,827
	AC	9	42,9%	9	42,9%	
	CC	1	4,8%	2	9,5%	
ERCC1 Asn118Asn	TT	7	33,3%	6	28,6%	0,572
	TC	13	61,9%	12	57,1%	
	CC	1	4,8%	3	14,3%	
XRCC3 Thr241Met	CC	5	23,8%	8	38,1%	0,049*
	CT	7	33,3%	11	52,4%	
	TT	9	42,9%	2	9,5%	

¹Test de Chi-cuadrado (χ^2), *Estadísticamente significativo ($p < 0,05$)

O-25

ANÁLISIS DE LAS MUJERES NO FUMADORAS CON CÁNCER DE PULMÓN DE LA BASE DE DATOS ESPAÑOLA PROSPECTIVA WORLD07

Margarita Majem, Mariano Provencio, Maria Eugenia Olmedo, Núria Murtra-Garrell, Nieves Galan, Maria Rosario García Campelo, Angel Artal, Ramon de las Peñas, Pilar Lianes, Núria Viñolas.

Asociación para la investigación del cáncer de pulmón en mujeres.

Introducción: Si bien el tabaco es la principal causa de cáncer de pulmón (CP) en mujeres (M), el porcentaje de M con CP no fumadoras es superior al de los varones. Existen varios factores que podrían participar en el desarrollo del CP en M no fumadoras, se precisa un mayor conocimiento de su papel.

Materiales: WORLD07 es una base de datos prospectiva, multicéntrica que incluye M con CP de nuevo diagnóstico. Hemos analizado los datos de las M no fumadoras para mejorar el conocimiento de las M con CP no fumadoras.

Resultados: De 10/2007 a 10/2011 se han incluido 1371 M de 32 centros, 539 (39.3%) eran no fumadoras. Características de las pacientes (p): Mediana (med) edad: 71 años (a), med edad menarquia 13a, maternidad 91% (med hijos: 2.3; med edad 1º hijo 26.4a), uso de anticonceptivos orales 12%, postmenopáusicas 89% (med edad menopausia 49 a), THS 5,2%. Fumadoras pasivas 40% (88% domicilio, 17% trabajo). Obesidad 16.3%. El 40% tenía historia oncológica familiar (CP:30%) y el 13% historia personal oncológica: mama/pulmón/cérvix: 41.4/5.7/2.9%. Histología (%) adenocarcinoma/escamoso/cél grande/microcítico/otras:76/5.7/5/3.8/3.8. Presencia de mutaciones del gen EGFR (EGFR+) en el 55.5% de las 268 p analizadas; exón 19/20/21(%): 61.1/7.4/36.9. Estadio TNM CPNM I/II/III/IV(%): 14/3.3/19.8/60.3. Tratamientos recibidos: % ITK-EGFR en CPNM estadio IV- EGFR+ (1ª/2ª línea): 51.7/15.4. CPNM estadio IV (1ª/2ª línea): doblete de platino 42.5%, EGFR-TKI 33.5%, combinaciones con Bevacizumab 2.9% / EGFR-TKI 15.8%. Supervivencia global (SG) a Med SG 27 meses, SG a 1/2 a(%): 74.8/55.2; Estadio IV: med SG 20.5m, SG a 1/2 a(%): 67/46; EGFR +: med SG, 27.3m, SG a 1/2 a(%): 75/54.3.

Conclusiones: El análisis de las p con CP de la base de datos WORLD07 muestra un alto porcentaje de M no fumadoras (39.3%). Las M con CP no fumadoras tenían una presencia elevada de historia familiar oncológica (40%, \approx 1/3 CP). La histología más frecuente

fue adenocarcinoma y más del 50% presentaban mutaciones de EGFR. Aunque el 40% eran fumadoras pasivas, se precisan más estudios dirigidos a la etiología del CP en no fumadores. La SG fue satisfactoria como se esperaba para este subgrupo de pacientes. Se presentarán datos adicionales epidemiológicos y de los tratamientos.

O-26

ENSAYO CLÍNICO MULTICÉNTRICO FASE III, RANDOMIZADO COMPARANDO 6 CICLOS DE RÉGIMEN FAC CON 4 CICLOS DE RÉGIMEN FAC SEGUIDO DE 8 ADMINISTRACIONES DE PACLITAXEL SEMANAL (PS) EN RÉGIMEN SECUENCIAL, COMO TRATAMIENTO ADYUVANTE DE PACIENTES (PACS) CON CÁNCER DE MAMA (CM) OPERADO DE ALTO RIESGO Y GANGLIOS NEGATIVOS (GN). GEICAM/2003-02

Miguel Martín Jiménez (1), Ana Lluch (2), Manuel Ruiz Borrego (3), Amparo Ruiz (4), Agustí Barnadas (5), Sonia González (6), Lourdes Calvo (7), Mireia Margelí (8), Antonio Antón (9), Álvaro Rodríguez-Lescure (10) (1) Servicio de oncología médica. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, Madrid; (2) Servicio de oncología médica. Hospital Clínico U. de Valencia, Valencia; (3) Servicio de oncología médica. Hospital U. Virgen del Rocío, Sevilla; (4) Servicio de oncología médica. Instituto Valenciano de Oncología, Valencia; (5) Servicio de oncología médica. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona; (6) Servicio de oncología médica. Hospital Mutua Terrassa, Barcelona; (7) Servicio de oncología médica. CHU de A Coruña, A Coruña; (8) Servicio de oncología médica. Hospital U. Germans Trias i Pujol, Barcelona; (9) Servicio de oncología médica. Hospital U. Miguel Servet, Zaragoza; (10) Servicio de oncología médica. Hospital General de Elche, Alicante. En representación del Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama (GEICAM).

Introducción: Ps secuencial a antraciclinas adyuvante mejora el resultado en pacs con ganglios positivos. Actualmente la mayoría de las pacs son diagnosticadas con GN, el papel de Ps en estas pacs aún no está bien establecido. Asumiendo una tasa de pérdidas del 6% se requerían 1920 pacs para detectar un incremento del 5% en la SLE a 5 años (80% vs 85%; $\alpha=0.05$, $\beta=80\%$), se planeó el primer análisis de SLE tras una mediana de seguimiento de 5 años.

Materiales: Se incluyeron pacs con CM operable T1-T3/N0 y al menos un criterio de St Gallen 1998 de alto

riesgo (T>2 cm, Receptor hormonal (RH) negativo, grado 2/3, <35 años). El estudio se modificó con 792 pacs incluidas, para excluir las Her2+. Se estratificaron las pacs por centro, estado menopáusico, ganglio centinela vs linfadenectomía y estado del RH y se aleatorizaron a recibir FAC x6 (500/50/500 mg/m² cada 3s) o FAC x4 → Ps x8 (100 mg/m²/s.).

Resultados: Se aleatorizaron 1925 pacs (FAC 974, FAC → Ps 951). Las características de las pacs estuvieron bien equilibradas, la mediana de edad fue 50, 73% tenían RH positivos y 9% HER2 positivo. 97% vs 85% de las pacs completaron el tratamiento con FAC vs FAC→Ps, la mediana de intensidad de dosis fue 98% (FAC x6) vs 99% (FAC x4) y 98% (Ps). Las toxicidades grado 3-4 mas frecuentes con FAC vs FAC→Ps fueron neutropenia (25% vs 22%) con 4% vs 3% de neutropenia febril, fatiga (3% vs 8%) y neuropatía sensorial (0 vs 5%). Tras una mediana de seguimiento de 5.3 años, la proporción de pacs con SLE es 93% vs 90% con FAC→Ps vs FAC (HR para recaída 0.732, 95% IC: 0.542 a 0.990; log-rank p-valor=0.0423).

Conclusiones: El tratamiento adyuvante con FAC→Ps mejora la SLE comparado con FAC en pacs con CM de alto riesgo y GN con una toxicidad manejable.

O-27

SEGURIDAD Y EFICACIA DE DENOSUMAB EN EL TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES DE HUESO (TCG): ANÁLISIS INTERINO DE UN ENSAYO DE FASE 2

J. Martín Broto (1), J.Y. Blay (2), S.P. Chawla (3), E. Choy (4), M. Dominkus (5), J. Engellau (6), R. Grimer (7), R.M. Henshaw (8), Y. Qian (9), I.A. Jacobs (9).

(1) Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, España; (2) Centre Leon Bérard, Lyon, Francia; (3) Sarcoma Oncology Center, Santa Monica, CA, EEUU; (4) Massachusetts General Hospital, Boston, MA, EEUU; (5) Medizinische Universitaet Wien, Viena, Austria; (6) Skaane University Hospital, Lund, Suecia; (7) Royal Orthopaedic Hospital NHS Trust, Birmingham, Reino Unido; (8) Georgetown University College of Medicine, Washington, DC, EEUU; (9) Amgen Inc., Thousand Oaks, CA, EEUU.

Introducción: El TCG contiene células que expresan RANKL. Denosumab se une a RANKL, inhibiendo la actividad de los osteoclastos. En un primer ensayo de fase 2, el 86% de pacientes con TCG respondió a denosumab. Presentamos un análisis interino preespecificado a 12 meses(M) de un ensayo abierto de fase 2 con denosumab en TCG.

Materiales: Se administró denosumab SC (120 mg cada 4 semanas, tras dos dosis de carga en los días 8 y 15) a pacientes con TCG irresecable (cohorte 1) o resecable con cirugía programada (cohorte 2). El objetivo principal fue la seguridad. El análisis también incluyó evaluaciones subjetivas de la progresión de la enfermedad y el porcentaje de pacientes de la cohorte 2 con retraso, reducción o ausencia de cirugía. La seguridad se evaluó en todos los pacientes que recibieron denosumab, y la eficacia, en todos los que recibieron denosumab≥6M.

Resultados: Los pacientes incluidos fueron 62% mujeres, edad media (±DE) 35(13) años, 87% con un índice Karnofsky≥80% y el 52% enfermedad recurrente no resecable. Se registraron acontecimientos adversos (AAs) en 126/158 pacientes (80%); los más frecuentes fueron: fatiga (15%), dolor de cabeza, espalda y extremidades (13% cada uno). Se notificó osteonecrosis mandibular en 3/158 pacientes (1,9%). No se atribuyó ningún otro AA grave a denosumab. Dos individuos fallecieron: 1 por sarcoma óseo y 1 por insuficiencia respiratoria (ninguno atribuido a denosumab). Se notificó hipocalcemia en 7 pacientes (4%), ninguna grave. Según la evaluación subjetiva a 12M, no hubo progresión en 72/73 pacientes (99%) de la cohorte 1. De los 23 pacientes de la cohorte 2, 15(65%) no requirieron cirugía; de los 8 restantes con cirugía, 5(62%) tuvieron procedimientos menos morbidos de lo planificado.

Conclusiones: Denosumab fue bien tolerado en pacientes con TCG y se asoció con inhibición de la progresión de la enfermedad y reducción en la necesidad de cirugía.

O-28

EXPRESIÓN DE NEUROFILINA-1 (NRP1) EN TUMOR PRIMARIO Y EN METASTASIS EN CANCER COLORRECTAL (CCR): IMPLICACIONES PARA LA TERAPIA ANTIANGIÓGENICA

María José Ortiz Morales*, Concepción Morales Jiménez, Auxiliadora Gómez España*, Gema Pulido Cortijo*, María Teresa Cano Osuna*, Jerónimo Jiménez Castro*, Pedro Sánchez Mauriño*, Manuel Medina Pérez, Juan de la Haba Rodríguez*, Enrique Aranda Aguilar*

*Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba; **Departamento de Biología Celular, Fisiología e Inmunología. Facultad de Medicina. Universidad de Córdoba; ***Servicio de Anatomía patológica. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.

Introducción: Neuropilina-1 es una glicoproteína de membrana que actúa como receptor de semaforinas, también es un co-receptor para VEGF-A165, con expresión en células endoteliales y en una gran variedad de tumores. Los escasos estudios de esta proteína en tumores primarios y secundarios han resultado dispares y contradictorios. El objetivo de nuestro estudio es analizar la relación entre la expresión de NRP1 en pacientes con CCR, en tumor primario y en metástasis y su relación con características clínico-patológicas, respuesta a tratamiento, intervalo libre de progresión y supervivencia global.

Materiales: Desde 1995 hasta 2010 se han seleccionado 60 pacientes consecutivos de los que disponíamos de material biológico en parafina de tumor primario y metástasis (pulmonar y/o hepática). La determinación de expresión de NP-1 se ha realizado mediante inmunohistoquímica con Neuropilin-1 Rabbit Monoclonal Antibody Catalog# 2621-1 (ATOM), a dilución de 1:75. El control positivo uti-

lizado es el endotelio vascular y el control negativo es una muestra tumoral sin anticuerpo. Se ha realizado una recogida de datos clínico-patológicos de los pacientes, tratamientos recibidos, toxicidad, respuesta, tiempo a la progresión y supervivencia global.

Resultados: La mediana de edad de los pacientes es de 63 años. 51 pacientes (85%) eran adenocarcinoma y 46 (76%) eran moderadamente diferenciados. Al diagnóstico del tumor primario 34 (56.7%) son metastásicos. En el 100% de todas nuestras muestras (120) analizadas existe expresión de NRP1.

Conclusiones: Hasta este momento, a diferencia de los últimos datos publicados, cuando se examina la expresión de NRP1 en la localización primaria y metastásica encontramos que todas las muestras expresan NRP1 sin observarse diferencias ni en intensidad ni frecuencia de expresión, no siendo posible establecer relación con la respuesta a tratamiento o con la evolución.

Viernes, 26 de octubre de 2012
Sala Lisboa
13:30 - 14:45

Comunicaciones Orales 7: Cuidados Continuos y Trombosis

Moderadores:

Dr. Joaquín Belón Carrión
Dr. Gaspar Esquerdo Galiana

Discursores:

Dr. Ángel Inoriza Rueda
Dra. Carmen Beato Zambrano

Juan Antonio Virizuela Echaburu, Jaime Boceta, Rafael Gálvez, Francisco Gómez, Rafael Molerón, Francisco Barón, Cristina Garzón, Ana Mañas.

Dr. Juan Antonio Virizuela Echaburu, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla; Dr. Jaime Boceta, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla; Dr. Rafael Gálvez, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada; Dr. Francisco Gómez, Hospital Los Morales, Córdoba; Dr. Rafael Molerón, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid; Dr. Francisco Barón, Complejo Hospitalario Universitario De Santiago de Compostela, Santiago de Compostela; Dra. Cristina Garzón, Institut Català d'Oncologia

0-29

ESTUDIO EUROPEO, MULTICÉNTRICO, ABIERTO, DEL DOLOR IRRUPTIVO ONCOLÓGICO (DIO): EVALUACIÓN DEL AJUSTE DE LA DOSIS Y DEL TRATAMIENTO CON COMPRIMIDOS BUCALES DE FENTANILO (CBF) EN PACIENTES QUE ESTÁN RECIBIENDO OPIOIDES. RESULTADOS PRELIMINARES DE ESPAÑA

Hospital Duran i Reynals, Barcelona; Dra. Ana Mañas, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción: Los CBF reducen de forma rápida el DIO en pacientes con terapia opioide de mantenimiento. CBF debe ajustarse hasta una dosis eficaz que proporcione analgesia minimizando efectos adversos. El objetivo principal del estudio es comparar el porcentaje de pacientes que consigue una dosis eficaz de CBF con una dosis inicial de 100µg vs 200µg.

Materiales: Estudio fase IV abierto en 7 países europeos en pacientes oncológicos con media de 1-4 episodios de DI/día en tratamiento de base con opioides. Los pacientes fueron aleatorizados (1:1) a CBF 100µg ó 200µg como dosis inicial para el ajuste, incrementándose hasta una dosis eficaz dentro del rango disponible (100, 200, 400, 600, 800µg), seguido de periodo de tratamiento abierto de 8 episodios de DI. Resultados preliminares de España.

Resultados: 76 pacientes evaluados (edad, 60,9±10,9 años; hombres, 53,9%; ambulatorios, 65,8%). Tumores más frecuentes: pulmón (21,1%), colon/recto (14,5%) y mama (13,2%). El 61,8% recibieron fentanilo transdérmico 25µg, y presentaban intensidad media del dolor la semana previa a la inclusión de 5,3±2,2. El 64,4% experimentaba 2-3 episodios de DI/día [duración media/episodio de 10-30' (49%), y >30' (47%), y tiempo hasta la máxima intensidad de 10-30' (39%) y >30' (5,8%)]. El 75,4% de los pacientes iniciaron periodo de ajuste, siendo 100 - 400µg las dosis eficaces más comunes (87,9%). La calidad de vida y el estado funcional mejoraron respecto a la medicación previa en los 7 dominios del cuestionario breve del dolor (BPI), así como la satisfacción global del paciente con el tratamiento, destacando su facilidad de uso en el 100%.

Conclusiones: Los resultados preliminares en España muestran que la dosis eficaz de CBF tras el ajuste se establece entre 100-400µg, mejorando QoL y estado funcional del paciente oncológico con DI, así como su satisfacción global con el tratamiento. Por el momento no es posible predecir qué pacientes responderán mejor con la dosis de 100µg o la de 200µg.

0-30

UN MODELO PREDICTIVO DE NEUTROPENIA FEBRIL SEVERA CON LOS DATOS OBTENIDOS ANTES DEL CICLO DE QUIMIOTERAPIA

Patricia Castaño Martínez, Alberto Carmona Bayonas, María Ángeles Vicente Conesa, Maribel Luengo Alcázar, Pilar de la Morena Barrio, Francisco Ayala de la Peña.

Servicio de Hematología y Oncología Médica; Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia.

Introducción: El patrón de presentación de la neutropenia febril (NF) es heterogéneo. La mayoría de los pacientes tiene una evolución favorable, pero una minoría sufre precozmente complicaciones graves o infecciones severas.

Diversos estudios han identificado los rasgos basales que predicen la instauración de un episodio de NF. El objetivo de este estudio fue analizar los factores pretratamiento que influyeron en la aparición de eventos neutropénicos asociados a complicaciones, y evaluar los marcadores clínico-biológicos que modificaron el curso clínico cuando el episodio febril ya se había instaurado.

Materiales: Se analizó una serie histórica de 100 pacientes con cáncer sólido y episodios de NF, que ingresaron en el Hospital Morales Meseguer en 2010. La muestra incluyó 50 casos consecutivos asociados a complicaciones y 50 episodios con estabilidad clínica al inicio. Se diseñó un estudio de casos-controles, y los datos pretratamiento fueron usados para construir un modelo pronóstico.

El comportamiento de diversas variables clínicas y biológicas según el patrón de presentación clínica también fue evaluado.

Resultados: En pacientes con complicaciones, los eventos más frecuentes fueron la hipotensión (50%) y la insuficiencia respiratoria (22%), con una tasa de mortalidad del 10%.

En el momento de la quimioterapia, los factores predictivos independientes de episodios graves fueron: estadio-IV (OR 3.4, p=.001), ECOG PS≥2 (OR 2.7, p=.08), EPOC (OR 3.8, p=.08) y sexo varón (OR 3.3, p=.02). Al ingreso, las variables independientes asociadas a complicaciones fueron: MASCC<21 (OR 17, p<0.001), hiperglucemia de estrés (OR 3.2, p=.02), plaquetas <100000 (OR 3.8, p=0.13), albúmina <3mg/dl (OR 5.5, p=0.01).

Conclusiones: Los datos obtenidos antes de la quimioterapia permiten identificar a los pacientes con riesgo de NF asociada a complicaciones. Algunos marcadores biológicos asequibles se asocian con la presencia de complicaciones al diagnóstico. El perfil de vulnerabilidad individual puede mejorar las estrategias de prevención de episodios severos.

O-31

VALORACIÓN DE LA PROFILAXIS CON G-CSF EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN EL HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA DE LLEIDA

Antonio Martín Marco, M^a Teresa Taberner Bonastre, Eugenia Ortega Izquierdo, Jaume Canal Sotelo, Ariadna Gasol Cudós, Juan Carlos Samamé Pérez-Vargas, Noemí Tuset Der-Abraín, Elena Aguirre Ortega, Diego Márquez Medina, Antonieta Salud Salvia. *Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida.*

Introducción: La neutropenia febril es una complicación frecuente. Existen tratamientos aprobados por la EMEA e incluidos en las guías de la EORTC y NCCN 2011, como son el filgastrim y pegfilgastrim para su prevención. Ambos demuestran un perfil de eficacia y seguridad similar pero existen controversias sobre los análisis costo-efectivos. Evaluamos la frecuencia y eficacia del uso de ambos tratamientos en nuestro centro.

Materiales: Se ha realizado un estudio retrospectivo de 482 casos consecutivos, que recibieron de forma profiláctica filgastrim o pegfilgastrim en 2011. Hemos analizado el porcentaje de neutropenias que han requerido ingreso, la frecuencia de uso de G-CSF profilácticos y comparado ambos tratamientos en función del precio y días de ingreso.

Resultados: Se ha realizado profilaxis en 482 casos de un total de 7741 tratamientos administrados. Se utilizó Neulasta en 133 (27,6 %), Neupogen 300 en 117 (24,3 %) y Neupogen 480 en 232 casos (48,1 %). El 3,73% de ellos precisaron ingreso por neutropenia frente al 1,1% sin profilaxis, sin diferencias significativas. La media de días de ingreso fue: 6,14 sin profilaxis, 13,33 en Neupogen 300; 4,82 Neupogen 480 y 8,25 con Neulasta, sin diferencias estadísticas entre profilaxis y no y los distintos G-CSF. Las unidades administradas para la profilaxis fueron 3 dosis de Neupogen frente a una dosis única de Neulasta. Neulasta supuso el 47,5 % del coste total de la profilaxis, Neupogen 480 el 34,9 % y Neupogen 300 el 17,6 %, siendo las diferencias significativas (p=0,04).

Conclusiones: En nuestro centro, la profilaxis con G-CSF no muestra diferencias significativas frente al no uso en porcentaje de neutropenias y días de ingreso. Entre el filgastrim y pegfilgastrim no obtenemos diferencias de eficacia (medido por número de pacientes que requieren ingreso) pero sí de coste farmacológico por paciente en la profilaxis.

O-32

ANÁLISIS DEL MODELO PREDICTIVO DE RIESGO DE KHORANA DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA (ETV) EN PACIENTES AMBULATORIOS CON CÁNCER DE PÁNCREAS EN TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA

Ana Belén Rupérez Blanco (1), Andrés J. Muñoz Martín (1 y 2), Pilar García Alfonso (1), Mercedes Cavanaugh Podesta (1), Sara Custodio Cabello (1), Sara Pérez Ramírez (1), Beatriz Moya Ortega (1), Montserrat Blanco Codesido (1), Sonsoles Álvarez Suárez, Miguel Martín Jiménez (1 y 2).

(1) *Servicio de Oncología Médica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid;* (2) *Grupo de Trabajo SEOM Cáncer y Trombosis.*

Introducción: El modelo predictivo de riesgo de ETV más empleado es el modelo de Khorana. Este modelo se describió y validó en dos poblaciones heterogénea de neoplasias, en las que menos del 2% de pacientes incluidos en ambas cohortes estaban diagnosticados de cáncer de páncreas. El objetivo de este estudio es analizar el modelo en una población exclusiva de cáncer de páncreas en tratamiento con quimioterapia en un medio ambulatorio.

Materiales: Desarrollamos un análisis retrospectivo para determinar la incidencia de ETV y el score de Khorana en los pacientes diagnosticados con cáncer de páncreas y tratados con quimioterapia en la unidad de tumores digestivos de nuestro centro. Entre 2008 y 2011, 89 pacientes consecutivos fueron identificados e incluidos en el análisis. Tumores neuroendocrinos de páncreas fueron excluidos.

Tabla 1. Características clínicas.

Edad-años	Mediana 63,0 Rango 38-88
Sexo — no. (%)	Varón 44(49,4%) Mujer 45(50,6%)
ECOG — no. (%)	0: 11(12,4%) 1: 53(59,5%) ≥2: 25(28,1%)
Extensión de la enfermedad — no. (%)	Localizada: 5(5,6%) Localmente avanzada: 42(47,2%) Metastásica: 42(47,2%)
ETV previa — no. (%)	3(3,4%)
Catéter venoso central — no. (%)	37(41,6%)
Cirugía previa — no. (%)	32(35,9%)
Quimiorradioterapia — no. (%)	38(42,7%)
Regímenes de quimioterapia — no. (%)	Basados en Gencitabina 87(97,7%) Basados en Platino 39(43,8%) Basados en Fluoropirimidinas 54(60,7%)

Tabla 2. Análisis modelo predictivo de Khorana.

Modelo predictivo de Khorana Categoría de riesgo/pacientes(%)		Score de Khorana (puntos)	Población total (pacientes / %)	ETV+ (pacientes/%)	ETV- (pacientes/%)
Riesgo intermedio (2 puntos)	37(41,6%)	2	37 (41,6%)	13(35,1%)	24(64,9%)
		3	35 (39,3%)	11(31,4%)	24(68,6%)
Alto riesgo (≥3)	52(58,4%)	4	13 (14,6%)	7(53,8%)	6(46,2%)
		5	3 (3,4%)	0	3 (100%)
		6	1 (1,1%)	1(100%)	0
				19(36,5%)	33(63,5%)

Resultados: Características clínicas (Tabla 1). 34 pts desarrollaron al menos un episodio de ETV durante el seguimiento (35.9% de la población a estudio). Tipo de evento: tromboembolismo pulmonar (TEP) 12, trombosis venosa profunda (TVP) 11 y 15 trombosis venas viscerales (VVT). Número de pts y tipo de evento: TEP: 7 pts (21.9%). TVP: 6 pts (18.8%). VVT: 13 pts (40.6%). TEP+TVP: 4 pts (12.5%). TEP+VVT: 1 pt (3.1%). TVP+VVT: 1 pt (3.1%). Más de dos tercios de los pts (71.8%) fueron diagnosticados en los 6 primeros seis meses tras el diagnóstico del cáncer. Enfermedad tromboembólica arterial: 3 pts (3.4%). Análisis modelo de Khorana (Tabla nº2).

Conclusiones: Modelos basados en biomarcadores o perfiles de expresión génica podrían mejorar la capacidad de predicción de ETV en cáncer de páncreas. La elevada incidencia de ETV descrita en este estudio es consistente con trabajos similares previamente publicados. La tromboprolifaxis primaria debe de ser considerada en este grupo de pts.

O-33

VALORACIÓN DEL RIESGO TROMBÓTICO EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO SOMETIDOS A TRATAMIENTO CON BEVACIZUMAB. RESULTADOS PRELIMINARES

Adriana Armellini Tuchman (1), José Ramón González Porras (4), Ignacio Alberca Silva (4), Emilio Fonseca Sanchez (1), Mercedes Sánchez Barba (3), Virginia Galeazzi Martínez (1), Mónica López Bartolomé (2), Elvira Del Barco Morillo (1), César Rodríguez Sánchez (1), Juan Jesús Cruz Hernández (1).

(1) Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario de Salamanca; (2) Unidad de Medicina Molecular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca; (3) Departamento de Estadística de la Universidad de Salamanca; (4) Laboratorio de Coagulación del Servicio de Hematología del Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción: La incorporación del Bevacizumab en el tratamiento del cáncer de colon metastásico (CCM) ha supuesto una mejora en la supervivencia global en los pacientes. Sin embargo, es sabido que se acompaña de un mayor riesgo de fenómenos trombóticos arteriales y venosos. Objetivo: Evaluar de forma prospectiva el estado “protrombótico” en pacientes con CCM tratados con bevacizumab mediante el análisis de diversos marcadores de activación de la coagulación.

Materiales: Estudio prospectivo en pacientes con CCM del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario de Salamanca, tratados con Quimioterapia basada en Fluoropirimidinas en combinación con Bevacizumab. Se realizaron determinaciones basales y durante todos los ciclos de tratamiento de los siguientes parámetros: D-Dímeros, inhibidor de la fibrinólisis activado por la trombina (TAFI), generación de trombina (TG), trombina, fragmentos de la protrombina (F1+2), complejo trombina antitrombina (TAT), antitrombina (AT), proteína C (PC) y resistencia a la proteína C activada (RpCa).

Resultados: Se han incluido 50 pacientes (pac) (30 varones y 20 mujeres). Hasta el momento, se han evaluado los marcadores de la coagulación en 31 casos. 28 pac (90%) no han presentado ningún evento trombótico arterial ni venoso y 3 pac (10%) han tenido un episodio de tromboembolismo (TEP) tras recibir el 3er ciclo de quimioterapia. En el análisis de los marcadores estudiados, en los tres pac que desarrollan TEP destacan las variaciones en los niveles de proteína C, observándose un descenso del valor basal de 107% al 87% en el tercer ciclo, momento en el que se produce el TEP (p=0.005). El resto de parámetros no muestra alteraciones entre los pac con y sin eventos trombóticos.

Conclusiones: El estudio sugiere que una disminución en el valor de la proteína C durante el tratamiento de pacientes con CCM tratados con quimioterapia basada en fluoropirimidinas y bevacizumab podría ser un parámetro de predicción de riesgo tromboembólico. El estudio continúa en marcha y los resultados se actualizarán durante el simposium.

Viernes, 26 de octubre de 2012
Sala Roma
13:30 - 14:45

Comunicaciones Orales 8: Cáncer Hereditario

Moderadores:

Dr. Urbano Anido Herránz
D^a. M^a Isabel Tejada Mínguez

Discursores:

Dra. Pilar Blay Albors
Dra. Isabel Chirivella González

O-34

EFICACIA DE LA IDENTIFICACIÓN DEL SÍNDROME DE LYNCH MEDIANTE FILTRADO MOLECULAR DEL CÁNCER COLORRECTAL INCIDENTE: RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO PROSPECTIVO DE BASE POBLACIONAL DE LA COMUNIDAD DE NAVARRA

Angel Alonso Sánchez (1), Sira Moreno Laguna (1), Mar Arias Alonso (1), Marta Montes Díaz (2), Marisa Gómez Dorronsoro (2), Ana Guerra Lacunza (3), Ruth Vera García (4), Rosana Grández Ladrón De G (5), Susana Oquiñena Legaz (3), Erika Borobio Aguilar (6). (1) *S^o Genética*; (2) *S^o Anatomía Patológica*; (3) *S^o Digestivo*; (4) *S^o Oncología Médica. Complejo Hospitalario de Navarra*; (5) *S^o Oncología Médica. Hospital Reina Sofía de Tudela*; (6) *S^o Digestivo. Hospital García Orcoyen de Estella. Servicio Navarro de Salud*.

Introducción: El síndrome de Lynch (SL) se identifica habitualmente a través del estudio de mutaciones germinales en genes reparadores de los errores de la replicación (MMR) en pacientes seleccionados en base a criterios clínicos. La eficacia de otros esquemas basados en el filtrado molecular de todos los casos de cáncer colorrectal incidentes (CCRI), independientemente de sus rasgos clínicos o antecedentes familiares, ha sido en pocas ocasiones evaluada en un estudio prospectivo de base poblacional.

Materiales: Estudio de todos los CCRI (periodo 2010-2013) en la red de Hospitales Públicos de la Comunidad de Navarra, mediante inestabilidad de microsatélites (IMS)> tinción inmunohistoquímica (IHQ)> mutación

V600E de B-RAF/ hipermetilación del promotor de MLH1> y estudio de mutaciones germinales MMR, sin selección clínica previa ("serie CCRI"). Comparación con los resultados del esquema tradicional (serie "criterios clínicos") desde 1997-2009 en la misma población. Resultados preliminares del primer año.

Resultados: Descriptivos "serie CCRI": Incidencia CCR: 307/año ($\approx 0,5$ casos/100.000hb/año); IMS: 14,4%; IHQ (patológica en tumores MSI): 85%; V600E B-RAF (tumores IHQ=MLH1): 35,4%; Met-Pro-MLH1 "no metilado" tumores IHQ=MLH1): 45,5%. Mutaciones causales de SL en CCRI: 4,1%. Comparativa series "CCRI" vs "criterios clínicos": T^o al diagnóstico de SL: 3 vs 23 meses; Casos con diagnóstico SL antes de la cirugía: 50% vs 6,6%; Casos con resultado IMS antes de Qt: 97,3% vs 5%. Coste por mutación SL identificada: 5.138€ vs 7.250€ (-29%).

Conclusiones: El estudio de todos los nuevos casos de CCR en una comunidad, mediante una batería de pruebas moleculares y anatomopatológicas, es un método eficaz de identificación del SL. Comparativamente con el esquema tradicional, que depende de criterios clínicos, es más rápido, sensible y económico. Prospectivamente, parece predecirse que su empleo durante un periodo de aproximadamente 3 años va a permitir diagnosticar la mayoría de las familias prevalentes con SL de nuestra población independientemente de otros criterios clínicos de selección.

O-35

EXPRESIÓN DE TINCIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA DE PROTEÍNAS REPARADORAS EN ENDOMETRIO NORMAL, LESIONES ENDOMETRIALES PRENEOPLÁSICAS Y CÁNCER ENDOMETRIAL EN MUJERES PORTADORAS DE SÍNDROME DE LYNCH

Angel Alonso Sánchez (1), Rosa Guarch Troyas (2), Sira Moreno Laguna (1), Yolanda Laplaza Jiménez (2), Federico García Bragado (2), Juan Carlos Muruzabal Torquemada (3), Eva Recari Elizalde (3), Marta Montes Díaz (2), Ana Guerra Lacunza (4).

(1) *Sº de Genética*; (2) *Sº De Anatomía Patológica*; (3) *Sº de Ginecología*; (4) *Sº de Digestivo. Complejo Hospitalario de Navarra Servicio Navarro de Salud*.

Introducción: El cáncer endometrial (EC) es la neoplasia extracolónica más frecuente en el síndrome de Lynch (SL), y muestra habitualmente una pérdida de la expresión de tinción inmunohistoquímica (IHQ) de proteínas reparadoras de los errores de la replicación, concordante con el defecto genético germinal subyacente. Sin embargo, algunos estudios sugieren que, además, podrían darse cambios moleculares y de la expresión inmunohistoquímica en el tejido endometrial normal y preneoplásico de portadoras de SL, que podrían preceder al cáncer en sujetos sanos genéticamente predispuestos.

Materiales: Estudio anatomopatológico y expresión de tinción IHQ de las proteínas reparadoras (MLH1, MSH2, MSH6 y PMS2) en una serie de 22 biopsias endometriales correspondientes a 20 mujeres portadoras de mutaciones predisponentes al síndrome de Lynch.

Resultados: El 100% de las 7 biopsias correspondientes a "carcinoma endometrial" (tipos histológicos endometrioides y células claras) y de las 5 lesiones clasificadas como "hiperplasia compleja con, y sin atipia" mostraron IHQ patológica concordante con el defecto genético germinal subyacente. Por el contrario, ninguno de los 2 pólipos endometriales, ni 6 de los 8 biopsias endometriales clasificadas como "normales" mostraron alteración IHQ. Una paciente mostró 2 biopsias endometriales normales sin alteración IHQ, con un intervalo de 10 años. Excepcionalmente, dos biopsias clasificadas como endometrio "normal" secretor mostraron IHQ patológica concordante con su defecto genético germinal. Una de ellas precedió al desarrollo de hiperplasia compleja sin atipia en un periodo de tiempo inferior a un año.

Conclusiones: En mujeres genéticamente predispuestas al síndrome de Lynch algunas lesiones endometriales proliferativas como la "hiperplasia compleja sin atipia" e incluso el endometrio microscópicamente "normal" presentan alteraciones inmunohistoquímicas indicativas del desarrollo carcinogénico que podrían preceder al desarrollo del cáncer endometrial. Estos resultados singulares podrían tener repercusión

en la propuesta de seguimiento y tratamiento a pacientes con síndrome de Lynch que muestran estos patrones IHQ aberrantes.

O-36

LAS MUTACIONES DE BRCA SE ASOCIAN CON EL TIEMPO A LA RECAÍDA BIOQUÍMICA EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO

Elena Castro (1 y 2), David Olmos (3 y 4), Chee Goh (1 y 2), Ed Saunders (1), Daniel Leongamonlert (1), Malgorzata Tymrakiewicz (1), Elizabeth Bancroft (1), Rosalind Eeles (1 y 2).

(1) *Oncogenetics Team, The Institute of Cancer Research, Sutton, United Kingdom*; (2) *Academic Urology Unit, The Royal Marsden NHS Foundation Trust, London, United Kingdom*; (3) *Programa de Investigación Clínica, Centro Nacional de Investigaciones Científicas, Madrid, España*; (4) *Drug Development Unit, The Royal Marsden NHS Foundation Trust, Sutton, United Kingdom*.

Introducción: La recaída bioquímica tras el tratamiento local del cáncer de próstata (CaPr) indica recidiva tumoral y se asocia con una supervivencia específica más corta. Las mutaciones germinales en BRCA1/2 se asocian con peor pronóstico en CaPr, pero se desconoce de la modalidad de tratamiento inicial. En este estudio analizamos el tiempo a la recaída bioquímica (bPFS) en pacientes portadores de mutación BRCA1/2 con CaPr localizado tratados con prostatectomía radical (PR) o radioterapia externa (RT).

Materiales: Análisis retrospectivo de una cohorte prospectiva de casos-controles. Cada portador de mutación (9 BRCA1 y 34 BRCA2) fue emparejado con 3 pacientes no portadores de mutación (NC) según: edad (± 5 años), TNM, Gleason, PSA, tratamiento (PR/RT), hormonoterapia (HT) y año de tratamiento (± 3 años). El fallo bioquímico se evaluó siguiendo los criterios ASTRO y NCCN. Para el análisis de supervivencia se utilizaron el método de Kaplan-Meier y la regresión multivariante de Cox.

Resultados: Se incluyeron 172 pacientes, con mediana de edad al diagnóstico 58 años. 80 pacientes recibieron RT (18 BRCA2, 5 BRCA1), más HT ($< o \geq 6$ meses: 15% y 70%). 92 pacientes se trataron con PR (16 BRCA2, 4 BRCA1). Tras una mediana de seguimiento de 76 meses, bPFS mediana de la serie fue 71 meses. Entre los pacientes tratados con RT bPFS fue 65 meses en NC vs 39 BRCA1/2 ($p=0.023$). No se observó diferencia en la tasa de bPFS a los tres años de la PR (73%

vs 76%). El análisis multivariante confirmó el valor pronóstico para bPFS del estadio tumoral ($p=0.004$) y de la presencia de mutación ($p=0.032$), fundamentalmente en BRCA2 ($p=0.013$).

Conclusiones: Los pacientes con mutaciones en BRCA obtienen peor control local de la enfermedad con RT que los NC a pesar de similares características clínicas. No se han observado diferencias entre los pacientes tratados con PR.

O-37

NUEVA ESTRATEGIA PARA ABORDAR EL ESTUDIO GENÉTICO DEL CÁNCER DE MAMA Y OVARIO HEREDITARIO MEDIANTE SECUENCIACIÓN MASIVA

Lucía Pérez Cabornero*, Francisco Ruíz Espejo, Isabel Tovar Zapata, María Teresa Vargas de los Monteros, Ana Fontalba, Natalia Chavarria Piudo, Susana Pedrinaci, Vicky Fernández-Pedrosa*, Sheila Zúñiga-Trejos*, Sonia Santillán*.

*Sistemas Genómicos, Paterna, Valencia; **Servicio de Análisis Clínicos, Hospital U. Virgen Arrixaca, Murcia; ***Servicio de Anatomía Patológica Hospital, Hospital U. Virgen Macarena, Sevilla; ****Unidad de Genética Molecular, Hospital U. Marqués de Valdecilla, Santander; *****Servicio de Oncología Médica, Hospital de Jerez de la Frontera, Cádiz; *****Servicio de Análisis Clínicos, Hospital U. Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: BRCA1 y BRCA2 son los genes más importantes de susceptibilidad a cáncer de mama y ovario hereditario (CMYOH). Las técnicas de detección de mutaciones convencionales son laboriosas y de alto coste debido a la ausencia de puntos calientes y al elevado número de exones por gen. Por lo general, son necesarios varios meses para completar el diagnóstico. Las nuevas tecnologías de secuenciación masiva se revelan como herramientas útiles para superar estas limitaciones. El objetivo del trabajo fue desarrollar una nueva estrategia para el estudio simultáneo de los genes BRCA1/BRCA2 basada en el uso de la secuenciación masiva que permita reducir el tiempo de diagnóstico.

Materiales: Los genes BRCA1 y BRCA2 fueron resecuenciadas mediante la amplificación en 5 multiplex PCR (MASTR de Multiplicom). Los amplicones generados fueron sometidos a un análisis de fragmentos para evaluar la presencia/ausencia de indels y posteriormente fueron secuenciados mediante 454 GS Junior (Roche). El análisis bioinformático de los

datos generados se realizó mediante dos aproximaciones: software AVA de Roche y un pipeline propio. Las variantes relevantes se confirmaron por Sanger. La detección de grandes reordenamientos genómicos se realizó mediante MLPA. Esta estrategia se validó en una línea HapMap (NA12144) y en un set de 6 muestras previamente secuenciadas por Sanger (gold estándar) y posteriormente fue aplicada en 100 familias con sospecha clínica de CMYOH.

Resultados: En nuestra cohorte de pacientes se identificaron 21 mutaciones patogénicas (3 missense, 3 nonsense, 10 frameshift, 2 variantes de splicing y 2 grandes deleciones), 7 variantes de efecto desconocido y numerosos polimorfismos. Tres fueron nuevas variantes genéticas. El tiempo medio empleado para completar el estudio genético fue de 1 mes.

Conclusiones: La aplicación de esta nueva estrategia basada en la secuenciación masiva permite detectar todo el espectro mutacional descrito para BRCA1/BRCA2 con una alta eficacia reduciendo el tiempo de respuesta en el estudio genético.

O-38

CÁNCER TESTICULAR RECURRENTE EN FAMILIA CON POLIPOSIS ATENUADA ASOCIADA A MUTYH

Ana Beatriz Sánchez Heras, Adela Castillejo, Rodrigo Jover, María Isabel Castillejo, Carla Guarinos, Silvestre Oltra, Victor Manuel Barbera, Artemio Paya, Cristina Alenda, Jose Luís Soto.

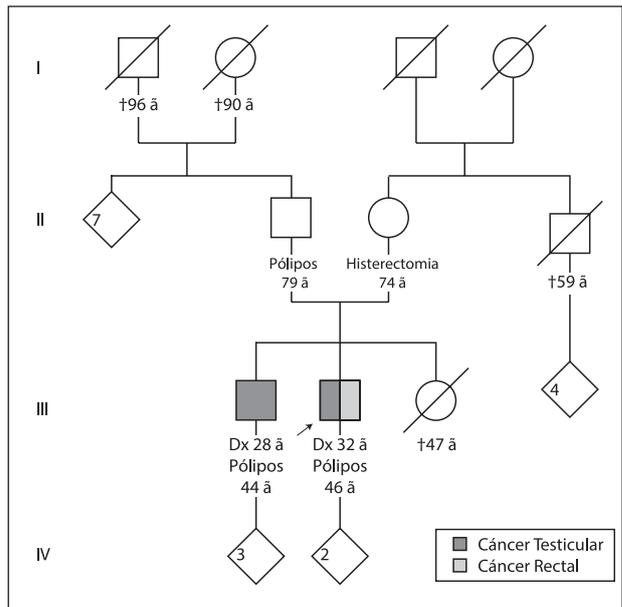
(1) Unidad de Consejo Genético en Cáncer, S. Oncología Médica, HGU de Elche; (2) Laboratorio de Oncología Molecular, HGU Elche; (3) Servicio Medicina Digestiva, HGU Alicante; (4) Laboratorio de Oncología Molecular, HGU Elche; (5) Laboratorio Investigación. HGU Alicante; (6) Unidad de Genética, Hospital La Fe de Valencia; (7) Laboratorio de Oncología Molecular, HGU Elche; (8) Servicio Anatomía Patológica, HGU Alicante; (9) Servicio Anatomía Patológica, HGU Alicante; (10) Laboratorio de Oncología Molecular, HGU Elche.

Introducción: La poliposis asociada a MUTYH (MAP) es un síndrome con herencia autosómica recesiva y con manifestaciones fenotípicas similares a la Poliposis Adenomatosa Familiar Atenuada. Se han descrito diferentes neoplasias malignas extraintestinales asociadas al síndrome: mama, gástrico, tiroides y hematológicas. Se presenta el estudio de una familia con diagnóstico genético de MAP y cáncer testicular recurrente.

Materiales: Características clínicas, patológicas y genéticas de una familia con sospecha de MAP ó síndrome de Lynch. Estudio inmunohistoquímico de MLH1/MSH2/MSH6/PMS2; e inestabilidad de microsatélites en tumor colorrectal. Análisis genético mediante PCR y secuenciación de la región codificante completa y uniones intrón-exón del gen MUTYH. Estudios in silico para la predicción de la patogenicidad de variantes genéticas (SNP3D, PolyPhen). Análisis de segregación de variantes.

Resultados: El caso índice presentó cáncer de recto con varios pólipos (n=8), con 44 años, habiendo padecido un carcinoma embrionario testicular a los 32 años. Su hermano diagnosticado de poliposis atenuada con 44 años, también había padecido un carcinoma embrionario testicular a los 28 años. Se inició estudio para Síndrome de Lynch, mostrando una expresión conservada de MLH1/MSH2/MSH6/PMS2 y ausencia de inestabilidad de microsatélites. El estudio del gen MUTYH detectó la presencia de dos variantes en heterocigosis: c.1185_1186dupC; p.Glu396GlyfsX43 en el exón 13, y c.284G>A; p.Arg95Gln en el exón 3. Los estudios de predicción indican una alta probabilidad de patogenicidad para las dos variantes. Su hermano presentaba ambas variantes en heterocigosis. El estudio en los progenitores evidenció que las variantes se localizan en trans.

Conclusiones: Presentamos la primera familia donde se describe el carcinoma embrionario testicular asociado a MAP. Nuestros hallazgos sugieren que el carcinoma embrionario testicular puede ser una manifestación extraintestinal de dicho síndrome no descrita previamente. Una mejora en el conocimiento del fenotipo clínico del síndrome permite un mejor manejo de los individuos a riesgo.



Martes, 23 de Octubre

CICOM (Data Managers)

P-1

ESTUDIO ECONÓMICO DEL CONSUMO DE FÁRMACOS EN UN ENSAYO CLÍNICO EN EL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (HCSC)

Ana Lens*, Daniel García-Palos*, Rosario Alfonso*, María Jesús Domínguez*, Julio César de la Torre*, Sara Fernández*, Iris de la Fuente*, María José López de Paredes, José Ángel García- Sáenz*, Eduardo Díaz-Rubio*.

* *Instituto de Investigación Sanitaria Hospital Clínico San Carlos IdISSC, Centro afiliado a la Red Cooperativa de Investigación Temática (RD 06/0020/0021) Instituto de Salud Carlos III, Ministerio Español de Ciencia e Innovación, Madrid, España;* ** *MD Anderson Cancer Center (Madrid).*

Introducción: La participación en un ensayo clínico supone una oportunidad para los pacientes y un ahorro económico para los centros. Ante la necesidad de un tratamiento quimioterápico para las pacientes con cáncer de mama HER2+ en un marco adyuvante, nos proponemos cuantificar dicho ahorro en el coste de fármacos cuando el tratamiento se recibe en el seno de un ensayo clínico. El objetivo era evaluar el coste en consumo de fármacos en un ensayo clínico en cáncer de mama adyuvante para pacientes HER2+.

Materiales: El análisis se basó en las 18 pacientes incluidas en el estudio BETH, donde la rama control constaba de 6 ciclos de docetaxel 75 mg/m², carboplatino AUC 6, herceptin 8 mg/Kg → 6mg/kg; seguido de herceptin 6mg/ kg/3 semanas por 1 año. En la rama experimental se añade avastin 15 mg/Kg / 3 semanas por 1 año. La información se obtuvo desde la unidad de investigación del HCSC usando una base de datos anonimizada y codificada con el número de ciclos y dosis de cada fármaco. Los precios de los medicamentos fueron facilitados por el Servicio de Farmacia del HCSC. Los datos se han analizado utilizando herramientas matemáticas y estadísticas.

Resultados: El coste global en consumo de fármacos del estudio fue 1.039.352€. Para la rama control el coste fue 238.284€ con una media por paciente de 29.785€, a partir del peso real (media 62.88 +/- 9.16 Kg). Por otro lado, la rama experimental presentó un gasto de 801.068€ con una media por paciente de 80.107€ €, a partir del peso real (61.27 +/- 7.57 Kg).

Conclusiones: Con estos resultados vemos un claro ejemplo del ahorro sanitario de los centros adscritos a la red pública de salud que participan en ensayos clínicos.

P-2

ACTUALIZACIÓN DE LAS RESPONSABILIDADES DEL COORDINADOR DE ENSAYOS CLÍNICOS EN EL ABORDAJE DE UNA AUDITORÍA: TRABAJANDO SOBRE UN ESCENARIO REAL

María Jesús Domínguez, Rosario Alfonso, Daniel García Palos, Julio César de la Torre, Ana Lens, Sara Fernández, Iris de la Fuente, Olga Ortega, Eduardo Díaz-Rubio.

Instituto de Investigación Sanitaria Hospital Clínico San Carlos IdISSC, Centro afiliado a la Red Cooperativa de Investigación Temática (RD 06/0020/0021) Instituto de Salud Carlos III, Ministerio Español de Ciencia e Innovación, Madrid, España.

Introducción: A partir de los hallazgos encontrados en auditorías, los coordinadores de ensayos (SC) ponemos en marcha una serie de medidas correctoras, probablemente no establecidas a priori en la lista de responsabilidades. Nos proponemos confirmar esta hipótesis. El objetivo del trabajo fue analizar que funciones del SC no están delegadas, y son subsidiarias de implementarse en la lista de responsabilidades del ensayo clínico (EC).

Materiales: Se realizó una lectura retrospectiva de las notificaciones de 11 auditorías efectuadas en el centro entre los años 2009-2012, junto a una revisión del formulario de tareas delegadas de los EC auditados.

Resultados: En un 35% de los casos auditados, los datos no se registraron adecuadamente en los

documentos fuente (criterios de inclusión-exclusión, evaluación tumoral, acontecimientos adversos, medicación...). Como medida correctora se estableció el entrenamiento del equipo investigador por SC. El 8% de los acontecimientos adversos graves se comunicaron fuera de plazo; como consecuencia se mejoró el circuito de comunicación interna. En el 12%, se detectaron desviaciones en procedimientos requeridos del estudio (fuera de plazo, ausencia de parámetros...). Como consecuencia, se diseñaron herramientas de trabajo que aseguraron la adherencia al protocolo. Un 7% de las auditorías detectaron anomalías en el consentimiento informado (CI) como campos incompletos, retraso en las actualizaciones de las nuevas versiones. El SC se incorporó al proceso de obtención del CI, apoyando a los investigadores. En relación al archivo, se encontraron discrepancias en la documentación (actualización de la lista de investigadores, protocolos y CI, certificados de entrenamiento, valores normales de laboratorio) que generaron la puesta en marcha de estrategias continuas de actualización de los estudios. Ninguna de las tareas descritas estaba recogida en los 11 EC evaluados.

Conclusiones: Con estos datos, se precisa una revisión rigurosa y amplia de las tareas delegadas de los SC por el investigador principal.

P-3

PERSPECTIVA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ENSAYOS CLÍNICOS; EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Julio César De La Torre, Ana Lens, Daniel García-Palos, Rosario Alfonso, María Jesús Domínguez, Sara Fernández, Iris De La Fuente, Olga Ortega, Paloma Gómez-Solana, María Montealegre.

Servicio de Oncología Médica; Hospital Clínico San Carlos; Hospital Universitario 12 De Octubre.

Introducción: La Enfermería tiene un papel clave en la consecución exitosa de los Ensayos Clínicos (E.C.). Nuestros servicios de Oncología Médica participan en E.C. de Fase I, II, III y IV, de carácter nacional, internacional, estudios multicéntricos y numerosos estudios académicos. La participación activa de la enfermería en los E.C. es clave para el correcto desarrollo de los mismos.

Materiales: Comenzando desde la fase de Screening, y en cada visita del estudio, el paciente es atendido por los Enfermeros de Investigación, que, siguiendo estrechamente los requerimientos de cada protocolo, completan cada visita con: -Examen físico y signos vitales. -Cuestionarios de calidad de vida y/o dolor.

-Extracción y procesamiento de muestras de sangre para estudios farmacogenómicos, farmacocinéticos, hematológicos y bioquímicos. -Manejo de medicación de estudio con sistemas interactivos de voz. -Coordinación y enlace del eje paciente-médico-farmacia-hospital de día. - Coordinación de estudios radiológicos según protocolo. -Coordinación con el hospital para el mantenimiento del equipo biomédico utilizado en E.C. -Manejo y entrada de datos en diversos estudios, especialmente epidemiológicos y académicos. -Entrenamiento de pacientes para la administración de la medicación oral, y entrenamiento a enfermería para medicación intravenosa. - Registro por escrito de todos los procedimientos arriba mencionados. -Proveemos de nuestros conocimientos del estudio a Médicos, Pacientes y Enfermeras. -Desarrollamos líneas propias de investigación en Cuidados de Enfermería.

Resultados: Actualmente, con una organización del trabajo de enfermería muy eficiente, atendemos a unos 1500 pacientes activos incluidos en E.C. Más de 200 E.C. ya han sido desarrollados con éxito, completando los requerimientos de cada visita.

Conclusiones: Una buena y adecuada preparación del equipo de enfermería, integrado este en la Unidad de Investigación compuesta por Enfermeros, Oncólogos Médicos, Biólogos y Farmacéuticos es clave en el correcto desarrollo de los Ensayos Clínicos, y particularmente donde los conocimientos de enfermería son vitales.

P-4

PASADO, PRESENTE Y FUTURO EN LA UNIDAD DE ENSAYOS CLÍNICOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Concepción Velázquez Martínez, Noemí López Martínez, Marta Tarazona Hernández.

Coordinadoras de Ensayos Clínicos (Hospital Universitario Miguel Servet).

Introducción: La investigación clínica evoluciona a pasos agigantados y esto conlleva una adaptación de los hospitales y servicios médicos implicados. A continuación presentamos los cambios más importantes ocurridos en nuestro servicio desde su creación hasta la actualidad.

Materiales: En 1990 se inicia el servicio de oncología en el HUMS al incorporarse el Dr. Antón, como jefe de sección. Al año siguiente se incorporan dos facultativos y comienza a desarrollarse la investigación clínica en oncología en nuestro Hospital. Remontándonos a 1992 nos encontramos con la primera persona

dedicada a tiempo completo como asistente de investigación. Tras varios años con cambios de personal, se incorpora una coordinadora con financiación de un grupo cooperativo nacional. Desde entonces hasta la creación del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, entidad que gestiona la investigación clínica en nuestra Comunidad y con el apoyo de la Fundación Biomédica Miguel Servet, hemos podido crecer y evolucionar, hasta lograr la situación actual.

Resultados: Tenemos 103 ensayos activos, 4 coordinadoras, un despacho con dos puestos en Oncología y dos puestos en la UIT. Destacamos como hechos importantes:

- El paso de becario a personal contratado. -Inauguración Unidad de Investigación Traslacional del HUMS:
 - Enfermera y técnico de laboratorio de apoyo transversal para todos los servicios.
 - Consolidación estructura biobancos.

Teniendo presente la ley de protección de datos, hemos creado una carpeta común accesible desde cualquier consulta con documentación digitalizada de los ensayos:

- Protocolo, Cl...
- Base de datos Access de pacientes y ensayos.
- Tablas de pacientes con visitas guiadas.
- Guías de procedimiento para incluir pacientes.

Conclusiones: Nuestros futuros objetivos son:

Adaptar el número de coordinadores a la carga de trabajo para garantizar el buen desarrollo del ensayo. Enfermera de ensayos para oncología. Historias digitalizadas sincronizadas con nuestras herramientas de trabajo. Esperamos seguir mejorando para conseguir un trabajo de calidad.

Cáncer Hereditario

P-5

CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DE LYNCH IDENTIFICADO MEDIANTE FILTRADO MOLECULAR DEL CÁNCER COLORRECTAL INCIDENTE: RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO PROSPECTIVO DE BASE POBLACIONAL DE LA COMUNIDAD DE NAVARRA

Angel Alonso Sánchez (1), Mar Arias Alonso (1), Sira Moreno Laguna (1), M^a Luisa Gómez Dorronsoro (2), Marta Montes Díaz (2), Jesús Urman Fernandez (3), Francisco Monzón Muñoz (4), Matilde Laiglesia Izquierdo (5), Ana Borda Martín (3), Rosa Guarch Troyas (2).

(1) S^o Genética.(2) S^o Anatomía Patológica.(3) S^o Digestivo.Complejo Hospitalario De Navarra;

(4) S^o Anatomía Patológica.(5) S^o Digestivo. Hospital Reina Sofía De Tudela. Servicio Navarro de Salud.

Introducción: El síndrome de Lynch (SL) se identifica habitualmente a través del estudio de mutaciones germinales en genes reparadores de los errores de la replicación (MMR) en pacientes seleccionados en base a criterios clínicos. Sin embargo, las características del SL identificado mediante otros esquemas basados en el filtrado molecular de todos los casos de cáncer colorrectal incidentes (CCRI), independientemente de sus rasgos clínicos o antecedentes familiares, no han sido previamente descritas.

Materiales: Estudio de todos los CCRI (periodo 2010-2013) en la red de Hospitales Públicos de la Comunidad de Navarra, mediante inestabilidad de microsátelites (IMS)> tinción inmunohistoquímica (IHQ)> mutación V600E de B-RAF/ hipermetilación del promotor de MLH1> y estudio de mutaciones germinales MMR, sin selección clínica previa ("serie CCRI"). Comparación con los resultados del esquema tradicional (serie "criterios clínicos") desde 1997-2009 en la misma población. Resultados preliminares del primer año.

Resultados: Descriptivos "serie CCRI": Incidencia CCR: 307/año ($\approx 0,5$ casos/100.000hb/año); Mutaciones causales de SL en CCRI: 4,1%. El número medio de sujetos portadores identificados por familia fue 5,04. La incidencia de cáncer de colon en portadores de las familias fue 57%; T^o libre de cáncer de colon: 55 años (53-61); Incidencia de neoplasia múltiple: 20,4%, datos semejantes a los de la serie SL "criterios clínicos". Sin embargo, la incidencia del cáncer de endometrio fue del 35,7%, menor que en la serie seleccionada por criterios clínicos (43,7%).

Conclusiones: Las características de las familias con SL identificadas a través del filtrado molecular de cáncer colorrectal incidente son semejantes a las de las identificadas por criterios clínicos excepto porque muestran una menor incidencia de cáncer endometrial. Probablemente, este aspecto debería ser tenido en cuenta a la hora de adoptar esquemas que limitan los sistemas de identificación del SL al cáncer colorrectal incidente.

P-6

VARIANTES DE EFECTO DESCONOCIDO EN LOS GENES BRCA1 Y BRCA2 DETECTADAS EN EL PROGRAMA DE CONSEJO GENÉTICO EN CÁNCER DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

COMUNICACIONES PÓSTERS: EXPOSICIÓN DE PÓSTERS

Tabla 1: VEDs con posible implicación patológica

GEN	EXON	BIC: DNA level	HGVS: DNA level	Codon	HGVS: protein level	BIC	UMD	ESEfinder	NNSplice
BRCA1	11	c.2781C>T	c.2662C>T	p.H888Y	p.His888Tyr	VED	VED	creación de un SF2/ASF y un SRp55	no diferencias
	11	c.3719G>T	c.3600G>T	p.Q1200H	p.Gln1200His	Neutral	VED	modifica un SF2/ASF, SF2/ASF (IgM BRCA1), SC35 y elimina un SRp40	no diferencias
	11	c.4165C>G	c.4046C>G	p.T1349R	p.Thr1349Arg	VED	VED	no diferencias	no diferencias
	16	c.5075G>A	c.4956G>A	p.M1652I	p.Met1652Ile	VED	Neutral	creación de un SRp40 (2.99) y un SRp55 (2.8)	no diferencias
	19	c.5277A>G	c.5158A>G	p.T1720A	p.Thr1720Ala	VED	Neutral	no diferencias	no diferencias
BRCA2	21	c.5443T>G	c.5324T>G	p.M1775R	p.Met1775Arg	VED	VED	creación de un SC35 (4.1) y un SRp40 (3.7)	no diferencias
	11	c.6671C>A	c.6443C>A	p.S2148Y	p.Ser2148Tyr	VED	VED	elimina un SF2/ASF (2) y un SF2/ASF (IgM-BRCA1) (2,2) y creación de un SC35 (2,8)	no diferencias
	15	c.7675A>G	c.7447A>G	p.S2483G	p.Ser2483Gly	VED	NO descrita	creación de un SF2/ASF (2.6) y modificación de un SRp40	creación de un sitio aceptor (0.72)
	18	c.8410G>C	c.8182G>C	p.V2728L	p.Val2728Leu	Neutral	VED	elimina un SC35 (3.6) y creación de un SRp40 (3.04)	no diferencias

Inmaculada de Juan Jiménez*, Sarai Palanca Suela*, Zaida García Casado**, José Antonio López Guerrero**, Carmen Guillén Ponce***, Ángel Segura Huerta****, Isabel Chirivella González*****, Eduardo Martínez de Dueñas*****, Ignacio Romero Noguera*****, Pascual Bolufer Gilibert*.

* Laboratorio de Biología Molecular. Servicio de Análisis Clínicos. Escuela de Enfermería. Hospital La Fe, Valencia; ** Laboratorio de Biología Molecular del Instituto Valenciano de Oncología (IVO), Valencia; *** Unidad de Consejo Genético, Hospital d Elche, Alicante; **** Unidad de Consejo Genético, Hospital La Fe, Valencia; ***** Unidad de Consejo Genético. Hospital Clínico, Valencia; ***** Unidad de Consejo Genético, Hospital General de Castellón, Castellón; ***** Unidad de Consejo Genético, IVO, Valencia.

Introducción: Se revisan las variantes de efecto desconocido (VEDs) detectadas en los genes BRCA1 y BRCA2 (BRCA) durante los seis años de funcionamiento del Programa de Consejo Genético en Cáncer

de la Comunidad Valenciana para conocer su incidencia y relación con la patología tumoral e intentar establecer su posible potencial patogénico.

Materiales: Se realiza el cribado de los genes BRCA en 1.778 casos índice (CI) y en 190 familiares de 76 CI portadores. La detección de las VEDs en los genes BRCA se ha efectuado mediante métodos de cribado (CSGE1 o HRM2) seguidos de secuenciación o secuenciación directa. Para evaluar la posible patogenicidad de las VED se han efectuado estudios in-silico aplicando los programas ESEfinder v.3.03 y NNSplice4.

Resultados: El 15% de los CI estudiados (231 de 1547 CI no informativos) presenta una VED, identificándose 59 VEDs diferentes (52 BRCA1 y 84 en BRCA2). En 76 de las familias portadoras de VED (27 en BRCA1 y 49 en BRCA2) se han realizado estudios familiares (mediana de dos familiares, rango entre 2-12). El 42% de los familiares estudiados presentaba la VED de su familia. No se ha encontrado asociación significativa entre la presencia de VED y ninguna característica clínico-patológica de los tumores de estas pacientes.

Nueve de las VEDs, seis en BRCA1 y tres en BRCA2, se presentan sólo en familiares con CM y los programas detectaron cambios en los sitios donores y/o aceptores según los programas ESEfinder y NNSplice (Tabla 1).

Conclusiones: La presencia de VED en los pacientes con CMOH tiene una incidencia similar al de mutaciones patogénicas. En el presente estudio no se ha detectado asociación de las VED con las características clínico-patológicas de las pacientes. Los estudios in-silico y la presencia de la VED en los familiares con CM apuntan a la posible patogenicidad de estas VEDs, si bien es necesaria su confirmación efectuando estudios biológicos y de segregación.

Agradecimientos: Los autores del estudio queremos manifestar nuestro agradecimiento a las técnicas de Laboratorio de Biología Molecular del Hospital La Fe Virginia González Anguix, Teresa Barrachina Zanón y Gemma Pérez Simó por su buen hacer y dedicación.

P-7

IDENTIFICACIÓN DE MUTACIONES EN LOS GENES BRCA1 Y BRCA2 UTILIZANDO TÉCNICAS DE SECUENCIACIÓN MASIVA

Anna Ruiz (1), Neus Baena (1), Gemma Llorc (2), Carmen Yagüe (2), Lidia Feliubadaló (3), Orland Diez (4), Miquel Angel Seguí (5), Eugeni Saigí (5), Montse Torra (1), Miriam Guitart (1).

(1) *Laboratori de Genètica, UDIAT-Centro de Diagnòstic, Corporació Sanitària Parc Taulí Institut Universitari (UAB), Sabadell, Barcelona;* (2) *Unidad de Consejo Genético, Instituto Oncológico del Vallés, Barcelona;* (3) *Programa de Cáncer hereditario, Unidad de Diagnóstico Genético, Instituto Catalán de Oncología (ICO-IDIBELL), L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona;* (4) *Laboratorio de Oncogenética, Hospital Universitario Vall d'Hebron;* *Instituto de Oncología Vall d'Hebron (VHIO), Barcelona;* (5) *Departamento de Oncología Médica, Corporació Sanitària Parc Taulí Institut Universitari, (UAB), Sabadell, Barcelona.*

Introducción: La utilización de técnicas de secuenciación masiva permite el análisis de múltiples genes y muestras a la vez, incrementando la rapidez de análisis y disminuyendo el coste respecto a la secuenciación tradicional. El objetivo de este estudio ha sido el desarrollo de una plataforma de identificación de mutaciones en los genes BRCA1 y BRCA2 en pacientes con cáncer de mama y ovario familiar.

Materiales: Un total de 20 muestras previamente analizadas mediante secuenciación Sanger han sido secuenciadas utilizando el secuenciador 454GSJunior

siguiendo la tecnología desarrollada por Roche. Las librerías de amplicones de los genes BRCA1 y BRCA2 se han generado utilizando el kit BRCA MASTR de Multiplicon. Se han secuenciado todos los exones y secuencias intrónicas adyacentes de los genes BRCA1 y BRCA2. El análisis e identificación de variantes se ha llevado a cabo utilizando el software AVA de Roche.

Resultados: Se han identificado la mayoría de las mutaciones patogénicas además de las variantes polimórficas presentes, obteniéndose una sensibilidad de 0.96 y una especificidad de 1. La cobertura de análisis mínima calculada para la identificación de variantes es de 40 lecturas por fragmento siendo necesaria la obtención de lecturas en ambos sentidos. Debido a las limitaciones de la pirosecuenciación, las secuencias de homopolímeros mayores a 6 nucleótidos presentes en los genes BRCA1 y BRCA2 han de ser analizadas utilizando un ensayo complementario.

Conclusiones: La secuenciación masiva permite la identificación de mutaciones en los genes BRCA1 y BRCA2 pudiendo ser implementada en el diagnóstico de rutina del cáncer de mama y ovario hereditarios.

P-8

ESTUDIO PANGEN-FAM: REGISTRO ESPAÑOL Y PROGRAMA DE CRIBADO DE FAMILIAS DE ALTO RIESGO DE ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS

Carmen Guillén Ponce, Evelina Mocci, Mirari Marquez, Julie Earl, Maria Teresa Salazar, Celia Calcedo, Agustina Amendolara, Francisco X Real, Nuria Malats, Alfredo Carrato.

Unidad de Cáncer Familiar. Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO). Madrid.

Introducción: Entre el 5-10% de los casos de cáncer de páncreas (CP) tienen agregación familiar. Aproximadamente el 20% corresponde a los síndromes: Peutz-Jeghers, pancreatitis hereditaria, melanoma familiar múltiple, mama y ovario hereditario (CMOH) y otros. Cáncer de páncreas familiar (CPF) es la agrupación de ≥ 2 familiares con CP sin un síndrome hereditario conocido. El patrón de herencia del CPF parece autósomico dominante, pero se desconocen sus bases genéticas.

Materiales: Los objetivos son: 1) desarrollar el primer registro español de CPF; 2) estudiar la herencia y las características fenotípicas y moleculares del CPF, y del CP precoz (≤ 50 años); 3) establecer e implementar una estrategia de detección precoz de CP

en individuos de alto riesgo (IAR); 4) caracterizar las lesiones preneoplásicas y los CP que se diagnostiquen en IAR durante el seguimiento. El estudio tiene dos componentes: 1) Cohorte de familias. Fuentes: estudio PanGen-ES (caso-control con >4000 casos de CP), y familias seleccionadas en 16 Unidades de Consejo Genético; 2) Cohorte de familiares de alto riesgo, que se siguen por ecoendoscopia (EUS), TC/RM y determinación de células tumorales circulantes (CTCs) en sangre periférica.

Resultados: Se ha analizado la historia familiar de 421 casos de CP, y se han identificado 32 (7,6%) de CPF y 52 casos de CP diagnosticado \leq 50 años (12,4%). Además, en 190 casos con agregación CP y otras neoplasias. Se han obtenido datos clínicos y muestras sanguíneas para estudios moleculares de 86 individuos: 59 pertenecientes a 13 familias con CPF, 18 de miembros de 3 familias con CMOH y 9 familiares con un caso de CP precoz. 50 IAR han iniciado exploraciones de cribado.

Conclusiones: Este proyecto pretende establecer el primer registro español de CPF y conocer más sobre las características de este síndrome. Además, se evaluarán los protocolos de cribado de individuos de alto riesgo.

P-9

PRECISIÓN DE MODELOS PROBABILÍSTICOS PARA DETECCIÓN DE MUTACIONES BRCA EN UNA MUESTRA POBLACIONAL DE LA COMUNIDAD

VALENCIANA

Isabel Chirivella González*, Vicenta Garcés*, M^a Teresa Martínez*, Inés González*, Sarai Palanca**, Vicenta Almonacid*.

*Servicio de Oncología Médica del Hospital Clínico Universitario de Valencia; **Laboratorio de Biología Molecular del Hospital la Fe de Valencia.

Introducción: No hay criterios estándar para recomendar estudio de los genes BRCA. Normalmente se utilizan unos criterios clínicos que tienen en cuenta el nº de familiares afectados de cáncer de mama y ovario en 1^a y 2^o grado. Existen modelos que determinan la probabilidad de detectar una mutación en BRCA según los antecedentes familiares. Nuestro objetivo es conocer si los modelos probabilísticos Myriad y BRCAPRO pueden ayudar a seleccionar mejor a nuestra población para el estudio de BRCA vs los criterios clínicos establecidos.

Materiales: Se han seleccionado un total de 498 mujeres atendidas en la Unidad de Consejo Genético del Hospital Clínico de Valencia desde marzo-05 a

enero-12 en las que se ha realizado estudio de los genes BRCA según criterios clínicos. Se evaluará el resultado de los modelos probabilísticos Myriad y BRCAPRO comparando cuando la probabilidad es \geq 10% y si se ha detectado o no mutación. Se calculará la sensibilidad, especificidad y valor predictivo cuando la probabilidad de detectar mutación es \geq 10%.

Resultados: Hasta el momento se han analizado un total de 276 de los 498 casos seleccionados. De los 498 casos con 85 mutaciones detectadas, el modelo Myriad predijo 58 de las 85 mutaciones y el modelo BRCAPRO 70 de las 85 mutaciones. De los 190 casos estudiados sin mutación (de un total de 413): 35 según Myriad y 33 según BRCAPRO presentaban una probabilidad de mutación \geq 10%.

Conclusiones: Los criterios clínicos detectan 85 mutaciones en 498 casos (17.06 %). De las 85 mutaciones detectadas, el modelo de BRCAPRO predice el 82.35% mientras que el modelo Myriad el 68.23%. En el congreso se presentarán los resultados de sensibilidad, especificidad y valor predictivo. La combinación de criterios clínicos y modelos probabilísticos podría ayudar a seleccionar mejor los casos para estudio de BRCA con un importante ahorro en estudios genéticos.

P-10

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA ANTICIPACIÓN DE RESULTADO Y PERCEPCIÓN DE RIESGO EN FAMILIAS CON MUTACIÓN BRCA

Vicenta Almonacid Guinot *, Vicenta Garcés*, Inmaculada de Juan**, Isabel Chirivella*.

*Unidad de Consejo Genético en Cáncer Hereditario, Hospital Clínico Universitario, Valencia. España; **Laboratorio de Biología Molecular, Hospital La Fe, Valencia, España.

Introducción: Conocer el riesgo de padecer cáncer puede aportar beneficios, aunque puede provocar alteraciones emocionales. La gran mayoría de estudios que analizan la percepción de riesgo en Cáncer Hereditario describen una sobrestimación de riesgo. Objetivo: evaluar la Anticipación de Resultado y el Riesgo Percibido en los sujetos que acudieron a la UCG durante el periodo 1/1/2008 a 31/12/2011, mediante análisis descriptivo.

Materiales: Se evaluaron 692 sujetos pertenecientes a 375 familias que cumplían criterios de Síndrome de Cáncer de Mama/Ovario. Tras el árbol familiar y recibir información del estudio, se realizó evaluación psicológica sobre anticipación de resultado y percepción de riesgo.

Resultados: De los 375 Casos Índice (CI), 19.73% eran portadores de mutación, el 61.6% eran No Informativos (NI) y el 18,66% portadores de una Variante de Efecto Desconocido (VED). En los familiares el 49.68% presentaba la mutación, el 50,31% eran verdaderos negativos. Anticipación de resultado no encontramos diferencias entre CI y Familiares, 25.6% 27,21% respectivamente, anticipaban un resultado positivo; el 15,46% de los CI y el 15,18% de los familiares anticipaban un resultado negativo. El 58% de sujetos de ambos grupos, no anticipaban ningún resultado. Anticipación de riesgo las alternativas más contestadas fueron riesgo moderado (12-25%) y alto riesgo (25-80%), un 18,13% de CI y un 30,06% de en familiares creían que su riesgo era moderado, el 18,13% de CI y un 23,73% de familiares percibían un alto riesgo 10,66% de CI. pensaba que era inevitable. 43,46% de CI y el 33% de familiares no querían pensar o no querían saber.

Conclusiones: La anticipación de resultado parece que no se relaciona con el hecho de ser CI o familiar, aunque en CI se sobreestima la probabilidad de ser portador y en familiares se infraestima este riesgo. El riesgo percibido es realista en CI e infraestimado en familiares.

P-11

LEIMIOMATOSIS Y CARCINOMA RENAL HEREDITARIOS EN EDAD PEDIÁTRICA

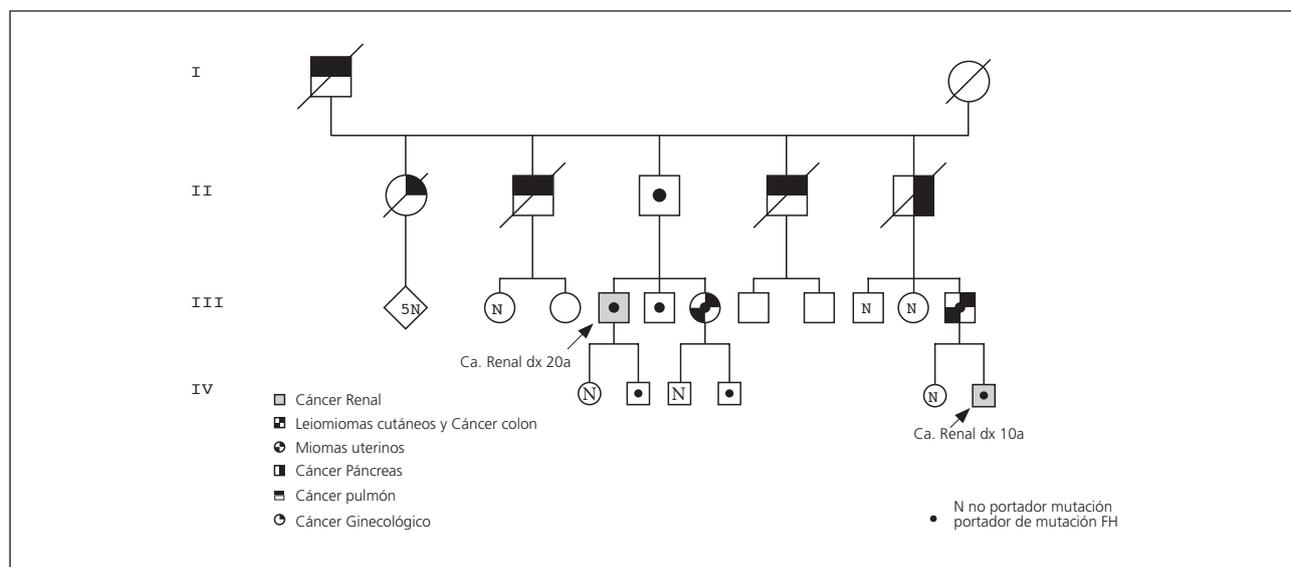
Ana Beatriz Sánchez Heras, Carlos Esquembre, Adela Castillejo, María Isabel Castillejo, Raquel Perea, E Hernandez Illan, Miguel Trigueros, Víctor Manuel Barberá, José Luis Soto.

(1) Unidad de Consejo Genético en Cáncer, HGU Elche; (2) S. Oncología Pediátrica, HGU Alicante; (3) Laboratorio de Oncología Molecular, HGU Elche; (4) Laboratorio de Oncología Molecular, HGU Elche; (5) Unidad de Consejo Genético en Cáncer, HGU Elche; (6) Laboratorio de Oncología Molecular, HGU Elche; (7) S. Anatomía Patológica, HGU Alicante; (8) Laboratorio de Oncología Molecular, HGU Elche; (9) Laboratorio de Oncología Molecular, HGU Elche.

Introducción: La leiomiomatosis y cáncer renal hereditarios (HLRCC) es un síndrome de predisposición a cáncer causado por mutaciones en el gen de la Fumarato Hidratasa (FH). La herencia del HLRCC es de tipo autosómico dominante, con una expresividad variable y alta penetrancia. Las manifestaciones clínicas características son los leiomiomas cutáneos (85%), uterinos (25-77%) y cáncer renal (20%). Los tumores renales son típicamente unilaterales y tienen una histología papilar tipo 2 o ductal. Hasta la fecha se han descrito alrededor de 200 familias. Describimos una familia diagnosticada de HLRCC a partir del diagnóstico de cáncer renal en un niño de 10 años.

Materiales: Características clínicas, patológicas y genéticas de una familia con criterios de HLRCC. Análisis genético mediante PCR y secuenciación de la región codificante completa y uniones intrón-exón del gen FH. Análisis de predicción de riesgo en familiares. Recomendaciones de diagnóstico precoz a individuos positivos para la mutación.

Resultados: Caso índice: varón 10 años con diagnóstico de tumor oncocítico renal unilateral y multifocal. Historia familiar: padre con leiomiomas cutáneos y cáncer de colon (dx 50a). Abuelo paterno con



cáncer de páncreas (dx 58a). Tío segundo por rama paterna angiomiolipoma renal (dx 20a). Fig.1. El estudio genético del caso índice reveló la presencia en heterocigosis de la mutación c.1118A>G; p.Asn373Ser en el exón 8 del gen FH. Esta alteración ha sido previamente descrita como causante del síndrome. Se han realizado estudios genéticos de predicción de riesgo en 14 familiares. Siete de ellos resultaron positivos, ofreciéndoles recomendaciones de seguimiento para diagnóstico precoz: RM ó TC abdominal anual, examen dermatológico anual, y exploración ginecológica mediante ecografía uterina en mujeres.

Conclusiones: El diagnóstico genético de HLRCC y los estudios predictivos en individuos a riesgo, permite ofrecer un programa de diagnóstico precoz, principalmente ante el riesgo de cáncer renal que suele tener un curso desfavorable en esta entidad.

P-12

ANÁLISIS DEL PROCESO DE ESTUDIO DEL ESTADO DE PORTADOR EN INDIVIDUOS DE FAMILIAS CON MUTACIÓN CONOCIDA EN BRCA1-2

Santiago González Santiago, Montaña Corcho Gómez, Carmen Salguero Núñez, María Helena López de Ceballos Reyna, Silvia Romero Chala, Jorge Muñoz Luengo, Ricardo Collado Martín, Rubén Alonso Calderón, María Ángeles Rodríguez Jaraiz, Pablo Borrega García.

Unidad de Cáncer Hereditario de Extremadura, Hospital San Pedro de Alcántara (Cáceres).

Introducción: Tras la identificación de una mutación en BRCA en el probando índice se ponen en marcha mecanismos para que sus familiares puedan conocer, si lo desean, su estado de portador. Este proceso puede verse dificultado por la dispersión de la familia, la falta de comunicación, la edad avanzada o el fallecimiento previo de algunos miembros, etc. Analizamos este proceso en las familias con mutación en BRCA en seguimiento en la Unidad de Cáncer Hereditario de Extremadura.

Materiales: Se han revisado los árboles genealógicos de las familias con Síndrome de Cáncer de Mama y Ovario Hereditario en seguimiento en nuestra Unidad para determinar las características de los sujetos > de 18 años candidatos a conocer su estado de portador y el proceso que habían seguido.

Resultados: Se han identificado hasta ahora 40 familias con mutación en BRCA. La mediana de seguimiento desde la identificación de la mutación en el probando índice es de 15 meses (1-68). La

edad media al diagnóstico del probando índice ha sido de 50,3 años (29-80). Respecto al probando índice, en nuestra serie, la media de familiares candidatos a conocer su estado de portador de 1º grado fue de 4.85, de 2º grado 7.41 y de 3º grado 11.13 respectivamente. De 189 familiares de 1º grado se han estudiado 107 (56,6%) a una edad media de 49.8 años, 64 mujeres (59.8%) y 43 hombres (40.2%). De 289 familiares de 2º grado se han estudiado 24 (8.3%) a una edad media de 38.4 años, 16 mujeres (66.7%) y 8 hombres (33.3%). De 434 familiares de 3º grado se han estudiado 8 (1.8%) a una edad media de 48.3 años, 6 mujeres (75%) y 2 hombres (25%).

Conclusiones: El porcentaje de individuos que conocen su estado de portador disminuye de manera importante en familiares de 2º y 3º grado. Entre éstos, las mujeres jóvenes son las más interesadas en conocer su estado de portador. Es importante identificar las causas que dificultan que los familiares conozcan su estado de portador para que puedan beneficiarse de medidas de prevención.

P-13

ULTRASONOGRAFIA ENDOSCÓPICA EN POBLACIÓN DE ALTO RIESGO DE CÁNCER DE PÁNCREAS

Carmen Guillén Ponce, Evelina Mocci, Enrique Vázquez Sequeiros, Cristina González Gordaliza, María Muñoz Beltran, Alfonso Sanjuanbenito, Enrique Martínez Molina, Carmen González García, Ana Custodio Carretero, Alfredo Carrato.

Unidad de Cáncer Familiar, Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid; Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid; Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid; Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid; Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid; Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción: Las familias de cáncer de páncreas (CP) tienen mayor riesgo de desarrollar la enfermedad que la población general. El riesgo aumenta proporcionalmente al número de familiares enfermos. En la última década, varios centros en todo el mundo están actuando, en esta población de alto riesgo, programas de cribado que utilizan, como metodología básica, la ultrasonografía endoscópica (UE) y tomografía computerizada (TC) o resonancia

magnética (RM). La presente comunicación evalúa los hallazgos del cribado de individuos de alto riesgo de CP.

Materiales: Se ha recomendado el cribado de CP en individuos de alto riesgo de CP mediante UE y TC. En aquéllos casos que se sospechaba alguna alteración se procedió a realizar RM y/o punción de la lesión sospechosa pancreática.

Resultados: Desde octubre de 2011 se ha indicado el cribado a 50 individuos, pertenecientes a 10 familias. 9 familias tenían cáncer de páncreas familiar (CPF) y una tenía un síndrome de cáncer de mama y ovario hereditario (CMOH) con un caso de CP. Se han identificado 4 lesiones sospechosas por UE, ninguna de éstas se correlacionaba con sospecha por TC o RM. Las lesiones sospechosas se hallaron en 3 miembros de la misma familia y otra de otra familia; todos con CPF. Se ha indicado la punción de las lesiones en 2 casos; en ambos el resultado citológico ha sido negativo. En los otros dos casos se ha optado por seguimiento.

Conclusiones: Los resultados preliminares confirman que el UE permite detectar pequeñas lesiones, no detectables con TC ni RM convencional. El fenotipo hallado por UE ha sido ya descrito en pacientes con fuerte historia familiar de CP. Se debería explorar la utilidad de otras pruebas de imagen, como la RM con difusión, para el seguimiento de individuos de riesgo de CP.

P-14

PERFIL DE PACIENTES A LAS QUE SE REALIZA DETERMINACIÓN DE MUTACIONES DE BRCA1 Y BRCA2

Ana Laura Ortega Granados, Tamara Díaz Redondo, Esther Martínez Espín, Capilla de la Torre Cabrera, Laura Vera Ramírez, Carmen Entrala Bernal, Francisca Pérez (7), Francisco Javier Fernández Rosado (8), Ana María Jaén Morago, Pedro Sánchez Rovira.

(1, 2, 4, 7, 9, 10) Servicio de Oncología Médica, Complejo Hospitalario de Jaén; (3, 6, 8) Lorgen, Granada; (5) Genyo, Granada.

Introducción: Un 3-5% de los casos de cáncer de mama (CM) y un 10% de los casos de cáncer de ovario (CO) pueden relacionarse con mutaciones germinales de BRCA1 y BRCA2; el síndrome de cáncer de mama y ovario hereditario (CMOH) es el síndrome de susceptibilidad familiar al cáncer más frecuente. El objetivo de esta revisión es caracterizar clínicamente a las probandas en familias con sospecha de CMOH.

Materiales: Se revisaron los criterios de riesgo y características clínicas de las probandas de las 102 familias de alto riesgo para CMOH valoradas en 2011 en nuestra unidad de Cáncer Hereditario.

Resultados: En las 102 familias a las que se propuso estudio genético de BRCA1 y/o BRCA2, se consideraron los criterios clínicos propuestos por la SEOM (Tabla 1; se recoge 1 criterio por familia, predominando el primero sobre los demás).

Tabla 1.

CRITERIO	Familias (%)
≥3 casos de CM y/o CO en familiares de 1º grado	37 (36.2%)
2 casos de CO en familiares de 1º y 2º grado	5 (4.9%)
2 casos (1 CM y 1 CO) entre familiares de 1º y 2º grado	10 (9.8%)
2 casos (1 CM varón y 1 CM o CO) en familiares de 1º y 2º grado	6 (5.9%)
2 casos de CM en menores de 50 años en familiares de 1º y 2º grado	23 (22.5%)
2 casos de CM (1 bilateral, 1 CM, uno en menor de 50 años) en familiares de 1º y 2º grado	3 (2.9%)
CM en menor de 30 años	5 (4.9%)
CM y CO en la misma paciente	8 (7.8%)
CM bilateral en menor de 40 años	0 (0%)
Mutación deletérea conocida en la familia	5 (4.9%)

La mediana de edad de las probandas fue de 45 años (18-69). La mayoría de las probandas (95 de las 107) habían sido diagnosticadas de CM o de CO; en un 4.9% (5 casos) se estudiaron mujeres pertenecientes a familia con mutación patogénica conocida en su familia, y en un 1.9% (2 casos) a mujeres sanas pertenecientes a familias con criterios de alto riesgo. Con respecto a los CM, la histología predominante es el carcinoma ductal infiltrante (92% de los CM), y el perfil IHQ más frecuente es RE+/RP+/HER2- (63% de los CM). Se consideraron como probandas 10 mujeres (9.8%) con CM triple negativo. Con respecto al CO, se había diagnosticado en el 12.7% de las probandas (13 casos).

Conclusiones: La mayoría de las mujeres consideradas como probandos, en familias con sospecha de CMOH, pertenecen a familias con 3 ó más casos de CM y/o CO.

Digestivo Colorrectal

P-15

GRUPOS DIFERENCIALES DENTRO DE CÁNCER COLORRECTAL DE APARICIÓN PRECOZ SEGÚN LA CLASIFICACIÓN MOLECULAR DEL CÁNCER COLORRECTAL

José Perea García, Daniel Rueda, Alicia Canal, Edurne Álvaro Cifuentes, Yolanda Rodríguez Gil, José Cruz Trapero, José Díaz Tasende, José Carlos Marín, Cristina Grávalos, Miguel Urioste Azcorra.
Hospital Universitario "12 de Octubre". Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas. Madrid.

Introducción: Nuestro objetivo es aplicar la clasificación molecular del Cáncer Colorrectal (CCR) a partir de las tres vías de carcinogénesis en dos poblaciones bien diferenciadas, la joven y la anciana, con el objetivo de identificar algún grupo particular en la población joven.

Materiales: Analizamos 88 casos de CCR menores de 45 años y 97 mayores de 70, y sus características anatómicas, familiares, y determinadas moleculares. Se realiza el análisis de Inestabilidad de Microsatélites (IMS) y Fenotipo metilador (FM), dividiéndose en 4 subtipos para ambas poblaciones: IMS con FM alto (grupo A); IMS y FM bajo-0 (grupo B); Estabilidad de Microsatélites (EMS) con FM alto (grupo C); y EMS con FM bajo-0 (grupo D). Se analizan las diferencias de cada grupo entre ambas poblaciones.

Resultados: En jóvenes, el grupo A corresponde a casos de síndrome de Lynch, y en ancianos a mutaciones de BRAF y/o hipermetilación del promotor de MLH1. En el grupo B, proporción parecida de síndrome de Lynch, aunque mayor carga familiar en jóvenes. En el grupo C destaca que el 56% del CCR en jóvenes se localiza en colon derecho frente al 80% en recto de los ancianos. Mayor proporción de tumores mucinosos, y menor estadificación en jóvenes, además de presentar agregación familiar un 44% frente al 93% de esporádicos en los ancianos. En el grupo D, el 49% de los jóvenes el CCR es izquierdo frente al 41% de derechos de los ancianos, así como mayor proporción de Neoplasia primaria múltiple en estos. El 55% de los jóvenes presentaron agregación familiar, incluido 10% de CCR Familiar tipo X, frente al 79% de esporádicos en ancianos.

Conclusiones: Observamos dos grupos diferenciados de CCR en jóvenes con EMS en función del FM distintos al del anciano, destacando especialmente el componente familiar en el grupo de aparición precoz.

P-16

QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE TRAS RESECCIÓN DE METÁSTASIS HEPÁTICAS Y/O PULMONARES DE CÁNCER COLORRECTAL

Mikel Arruti Ibarbia, Eddy Isabel Gutiérrez Damian, Aintzane Sancho Gutiérrez, Itziar Rubio Etxebarria, Sergio Carrera Revilla, Eider Azkona Uribelarra, Cristina López Escola, Elizabeth Condori Quito, Aitziber Buque Martinez, Guillermo López Vivanco.
Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario de Cruces, Bizkaia.

Introducción: La quimioterapia adyuvante (QA) se recomienda en las guías clínicas tras la resección de metástasis (mtx) de cáncer colo-rectal, a pesar de la ausencia de resultados de ensayos que demuestren su beneficio con contundencia.

Materiales: Revisión retrospectiva de pacientes tratados en nuestro servicio con QA tras resección de metástasis hepáticas y/o pulmonares de cáncer colorrectal desde Enero del 96 a Diciembre del 11.

Resultados: Han sido tratados 191 pacientes. Características: Mediana de edad 62 años (23 - 81). Sexo: 114 varones (60%) 77 mujeres (40%). Localización del tumor primario: colon 129 (67.5%) recto 62 (32.5%). Localización de mtx: hepática 143 (75%), pulmón 46 (24%) y ambos 2 (1%). Estadio: I 2(1%), II 50 (26%), III 87 (46%) y IV 52 (27%). QA: 5-Fu + LV 70 (36.6%), basado en Irinotecan 9 (4.7%), basado en Oxaliplatino 112 (58.6%). CEA prequirúrgico: normal: 146 (76%), elevado 45 (24%). Número mtx: una 87 (45%), dos 65 (34%), tres 18 (9%), más de tres 21 (11%). Completaron tratamiento 149 pacientes (78%); se suspendió en 42 (22%) por toxicidad o progresión. Recaída post cirugía: 105 (38%). Mediana de supervivencia global no alcanzada. Supervivencia estimada a 5 años: 62%. Supervivencia libre de progresión: 30 meses. Factores pronósticos de supervivencia: N+, CEA elevado y más de tres metástasis. No hay diferencias entre esquemas de QA.

Conclusiones: La cirugía de metástasis hepáticas y pulmonares de cáncer colo-rectal es un tratamiento con intención curativa. La quimioterapia adyuvante podría mejorar la supervivencia al disminuir la tasa de recurrencia. A la hora de interpretar estos resultados, se debe tener en cuenta que se trata de pacientes seleccionados, con factores de buen pronóstico.

P-17

LOS FÁRMACOS BIOLÓGICOS ASOCIADOS A QUIMIOTERAPIA DE PRIMERA LÍNEA AUMENTAN LA SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES AFECTOS DE CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO (CCRM)

Montse Pàmols Felip, Carles Pericay Pijaume, Aleydis Pisa Gatell, Emma Dotor Navarro, Estefanía García Pérez, Julio Ocaña Rojas, Eugeni Saigí Grau.
Servicio de Oncología Médica, Hospital de Sabadell, Corporación Sanitaria Parc Taulí, Sabadell.

Introducción: La mutación en KRAS ha permitido dividir la población con CCRm en mutada o natural. Fármacos como Cetuximab®, Panitumumab® y Bevacizumab® son activos en esta población asociados a quimioterapia. Presentamos los resultados comparativos de los pacientes afectados de CCRm tratados en primera línea según el estado de K-RAS.

Materiales: Criterios de inclusión: pacientes con CCRm tratados en el Hospital de Sabadell, estado KRAS, candidatos a poliquimioterapia (oxaliplatino/irinotecán más un fármaco biológico, haber completado una primera línea con evaluación de respuesta. La mutación se determinó por el sistema de secuenciación directa por KRAS DxS Kit (DxS Ltd., Manchester). La supervivencia libre de progresión (SLP) se determinó desde el diagnóstico hasta el inicio de 2ª línea o último control. La supervivencia global (SG) se determinó desde el diagnóstico hasta muerte o último control.

Resultados: Se analizaron de forma consecutiva 158 pacientes que cumplían los criterios de inclusión. Edad media: 60,91 años, hombre/mujer: 94/64. KRAS natural/mutado: 93/65. Localización tumor primaria: 44 derecho, 74 izquierdo, 40 recto. Metástasis: 46/112 metacrónicas/sincrónicas. 38 tratamiento adyuvante (21 5FU, 17 oxaliplatino). Localización al diagnóstico: 97 única (62 hígado, 16 pulmón, 11 peritoneo y 8 retroperitoneo) y 61 dos o más localizaciones (45 hígado y otra). Se reseccionaron metástasis en 44 pacientes (17 KRAS mutado, 27 KRAS natural). Tratamiento primera línea: 74 pacientes quimioterapia sola (QT) (55 FOLFOX, 10 FOLFIRI, 10 fluoropirimidinas) y 84 pacientes QT con anticuerpo (QT+A) (58 anti-VEGF, 26 anti-EGFR). Respuesta: 15 respuesta completa, 88 respuesta parcial, 24 enfermedad estable, 30 progresión. Ninguno de ellos fue éxito. SLP: 19,01 meses. SLP de KRAS natural vs KRAS mutado fue 18,03 vs 20,41 meses. SLP en KRAS natural según QT o QT+A: 18,26 vs 17,84 meses. SLP en KRAS mutado según QT o QT+A: 16,80 meses vs 24,14 meses. SG: 30,35 meses. SG de KRAS natural

vs KRAS mutado fue 21,54 vs 42,96 meses. SG en KRAS natural según QT o QT+A: 19,91 vs 20,46 meses. SG en KRAS mutado según QT o QT+A: 39,37 vs 46,65 meses.

Conclusiones: No encontramos diferencias en SLP entre los tumores KRAS natural y mutados. En los pacientes con KRAS mutado, la asociación de un anticuerpo antiVEGF aumenta la SLP y la SG.

P-18

PAPEL DE TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES CON 18-FDG (FDG-PET) EN LA VALORACION DE RESPUESTA A QUIMIORADIOTERAPIA (QRT) EN CÁNCER DE RECTO (CR)

Encarnación González Flores, Julia Ruiz Vozmediano, Verónica Conde Herrero, Javier García García, Beatriz González Astorga, Aranzazu González Vicente, Jesús Soberino García, Cinthya Scarlett González Rivas, Javier Valdivia Bautista, Juan Ramón Delgado Pérez.
Hospital Virgen de las Nieves, Oncología Médica, Granada.

Introducción: Las técnicas tradicionales de imagen son efectivas en la definición de la extensión tumoral al diagnóstico y en el estadiaje del CR localmente avanzado, pero son insuficientes para distinguir tejido tumoral residual de fibrosis post QRT. La Tomografía por Emisión de Positrones con 18- Fluordesoxiglucosa (18-FDG-PET) es una herramienta prometedora para monitorizar el efecto del tratamiento antitumoral. El objetivo de este estudio es valorar si FDGPET puede predecir la respuesta de CR localmente avanzado al tratamiento neoadyuvante.

Materiales: Se incluyeron en este estudio 42 pacientes con CR localmente avanzado que se sometieron a QRT neoadyuvante. Todos los pacientes recibieron QRT (capecitabina y radioterapia). El PET-TAC se realizó previamente y 6 semanas después de recibir el protocolo neoadyuvante. La cirugía incluía la resección total del mesorrecto. Los parámetros del PET-TAC incluían el SUV máximo y la mediana de descenso del SUV máximo.

Resultados: Los resultados se correlacionaron con la respuesta patológica, evaluada por el estadiaje histopatológico de las piezas quirúrgicas (pTNM). En todos los pacientes la lesión primaria presentaba un SUV máximo elevado (SUV máximo 13.14±5). Después de la QRT neoadyuvante, de los 42 pacientes derivados a cirugía, 37 pacientes (88.1%) se clasificaron como respondedores con un descenso del SUV máximo (75%±25%), mientras que los restantes (11.9%)

fueron no respondedores. Tras la QRT neoadyuvante 5 (11.9%) pacientes presentaban un PET-TAC negativo (con remisión patológica completa en 3 pacientes y remisión parcial en 2 pacientes) y 32 (76.1%) pacientes mostraron un descenso del SUV máximo (16 de ellos presentaban una remisión parcial) con una correlación del 84.2% entre el descenso del SUV máximo y la remisión parcial.

Conclusiones: Los resultados sugieren la utilidad del PET-FDG como una herramienta de diagnóstico y pronóstico en la evaluación de la respuesta a QRT neoadyuvante del cáncer de recto localmente avanzado. El SUV máximo parece el mejor predictor de respuesta a QRT.

P-19

RESPUESTA BIOQUÍMICA MEDIANTE MONITORIZACIÓN DE CEA EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO TRATADOS CON BEVACIZUMAB

Encarnación González Flores, Beatriz González Astorga, Javier Angel García García, Aranzazu González Vicente, Jesús Soberino, Cynthia González Rivas, Julia Ruiz Vozmediano, Verónica Conde Herrero, Juan Ramón Delgado.

Servicio Oncología Médica, Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.

Introducción: El antígeno carcinoembrionario (CEA) es un biomarcador rutinario empleado para monitorizar la respuesta al tratamiento en el cáncer colorrectal avanzado. Su uso no ha sido apoyado por ensayos clínicos, ni en combinación con nuevas drogas, tales como los inhibidores de la angiogénesis. Para determinar su valor realizamos un análisis retrospectivo de los pacientes con cáncer colorrectal metastásico que habían sido tratados con quimioterapia estándar en combinación con bevacizumab. Se analizó la respuesta bioquímica por CEA y la respuesta radiológica por TAC (patrón oro).

Materiales: Análisis retrospectivo de 41 pacientes con cáncer colorrectal avanzado que habían sido tratados en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. Los pacientes tenían disponibles los niveles de CEA durante el tratamiento y las evaluaciones de TAC de respuesta. El tratamiento consistió en quimioterapia más Bevacizumab. El análisis consideró una respuesta por CEA como un descenso $\geq 50\%$ del CEA basal, y la progresión como un aumento $\geq 30\%$ del nivel de CEA más bajo registrado. La respuesta por TAC se midió por criterios RECIST.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 62 años (33-76). El 67% eran hombres y el 33% mujeres.

El 71% eran tumores localizados en el colon y el 29% en el recto. El 26% tenía un CEA normal al inicio del tratamiento, todos los demás habían elevado el CEA. Todos los pacientes (100%) recibieron tratamiento de primera línea. La combinación de Bevacizumab fue de: 43% FOLFOX, XELOX 29%, 14% FOLFIRI, XELIRI 14%. La relación entre la respuesta radiológica y la respuesta bioquímica por CEA fue estadísticamente significativa ($p = 0,003$, test de Fisher). El tiempo medio de respuesta por CEA fue significativamente menor que el radiológico (66 días vs 87 días, $p = 0,009$, test de Mann-Whitney). El tiempo medio de progresión por CEA fue similar al radiológico.

Conclusiones: Observamos que en pacientes con cáncer colorrectal avanzado que reciben tratamiento con quimioterapia y Bevacizumab, la respuesta bioquímica por CEA se percibía antes que la respuesta radiológica. El CEA es un examen accesible y de bajo costo y estos resultados sugieren que el análisis de CEA podría ayudar en la decisión de acelerar o retrasar el TAC a fin de evitar los tratamientos o tomografía computarizada no útiles.

P-20

ANÁLISIS RETROSPECTIVO DEL TRATAMIENTO PREOPERATORIO EN CÁNCER DE RECTO LOCALMENTE AVANZADO

Julia Ruiz Vozmediano, Encarnación González Flores, Beatriz González Astorga, Verónica Conde Herrero, Javier García García, Aranzazu González Vicente, Jesús Soberino García, Cynthia Scarlett González Rivas, Joaquina Martínez Galán, Juan Ramón Delgado Pérez.

Hospital Virgen de las Nieves, Oncología Médica, Granada.

Introducción: El tratamiento preoperatorio con radioquimioterapia (RT-QT) se considera el tratamiento estándar del cáncer de recto (CR) E. II-III, sin embargo no todos los pacientes pueden recibir tratamiento combinado. Las fluoropirimidinas orales como la Capecitabina pueden sustituir al 5FU en IC. Oxaliplatino podría aumentar las respuestas patológicas. El objetivo de nuestro estudio es analizar retrospectivamente las respuestas patológicas en relación con el tratamiento preoperatorio utilizado y su impacto en la supervivencia.

Materiales: Entre Mayo 2005 y Junio 2011, 108 pacientes (pts) con diagnóstico de CR fueron tratados de forma preoperatoria. De ellos 72pts con RT (45-50Gy) y Capecitabina; 24 pts con RT y oxaliplatino-

Capecitabina y 11pts solo con RT preoperatoria. 28 pts presentaban E.II y 69 E. III Mediana de edad: 67 años (39-89). Hombres: 72, Mujeres: 34. Pretratamiento se realizó : RM pélvica, ECO transrectal, TAC de abdomen, Rx tórax y PET-TAC. Todos los pts fueron intervenidos 8 semanas después de completar el tratamiento preoperatorio.

Resultados: De los 108 pts incluidos, en 70 (64,8%) hubo respuesta al tratamiento: RCp:18 pts (16,66%);RPP: 52 (48,14%), El porcentaje de RCp fue de 18,05% para Capecitabina + RT vs 20,83% para Oxa-capecitabina + RT ; RPP de 50% en los pts tratados con capecitabina+RT vs 54,16% en tratados con xelox+RT, el análisis comparativo de ambos tratamientos sin significación estadística, $p > 0,05$ (0,919). En ptes tratados con RT exclusiva RCp: 0 vs 18 (18,75%) para todos los pacientes tratados con QT+RT y las RPP de 3 (27,27%) vs 49 (51,04%) para el tratamiento combinado. Con una mediana de seguimineto de 33 meses, la mOS fue de 37,5 meses para todos los pacientes. De los 11 pts que recibieron RT exclusiva la mediana de OS fue de 23 meses vs 42 meses para el tratamiento combinado QT+RT.

Conclusiones: El tratamiento combinado con QT-RT preoperatorio en cáncer de recto induce importante tasa de respuestas patológicas sin que aporte mejoría la asociación con Oxaliplatino. El uso exclusivo de tratamiento RT parece asociarse a una menor tasa de respuesta patológicas y de OS, si bien sin diferencias significativas debido al escaso número de pacientes analizados.

P-21

CORRELACIÓN DEL ESTADO DEL GEN UGT CON LA TOXICIDAD PRODUCIDA POR IRINOTECAN.

ESTUDIO RETROSPECTIVO

Martina Alonso Lago, Alfonso Martín Carnicero, Miriam Zorrilla Larraga, Fernando Iguaz Pascual, Edelmirra Velez de Mendizabal , Isabel Manrique Abós, Rosa Sánchez Gómez, Raquel Salazar Sáez.

Servicio de Oncología Médica, Laboratorio de Genética, Hospital San Pedro, Logroño.

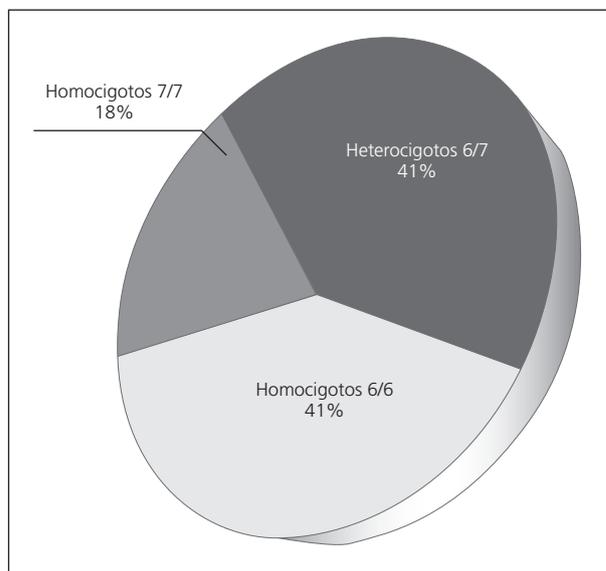
Introducción: El metabolito activo del Irinotecan es SN-38 que se elimina en el hígado tras la glucuronización por la enzima UGT1A. Su isoforma UGT1A1 se encarga además, de la glucuronización de la bilirrubina y es la de mayor afinidad por SN-38. Los niveles de enzima están regulados por control transcripcional, de tal manera que a menor nº de repeticiones de bases de timina-adenina próximas a la zona promotora

del gen, mayor eficiencia en la transcripción. Los pacientes con síndrome de Gilbert (homocigotos TA7), tienen menos capacidad para metabolizar el SN-38. **Objetivo:** Correlacionar el estado del gen UGT con la toxicidad producida por el Irinotecan.

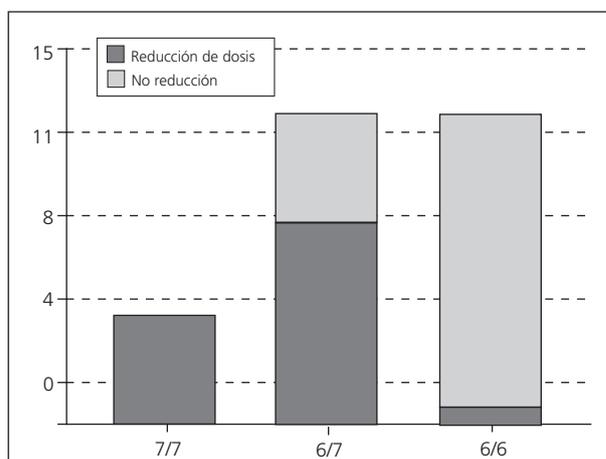
Materiales: Se estudia el gen UGT en 34 pacientes tratados con Irinotecán desde el 2010 hasta la actualidad. De los pacientes analizados: 6 resultaron ser homocigotos 7/7 (17.64%); 14 homocigotos 6/6 (41.17%) y 14 heterocigotos 6/7 (41.17%).

Resultados: De los homocigotos 7/7, uno de ellos no llegó a iniciar tratamiento por el estado general, del resto de los pacientes todos precisaron

Estado del gen UGT



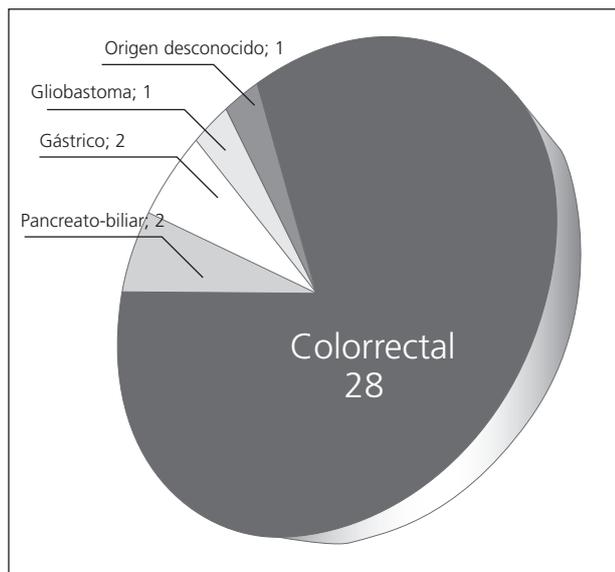
Correlación del estado del gen con la necesidad de reducción de dosis durante la quimioterapia



reducción de dosis por toxicidades G3-4 (fundamentalmente diarreas, astenia, neutropenia y alopecia). De los 14 pacientes homocigotos 6/6 sólo uno precisó reducción de dosis, y de los 14 pacientes heterocigotos 6/7, uno falleció por progresión tras el primer ciclo y 9 precisaron reducción de dosis (69%). Los homocigotos 7/7 progresaron todos excepto uno de los pacientes que está pendiente de evaluar; en el resto de los casos no se ha encontrado relación con la respuesta.

Conclusiones: El estado homocigoto 7/7 del gen UGT se relaciona con un perfil de toxicidad elevada sobre todo en forma de astenia, alopecia, neutropenia y diarreas que obliga a reducir la dosis del irinotecan. El estado heterocigoto 6/7 está asociado con toxicidad hasta en un 69% de los pacientes y los homocigotos 6/6 presentan bajo riesgo de toxicidad.

Pacientes



P-22

LOS ÍNDICES DE COMORBILIDAD (CHARSLON AJUSTADO A EDAD Y ACE-27) Y ECOG COMO PREDICTORES DE RECAÍDA Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON CÁNCER COLORECTAL DISEMINADO TRATADOS EN 1º LÍNEA

Elisabeth Pérez-Ruiz*, Ana Aguilar López**, Juan Carlos Domínguez***, Julia Alcaide*, Francisco Rivas Ruiz****, Daniel Urdiales**, Luisa Ronco***, Javier García Alegría**, Antonio Rueda Domínguez*.

Servicio de Oncología Médica*, Hospital Costa del Sol; Servicio de Medicina Interna**, Hospital Costa

del Sol; Asociación Española Contra el Cáncer***, Comisión Paliativos del Área Costa del Sol; Unidad de Apoyo a la Investigación****, Hospital Costa del Sol.

Introducción: La comorbilidad y el estado general del paciente son dos parámetros que se valoran en el momento de elegir una terapéutica en el paciente con cáncer colorrectal diseminado (mCRC). El objetivo del estudio fue valorar la capacidad pronóstica de estos escores en la recaída (R-6m) y supervivencia (Ex-1) de aquellos pacientes tratados en primera línea con mCRC.

Materiales: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo de 90 pacientes con mCRC tratados con quimioterapia de primera línea entre los años 2008 y 2011 en el Hospital Costa del Sol. Se determinó los valores de ACE-27, Charlson ajustado por edad y ECOG, se calculó el intervalo de progresión al primer tratamiento y se analizó supervivencia a los 6 y 12 meses. Se realizó análisis bivariado mediante test de chi-cuadrado y regresión logística simple (RLS), tomando como variables dependientes las recaídas y éxitos a 6 y 12 meses, respecto a ECOG, ACE27 y Charlson. Se estableció el nivel de significación estadística en $p < 0.05$, junto con el intervalo de confianza al 95% y valores pronosticados en la RLS.

Resultados: Las características de los 90 pacientes fueron: mediana de edad 65 años, con un 60% de varones y un 40% de mujeres. El 60% de los pacientes debutaron con un mCRC y un 33% de total se sometió a una cirugía de metástasis. La R-6m fue del 20% y el Ex-1 del 18,4%. El ECOG fue predictor de recaída a los 6 meses con $p < 0,0001$ y un RR 26 (IC 3-129) en los ECOG2. Para el Ex1, solo ECOG demostró ser el mejor predictor de éxitos con $p < 0,0001$ y un RR 22 (IC 3-150) para ECOG2.

Conclusiones: De los índices de comorbilidad y estado general del paciente valorados, el ECOG es el que ha obtenido mejor rendimiento pronóstico de R-6m y E Ex-1 para paciente con mCRC tratados en primera línea.

P-23

PAPEL PRONÓSTICO DE LOS RECEPTORES ESTROGÉNICOS BETA EN EL CÁNCER COLO-RECTAL

Elisabeth Pérez Ruiz*, Lorenzo Alonso Carrión*, Lida Pérez**, Isabel Sevilla*, Vanesa De Luque***, Martina Álvarez***, Esperanza Torres*, Emilio Alba Conejo*.

Servicio de Oncología Médica*, Hospital Universitario Virgen de la Victoria; Servicio de Anatomía Patológica**,

*Hospital Universitario Virgen de la Victoria; Unidad de Inmunohistoquímica***, Departamento de Anatomía Patológica, Universidad de Málaga.*

Introducción: Existe una mayor incidencia de cáncer colorrectal (CCR) en hombres que en mujeres y son numerosos los estudios que ponen de manifiesto el factor protector de los estrógenos frente al desarrollo de esta patología. El papel de estos receptores en el CCR es aún controvertido y ha sido estudiado mediante ensayos in vitro. El objetivo de este estudio es valorar la asociación entre los receptores estrogénicos- β (ER- β) con variables clínicas de esta neoplasia o con el riesgo de recaída (DFS) o supervivencia (OS).

Materiales: Se estudió mediante inmunohistoquímica la tinción nuclear de los ER- β en 109 muestras de pacientes con cáncer colorrectal y se recogieron las diferentes variables clínico/patológicas

Resultados: Las características de la muestra se resumen en la tabla 1. Los ER- β fueron positivos en 101 casos (92,7%), mientras que no mostraron expresión solo 8 casos (7,3%). En el análisis univariante, la ausencia de estos ER- β solo se asoció de forma significativa con la presencia de adenocarcinomas mucinosos, aunque existe una tendencia no significativa entre la ausencia de estos receptores y los estadios más avanzados (IIIB-IV). Con una mediana de seguimiento de 38 meses, no hubo diferencias significativas en DFS y OS.

Tabla 1. n= 109

Edad	66 años (37-86)
Sexo	
- Hombre	60 (55%)
- Mujer	49 (45%)
RE beta y sexo	
- Varón positivos	56 (51,37%)
- Mujer positivos	45 (48,63%)
- Varón negativos	4 (50%)
- Mujer negativos	4 (50%)
Estadio	
- Estadio I	12 (11%)
- Estadio II	33 (30,3%)
- Estadio III	40 (36,7%)
- Estadio IV	24 (22%)
Histología	
- Adenocarcinomas	98 (89,9%)
- Adenocarcinomas mucinosos	11 (10,1%)
Estado del último seguimiento	
- Vivo sin enfermedad	69 (63,3%)
- Vivo con enfermedad	6 (5,5%)
- Muerto con enfermedad	30 (27,7%)
- Muerto sin enfermedad	3 (2,8%)
- Perdido	1 (0,9%)

Conclusiones: En nuestro estudio, el estado de los ER- β no parece influir en el desarrollo de esta enfermedad, si bien, la muestra y el número de eventos son pequeños. Existe una relación con la presencia de adenocarcinomas mucinosos no reportada previamente en este tipo de tumores.

P-24

RALTITREXED EN CANCER COLORRECTAL: EXPERIENCIA ACTUAL

Juana Maria Cano Cano, Raquel Cervera Calero, Miguel Angel Berciano Guerrero, Jose Carlos Villa Guzman, Maria Jose Garcia Lopez, Javier Espinosa Arranz.

Servicio de Oncología Médica del Hospital General de Ciudad Real.

Introducción: Raltitrexed no es un tratamiento habitual en cáncer colorrectal a pesar de estar aprobado en enfermedad avanzada cuando 5-FU-AF es inapropiado. Sin embargo sigue siendo utilizado en la práctica clínica habitual.

Materiales: Se han analizado de forma retrospectiva datos de 66 pacientes tratados con raltitrexed en nuestro servicio desde abril de 2006 a abril de 2012. El uso podía ser en monoterapia o en combinación y con intención paliativa, adyuvante o neoadyuvante.

Resultados: 47 pacientes tenían cáncer de colon y 15 de recto, edad mediana 70 años (35% \geq 75 años), sexo (V/M): 43/23, ECOG PS 0-1: 72.7%, PS \geq 2: 27.3%. 12.7% tenían insuficiencia renal, 1.6% insuficiencia hepática y 20.6% cardiopatía. 50 pacientes tenían estadio IV y 13 estadios II-III. Raltitrexed fue administrado en monoterapia en el 63.6% y en combinación en el 36.4% (con oxaliplatino 83.3%, CPT-11 4.2%, o tratamiento biológico 28.3%). La toxicidad grado 3-4 fue del 19%. La mediana de seguimiento fue de 14.4 meses. En el tratamiento adyuvante se empleo raltitrexed en monoterapia en el 50% y en combinación con oxaliplatino otro 50%, la mediana de supervivencia libre de recidiva fue de 25 meses, y la mediana de supervivencia global de 36 meses. En el tratamiento paliativo: (SLP y SG desde inicio de raltitrexed).

Nº de línea (%)	Tasa de Respuesta (%)	Beneficio Clínico (RC+RP+ET) (%)	SLP (meses)	SG (meses)
Primera (37)	15	44	3	20
Segunda (20.4)	18	27	3	7
Tercera (22.2)	8	50	5	12
Sucesiva (22.2)	8	27	2	3

Conclusiones: Raltitrexed constituye una alternativa de tratamiento en el cáncer colorrectal avanzado. Parece que el beneficio es superior en tercera o sucesivas líneas posiblemente debido a la selección de pacientes. En tratamiento adyuvante no se puede recomendar.

Introducción: La quimioterapia adyuvante (QA) en el cáncer de recto (CR) tras quimiorradioterapia neoadyuvante es una extrapolación del cáncer de colon. El objetivo del estudio es conocer la supervivencia libre de enfermedad (SLE) y supervivencia global (SG) de la cohorte en función de haber recibido o no QA.

P-25

ADENOCARCINOMA DE RECTO: RESULTADOS DE QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE EN UNA COHORTE RETROSPECTIVA

Vanessa Pachón Olmos, Enrique Grande, M^a Ángeles Vaz, Federico Longo, Ana Gómez, Mercedes Rodríguez, Rebeca Alcalde, María Luisa García De Paredes, Carmen Guillén, Alfredo Carrato.

Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Materiales: Utilizando la base de datos del Servicio de Anatomía Patológica, seleccionamos una cohorte retrospectivamente de 117 pacientes diagnosticados de un adenocarcinoma de recto uT3-T4 y/o uN+, que hubieran recibido quimiorradioterapia neoadyuvante, siendo intervenidos entre 2003 y 2008.

Resultados: La mediana de edad fue de 69 (rango 31-85), siendo el 65,8% varones. Los pacientes recibieron 50.4 Gy con diferentes esquemas de quimioterapia concomitante (capecitabina, 5 FU en infusión, 5 FU-LV), presentando un 11% toxicidad grado 3-4. Se realizaron un 50% de amputaciones abdomino-perineales. Sólo el

SUPERVIVENCIA GLOBAL

Medias y medianas del tiempo de supervivencia

QT ADYUVANTE	Media(a)				Mediana			
	Estimación	Error típico	Intervalo de confianza al 95%		Estimación	Error típico	Intervalo de confianza al 95%	
			Límite inferior	Límite superior			Límite inferior	Límite superior
NO	65,521	6,968	51,864	79,177	79,310	13,598	52,658	105,962
SI	84,246	3,768	76,861	91,632				
Global	79,453	3,515	72,565	86,342				

a La estimación se limita al mayor tiempo de supervivencia si se ha censurado.

Comparaciones globales

	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Log Rank (Mantel-Cox)	4,804	1	,028

Prueba de igualdad de distribuciones de supervivencia para diferentes niveles de QT ADYUVANTE.

SUPERVIVENCIA LIBRE DE ENFERMEDAD

Medias y medianas del tiempo de supervivencia

QT ADYUVANTE	Media(a)				Mediana			
	Estimación	Error típico	Intervalo de confianza al 95%		Estimación	Error típico	Intervalo de confianza al 95%	
			Límite inferior	Límite superior			Límite inferior	Límite superior
NO	71,196	7,130	57,222	85,170				
SI	79,901	4,300	71,472	88,329				
Global	78,294	3,764	70,917	85,671				

a La estimación se limita al mayor tiempo de supervivencia si se ha censurado.

COMUNICACIONES PÓSTERS: EXPOSICIÓN DE PÓSTERS

Comparaciones globales

	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Log Rank (Mantel-Cox)	,351	1	,554

Prueba de igualdad de distribuciones de supervivencia para diferentes niveles de QT ADYUVANTE.

ANÁLISIS MULTIVARIANTE

Pruebas omnibus sobre los coeficientes del modelo(a,b)

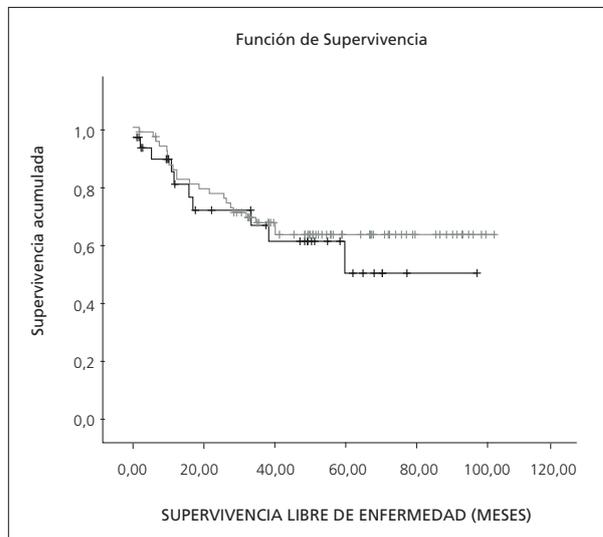
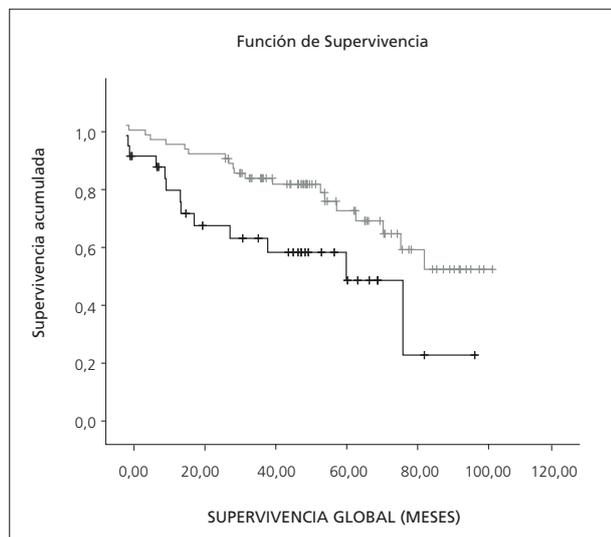
-2 log de la verosimilitud	Global (puntuación)			Cambio desde el paso anterior			Cambio desde el bloque anterior		
	gl	Sig.	Chi-cuadrado	gl	Sig.	Chi-cuadrado	gl	Sig.	Chi-cuadrado
264,981	8,194	3	,042	7,648	3	,054	7,648	3	,054

a Bloque inicial número 0, función log de la verosimilitud inicial: -2 log de la verosimilitud: 272,629

b Bloque inicial número 1. Método = Introducir

Variables en la ecuación

	B	ET	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95,0% IC para Exp(B)	
							Inferior	Superior
DOWNSTAGING	-,702	,389	3,255	1	,071	,496	,231	1,063
ypRC	,302	,586	,266	1	,606	1,353	,429	4,271
ADYUVANCIA	-,811	,364	4,972	1	,026	,444	,218	,907



44% presentaban una escisión mesorrectal completa y el 12% alcanzó respuesta completa patológica. El 68,4% recibieron QA (27,4% FOLFOX4, 20,5% Clínica Mayo, 17,1% capecitabina y 3,4% XELOX), completando entre 4 y 6 meses el 81,3%. Un 21% sufrieron una recaída sistémica (50% en pulmón) y un 6% local. La media de SLE fue de 71,2 m (57,2- 85,2) en el subgrupo sin QA frente 79,9 m (71,5-88,3), $p=0,554$. Se produjeron un 34,4% muertes no relacionadas con enfermedad. La media de SG fue de 65,5 m (51,9-79,2) en los que no

recibieron QA frente a 84,2 m (76,9- 91,6), $p=0,028$, no habiendo alcanzado la mediana SG tras 57 meses de mediana seguimiento. En el análisis multivariante la QA muestra una $HR=0,444$ (0,218-0,907), $p=0,026$.

Conclusiones: No existe un estándar de QA en CR. En nuestra cohorte la media de SG es significativamente mayor en aquellos que la reciben, con las limitaciones de un estudio retrospectivo y el impacto de posteriores cirugías o quimioterapias en la recaída. Son necesarios estudios aleatorizados en CR.

P-26

MITOMICINA C EN COMBINACIÓN CON CAPECITABINA EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO (CCM) REFRACTARIO

Ana Cebollero de Miguel*, María Álvarez Alejandro*, Alba Hernández García*, Julia Madani Pérez*, Jorge Hernando Cubero*, María Jose Agustín**, Eduardo Polo Marques*, Antonio Anton Torres*, Vicente Alonso Orduña*.

*Servicio de Oncología Médica. Hospital Miguel Servet (Zaragoza); ** Servicio de Farmacia. Hospital Miguel Servet (Zaragoza).

Introducción: Un elevado porcentaje de pacientes con CCM que progresan al tratamiento estándar (Fluorpirimidinas, Irinotecan, Oxaliplatino, Bevacizumab y Cetuximab / Panitumumab) mantienen buen estado general y se encuentran en condiciones de recibir tratamiento activo. Las combinaciones de fluoropirimidinas con Mitomicina C han sido usadas en pacientes quimiorrefractarios, aunque su eficacia en esta situación es discutible.

Materiales: Se analizan de forma retrospectiva 59 pacientes tratados con Mitomicina C y Capecitabina en nuestro Centro tras progresión al tratamiento estándar. Esquema de tratamiento: Mitomicina C 7 mg/m² día 1° cada 6 semanas + Capecitabina 2500 mg/m²/día, días 1-14 cada 3 semanas.

Resultados: 59 pacientes fueron evaluables para respuesta y toxicidad. Mediana edad 64 años (32-84). 70% varones. 65% PS (ECOG) 0-1. K-ras status (nativo/mutado/desconocido 40%/57%/3%). Mediana niveles CEA 98 ng/ml (2-3335). Numero localizaciones metastásicas: 1 (7%), 2 (45%), >2 (48%). Mediana número ciclos administrados 3,5 (1-13). El tratamiento se administró en 2ª línea en 5%, en 3ª línea en 70% y >3ª línea en 25%. Toxicidad grado 3-4 en 8,5% de los pacientes (más relevante: mucositis oral, diarrea, astenia, neutropenia). Tasa de respuestas: 1 RP (1,7%), 14 EE (23,7%). Mediana de supervivencia libre de progresión (SLP) 2,8 meses (IC95% 2,34-3,25). Mediana de supervivencia global (SG) 8,3 meses (IC 95% 6,57-10,02). Ninguno de los factores analizados influyo en la SLP ni en la SG (edad, sexo, K-ras status, línea de tratamiento, etc).

Conclusiones: La combinación de Mitomicina C + Capecitabina en pacientes con CCM refractarios presenta un perfil de toxicidad aceptable. Puede ser una combinación a considerar en pacientes con buen PS.

P-27

RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA MÁS BEVACIZUMAB EN CÁNCER COLORECTAL

METASTÁSICO EN FUNCIÓN DEL ESTATUS MUTACIONAL DEL KRAS. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "VIRGEN DE LAS NIEVES"

Aranzazu González-Vicente, Verónica Conde-Herrero, Encarnación González-Flores, Cynthia Scarlett González-Rivas, Beatriz González-Astorga, Jesús Soberino-García, José Antonio Ortega-Domínguez, Julia Ruíz-Vozmediano, Carmen Sánchez-Toro, Juan Ramón Delgado-Pérez. Unidad de Oncología Médica. Hospital Universitario "Virgen de las Nieves". Granada.

Introducción: La ausencia de mutaciones de KRAS es factor predictivo de respuesta al tratamiento con anti-EGFR, sin embargo, no parece asociarse a la respuesta obtenida con Bevacizumab (Bv). El objetivo de nuestro estudio es evaluar la respuesta a quimioterapia (QT) y Bv en función del estatus mutacional del KRAS en pacientes (pts) con cáncer colorrectal metastático (CCRm) no resecable.

Materiales: Se han incluido 42 pts con CCRm y ECOG 0-1 tratados con Bv+QT, entre Julio de 2004 y Diciembre de 2011, en nuestra Unidad. Mediana de edad: 59,5 años (33-72). ♂: 29 (69%) / ♀: 13 (31%). El 57% de los pts tenía más de una localización metastásica. 20 pts (47,6%) presentaron KRAS nativo, 15 (35,7%) KRAS mutado y 7 (16,7%) KRAS desconocido. Esquemas de QT más utilizados: FOLFOX: 12pts (29%); XELOX: 16pts (38%); FOLFIRI: 6pts (14%); XELIRI: 4pts (9,5%). Sólo en 2 pts se administró monoQT.

Resultados: De los 42 pts incluidos en 28pts (70%) se obtuvo respuesta parcial (RP), en 6 (15%) respuestas completa (RC), en 3 (7,5%) estabilización de enfermedad (EE) y en 3 (7,5%) progresión tumoral (PT). En 2 pts no se pudo analizar la respuesta. Beneficio clínico (RC+RP+EE)(BC): 88%. El 63,3% de pts con BC eran KRAS nativo y todos los pts con PT eran KRAS mutado, con tendencia a la significación estadística (p: 0,067). 7pts (17,5%), 3 KRAS mutado y 3 KRAS nativo, fueron sometidos a metastasectomía. El 52,5% estaban vivos a la fecha del análisis. Mediana de supervivencia: 25 meses. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los mutados o nativos.

Conclusiones: Este estudio confirma que Bv es un tratamiento eficaz en pts con CCRm independientemente del estatus mutacional de KRAS sin embargo parece existir mayor beneficio clínico al tratamiento en pts con KRAS nativo, aunque sin resultados concluyentes debido al pequeño tamaño muestral.

P-28

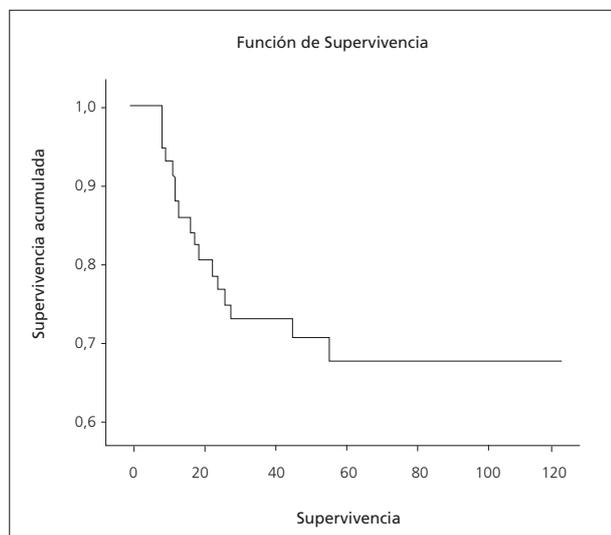
VALIDACIÓN DEL ESQUEMA MACDONALD EN ADYUVANCIA GÁSTRICA EN EL HUA

Garbiñe García Gómez, Patricia Seoane Couselo, María Hidalgo Martínez, Beatriz Mareque Rivas, José María Arrieta Garmendia, Iratxe Intxaurbe Echevarria, Isabel Perez Basoco, Severina Dominguez Fernandez.

Introducción: Es una posibilidad terapéutica que los pacientes con neoplasia gástrica intervenida estadios IB a IV (resecados) reciban tras la cirugía QT-RT. El beneficio de este tratamiento se evidenció en el estudio INT 0116 que demostró aumento de SG en el brazo de QT-RT vs observación. El objetivo de nuestro estudio es la validación y reproducción del estudio MacDonald en los pacientes que han recibido dicho esquema en el HUA en los últimos 10 años.

Materiales: Realizamos un estudio retrospectivo de los pacientes que tras ser intervenidos de una neoplasia gástrica han recibido quimioterapia-radioterapia según el esquema del estudio MacDonald en los últimos 10 años.

Resultados: Obtuvimos una muestra de 61 pacientes. Con un seguimiento de 48 meses en el HUA el 70% de pacientes permanecen libres de enfermedad. Estos resultados los comparamos con los obtenidos en el estudio INT 0116 con una supervivencia libre de enfermedad a los 3 años del 50% en el grupo de QT-RT. Probablemente esto se deba a que los pacientes tratados en el HUA son más seleccionados (mejor ECOG) y presentan cirugías con lifadenectomías más óptimas (mayor número de linfadenectomías D2). Además el perfil de las toxicidades es similar, predomina en ambos estudios la toxicidad hematológica y gastrointestinal. El porcentaje de cumplimiento de tratamiento es alrededor del 65% sin diferencias en los estudios. Al evaluar el lugar de metastatización vemos que existen más recaídas locales en el HUA frente a la mayor diseminación a distancia en el estudio MacDonald.



Conclusiones: El esquema MacDonald en adyuvancia gástrica presenta similar perfil de tolerancia con mayor SLP y SG en nuestro hospital en probable relación a la mayor selección de pacientes.

P-29

VALOR PRONÓSTICO DE K-RAS EN TÉRMINOS DE EFICACIA Y SEGURIDAD DE BEVACIZUMAB COMO TRATAMIENTO NEOADYUVANTE O DE CONVERSIÓN DE METASTASIS HEPÁTICAS EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL

Pilar García Alfonso, Andrés Muñoz Martín, Sonsoles Álvarez Suarez, Montserrat Blanco Codecido, Ana Belén Rupérez, Sara Custodio Cabello, Gonzalo Tapia Rico, Rebeca Mondejar Solís, Daniel López Trabada, Miguel Martín.

Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: Los pacientes con cáncer colorrectal (CCR) metastásico poseen un pobre pronóstico, sin embargo los pacientes con metástasis hepáticas resecadas obtienen largas supervivencias. El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia y seguridad de la quimioterapia más bevacizumab (BEV) en pacientes con metástasis hepáticas de CCR como tratamiento neoadyuvante o de conversión previo a la cirugía hepática.

Materiales: Estudio observacional retrospectivo en pacientes diagnosticados de CCR con metástasis hepáticas que hayan recibido quimioterapia neoadyuvante o de conversión con BEV en primera o segunda línea de tratamiento previo a la cirugía.

Resultados: Se analizaron datos de 34 pacientes. Características de los pacientes: 53% varones; mediana de edad: 55 años; metástasis al diagnóstico inicial: 77%; ECOG al diagnóstico de enfermedad metastásica 0/1: 38%/62%; localizaciones primarias del tumor: colon (52%), recto (37%), colon y recto (11%); metástasis sincrónicas: 84%; metástasis resecables de inicio: 16%, irresecables: 9%, y potencialmente resecables: 75%. El 77% y el 24% de los pacientes recibieron tratamiento de primera y segunda línea con BEV, respectivamente, antes de la resección quirúrgica. El 85% alcanzó una resección completa (R0). Todos los pacientes inicialmente irresecables se convirtieron en resecables (R0) (9,4%). El 44% presentó complicaciones quirúrgicas, la más frecuentes fueron infección intraabdominal (12%) e infección de la herida (9%). El 7% de los pacientes alcanzó una respuesta patológica completa y el 62% una respuesta mayor de las metástasis

hepáticas. La mediana de SLP y SG tras la cirugía fue de 8,8 meses y 46 meses, respectivamente sin diferencias significativas entre aquellos que recibieron Bev en primera o en segunda línea de tratamiento. El 88% no presentó ninguna toxicidad grado 3/4. La mutación K-ras se detectó en 10 de 26 pacientes con estatus de K-ras disponible (39%). La mediana de SLP fue significativamente superior en pacientes con K-ras wild Type (wt) en comparación con los K-ras mutados (m) (12 vs 7 meses, $p < 0,001$), de manera que se puede confirmar Kras como un marcador pronóstico. El porcentaje de respuesta patológica mayor fue también significativamente mayor en pacientes K-ras-wt vs K-ras-m (84% vs. 25%; $p < 0,001$).

Conclusiones: La terapia neoadyuvante o de conversión con quimioterapia y BEV constituye un tratamiento activo en pacientes con CCR con metástasis hepáticas, con un adecuado perfil de toxicidad y sin un incremento aparente de complicaciones quirúrgicas. Mientras que tanto pacientes K-ras-wt como K-ras-m se benefician del tratamiento con BEV, los pacientes K-ras-wt presentan un mayor porcentaje de respuestas patológicas mayores y una SLP significativamente mayor.

Digestivo No Colorrectal

P-30

SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA COMBINACIÓN DE DOCETAXEL E IRINOTECAN COMO TRATAMIENTO DE SEGUNDA LÍNEA EN PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO METASTÁTICO TRAS FRACASO A FLUOPIRIMIDINAS Y SALES DE PLATINO

Carlota Delgado Fernández, M^a Isabel Ruíz Matín, Fernando Arranz Arija, Alberto José Arizcun Sánchez-Morate.

Introducción: Los ensayos clínicos evalúan experimentalmente en seres humanos la eficacia y seguridad de distintos tratamientos, constituyendo una herramienta básica en la investigación clínica del cáncer y en la evaluación de nuevas terapias. El cáncer gástrico es la cuarta neoplasia más frecuente y segunda causa de muerte por cáncer en el mundo, diagnosticándose la mayor parte en fases avanzadas. La QT basada en fluopirimidinas y sales de platino es el tratamiento estándar del cáncer gástrico local-

mente avanzado irresecable y metastásico. Objetivo principal: Evaluar el perfil de toxicidad de la combinación de docetaxel e irinotecan como tratamiento de segunda línea en pacientes con cáncer gástrico metastásico tras fracaso a un tratamiento previo basado en fluopirimidinas y sales de platino. Objetivo secundario: Determinar la tasa de respuestas objetivas obtenidas y las tasas de supervivencia libre de progresión y supervivencia global.

Materiales: Tipo de estudio: Se trata de un protocolo piloto asistencial, no comparativo, desarrollado en la Sección de Oncología Médica del Complejo Asistencial de Palencia. Reclutamiento: Entre octubre de 2007 y diciembre de 2009 se han incluido 15 pacientes para participar en este estudio. Descripción del tratamiento: Docetaxel 35 mg/m² + Irinotecan 50 mg/m² semanales durante 4 semanas consecutivas seguido de un período sin tratamiento de 2 semanas. El tratamiento era administrado hasta progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable. Para ser evaluable han de administrarse un mínimo 2 ciclos.

Resultados:

Características de los pacientes

Edad (mediana)	
- Años	62
- Rango	(29-75)
Sexo	
- Varón	13
- Mujer	2

Toxicidad

Media ciclos recibidos:	
2 (1-4)	
Anemia	
- Grado 3	2 pc.
- Grado 4	0 pc.
Neutropenia	
- Grado 3	1 pc.
- Grado 4	2 pc.
- N. febril	1 pc.
Trombopenia	
- Grado 1	1 pc.
- Grado 2	2 pc.
- Grado 3-4	0 pc.
Diarrea	
- Grado 1	5 pc.
- Grado 2	1 pc.
- Grado 3	2 pc.
Emesis gr. 1	6 pc.
Insuficiencia renal	
- Grado 1	1 pc.
- Grado 2	2 pc.
Mucositis gr. 1	1 pc.

Estado de los pacientes

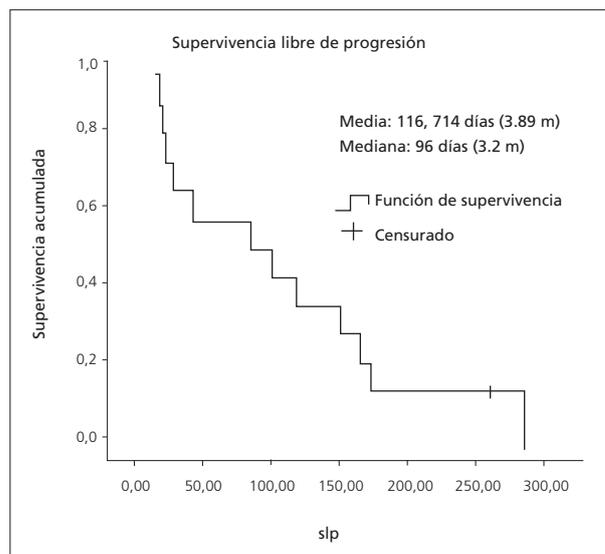
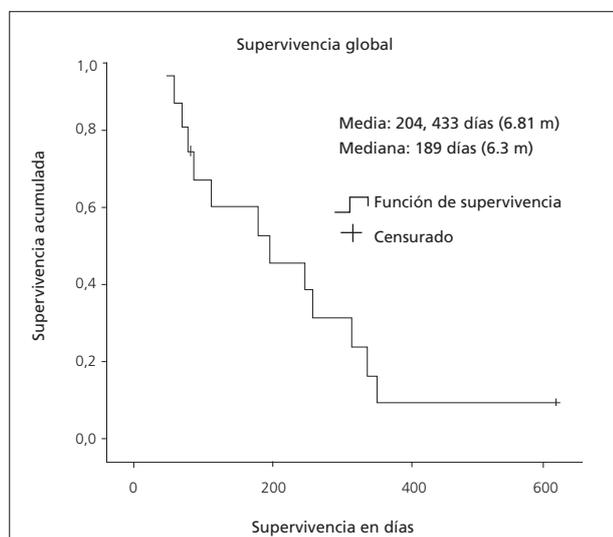
Fallecidos	13
Vivos	
- En tto. con QT del estudio	1 pc.
- En tto. distinto a QT del estudio	1 pc.
- Sin tto. activo	0 pc.
Localización de la recaída	
- Peritoneal	9 pc.
- Hígado	4 pc.
- Pulmón	2 pc.
- Pleura	2 pc.
- Otras localizaciones	2 pc.

Respuestas obtenias

Respuesta completa (RC)	0 pc.
Respuesta parcial (RP)	1 pc. (8.3%)
Duración de la respuesta parcial	152 días (5.06 m)
Enfermedad estable (EE)	1 pc. (8.3%)
Enfermedad progresiva (EP)	10 pc. (83.3%)
Tasa de respuestas objetivas (RO)	8.3%

Beneficio clínico (BC)= RP + EE: 2pc: (13.3%)

Conclusiones: La pauta semanal presenta modesta actividad antitumoral en segunda línea en pacientes con cáncer gástrico metastático tras fracaso a una terapia estándar de primera línea basada en fluopirimidinas y sales de platino. Nuestros resultados, y a pesar del escaso número de pacientes incluidos, defienden el uso de esta combinación. La combinación de docetaxel e irinotecan se muestra segura y bien tolerada.



P-31

TENDENCIAS EN LA ESTRATEGIA DIAGNOSTICA Y TERAPEUTICA EN LA NEOPLASIA DE PANCREAS

Inmaculada Lozano Cubo (1), Elena Asensio (1), Asunción Soto (1), Álvaro Arroyo (1), Fernando Mingol (2), Jair Santos (2), Patricio Expósito (3), Elisa Ramos (4), Tania Muci (3), Javier Gallego Plazas (1).

(1) Servicio de Oncología Médica (Hosp. Gral Univ. Elche);
(2) Servicio de Cirugía General (Hosp. Gral Univ. Elche);
(3) Servicio de Anatomía Patológica (Hosp. Gral Univ. Elche);
(4) Servicio de Radiodiagnóstico (Hosp. Gral Univ. Elche).

Introducción: El carácter multidisciplinar del enfoque diagnóstico y terapéutico de las neoplasias de páncreas hace recomendable el establecimiento de grupos de trabajo específicos para una optimización tanto de recursos como de resultados. La génesis y el desarrollo de estos grupos multidisciplinarios precisa de un análisis preliminar retrospectivo de la práctica asistencial.

Materiales: Se realizaron, mediante el uso de palabras clave (páncreas: adenocarcinoma, carcinoma, neoplasia), y para el período comprendido entre Enero de 2004 y Diciembre de 2010, búsquedas de pacientes (p.) en los registros de alta hospitalaria y diagnóstico histopatológico de los Servicios de Documentación Clínica y Anatomía Patológica, respectivamente, del Hospital General Universitario de Elche.

Resultados: Un total de 218 p. cumplieron los criterios de búsqueda. 19 de los 218 p. fueron excluidos del análisis tras confirmarse etiología no neoplásica (12 p.), tumor primario no pancreático (6 p.), o ausencia de tumor sólido (1 p.). De los 199 p. restantes

existió un diagnóstico histopatológico definitivo en 119 p. (59.79%), siendo de adenocarcinoma en 93 p. (78.15%). Considerando el período entre los años 2004 a 2006 frente al de los años 2008 a 2010 se observó una tendencia a un mayor porcentaje de casos con diagnóstico histopatológico definitivo en los años 2008 a 2010 (36.03 vs 74.02%, respectivamente), una mayor proporción de casos diagnosticados mediante punción aspirativa con aguja fina (PAAF) en los años 2004 a 2006 (70.58 vs 29.42%, respectivamente), y un mayor porcentaje de pacientes operados en los años 2008 a 2010 (13.51 vs 45.45%, respectivamente) manteniéndose similar la proporción de cirugías radicales (86.66 vs 77.14%, respectivamente).

Conclusiones: Las tendencias favorables en la proporción de casos de neoplasia de páncreas con diagnóstico histopatológico definitivo, de diagnósticos histopatológicos basados en PAAF, y de pacientes operados, son algunos de los aspectos identificados por el grupo multidisciplinar.

Tabla 1: Descripción de los resultados.

AÑO	Nº Casos	Cirugía (%)	Confirmación Histológica (%)	Diagnóstico mediante PAAF (%)
2004	42	7.14	33.33	35.71
2005	28	17.85	53.58	46.66
2006	41	17.07	53.65	57.14
2007	11	18.18	81.81	0
2008	25	48	92	8.6
2009	37	32.43	42.42	13.5
2010	15	73.33	85.71	20%

Genitourinario

P-32

TOLERANCIA Y TOXICIDAD A LARGO PLAZO DE ABIRATERONE ACETATO EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN

David Olmos (1-2), Diletta Bianchini (2-3), Elena Castro (3-4), Joaquin Mateo (2), Andrea Zivi (2), Aurelius Omlin (2), Shahneen K. Sandhu (2), Alison H.M. Reid (2), Gerhardt Attard (3-4), Johann S. de Bono (3-4).

(1) Programa de investigación clínica, Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO), Madrid, España; (2) Drug Development Unit, The Royal Marsden NHS Foundation Trust and The Institute of Cancer Research, Sutton, United Kingdom; (3) Academic Urology Unit, The Royal Marsden NHS Foundation Trust, London, United Kingdom; (4) Oncogenetics

Team, The Institute of Cancer Research, Sutton, United Kingdom.

Introducción: El cáncer de próstata resistente a la castración (CPRC) es una forma letal de esta enfermedad con limitadas opciones de tratamiento. Abiraterone acetato (AA) es inhibidor de la síntesis de andrógenos que ha demostrado en un ensayo Fase III randomizado un aumento de la supervivencia mediana de los pacientes (pts) post-docetaxel de 4,6 meses. Hasta la fecha y a pesar de su creciente uso los datos sobre su tolerancia y toxicidad a largo plazo, que analizamos en este estudio, son escasos.

Materiales: Estudio de cohorte descriptiva, en el que fueron seleccionados retrospectivamente todos los pts tratados con dosis completas AA (>1000mg/día) por un periodo >6 meses y seguidos al menos por 12 meses tras inicio de AA a partir de la base de datos prospectiva de 6 ensayos clínicos (EC) conducidos en nuestro centro. Datos demográficos, toxicidades y datos evolutivos fueron recogidos a partir de las historias clínicas y los cuadernos de recogida de datos de los EC. Para los análisis de supervivencia se empleo el método de Kaplan-Meier.

Resultados: 90 pts elegibles de un total de 173 tratados entre Dic-2005 y Feb-2011 con AA dentro de los seis EC conducidos en nuestro centro fueron identificados para el estudio. Edad mediana fue 69 años (rango 48-86), ECOG 0-1 94%, metástasis viscerales 6%, 40 pts eran pre-docetaxel y 50 post-docetaxel. La mediana de ciclos recibidos de AA fue 12 (rango 6-42+). Hasta un 35% de los pacientes había presentado >1 toxicidad relacionada con AA de cualquier grado, la mayoría grado 1. Las toxicidades más comunes relacionadas con AA fueron el edema periférico, hipertensión e hipopotasemia (síndrome mineral-corticoide [SMC] ~22%). Tras los 6 primeros meses de tratamiento solo hubo un nuevo caso de SMC, 6 casos con previo SMC se resolvieron y 1 caso empeoró de grado 1 a grado 3. Solo se ha observado un caso de toxicidad cardiovascular (IAM) y 2 eventos óseos no-relacionados directamente con el CPRC. Un 18% y un 58% de los pacientes desarrollaron tras 6 meses ganancia de peso e hiperglucemia grado 1-2 respectivamente (sólo un 1% y un 8% desarrollaron grado 3). Ambos efectos secundarios fueron atribuibles a los esteroides concomitantes.

Conclusiones: Los presentes datos refuerzan datos previos sobre la seguridad y la tolerancia de AA a corto plazo. Tras >6 meses de tratamiento es infrecuente que aparezcan nuevas toxicidades asociadas a AA, y en una gran proporción de casos el SMC tiende a me-

orar. Los mayores incrementos de toxicidad a largo plazo se asocian con el uso crónico de esteroides concomitantes. Datos de actividad a largo plazo también serán presentados.

P-33

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y FACTORES PRONÓSTICOS ASOCIADOS A MORTALIDAD EN CÁNCER RENAL

Luis Chara, Juan Víctor Apala, Inés García, Alberto Arcediano, Isabel Fernández-Rañada, Nicolás Moheadano, Esther Holgado, Natalia Ramírez, Lorenzo Sánchez, Javier Cassinello.

Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

Introducción: En los últimos años, el cáncer renal ha evolucionado dramáticamente con la aparición de nuevos tratamientos, con mejoría tanto en la supervivencia como en la mortalidad. Objetivos: Determinar las principales características clínico-epidemiológicas del cáncer renal, así como también determinar los factores pronósticos asociados a mortalidad.

Materiales: Se realizó el análisis retrospectivo de las historias clínicas de todos los pacientes con diagnóstico de cáncer renal del Hospital Universitario de Guadalajara en un periodo de 9 años comprendidos entre enero de 2002 y diciembre de 2010. La asociación entre variables clínicas se comprobó mediante la prueba de Chi-cuadrado y las comparaciones entre variables cuantitativas se realizaron mediante la prueba de T de Student. Las asociaciones se consideraron significativas cuando $p < 0,05$.

Resultados: Se analizaron un total de 104 pacientes de los cuales 76 fueron hombres y 28 mujeres, con una relación 2,7:1 y una media de edad global de 62 ± 12 años (33-86 años). El tabaquismo estuvo presente en el 60% de los casos y la obesidad en un 37%. Dentro de los datos de co-morbilidad se observó que 52% de los pacientes presentaban hipertensión arterial y un 44% presentaban patología urológica benigna como quistes renales, litiasis renal e hipertrofia benigna de próstata. Asimismo, se observó que el 19% de los pacientes presentaron un segundo tumor primario, siendo los más frecuentes el cáncer de próstata, cáncer de mama, cáncer de pulmón y cáncer de colon (32%, 16%, 16% y 11% respectivamente). En cuanto a la presentación clínica, el 49% de los pacientes estaban asintomáticos en el momento del diagnóstico, siendo este un hallazgo incidental en pruebas de imagen llevadas a cabo por síntomas no relacionados. Los

principales síntomas asociados al cáncer renal fueron la hematuria, el dolor lumbar, el síndrome constitucional y la fiebre tumoral (26%, 18%, 12% y 5% respectivamente). Se detectó también la presencia de síndrome paraneoplásico en el 27% de los pacientes caracterizado por hipercalcemia, policitemia, fiebre tumoral, síndrome de Stauffer y pénfigo paraneoplásico (10%, 10%, 5%, 1% y 1% respectivamente). La citología de orina fue positiva sólo en un 5% de los casos mostrando un alto porcentaje de falsos negativos (86%). El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma de células claras (73%) seguido por los carcinomas papilar, cromóforo y sarcomatoide (13%, 5%, y 4% respectivamente). El 19% de los pacientes presentaban metástasis a distancia en el momento del diagnóstico aunque el estadio clínico más frecuente fue el de enfermedad localizada (estadio I: 56%). El tratamiento inicial en todos los casos fue quirúrgico, realizándose nefrectomía radical en el 79% y tumorrectomía en el 21% de los pacientes. En relación a ello, se observó que en los pacientes nefrectomizados ocurre una elevación significativa de los niveles de creatinina que no ocurre en los pacientes sometidos a cirugía conservadora. Finalmente, la tasa de mortalidad global fue del 21%, con una supervivencia al año, 3 años y 5 años del 91%, 75% y 59% respectivamente, con una media de supervivencia global de 51 ± 31 meses (0-144 meses). Las variables de mal pronóstico asociadas a mortalidad fueron la presencia de síndrome paraneoplásico como fiebre tumoral e hipercalcemia, la presencia de síndrome constitucional, anemia y metástasis en el momento del diagnóstico, los tipos histológicos sarcomatoide, oncocitoma y de ductos colectores, los grados histológicos Furrhman III y IV (pobremente diferenciado e indiferenciado), así como el tamaño tumoral y la infiltración de la grasa perirrenal y vasos renales. Por otra parte se detectó a la presencia de obesidad como variable asociada a menor mortalidad.

Conclusiones: Existen factores clínico-epidemiológicos asociados a mortalidad en el cáncer renal que podrían ser de utilidad en la valoración pronóstica de la enfermedad, así como para la toma de decisiones terapéuticas.

P-34

VALOR PRONÓSTICO DE LA EXPRESIÓN DE BRCA1, RAP80, Y AEG-1 EN PACIENTES (P) CON CARCINOMA DE VEJIGA LOCALMENTE AVANZADO TRATADOS CON QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE BASADA EN CISPLATINO

Pamela Céliz, Nuria Pardo Aranda, Albert Font Pous, Miquel Taron, Iman Chaib, Pedro Mendez, Belen Sanchez, Jose Luis Cuadra, Luis Ibarz, Rafael Rosell Costa.

Introducción: La quimioterapia neoadyuvante ha demostrado un beneficio modesto y no existen actualmente marcadores predictivos de respuesta. Los bajos niveles de expresión de BCRA1 se han asociado a una mejoría en la supervivencia en pacientes tratados con quimioterapia basada en platinos. El RAP80 se requiere para la acumulación de BCRA1 en sitios de ruptura del ADN y su disminución se asocia a hipersensibilidad a la irradiación. El gen AEG1 puede inducir la expresión de BCRA1 y causar quimioresistencia.

Materiales: Se obtuvieron muestras tumorales parafinadas de 65 p con carcinoma de vejiga localizado T2-4N0M0 tratados con quimioterapia neoadyuvante basada en cisplatino. Se determinaron los niveles de expresión de ARNm de BCRA1, RAP80 y AEG-1 mediante RT-PCR, y se dividieron en terciles para su correlación con la supervivencia.

Resultados: Se administró QT con CMV en 33 p y con cisplatino- gemcitabina en 32 p. La cistectomía se realizó en 60 p. La supervivencia a 5 años fue del 51%. En los 44 pacientes con niveles bajos e intermedios de BCRA1, la SM fue de 168 meses y a 5 años del 59%, y en los 21 pacientes con niveles altos fue de 45 meses y a 5 años del 27% (p 0.05). Se objetivo una asociación significativa entre niveles de BRCA1 y la respuesta patológica a la quimioterapia. En los pacientes con niveles altos e intermedios de AEG 1 la SM fue de 50 meses, mientras que no se alcanzó en aquellos con niveles bajos (p=0.3). No se observaron diferencias según niveles de expresión de RAP80.

Conclusiones: BRCA1 es un marcador genético útil para predecir la eficacia de la quimioterapia neoadyuvante. La quimioterapia basada en cisplatino debería recomendarse en pacientes con niveles bajos e intermedios de BCRA1. Se requieren estudios prospectivos para evaluar el papel del AEG1.

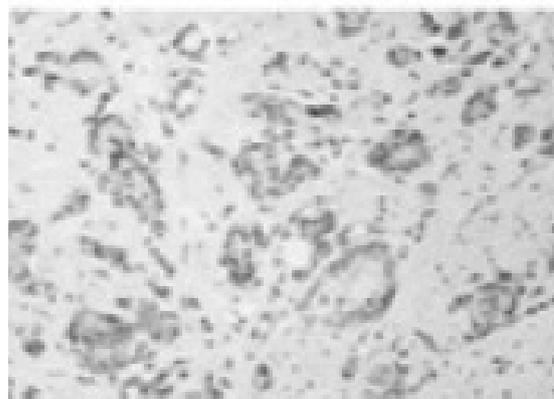
P-35

ESTUDIO DE LA EXPRESIÓN DE LA PROTEINA BIII-TUBULINA EN CARCINOMAS DE PRÓSTATA HORMONOREFRACTARIOS COMO FACTOR PRONÓSTICO Y/O PREDICTIVO DE RESPUESTA A DOCETAXEL

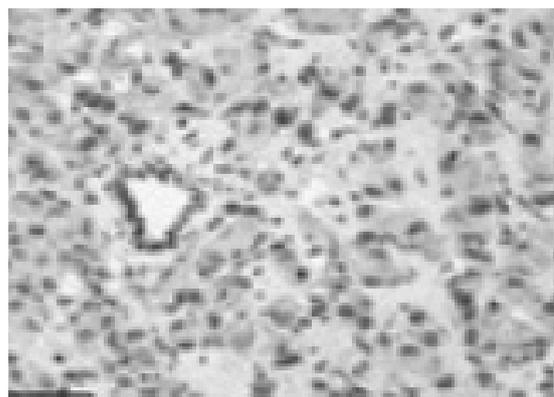
Quionia Perez Arnillas, Paula Jimenez Fonseca, Carlos Alvarez Fernandez, David Rodriguez Rubí, Lucrecia Ruiz Echeverría, Emilio Esteban Gonzalez.

Oncología Médica, Hospital Universitario Central de Asturias (Oviedo).

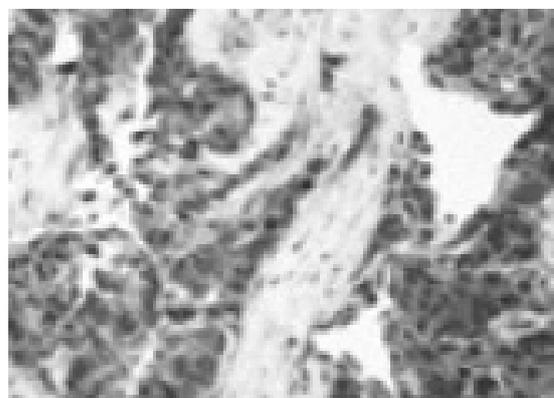
Figura 1: BIII-tubulina por IHQ



No existe captación para BIII-tubulina.



Captación leve



Captación moderada - intensa

Introducción: Docetaxel asociado a prednisona es el tratamiento estándar del carcinoma de próstata avanzado hormono-refractario. Estudios pre-clínicos y clínicos han sugerido que la determinación de BIII-tubulina podría tener una relación con la respuesta a taxanos. El objetivo es determinar la BIII tubulina en biopsias prostáticas y correlacionar su expresión con el pronóstico, la respuesta bioquímica y las características de los pacientes tratados con docetaxel.

Materiales: Se analizó una cohorte retrospectiva de 32 pacientes de los que se disponía biopsia previa a tratamiento con docetaxel y que fueron tratados con docetaxel entre agosto 2006 y febrero 2011. Se analizaron las características clínico-patológicas de los pacientes, factores pronósticos, respuesta, supervivencia libre de progresión (SLP) y global (SG) con datos recogidos en la historia clínica y se correlacionaron después con la existencia o no en las biopsias de positividad para la sobre-expresión de la proteína BIII-tubulina medida por técnicas de inmunohistoquímica con un Ac monoclonal purificado murino anti BIII-tubulina (clon TU-20 isotipo IgG1).

Resultados: La mediana de edad y Karnofsky fue de 68 años (límites 49-77) y 80% (60-90) respectivamente. Cinco pacientes (15,6%) habían recibido un tratamiento previo anti-hormonal, quince (46,8%) dos líneas y doce (37,5%) más de dos. Veinte pacientes tenían una localización metastática (62,5%) y doce (37,5%) más de una. La mediana de PSA previo a docetaxel fue de 302 (4-3.745). Con una mediana de ocho ciclos (3-10) de docetaxel (75 mg/m²/3s) se registró un 41% de respuestas bioquímicas, mediana de SLP y SG de 4,9 y 19,6 meses respectivamente. Se detectó una sobreexpresión moderada-intensa de BIII-tubulina en cinco pacientes (15,6%) y mínima o nula en el resto (84,4%). En análisis uni-variante la sobre-expresión no tuvo relación con el Gleason pero sí con el Karnofsky. EL 80% de los pacientes con sobre-expresión respondieron a docetaxel, frente al 20% de los que no la tenían. De igual modo la mediana de SLP y SG para los que presentaron la sobre-expresión fue de 8,6 y 20 meses respectivamente frente a 4,3 y 17 meses para los que no la presentaron.

Conclusiones:

-La sobreexpresión de BIII-tubulina en tejidos tumorales prostáticos no es frecuente (15,6 %). -La presencia de captación moderada-fuerte de BIII-tubulina se relaciona con otros datos clásicos de buen pronóstico (Karnofsky ↑).

-La presencia de captación moderada-intensa de BIII-tubulina se relaciona con mayores respuestas bioquímicas y mejores medianas de SLP y SG.

-Existen resultados discordantes con los descritos en la literatura por lo que es necesario validar y homogeneizar previamente el método de determinación empleado.

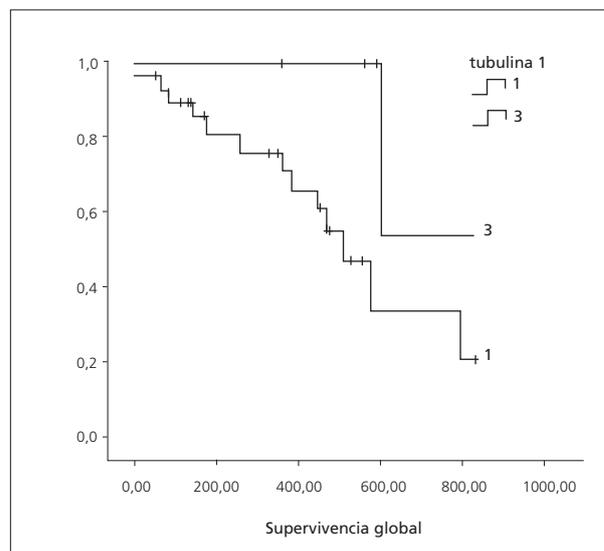
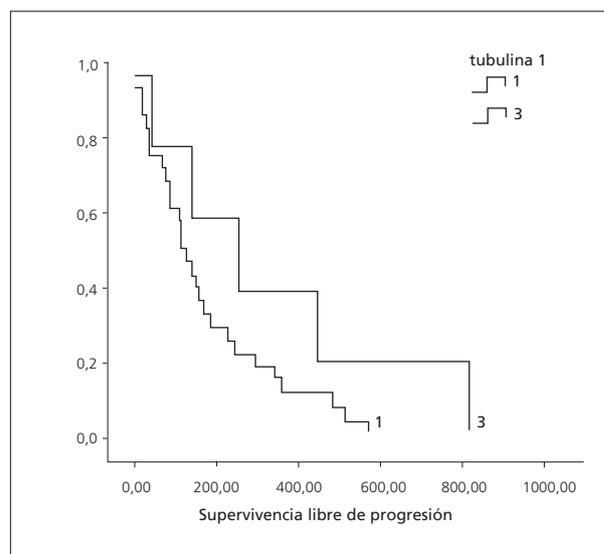
Tabla 2: Respuesta bioquímica (RO), SLP y SG (meses)

	RO	SLP	SG
HUCA	41%	4,9	19,6
TAX ₃₂₇	49%	7	19

Tabla 3: SLP y SG según BIII - tubulina

BIII - tubulina	SLP	SG
+	8,6	20
-	4,3	17

Figura 2: Curvas Kaplan-Meier de supervivencia



P-36

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE TEMSIROLIMUS UTILIZADO EN PACIENTES CON CÁNCER RENAL SIGUIENDO LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

Pablo Maroto, Lucrecia Ruiz, Emilio Esteban, Luis León, Álvaro Pinto, Cristina Suárez, Ignacio Durán, Nuria Láinez, Ángeles López, Andrea Viqueira.

(1) Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario Santa Creu i Sant Pau; (2) Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario Central de Asturias; (3) Servicio de Oncología Médica, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela; (4) Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario La Paz; (5) Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario Vall d'Hebron; (6) Servicio de Oncología Médica, Centro Integral Oncológico Clara Campal; (7) Servicio de Oncología Médica, Complejo Hospitalario de Navarra; (8) Trial Form Support España; (9) Departamento Médico, Pfizer España.

Introducción: Temsirolimus (TEM) es un inhibidor de mTOR aprobado para el tratamiento de primera línea de pacientes con carcinoma de células renales (CCR) de mal pronóstico. Recientemente se ha descrito que TEM parece ser eficaz también en líneas posteriores. El objetivo de este estudio es conocer la eficacia y seguridad de TEM en pacientes con CCR.

Materiales: Estudio retrospectivo, observacional y multicéntrico de TEM utilizado siguiendo la práctica clínica habitual en pacientes con CCR. Se incluyeron pacientes tratados con TEM entre 2007 y 2012.

Resultados: Se incluyeron 101 pacientes, con una edad mediana de 62 años; 70% eran hombres. Según los criterios de Motzer, 13% de los pacientes eran de buen pronóstico, 44% de pronóstico intermedio y 43% de mal pronóstico. 53% recibieron TEM en 1ª línea, 18% en 2ª línea, 23% en 3ª línea y 4% en 4ª línea; 23% de los pacientes tenían histología de células no-claras y 28% no tenían nefrectomía previa. La mediana de Supervivencia Libre de Progresión (SLP) fue de 3 meses, con una tasa de beneficio clínico del 59%. La SLP en pacientes de 1ª línea fue de 3 meses, mientras que en pacientes tratados en 2ª, 3ª y 4ª línea, fue de 5, 4 y 1 mes respectivamente. Tanto en pacientes sin nefrectomía previa como en pacientes con histología de células no-claras, la SLP fue de 3 meses. 79% de los pacientes desarrollaron al menos un efecto adverso, siendo los más frecuentes: anemia, astenia, estomatitis y rash.

Conclusiones: TEM mostró una actividad modesta y un perfil de seguridad aceptable en pacientes con CCR. La eficacia en 2ª y 3ª línea es consistente con la

descrita en otros estudios, sin embargo es ligeramente inferior en 1ª línea, posiblemente debido al perfil de mal pronóstico basal de los pacientes.

P-37

ACTIVIDAD ANTITUMORAL DE DOCETAXEL TRAS LA PROGRESIÓN A ABIRATERONA EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN QUIMIO-NAÏVE

David Olmos (1-2), Elena Castro (3-4), Joaquin Mateo (2), Andrea Zivi (2), Alison H.M. Reid (2), Janusz Mezynski (2), Diletta Binachini (2-3), Carmel Pezaro (2), Gerhardt Attard (2-3), Johann S. de Bono (2-3).

(1) Programa de investigación clínica, Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO), Madrid, España. (2) Drug Development Unit, The Royal Marsden NHS Foundation Trust and The Institute of Cancer Research, Sutton, United Kingdom. (3) Academic Urology Unit, The Royal Marsden NHS Foundation Trust, London, United Kingdom. (4) Oncogenetics Team, The Institute of Cancer Research, Sutton, United Kingdom.

Introducción: El cáncer de próstata resistente a la castración (CPRC) constituye la tercera causa de muerte por cáncer en varones españoles. Docetaxel (DTX) es desde 2004 el tratamiento estándar de 1ª-línea para el CRPC. Recientemente, el inhibidor de la síntesis de andrógenos acetato de abiraterona (AA) ha sido aprobado para su uso en pacientes (pts) post-DTX. Datos preliminares sugieren que su indicación futura podría ser como 1ª-línea, pre-DXT. No existen datos de la actividad de DTX post-AA. En este estudio analizamos nuestra experiencia con DXT tras AA en 1ª-línea.

Materiales: Estudio de cohorte, en el que pts que recibieron DTX tras progresión a AA fueron identificados retrospectivamente a partir de aquellos tratados dentro de ensayos clínicos Fase-III con AA pre-DXT (n=54). Las variables demográficas, características del tratamiento, y respuesta de acuerdo con los criterios PSAWG y RECIST habían sido recogidas prospectivamente en las historias clínicas. El tiempo a la progresión por PSA (pSLP) y supervivencia global (OS) fueron estimados por el método de Kaplan-Meier.

Resultados: 35 pts recibieron DTX tras progresión (criterios PSAWG) a AA en nuestro centro. La mediana de edad fue 71 años (rango 52-85), ECOG 0-1 92%, mediana PSA basal 232ng/dL, metástasis oseas 92% y viscerales 9%. Estos pts recibieron una mediana de 6 ciclos de DXT (rango 2-10) tras los cual un 26% y 37% de los pts respondieron con descensos del PSA >50% o >30%, respectivamente. Control sintomático

(dolor) fue alcanzado 71,4% y un 14% prescindieron de la analgesia. Respuesta parcial radiológica fue observada en 2 de 23 pts evaluables. Todos los pacientes refractarios a AA fueron también refractarios a DTX (n=8). Las medianas de pSLP y OS fueron de 4,8 y 12,5 meses respectivamente.

Conclusiones: DTX es un fármaco activo en el contexto de CRPC tratado previamente con AA, sin embargo los porcentajes de respuesta observados en nuestra serie son menores de los esperados en base a los estudios Fase-II/III, y pudieran sugerir cierta resistencia cruzada entre AA y DTX.

P-38

ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD Y FACTORES PRONÓSTICOS EN PACIENTES CON CARCINOMA DE VEJIGA TRATADOS CON QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE

Nuria *Pardo Aranda, Jose Luis *Cuadra, Pamela *Celiz, Javier **Sánchez Macías, Cristina *Buges, Carlos **Gonzalez-Satue, Alberto *Indacochea, Maria **Tapia, Luis **Ibarz, Albert *Font.

* *Instituto catalán de oncología. ICO BADALONA. HUGTP*; ***Servicio de Urología. HUGTP*.

Introducción: Hasta la actualidad no se ha demostrado de manera concluyente el papel de la quimioterapia adyuvante en el carcinoma de vejiga. Sin embargo, en la práctica clínica es habitual la administración de tratamiento adyuvante en pacientes de alto riesgo (pT3-4N0 y/o con ganglios pélvicos invadidos).

Materiales: En este estudio se ha analizado la supervivencia y diferentes factores pronósticos como esquema de quimioterapia, histología, estadio patológico, invasión linfovascular (ILV), tamaño tumor (< 5 vs > 5 cm), extensión de la linfadenectomía (< 7 vs > 7 ganglios) y nº ganglios invadidos en 70 pacientes tratados con cistectomía y quimioterapia adyuvante. 32 pacientes (45%) presentaban estadio pT3-4N0M0 y 38 (55%) afectación ganglionar pélvica (pT1-4N+M0). Entre 1992 y 2000, 15 pacientes (21%) fueron tratados con cisplatino, metotrexato y vinblastina (CMV) y desde el año 2000, 50 pacientes (72%) con cisplatino/gemcitabina (CG) y 5 (7%) con carboplatino/gemcitabina.

Resultados: Supervivencia mediana (SM) fue de 30 meses y la supervivencia a 5 años del 35%. La SM fue similar según esquema de quimioterapia: 22 meses con CMV vs 32 meses con CG (p=0.8). En pacientes con estadio pT3-4N0 la SM fue de 77 meses y la supervivencia a 5 años del 58%, mientras que en pacientes con afectación ganglionar pélvica,

la SM fue de 25 meses y la supervivencia a 5 años del 18% (p=0.009). La ILV se asoció a un peor pronóstico (SM 40 vs 14 meses, p=0.004). En los pacientes con afectación ganglionar, únicamente la presencia de ILV fue un factor pronóstico. En los pacientes sin afectación ganglionar, ninguno de los factores analizados evidenció significación estadística.

Conclusiones: En nuestro estudio, el estadio patológico y la ILV fueron los factores pronósticos determinantes. El beneficio de la quimioterapia adyuvante parece limitado a los pacientes sin afectación ganglionar regional. Se requieren nuevos estudios basados en la selección de pacientes según factores pronósticos clínicos y genéticos.

P-39

RESULTADOS PRELIMINARES DE LA MONITORIZACIÓN PRECOZ CON TC-PERFUSIÓN EN PTS CON CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES METASTÁSICO TRATADOS CON SUNITINIB

Oscar Reig Torras, M. Carmen Sebastià, Iván Victoria, Blanca Paño, Marc Campayo, Carles Nicolau, Begoña Mellado.

Servicio Oncología Médica y Servicio de Radiología. Hospital Clínico de Barcelona.

Introducción: El hecho de que el carcinoma de células renales (CCR) sea dependiente de la angiogénesis ha permitido el desarrollo de fármacos antiangiogénicos. Los métodos de valoración basados en el tamaño tumoral (RECIST) no se correlacionan correctamente con la supervivencia. Por ello es necesario desarrollar nuevos métodos de imagen para predecir y valorar la respuesta. **Objetivos:** Evaluar si el patrón de respuesta con TC-perfusión al mes del inicio del antiangiogénico permite predecir la evolución radiológica posterior.

Materiales: Se han seleccionado pacientes (pts) afectados de CCR metastásico candidatos a tratamiento antiangiogénico. En ellos se realizó un estudio volumétrico (21cm) con TC-perfusión (Flash Definition, Siemens, Erlangen, Germany) antes del inicio del tratamiento, al mes y a los 4 meses. Se definieron 6 patrones de respuesta en función del cambio de densidad (D), perfusión (P) y tamaño (T) de las metástasis.

Resultados: Entre Marzo'11 y Mayo'12 se incluyeron 16 pts con una edad media de 62 años (43-79), predominio de células claras (81.25%) y buen pronóstico (87.5%). En 12 pts (75%) se evidenció un descenso de D y P. En 8 (66,66%), este patrón se correlacionó con una respuesta parcial; dos (16,66%) presentaron estabilidad y en dos pts no se pudo realizar el TC de

valoración. El aumento de T junto con la disminución de P y D se asocian a necrosis hemorrágica y no se debe confundir con progresión. Este patrón se ha encontrado en dos pts (12,5%). En éstos, los cambios en D y P preceden a los de T. El aumento de D y P en el TC del primer mes se correlacionó con progresión en un caso (6,25%) y estabilidad en otro (6,25%).

Conclusiones: Los cambios en D y P en el TC-perfusión preceden los cambios de tamaño y pueden ser predictivos de respuesta al tratamiento.

P-40

DESCRIPCIÓN DE UNA SUBPOBLACION DE PACIENTES CON CÁNCER RENAL CON SUPERVIVENCIA LIBRE DE PROGRESIÓN (SLP) ≥ 18 MESES CON SUNITINIB: LA EXPERIENCIA DE SOG_GU

Emilio Esteban, Luis Antón Aparicio, Begoña Campos Balea, Luis León Mateos, Francisco Javier Afonso Afonso, José Luis Fírvida Pérez, Martín Lázaro, Lucía Santomé, Manuel Ramos Vázquez.

(1) H. Central de Asturias, Oviedo; (2) CHUAC, A Coruña; (3) H. Lucus Augusti, Lugo; (4) H. Clínico Santiago, Santiago de Compostela; (5) H. Arquitecto Marcide, Ferrol; (6) H. Orense; (7) Hospital Xeral-Cies, Vigo; (8) POVISA, Vigo; (9) Centro Oncológico de Galicia, A Coruña.

Introducción: Se realizó un análisis multicéntrico, retrospectivo en pacientes con carcinoma de células renales metastásico con una supervivencia libre de progresión (SLP) a largo plazo, definida como ≥ 18 meses durante el periodo de tratamiento con sunitinib.

Materiales: Se incluyeron 46 pacientes (87% hombres) tratados con sunitinib en primera línea (74%) o posteriores. La mediana de edad fue de 59 años y la histología más común, la de células claras (93,5%); el 89% de los pacientes habían sido nefrectomizados previamente, 28.3% presentaron metástasis en el momento del diagnóstico y el 58.7%, 28.3%, 13% presentaron una, dos, o tres o más localización metastásicas respectivamente. Doce pacientes (26%) presentaron metástasis óseas. El 30,4%, 67,4% y 2,2% de los pacientes presentaron un pronóstico, bueno, intermedio o malo (MKSCC) respectivamente.

Resultados: Cinco pacientes (11%) lograron una respuesta completa (RC), 28(61%) respuesta parcial (RP) y 13(28.3%) enfermedad estable de los cuales 9 obtuvieron una estabilización ≥ 25 meses. La mediana de duración de la respuesta fue de 22.7 meses. La mediana desde el diagnóstico al tratamiento con sunitinib fue de 2.23 años y la mediana de duración del tratamiento fue 27 meses. En el momento del análisis

Tabla 1

Mediana SLP	Meses (p=NS)
con vs. sin Hipertensión	44.8 vs. 31.10
con vs. sin Astenia	37.5 vs. 32.43
con vs. sin HFS	44.8 vs. 31
con vs. sin Hipotiroidismo	47.4 vs. 43.66
con vs. sin metástasis óseas	31 vs. 37.5
con vs. sin metástasis en el momento del diagnóstico	32,43 vs., 37,50

37% de los pacientes se encontraban en tratamiento con sunitinib. La mediana de tiempo desde el inicio de sunitinib hasta la RP y RC fue de 4.7 y 12.1 meses respectivamente. La mediana de SLP en primera línea fue de 35.4 meses (IC95%=[27,52-43,28]) y 31.6 meses (IC95%=[5,13-58,13]) en líneas posteriores. No se alcanzó la mediana de supervivencia global en el momento del análisis. Las razones para la discontinuación del tratamiento fueron; progresión de la enfermedad(83%), toxicidad(10.3%) y muerte(3.4%). La incidencia de eventos adversos fue la esperada, siendo la astenia, el síndrome mano-pie(HFS), la hipertensión y la mucositis las más frecuentes. Los resultados de eficacia se muestran en la Tabla 1.

Conclusiones: La aparición de toxicidades relacionadas con el tratamiento, la ausencia de metástasis óseas y el hecho de no presentar enfermedad metastásica en el momento del diagnóstico se asociaron independientemente con una tendencia hacia la mejoría de la SLP (p=NS). Actualmente se está realizando una comparación con pacientes refractarios a Sunitinib.

P-41

EXPERIENCIA CON EL USO DE LAS TERAPIAS ANTIANGIÓGENICAS EN CARCINOMA RENAL METASTÁSICO: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LOS PACIENTES TRATADOS EN EL HUMS DE ZARAGOZA

Maria Alvarez Alejandro, Ana Cebollero De Miguel, Alba Hernandez Garcia, Jorge Hernando Cubero, Julia Madani Perez, Angel Artal Cortes, Veronica Calderero Aragon*, Carmen Santander Lobera, Antonio Anton Torres. Servicio Oncología Médica, Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. * Servicio Oncología Médica, Hospital de Barbastro. Huesca.

Introducción: En los últimos años, la incorporación de las nuevas terapias dirigidas ha supuesto un cambio sustancial en la estrategia terapéutica del carcinoma

renal metastásico (CRm). Describimos una serie de 30 pacientes con CRm tratados con terapias antiangiogénicas y analizamos las respuestas obtenidas e impacto en términos de supervivencia.

Materiales: Analizamos 30 pacientes con carcinoma renal metastásico que iniciaron tratamiento sistémico entre Julio de 2007 y Mayo de 2012. Registramos sus principales características demográficas, tratamientos recibidos, toxicidades observadas, respuestas obtenidas y duración de dicha respuesta.

Resultados: Identificamos 30 pacientes, con una mediana de edad de 65 años (43-79), el 83% varones; el 70% siguen vivos en la actualidad. ECOG 0/1/2/3: 30%/57%/10%/3%. Al diagnóstico el 53% tenían enfermedad localizada y el 47% diseminada. El número de localizaciones metastásicas fue 1/2/3/>3: 40%/37%/20%/3%. Las localizaciones metastásicas más frecuentes fueron: pulmonar (60%), ganglionar (53%), ósea (26%), hepática (10%), peritoneal (6%) y cerebral (6%). En un 13% la cirugía no se llevó a cabo; en un 83% se realizó nefrectomía radical y en el 3% restante parcial. Sólo un 13% presentaron 3 ó más factores de riesgo. El 46% presentaron un intervalo diagnóstico-tratamiento mayor de 12 meses. La histología objetivada fue: 77% células claras, 13% papilares, 3% células granulares, 3% células cromóforas y un 3% no tenían diagnóstico anatomopatológico. Número de líneas de tratamiento recibidas: 1/2/3/4: 63%/13%/17%/3%. Fármacos utilizados en 1ª línea: Sunitinib 87%, Pazopanib 3%, Sorafenib 3%, Bevacizumab+Interferon 3% e Inmunoterapia 3%. Un 50% recibieron 2 líneas o más de tratamiento, siendo los fármacos en 2ª línea: Sunitinib 20%, Pazopanib 6%, Sorafenib 26%, Tamsirólimus 6%, Everolimus 40%. La mediana de ciclos recibidos en 1ª línea: 5 (1-54). Las tasas de respuestas conseguidas con 1era línea fueron: RC 17%, RP 29%, EE 42%, PE 12%. Del 46% de respuestas objetivas, el 100% fueron pacientes tratados con sunitinib; del 42% de EE: el 70% con Sunitinib, 10% con Sorafenib, 10% con Bevacizumab+Interferon y 10% con Inmunoterapia. La mediana de seguimiento fue de 13 meses (2-66) y la mediana de SG no se alcanzó (9 éxitos de 30 pacientes). Se registraron 7 pacientes (23%) largos supervivientes, definiendo como tal una supervivencia mayor a 24 meses. La mediana de SLP a 1ª línea fue de 64 semanas (2-126): Sunitinib 64 semanas (14-113), Sorafenib 14 semanas, Bevacizumab + Interferon 40 semanas, Inmunoterapia 236 semanas. La toxicidad grado 3-4 en 1ª línea fue del 47.6%, principalmente: HTA (21%), seguido de hematológica (6.7%), astenia (3.3%), síndrome palmo-plantar (6.7%), dislipemia (3.3%) y hepática (6.7%).

Conclusiones: La introducción de nuevos fármacos

antiangiogénicos en el tratamiento de carcinoma renal, ha supuesto que podamos ofrecer a nuestros pacientes un tratamiento con toxicidad aceptable, obteniendo un buen control de la enfermedad y un importante porcentaje de largos supervivientes. Se necesitan estudios posteriores que analicen los factores predictivos de respuesta a estos tratamientos.

P-42

RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE LAS MASAS RESIDUALES (MR) RETROPERITONEALES POST-QUIMIOTERAPIA (POST-QT) EN PACIENTES CON TUMORES GERMINALES TESTICULARES NO SEMINOMATOSOS (TGTNS)

Ivana Sullivan, Georgia Anguera, Cristina Arqueros, Dhiossett Condori, Joan Palou*, Juan Antonio Peña*, Humberto Villavicencio*, Pablo Maroto.

*Servicio de Oncología Médica del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; *Servicio de Urología de la Fundació Puigvert. Barcelona, España.*

Introducción: La resección de las MR ubicadas en el retroperitoneo (RP), es una parte del manejo de TGTNS. Actualmente, el procedimiento quirúrgico más utilizado es la laparotomía. Los procedimientos laparoscópicos han reducido la morbilidad, aunque quizás a expensas de una mayor tasa de recaída local debido a linfadenectomías más limitadas. Hemos analizado la tasa de recaída, morbilidad y seguridad de la linfadenectomía retroperitoneal (LDNRP) laparoscópica post-QT en una serie de pacientes (pts) con TGTNS.

Materiales: Análisis retrospectivo de una serie de 14 pts sometidos a LDNRP laparoscópica entre enero 2002 y enero 2012.

Resultados: Mediana de edad de 30 (18-43) años. La anatomía patológica del teste reveló formas mixtas de TGTNS con presencia de teratoma en 11/14 y teratoma puro en 1. Carcinoma embrionario en 12/14. Estadios del Royal Marsden: IIA 2; IIB 7; IIC 2; IIIB 1; IVB 1, IVC 1. Todos recibieron una mediana de 4 ciclos de BEP con respuesta completa por marcador tras la QT. En cuanto a las MR, 8 pts presentaron respuesta parcial y 6 estabilidad. La mediana de tamaño de las MR fue de 2,5 cm (1-10). El examen histológico mostró necrosis en 4 y teratoma maduro en 10 pts. La mediana de días de hospitalización fue de 4 (2-9). 5 pts presentaron un descenso de 2 puntos de la hemoglobina, sin requerimiento transfusional. En 1 pts se reportó ascitis quillosa y en otro hematoma RP infectado. 2 pts desarrollaron disfunción eyaculatoria. Sólo 1 experimentó una recaída precoz que requirió

laparotomía de rescate con resultado de "growing teratoma". Actualmente todos están vivos y sin evidencia de enfermedad.

Conclusiones: En nuestra serie, en un hospital con larga experiencia en cirugía retroperitoneal, la LD-NRP laparoscópica proporciona una baja tasa de complicaciones y recaída RP, con una reducción de la morbilidad en comparación con series históricas de procedimientos abiertos.

P-43

TRATAMIENTO CONSERVADOR EN EL CARCINOMA UROTELIAL INFILTRANTE DE VEJIGA. (CUIV) EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Cynthia Gonzalez Rivas, Carmen Sanchez Toro, Raquel Luque Caro, Beatriz Gonzalez Astorga, Aranzazu Gonzalez Vicente, Jesús Soberino García, Julia Ruiz Vozmediano, Verónica Conde Herrero, Encarnación Gonzalez Flores, Juan Ramon Delgado Perez.

Hospital Universitario Virgen de Las Nieves, Granada.

Introducción: El CUIV ocupa el segundo lugar en frecuencia de tumores urológicos. El 20–30% infiltra la capa muscular(T2-T4) al diagnóstico. La mayoría de los pacientes(pts) prefieren mantener su vejiga intacta, pero el tratamiento estándar es la cirugía. Por esto, se han buscado alternativas que mejoren la calidad de vida y procuren elevado control local sin disminuir la supervivencia. Aunque no disponemos de ensayos randomizados con correcto diseño que comparen los distintos tratamientos, diversos estudios muestran que, la realización de RTU máxima y posterior quimioradioterapia radical, representa una alternativa a la cirugía con resultados similares del control a largo plazo, y con conservación vesical en la mayoría de los casos.

Materiales: Análisis retrospectivo de 22pts incluidos en últimos 6 años, 21 hombres y 1 mujer. Edad mediana 75 años(53-81), 4 multicéntricos(18 %), 20 T2(90 %) y 2 T3(10%). 10 pts(45 %) precisaron una segunda RTU por previa incompleta. Todos recibieron dosis de RT ≥ 60 Gy de forma concomitante con cisplatino cada 21días(36%) o carboplatino semanal (64%).

Resultados: De los pacientes evaluados el 74%presentaban RC, 13% persistencia de enfermedad y el 13% restante está pendiente de reevaluación. La mitad de los pacientes se negaron a RTU postratamiento. La mediana de SLP:22.5m(9-72), SLE:14.5m(4-69) y SG:24.5m(10-72). Actualmente 4 pts han fallecido por recaída a distancia (18%) y 18 pts están vivos, sin enfermedad y con vejiga intacta(82%). Durante el seguimien-

to 4 pts han presentado un segundo primario pulmonar.

Conclusiones: Aunque el tiempo de seguimiento es corto, podemos decir, que nuestros resultados, al menos en respuesta, son equiparables a lo publicado. El éxito de cualquier estrategia de organopreservación está asegurado si seleccionamos cuidadosamente a los pts, evaluamos correcta y periódicamente la respuesta, ofreciendo cistectomía temprana ante la sospecha de persistencia o evidencia de recurrencia de tumor infiltrante.

Ginecológico

P-44

REVISIÓN RETROSPECTIVA DE TRATAMIENTO COMBINADO CON RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA EN CARCINOMA DE CÉRVIX LOCALMENTE AVANZADO

Julia Madani Pérez (1), Maria Álvarez (1), Ana Cebo-llero (1), Alba Hernández (1), Juan Lao (1), Maria José Agustín (2), Jorge Hernando (1), Angel Artal (1), Ana Herrero (1), Antonio Antón (1).

(1) *Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza;* (2)*Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

Introducción: El tratamiento concomitante de quimioterapia y radioterapia ha mejorado significativamente el pronóstico del cáncer de cérvix. Es considerado el tratamiento estándar de los estadios localmente avanzados IB2 – IVa, a raíz de los resultados de 5 ensayos clínicos publicados en 1999, que demuestran la superioridad en supervivencia de la quimioterapia basada en cisplatino concurrente con RT frente a RT sola.

Materiales: Se analizan de forma retrospectiva una serie de pacientes diagnosticadas en nuestro centro, entre Agosto de 2005 y Noviembre 2011, de carcinoma de cérvix localmente avanzado (IB2-IVa) que han recibido tratamiento combinado de radioterapia y quimioterapia basada en platino (cisplatino 40 mg/m² semanal o Carboplatino 2AUC semanal).

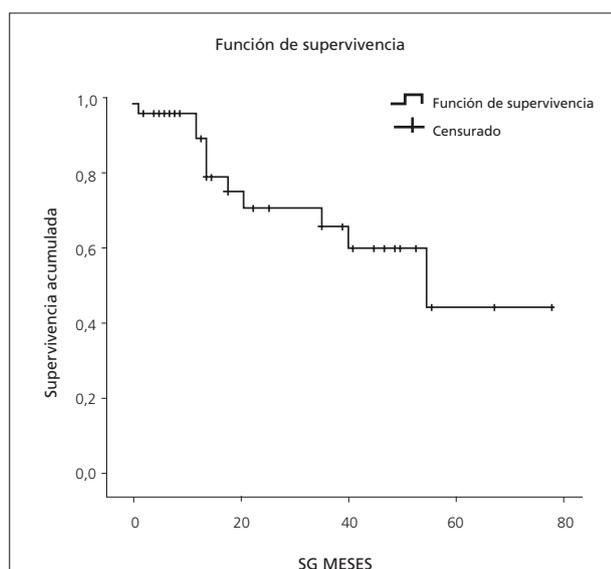
Resultados: Analizamos un total de 40 pacientes (p). Mediana de edad 50 años (26-84). 27p España, 9p Este de Europa, 2p América del Sur, 2p África Subsahariana. Clínica: 85% sangrado vaginal, 5% leucorrea, 5% dolor pélvico, 5% hallazgo citológico. Se practica cirugía de inicio en 10 p (25%): 5p Whertein Meigs, 2p Conización, 2p HT+DA+LA, 1p laparotomía exploradora. El 72,5% son carcinomas escamosos, 17,5% adenocarcinomas, 5% carcinomas neuroendocrinos, 5% adenoescamosos.

COMUNICACIONES PÓSTERS: EXPOSICIÓN DE PÓSTERS

Medias y medianas del tiempo de supervivencia

Media ^a				Mediana			
Estimación	Error típico	Intervalo de confianza al 95%		Estimación	Error típico	Intervalo de confianza al 95%	
		Límite inferior	Límite superior			Límite inferior	Límite superior
53,942	6,102	41,982	65,903	56,000	-	-	-

a. La estimación se limita al mayor tiempo de supervivencia si se ha censurado.



Estadio tumoral: 3p IB2 (7,5%), 5p IIA (12,5%), 26p IIB (65%), 1p IIIA (2,5%), 3p IIIB (7,5%), 2p IVa(5%). Tumores mayores de 5 cm: 42,5%. Parametrios afectos: 77,5%. Ganglios positivos: 55%. Todos los pacientes reciben Radioterapia pélvica: 31p 50 Gy , 9p 45 Gy (+ RT paraórtica 4p), con una mediana de duración de 6 semanas (5-12). 31p reciben Braquiterapia (77,5%). De forma concomitante a radioterapia se administra tratamiento con quimioterapia: 31p Cisplatino 40mg/m2 semanal, 7p Carboplatino 2AUC semanal(2p comorbilidad cardiaca 2p edad 2p atrapamiento ureteral 1p hipoacusia bilateral) y 2p Cisplatino-Etopósido (neuroendocrinos).Mediana de ciclos administrados: 5 (3-7).Toxicidad: 26p digestiva(diarrea y nauseas) (65%) ,14p hematológica (35%), 17p astenia (42,5%), 7p genitourinaria(17,5%), 4p cutánea (10%).La toxicidad grado 3-4 apareció en 12,5% p. Tasa de respuestas: 29 RC (72,5%),6 RP (15%),3 EE (7,5%),1 PE (2,5%), 1p desconocida. 15 p progresan durante el seguimiento (37,5%).En las pacientes que obtenemos una RC y posteriormente progresan la

mediana de tiempo a la progresión es de 28 meses (3-54).Por el contrario las pacientes que no hacen respuesta completa la mediana de tiempo a la progresión es de 8 meses (3-14). Localización PE: 3p local, 5p a distancia, 7 p ambas.Líneas quimioterapia: 6p 1línea, 3p 2 líneas, 2p 3líneas, 2p tratamiento sintomático,2p desconocido. Actualmente 1 p pendiente de cirugía de rescate por no respuesta tumoral. 26p vivas (65%), 11p fallecidas(27,5%), 3p desconocido(7,5%). La mediana de supervivencia global (SG) estimada es de 56 meses. Ninguno de los factores analizados influyo de forma significativa en la SLP ni la SG (nacionalidad, tamaño tumoral, parametrios, ganglios y esquema de quimioterapia).

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes con carcinoma de cérvix localmente avanzado obtenemos un elevado porcentaje de respuestas completas al tratamiento combinado de radioterapia y quimioterapia, basada en platino, con una toxicidad aceptable y sin secuelas a largo plazo. Un tercio de las pacientes progresan durante el tiempo de seguimiento con un ILP prolongado en las pacientes que responden.

P-45

QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE CON CARBOPLATINO PACLITAXEL SEMANAL, SEGUIDO DE QUIMIORRADIOTERAPIA CONCOMITANTE EN CANCER DE CERVIX LOCALMENTE AVANZADO

Nieves Martinez Lago, Maria Vieito Villar, Juan Cueva Bañuelos, Maria Teresa Curiel Garcia, Ezequiel Gonzalez Patiño, Nuria Salvador Garrido, Patricia Palacios Ozores, Rafael Varela Ponte, Sonia Candamio Folgar, Rafael Lopez Lopez.

Servicio de Oncología Médica, Hospital Clínico de Santiago de Compostela.

Introducción: El tratamiento estándar del cáncer de cérvix en estadios localmente avanzados es la radioterapia con quimioterapia basada en platino,

observándose una ventaja en supervivencia en el metaanálisis para aquellos pacientes que reciben dosis de cisplatino mayores de 40mg/m²/semana. Sin embargo en las series y estudios comunicados no todos los pacientes consiguen recibir la intensidad de dosis planeada.

Materiales: En este estudio fase 2 de un solo brazo se incluyeron pacientes con PS<2, mayores de edad, con adecuada función orgánica que dieron consentimiento informado y que presentaban tumores localmente avanzados o bulk que se consideraron pobres candidatos para tratamiento concomitante de entrada. Los pacientes recibieron 2 ciclos de tratamiento con cisplatino 33mg/m² y paclitaxel 80mg/m² d1,7,15/28 días o carboplatino AUC 2 en pacientes con función renal borderline. Los pacientes eran evaluados con exploración ginecológica y resonancia magnética pélvica y recibían quimioterapia concomitante con cisplatino 40mg/m² semanal durante la radioterapia pélvica, así como braquiterapia. Al finalizar el tratamiento los pacientes fueron evaluados con exploración ginecológica y RMN. Se reclutaron un total de 19 pacientes con dichas características durante los años 2007-2011 y se recogieron datos de dosis recibida, respuestas y toxicidad.

Resultados: La media de edad de las pacientes fue de 51 años (rango 27-72), el 57% tenían un tumor estadio III, el 31% IB sulky / II y el 10% un estadio IVa. Todos los pacientes recibieron al menos 2 ciclos de tratamiento con aceptable toxicidad. La dosis administrada fue el 97% de la dosis planeada. No hubo retrasos de dosis mayores de 1 semana. La principal toxicidad fue anemia grado II-III en el 30% de los pacientes. Los pacientes fueron evaluados por RMN pélvica tras completar tratamiento neoadyuvante, obteniéndose respuesta radiológica en el 84% de los pacientes. Posteriormente, los pacientes recibieron radioquimioterapia concomitante con cisplatino presentando retrasos / reducciones en el 32% de los pacientes. Sin embargo, solo 1 paciente no pudo completar el tratamiento radioterápico pautado. La evaluación final de la respuesta, la tasa de respuesta completa fue 57% y 36% de respuestas parciales. Solo una paciente presentó estabilización de la enfermedad.

Conclusiones: A pesar de no tener datos comparativos los pacientes alcanzaron una tasa de respuestas por imagen y en la exploración del 84% y con una mediana de seguimiento de 24 meses solo hemos tenido una tasa de recurrencias del 26%. Consideramos que nuestro esquema ha probado ser factible tolerable y tener una actividad prometedora sin comprometer el tratamiento estandar con quimiorradioterapia.

Investigación Traslacional

P-46

VALOR PRONÓSTICO DE LAS CÉLULAS MADRE TUMORALES EN PACIENTES CON CÁNCER DE COLON ESTADIO II

Maria Angeles Vaz Salgado, Juan Carlos Martinez Montero, Manuel Devesa, Javier Die Trill, Victor Abraira, Ana Gomez, Alfredo Carrato Mena.

Hospital Ramon y Cajal, Madrid, Spain; Instituto Oftalmico/Hospital Universitario Gregorio Marañon, Madrid, Spain; Unidad de Bioestadística Clínica, Hospital Universitario Ramón y Cajal, IRYCIS, CIBERESP, Madrid.

Introducción: Las células madre tumorales (CMTs) son un subgrupo de células tumorales con capacidad de autorenovación y también de generar las diferentes líneas tumorales que componen el tumor. Se consideran células iniciadoras de tumor (CIT) y serían las responsables del mantenimiento y la recurrencia de los tumores. Estas células expresan marcadores de pluripotencialidad (CD133 and NANOG) y no expresan marcadores de diferenciación como citokeratina 20 (CK20). El valor pronóstico de las CMT en el carcinoma colorectal cancer ha sido estudiado, con resultados contradictorios. Las series incluyeron poblaciones heterogéneas, con tumores tanto de colon como de recto y diferentes estadios tumorales (I-IV). El objetivo de este estudio es evaluar el valor pronóstico de las CMTs en una población homogénea de pacientes carcinoma de colon (CC) estadio II.

Materiales: Se analizaron de forma retrospectiva los datos de cien pacientes con CC pacientes estadio II tratados por el mismo equipo quirúrgico en un único Centro (Hospital Universitario Ramón y Cajal) entre 1977 y 2005. Ninguno de los pacientes recibió quimioterapia adyuvante. Se analizó en muestras en parafina la expresión por inmunohistoquímica de CD133, NANOG y CK20 y se agruparon en cuatro niveles de positividad: <10%, 11-25%, 26-50% and >50%. Se realizó comparación de supervivencia mediante curvas de Kaplan-Meier y test de log rank.

Resultados: Mediana de edad: 68 años (45-92). Mediana de seguimiento: 5.8 años. Recurrencias: 17 (17%). En el 60% de los tumores había expresión de CD133, NANOG en un 95% y CK20 78%. No se encontró correlación entre los niveles de CD133, NANOG o CK 20 y supervivencia libre de recaída (SLR) o supervivencia global (SG).

Conclusiones: La cuantificación de Células Madre Tumorales definidas por la expresión de CD133 y NANOG no presenta relación con la SLR ni SG en esta

cohorte de pacientes con carcinoma de colon estadio II. Estas células pueden no tener un papel relevante en fases precoces del desarrollo de CC.

P-47

DETECCION DE CELULAS GENETICAMENTE ALTERADAS EN SANGRE PERIFÉRICA DE PACIENTES CON CANCER COLORECTAL METASTÁSICO MEDIANTE UN SISTEMA AUTOMATIZADO

Ignacio Matos García, Jose Gonzalez-Valero, Rebeca Lozano, Lina López, Sara Alfonso, Cristina Velasco, Rosa Ana Marcos, Juan Luis García, Emilio Fonseca, Juan Jesús Cruz.

Servicio de Oncología, Hospital Universitario de Salamanca, IBSAL, IECSCYL. Unidad de Medicina Molecular.

Introducción: Se ha propuesto que el aislamiento y la caracterización posterior de las Células Circulantes Tumorales (CCT)TC pueden servir o ser utilizadas como una "biopsia líquida" y su determinación puede estar asociada con variables clínico-biológicas, pronóstico y respuesta a tratamiento. Objetivo: Estandarización, Aislamiento y Caracterización genómica de las CTC mediante FISH por medio de un sistema automatizado, sistema MetaFer-MetaCyte de MetaSystems, que nos permite la selección por tamaño y forma de las células genéticamente alteradas. Para lo cual se han utilizado 22 muestras de sangre periférica de Controles sanos (similar en edad y sexo que los pacientes) y 28 muestras de pacientes afectados de Cáncer de Colon Metastásico.

Materiales: Todos los casos han sido hibridados con 4 sondas, CEP3, CEP7, CEP17 y p16. La adquisición de imágenes se realiza con microscopio Zeiss AxioImager Z2 con platina y foco (ejes X/Y y Z) y cambio de filtros automático y son procesadas por el sistema MetaFer-MetaCyte de MetaSystems para enumeración automática de señales FISH en núcleos en interfase. La adquisición de las imágenes es multicanal: cada canal (DAPI, Green, Red) es expuesto separadamente y el sistema integrada todos los canales de fluorescencia en una imagen. Resultados: En el 82% de los pacientes se han seleccionado células con los criterios citomorfológicos anteriormente descritos. El número de células seleccionadas presenta un rango entre 1 y 820 células/paciente con una mediana de 9 células por paciente. En el 30% de los casos el número de células detectadas era superior a 100/paciente. En 13 de los 23 casos las células seleccionadas presentaban alteraciones genéticas. Ninguno en los controles.

Resultados: En el 82% de los pacientes se han seleccionado células con los criterios citomorfológicos anteriormente descritos. El número de células seleccionadas presenta un rango entre 1 y 820 células/paciente con una mediana de 9 células por paciente. En el 30% de los casos el número de células detectadas era superior a 100/paciente. En 13 de los 23 casos las células seleccionadas presentaban alteraciones genéticas. Ninguno en los controles. Conclusión: Aunque los estudios realizados son preliminares y es necesario la selección de sondas específicas de los tumores, este estudio nos permite la posibilidad de poder aislar, capturar y analizar células genéticamente alteradas mediante un sistema automatizado y detectar la presencia de células circulantes tumorales presentes en pacientes con cáncer colorectales metastásicos.

Conclusiones: Aunque los estudios realizados son preliminares y es necesario la selección de sondas específicas de los tumores, este estudio nos permite la posibilidad de poder aislar, capturar y analizar células genéticamente alteradas mediante un sistema automatizado y detectar la presencia de células circulantes tumorales presentes en pacientes con cáncer colorectales metastásicos.

P-48

DETECCIÓN DE VARIANTES GENÉTICAS EN BRCA1 Y BRCA2 MEDIANTE LA TÉCNICA DE LR-PCR Y SECUENCIACIÓN MASIVA EN PARALELO

Angels Arcusa Lanza (1), Imma Hernan (2), Emma Borrás (2), Miguel De Sousa Díaz (2), Begoña Mañe (2), Gemma Llorca (3), Miguel Carballo (2).

(1) Servicio de Oncología, Hospital de Terrassa, Terrassa. Instituto Oncológico del Vallés, Barcelona; (2) Unidad de Genética Molecular, Hospital de Terrassa, Terrassa; (3) Unidad de Consejo Genético, Consorci Sanitari de Terrassa. Instituto Oncológico del Vallés, Barcelona.

Introducción: Avances tecnológicos tales como la secuenciación masiva de nueva generación (NGS) representan una buena oportunidad para poder realizar estudios genéticos complejos en laboratorios clínicos. El objetivo del presente estudio es desarrollar y validar un método para la detección de mutaciones en los genes supresores de tumores BRCA1 y BRCA2. Utilizando la técnica de PCR de largo alcance (LR-PCR) y NGS, se pretende estudiar al mismo tiempo varios pacientes con una historia personal o familiar de cáncer de mama y/u ovario.

Materiales: A partir de sangre periférica de cinco individuos portadores de mutaciones y SNPs (single nucleotide polymorphism) conocidos en BRCA1 y

BRCA2, se obtuvo ADN genómico. Para cada una de las muestras se amplificaron once fragmentos largos (entre 3000 y 15300 pares de bases) que contenían todos los exones codificantes y zonas intrónicas flanqueantes de los genes BRCA1 y BRCA2. Utilizando un método enzimático (tecnología Nextera), se prepararon las librerías de ADN de los 5 pacientes para ser analizadas mediante un único experimento de NGS utilizando la plataforma GS Junior 454.

Resultados: El análisis de NGS mostró que los fragmentos de LR-PCR cubrían completamente toda la zona codificante de BRCA1 y BRCA2 con una profundidad media por nucleótido superior a las 30 lecturas. El experimento permitió detectar y confirmar todas las mutaciones y SNPs en BRCA1 y BRCA2 presentes en los individuos analizados.

Conclusiones: El presente estudio demuestra que la técnica de amplificación LR-PCR junto con la secuenciación masiva en paralelo es un método efectivo para el análisis de los genes BRCA1 y BRCA2. Además, la tecnología aquí descrita puede ser aplicada en cualquier laboratorio de genética molecular que se dedique al estudio de enfermedades genéticas que impliquen el análisis de varios genes o genes de gran tamaño.

Cuidados Continuos

P-49

CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN: ONCOLOGO DE ENLACE

Gerardo Umanzor, Virginia Palomar, Nieves M. Chanzá, Cristina Hernando, Rosa Monfort, Francisco Javier García, Mar Llorente, M^a Jose Godes, Vega Irazo, Carlos Camps.

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia Servicio Oncología Médica.

Introducción: El oncólogo de enlace ha proporcionado mecanismos de accesibilidad a los diferentes especialistas médicos para remitir a los pacientes con signos de alarma y agilizar su diagnóstico. Analizamos los casos que han sido remitidos a nuestro servicio en los últimos dos años.

Materiales: Entre mayo 2010 y diciembre 2012 se derivaron como primera visita a Oncología un total de 421 pacientes. En el 80% de los casos el remitente fue el médico de atención primaria. El principal motivo de consulta fue patología mamaria (20%), elevación de marcadores tumorales (9.6%), primera visita tras diagnóstico de cáncer (8.5%), síndrome

constitucional (6.2%), hallazgos radiológicos (5%) y antecedentes familiares oncológicos (2.4%). El tiempo medio transcurrido entre la derivación del paciente y la atención oncológica hospitalaria no superaba los 7 días.

Resultados: 145 pacientes (34.9%) fueron diagnosticados de patología maligna. De ellos, el cáncer de mama supuso la enfermedad más frecuente con un 7.1%, seguido del cáncer colorrectal (4.7%), cáncer de tracto digestivo superior y tumores genitourinarios (3.6% respectivamente), linfomas (3.3%), cáncer de pulmón (2.4%) y resto de localizaciones (3.8%). En el resto de pacientes, el diagnóstico al alta lo constituyó la patología mamaria benigna (18.5%), la patología benigna digestiva (5.4%), la elevación de marcadores tumorales inespecífica (4.9%), el cuadro poliadenopático inespecífico (3.4%), y otras patologías benignas (14.1%). El tiempo transcurrido hasta el diagnóstico definitivo era de 5 días.

Conclusiones: Se trata de una herramienta útil para detectar precozmente los casos de cáncer pero no existe un filtrado correcto de los signos o síntomas de alarma por parte de los especialistas por lo que serían necesarios programas educativos.

P-50

ESTUDIO PILOTO DE LAS ALTERACIONES DEL SENTIDO DEL GUSTO Y DEL OLFATO CON QUIMIOTERAPIA BASADA EN OXALIPLATINO

Raquel Molina Villaverde, Jose Luis López, Fátima Navarro, Brezo Martínez-Amores, Marta Martín, Mónica Arroyo, Laura Villalobos, Melchor Álvarez-Mon.

Servicio de ESI/Oncología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares. Madrid.

Introducción: El sentido del gusto y/o del olfato puede cambiar durante el tratamiento oncológico específico. Esto puede contribuir a que el paciente tenga menos apetito, no disfrute con la comida e, incluso, pierda peso. La quimioterapia puede dañar directamente las papilas gustativas y esto afectar a la calidad de vida de los enfermos con cáncer. A pesar de todo ello, las alteraciones en la percepción de los sabores y/o de los olores inducidas por los tratamientos oncológicos específicos han sido poco valoradas por los especialistas implicados en el manejo de estos pacientes.

Materiales: 36 pacientes con cáncer colorrectal en tratamiento con al menos dos infusiones de quimioterapia basada en Oxaliplatino contestaron una encuesta acerca de posibles cambios en su percepción del

gusto y del olfato. Todos los pacientes firmaron un consentimiento informado para la utilización de datos de su historia clínica. Se analizaron 20 variables. Como no se encontró un cuestionario validado en español acerca de este tema, se diseñó en base a la literatura existente al respecto.

Resultados: La encuesta fue contestada por 36 pacientes consecutivos, que habían recibido al menos dos infusiones de quimioterapia basada en Oxaliplatino y sin comorbilidad que pudiera estar asociada a alteraciones del gusto y del olfato. Un 61% habían notado alteraciones en la percepción del sabor de los alimentos, la mayoría en forma de percepción de distinto sabor descrito como metálico o amargo. La mayor parte (56%) consideraban que las alteraciones del sabor eran importantes para su día a día. El 65% habían recibido información específica sobre este tema antes del inicio de la quimioterapia y consideraban que era adecuada y suficiente. Un 39% tenía alteraciones en el olfato y coincidía que en todos ellos había también de forma concomitante alteraciones del gusto.

Conclusiones: En los últimos años hemos asistido a una mejora tanto de los tratamientos específicos como de soporte para el cáncer. Sin embargo, se ha incidido mucho en algunos aspectos y otros han sido menos estudiados, siendo también importantes para la calidad de vida de nuestros pacientes. En este estudio la mayoría consideraron que las alteraciones del sentido del gusto y del olfato secundarias al tratamiento quimioterápico en general, y con oxaliplatino en particular, son importantes para su día a día por lo que es un parámetro que tenemos que tener en cuenta a la hora de informar de los efectos de los tratamientos.

P-51

INCIDENCIA Y MANEJO DE LA NEUTROPENIA FEBRIL

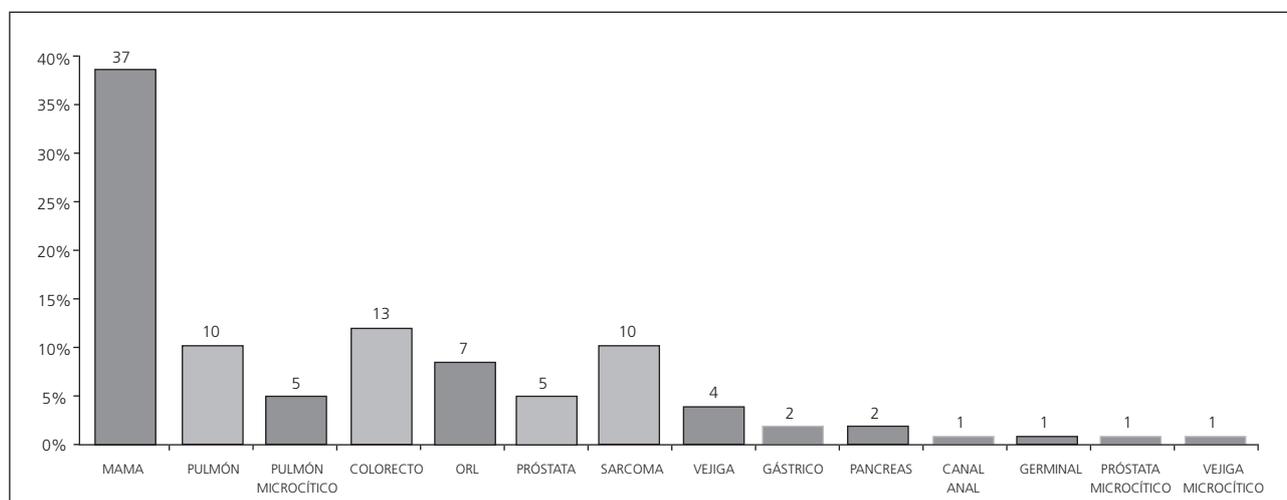
M^aTeresa Taberner Bonastre, Antonio Martín Marco, Ariadna Gasol Cudos, Juan Carlos Samamé Pérez-Vargas, Noemí Tuset Der-Abraín, María Nabal Vicuña, Diego Márquez Medina, Santiago Miguel-sanz García, Eugenia Ortega Izquierdo, Antonieta Salud Salvia. *Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida.*

Introducción: La neutropenia febril es una complicación frecuente en el 2% de pacientes oncológicos ingresados. Definida por fiebre de $\geq 38,3^{\circ}\text{C}$ en una determinación o $\geq 38^{\circ}\text{C}$ en tres determinaciones en un día. Consideramos neutropenia valores absolutos de neutrófilos $< 1000/\text{mL}$. Algunos modelos pronósticos, como MASCC y Talcott, intentan predecir su gravedad, siendo las tasas de mortalidad 5 - 10%. Las guías recomiendan el uso de antibiótico empírico precoz, excepto en pacientes de bajo riesgo.

Materiales: Se ha realizado un estudio retrospectivo de 911 pacientes tratados de forma consecutiva con quimioterapia en pacientes oncológicos durante el período comprendido entre enero y diciembre de 2011. Se ha analizado el porcentaje de neutropenias que han requerido ingreso dependiendo del esquema, el uso profiláctico o ausencia del mismo de G-CSF y localización tumoral.

	No neutropenia	Neutropenia
No profilaxis	7358	81
Profilaxis	383	18

Figura 1. Neutropenias por tumores



Resultados: Se contabilizaron 99 ingresos por neutropenia febril, de 7741 tratamientos realizados en 911 pacientes. El 37,3% fueron por cáncer de mama seguidos de tumores colorrectales (13.1%). La distribución por esquemas fue: Docetaxel + Ciclofosfamida (11.1 %), Myocet + Ciclofosfamida (11.1 %), Docetaxel en monoterapia (8 %) y Carboplatino + Vinorelbina (7 %) o Etopósido (7 %). Un 4.95% de los pacientes habían realizado profilaxis. En ellos la tasa de neutropenia fue de 4.7%, sin diferencias significativas con respecto a los pacientes sin profilaxis. El 3,73% de los ingresados por neutropenia habían realizado profilaxis. El antibiótico empírico más frecuente fue cefepime en monoterapia. La tasa de mortalidad no difiere de las cifras publicadas.

Conclusiones: En nuestra práctica clínica, la incidencia de neutropenia febril es menor que en las series descritas, variable en función de la localización tumoral (más frecuente mama y pulmón) y esquemas de tratamiento (docetaxel+ciclofosfamida, myocet-ciclofosfamida). La profilaxis no mostró diferencias. La antibioterapia en monoterapia es eficaz en la mayoría de los casos.

P-52

INCORPORACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL PROCESO ONCOLÓGICO

Montse Domenech Santasusana, Miquel Nogue*, Pere Farras, Ester Casado, Silvia Catot, Josep Ubach, Imma Guasch, Ana Miguel, Jesus Castillo, Jesus Montesinos.

*Servicio Oncología, Althaia Manresa, *Servicio Oncología, Hospital Vic, ** Asistencia Primaria, Manresa.*

Introducción: La atención oncológica se desarrolla fundamentalmente en el ámbito hospitalario, quedando habitualmente la atención primaria (AP) a un papel secundario. Creemos que los mejores resultados en términos de calidad asistencial, percepción de continuum asistencial y coste-eficacia deben contemplar la participación la AP como parte integral en el proceso oncológico. El objetivo del presente trabajo ha sido la incorporación de la AP en dicho proceso.

Materiales: Nuestra área de referencia es un amplio territorio de cuatro comarcas (Bages, Berguedà, Solsonés y Osona) de la Catalunya Central, de unos 400.000 habitantes, con 3 Centros Hospitalarios que disponen de atención oncológica. Como trabajo preliminar se debatieron los puntos de posible mejora en aspectos asistenciales que pudiesen ser compartidos entre la atención hospitalaria y la AP. Consideramos inicialmente tres puntos relevantes:

1. Consensuar criterios de intervención de la AP en las toxicidades de los diferentes tratamientos oncológicos, aspecto especialmente relevante atendiendo la extensión del territorio.
2. Acordar criterios de seguimiento de los pacientes oncológicos tratados con intención radical y aparentemente curados de su proceso.
3. Establecer criterios de derivación homogénea para los pacientes que consultan en la AP acerca de posibles riesgos familiares/hereditarios.

Se crearon 3 grupos de trabajo, compuestos por dos médicos de AP y dos oncólogos médicos, que elaboraron los correspondientes documentos de trabajo consensuados para cada uno dichos puntos.

Resultados: Se elaboraron tres protocolos asistenciales:

1. Guía de tratamiento de las toxicidades: Se establecieron los criterios de manejo en el ámbito de la AP y de derivación hospitalaria para cada una de las toxicidades más relevantes. Así, se concretó el tratamiento de soporte para las complicaciones leves y moderadas en el ámbito de la AP y de las graves en el Hospital de referencia.
2. Guía de seguimiento de las neoplasias más frecuentes. En función del riesgo de recaída, se acordaron los intervalos de seguimiento, las exploraciones complementarias, el ámbito de atención (hospitalaria/AP), el alta hospitalaria y el programa recomendado de seguimiento posterior en la AP.
3. Guía sobre los criterios de derivación a la unidad de Cáncer Familiar de nuestros Centros

Todos estos documentos se presentaron y difundieron en unas jornadas de AP/Oncología y finalmente se introdujeron en todas las estaciones de trabajo de la AP para su consulta periódica.

Conclusiones: La elaboración de protocolos consensuados AP/Oncología ha permitido, en los tres ámbitos de actuación elaborados: Homogeneizar el tratamiento de soporte de las complicaciones leves y moderadas evitando traslados innecesarios al Hospital de referencia, aportando además seguridad en el manejo de estos pacientes en la AP. La guía de seguimiento evita duplicidad de visitas y pruebas complementarias y garantiza el seguimiento a largo plazo en la AP, contribuye a descongestionar las consultas hospitalarias y reintegra al paciente al ámbito de AP. Conocer los criterios de derivación cuando hay un posible riesgo hereditario ha permitido una fácil selección y ha evitado consultas innecesarias.

P-53

NIVELES DE 25 (OH)VITAMINA D EN PACIENTES INGRESADOS EN PLANTA DE ONCOLOGIA MEDICA

Lourdes Calera Urquizu, Isabel Pajares Bernal, Jorge Hernando Cubero, Alba Hernandez Garcia, Ana Cebollero De Miguel, Irene Torres, Carmen Vallejo Rodriguez, Maria Alvarez, Julia Madani, Antonio Anton Torres.

Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario Miguel Servet.

Introducción: Diversos estudios han relacionado los niveles de 25 (OH) vitamina D con la aparición o el pronóstico de distintos tipos de tumores. Según la OMS (1997) niveles inferiores en plasma a 50 nmol/L, se considera como hipovitaminosis D. Los niveles de 25 (OH) vitamina D presentan variaciones estacionales, siendo menores sus niveles en invierno por una menor exposición solar. Como orientación los niveles de 25 (OH) vitamina D se interpretan como: <25nmol/L nivel deficiente; entre 25 y 74 nmol/L nivel insuficiente; entre 75 y 250 nmol/L nivel adecuado y > 250 nmol/L intoxicación.

Materiales: En este estudio trasversal observacional de 16 pacientes ingresados en la misma fecha (mayo 2012) en la planta de oncología médica, se realizó una determinación única de los niveles de 25 (OH) vitamina D, junto con la determinación del calcio, proteínas totales y una analítica rutinaria.

Resultados: De los 16 pacientes ingresados en la misma fecha, todos ellos presentaron niveles insuficientes de 25 (OH) vitamina D, de hecho no hubo ningún paciente con niveles superiores de 50 nmol/L, independientemente del tipo tumoral, del estadio de la enfermedad, del tiempo de hospitalización. El 30% eran mujeres y el 70% hombres. Las neoplasias más frecuentes fueron cáncer de pulmón, cáncer de cabeza y cuello y cáncer de colon, respectivamente. El motivo de ingreso más frecuente fue fiebre neutropénica. La mayor parte de los pacientes no tenían alteración de los niveles de calcio sérico ni iónico. El 25% de los pacientes presentaban niveles muy deficientes de 25 (OH) vitamina D (inferiores a 25 nmol/L). De estos el 50% estaban diagnosticados de cáncer de pulmón, 25% de cáncer de cabeza y cuello y 25% de cáncer colorrectal.

Conclusiones: A pesar del reducido número de pacientes del estudio, todos presentaban hipovitaminosis D, a pesar de que la determinación se realizó en Mayo (uno de los meses en los que es posible mayor exposición solar). Lo cual, a falta de estudios de mayor relevancia, sugiere que la vitamina D juega un papel

importante en la carcinogénesis y quizás el tratamiento con vitamina D podría tener su utilidad en el tratamiento antitumoral.

P-54

REVISIÓN CONSULTAS TELEFÓNICAS EN 1º TRIMESTRE DE INSTAURACION DE HISTORIA CLINICA DIGITAL EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL ¿AHORRO COSTES?

Carolina Ortega Ruipérez, Amaya Olaverri Hernández, Jose Antonio Santiago Crespo, M^a del Mar Muñoz Sánchez, M^a Jose Molina Garrido, Rosa Herraiz, Milagros Recuenco, Encarnación Granados, M^aAscensión Pardo, Carmen de las Heras.

Sección de Oncología Médica. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.

Introducción: En el caso de provincias con gran dispersión geográfica (como es el caso de Cuenca), con único hospital como centro de referencia a nivel oncológico, es necesario búsqueda de alternativas a la consulta presencial en caso de dudas/aclaraciones de tratamiento o síntomas/control toxicidad.

Materiales: Revisión sistemática consultas médicas realizadas en el S. Oncología Médica (H. Virgen de la Luz) desde la instauración de la historia clínica digital (MAMBRINUS XXI) (enero/12), con un total de seguimiento de 4 meses. Revisión porcentaje de consultas telefónicas realizadas en esas fechas, y características de las mismas.

Resultados: Desde el inicio de la historia clínica digitalizada, se han realizado un total de 3960 consultas médicas en el S. Oncología Médica (revisiones+tratamientos farmacológicos), de entre las cuales 110 consultas se han realizado por vía telefónica (un 2.8%). La edad media de los pacientes era de 61 años (SD 14) El 38.2% de casos eran consulta programada y en un 61.8% eran imprevistas. En cuanto a los motivos de consulta, un 26.35% eran para consulta de síntomas y su manejo, un 23.65% eran para cambios en la fecha de la consulta, o para resolución de problemas con otras citas/pruebas diagnósticas solicitadas. Un 10.9% eran sobre dudas acerca del diagnóstico/tipo de tratamiento, un 13.64% eran para control clínico y un 24.55% para información al paciente sobre resultados, con una media de duración inferior a 10 minutos.

Conclusiones: La consulta telefónica en nuestro medio es todavía de baja incidencia (<3%) pero en casos concretos puede resultar útil para dudas acerca del tratamiento, control clínico programado, resolución de dudas sobre síntomas 2º tratamiento médico instaurado o bien síntomas secundarios a la neoplasia

evitando la necesidad de acudir al hospital, con el consiguiente ahorro de tiempo y costes tanto para el paciente como para el sistema público de salud.

P-55

¿ES POSIBLE MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE ONCOLÓGICO? RESULTADOS DE LA PUESTA EN MARCHA DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA DESDE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA?

Cristina Gonzalez De Pedro, Eduardo Jara Gonzalez, David Perez Callejo, Antonio Carlos Sanchez Ruiz, Mariano Provencio Pulla.

Introducción: El Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (HUPHM) puso en marcha en noviembre-2011 el servicio de atención telefónica al paciente oncológico, atendido por enfermería, de lunes a viernes, de 8-15 horas. El Hospital Puerta de Hierro Majadahonda es el hospital de referencia del Área 6 de salud de la Comunidad de Madrid, área que da cobertura a unos 500000 habitantes y cubre una extensa zona geográfica.

Materiales: Estudio transversal (nov2011-mayo 2012). Pacientes oncológicos en tratamiento quimioterápico, que recibieron información en la consulta de Oncología (HUPHM) de la puesta en marcha de la atención telefónica. Todos los pacientes que llamaron al teléfono de ayuda fueron atendidos por un enfermero. Recogida datos demográficos, clínicos, de resultado (motivo llamada, valoración servicio telefónico, utilidad, demanda asistencial evitada); mediante encuesta telefónica (cuatro preguntas) e historia clínica. Análisis descriptivo.

Resultados: Se registraron 227 llamadas: 147 primeras llamadas, 65 segundas, 15 terceras. 147 pacientes atendidos: 51% varones, edad mediana (P25-P75) 59 años (50-67), 71% del área noroeste de Madrid. Tumores más prevalentes: pulmón (24%), mama (21%), colon-recto (19%). 70% pacientes iniciaron quimioterapia en periodo de estudio. Motivos más prevalentes primeras llamadas: dudas de tratamiento (25%), dolor (19%), náuseas/vómitos (11%), malestar general (9%). 100% pacientes consideraron útil el servicio telefónico, valoración media de 9 (8-10). 100% pacientes reconocieron que, si no hubiesen tenido este servicio telefónico, hubieran demandado atención sanitaria: 50% Urgencias, 43% Consulta Oncología, 7% Atención Primaria. Los pacientes con quimioterapia reciente (70%) consultan preferentemente

por dolor (24%), dudas tratamiento (23%), náuseas/vómitos (22%); los tratados con anterioridad (30%) consultan por dudas tratamiento (32%), malestar general (16%). De los pacientes nuevos: 53% hubieran acudido a Urgencias, 41% a Consulta Oncología.

De los pacientes con quimioterapia previa: 48% hubieran acudido a Consulta, 44% a Urgencias. La mediana (min-max) de tiempo transcurrido desde el inicio de la quimioterapia a la primera llamada fue de 20 (1-102) días en pacientes recientes (Nov2011- May2012) y de 133 (30-302) en el resto (En2011-Oct2011).

Conclusiones:

- El papel del enfermero en las consultas toma una dimensión amplia con la incorporación de nuevas tecnologías.
- Un servicio de escaso coste para el sistema proporciona una alta satisfacción al usuario.
- Evita visitas innecesarias al hospital y genera seguridad al paciente.
- Este y otros servicios (internet) pueden estar especialmente indicados en situaciones de coberturas territoriales amplias como ocurre en nuestra área.

P-56

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DEL CANCER EN EL ANCIANO: LA PARTICIPACIÓN DEL GERIATRA EN LOS COMITÉS DE TUMORES

Angels Arcusa Lanza (1), Mireia Llonch (2), Sami Lofti Jodra (2), Leo Cuadra (2), Julio Duran (2), Ernesto Guevara (2), Merce Capo (2).

Consorci Sanitari de Terrassa (CST): (1) Servicio de Oncología; (2) Servicio de Geriátria.

Introducción: El diagnóstico de cáncer es cada vez más frecuente en pacientes con edad superior a los 75 años. Estos pacientes presentan unas características específicas, que precisan de un abordaje multidisciplinar especial mediante la integración y participación de geriatras en la toma de decisiones y valoración del plan terapéutico, con el objetivo de evitar discapacidades y morbimortalidad del tratamiento. Nuestro trabajo pretende describir la intervención y participación de estos profesionales en tres comités de tumores (CT).

Materiales: Se ha analizado la intervención de los geriatras en los CT semanales de cáncer urológico, pulmón y colorectal durante el año 2011. Se han recogido como variables para la toma de decisiones e individualización del plan terapéutico: edad, sexo, tipo de tumor y estadio, comorbilidades, estado funcional, cognitivo, y nutricional, y soporte social.

Resultados:

- CT Urológico: 117 casos valorados
43 pacientes (36%) tenían una edad igual o mayor a 75 años. Treinta y cinco (81%) fueron candidatos a tratamiento oncoespecífico. En 13 (37%) de ellos el geriatra intervino en la toma de decisiones.
- CT de Pulmón: 84 casos valorados
32 pacientes (38%) tenían una edad igual o mayor a 75 años. Trece (41%) fueron candidatos a tratamiento oncoespecífico. En 5 (38%) de ellos el geriatra intervino en la toma de decisiones.
- CT Colorectal: 102 casos valorados
42 pacientes (41%) tenían una edad igual o mayor de 75 años. Treinta y dos (76%) fueron candidatos a tratamiento oncoespecífico. En 12 (37%) de ellos el geriatra intervino en la toma de decisiones.

Conclusiones: La enfermedad neoplásica es una patología frecuente en los pacientes mayores de 75 años: entre el 36 y el 41% de los 303 pacientes valorados en los CT referenciados. En más de una tercera parte de estos pacientes, el geriatra ha participado activamente en la toma de decisiones y la valoración del plan terapéutico mediante su intervención especializada y experta.

P-57

COSTE-EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA INDUCIDA POR QUIMIOTERAPIA (AIQ) CON AGENTES ESTIMULADORES DE LA ERITROPOYESIS (AEE) EN ESPAÑA

César A. Rodríguez Sánchez, Adrián Alegre, Javier Casinello, Laura Gutiérrez, Carlos Crespo.

Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario de Salamanca[CARS]; Servicio de Hematología, Hospital de la Princesa[AA]; Servicio de Oncología Médica, Hospital General de Guadalajara[JC]; Departamento de Farmacoeconomía, Amgen SA[LG]; Departamento de Estadística, Universidad de Barcelona[CC]; Health Economics & Outcome Strategies, Oblikue Consulting SL[CC].

Introducción: Se estima que la AIQ afecta hasta al 68% de los pacientes tratados con quimioterapia. Las guías recomiendan el uso de AEE en pacientes con enfermedad avanzada para reducir la necesidad de transfusiones y mejorar la calidad de vida, manteniendo la Hb entre 10 y 12 g/dl. Este análisis evalúa la eficiencia de los AEE en el manejo de la AIQ en España.

Materiales: Se elaboró un árbol de decisión integrando la eficacia de darbepoetina-alfa semanal (DAQW),

cada 3 semanas (DAQ3W), epoetina-alfa (EPO-AQW) y epoetina-beta semanales (EPO-BQW), y el uso de recursos necesarios para su administración. Perspectiva: sistema sanitario público. Horizonte temporal: 12 semanas. Costes incluidos: fármacos, administración, visitas y analíticas. Los costes se expresaron en euros 2012 y el coste farmacológico en PVL (DAQW 1,66 €/mcg, DA3QW 1,73 €/mcg, EPO-AQW 1,17 €/200UI y EPO-BQW 1,68 €/200UI). El coste de administración se asumió cero en pacientes hospitalizados, autoadministración o sincronización con quimioterapia intravenosa. Análisis de sensibilidad: modificando costes unitarios, incorporando el uso de hierro y variando el porcentaje de pacientes con incremento de dosis.

Resultados: Un 73% de los pacientes responden a darbepoetina-alfa y un 68% a EPO-AQW y EPO-BQW. Un 29,63% de los pacientes tratados con EPO-AQW y EPO-BQW precisan incremento de dosis. Los microgramos (o UI considerando la equivalencia 1mcg=200UI) necesarios por tratamiento fueron 1.865, 1.679, 2.433 y 2.042 para DAQ3W, DAQW, EPO-AQW y EPO-BQW, respectivamente. Coste directo: 3.405€, 3.459€, 3.479€ y 4.055€ para DAQ3W, DAQW, EPO-AQW y EPOB-QW respectivamente. Coste por respuesta: 4.665€, 4.738€, 5.116€ y 5.963€ para DAQ3W, DAQW, EPOA-QW y EPOB-QW respectivamente. DAQ3W y DAWQ fueron más efectivos y menos costosos que EPO-AQW y EPO-BQW en los análisis de sensibilidad.

Conclusiones: En este análisis la darbepoetina alfa se mostró como un tratamiento eficiente para el sistema sanitario resultando más efectiva y menos costosa que EPO-AQW y EPOBQW. Estudio financiado por AMGEN, S.A.

P-58

DARBEPOETIN ALFA (DA) ADMINISTRADA SINCRÓNICAMENTE CON LA QUIMIOTERAPIA (CADA 3 SEMANAS, Q3W) PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN PACIENTES CON TUMORES SÓLIDOS: ESTUDIO OBSERVACIONAL, PROSPECTIVO

Jesús Montesinos (1), Eduard Batiste-Alentorn (2), Yolanda García (3), Àngels Arcusa (4), Pilar Vicente (5), Javier Hernández (6), Ferran Losa (7).

(1) Fundació Althaia, Manresa; (2) Hosp. General de Vic, Vic; (3) C.S. Parc Taulí, Granollers; (4) Hosp. Terrassa, Terrassa; (5) Hosp. Granollers, Granollers; (6) Institut Català d'Oncologia Girona, Hosp. Dr. Josep Trueta, Girona; (7) ACROSS (Asociación Catalana para la Investigación Oncológica y sus Implicaciones Sanitarias y Sociales).

Introducción: Describir la respuesta hematológica y su asociación con la sensación de fatiga en pacientes con tumores sólidos tratados con DA administrada Q3W.

Materiales: Estudio prospectivo (16 semanas) observacional y multicéntrico en pacientes con anemia que iniciaron DA (6,75 µg/kg) Q3W. Se evaluó la fatiga basal y a las 16 semanas mediante la subescala de fatiga FACT-F.

Resultados: Se incluyeron 17 pacientes (6 con Hb<10 g/dL y 11 con Hb 10-11 g/dL; edad media (DE) 64,4(9,9) años, 65% varones, 94% ECOG 0-1 y 59% en estadio IV). El 60% recibieron quimioterapia con platinos. DA se administró durante una mediana de 6 semanas (P25:3;P75:10). Diez pacientes (59%) recibieron hierro oral (4 por déficit absoluto y 6 por déficit funcional). Siete pacientes (41%) discontinuaron DA antes de 16 semanas (6 por finalización de la quimioterapia y 1 por sobrepasar el límite de Hb). El nivel medio de Hb aumentó significativamente de 10,2(0,5) g/dL en la visita basal a 11,5(1,5) g/dL en la visita final (cambio medio +1,3 g/dL [IC95%:0,4-2,2], $p=0,008$). El 76,5% de pacientes alcanzaron Hb>11 g/dL (en un tiempo mediano de 4 semanas [P25:4;P75:7]), y el 64,7% aumentaron ≥ 1 g/dL (sin transfusión en los últimos 28 días). Se observó correlación significativa entre la Hb basal y la puntuación FACT-F ($r=0,66$; $p=0,005$), así como una tendencia hacia una correlación entre el cambio en la Hb y el cambio en la fatiga ($r=0,395$; $p=0,130$). Un paciente (6%) requirió transfusión. No hubo ninguna reacción adversa a DA.

Conclusiones: En este grupo de pacientes con tumores sólidos, DA administrada sincrónicamente con la quimioterapia fue una terapia efectiva y bien tolerada para el tratamiento de la anemia, con tasas de respuesta similares a las de la bibliografía. La fatiga se correlacionó con el grado de anemia y la corrección de ésta se asoció con una mejoría clínica del paciente.

P-59

ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS EN SEGUIMIENTO POR LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

Nieves M.chanzá, Cristina Hernando, Gerardo Umanzor, Virginia Palomar, Rosa Monfort, David Rudilla, Lola Peña, Almudena Ruiz, Ana Blasco, Carlos Camps. (1-5) *Consortio Hospital General Universitario de Valencia. Servicio Oncología Médica;* (6) *Consortio Hospital General Universitario de Valencia. Unidad De Hospitalización Domiciliaria;* (7) *Consortio Hospital*

General Universitario de Valencia. Servicio Trabajo Social; (8) *Consortio Hospital General Universitario de Valencia. Unidad de Hospitalización Domiciliaria;* (9-10) *Consortio Hospital General Universitario de Valencia. Servicio Oncología Médica.*

Introducción: La Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD) es una modalidad de atención sanitaria, enfocada a proporcionar una atención hospitalaria en domicilio. Las unidades multidisciplinares de atención domiciliaria proporcionan un tratamiento integral al paciente oncológico.

Materiales: Analizamos la necesidad de intervención psicológica y de la Unidad de trabajo social (UTS) en los 421 pacientes con cáncer que se remitieron al Servicio de UHD de nuestro centro entre Mayo de 2011 y Mayo de 2012.

Resultados: De los 421 pacientes, 104 de ellos (34.2%) requirieron intervención psicológica, en el 46% de los casos el paciente y los familiares se beneficiaron de ella, en el 30% sólo el paciente y en el 24% sólo los cuidadores. En el 53% la intervención se centró en el control de las emociones y en el 32% en el trato de trastornos adaptativos como la negación. El 100% de los casos que requirieron intervención psicológica se presentaron en el comité de cuidados paliativos formado por médicos de UHD, psicología, trabajo social y oncología. Un total de 56 pacientes (15.7%) fueron atendidos por la UTS, requiriendo en el 62.5% de los casos más de un tipo de intervención y manejando sobretodo asuntos relacionados con el reconocimiento de discapacidad, la valoración del grado de dependencia y las prestaciones sanitarias complementarias.

Conclusiones: Para un mejor enfoque terapéutico de nuestros pacientes es importante una valoración total del mismo y de su familia incluyendo valoración física, psicoemocional y sociofamiliar. En nuestros pacientes hemos observado que es indispensable la intervención, en cuanto a la valoración y solución de los problemas de índole psicológica y en cuanto a requerimientos de asistencia social durante su estancia en domicilio.

P-60

ESTUDIO OBSERVACIONAL DEL RIESGO DE DESARROLLO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y PROTEINURIA INDUCIDA POR BEVACIZUMAB

Oliver Higuera Gómez (1), Patricia Cruz Castellanos (1), Marisa Torres Velasco (1), Elsa Bernal Hertfelder (1), Beatriz Jiménez Munarriz (1), Jorge Barriuso Feijoo (1), Ana Custodio Carretero (1), Teresa OLea Tejero

(2), Rafael Selgas Gutiérrez (2), Jaime Feliu Battle (1).
(1) *Servicio de Oncología Médica Hospital Universitario La Paz*; (2) *Servicio de Nefrología Hospital Universitario La Paz*.

Introducción: Hipertensión arterial y proteinuria son efectos secundarios frecuentemente asociados al tratamiento con bevacizumab y se ha postulado que la hipertensión acontecida durante el tratamiento con anti-VEGF puede ser un biomarcador surrogado predictivo de respuesta. El objetivo del estudio es determinar la incidencia de proteinuria y de hipertensión arterial y su posible relación con la respuesta a dicho tratamiento.

Materiales: Se analizaron los datos de 92 pacientes diagnosticados de cáncer de colon, mama, ovario, glioblastoma y pulmón que recibieron tratamiento con bevacizumab a distinta tasa de dosis y quimioterapia según el estándar de nuestro centro.

Resultados: Un 34.8% de los pacientes presentaron hipertensión según los criterios de ESH y NCI-CTC con una frecuencia similar en el subgrupo de pacientes que recibieron bevacizumab a altas dosis (cáncer de mama, ovario y glioblastoma) frente a los que lo recibieron a bajas dosis (colorrectales y pulmón). Proteinuria, definida por presencia de dos o tres cruces en tira reactiva, se observó en 18 pacientes (19.5%) y fue más frecuente en pacientes que recibieron altas dosis de bevacizumab (32.1% Vs 13.4%). No se objetivó relación entre la presencia de hipertensión y proteinuria. 7 pacientes suspendieron el tratamiento por proteinuria persistente y 7 por eventos cardiovasculares (2 por trombosis venosa profunda, 1 por tromboembolismo pulmonar, 2 por hemorragia incluyendo un paciente a nivel cerebral y 2 por hipertensión arterial grado 3 mantenida). No se demostró relación entre la presencia de hipertensión arterial o proteinuria con

tasa de respuesta a los 3 meses de tratamiento con independencia del tipo histológico y dosis del fármaco.

Conclusiones: La hipertensión y proteinuria son dos efectos secundarios frecuentes asociados al tratamiento con bevacizumab. Sin embargo, es necesario definir su potencial papel como biomarcador de respuesta.

P-61

INGRESOS Y GRDs DE MAYOR IMPACTO EN LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN 5º ONCOLOGÍA MÉDICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

José María Vieitez de Prado, Paula Jiménez Fonseca, Carlos Álvarez Fernández, Quionía Pérez Arnillas, David José Rodríguez Rubí, Ana Lucrecia Ruiz Echeverría, Jose Pablo Berros Fontbella, Noemi Villanueva Palicio, Esther Uriol Egido, Emilio Esteban González.

Sº Oncología médica del Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Introducción: La estancia media de los pacientes hospitalizados es uno de los parámetros de gestión de un servicio más valorado pero es absoluto y no tiene en cuenta la complejidad de la patología. Los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) constituyen un sistema de clasificación que permite relacionar los distintos tipos de pacientes tratados en un hospital con el coste que representa su asistencia pudiendo definir y medir la complejidad de cada caso en relación a un conjunto de atributos que incluyen: gravedad de la enfermedad, pronóstico, dificultad de tratamiento, necesidad de actuación médica e intensidad de consumo de recursos. Objetivo: Enumerar los 10 GRDs con mayor impacto, con más Unidades de producción hospitalaria, con mayor influencia en Estancias consumidas y evitadas.

Tabla 1: Los 10 GRDs de mayor impacto y los 10 GRDs con más unidades de producción hospitalaria.

10 GRDs	> impacto	Nº (%)	Unidades de Producción Hospitalaria	Nº (%)
Quimioterapia	1º	117 (12.9)	4º	97 (10.7)
Cáncer pulmón	2º	97 (10.7)	1º	65 (7.2)
Cáncer digestivo	3º	67 (7.4)	3º	67 (7.4)
Neumonía	4º	65 (7.2)	2º	117 (12.9)
Cáncer SNC	5º	34 (3.7)	6º	29 (3.2)
Cáncer ginecológico	6º	34 (3.7)	8º	34 (3.7)
Cáncer páncreas y biliar	7º	32 (3.5)	9º	30 (3.3)
Sarcoma y fractura patológica	8º	30 (3.3)	7º	34 (3.7)
Trastorno digestivo	9º	29 (3.2)	5º	32 (3.5)
Signos y síntomas variados	10º	23 (2.5)	Obstrucc biliar	15 (1.7)

COMUNICACIONES PÓSTERS: EXPOSICIÓN DE PÓSTERS

Tabla 2: Los 10 GRDs con mayor impacto en estancias consumidas y en estancias evitadas.

qx: quirúrgico, dx: diagnóstico, relac: relacionado, indif: indiferenciado

10 GRDs	Estancias consumidas	Impacto	Estancias evitadas	Impacto
1º	Quimioterapia	+ 192	Cáncer pulmón	- 95
2º	Fracturas patológicas y sarcomas	+ 73	Neumonía	- 81
3º	Cáncer SNC	+ 43	Neoplasia indif	-77
4º	Cirugía extensa no relac con dx	+ 34	Cáncer ginecológico	- 65
5º	Cirugía no extensa no relac con dx	+ 30	Trast. pancreatobiliar	- 51
6º	Cirugía menor musculoesquelética	+ 27	Cáncer SNC	- 41
7º	Proceso no qx en sistema respiratorio	+ 27	Cáncer mama	- 38
8º	Neoplasia no filiada	+ 25	Cáncer digestivo	- 32
9º	Signos y síntomas con variados	+ 20	Trastorno digestivo	- 26
10º	Trastorno musculoesquelético	+ 18	Cáncer pancreatobiliar	- 22

Materiales: Los datos relativos a los ingresos en el servicio de Oncología Médica de HUCA en 2011 se obtuvieron de la información almacenada en el servicio de archivos. Las Unidades de Producción Hospitalaria se calcularon: UPH= peso relativo x número de casos. El impacto en Estancias consumidas y evitadas se calculó: (estancia media hospital – estancia media estándar) x nº ingresos con ese GRD. En el caso de las consumidas el valor será positivo,+, y en las evitadas, negativo, -.

Resultados: En 2011 se produjeron 890 ingresos, 295 programados y 595 a través de Urgencias. La ocupación fue del 79.5%, contando el servicio con 2 plantas de hospitalización, 1 con 15 camas individuales y otra con 16 camas dobles. La estancia media fue de 10.1 días. La tabla 1 recoge los 10 GRDs con mayor impacto y con más unidades de producción hospitalaria y la Tabla 2 recoge los 10 GRDs con mayor impacto en Estancias consumidas y evitadas. Si observamos los 10 GRD de más estancias consumidas vemos que 4, el 40%, están relacionados con un tratamiento quirúrgico. Nuestra estancia media está 7 milésimas por debajo de la Estancia Media Depurada que es el valor teórico al que deberemos tender.

Conclusiones: Los GRDs son una herramienta básica de gestión. En los pacientes hospitalizados en nuestro servicio aunque la estancia media bruta parece alta es inferior a la estancia media depurada. La implicación de otros servicios en la resolución de los problemas de los pacientes oncológicos ingresados es una causa importante de estancias consumidas.

P-62

ANÁLISIS DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO. EXPERIENCIA EN NUESTRO HOSPITAL

Irene Gil Arnaiz*, Maria V. Bonilla Hernández**, Rosana Grández Ladrón De Guevara*, Mº Jose Esquillor

Rodrigo**, Ruth Caballero Asensio**, Aitziber Echeverría Echeverría**, Juan Valle Puey**, Mº Jose Lumberri Biurrún***, Ruth Vera García***, Fernando Escolar Castellón**.

*Servicio De Oncología Médica. Hospital Reina Sofía De Tudela; **Servicio De Medicina Interna. Hospital Reina Sofía De Tudela; ***Servicio De Oncología Médica. Complejo Hospitalario De Navarra.

Introducción: El servicio de Hospitalización a domicilio es un nuevo modelo asistencial. Lleva a cabo los cuidados domiciliarios, cuando no es precisa la estructura hospitalaria, pero sí la vigilancia activa y las técnicas que no pueden ser realizadas por los servicios de atención primaria. El objetivo de este Servicio es evitar hospitalizaciones innecesarias. Los pacientes oncológicos se benefician particularmente.

Materiales: Análisis retrospectivo de los 59 pacientes con diagnóstico de cáncer que ingresaron en la unidad de hospitalización a domicilio del hospital Reina Sofía de Tudela (Navarra), desde noviembre de 2006 hasta Abril de 2012, de los 2.301 ingresos totales.

Resultados: Edad media en los pacientes: 73.13 años (rango: 44-93), 38 hombres y 21 mujeres. Estancia media: 9 días (rango: 1-25). Motivos de ingreso: deterioro del estado general (18 pt, 30.5% de los pt), fiebre (17 pt, 28.8%), anemia (6 pt, 10.1%), suboclusión intestinal (5 pt, 8.47%), enfermedad tromboembólica (2 pt, 3.3%), crisis epilépticas (2 pt; 3.3%), deshidratación (1 pt, 1.69%), toxicidad por QT (1 pt, 1.69%), paracentesis (1pt, 1.69%). Tumor primario: Digestivo (24 pt, 40.6% de los pt), pulmón (10 pt, 16.9%), urológico (9 pt, 15.25%), hematológico (6 pt, 10.1%), mama (4 pt, 6.7%), neurológicos (3 pt, 5%), cutáneo (2 pt, 3.3%), cabeza y cuello (1 pt, 1.69%). En 28 pacientes (47.4%) se evitó el ingreso hospitalario: 15 (25.4%) ingresaron desde

COMUNICACIONES PÓSTERS: EXPOSICIÓN DE PÓSTERS

	Profesionales N = 142	Familiares N= 133	Pacientes N=115	
Sexo				
- Varón	53 (37,3%)	47 (35,3%)	59 (51,3%)	p = 0,768* p = 0,021**
- Mujer	89 (62,7%)	85 (63,9%)	55 (47,8%)	
Edad				
- ≤ 55 años	134 (94,4%)	81 (60,3%)	40 (34,8%)	p <0,0005* p <0,0005**
- > 55 años	8 (5,6%)	51 (38,3%)	74 (64,3%)	
Especialidad Médica:				
- Oncología	38 (26,8%)			
- Medicina Interna	15 (10,6%)			
- Medicina Familiar y Comunitaria	70 (49,3%)			
- Geriatría	11 (7,7%)			
- Otras	8 (25,6%)			
Experiencia en Cuidados paliativos:				
- Menor 2 años	26 (18,3%)			
- 2-5 años	58 (40,8%)			
- 5-10 años	38 (26,8%)			
- Mayor 10 años	20 (14,1%)			
Lugar trabajo:				
- Hospital	83 (58,5%)			
- Centro Salud	31 (21,8%)			
- Urgencias	9 (6,3%)			
- Otros	19 (13,4%)			
Ámbito de trabajo:				
- Rural	24 (16,9%)			
- Metropolitano	118 (83,1%)			
Parentesco con el paciente:				
- Esposo/a		46 (34,6%)		
- Hijo/a		61 (45,9%)		
- Padre/Madre		3 (2,3%)		
- Otros		22 (16,5%)		
Vive en mismo domicilio:				
- No		70 (52,6%)		
- Si		62 (46,6%)		
Trabaja fuera del domicilio:				
- No		50 (37,6%)		
- Si		82 (61,7%)		
Ha participado en ensayo clínico:				
- No			102 (88,7%)	
- Si			11 (9,6%)	
Vive solo:				
- No			89 (77,4%)	
- Si			24 (20,9%)	
Nivel de Estudios:				
- Sin estudios		19 (14,3%)	31 (27,0%)	p = 0,043
- Estudios Primarios		69 (51,9%)	52 (45,2%)	
- Estudios universitarios		43 (32,3%)	30 (26,1%)	

el 5º de Urgencias, 11 (18.64%) desde consultas y 2 (3.3%) desde atención primaria; 31 (52.54%) ingresaron desde hospitalización convencional. Al alta: 35 (59.3%) pacientes quedaron en el domicilio, 17 (28.8%) fueron exitus y 7 (11.8%) requirieron ingreso en un hospital.

Conclusiones: La colaboración entre el Servicio de Oncología Médica y Hospitalización a domicilio ofrece una alternativa viable al ingreso hospitalario convencional, con las ventajas económicas para el sistema sanitario, y de calidad de vida para el paciente que se derivan de ello.

P-63

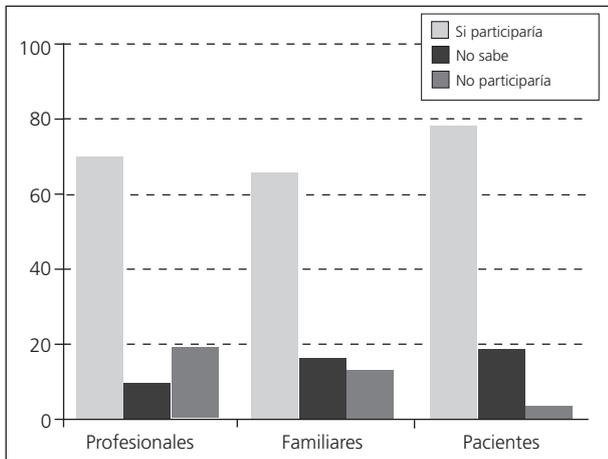
ENSAYOS CLINICOS EN CUIDADOS PALIATIVOS: DISPOSICIÓN DE PACIENTES, FAMILIARES Y PROFESIONALES MÉDICOS

Raquel Cervera Calero, Ana Isabel Yébenes Rubio, Silvia García Adrián, Irene Peregrín Abad, M. Dolores Morales Garrido, Jaime Feliú Batlle.

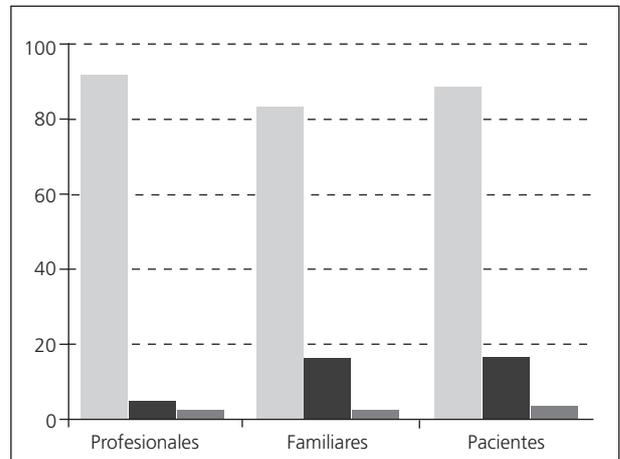
(1) Hospital General Universitario de Ciudad Real; (2) Hospital General Universitario de Ciudad Real; (3) Hospital Universitario de Móstoles; (4) CS Guadalajara Sur; (5) CEDT Azuqueca de Henares, Guadalajara; (6) Hospital Universitario La Paz, Madrid.

COMUNICACIONES PÓSTERS: EXPOSICIÓN DE PÓSTERS

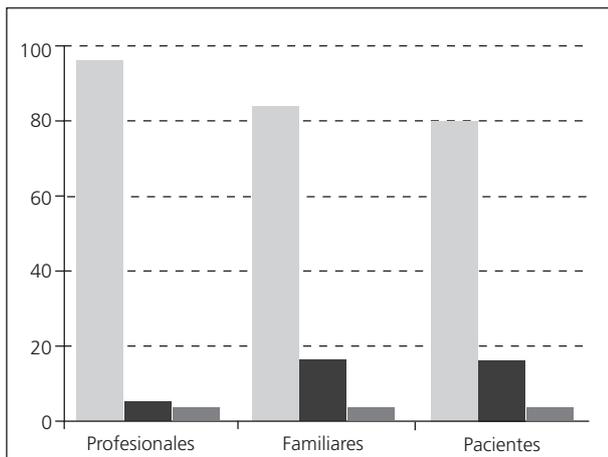
P1: ¿Participaría si fuera poco probable que ayudara al paciente pero ayudase a otros en el futuro?



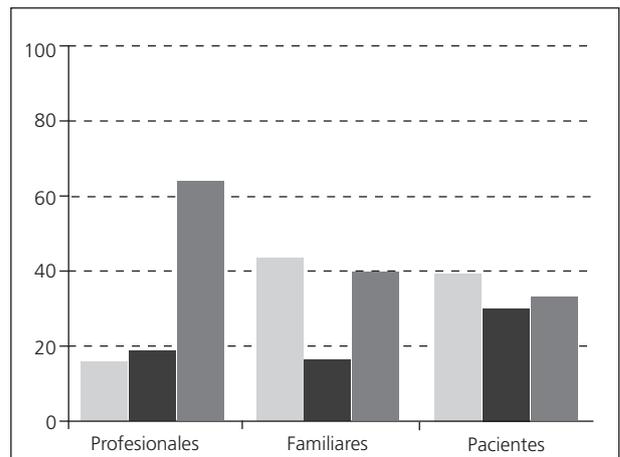
P2: ¿Participaría si pudiese mejorar los síntomas aunque no la enfermedad?



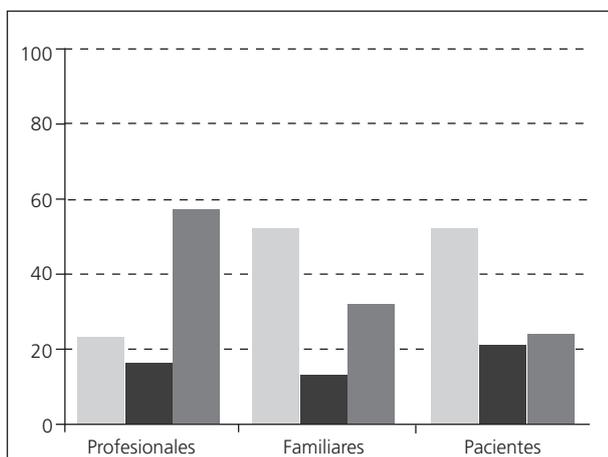
P3: ¿Participaría si fuera rápido y fácil de realizar?



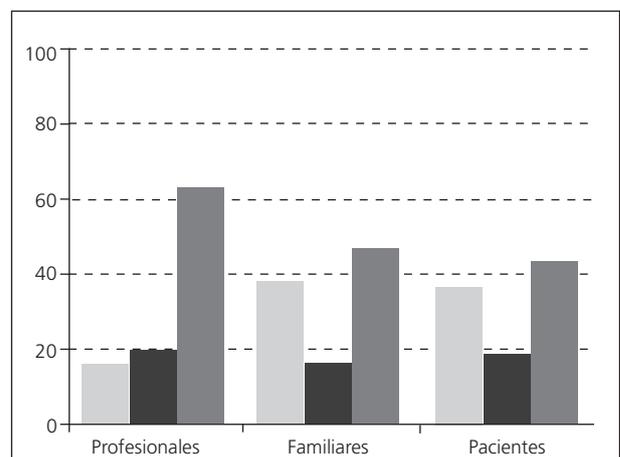
P4: ¿Participaría si implicara visitas frecuentes al hospital?



P5: ¿Participaría si implicara pruebas adicionales?

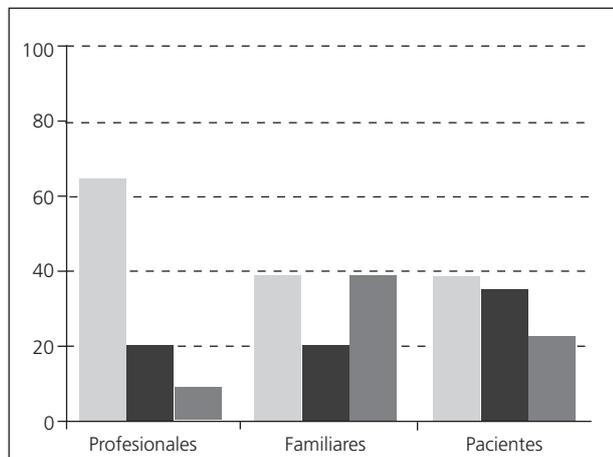


P6: ¿Participaría si supusiese un gasto sobreañadido?

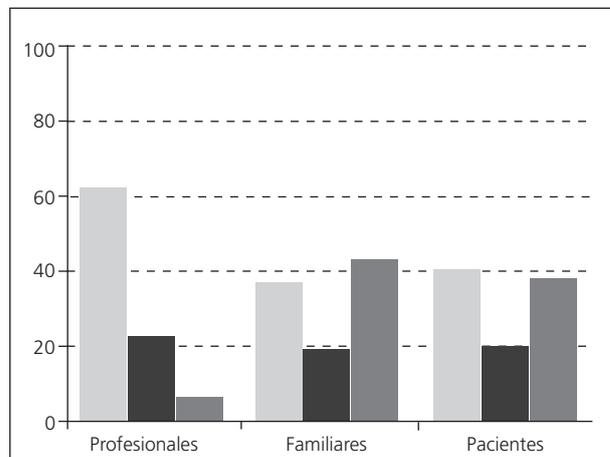


COMUNICACIONES PÓSTERS: EXPOSICIÓN DE PÓSTERS

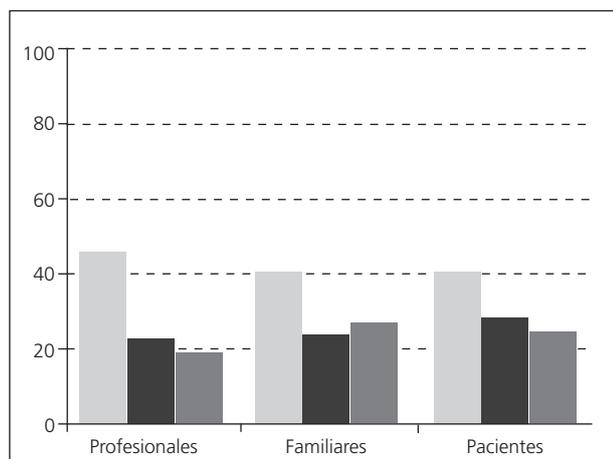
P7: ¿Participaría si fuera aleatorizado?



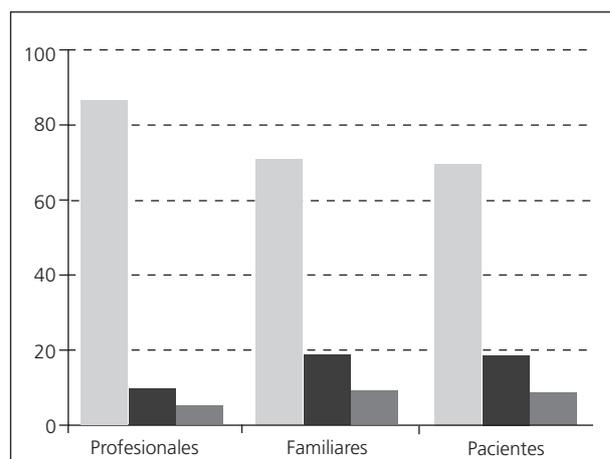
P8: ¿Participaría si fuera doble ciego?



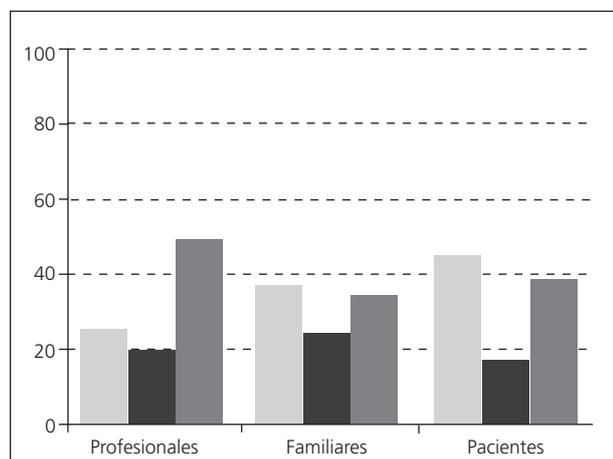
P9: ¿Participaría si fuese controlado con placebo?



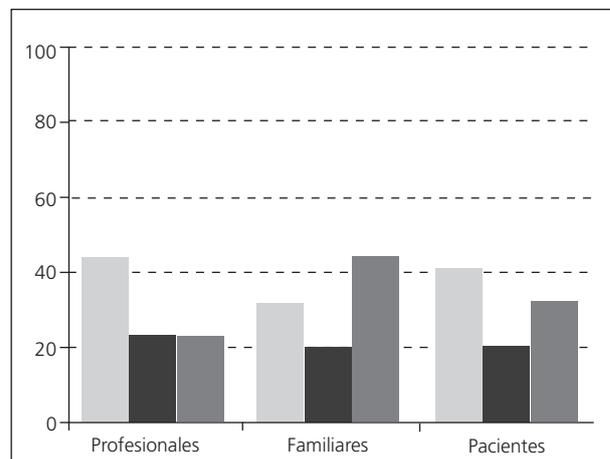
P10: ¿Participaría si fuera para valorar un fármaco administrado vía oral?



P11: ¿Participaría si fuera para valorar un fármaco administrado vía intravenosa?



P12: ¿Participaría si existiese oposición familiar?



Introducción: La investigación en Cuidados Paliativos (CP) siempre ha sido controvertida y supone un reto para los profesionales. OBJETIVO Explorar el interés de los pacientes en participar en ensayos clínicos en el ámbito de CP. Valorar la opinión de familiares y médicos sobre la inclusión de estos pacientes en estudios, así como conocer qué factores influyen en el interés de participar o no en cada uno de los tres grupos.

Materiales: Se diseñó un cuestionario con doce preguntas (P1-P12, Gráfica 1), cada una con cinco posibles respuestas, para valorar el interés de los encuestados en participar en ensayos clínicos. Entre el 1 Enero 2011 y el 1 Julio 2011 se entregaron 403 cuestionarios anónimos y autoaplicables. Los pacientes participantes debían estar diagnosticados de una neoplasia maligna avanzada sin tratamiento oncológico activo. Los profesionales médicos debían tener formación en CP.

Resultados: Trescientos noventa (96'7%) cuestionarios fueron devueltos completos. Las características demográficas de los participantes se recogen en la Tabla 1. Cincuenta y nueve de los 115 pacientes incluidos participaría en ensayos (52%; IC95%: 33-52%). Ochenta de 142 médicos (56%; IC95% 48-65%) y 64 de los 133 familiares (49%; IC95%: 39-57%) animarían a los pacientes a participar. El análisis univariante de los factores demográficos identificó la especialidad médica (especialidades de ámbito hospitalario en comparación con el resto) como el único predictor del interés de los profesionales para incluir a sus pacientes en ensayos clínicos ($p < 0,0005$). En el caso de los familiares, la edad ($p = 0,047$), el hecho de trabajar fuera del domicilio ($p = 0,044$) y el nivel de estudios ($p = 0,034$) fueron las únicas variables significativas. El nivel de estudios ($p = 0,024$) y el antecedente de haber participado previamente en un ensayo clínico ($p = 0,001$), se revelaron como posibles predictores del deseo de los pacientes de participar en ensayos clínicos. Pacientes y familiares tendrían más interés que los médicos en participar en estudios que supusieran visitas frecuentes al hospital (38% vs 45% vs 14% respectivamente; $p < 0,0005$), pruebas diagnósticas adicionales (52% vs 52% vs 23%; $p < 0,0005$) o tratamientos intravenosos (44% vs 38% vs 27%; $p = 0,014$). Los pacientes estarían menos dispuestos a participar en ensayos aleatorizados o comparados con placebo.

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes encuestados mostraron disponibilidad a participar en ensayos clínicos, incluso cuando esto les supusiera molestias adicionales, siendo el grupo de profesionales médicos los que inicialmente tendrían una actitud más conservadora a la hora de plantearse a sus pacientes.

P-64

EPIDEMIOLOGÍA ONCOLÓGICA DE NOVO EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO MEDICINA INTERNA

María Luisa Sánchez Lorenzo, Walter Antonio Li Torres, Paula Jiménez Fonseca, Quionia Pérez Arnillas, Carlos Álvarez Fernández, Ana Lucrecia Ruíz Echeverría, David José Rodríguez Rubi, Noemí Villanueva Palicio, Esther Uriol, Jose María Viéitez de Prado. *Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Central de Asturias (Oviedo).*

Introducción: Los pacientes tratados en Oncología Médica suelen ser diagnosticados en otros servicios, la mayoría de ellos en el Servicio de Medicina Interna. El objetivo es evaluar el síntoma de debut clínico, el servicio de procedencia, el hallazgo fundamental en Urgencias y el tipo de tumor diagnosticado, localización, estadio e histología.

Materiales: Se recogieron de forma prospectiva 112 pacientes que ingresaron en el Sº Medicina Interna entre junio 2011 y marzo 2012 con diagnóstico final de nueva enfermedad oncológica revisando los datos a través de la historia clínica.

Resultados: La mediana de edad fue: 73 años (rango: 45-92), sexo: varones 50%, estado general Karnofsky, mediana: 70% (rango: 20-100%), 33% <, 26% igual y 41% > 70%. La procedencia de los pacientes fue: derivado por otros especialistas, 21%; por su médico de atención primaria, 12%, o que acude voluntariamente al Servicio de Urgencias, 65%. El síntoma de debut y el hallazgo principal en el Servicio de Urgencias se recogen en la tabla 1 siendo el más frecuente el síndrome general. La mediana de tiempo desde el inicio de la clínica hasta la consulta fue de 2 meses (rango: 0.33-12 meses). El origen, estadio e histología del tumor primario se recogen en la tabla 2

Tabla 1: Síntoma de debut y hallazgo fundamental en el servicio de Urgencias.

SÍNTOMA DEBUT	PORCENTAJE	HALLAZGO URGENCIAS	%
Síndrome general	38%	Síndrome general	41%
Dolor	20%	LOES hepáticas	15%
Astenia	20%	Anemia	12%
Distensión abdominal	6%	Lesiones óseas	6%
Alteraciones SNC	4%	Lesiones cerebrales	4%
Sangrado	4%	Ascitis	4%
Otros	8%	Otros	18%

siendo más frecuente el colorrectal, 29%; estadio IV, 71%, e histología, adenocarcinoma, 55%. El 71% de los pacientes presentó metástasis, de estos el 61% de localización hepática.

Tabla 2: Localización, estadio e histología del tumor del primario diagnosticado.

LOCALIZACIÓN TUMOR PRIMARIO	PORCENTAJE	ESTADIO	%
Colorrectal	29%	II	%
Pulmón	16%	III	%
Estómago	13%	IV	71%
Páncreas y vía biliar	12%	HISTOLOGÍA CONFIRMADA	
Hematológico	4%	Adenocarcinoma	55%
Hígado	4%	Epidermoide	8%
Riñón	4%	Mesenquimal	6%
Ovario	2%	No concluyente	5%
Otros	16%	Anaplásico	4%

Conclusiones: El cáncer más frecuentemente diagnosticado de novo en la planta de Medicina Interna de nuestro hospital es el colorrectal, en pacientes de edad avanzada, la mayoría en estadio metastásico con afectación hepática a pesar de una mediana de un 2 meses desde el inicio de la clínica, siendo el síntoma guía el síndrome general.

P-65

ESTUDIO OBSERVACIONAL DE EFICACIA Y UTILIZACIÓN DE FACTORES ESTIMULANTES DE LA ERITROPOYESIS EN PACIENTES CON TUMOR SÓLIDO

Merixell Pujal Herranz*, Àngels Arcusa Lanza**, Remei Blanco Guerrero**, Jordi Alfaro Gamero**, Emma Dotor Navarro**, Luís Fernández Morales**, Aleydis Pisa Gatell**, Toni Broto Sumalla*, Crisitina Roure Nuez*.

*Servicio de Farmacia; **Servicio de Oncología Médica. Hospital de Terrassa. Barcelona.

Introducción: Determinar la eficacia del tratamiento con factores estimulantes de la eritropoyesis (FEE) en pacientes con tumor sólido con anemia inducida por quimioterapia (QT) y el grado de seguimiento de las recomendaciones de sociedades científicas en la prescripción del fármaco.

Materiales: Estudio observacional retrospectivo en pacientes con tumor sólido y QT en tratamiento con FEE durante 2010 en un hospital de segundo nivel. Se registran datos demográficos, analíticos (hemoglobina), diagnóstico y fechas de prescripción. Se revisan

las recomendaciones de guías clínicas americanas (ASCO/ASH/NCCN) y europeas (EORTC/ESMO/SEOM) vigentes durante el periodo del estudio.

Resultados: 21 pacientes fueron tratados con FEE durante 2010 (81% hombres y 19% mujeres con edad media de 62 y 57 años, respectivamente). El FEE prescrito fue darbepoetina-alfa a dosis habituales (150mcg/semana ó 500mcg/3semanas). Los tumores más prevalentes fueron mama en mujeres (50%) y pulmón (76,5%) en hombres. El 90,5% de los pacientes estaban con QT paliativa siguiendo las recomendaciones de las sociedades científicas de evitar el uso de FEE en intención curativa. El cumplimiento de las recomendaciones en Hb de inicio fue del 61,9% según guías ASCO/ASH ($\leq 10\text{g/dL}$) y del 85,7% según EORTC/ESMO/SEOM/NCCN ($\leq 11\text{g/dL}$). El 71,4% de los pacientes respondió a FEE (incremento $\geq 1\text{g/dL}$ en las 6-8 semanas del inicio del tratamiento). De los seis pacientes no respondedores, en cuatro se suspendió el tratamiento (recomendación guías) y en los otros 2 se continuó tratamiento hasta 12 y 14 semanas. El 57,1% del total de los pacientes alcanzó valores de Hb diana (10-12g/dL) y el 9,5% alcanzó Hb >12g/dL (no recomendado).

Conclusiones: El grado de seguimiento de las recomendaciones de sociedades científicas en la prescripción de FEE se considera aceptable sin tener datos de referencia de otros centros. El 90,5% de los pacientes estaban en tratamiento paliativo y las recomendaciones de Hb de inicio se cumplieron en un 61,9% o 85,7% según las guías analizadas. A pesar de que la respuesta al tratamiento con FEE se dio en el 71,4% de los pacientes sólo en el 57,14% se obtuvo valores de Hb diana.

P-66

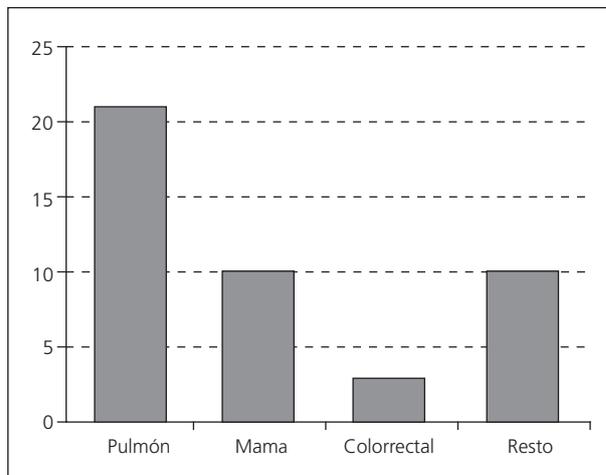
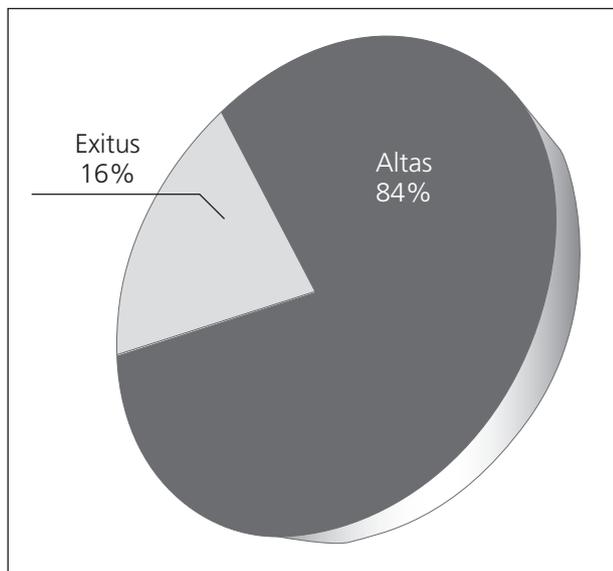
ESTUDIO OBSERVACIONAL DE LA DISNEA COMO MOTIVO DE INGRESO EN RELACIÓN AL DESENLAZADO FINAL

Nieves Galán Cerrato, Joaquín Gimeno Pelegrín, Juan Coves Sarto, Valerie Rodríguez Guzmán, Fener Villalba, Hernando Rodríguez.

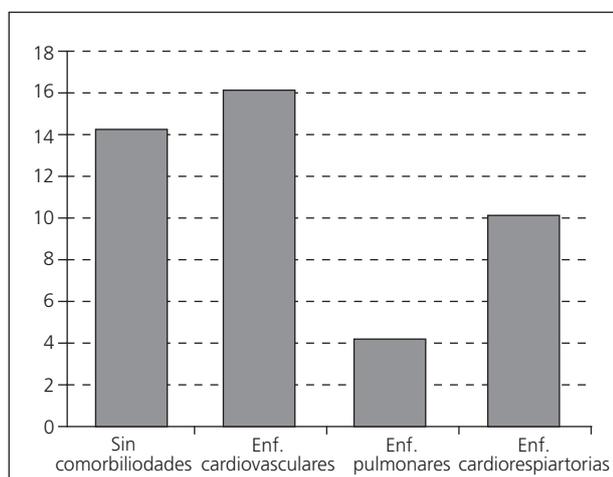
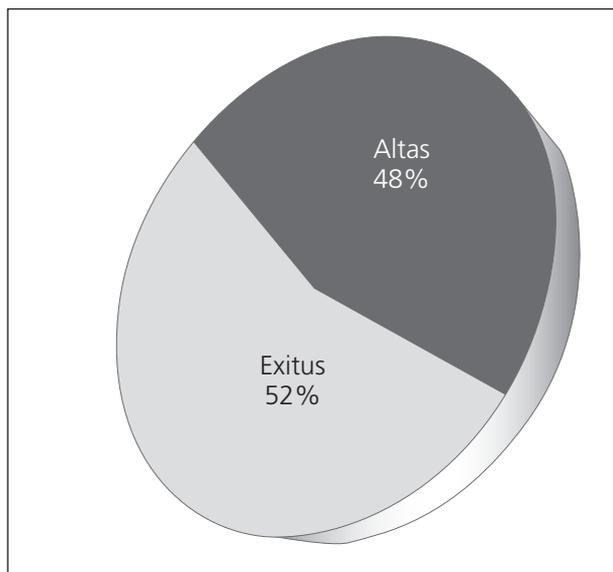
Introducción: La disnea en el paciente con cáncer es uno de los principales síntomas de la enfermedad en diferentes contextos clínicos y evolutivos. Además es uno de los motivos principales de ingreso hospitalario. Es nuestro interés realizar un estudio observacional de la disnea y de las características clínicas del paciente.

Materiales: Se analizan los pacientes ingresados por disnea en el servicio de Oncología Médica de nuestro hospital, durante 4 meses (periodo comprendido del 1 de enero hasta el 30 de abril de 2012) que finalmente

Ingreso por otros motivos



Ingreso por disnea



fueron dados de alta o fallecidos. Se excluyen, por lo tanto, los pacientes que siguieron hospitalizados después del 30 de abril.

Resultados: De un total de 296 pacientes ingresados en el servicio de oncología médica, 48 pacientes ingresaron por disnea como síntoma principal, 25 de éstos finalmente fallecieron (52%) y 23 fueron dados de alta (48%). De los pacientes ingresados por disnea: La mediana de edad fue de 70,5 años (47-88). El 62,5 % fueron hombres. 15 pacientes (31,3%) no presentaban comorbilidades, 17 (35,4%) tenían enfermedades cardiovasculares asociadas, 11 (22,9%) comorbilidades cardiorrespiratorias y 5 (10,4%) comorbilidades pulmonares. Distribución por tumores: cáncer de pulmón, 23 (47,9%), seguido de cáncer de mama 11 (22,9%), cáncer colorrectal 3 (6,3%) y otros 11 (22,9%). Estadios IV al diagnóstico 39 (81,3%). Signos de insuficiencia cardiaca (ICC) en 21 pacientes (43,8%). Infección respiratoria en 24 pacientes (50%). De los pacientes que fallecieron, 12 (49%) precisaron sedación paliativa.

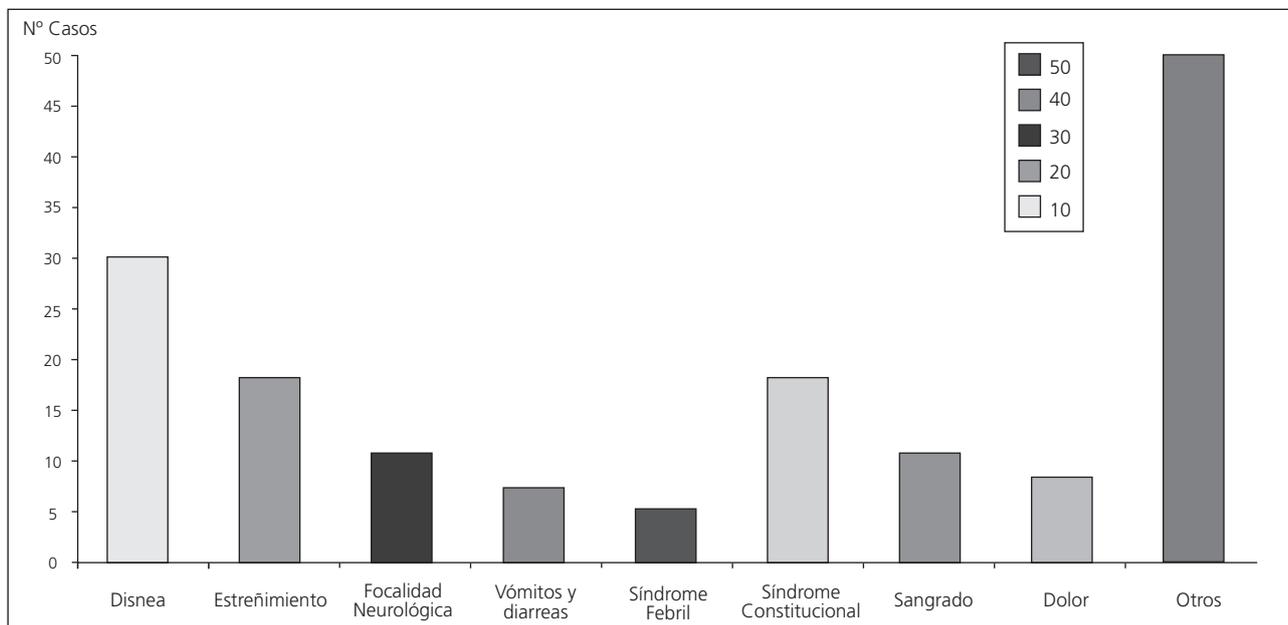
Conclusiones: La disnea como motivo de ingreso ha sido el principal síntoma de los pacientes que finalmente fallecieron. Se observa principalmente que éstos fueron pacientes con cáncer de pulmón avanzado. No se observan diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con comorbilidades, signos de ICC o infección respiratoria en relación al desenlace final.

P-67

NUESTRA EXPERIENCIA CLÍNICA EN LA SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS

Petra Rosado Varela, Sara Estalella Mendoza, Cristina Cortés Carmona, Patricia Ramírez Daffós, Esperanza

Figura 1: Síntoma al ingreso



Arriola Arellano, Maria José Gómez Reina, Antonio Rueda Ramos, José Antonio Contreras Ibáñez, José Manuel Baena Cañada.

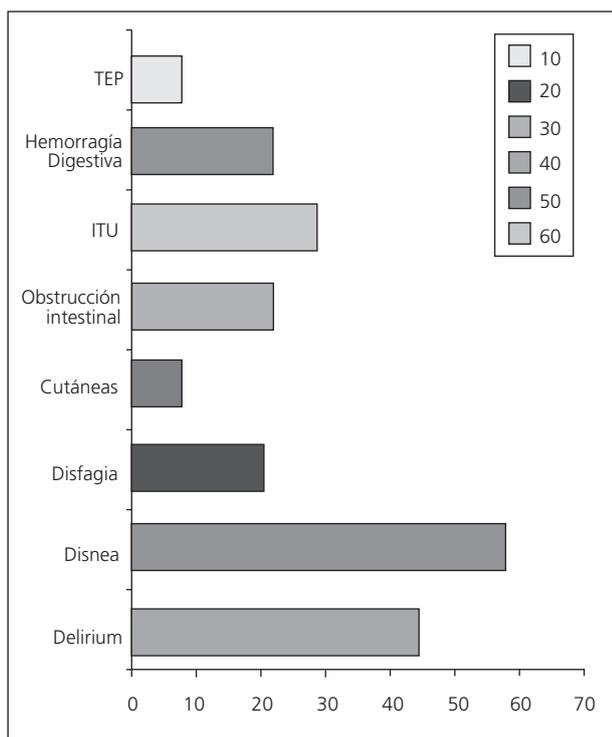
Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Puerta del Mar.

Introducción: Las Unidades de Cuidados Continuos se han desarrollado con la finalidad de mejorar la calidad de vida de pacientes y familiares, a través de un abordaje integral de los problemas físicos, psicosociales y espirituales que concurren en los mismos. En nuestro centro dicha unidad atiende principalmente a pacientes con cáncer no subsidiarios de tratamiento oncológico activo. El objetivo de este trabajo es analizar los síntomas y síndromes clínicos asociados que presentan los pacientes fallecidos en nuestra unidad, la necesidad de tratamiento sintomático y/o sedación para controlar dichos síntomas así como la presencia de complicaciones durante su ingreso.

Materiales: Elaboramos un estudio observacional retrospectivo recogiendo los datos más relevantes relacionados con el ingreso de las historias clínicas de pacientes fallecidos en nuestra Unidad de Cuidados Continuos durante el año 2010 y primer trimestre de 2011.

Resultados: Se analizan 133 historias correspondientes a pacientes fallecidos en dicha unidad. La mediana de edad fue de 72 años, y las neoplasias más frecuentes fueron, por orden decreciente, pulmón, aparato digestivo y urinario. La mayoría de los pacientes presentaba más de un síntoma al ingreso justificado por progresión de su enfermedad neoplásica, siendo el principal síntoma de ingreso la disnea (21'80%), seguida del deterioro neurológico (19'54%) y de dolor no controlado (16'54%). El 90'22% de casos presentó algún acontecimiento adverso durante su

Figura 2: Complicaciones



ingreso, siendo el principal síntoma refractario que motivó la sedación la disnea (41'37 %).

Conclusiones: La disnea como síntoma y la insuficiencia respiratoria y hepática secundarias a progresión tumoral como síndrome clínico asociado, han sido las causas más frecuentes que justifican el motivo de ingreso y el fallecimiento. El abordaje terapéutico de estos pacientes es complejo, ya que la mayoría presentan varios síntomas al ingreso y sufren alguna complicación durante el mismo. El 21.80% de los pacientes precisó sedación para control de síntomas refractarios.

P-68

PACIENTES CON CÁNCER REMITIDOS A LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

Cristina Hernando, Nieves M. Chanzá, Virginia Palomar, Gerardo Umanzor, Francisco Javier Garcia, Rosa Monfort, David Rudilla, Almudena Ruiz, Ana Blasco, Carlos Camps.

(1-6) Consorcio Hospital Gneral Universitario De Valencia. Servicio Oncología Médica; (7-8) Consorcio Hospital Gneral Universitario De Valencia. Unidad Hospitalización Domiciliaria; (9-10) Consorcio Hospital Gneral Universitario De Valencia. Servicio Oncología Médica.

Introducción: En el ámbito de la Oncología, la Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD) pretende mejorar la calidad de vida así como solucionar las complicaciones del tratamiento activo o en fase paliativa de nuestros pacientes.

Materiales: Analizamos 421 pacientes con diagnóstico de cáncer que se remitieron al servicio de UHD de nuestro centro entre Mayo de 2011 y Mayo de 2012.

Resultados: El 65.4% de pacientes fueron remitidos por el Servicio de Oncología. La mayoría de pacientes presentaban Performance Status (PS) de 3 (45.2%) y 4 (41.3%), con tumores en estadios avanzados (EIV en el 75.8%). Un 21.3% de estos casos fueron pacientes con cáncer de pulmón, seguido del cáncer colo-rectal (11.4%). En el 85% de los casos la actitud al ingreso en la Unidad era de tipo paliativa. La estancia media en la Unidad fue, mayoritariamente, de alrededor de 1 a 30 días, tanto en los pacientes remitidos por oncología (54.4%) como por otros servicios (52.2%). El 84.0% fallecieron durante su ingreso en UHD, el 61.8% de ellos en domicilio y un 19.8% en el Hospital. El 26.3% de pacientes remitidos desde oncología presentaron una supervivencia mayor de 24 meses y un 21.7% entre 6 y 12 meses; en cuanto a los remitidos por

otros servicios el 40% fallecieron en los primeros 6 meses tras el diagnóstico.

Conclusiones: Los pacientes con cáncer derivados a UHD presentan estadios avanzados y requiriendo una actitud paliativa en la mayoría de los casos. En nuestro centro se ha objetivado una mayor supervivencia de los pacientes remitidos por el servicio de oncología. Concluimos que es importante detectar aquellos pacientes que requieran cuidados continuos domiciliarios de manera precoz realizando un trabajo en equipo.

P-69

SÍNDROME DE DESMORALIZACIÓN EN PACIENTES PALIATIVOS

David Rudilla García, Almudena Ruiz Sastre.

Unidad de Hospitalización a Domicilio - Consorcio Hospital General Universitario Valencia.

Introducción: Los pacientes paliativos atendidos en las UHD manifiestan una serie de expresiones que se enmarcan dentro de sus necesidades espirituales. Según C. Sanders, las necesidades espirituales son todo el campo del pensamiento que concierne a los valores morales a lo largo de toda la vida: recuerdos, sentimientos de culpa, búsqueda de lo prioritario, apatía de lo verdadero y valioso, rencor por lo injusto, sentimiento de vacío... pueden ser el negativo de la foto espiritual. Espiritual no quiere decir religioso. En la actividad diaria el síndrome de desmoralización (Kissane D, Clarke D, Street A. Demoralization Syndrome- a relevant psychiatric Diagnosis for Palliative Care. Journal of Palliative care 2001 17 (1): 12-21) lo configuran dichas necesidades espirituales. En este trabajo se describen las verbalizaciones como síntomas, detallando cada una de las dimensiones que son necesarias trabajar por parte del equipo en general.

Materiales: El trabajo se ha realizado evaluando las necesidades espirituales de los pacientes paliativos ingresados en la UHD. Esta evaluación forma parte del protocolo empleado, donde se atiende además a su procesamiento del diagnóstico y emocional. Las necesidades espirituales se distribuyen en tres tipos de dimensiones que engloban manifestaciones o expresiones según sean intrapersonales, interpersonales o transpersonales.

Resultados: El periodo de evaluación ha sido de un 1 año, sobre un total de 207 pacientes paliativos (oncológicos y no oncológicos). De este total, se encontró que 101 cumplían criterios para el diagnóstico de este síndrome, siendo las manifestaciones de inadecuación

y pérdida de sentido de la vida las expresiones más presentes. El tratamiento se centró en proporcionar continuidad de cuidados y manejo activo de los síntomas, explorar actitudes acerca de la esperanza y significado de vida, apoyo balanceado sobre la pérdida con la promoción de esperanza, explorar nuevos significados y objetivos en la vida, promover relaciones interpersonales de apoyo y utilización de voluntarios, realizar sesiones familiares para fomentar el adecuado funcionamiento familiar y revisar objetivos de cuidado en las sesiones de equipo interdisciplinar.

Conclusiones: La propuesta de esta nueva categoría diagnóstica es muy útil de cara al trabajo con pacientes ingresados en la UHD, por su utilidad en cuidados paliativos para liberar estrés y morbilidad psicosocial en pacientes, familias, profesionales y comunidad. Su conceptualización categórica como síndrome fomenta la mejora en su tratamiento.

P-70

USO DE INTERNET ENTRE PACIENTES ONCOLÓGICOS Y SUS FAMILIARES ¿UNA HERRAMIENTA ÚTIL DE INFORMACIÓN EN NUESTRO MEDIO O UN ELEMENTO DE CONFUSIÓN?: RESULTADOS DEFINITIVOS DE NUESTRO ESTUDIO

Carolina Ortega Ruipérez*, Miriam López Gómez, Jose Antonio Santiago Crespo*, Laura Haro Martínez, M^a Jose Molina Garrido*, Amaya Olaverri Hernández*, M^a del Mar Muñoz Sánchez*, Francisco de Asis Lobo Samper, Jaime Feliu Batlle.

*Servicio de Oncología Médica, Hospital Virgen de la Luz; **S. Oncología Médica, H. Infanta Sofía; ***Psicología AECC Cuenca; ****S. Oncología Médica, Fundación Jiménez Díaz; *****S. Oncología Médica, H. La Paz.

Introducción: Analizar el uso de Internet en pacientes diagnosticados de cáncer y sus familiares, el tipo de información buscada, el grado de satisfacción por la información obtenida, y su influencia tanto en las decisiones terapéuticas como en la relación médico-paciente.

Materiales: Se distribuyó un cuestionario estructurado entre 304 pacientes con diagnóstico de cáncer y 231 familiares de un hospital urbano terciario, un hospital urbano secundario y de dos centros de salud de ámbito rural. El análisis estadístico se realizó con la T de Student para variables cuantitativas y el test del χ^2 para variables cualitativas. Si el tamaño esperado era inferior a 5, se empleaba el test exacto de Fisher.

Resultados: El uso de internet entre pacientes y familiares fue respectivamente del 35.2% y del 55.8%; entre los pacientes, la información más solicitada incluía información general de la enfermedad y opciones de tratamiento. En ambos subgrupos, el uso de internet se correlacionaba con el nivel de estudios (un 24.5% y 38.6% respectivamente eran universitarios). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre la población rural y la urbana. Respecto a la relación médico-paciente, sólo el 12% de los pacientes discutieron los hallazgos con el médico. La calidad de la información fue muy variable: un 20% consideran la información regular o mala, y un 16% se han sentido más confusos después de leer dicha información. Un 38% considera que la información ha sido valiosa para ellos; sin embargo, el 9.6 % de los pacientes encuestados no cree que dicha información sea importante a la hora de decidir el tipo de tratamiento a seguir.

Conclusiones: El uso de Internet como búsqueda de información médica es una herramienta cada vez más utilizada por pacientes y familiares en nuestro país. La calidad de la información es muy variable, aunque un elevado número de pacientes considera que la información obtenida ha sido valiosa para ellos.

P-71

VALORACIÓN DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS FUERA DE LA PLANTA HOSPITALARIA (FPH) DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA POR PARTE DE UN EQUIPO DE SOPORTE HOSPITALARIO DE CUIDADOS PALIATIVOS (ESHCP)

Montserrat Bleda Perez, Joaquim Julia Torras, Emilio Martínez Losada, Merce Riquelme Olivares, Montserrat Metlikovez Castillo.

Servei Suport Integral. ICO Badalona. Hospital Germans Trias i Pujol.

Introducción: El número de pacientes atendidos fuera del Servicio de Oncología Médica ha aumentado en los últimos años. Estos pueden beneficiarse de la intervención ESHCP para garantizar una detección precoz de necesidades y cuidados integrales específicos según las necesidades del momento del paciente y su familia y evitar demoras del alta hospitalaria. Objetivo del estudio: Identificar la necesidad de una intervención precoz del ESHCP, en el paciente (FPH) mediante la detección de problemas reales o potenciales y agilizando el proceso de alta mediante conexión de recursos.

Materiales: Diseño: Observacional descriptivo, longitudinal. Ámbito: Hospital Germans Trias y Pujol 2011.

Población: enfermos (FPH) ingresados a cargo del servicio de oncología 228 pacientes anuales. Muestra: 144 pacientes (IC: 95% P:5%). Muestreo probabilístico de caso consecutivo. Criterios de inclusión: >18 años, diagnóstico de cáncer ingresados FPH Criterios de retirada: pérdida por muerte o traslado. Variables principales: necesidad de seguimiento durante el proceso de atención hospitalaria por el ESHCP, conexión de recursos al alta. Variables secundarias: socio demográficas (edad, sexo) tiempo de valoración, grado de dependencia (Barthel).

Resultados: Fueron valorados 107 pacientes (IC: 95%; p: 7%), con una media de edad de 62,56 de los cuales un 51,4% fueron hombres. El nivel de dependencia fue leve para el 53,3% y moderado en el 35,5%. Un 86,9% de los pacientes fue valorado dentro las 24 primeras horas. Tras la valoración inicial el 54,7% requirió de seguimiento del ESCP y un 53,7% precisó derivación a los equipos de PADES o CSS.

Conclusiones: La valoración sistemática del paciente FPH detecta precozmente necesidades de salud que deben ser gestionadas por el ESCP. La detección precoz de necesidades por ESHCP garantiza la conexión de recursos al alta hospitalaria, pudiendo disminuir el tiempo de ingreso.

P-72

CULTIVOS POSITIVOS EN PACIENTES CON NEUTROPENIA EN UN SERVICIO DE ONCOLOGÍA

María Luisa Sánchez Lorenzo, Walter Antonio Li Torres, Paula Jiménez Fonseca, Quionia Pérez Arnillas, Ana Liucracia Ruiz Echeverría, David Rodríguez Rubi, Carlos Álvarez Fernández, Noemí Villanueva Palacio, Jose María Vieitez de Prado, Emilio Esteban González.

Introducción: La neutropenia febril, a pesar de los grandes avances en prevención y tratamiento, sigue siendo una de las complicaciones de la quimioterapia que causa más morbilidad y consumo de recursos hospitalarios en los Sº Oncología Médica. No debemos olvidar además que compromete la eficacia del tratamiento debido a los retrasos en administración y las reducciones de dosis. Objetivo: Análisis de los casos de neutropenia febril con cultivos positivos para evaluar los patógenos más frecuentes y problemáticos en pacientes atendidos en un Sº Oncología Médica en un año.

Materiales: Se analizaron los 152 cultivos realizados en las plantas de hospitalización del Sº Oncología Médica del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) durante 2011 y se seleccionaron, a través de

la historia clínica, aquellos positivos en pacientes con neutropenia febril.

Resultados: El tipo de tumor más frecuente en pacientes con neutropenia febril fue el del pulmón 46,66%, suponiendo sólo el microcítico el 33,33%. Los tumores que reciben quimioterapia basada en taxanos, inhibidores de la topoisomerasa II y platinos son lo que con mayor frecuencia presentaron mielosupresión. El foco infeccioso más frecuente fue el sanguíneo, siendo la bacteriemia el único hallazgo en un 53,33%, el foco respiratorio supuso un 20% y tanto el abdominal como el urinario un 13,33%. El género *Staphylococo* coagulasa negativo fue aislado en un 27,78% de los pacientes, seguido de *Pseudomona aeruginosa* y *Staphylococo capitis* en un 11,11% (tabla 1).

Tabla 1: Características de la infección en pacientes oncológicos con neutropenia

Tipo de foco	Porcentaje
Bacteriemia	53.33%
Tipo de germen	
• <i>Staphylococo</i> coagulasa negativo	27.78%
• <i>Pseudomona aeruginosa</i>	11.11%
• <i>Staphylococo capitis</i>	11.11%
• <i>Staphylococo warneri</i>	5.55%
• <i>Klebsiella oxitaca</i>	5.55%
Tipo de tumor	
• Pulmón microcítico	33.33%
• Pulmón epidermoide	13.33%
• Colorrectal	13.33%
• Mama	13.33%
• Sarcoma uterino	6.66%
• Sarcoma Ewing	6.66%
• Renal	6.66%
• Gástrico	6.66%

La mortalidad fue de un 28,37% en pacientes con cultivos positivos, siendo los pacientes con cáncer de pulmón el 50%; mientras que en los pacientes con neutropenia febril y cultivos negativos la mortalidad fue de un 5,33%. Dicha mortalidad en nuestra serie está más relacionada con bacterias gram positivas mientras que en no neutropénicos lo está con gram negativas.

Conclusiones: En nuestra serie, la neutropenia con cultivo positivo se asoció sobre todo con *Staphylococo* coagulasa negativo en pacientes con cáncer de pulmón siendo el foco principal el hematológico. En pacientes con neutropenia, la infección confirmada mediante un cultivo positivo, se asoció con incremento de la mortalidad.

P-73

ACETATO DE MEGESTROL: ÚNICO FÁRMACO CON EFICACIA CONFIRMADA EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME CAQUEXIA-ANOREXIA ONCOLÓGICA

Paula Jiménez Fonseca, Jose María Vieitez de Prado, Carlos Álvarez Fernández, Quionia Pérez Arnillas, David José Rodríguez Rubí, Ana Lucrecia Ruiz Echeverría, Walter Antonio Li Torres, María Luisa Sánchez Lorenzo, Esther Uriol Egido, Emilio Esteban González.

Sº Oncología médica del Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Introducción: Más del 80% de pacientes con cáncer avanzado sufre el síndrome caquexia-anorexia (SCA) y hasta un 40% de los pacientes con cáncer presentan anorexia y/o caquexia en el momento del diagnóstico, porcentaje que supera el 60% en cáncer de páncreas, estómago, esófago y cabeza y cuello. Objetivo: confirmar que fármaco o fármacos cuentan con evidencia científica basada en ensayos clínicos publicados para el tratamiento del SCA en pacientes con cáncer.

Materiales: Se revisaron los estudios y metaanálisis publicados hasta 2011 con los distintos fármacos ensayados en el SCA (tabla 1).

Resultados: En 1993 la FDA aprobó el acetato de megestrol para el tratamiento del SCA. Este fármaco cuen-

ta con 3 metaanálisis que reúnen más de 30 estudios, 7 de los cuales lo comparan con otros fármacos: dronabinol (2 estudios), dexametasona y fluoximesterona, nandrolona, prednisolona, EPA y cisaprida siendo los resultados favorables a acetato de megestrol en todos los estudios (tabla 2). Los esteroides solo deben constituir una alternativa al acetato de megestrol en el final de la vida o en trombosis activa, puesto que su eficacia es de corta duración y se requieren dosis crecientes con riesgo de toxicidad como la debilidad muscular que puede empeorar la clínica a del SCA. Además, los esteroides aumentan el apetito sin lograr ganancia ponderal. La hormona de crecimiento y análogos, B2-agonistas, talidomida y melatonina no deben usarse fuera de ensayo clínico al no haberse comparado con megestrol. Los fármacos que podrían combinarse con acetato de megestrol para potenciar el efecto orexígeno de este son los AINE, EPA, procinéticos y antidepressivo mirtazapina. El acetato de megestrol cuenta además con un perfil de efectos adversos manejables, como edemas, erupción cutánea, prurito, siendo la trombosis el más temido y potencialmente más grave con una incidencia < 1%.

Conclusiones: El acetato de megestrol es el único fármaco aprobado para el SCA como se recoge en ficha técnica y el único que cuenta con un nivel de recomendación A (tabla 3).

Tabla 1: Fármacos ensayados en SCA clasificados según su mecanismo de acción.

MECANISMO ACCIÓN FÁRMACOS EN SCA	FAMILIA	FÁRMACO
Estimulantes del apetito (OREXÍGENOS)	Progestagenos Esteroides Cannabinoides Antihistamínicos Antidepresivos Antieméticos	Acetato megestrol Dexametasona, prednisolona Dronabinol Ciproheptadina Mirtazapina Granisetron, ondasetron
ANABOLIZANTES	Análogos Testosterona Análogos GH B2-agonistas Inhibidor enzimático Hipoglucemiantes	Nandrolona, Fluoximesterona Ghrelina Clenbuterol, Salbutamol, Salmeterol Hidracina Insulina
INHIBIDORES DE CITOQUINAS	AINE Ácidos grasos Derivado metilxantina Antitumoral Hormona pineal Anticuerpos anticitoquina	Ibuprofeno, Naproxeno Eicosapentaenoico (EPA) Pentoxifilina Talidomida Melatonina Infliximab
OTROS	Procinéticos	Cisaprida, metoclopramida
		IECAs Estatinas

Tabla 2: Ensayos clínicos publicados que comparan acetato de megestrol con otros fármacos en el tratamiento del SCA.

ENSAYO CLÍNICO	MEGESTROL FRENTE A	Nº	RESULTADO
Jatoi. JCO 2002	Dronabinol	469	Megestrol + en: apetito, peso, calidad de vida, cumplimiento
Loprinzi. JCO 1999	Dexametasona	470	No diferencias. > toxicidad dexametasona
	Fluoximesterolona		Fluoximesterolona: -, muy tóxico
	Nandrolona		Megestrol + en: apetito, peso
Lai. J Pain Symptom Manage 1994	Prednisolona	52	Megestrol + en: aumento apetito
Chen. Radiother Oncol 1997	Cisaprida	129	Megestrol + en: apetito, peso
Jatoi. JCO 2004	Eicosapentaenoico (EPA) o ambos	421	Megestrol o este y EPA + en: apetito, peso frente a EPA solo

Nº = Número de pacientes. + = positivo. - = negativo.

Tabla 3: Nivel de recomendación de distintos fármacos en el tratamiento del SCA

MECANISMO ACCIÓN FÁRMACOS EN SCA	FÁRMACO	NIVEL DE RECOMENDACIÓN
Estimulantes del apetito (OREXÍGENOS)	Acetato megestrol	A
	Dexametasona, prednisolona	B
	Dronabinol	C
	Ciproheptadina	C
ANABOLIZANTES	Nandrolona, Fluoximesterona	C
	Ghrelina	C
	Hidracina	D
INHIBIDORES DE CITOQUINAS	Ibuprofeno, Naproxeno	C
	Eicosapentaenoico (EPA)	C
	Pentoxifilina	D
	Talidomida	C
	Melatonina	C
OTROS	Cisaprida, metoclopramida	D

P-74

NUESTRA EXPERIENCIA DE SEDACIÓN PALIATIVA EN ÚLTIMOS DÍAS

Petra Rosado Varela, Sara Estalella Mendoza, Cristina Cortes Carmona, Patricia Ramírez Daffós, Esperanza Arriola Arellano, María José Gómez Reina, Antonio Rueda Ramos, José Antonio Contreras Ibáñez, José Manuel Baena Cañada.

Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Puerta del Mar.

Introducción: La sedación paliativa es el procedimiento farmacológico por el que se pretende instaurar una reducción del nivel de conciencia como última opción en el control de síntomas refractarios que presente el paciente. El objetivo de nuestro trabajo es recoger la experiencia sobre la sedación paliativa de los pacientes ingresados en nuestra Unidad de Cuidados Continuos.

Materiales: Elaboramos un estudio observacional retrospectivo registrando a todos los pacientes ingresados y fallecidos en nuestro Servicio durante el año 2010 y primer trimestre de 2011, analizando las siguientes variables: sexo, edad, tipo de cáncer, síntoma que motiva el ingreso, síntoma refractario, sedación paliativa y obtención de consentimiento.

Resultados: De los 133 pacientes fallecidos en nuestra unidad, 87 (65,4%) fueron varones. Recibieron sedación paliativa 29 (21,8%) del total y entre ellos había 14 mujeres (48,2%). Entre los que necesitaron sedación, la neoplasia más frecuente fue el cáncer de pulmón (24,1%), seguido del cáncer de colon (20,7%), sarcomas, tumores del aparato urinario y carcinomas de ovario en igual proporción (10,3% respectivamente). El dolor y la disnea con un 20,7% cada uno, fueron los principales síntomas de ingreso, seguidos de síntomas neurológicos (13,8%) y síndrome constitucional (13,8%). Los síntomas refractarios que necesitaron sedación fueron la disnea (37,9%), el dolor (27,6%) y la angustia vital (20,7%).

Conclusiones: La frecuencia de uso de sedación paliativa (21,8%) en nuestro medio es similar a la que se considera habitual en la literatura. A pesar de haber un menor porcentaje de mujeres entre los datos recogidos (33,8%), éstas requieren sedación en mayor número en relación a los hombres (37,4% Vs 24%). Los síntomas más frecuentes que motivan el ingreso son la disnea y el dolor, coincidiendo con los síntomas refractarios que conducen a la sedación. En el 100% de los casos las sedaciones fueron consensuadas, siendo en la mayoría de los casos conformes con el paciente.

Síntoma Refractario

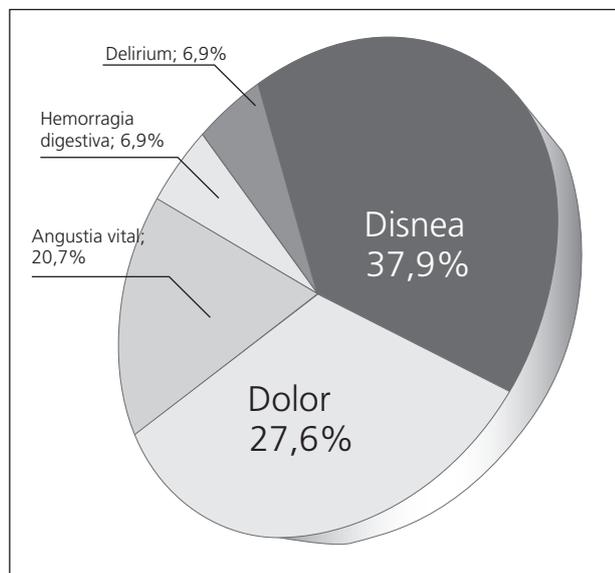
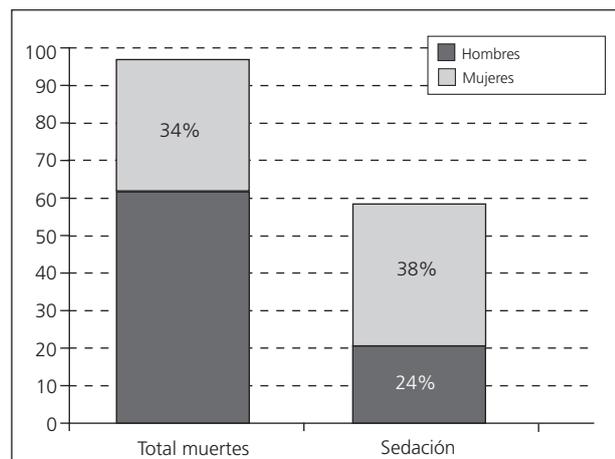


Tabla de sexo y sedación paliativa



P-75

TALLER PARA PERSONAS CUIDADORAS DE PACIENTES ONCOLÓGICOS CON ENFERMEDAD AVANZADA Y TRATAMIENTO ONCOLÓGICO ACTIVO. EXPERIENCIA DE LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "VIRGEN DE LAS NIEVES"

Verónica Conde-Herrero*, Carmen Contreras-Molina*, Pilar Gutiérrez-Pastor*, M^a Ángeles Martín-Sánchez, Carmen Sánchez-Toro*, Encarnación González-Flores*, Raquel Luque-Caro*, Aranzazú González-Vicente*, Jesús Soberino-García*, Juan Ramón Delgado-Pérez*.

*Unidad de Oncología Médica. Hospital Universitario

"Virgen de las Nieves". Granada; ** Unidad del Dolor y de Cuidados Paliativos. Hospital Universitario "Virgen de las Nieves". Granada.

Introducción: Un importante porcentaje de los pacientes que reciben quimioterapia en los Hospitales de Día de Oncología presentan un cáncer estadio IV. Las cuidadoras soportan una importante carga psicofísica derivada del cuidado del paciente. Algunos estudios demuestran que la formación mejora la calidad de vida de pacientes y cuidadoras. Con el objetivo de mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes y sus cuidadoras nuestra Unidad ha organizado unos talleres para que mediante la formación aquéllas reajusten los cuidados que proporcionan, consiguiendo con ello un mejor cuidado del paciente, a la vez que mejoran su autoestima y satisfacción con su labor.

Materiales: Se han llevado a cabo 2 talleres de 5 sesiones cada uno, impartidos por una Oncóloga Médica, una Enfermera, una Psicooncóloga y una Trabajadora Social. Participaron cuidadoras de pacientes con cáncer estadio IV en tratamiento quimioterápico. Antes de iniciar el taller los participantes rellenaron un cuestionario anónimo de 18 preguntas para valorar el nivel de conocimientos sobre síntomas y su manejo. Este cuestionario se repetía al final del taller para evaluar la adquisición de conocimientos. Al final del taller se pasó una encuesta de satisfacción anónima en la que se puntuaban de 1 a 5 (1 valor más negativo y 5 el más positivo) diferentes aspectos del taller.

Resultados: En los talleres, celebrados en el año 2011, han participado un total de 10 cuidadoras (♀:9/♂:1). Mediana de edad: 56.5 años (39-68). Tras evaluar el cuestionario de conocimientos se ha detectado una mejora en los conocimientos de los participantes. En la encuesta de satisfacción se obtuvo una mediana de valoración global= 5 (3-5).

Conclusiones: En nuestra experiencia la realización de talleres para cuidadoras de pacientes oncológicos en situación avanzada mejora su nivel de conocimientos y es valorado muy positivamente por los participantes.

P-76

VARIABILIDAD DE LA ESCALA EVA EN 2 MOMENTOS DE UNA ENTREVISTA EN PACIENTES INGRESADOS EN ONCOLOGÍA

Marta Carmona Campos, Carmela Rodriguez Lopez, María Vieito Villar, Nieves Martinez Lago, Alexia Cortegoso Mosquera, Francisco Javier Barón Duarte, Francisca Vazquez Rivera, Iago Losada Aguin, Elena Maria Brozos Vazquez, Rafael Lopez Lopez.

Servicio de Oncología Médica Hospital Clínico Santiago de Compostela.

Introducción: Una de las escalas más utilizadas en Oncología para la evaluación del dolor es la escala EVA que tiene como ventaja la sencillez y rapidez de su uso. Sin embargo al ser el dolor una experiencia subjetiva, muchas veces el paciente tiene dificultades para entender la metodología de la prueba y puede infraestimar o por el contrario sobrevalorar su intensidad.

Materiales: En este estudio piloto nos propusimos valorar el efecto de una entrevista dirigida sobre el dolor en la valoración subjetiva de los pacientes mediante la escala EVA que se realizaba al principio y final de la misma a todos los pacientes ingresados en un servicio de oncología por cualquier motivo. Se analizaron también otros posibles factores confusores como el estadio de la enfermedad, el tipo de tumor, las necesidades de analgesia domiciliaria y durante el ingreso, el motivo de ingreso y el número de días de hospitalización.

Resultados: De los 33 pacientes estudiados el 60% fueron varones y el 40% mujeres, el 25% de los pacientes padecían cáncer de mama seguido por cáncer de pulmón y esofagogástrico (14% cada uno) y tumores ORL (11%), siendo el 77% estadio IV y presentando en un 54% de los pacientes metástasis potencialmente dolorosas: metástasis óseas, cerebrales, pleurales hepáticas y de partes blandas. El 44% de los pacientes no habían recibido tratamiento activo en el mes anterior al ingreso. El 14% habían recibido radioterapia, de ellos un 3% de casos antiálgica. El 20% de los pacientes ingresaron por dolor. El 60% de los pacientes recibieron durante la hospitalización analgesia de 1º escalón, un 45% de segundo escalón, un 44% de tercer escalón y coadyuvantes hasta el 65% de pacientes. El 31% de pacientes tenían dolor en el momento de la entrevista: el 9% tenían dolor neuropático, el 63% mecánico y el 23% mixto. El dolor era agudo en el 18% de los pacientes, basal en el 72% y sólo irruptivo en el 9% de los pacientes. Estos pacientes tenían más posibilidades de ser de estadios IV, de no haber recibido tratamiento activo y de ingresar por dolor que los pacientes que no referían dolor. Para el control del dolor en su domicilio los pacientes tomaban analgésicos del primer escalón en el 70% de los casos, de segundo escalón el 11% y de tercer escalón el 54%. El 72% tomaban algún tipo de analgesia de rescate. Durante su hospitalización el 81% de los pacientes con dolor pasaron a recibir analgesia de tercer escalón, mientras que el porcentaje de

pacientes con analgesia de primer escalón permaneció estable. A pesar de que el valor medio del EVA, que era de 6, no varió en los pacientes al principio y al final de la entrevista, se observó una variabilidad media de 2 puntos entre las 2 medidas.

Conclusiones: Se observó una gran variabilidad entre los datos de valoración del dolor al principio y al final de la entrevista, siendo más fiable el EVA al final de entrevista.

P-77

RESPUESTA PATOLÓGICA OBTENIDA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA TRIPLE NEGATIVO TRATADAS CON QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "VIRGEN DE LAS NIEVES"

Verónica Conde-Herrero, Aránzazu González-Vicente, Encarnación González-Flores, Jesús Soberino-García, Cynthia-Scarlet González-Rivas, Raquel Luque-Caro, Javier Valdivia-Bautista, Joaquina Martínez-Galán, Julia Ruíz-Vozmediano, Juan Ramón Delgado-Pérez. *Unidad de Oncología Médica.Hospital Universitario "Virgen de las Nieves". Granada.*

Introducción: El tratamiento con quimioterapia neoadyuvante (QTneo) del cáncer de mama localmente avanzado(CMLA) es un tratamiento estándar que permite un tratamiento conservador de la mama en muchas pacientes(pts) sin comprometer su supervivencia(SV). La respuesta completa patológica(RCp) parece relacionarse con una mejor SV de las pts. El cáncer de mama triple negativo(CMTN) es un subtipo especialmente agresivo. Nuestro objetivo es evaluar las RCp obtenidas con QTneo en las pts con CMTN y su relación con la supervivencia global (SG).

Materiales: Entre Octubre de 2004 y Abril 2012 se incluyen 28 pts con CMTN tratadas con QTneo basada en antraciclina y taxanos. Mediana de edad: 53 años (30-74). Subtipos histológicos: carcinoma ductal infiltrante:18pts(64.28%); lobulillar infiltrante:2pts(7.14%). En 5 pts la expresión de Ki67 fue< 20%. Estadio clínico al diagnóstico: E.II:15 pts(53.57%); E.III:12pts(42.85%).

Resultados: De las 28 pts incluidas en el momento del análisis 22 habían sido intervenidas: Cirugía conservadoras:16pts (72.72%); Mastectomía radical:6pts (27.27%). 23 pts fueron evaluables para respuesta clínica: 5 (17.9%) respuestas completas (cRC), 14 (50%) respuestas parciales (cRP), 4 (14.3%) estabilizaciones (EE) y ninguna progresión (PT). De

22pts intervenidas, 21 fueron evaluables para respuesta patológica (RPat). RPat del T: 7 (25%) pRC, 10 (35.7%) pRP, 3 (10.7%) pEE y sólo 1 (3.6%) pPT. RPat del N: 6 (21.4%) pRC, 3 (10,7%) pRP, 9(32,1%) pEE y 3(10,7%) pPT. Globalmente, hubo 6(21.4%) pRC, 3(10.7%) pRP, 9 (32.1%) pEE y 3 (10.7%) pPT. Recaídas: 6pts (21.42%). Mediana de supervivencia libre de progresión:30 meses(m). Mediana SG: 23m. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en SG en función de la RPat obtenida con el tratamiento.

Conclusiones: En nuestra experiencia la QTneo en el tratamiento del CMTN ofrece una elevada tasa de cirugías conservadoras y una tasa de RCp similar a la obtenida en la población global de pts con CMLA tratadas con QTneo. No se ha encontrado relación entre la RCp y la SG, si bien puede ser debido al pequeño tamaño muestral.

Pulmón

P-78

CLINICAL MANAGEMENT AND TREATMENT OUTCOMES IN PATIENTS WITH NON-SMALL CELL LUNG CANCER (NSCLC): SPANISH RESULTS OF THE EPICLIN-LUNG STUDY

M^a Eugenia Olmedo (1), Manuel Cobo (2), Rosario García Campelo (3), Luis Paz-Ares (4), Margarita Majem (5), Jose Luis Gonzalez Larriba (6), Nieves Galán (7), Emilio Esteban (8), Rosana Cajal (9), Pilar Garrido (1).

(1) H.U. Ramón y Cajal, Madrid; (2) Complejo Hospitalario Carlos Haya, Málaga; (3) Complejo Hospitalario Universitario A Coruña; (4) H.U. Virgen de Rocío, Sevilla; (5) H. de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona; (6) H. C.U. San Carlos, Madrid; (7) H.C.U. Lozano Blesa, Zaragoza; (8) H.U. Central de Asturias HUCA, Oviedo; (9) AstraZeneca Farmacéutica Spain.

Introducción: A multinational, multicentre, non-interventional, prospective cohort study, that describes the NSCLC clinical management across Europe (NCT00831909). Data have been split by country and Spanish results are summarized.

Materiales: NSCLC patients (pts) attending first time a clinical department from January to March 2009 were included and followed for a minimum of 12 months. Data on demographics, diagnosis, clinical management and health care resources were collected.

Resultados: 824 Spanish pts were included; baseline population description of the Spanish patients and across Europe are showed (Table1). Biomarker determination on 106 pts (12.9%) slightly above the European (8.8%). Treatment patterns: Of stage I-II pts, 40.4% underwent surgery. 78.6% of these pts also received adjuvant or neoadjuvant chemotherapy (CT). Of stage III pts, 23.4% underwent surgery and almost 50% concomitant chemoradiotherapy. Most stage IV pts (86.3%) received 1st-line CT, 41.3% received a 2nd line CT regimen and a 13.35% did a 3rd line CT. The most frequent CT regimens used as first line were Cisplatin doublets (39%) and Carboplatin doublets (29.9%), Erlotinib (10.2%) and Bevacizumab containing regimens (3.2%). Most frequent regimens used in first line by histology were: adenocarcinoma: Cis-Pem (18%), Erlotinib (14%), Carbo-Pac (13.5%). Squamous cell carcinoma: Cis-Doc (17.6%), Carbo-Gem (15.1%), Cis-Gem (13.4%). Radiotherapy was administered to 311 pts, 12.2% as adjuvant, 34.1% as curative and 53.1 as palliative. Investigational tx and platinum-containing regimens had the highest rate of AEs (the most frequent hematological and pulmonary). Outcomes related to treatments will be presented at the time of Symposium.

Conclusiones: Spanish NSCLC patient demographics and disease characteristic are in line with the European one. The results of this study also provide an overview of NSCLC treatment patterns before widespread adoption of targeted therapies tailored to individual patient profiles.

Tabla 1: Patient demographics and disease characteristics Europe/Spain

	European data (3508 pts)	Spanish data (3508 pts)
Age, mean years (SD)	64.5 (10.5)	65.7 (11)
PS≤1, (%)	65.8	66.8
Males/Females (%)	77.6/22.4	82.3/17.7
Habitual smokers / ex-smokers / non-smokers (%)	32.6/48.9/10.4	36.8/47.6/11.3
Tumor stage at diagnosis I-III A / III B-IV (%)	26.5/70.2	24.2/71.3
Adenocarcinoma/Large cell ca / squamous cell ca (%)	46.1/7.1/29.4	36.9/9.0/31.85

P-79

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LA DETERMINACIÓN DE LAS MUTACIONES DE EGFR Y KRAS EN MUESTRAS CITOLÓGICAS DE PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULA NO PEQUEÑA (CPCNP)

Enric Carcereny Costa (1), Mariona Llatjós Sanuy (2), Mónica Botia Castillo (3), Itziar de Aguirre Egaña (3), Erika Mijangos Basterra (1), José Sanz Santos (4), Sara Cros Costa (1), Zoran Stojanovic (4), Vanesa Quiroga García (1), Miquel Tarón Roca (1).

(1) *Servicio de Oncología Médica ICO Badalona-HGTiP;* (2) *Servicio de Anatomía Patológica Hospital Germans Trias i Pujol;* (3) *Laboratorio de Biología Molecular Servicio de Oncología Médica ICO Badalona-HGTiP;* (4) *Servicio de Neumología Hospital Germans Trias i Pujol Badalona (Barcelona).*

Introducción: Las terapias dirigidas han obtenido unos resultados espectaculares en el tratamiento del CPCNP en estadio avanzado. Habitualmente los estudios moleculares se realizan en muestras histopatológicas obtenidas de biopsias o piezas quirúrgicas. Las muestras citológicas no suelen emplearse de forma rutinaria al considerarse insuficientes para la realización de dichos análisis. En el ICO Badalona-Hospital Germans Trias i Pujol empleamos muestras citológicas para la realización de estudios moleculares, en aquellos casos en que no se dispone de muestra de biopsia. Estas muestras se obtienen mediante punción aspiración con aguja fina (PAAF) guiada por ecobroncoscopia, PAAF guiada por tomografía y citología de líquidos biológicos. Hemos realizado un estudio retrospectivo para evaluar la idoneidad de las muestras citológicas como material para la realización de estudios moleculares analizando la presencia de mutaciones (mut) de EGFR y KRAS en muestras citológicas en pacientes con CPCNP avanzado.

Materiales: Desde enero 2007 a febrero 2012, analizamos la presencia de mut de EGFR y KRAS en 227 muestras. Las muestras fueron procesadas en el servicio de Anatomía Patológica como bloques celulares o extensiones en membrana (Zeiss. MembraneSlide 1.0 PEN). Las células tumorales (8-150) fueron seleccionadas mediante microdissección. La secuenciación del DNA de los exones 18, 19 y 21 del gen EGFR y los exones 12 y 13 del gen KRAS, y la determinación de la mut del exón 20 por técnicas de discriminación alélicas se realizaron en el laboratorio de Biología Molecular del servicio de Oncología Médica.

Resultados: Las mut de EGFR se analizaron en 227 muestras y se encontraron en un 8.81% (20/227). El rendimiento para la determinación de la mut de EGFR en muestras citológicas fue del 86.3% (196/227) (no evaluables 15, muestra insuficiente 8, no tumor en 4 y no realizado en 4). Las mut de KRAS se analizaron en 41 muestras, con un resultado positivo en un 14.6% (6/41). El rendimiento para las mut de KRAS

fue de 80.5% (33/41) (2 no evaluables, 3 muestra insuficiente, 1 no tumor y no realizado en 2). El rendimiento para la membrana fue del 91.1% (72/79), no fue posible en 7 casos (4 no evaluables, 2 insuficientes y 1 no realizado). El rendimiento del bloque celular fue del 83.3% (124/148) y no fue posible en 24 casos (11 no evaluables, 6 insuficiente, no tumor en 4 y no realizado en 3).

Conclusiones: Estos resultados muestran que el análisis de las mut de EGFR y KRAS en muestras citológicas es posible en caso de no disponer de muestra de biopsia. Las preparaciones en forma de bloque celular y extensión en membranas son válidas para dichos análisis.

P-80

LARGOS SUPERVIVIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO (CNMP) NO ESCAMOSO AVANZADO TRATADOS EN PRIMERA LÍNEA (1^oL) CON QUIMIOTERAPIA (QT) Y BEVACIZUMAB (B) SEGUIDO DE MANTENIMIENTO (MTO) DE CONTINUACIÓN CON BEVACIZUMAB

Dolores Isla Casado, Javier de Castro Carpeño, José Luis González Larriba, Sergio Vázquez Estévez, Bartomeu Massutí Sureda, Jose Miguel Sánchez Torres, Manuel Dómine Gómez, Antonio Calles Blanco, José Vicente Cardona Jiménez, Pilar Garrido López.

(1) *Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza;* (2) *Hospital Universitario La Paz, Madrid;* (3) *Hospital Clínico San Carlos, Madrid;* (4) *Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo;* (5) *Hospital General Universitario de Alicante, Alicante;* (6) *MD Anderson Cancer Center, Madrid;* (7) *Fundación Jiménez Díaz, Madrid;* (8) *Hospital Universitario Madrid Sanchinarro - Centro Integral Oncológico Clara Campal, Madrid;* (9) *Roche Farma, S.A., Madrid;* (10) *Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.*

Introducción: B asociado a QT seguido de mto con B ha demostrado aumentar la supervivencia en pacientes (pts) con CNMP no escamoso avanzado. La experiencia clínica ha permitido identificar un grupo de pts que consiguen mantenimientos muy prolongados con B y, por consiguiente, supervivencias (SG) excepcionalmente largas. El objetivo de nuestro estudio fue explorar las características clínicas y estudiar el comportamiento de estos largos supervivientes.

Materiales: Estudiamos datos de 104 pts con CNMP no escamoso avanzado que habían recibido un mto prolongado con B, definido por una SLP \geq 9 meses (m). El objetivo principal fue el análisis descriptivo de

los pts y los secundarios incluyeron la correlación entre las características clínicas y la supervivencia.

Resultados: Características de los pts: mediana de edad 57 años; caucásicos: 98%; ECOG 0/1/2 (%): 61/38/2; varones: 61%; fumador/exfumador/no fumador (%): 36/45/19; hipertensión/enfermedad cardiovascular basal (%): 24/9; adenocarcinoma: 82%; estadio IV: 84%; tumor central: 30%; cavitación tumoral: 4%. QT de 1^aL: dobles de carboplatino/cisplatino (%): 57/43; mediana de n° de ciclos para QT/B y B en mto: 6 y 18. Dosis media de B fue 7.5 mg/kg. Tasa de respuesta: 83%. Del 71% de pts que progresó a 1^aL, el 90% recibió tratamiento de 2^aL. El 77% de los pts que progresó a la 2^aL, recibió una 3^aL. B se mantuvo en el 26% y el 24% de los tratamientos de 2^a y 3^aL. Mediana de SLP: 15 m (IC 95%:14-16); mediana de SG: 31 m (IC 95%: 22-39). Tasas de supervivencia a 1 y 2 años (%): 97 (IC 95%: 93 - 100) y 62 (IC 95%: 51 - 73). Toxicidades (%): epistaxis gr 1/2 (22/0), hipertensión gr 1/2 (12/6), astenia gr 1/2/3 (2/6/4) y proteinuria gr 1/2/3 (3/3/1).

Conclusiones: Estos son los primeros datos comunicados de largos supervivientes con CNMP tratados en 1^aL con QT y B seguido de mto de continuación con B. De acuerdo a sus características clínicas, estos largos supervivientes son representativos de los pts de la práctica clínica habitual. El mantenimiento prolongado con B fue bien tolerado. Aunque es necesaria una evaluación prospectiva, la destacada mediana de SG (31 m) y tasa de supervivencia a los dos años (62%) señalan la importancia del mto de continuación con B.

P-81

PAPEL DE LOS POLIMORFISMOS (PM) DE LOS GENES DE REPARACIÓN Y SÍNTESIS DEL ADN EN LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA (QT) EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO (CPNM) AVANZADO

Ivana Sullivan, Margarita Majem, David Páez, Cinta Pallarés, Laia Paré*, Elisabeth Del Río*, Agustí Barnadas, Montserrat Baiget*.

*Servicio de Oncología Médica *Servicio de Genética Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona, España.*

Introducción: Identificar factores predictores de respuesta(rta) a QT en CPNM podría ayudar en la selección de los pacientes(p) con mayor probabilidad de beneficiarse de un fármaco concreto y evitar una toxicidad excesiva en aquellos sin rta a un determinado agente. Hemos analizado el papel de diferentes PM

en los genes de reparación y síntesis de ADN como potenciales factores pronósticos y predictivos de rta.

Materiales: El genotipado se realizó a partir de ADN genómico de las células nucleadas de sangre periférica(SP) mediante RTPCR, técnicas de secuenciación automática o un array dinámico del sistema BioMarkTM. PM estudiados: gen de la reparación por escisión del grupo de complementación cruzada-1(ERCC1 Asn118Asn), xeroderma pigmentosa grupo D(XPD Lys751Gln), timidilato sintetasa(TS) (VNTR/5'UTR, 2R G>C,3R G>C) y metil tetrahydrofolato reductasa (MTHFR)(C677T,A1298C). Se evaluaron la supervivencia libre de progresión(SLP) y la supervivencia global(SG) para cada genotipo.

Resultados: Se incluyeron 103 p con estadio III-IV tratados con QT basada en platino. La mediana de SLP fue significativamente mayor en los genotipos C/T o T/T de ERCC1: 13 meses(m) y 10 m, respectivamente, frente a 6 m para genotipos C/C (p=0,034). Los p con C/T o T/T mostraron tendencia a mayor SG (20 m) que los C/C (10,5 m,p=0,1). El análisis por subgrupos reveló que los genotipos C/T o T/T se asociaron con mayor SLP en varones(p=0,005), fumadores (p=0,036) y menores de 70 años(p=0,012). Los p con los genotipos A/A o A/C en el codón 751 de XPD mostraron tendencia a mayor SG frente al genotipo C/C (p=0,09), sin diferencias en SLP. No se encontró ninguna asociación entre los PM de TS y MTHFR y la SLP o SG en la población general.

Conclusiones: En p con CPNM tratados con QT basada en platino, los PM en SP de ERCC1 podrían predecir la eficacia del tratamiento, particularmente en varones, fumadores y menores de 70 años.

P-82

DOME II: DOLOR CRÓNICO ONCOLÓGICO Y SU TRATAMIENTO: ASOCIACIÓN CON LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES

Carlos Camps Herrero (1), Ana Blasco (1), Joaquín Montalar (2), Jaime Sanz - Ortiz (3), Eduardo Díaz-Rubio (4), Jose Antonio Burón (5), Francisco Ledesma (5).

(1) Servicio de Oncología Médica. Hospital General Universitario de Valencia; (2) Servicio de Oncología Médica. Hospital La Fe, Valencia; (3) Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander; (4) Servicio de Oncología Médica. Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid; (5) Departamento Médico de Janssen S.A., Madrid.

Introducción: A pesar de los últimos avances en el campo de la Oncología, el control del dolor crónico

oncológico en la práctica clínica diaria continúa siendo un reto de tratamiento por su elevada prevalencia (30-50% independientemente del estadio tumoral). El dolor es uno de los síntomas más frecuentes e incapacitantes de los pacientes oncológicos, con carácter multidimensional y que altera la situación funcional del individuo.

Materiales: Estudio observacional, transversal y multicéntrico llevado a cabo en 75 Servicios de Oncología Médica españoles. Se estudiaron 711 pacientes adultos con cáncer, no hospitalizados, que padecían dolor y se encontraban en tratamiento analgésico en el momento del estudio. Cada investigador recogió retrospectivamente la información relativa a las características del dolor y su tratamiento en una única visita.

Resultados: El 75% de los pacientes referían dolor de aparición previa al diagnóstico oncológico, con una intensidad de > 6 puntos en el 46% de los mismos. El tumor que más frecuentemente generaba dolor visceral era el gastrointestinal, mientras que el dolor somático más intenso aparecía en el de mama (66%) y pulmón (75%). Pese a estar recibiendo tratamiento analgésico, un 60% de los pacientes seguían padeciendo dolor (3-5) y hasta un 35% con una intensidad > 6. Sólo el 40% de los que presentaban dolor de intensidad >7 fueron tratados inicialmente con opioides mayores, frente a un 24% de los pacientes con intensidad de 6-7.

Conclusiones: Pese a estar recibiendo tratamiento analgésico, existe un porcentaje muy elevado de pacientes que sigue padeciendo dolor. Muchos médicos reconocen esperar a que el paciente se encuentre en fase terminal para administrar opioides mayores, por miedos o mitos sobre éstos, con el consecuente retraso en el control óptimo del dolor en muchos casos.

P-83

INCIDENCIA DE MUTACIONES EN EL GEN DEL RECEPTOR DEL FACTOR DE CRECIMIENTO EPIDÉRMICO (EGFR) EN PACIENTES CON CARCINOMA DE PULMÓN NO MICROCÍTICO (CPNM) AVANZADO O METASTÁSICO EN GALICIA (GGCP 048-10): UN ESTUDIO DEL GRUPO GALLEGO DE CÁNCER DE PULMÓN

Sergio Vázquez Estévez, Gerardo Huidobro Vence, Javier Afonso Afonso, José Luis Fírvida Pérez, Lucía Santomé Couto, Francisco Barón Duarte, Martín Lázaro Quintela, Carolina Pena Álvarez, Margarita Amenedo Gancedo, Ihab Abdulkader Nallib.

(1) Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo; 2 Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Pontevedra;

(3) Hospital Arquitecto Marcide de Ferrol, A Coruña; (4) Complejo Hospitalario Universitario de Ourense; (5) Hospital Povisa de Vigo, Pontevedra; (6) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, A Coruña; (7) Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Pontevedra; (8) Complejo Hospitalario de Pontevedra; (9) Centro Oncológico de Galicia, A Coruña; (10) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, A Coruña.

Introducción: La presencia de ciertas mutaciones en el EGFR predice qué pacientes (p) con CPNM responderán mejor a un inhibidor de la tirosina quinasa (TKI) del EGFR. Aunque se han comunicado varias series de pacientes a nivel Nacional, no se conoce específicamente la tasa de mutaciones en el EGFR ni el manejo clínico de los pacientes con CPNM avanzado en Galicia.

Materiales: Se han incluido prospectivamente todos los pacientes con CPNM avanzado diagnosticados en 9 hospitales de Galicia durante un periodo de 13 meses. Las características clínicas de los pacientes se recogieron de las historias clínicas. La mutación del EGFR se realizó en muestras tumorales disponibles a través de un laboratorio central utilizando el kit de Qiagen (EGFR RGQ PCR Kit). La información sobre patrones de tratamiento, tasas de mutaciones del EGFR a la progresión y mutaciones en muestras de sangre se está recogiendo actualmente y se comunicará el año que viene.

Resultados: Se incluyeron 209 p desde febrero de 2011 a marzo de 2012. El análisis de la mutación no fue posible en 8 p (3.8%). La mediana de edad fue 65.9 años (rango 34-85). 77% p fueron hombres, 20.6% fueron no fumadores, 45.6% exfumadores, y 33.8% fumadores activos. 79.9% tenían histología no escamosa (68.1% adenocarcinoma, 7.4% carcinoma de células grandes, 3.9% carcinoma adenoescamoso, y 0.5% NOS) y el 20.1% p tenían carcinoma escamoso. Los tipos de muestra disponibles fueron: 55.6% tejido, 44.4% citologías. Los resultados se obtuvieron con una mediana de 8 días. La tasa de mutación global en muestras tumorales fue de 12.4% (0% en exón 18, 46.1% en exón 19, 7.7% en exón 20 y 46.1% en exón 21). La tasa de mutación no varió según el tipo de muestra (13.1% tejido, 12.1% citología). Las mayores tasas de mutación se encontraron en no fumadores (38.1%), mujeres (35.4%) y adenocarcinomas (17.3%).

Conclusiones: La prevalencia de mutaciones en el EGFR en una muestra representativa de pacientes con CPNM avanzado recién diagnosticado en Galicia se corresponde con los datos previamente obtenidos en

el resto de España. Se pudo evaluar el estado de la mutación en más del 95% de los pacientes. Dada la similitud entre las tasas de mutaciones en muestras de tejido y citologías, éstas podrían utilizarse para el análisis de la mutación cuando no se disponga de otro material. La obtención de resultados con una mediana de 8 días, permitiría la decisión terapéutica una vez conocido el estatus mutacional.

P-84

MALIGNANT PLEURAL MESOTHELIOMA: SURVIVAL AND CLINICOPATHOLOGIC CHARACTERISTIC. A GALICIAN LUNG CANCER GROUP EXPERIENCE

Francisco Javier Afonso-Afonso, Sergio Vázquez, Carolina Pena, Patricia Calvo, Martin Lazaro, Antonio Tardío, Urbano Anido, Carmen Diego, Silvia Varela.

(1) Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide, Ferrol; (2) Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo; (3) Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra; (4) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela; (5) Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo

Introducción: 51 patients with a definitive diagnosis of malignant pleural mesothelioma, who had been diagnosed between January 2005 and December 2011, were studied according to epidemiologic factors, stage, pathological types, treatment method and its complications. A statistical analysis was made. Methods: 51 patients with a definitive diagnosis of malignant pleural mesothelioma, who had been diagnosed between January 2005 and December 2011, were studied according to epidemiologic factors, stage, pathological types, treatment method and its complications. A statistical analysis was made. Introduction: Malignant pleural mesothelioma is a devastating disease that usually occurs after prolonged exposure to asbestos. Several types of oncological therapeutic methods have been used in pleural malignant mesothelioma, resulting in various outcomes. The objective of our study was to evaluate clinicopathologically 51 patients with pleural malignant mesothelioma and the main factors influencing their survival.

Materiales: 51 patients with a definitive diagnosis of malignant pleural mesothelioma, who had been diagnosed between January 2005 and December 2011, were studied according to epidemiologic factors, stage, pathological types, treatment method and its complications. A statistical analysis was made.

Resultados: Median age at diagnosis was 68.2 years and the M/F ratio was 4/1. The more common stage

(TNM) was IV (68.8%). The epithelial form was the most common pathological pattern (51%). 68,6% of patients received chemotherapy with 31,5% of patients treated in second and successive lines. Pemetrexed-cisplatin was the more frequent used chemotherapy schema (65,3%). Of patients surgically treated, extrapleural pneumonectomy was performed in 44.4% of patients, decortication in 44.4% and debulking in 11.1%. Only 3 patients (5,8%) received radiotherapy: 1 neoadjuvant treatment and 2 in palliative setting. The most common complications with treatment were: chemotherapy (Grade 3): neutropenia (22.7%), surgery: infection (20%). The median survival was 10.45 months (IC95%, 7.82 – 13.07), and survival at twelve months was 31,7%. The main factors influencing the survival were surgery ($p=0.013$), histology ($p=0.0001$) and performance status at diagnosis ($p=0.003$).

Conclusiones: Advanced malignant pleural mesothelioma has a short survival, independently of the treatment class, so the most aggressive treatments must be reserved for those patients with low tumor burden and good general condition, particularly those with a favorable histology type.

Keywords: Malignant pleural, mesothelioma, treatment, prognosis.

P-85

ESTUDIO FASE II, ABIERTO, NO ALETORIZADO, DE BEVACIZUMAB(B), CISPLATINO (C) Y PEMETREXED(P) COMO PRIMERA LINEA DE TRATAMIENTO DE PACIENTES (PTS) CON CANCER DE PULMON NO MICROCITICO (NSNSCLC) Y NO EPIDERMÓIDE, EN ESTADIO IIIB - CON DERRAME PLEURAL/PERICÁRDICO MALIGNO -O IV

Guillermo López Vivanco, Sergio Carrera Revilla, Ainzane Sancho Gutiérrez, Inés Marrodan Ciordia, Eider Azkona Uribebarrea, Eluska Iruarrizaga Ovejas, Itziar Rubio Etxebarria, Alberto Muñoz Llerena. Hospital de Cruces, servicio de oncología, Bilbao.

Introducción: B en combinación con dobles de platinos seguido de mantenimiento de continuación con B prolonga la supervivencia y retrasa la progresión en pts con nsNSCLC avanzado que no han recibido tratamiento. P en combinación con C es eficaz en el tratamiento de primera línea de nsNSCLC avanzado. Se evalúa la eficacia y seguridad de B, C y P mas mantenimiento con B en pts con nsNSCLC avanzado.

Materiales: Pts con nsNSCLC, irreseccable, estadio IIIB o IV fueron tratados con C (75 mg/m²), P (500 mg/

m2), and B (7.5 mg/kg) día 1 cada 21 días hasta 6 ciclos. Pts con respuesta o enfermedad estable (SD) recibieron mantenimiento B (7.5 mg/kg) cada 21 días hasta progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable. El objetivo primario fue progresión libre de supervivencia (PFS). Objetivos secundarios incluyeron la tasa de respuesta objetiva (ORR), supervivencia global (OS), seguridad y análisis de mutaciones K-ras y de los niveles de VEGF en plasma.

Resultados: Se presentan datos de 21 pts. Mediana de edad: 58 años (rango 42-74); hombre/mujer (%): 81/19; ECOG 0/1 (%): 5/95; Mediana de seguimiento de 4.7 meses. 53% de los pts recibieron al menos 6 ciclos de tratamiento y el 20% recibieron hasta 12 ciclos. Entre los 15 pts evaluables para respuesta, la ORR fue 47% (95% CI, 21-73) y tasa de control de enfermedad: 87%. Mediana PFS: 6.0 meses (95% CI, 1.9-7.5). Toxicidad hematológica grado 3/4 fue neutropenia (9%/0). Toxicidades no hematológicas más frecuentes grado 3/4 fueron fatiga (29%/0), trombosis venosa (14%/0), embolismo pulmonar (9%/0) y disnea (5%/5%). No hubo eventos hemorrágicos grado 3/4.

Conclusiones: Tratamiento con B, C y P más mantenimiento con B es factible y eficaz como tratamiento de primera línea en pacientes con nsNSCLC avanzado. Estos datos proporcionan más evidencia de la combinación de B con múltiples dobles basados en platinos. Keywords: malignant pleural mesothelioma, treatment, prognosis.

P-86

PERFILES CLÍNICOS Y PATRONES DE PROGRESIÓN EN PACIENTES (P) CON CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULA NO PEQUEÑA (CPCNP) NO ESCAMOSO AVANZADO TRATADOS EN PRIMERA LÍNEA CON BEVACIZUMAB (B) EN COMBINACIÓN CON QUIMIOTERAPIA: ESTUDIO AVVA

Javier de Castro, Manuel Dómine, José María García-Bueno, Salvador Saura, Ramón García, María Sereno, Oscar Juan, Eduardo Pujol, Belén Rubio, Manuel Cobo.

Hospital Universitario La Paz, Madrid; Fundación Jiménez Díaz, Madrid; Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete; Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria; Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid; Hospital Infanta Sofía, Madrid; Hospital Arnau de Vilanova, Valencia; Hospital Santa Bárbara, Soria; Centro Integral Oncológico Clara Campal, Madrid; Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: B asociado a quimioterapia (QT) basada en platino está indicado para el tratamiento en 1L de p con CPCNP avanzado salvo histología de células escamosas. El perfil de candidatos óptimos para asociar B al doblete de platino ha sido definido a lo largo de su desarrollo clínico (Johnson JCO 2004; Sandler NEJM 2006; Reck JCO 2009) y sus beneficios se extienden a un amplio grupo de p.

Materiales: Estudio observacional, multicéntrico y de ámbito nacional diseñado para definir el perfil clínico y los patrones de progresión de p tratados con B en combinación con QT en 1L. Se analizan posibles correlaciones entre perfiles clínicos y patrones de progresión con el fin de encontrar potenciales asociaciones epidemiológicas.

Resultados: Perfil clínico (158 p): Mediana de edad: 58 años (rango 34-79); hombres 65%; estadio IV 91%; adenocarcinoma 77%; PS 0/1/≥2 (%): 35/56/9; no fumadores/fumadores/exfumadores (%): 23/40/37. 64% de los p presentan al menos una patología concomitante relevante (27% cardiovascular y 24% pulmonar). Mediana nº ciclos de QT/B: 6/9. Patrones de PE: 44% de los p presentaron alta carga tumoral (diámetro total ≥55 mm y/o nº de lesiones ≥5) y el 53 % de los p enfermedad extra-torácica. La alta carga tumoral está asociada con la enfermedad extra-torácica (p<0.05). TRO fue del 53% y TCE del 85%. Mediana SLP: 7.7 meses (95% IC: 7.3-8.1). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las repuestas obtenidas ni en la SLP en función de la alta carga tumoral o la presencia/ausencia de enfermedad extra-torácica. Toxicidades grado 3/4: trombosis venosa profunda (3.2%/0), proteinuria (0.6%/0), hemoptisis (0.6%/0), tromboembolismo pulmonar (0/0.6%) y mucositis (0.6%/0).

Conclusiones: B en combinación con QT estándar de 1L es eficaz y seguro en la población general del estudio, con independencia de la carga tumoral y la localización de la enfermedad.

P-87

ANÁLISIS DEL ESTADO MUTACIONAL DEL EGFR EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CARCINOMA NO MICROCÍTICO DE PULMÓN EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SALAMANCA EN EL AÑO 2011

Lina María López Bernal+, Rosa Ana Marcos+, Lorena Bellido+, Carolina López+, Arantzazú Amores+, Juan Carlos Adanza+, German Martin+, Rosa Cordovilla++, Marcelo Jimenez+++, Dolores Ludeña++++.

+Servicio de Oncología. ++Servicio de Neumología. +++ Servicio de cirugía torácica. ++++Servicio de anatomía patológica.

Introducción: Las mutaciones en el dominio Tirosin Kinasa del Receptor del Factor de crecimiento Epitelial (EGFR) han sido identificadas en los exones 18 a 21 y están presentes en el 10% de pacientes con carcinoma no microcitico de pulmón (CNMP) en Norte América y en un 30-40% en asiáticos. En España se observaron en un 16% de pacientes con histología no escamosa. Estas mutaciones se asocian con las características clínicas de no fumadores, mujeres, adenocarcinoma y asiáticos y confieren una sensibilidad importante al tratamiento con Inhibidores Tirosin kinasa (ITK). El objetivo es describir el estado mutacional del EGFR en los pacientes diagnosticados de CNMP en el año 2011 y correlacionar el resultado con las diferentes características clínicas y anatómicas, para así caracterizar nuestra población.

Materiales: Se analizó el estado mutacional del EGFR mediante RT PCR a todos los CNMP diagnosticados en el 2011. Se analizaron los datos utilizando estadística descriptiva.

Resultados: Se diagnosticaron 144 pacientes con CNMP, a 100 se les pudo realizar la mutación, lo que quiere decir que un 31% de pacientes no obtuvie-

ron una muestra suficiente. De 100 pacientes, 11% resultaron mutados. El 54.5 % correspondieron a deleciones del exón 19 y 45.5% a mutaciones en el 21.

Figura 1. Porcentaje de pacientes mutados

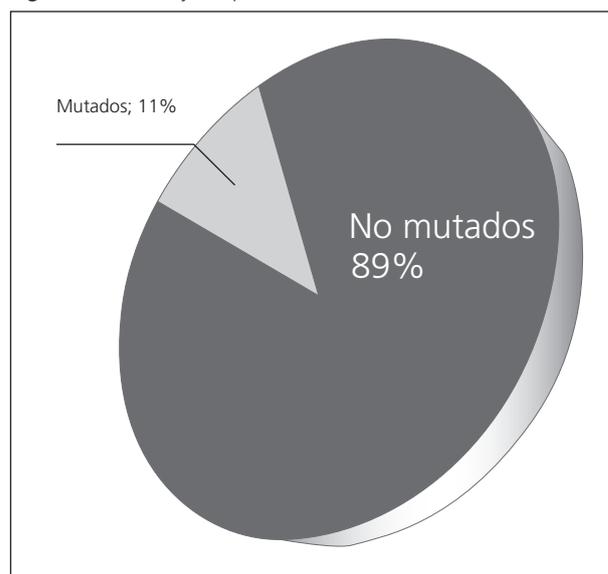


Figura 2: Características de los pacientes mutados

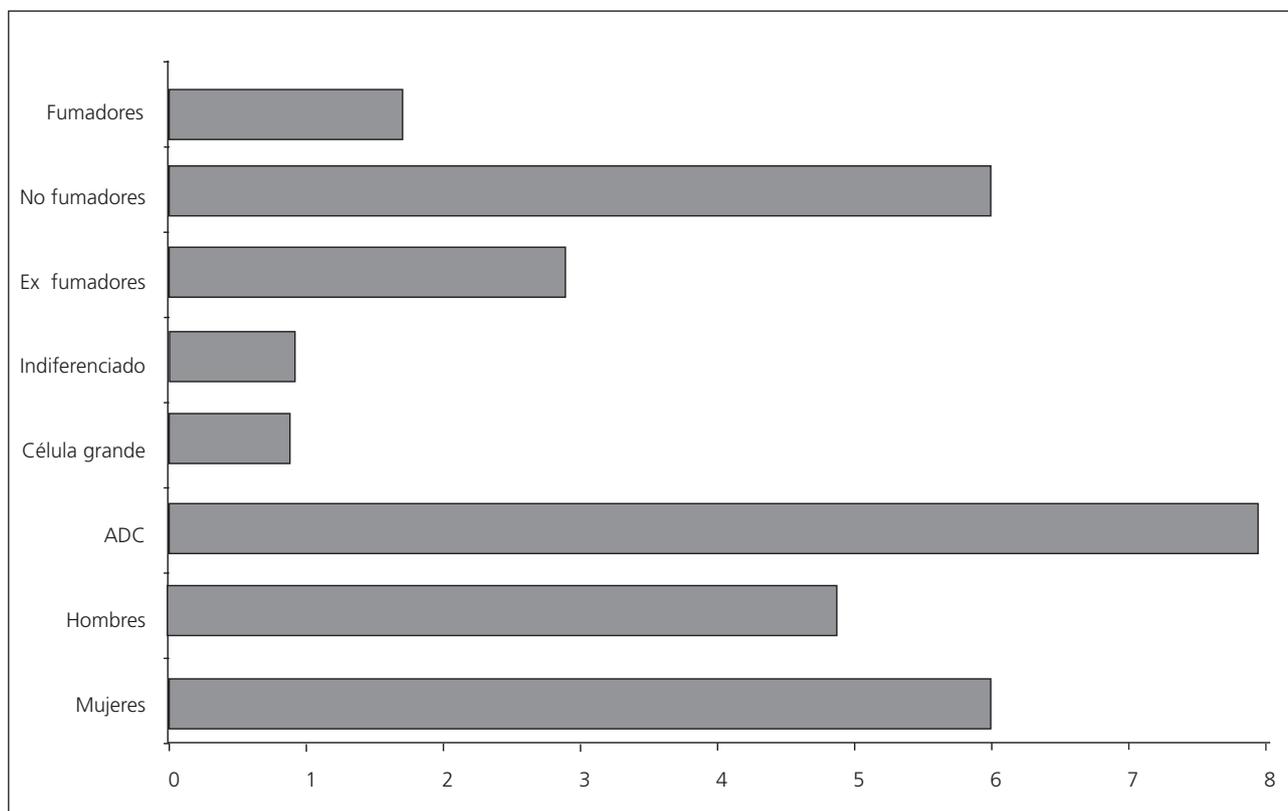
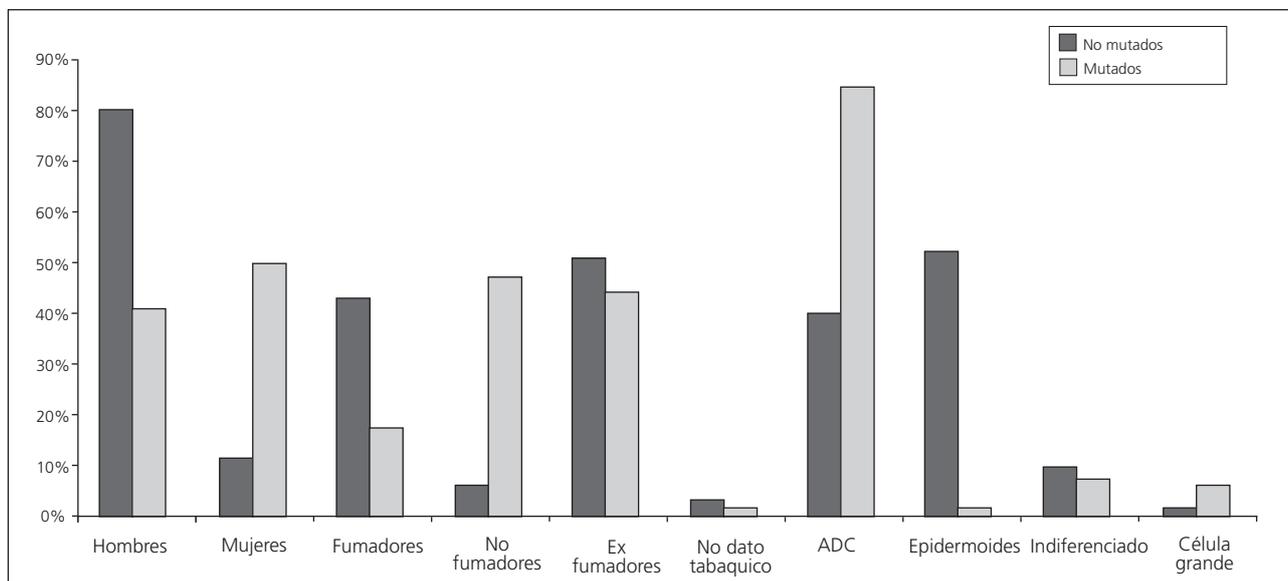


Figura 3: Características mutados - no mutados



Conclusiones: Los resultados de nuestro centro, concuerdan con lo descrito en la literatura, en cuanto a la frecuencia de las mutaciones en población no seleccionada y no asiática, y se corresponden con las características descritas en los mutados (mayoría mujeres, ADC, no fumadores). Resaltamos un 45.4% de pacientes mutados hombres y un 18% fumadores.

nuestra institución. Se administró PAC-S 80mg/m² semanal en 3 de cada 4 semanas (s) hasta toxicidad o progresión.

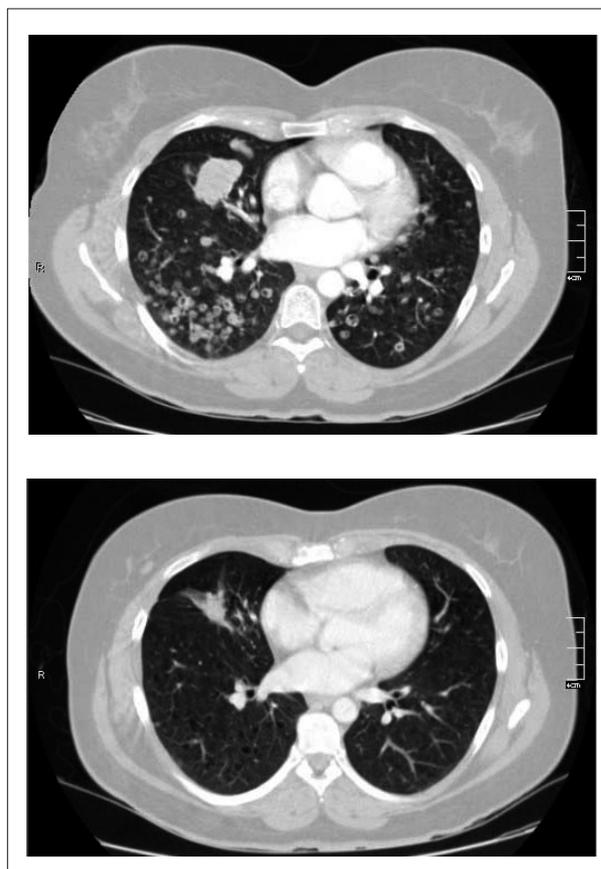
P-88

ELEVADA EFICACIA DE PACLITAXEL SEMANAL (PAC-S) EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULA NO PEQUEÑA CON EGFR MUTADO (CPNCP EGFRM) CON RESISTENCIA ADQUIRIDA A INHIBIDORES DE TIROSINA QUINASA (EGFR TKI)

Maria Jové Casulleras, Ramón Palmero Sánchez, Valentí Navarro Sánchez, Maria Plana Serrahima, Elisenda Llabrès Valentí, Cinta Hierro Carbó, Alejo Rodríguez-Vida Vida, Isabel Brao Pérez, Núria Codorniu Zamora, Felipe Cardenal Alemany.

Introducción: La mayoría de pacientes (p) con CPN-CP EGFRm desarrollan resistencia adquirida tras un beneficio inicial a EGFR TKI. No se ha establecido un tratamiento estándar en esta situación. Se ha observado un sinergismo entre paclitaxel y los EGFR TKIs en modelos preclínicos (Mumenthaler et al, Mol Pharm 2011) pero se desconoce qué papel tiene el PAC-S en este escenario clínico.

Materiales: Revisión retrospectiva de los p con CP-NCP avanzado con EGFRm tratados con PAC-S en



Resultados: Cinco p fueron tratados de Mayo 2010 a Enero 2012. Todos eran adenocarcinoma, 2 con delección del exón 19 y 3 con mutación del exón 21. Cuatro eran mujeres, 4 no fumadores y todos con buen estado general (ECOG/PS 0-1). PAC-S se administró como 3ª a 6ª línea (L). Se observó una respuesta completa (RC) (3ªL) y 3 respuestas parciales (RP) con regresiones tumorales de 83% (6ªL), 43,4% (5aL) y 41,3% (4aL). Un p tenía enfermedad no valorable (5ªL). Todos los p han progresado a PAC-S y 2 están vivos en el momento del análisis. Los resultados fueron [media (rango)]: duración del tratamiento [21s (5-43s)], supervivencia libre de progresión [4,8 meses (m) (1-10m)] y supervivencia global [8,2m (1-21m)].

Conclusiones: PAC-S podría ser un tratamiento efectivo en p con CPNCP EGFRm con resistencia adquirida a TKI. Esta observación clínica preliminar sugiere que paclitaxel debería ser investigado en este subgrupo.

P-89

ERLOTINIB (E) COMO TRATAMIENTO DE SEGUNDA LÍNEA DE PACIENTES (P) CON CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULA NO PEQUEÑA (CPCNP) AVANZADO CON HISTOLOGÍA NO ESCAMOSA: UN ESTUDIO DEL GRUPO GALEGO DE CANCRO DE PULMÓN (GGCP 041/09)

Sergio Vázquez, María José Villanueva, José Luis Fírvida, Martín Lázaro, Silvia Varela, Gerardo Huidobro, Ovidio Fernández, Begoña Campos, Joaquín Casal, Carmen Areses.

Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo; Servicio de Oncología Médica, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo; Servicio de Oncología Médica, Complejo Hospitalario de Ourense, Ourense.

Introducción: El estudio TRUST corrobora la eficacia de E en p con CPCNP avanzado tras fracaso a una 1L y confirma que los beneficios de E se extienden a un amplio grupo de p, independientemente de sus características clínicas. Además, los datos recién publicados del estudio TITAN, sugieren que E cuenta con una eficacia similar a la de la quimioterapia, presentando un perfil de toxicidad más favorable y proporcionando una mejor calidad de vida. El GGCP ha estudiado la eficacia de E en 2L en p con CPCNP no escamoso avanzado en un escenario de práctica clínica habitual.

Materiales: P con CPCNP no escamoso avanzado recibieron E a dosis 150 mg/día como tratamiento de 2L hasta PE o la aparición de toxicidad inaceptable. Se determinó el estado mutacional de EGFR de forma retrospectiva.

Resultados: Características basales (44 p): 62 años de mediana de edad (rango:38-83); 80% hombres; 75% adenocarcinomas; 91% estadio IV; 75% PS 0-1; 34/39% fumadores/exfumadores. Se analizó la mutación de EGFR en 24 p (53%): 2 p EGFR positivos (8%). Mediana de SLP obtenida: 3,3 meses (m) y mediana de SG: 10 m. Entre los p sin mutación de EGFR, E proporcionó una mediana de SLP de 2,6 m y de SG de 8,1 m. Se observó una Tasa de Control de la Enfermedad del 44,4%. Ningún caso de toxicidad inesperada. 60% de los p experimentaron toxicidad cutánea (6,6% grado 3-4), 22,2% astenia (4,4% grado 3-4) y 17,8% diarrea (2,2% grado 3-4). 3 p abandonaron el tratamiento debido a toxicidad.

Conclusiones: Estos resultados obtenidos en una población no seleccionada con CPCNP no escamoso avanzado confirman que E es eficaz y bien tolerado como tratamiento de 2L en condiciones de práctica clínica habitual. La ausencia de mutación de EGFR no excluye el beneficio de E.

P-90

ERLOTINIB COMO TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA DE PACIENTES ANCIANOS CON CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO (CPNM) NO ESCAMOSO AVANZADO: UN ESTUDIO DEL GRUPO GALEGO DE CANCRO DE PULMÓN (ESTUDIO GGCP 044/09)

José Luis Fírvida, Sergio Vázquez, Joaquín Casal, Miguel Alonso, Silvia Varela, María José Villanueva, Francisco Javier Afonso, Martín Lázaro, Carmen Areses, Begoña Campos.

Servicio de Oncología Médica, Complejo Hospitalario de Ourense, Ourense; Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo; Servicio de Oncología Médica, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo.

Introducción: El CPNM se diagnostica principalmente en personas ancianas (mediana de edad de unos 70 años). Algunas guías señalan que estos pacientes (p) deben recibir un solo agente de 3ª generación. Erlotinib (E) es un EGFR-TKI oral que ofrece beneficios en supervivencia en el tratamiento de CPNM avanzado, con un buen perfil de seguridad. Este estudio gallego evalúa la eficacia y seguridad de E en 1L de tratamiento en ancianos con CPNM avanzado e histología no escamosa.

Materiales: Pacientes \geq 70 años, con CPNM no escamoso, estadio IIIB/IV, fueron incluidos en el estudio tras firmar un consentimiento informado. Los p fueron tratados con E 150 mg/día p.o. hasta PE o toxicidad intolerable. El objetivo primario, SLP, se midió desde el diagnóstico.

Resultados: Características de 31 p reclutados: mediana de edad 78 años (rango: 70-85); 67.7% mujeres; 93.5% adenocarcinoma (incluyendo BAC); 84% estadio IV; 48.4% PS 2. La mediana de SLP analizada: 6.4 meses (m) y mediana de SG: 9,9 m. Entre los 26 p evaluables se observó una Tasa de Respuesta del 30.8% y Tasa de Control de la Enfermedad del 61.6%. Acontecimientos adversos más frecuentes: rash cutáneo, 38.7% (9.6% grado 3/4) y diarrea: 25.8% (3.2% grado 3/4). 5 p redujeron dosis y 3 p abandonaron el tratamiento debido a toxicidad. La mutación de EGFR estuvo disponible en 10 p (32.2%), de los cuales 4 presentaban mutaciones activadoras. SLP para estos p: 31 (continúa en tratamiento), 22.4 (continúa en tratamiento), 13.6 y 9.8 m.

Conclusiones: Estos resultados sugieren que E en monoterapia es eficaz y bien tolerado en ancianos con CPNM avanzado no escamoso. La mediana de SG es destacable, ya que la mitad de los p tenían un PS 2. Se recomienda el análisis de la mutación de EGFR también en ancianos.

SNC

P-91

ANÁLISIS DE DOS SERIES CONSECUTIVAS DE PACIENTES (PTS) CON GLIOMAS DE ALTO GRADO (GAG) IRRESECABLES TRATADOS CON O SIN QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE ANTES DE LA QUIMIORADIOTERAPIA ESTÁNDAR (QRT) Y TEMOZOLAMIDA (TMZ) ADYUVANTE

Sara Cros, Laia Capdevila, Nuria Pardo, Jose Luis Cuadra, Olatz Etxaniz, Carme Balañá.

Introducción: El tratamiento estándar de los GAG se basa en la QRT con TMZ. La neoadyuvancia ha sido estudiada en series cortas por lo que no es un estándar de tratamiento.

Materiales: Se analizaron retrospectivamente dos series consecutivas de pts afectados de GAG no resecables unos tratados con quimioterapia neoadyuvante (TMZ y cisplatino) antes del 2005 y los posteriores a dicha fecha tratados con TMZ concurrente y adyuvante a la radioterapia.

Resultados: Se seleccionaron 46pts diagnosticados entre agosto de 2003 y octubre de 2010. 23pts recibieron tratamiento neoadyuvante con TMZ (200mg/m²/x 5d) y cisplatino (75mg/m²) seguido de radioterapia, 60 Gy-6s (grupo NA), y los 23pts restantes recibieron el tratamiento estándar con TMZ concomitante a 60

Gy de radioterapia-6s y TMZ adyuvante (grupo QRT). En el grupo NA, el 87% de los pts eran mayores de 50 años, el 43,5% eran hombres, el 65,2% tenían performance status (PS) <2 y se objetivó un índice de Barthel <70 en el 38,4%. Histología: 78,3% fueron glioblastomas (GB). 30,4% de los pacientes tenían lesiones multifocales y el 43,5% habían presentado crisis convulsivas en el diagnóstico. 95,7% de los pts requerían dexametasona. En el grupo de QRT, el 91,3% de los pts eran mayores de 50 años, 78,3% eran hombres, el PS fue <2 en el 60,9% y el índice de Barthel <70 en el 21,7% de los casos. Histología: el 69,6% eran GB, 26,1% pacientes con lesiones multifocales y el 26,1% habían presentado crisis convulsivas en el diagnóstico. 87% de los pts requerían dexametasona. Todos los factores se distribuyeron uniformemente en los dos grupos. 82,6% de los pts completaron la radioterapia programada en el grupo de NA frente a un 91,3% en el grupo de QRT (p = 0,66). PFS fue de 2,9 meses (m) (IC 95%: 0,5 - 5,5) en el grupo de NA en comparación con 5,1m (IC 95%: 3,1 a 7,1) en el grupo QRT (p = 0,62), la SG fue 8,5m (IC 95%: 4,0 a 12,9) frente a 8,2m (IC 95%: 1,2 a 15,2), respectivamente (p = 0,45).

Conclusiones: No se encontraron diferencias ni en la SLP ni en SG entre los dos grupos de tratamiento. La administración de tratamiento neoadyuvante no demostró un impacto negativo en el porcentaje de pts que completaron el tratamiento radioterápico. Estos resultados proporcionan una base para justificar la realización de ensayos clínicos en este contexto con nuevas drogas antes del tratamiento de radioterapia.

Cabeza y Cuello

P-92

SEGUNDOS TUMORES PRIMARIOS EN PACIENTES CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

Beatriz Cirauqui Cirauqui*, Mireia Margelí Vila*, Vanesa Quiroga García*, Laia Capdevila Riera*, Sara Cros Costa*, Nuria Pardo Aranda*, José Luis Cuadra Urteaga*, Isabel Planas Toledano**, Joan Vergés Bueno***, Carlos Pollán Guisasola***.

* Servicio de Oncología Médica. ICO Badalona. Hospital Germans Trias i Pujol. ** Servicio de Oncología Radioterápica. ICO Badalona. Hospital Germans Trias i Pujol. *** Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona.

Introducción: Los segundos tumores primarios (STP) son un problema frecuente en los pacientes con

cáncer de cabeza y cuello. El objetivo de esta revisión es intentar evaluar su frecuencia en una cohorte de pacientes tratados en nuestro centro.

Materiales: Hemos analizado de forma retrospectiva un registro de 464 pacientes tratados en el servicio de Oncología Médica de nuestro centro entre los años 2004 y 2011, y hemos seleccionado los pacientes que tenían un antecedente de neoplasia previo al diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello o que había presentado un STP sincrónico o metacrónico.

Resultados: 68 de los 464 pacientes presentaron un STP (14,65%), y un total de 84 neoplasias diferentes. 54 (79,4%), 13 (19,12%) y 1 (1,47%) pacientes desarrollaron un único, dos y tres nuevos tumores, respectivamente. El carcinoma escamoso de pulmón es la neoplasia más frecuente (35,7%) seguido de un segundo tumor de cabeza y cuello (21,4%) y del adenocarcinoma colorrectal (7,1%), el carcinoma escamoso de esófago (5,9%) y la neoplasia de vejiga (4,8%). El 54,4% de los pacientes desarrollaron el STP de forma metacrónica, el 23,5% tenía el antecedente al diagnóstico, 14,7% fue de forma sincrónica y un 7,4% lo tuvieron antes y después del diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello. Un 23,8% debutaron con metástasis a distancia. La mediana de supervivencia global desde el diagnóstico del cáncer de cabeza y cuello es de 63 meses. No hay diferencias significativas en función de la cronología del segundo tumor. Si analizamos la causa de la muerte de los 29 pacientes fallecidos, un 72,4% se debe al STP, un 17,3% al cáncer de cabeza y cuello y un 10,3% a otras causas.

Conclusiones: Nuestros datos confirman que los pacientes con tumores de cabeza y cuello desarrollan otras neoplasias primarias con frecuencia y que éstas son las responsables de su muerte en un porcentaje elevado.

P-93

SITUACIÓN ACTUAL DEL TRATAMIENTO DE PRESERVACIÓN DE LARINGE EN ESPAÑA. ANÁLISIS DE LAS DESVIACIONES DE PROTOCOLO DEL PRIMER ESTUDIO ESPAÑOL DE PRESERVACIÓN DE LA LARINGE (TTCC 2007-02)

Ricard Mesía (1), Silvia Vázquez Fernández (2), Juan José Grau (3), Miguel Pastor (4), Javier Martínez Trufero (5), Joaquina Martínez Galán (6), Julio Lambea (7), Sergio Vázquez (8), Elvira del Barco (9), José Ángel García Sáenz (10).

(1) Servicio Oncología Médica, ICO-L'Hospitalet, Barcelona; (2) Servicio Oncología Médica, ICO-L'Hospitalet, Barcelona; (3) Servicio Oncología Médica, Hospital

Clinic i Provincial, Barcelona; (4) Servicio Oncología Médica, Hospital universitario La Fe, Valencia; (5) Servicio Oncología Médica, Hospital Miguel Server, Zaragoza; (6) Servicio Oncología Médica, Hospital Virgen de las Nieves, Granada; (7) Servicio Oncología Médica, Hospital Clínico Universitario, Zaragoza; (8) Servicio Oncología Médica, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo; (9) Servicio Oncología Médica, Hospital universitario de Salamanca; (10) Servicio Oncología Médica, Hospital universitario San Carlos, Madrid.

Introducción: El tratamiento conservador de la laringe sigue siendo una opción poco utilizada en España. Exige una gran coordinación multidisciplinar, en pts con elevada comorbilidad asociada, pero puede evitar una laringectomía total (LT). Analizamos las desviaciones de protocolo observadas en el primer estudio español de preservación de laringe en hospitales con experiencia previa.

Materiales: Quince hospitales participaron entre 10/08 y 2/11 en un estudio fase II de preservación de laringe. Se incluyeron 94 pts estadios III-IVA candidatos a LT. Protocolo: 3 ciclos de quimioterapia de inducción (TPF): los pts con respuesta de T (laringoscopia + TC/RM cervical) seguían con radioterapia (RT) y cetuximab. Los pts sin respuesta de T recibían LT. Todos los parámetros de inclusión/exclusión, tiempos de evaluación de la respuesta y esquema y tiempos de tratamiento estaban detallados en el protocolo del estudio. Se han analizado las desviaciones mayores reportadas por cada centro y se han catalogado en graves, moderadas o leves según como hayan podido afectar al resultado final del tratamiento.

Resultados: Se reportaron 78 desviaciones mayores del protocolo, en un total de 48 pts (51% del total): 28 pts con 1 sola desviación, 7 con 2, 7 con 3, 4 con 4 y 2 con 5. Tipos de desviaciones: incumplimiento criterios inclusión: 20 (25,5%); incumplimiento criterios exclusión: 2 (2,5%); incumplimiento en el tiempo de las evaluaciones: 19 (24%); falta coordinación OM-ORT: 16 (20,5%); administración no adecuada de cetuximab: 7 (9%); dosis/tiempos RT: 13 (16,5%); vaciamiento cervical fuera de tiempo: 1 (1%). Desviaciones graves: 27 (35%); moderadas: 31 (40%); leves: 20 (26%).

Conclusiones: A pesar de seguir un protocolo establecido, se produjeron demasiadas desviaciones en diferentes aspectos del mismo. Son especialmente preocupantes el 35% de desviaciones que pueden influir en el resultado final del tratamiento y por tanto debe ser motivo de una reflexión multidisciplinar.

P-94

EVALUACIÓN DE TOXICIDAD EN CARCINOMA NASOFARÍNGEO LOCALMENTE AVANZADO (CNLA) TRATADO CON QUIMIOTERAPIA (RTQT) CON O SIN QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE (NEOQT) O ADYUVANTE (ADYQT) EN EL HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA

Carlos Robles Barraza, Alejandro Falcón, Manuel Chaves - Conde, María Jose De Miguel, Elena Díaz, Iker López, Isabel Tirado, Jose Antonio Moreno - Nogueira. *Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.*

Introducción: La RTQT basada en CDDP con o sin AdyQT con CDDP y 5FU es el tratamiento estándar del CNLA al demostrarse beneficio en supervivencia global (SG). Existen series que usan NeoQT con resultados prometedores. El objetivo del análisis de esta serie de pacientes es conocer la toxicidad y cumplimiento de estos tratamientos así como los resultados de supervivencia.

Materiales: Recogida de datos de 17 pacientes tratados entre Marzo/2009 y Mayo/2012 por CNLA con RTQT (CDDP 100 mg/m² trisemanal por 3 ciclos más 3D RT 70 Gy en tumor y N afectos y 50 Gy en otros campos) con o sin NeoQT o AdyQT (CDDP 80 mg/m² y 5FU 4000 mg/m² en infusión continua por 4 días cada 28 días por 3 ciclos).

Resultados: Mediana edad 51 años. Histología tumoral: carcinoma no queratinizante indiferenciado 82.4% y escamoso queratinizante 11.8%. Estadio III y IV (a y b) 64.7% y estadio II 29.4%. Recibieron RTQT 26.6%, RTQT seguida AdyQT 40% y NeoQT seguida RTQT 33.3%. Tras mediana de seguimiento de 8 meses no se ha alcanzado la mediana de supervivencia libre de progresión ni de SG. Toxicidad III/IV con RTQT 84.6% a expensas de mucositis 61.5%, neutropenia 15.4%, hipoacusia 7.7%, tinnitus 23.5% y neurotoxicidad 23.5%. Todos los pacientes con NeoQT completaron la neoadyuvancia mientras que, debido a la toxicidad, sólo completaron la adyuvancia el 50%. Toxicidad grado III y IV NeoQT 20% (1 de 5 pacientes). Con la AdyQT la toxicidad III/IV fue 83.3% (5/6 pacientes).

Conclusiones: La toxicidad durante la RTQT y en los que recibieron AdyQT fue mayor en nuestra serie que en estudios previos. El 50% en el grupo de AdyQT no la completaron, mientras que los tratados con NeoQT si recibieron las dosis apropiadas. Sería necesario estudiar más pacientes y durante más tiempo para conocer el posible impacto de la toxicidad limitante de dosis en la supervivencia libre de enfermedad y supervivencia global.

Mama

P-95

IMPACTO DE LA INTENSIDAD DE DOSIS DE QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE SOBRE LA PROBABILIDAD DE RESPUESTA PATOLÓGICA COMPLETA Y SUPERVIVENCIA LIBRE DE RECAÍDA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

Alejandra Armengol, Ana Arance, Marc Campayo, Xavier González-Farré, Luis Feliz, Veronica Pereira, Martín Velasco, Adriana García, Pedro L. Fernández, Montserrat Muñoz.

Servicio de Oncología Médica. Departamento de Radiodiagnóstico. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: El término de intensidad de dosis de quimioterapia se define como la cantidad en miligramos de fármaco recibida por área de superficie corporal por unidad de tiempo. Existen varios estudios en cáncer de mama en el escenario adyuvante y neoadyuvante donde se señala que la intensidad de dosis reducida (CMF, antraciclinas y/o taxanos) es un factor asociado a incremento en las recaídas y menor supervivencia cáncer específica. En los esquemas secuenciales de antraciclenos y taxanos que constituyen actualmente el estándar de tratamiento neoadyuvante se ha observado mayor eficacia y respuesta al iniciar con taxanos, sin embargo en algunos otros estudios no se observa mayor eficacia o respuesta patológica completa (pCR). Objetivos Valorar el impacto de la reducción de dosis de antraciclinas y taxanos en la obtención de respuesta completa patológica al tratamiento neoadyuvante y a sobre la supervivencia libre de recaída.

Materiales: Estudio retrospectivo de 108 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama infiltrante (CMI) tratadas con quimioterapia neoadyuvante basada en antraciclinas + taxanos ± trastuzumab. Los objetivos del estudio fueron:

- 1) Determinar el impacto de la intensidad de dosis de quimioterapia (IDQ) sobre la probabilidad de pCR y la recidiva local y sistémica. Definimos pCR como ausencia de carcinoma infiltrante en la mama y los ganglios axilares resecaados.
- 2) Relacionar la secuencia de quimioterapia recibida (antraciclinas à taxanos vs taxanos à antraciclinas) con la IDQ y la existencia de pCR.

La intensidad de dosis relativa (IDR) fue calculada de forma separada para cada uno de los fármacos de acuerdo a la formula descrita por Hryniuk (dosis administrada mgs x m² SC / semanas de administración)

/ (dosis teórica mgs x m2 SC/ semanas teóricas de administración). Finalmente se procedió a la suma de las IRD de cada droga para el cálculo de la intensidad total de dosis recibida considerando ambos esquemas.

Resultados: De Abril del 2004 a octubre del 2011 un total de 108 pacientes recibieron quimioterapia neoadyuvante en el Hospital Clínic de Barcelona. El esquema de antraciclinas más frecuente fue Epirubicina 90 mg/m² Ciclofosfamida 600/m² x 4 y el de taxanos Docetaxel 100 mg/m² x 4. La mediana de edad al diagnóstico fue de 47 años (41-57 años). Al diagnóstico 59 pacientes (54.6%) eran premenopáusicas y 49 (45.4%) postmenopáusicas. Todas las pacientes tenían un estado funcional por ECOG entre 0 y 1. El estadio clínico basal TNM fue: 31 (28,7%) IIA, 41 (38%) IIB, 21 (19.4%) IIIA, 13 (12%) IIIB y 2 (1.9%) IIIC. La mediana de tamaño tumoral al diagnóstico fue de 41 mm. La mayoría de pacientes presentaban un carcinoma ductal 97 (96.3%) seguido de lobulillar 3 (3.7%). Sesenta y cuatro pacientes (59,3%) tenían tumores grado histológico (GH) 2/3 y 34 pacientes (31.5%) GH 3/3. En 64,8% se detectaron receptores hormonales positivos (estrógenos y/o progesterona) y negativos (ambos) en el 35.2%. HER2 se encontraba sobreexpresado en el 31.5%. La frecuencia de pacientes sin expresión de receptores hormonales ni HER2 (triple negativo) fue de 22.2%. La IDQ para antraciclenos fue ≥85% en 86 pacientes (79.6%) entre 65-84% en 16 (14.8 %) y <65% en 6 (5.5%). Se presentaron 6, 3 y 3 recaídas respectivamente. (log rank .004). La IDQ para taxanos fue ≥85% en 79 pacientes (73.1%) entre 65-84% en 20 (18.5%) y <65% en 9 (8.3%). La intensidad de dosis de taxanos fue menor a la de antraciclenos (p=0.005) La IDQ total fué ≥85% en 97 pacientes (89.9%) entre 65-84% en 7 (6.4 %) y <65% en 4 (3.7%) Se presentaron 9, 0 y 3 recaídas respectivamente. (log rank <0.001). Se observó pCR en el grupo IDQ ≥85% en 29 pacientes (27.6%), IDQ 65-84% 10 (9.5%) y IDQ <65% 1 (0.9%) (p=0.015). Las pacientes que recibieron quimioterapia secuencial con antraciclenos a taxanos fueron 90 (83.35%) vs taxanos a antraciclenos 15(13.9%), no se encontraron diferencias en la IDQ recibida para antraciclinas, taxanos o ambos (p=0.388, p=0.224 y p=0.193) respectivamente, tampoco se encontraron diferencias en la frecuencia de pCR (p=0.388) ó recaídas (log rank .866).

Conclusiones: En el presente estudio confirmamos lo reportado previamente en la literatura, la disminución en la intensidad de dosis recibida de cualquiera de los dos farmacos (antraciclinas y/o taxanos) se asocia proporcionalmente con menor supervivencia libre de

enfermedad y con menor probabilidad de pCR. En esta serie no se observa diferencias en la supervivencia libre de recurrencia o pCR asociadas al orden de inicio de los fármacos de la quimioterapia secuencial.

P-96

PROLIFERACIÓN CELULAR DETERMINADA POR KI67 Y RESPUESTA COMPLETA PATOLÓGICA (RCP) EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA LOCAL AVANZADO (CMLA) TRATADAS CON QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE

Alfonso Sánchez Muñoz (1), M^aYéssica Plata Fernández (2), Ana María Jaén Morago (2), María Lomas Garrido (2), Margarita Fernández Morales (2), Casilda Llácer (1), Mónica Fernández (2), Nuria Ribelles (1), Emilio Alba Conejo (1), Pedro Sánchez Rovira (2).

(1) Servicio de Oncología Médica del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria de Málaga; (2) Servicio de Oncología Médica del Complejo hospitalario de Jaén.

Introducción: El papel del biomarcador de proliferación Ki67 como factor predictivo de respuesta completa patológica (RCp) a la quimioterapia neoadyuvante (QN) en pacientes con cáncer de mama es menos claro en comparación al tratamiento hormonal neoadyuvante. Estudiamos el papel de Ki67 medido por inmunohistoquímica (IHQ) como factor predictivo de la RCp a la QN.

Materiales: Desde mayo de 2002 a junio de 2005, 127 pacientes con cáncer de mama estadios II-III, incluidos tumores inflamatorios, fueron tratadas con uno de los dos esquemas de dosis densa de QN cada dos semanas como parte de dos ensayos clínicos prospectivos. Esquema A: adriamicina 40 mg/m² día 1 seguido de paclitaxel 150 mg/m²-gemcitabina 2000 mg/m² día 2 durante seis ciclos (n=54);

Esquema B: epirubicina 90 mg/m² más ciclofosfamida 600mg/m² día1 por tres ciclos, seguido de paclitaxel (P) 150 mg/m²-gemcitabina (G) 2500 mg/m² día 1 +/- trastuzumab 2mg/Kg/sem según estado HER2 (n=73). En el primer estudio las pacientes no recibieron trastuzumab independiente de la expresión Her2 en el tumor (n=18 Her2 positivos). Ki67 fue evaluado mediante IHQ (Master Diagnostica clon SP6). Los tumores con Ki67 ≥20 % fueron considerados con una alta tasa proliferativa. Mediana de edad de las pacientes 48 años. El 31 % eran tumores Her2 positivos, el 34 % eran receptores hormonales (RH) negativos, el 46 % grado III y el 47 % tenían Ki67 alto. La RCp definida como ausencia de células tumorales

en el tejido mamario y ganglios linfáticos, se obtuvo en 35 pacientes (28%). Para analizar la asociación de cada variable clínica con la RCp se realizó un análisis univariante seguido de un análisis multivariante.

Resultados: Una alta tasa de proliferación celular medida por Ki67 fue el principal factor predictivo de RCp a la QN. En el análisis univariante el grado histológico ($p=0.001$), RH ($p=0.001$), Ki67 ($p=0.001$) y p53 ($p=0.001$) se asociaron significativamente con la RCp. El análisis multivariante mostró que únicamente un Ki67 elevado ($p=0.02$; OR=5.5 CI95% 1.2-18) y los RH ($p=0.045$; OR=0.25 CI95% 0.05-0.97) fueron factores predictivos de RCp.

Conclusiones: La alta tasa de proliferación determinada por ki67 fue un factor predictivo independiente de RCp a la QN en pacientes con CMLA.

P-97

DATOS INTERMEDIOS DE SEGURIDAD DEL ESTUDIO ALEATORIZADO, FASE III, QUE EVALÚA LA ADICIÓN DE BEVACIZUMAB A LA TERAPIA ENDOCRINA COMO TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA EN CÁNCER DE MAMA AVANZADO. ESTUDIO LEA (GEICAM/2006-11/GBG 051)

Juan De la Haba Rodríguez (1), Miguel Martín (2), Serafín Morales (3), Carmen Crespo (4), Antonio Antón (5), Angel Guerrero (6), Monserrat Muñoz (7), José Angel García-Saenz (8), Miguel Gil (9), Manuel Ramos (10).

1) Servicio de oncología médica. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba; (2) Servicio de oncología médica. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, Madrid. (3) Servicio de oncología médica. Hospital Arnau de Vilanova, Lleida; (4) Servicio de oncología médica. Hospital U. Ramón y Cajal, Madrid; (5) Servicio de oncología médica. Hospital U. Miguel Servet, Zaragoza; (6) Servicio de oncología médica. Instituto Valenciano de Oncología, Valencia; (7) Servicio de oncología médica. Hospital Clinic i Provincial, Barcelona; (8) Servicio de oncología médica. Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid; (9) Servicio de oncología médica. Instituto Catalán de Oncología l'Hospitalet, Barcelona; (10) Servicio de oncología médica. Centro Oncológico de Galicia, A Coruña. En representación del Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama (GEICAM).

Introducción: El estudio LEA, es un Fase III, randomizado, abierto, que combina bevacizumab (Bvz) al tratamiento endocrino (TE) en primera línea metastásica. Tiene en cuenta la hipótesis de que el trata-

miento anti-VEGF puede prevenir la resistencia a la TE en pacientes (pac) hormono sensibles con cáncer de mama avanzado. El objetivo principal es comparar la supervivencia libre de progresión (SLP) entre ambos brazos. Los objetivos secundarios son supervivencia global, tiempo a fallo de tratamiento, tasa de respuesta global, duración de la respuesta, tasa de beneficio clínico y seguridad.

Materiales: Se incluyeron pac postmenopáusicas con cáncer de mama avanzado, HER2 negativo y receptor estrogénico y/o progestágeno positivo, candidatas a tratamiento hormonal. Se randomizaron a recibir TE: letrozol 2.5 mg diario o fulvestrant 250 mg cada 4 semanas (Brazo A) o TE más Bvz 15mg/kg cada 3 semanas (Brazo B). Se requerían 344 pac evaluables, asumiendo un hazard ratio de 0.69 (9 meses en el Brazo A vs 13 en el Brazo B) con $1-\beta=80\%$, $\alpha=0.05$, y usando test log-rank para la comparación de supervivencia. El reclutamiento finalizó en septiembre de 2011 con 380 pac. El análisis de eficacia se realizará al alcanzar 270 eventos.

Resultados: Las características basales entre ambos brazos de tratamiento están bien balanceadas, la mediana de edad fue de 65 años, 27% tenían metástasis viscerales y 36% recibieron inhibidor de aromataza previo. 110 pac continúan en tratamiento. Con datos de seguridad de 335 pac, se reportaron 58 acontecimientos adversos graves en 46 pac, 44 de ellos en el Brazo B, de las cuales 7 fallecieron (2 eventos tromboembólicos; hipertensión, insuficiencia cardíaca; muerte súbita; insuficiencia hepática e infarto cerebral), 2 se relacionaron con Bvz por el investigador. Los principales efectos secundarios de cualquier grado en el Brazo B vs el A fueron anemia 76% vs 44%, p.

Conclusiones: LEA es el primer estudio que investiga el uso de un antiangiogénico en combinación con TE. Los principales efectos secundarios fueron grado 1-2. En el congreso se presentarán los datos finales de seguridad.

P-98

¿ES REALMENTE NECESARIA RADIOTERAPIA TRAS MASTECTOMÍA EN CÁNCER DE MAMA QUE YA HA RECIBIDO QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE?

Rosa María Rodríguez-Alonso, María Teresa Cano Osuna, Gema Pulido Córdijo, Ignacio Porras Quintela, Pedro Sánchez Mauriño, Alberto Moreno Vega, Jerónimo Jiménez Castro, María José Ortiz-Morales, Enrique Aranda Aguilar, Juan de la Haba Rodríguez. Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: El papel de la radioterapia adyuvante (RTA), después de la mastectomía en pacientes que han recibido tratamiento neoadyuvante es controvertido y no se ha demostrado beneficio en los ensayos clínicos aleatorizados. Por otro lado, la baja tasa de recidiva local y a distancia tras la respuesta patológica completa (RPC) cuestionan el valor del control local de la enfermedad. Objetivo: Analizar la tasa y el perfil de recurrencia en pacientes con cáncer de mama que recibieron quimioterapia neoadyuvante seguida de mastectomía, con/sin radioterapia.

Materiales: Se han seleccionado 171 pacientes del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Reina Sofía, que han recibido quimioterapia neoadyuvante entre 1997 y 2010. 36 pacientes no recibieron tratamiento con radioterapia tras la mastectomía. Exponemos las características clínicopatológicas de las pacientes y su evolución.

Resultados: La edad media es 53 años, el 100% son estadio II y III (55,6% y 44,4%), con histología ductal infiltrante el 88,9% y tumores pobremente diferenciados el 44,4%. En cuanto a perfil de expresión, 58,3% son receptores hormonales positivos, sobreexpresan Her-2 el 33,3% y el 21% son triple negativas. La tasa de respuesta patológica completa es del 41,7%. Con una mediana de seguimiento de 19,92 meses (DS: 13,9), hemos encontrado solo una progresión a nivel hepático. Hasta el momento no se ha registrado ninguna recidiva local.

Conclusiones: Basados en nuestra experiencia y la falta de evidencia significativa que apoye la radioterapia para estas pacientes, creemos que el tratamiento con radioterapia tras quimioterapia neoadyuvante debería individualizarse en función de las características clínicas y biológicas de cada paciente; a la espera de estudios prospectivos que aporten datos concluyentes.

P-99

ANÁLISIS FINAL DE SEGURIDAD DE UN ENSAYO CLÍNICO RANDOMIZADO FASE III (CIBOMA/2004-01_GEICAM/2003-11) QUE EVALÚA LA TERAPIA DE MANTENIMIENTO ADYUVANTE CON CAPECITABINA DESPUÉS DE QUIMIOTERAPIA ESTÁNDAR EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA TRIPLE NEGATIVO EN ESTADIO PRECOZ

Ana Lluch Hernández (1), Manuel Ruiz-Borrego (2), Carlos Henrique Barrios (3), José Bines (4), Laura Torrecillas (5), José Getulio Martins Segalla (6), Amparo Ruiz (7), José Angel García-Saenz (8), Roberto Torres (9), Miguel Martín (10).

(1) Hospital Clínico Universitario de Valencia, España; (2) Hospital Universitario Virgen del Rocío, España; (3) Hospital Sao Lucas da PUCRS, Brasil; (4) Instituto Nacional do Cancer, Brasil; (5) CMN 20 de Noviembre ISSSTE, México; (6) Hospital Amaral Carvalho, Brasil; (7) Instituto Valenciano de Oncología, España; (8) Hospital Clínico San Carlos, España; (9) Instituto Nacional del Cáncer, Chile; (10) Hospital General Universitario Gregorio Marañón, España; En representación de la Coalición Iberoamericana de Investigación en Oncología Mamaria (CIBOMA) y del Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama (GEICAM).

Introducción: CIBOMA/2004-01_GEICAM/2003-11 es un ensayo clínico fase III randomizado, multicéntrico, internacional que evalúa la eficacia de la terapia de mantenimiento adyuvante con capecitabina (C) tras quimioterapia (neo)adyuvante en pacientes (pacs) con cáncer de mama triple negativo en estadio precoz.

Materiales: Pacs con cáncer de mama operable, ganglios positivos (o negativos con un tamaño de tumor ≥ 1 cm), receptores hormonales negativos y HER2 negativo (confirmados por laboratorio central) que han recibido quimioterapia con antraciclinas y/o taxanos en el contexto (neo)adyuvante, se randomizan a recibir 8 ciclos de C (1.000 mg/m² dos veces al día durante 14 días, cada tres semanas) (Brazo A) frente a observación (Brazo B). El objetivo principal es la Supervivencia Libre de Enfermedad (SLE). Asumiendo un 30% en la reducción de riesgos en la SLE a 5 años (de 64,7% a 73,7%, HR de 0,701) con una potencia del 80% y un nivel de significación bilateral del 0,05, se necesitaban 834 pacs evaluables; considerando un 5% de pérdidas, se han incluido 876 pacs. El reclutamiento se completó en septiembre de 2011. El análisis de eficacia se desencadenará con 255 eventos.

Resultados: Se reportan los datos de seguridad de 865 pacs (442 en el Brazo A y 423 en el Brazo B). Las características basales están bien balanceadas entre los brazos (ver tabla 1). Se administraron 3.014 ciclos de C (mediana 8, rango 1-8); 75,6% de las pacs concluyeron los 8 ciclos propuestos. La mediana de la intensidad relativa de dosis fue del 86,5%. Las toxicidades grado 3/4 más comunes fueron: síndrome mano-pie (Grado 3 18,6%), diarrea (3,5%), fatiga (3,0%), amenorrea (2,6%) y neutropenia (1,9%).

Conclusiones: El perfil de seguridad de C como terapia de mantenimiento adyuvante es consistente con el perfil de toxicidad conocido hasta el momento.

Tabla 1

	Brazo A C (n=442)	Brazo B Observación (n=423)
Mediana Edad, años	51	49
Fenotipo Basal, %	71,3	72,8
Histología, %		
Ductal	88,5	86,5
Lobular	2,0	2,4
Otro	9,5	10,9
Desconocido	0,0	0,2
Grado, %		
1	2,9	2,8
2	18,6	19,0
3	72,4	70,2
Desconocido	6,1	8,0
Quimioterapia recibida, %		
Sólo adyuvante	79,4	82,5
Sólo neoadyuvante	15,8	14,9
Adyuvante + Neoadyuvante	4,3	2,6
Desconocido	0,5	0,0
Post-menopáusica, %	69,9	67,4
Quimioterapia estándar previa, %		
Antraciclina sin taxanos	32,1	31,9
Antraciclina y taxanos	67,9	68,1

P-100

EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA PROGRAMADA DURANTE LA QUIMIOTERAPIA DEL CÁNCER DE MAMA: RESULTADOS FINALES DE UN ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO

Sara Estalella Mendoza, Macarena González Guerrero, Petra Rosado Varela, María del Carmen Moreno Carval, Cristina Cortés Carmona, Lourdes Solana Grimaldi, Patricia Ramírez Daffós, Esperanza Arriola Arellano, Encarnación Benítez Rodríguez*, José Manuel Baena Cañada.

*Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz; *Registro Provincial del Cáncer, Cádiz.*

Introducción: Atención enfermera y uso de recursos asistenciales son elementos esenciales durante la provisión de cualquier servicio sanitario. El objetivo del ensayo fue evaluar el impacto de una intervención enfermera en cada ciclo de quimioterapia, en utilización de recursos asistenciales, calidad de vida, satisfacción y tolerancia de pacientes con cáncer de mama.

Materiales: 268 pacientes ambulatorias que iniciaban quimioterapia se incluyeron en un ensayo clínico controlado, aleatorizado, no ciego, sobre la aplicación de un programa de información, educación y cuidados de enfermería integrado con la atención estándar, comparado con ésta únicamente. Medir la necesidad de consulta no programada en primaria, especializada, Urgencias u hospitalización, fue el objetivo principal. La calidad de vida fue medida en situación basal y final. Tras la quimioterapia se valoró la satisfacción de

las pacientes. La toxicidad fue recogida antes de cada ciclo y en la visita final.

Resultados: No hubo diferencias entre los dos grupos, que estaban bien balanceados. 66 pacientes (49.25%) vs 58 (43.28%) precisaron al menos una consulta no programada en el grupo control e intervención (riesgo relativo: 0.70 [IC95%: 0.41-1.18]; p=0.19). 95 vs 85 consultas se generaron en el grupo control e intervención (p=0.54): 16 vs 14 no relacionadas con la quimioterapia (p=0.61) y 79 vs 71 relacionadas (p=0.65). No se observaron diferencias significativas en el número de consultas por ciclo y por recurso. En el análisis de subgrupos las no obesas y operadas se beneficiaron de la intervención enfermera (61% vs 43,7%, RR 1.39 [IC95%: 1.03-1.88], p=0.029 y 62.9% vs 47.7%, RR 1.31 [IC95%: 1.00-1.72], p=0.050 respectivamente). La calidad de vida, grado de satisfacción y toxicidad fueron similares en ambos grupos. Se observa influencia favorable de la intervención en la función de rol (p=0.004) y en los síntomas mamarios (p=0.039). 20 pacientes (15%) vs 23 (17.1%) sufrieron reducciones de dosis (p=0.64) y hubo 7 suspensiones (5.2%) vs 14 (10.4%) (p=0.116) en el grupo control y de intervención.

Conclusiones: La intervención enfermera en cada ciclo de quimioterapia no reduce la necesidad de consulta no programada, ni mejora sustancialmente la calidad de vida, satisfacción y toxicidad. No hay que crear una consulta de enfermería para pacientes con cáncer de mama que reciben quimioterapia en cada ciclo, cuando estos servicios son recibidos a demanda (Financiado por FIS 07/0141. ClinicalTrials.gov Identifier: NCT00964522).

Tabla 1. Características basales de las participantes en el estudio*

Variable	Control (N=134)	Intervención (N=134)	Valor de p
Edad—años	51.77±10.89	49.64±9.86	0.09
Peso—kg	70±15.88	67.29±11.41	0.11
Altura—cm	157±6.95	157±6.56	0.99
Índice de masa corporal (IMC)	28.28±6.78	27.18±4.36	0.11
Capacidad funcional (ECOG)—n (%) [†]			0.51
0	112 (83.58%)	105 (78.35%)	
1	21 (15.67%)	25 (18.65%)	
Desconocido	1 (0.74%)	4 (2.98%)	
Estadio—n (%)			0.22
I y II	91 (67.91%)	83 (61.94%)	
III	41 (30.59%)	41 (30.59%)	
IV	1 (0.74%)	5 (3.73%)	
Desconocido	1 (0.74%)	5 (3.73%)	
Comorbilidad—n (%) [‡]			0.51
Ausente	53 (39.55%)	66 (49.25%)	
Presente	64 (47.76%)	63 (47.01%)	
Desconocido	17 (12.68%)	5 (3.73%)	
Tipo de cirugía—n (%)			0.051
No cirugía	15 (11.19%)	27 (20.14%)	
Mastectomía conservadora	52 (38.80%)	50 (37.31%)	
Desconocido	65 (48.5%)	54 (40.29%)	
Desconocido	2 (1.49%)	3 (2.23%)	
Tipo de quimioterapia—n (%)			0.11
Antraciclinas	44 (32.83%)	44 (32.83%)	
Antraciclinas / Taxanos	88 (65.67%)	86 (64.17%)	
Otros	1 (0.74%)	3 (2.23%)	
Desconocido	1 (0.74%)	1 (0.74%)	
Quimioterapia y trastuzumab			0.65
Sí	27 (20.14%)	30 (22.38%)	
No	106 (79.1%)	103 (76.86%)	
Desconocido	1 (0.74%)	1 (0.74%)	
Número de ciclos	6.58±1.5	6.44±1.36	0.42
Días entre cirugía y quimioterapia	43.92±16.16	40.86±15.38	0.16

COMUNICACIONES PÓSTERS:
EXPOSICIÓN DE PÓSTERS

Estado civil—n (%)			0.68
Casada	94 (70.14%)	94 (70.14%)	
Soltera	13 (9.7%)	17 (12.68%)	
Divorciada	12 (8.95%)	10 (7.46%)	
Viuda	12 (8.95%)	8 (5.97%)	
Desconocido	3 (2.23%)	5 (3.37%)	
Nivel de estudios—n (%)			0.75
Sin estudios	6 (4.47%)	6 (4.47%)	
Primarios	60 (44.77%)	56 (41.79%)	
Secundarios	42 (31.34%)	48 (35.82%)	
Universitarios	21 (15.67%)	16 (11.94%)	
Desconocido	5 (3.37%)	8 (5.97%)	
Estatus social—n (%) [‡]			0.85
Bajo/medio-bajo	73 (54.47%)	68 (50.74%)	
Alto/medio-alto	56 (41.79%)	58 (43.28%)	
Desconocido	5 (3.37%)	8 (5.97%)	
Situación laboral—n (%)			0.87
Paro	12 (8.95%)	13 (9.7%)	
Pensionista	11 (8.2%)	11 (8.2%)	
Ama de casa	67 (50%)	59 (44.02%)	
Activo	39 (29.1%)	43 (32.08%)	
Desconocido	5 (3.37%)	8 (5.97%)	
Salud global / calidad de vida [§] (EORTC QLQ-C30)	70.8±20.3	70.8±19.6	0.81

*Los valores con ± expresan la media y la desviación estándar. ECOG significa Eastern Cooperative Oncology Group y EORTC QLQ-C30 cuestionario de calidad de vida de la European Organization for Research and Treatment of Cancer.

[†]Una capacidad funcional de ECOG de 0 indica que la paciente está asintomática y 1 que la paciente está sintomática pero completamente ambulatoria.

[‡]La comorbilidad fue valorada como una variable cualitativa dicotómica (ausente o presente) mediante la identificación de los diagnósticos recogidos en los antecedentes personales e incluían los definidos en el índice de comorbilidad de Charlson (14).

[‡]El estatus social se obtuvo mediante el consenso entre la opinión de las pacientes y el criterio del investigador.

[§]La escala de salud global / calidad de vida está formada por dos preguntas con 7 posibles respuestas, cuya puntuación es transformada posteriormente en valores entre 0 y 100. Una puntuación alta significa una buena calidad de vida.

Tabla 2. Puntuaciones de las escalas funcionales y de síntomas del cuestionario de calidad de vida de la EORTC QLQ-C30 en el brazo control y de intervención*

Escala funcional / síntoma	Control		Intervención		p
	N	Puntuación	N	Puntuación	
Funcionamiento físico					
Inicial	49	91.5±12	67	88.5±16.2	0.11
Final	49	82.3±18.8	67	76.9±18.2	
Función de rol					
Inicial	50	87.3±18.3	67	74.1±25.6	0.004
Final	50	77±26.4	67	66.9±30.9	
Funcionamiento emocional					
Inicial	52	71.7±22.5	66	66.5±22.4	0,42
Final	52	68.5±28.2	66	67.9±23.9	
Funcionamiento social					
Inicial	50	85.3±23.7	67	78.8±22	0,07
Final	50	75.6±28.2	67	67.6±29.2	

COMUNICACIONES PÓSTERS:
EXPOSICIÓN DE PÓSTERS

Función cognitiva					
Inicial	52	89.4±13.2	68	87.5±15.6	0,06
Final	52	87.8±16.5	68	80.6±22.2	
Náuseas y vómitos					
Inicial	52	4.1±10.8	70	5.23±11.5	0.79
Final	52	9.9±15.2	70	9.7±15.2	
Astenia					
Inicial	51	12.2±15.1	66	14.8±16.3	0.22
Final	51	33.1±25.9	66	38.3±27.6	
Dolor					
Inicial	51	15.6±20.3	66	17.9±18.7	0.65
Final	51	22.8±26.2	66	23.7±25.8	
Calidad de vida / Salud global					
Inicial	52	70.8±20.3	69	70.8±19.6	0.81
Final	52	60.2±21.8	69	58.7±24.2	

COMUNICACIONES PÓSTERS:
EXPOSICIÓN DE PÓSTERS

Disnea					
Inicial	52	5.7±15.7	71	7.9±16.3	0.64
Final	52	16.6±25.1	71	17.3±25.7	
Insomnio					
Inicial	52	22.4±23.5	69	28±27.7	0.42
Final	52	32.6±31.9	69	34.2±35.6	
Anorexia					
Inicial	52	5.1±16.6	71	10.7±20.9	0.068
Final	52	15.3±25.9	71	21.5±28.2	
Estreñimiento					
Inicial	52	12.8±23.9	70	9±19.5	0.70
Final	52	19.8±28.2	70	20.9±29	
Diarrea					
Inicial	52	4.4±16.2	68	3.9±10.8	0.21
Final	52	8.9±20.9	68	16.1±28.5	
Dificultades financieras					

COMUNICACIONES PÓSTERS: EXPOSICIÓN DE PÓSTERS

Inicial	50	16.6±28.7	68	21±33.5	0.39
Final	50	17.3±26.2	68	21±30.4	

*Todos los valores están presentados con la media ± desviación estándar

Tabla 3. Puntuaciones de las escalas funcionales y de síntomas del cuestionario del módulo específico de cáncer de mama EORTC QLQ-BR23 en el brazo control y de intervención*

Escala funcional / síntoma	Control		Intervención		P
	N	Puntuación	N	Puntuación	
Imagen corporal					
Inicial	44	86.6±22.8	64	86.1±19.3	0.40
Final	44	73.5±30.4	64	67.4±27.3	
Función sexual					
Inicial	44	22.8±28.3	59	24.2±21.9	0.69
Final	44	18.9±20.8	59	18.6±21.2	
Disfrute del sexo					
Inicial	19	43.8±41.6	26	56.4±30.9	0.050
Final	19	28±33.8	26	51.2±30.1	
Perspectiva de futuro					
Inicial	48	43±37.6	69	44.9±29	0.54
Final	48	52.7±38.7	69	57±30.3	
Síntomas del brazo					
Inicial	49	12.2±13.8	64	13.8±14.2	0.75
Final	49	19.2±21.8	64	19.2±17.2	
Síntomas de la mama					
Inicial	45	13.3±13.2	60	20.2±16.6	0.039
Final	45	11.2±15.7	60	14.4±12.7	
Síntomas del tto. Sistémico					
Inicial	38	9.8±12.2	52	10.4±13.4	0.45

COMUNICACIONES PÓSTERS:
EXPOSICIÓN DE PÓSTERS

Final	38	36±18.1	52	39.6±22.8	
Preocupación por la alopecia					
Inicial	10	53.3±47.6	64	24.2±31.7	0.88
Final	10	36.6±39.9	64	62.1±34.5	

Tabla 4. Puntuaciones del cuestionario de satisfacción en el brazo control y de intervención*

Variables de satisfacción	Control (N=53)	Intervención (N=80)	p
Atención sanitaria			
1	0/53 (0%)	0/80 (0%)	0.45
2	1/53 (1.8%)	1/80 (1.2%)	
3	12/53 (22.6%)	26/80 (32.5%)	
4	40/53 (75.4%)	53/80 (66.2%)	
Recomendación			
1	1/53 (1.8%)	0 /80 (0%)	0.16
2	4/53 (7.5%)	1/80 (1.2%)	
3	19/53 (35.8%)	31/80 (38.7%)	
4	29/53 (54.7%)	48/80 (60%)	
Información			
1	0/53 (0%)	0/80 (0%)	0.59
2	4/53 (7.5%)	4/80 (5%)	
3	21/53 (39.6%)	27/80 (33.7%)	
4	28 (52.8%)	49/80 (61.2%)	
Atención por médicos			
1	0/53 (0%)	1/80 (1.2%)	0.55
2	1/53 (1.8%)	5/80 (6.2%)	
3	14/53 (26.4%)	20/80 (25%)	
4	38/53 (71.7%)	55/80 (68.7%)	
Atención enfermeras por			
1	0/53 (0%)	0/80 (0%)	0.44
2	0/53 (0%)	2/80 (2.5%)	
3	15/53 (28.3%)	19/80 (23.8%)	
	38/53 (71.7%)	59/80 (73.8%)	

COMUNICACIONES PÓSTERS: EXPOSICIÓN DE PÓSTERS

4			
Respeto / amabilidad			
1	0/51 (0%)	0/81 (0%)	0.43
2	1/51 (2%)	2/81 (2.5%)	
3	9/51 (17.6%)	22/81 (27.2%)	
4	41/51 (80.4%)	57/81 (70.4%)	

*Valores presentados como número y porcentaje

COMUNICACIONES PÓSTERS: EXPOSICIÓN DE PÓSTERS

Tabla 5. Principales toxicidades ocasionadas por la quimioterapia en el brazo control y de intervención*

Toxicidad	Control (N=134)	Intervención (N=134)	p
Alopecia			
Grado 1	40 (4.5%)	42 (4.9%)	0.46
Grado 2	842 (95.4%)	820 (95.1%)	
Náuseas			
Grado 1	283 (32%)	309 (35.8%)	0.45
Grado 2	47 (5.3%)	63 (7.3%)	
Grado 3	4 (0.4%)	2 (0.2%)	
Vómitos			
Grado 1	71 (8%)	92 (10.6%)	0.51
Grado 2	16 (1.8%)	25 (2.9%)	
Grado 3	10 (1.1%)	9 (1%)	
Mucositis			
Grado 1	196 (22.2%)	198 (23%)	0.53
Grado 2	28 (3.1%)	41 (4.7%)	
Grado 3	5 (0.5%)	0 (0%)	
Estreñimiento			
Grado 1	30 (3.4%)	31 (3.6%)	0.72
Grado 2	4 (0.4%)	3 (0.3%)	
Diarrea			
Grado 1	34 (3.8%)	56 (6.5%)	0.49
Grado 2	16 (1.8%)	19 (2.2%)	
Grado 3	2 (0.2%)	3 (0.3%)	
Astenia			
Grado 1	225 (25.5%)	305 (35.3%)	0.22
Grado 2	58 (6.5%)	68 (7.8%)	
Grado 3	1 (0.1%)	2 (0.2%)	
Anorexia			
Grado 1	11 (1.2%)	19 (2.2%)	0.42
Grado 2	0 (0%)	3 (0.3%)	
Dérmica			
Grado 1	13 (1.4%)	21 (2.4%)	0.37
Grado 2	0 (0%)	3 (0.3%)	
Flebitis			
Grado 2	32 (3.6%)	41 (4.7%)	0.57
Fiebre neutropénica	11 (1.2%)	13 (1.5%)	0.46
Neurológica periférica			
Grado 1	23 (2.6%)	35 (4%)	0.38
Grado 2	0 (0%)	10 (1.1%)	
Grado 3	3 (0.3%)	0 (0%)	

*Número de toxicidades observadas en todos los ciclos. Porcentaje en relación con todos los ciclos administrados

Figura 1. Diagrama de flujo CONSORT

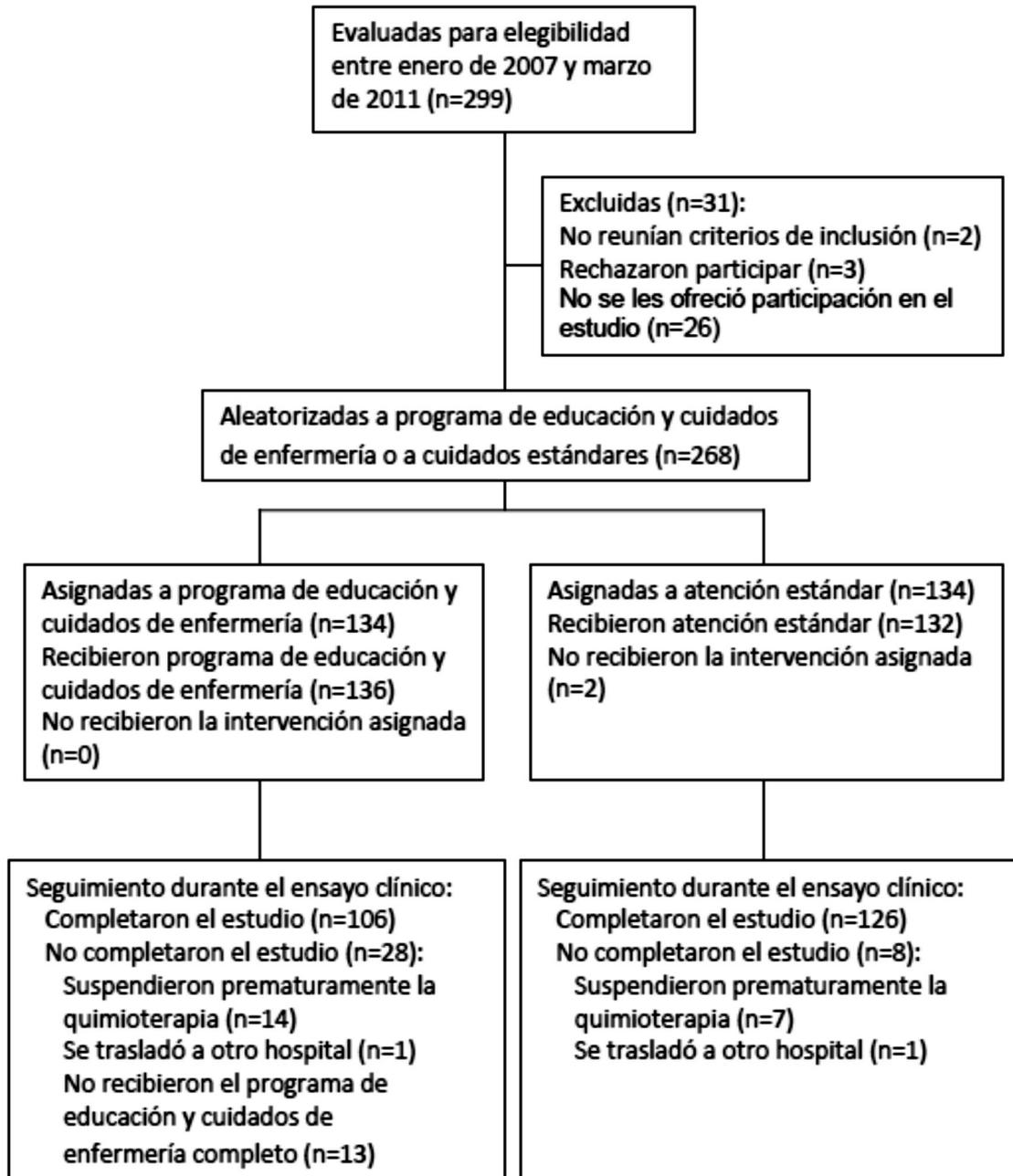


Figura 2. Número de consultas no programadas por ciclo durante la quimioterapia adyuvante

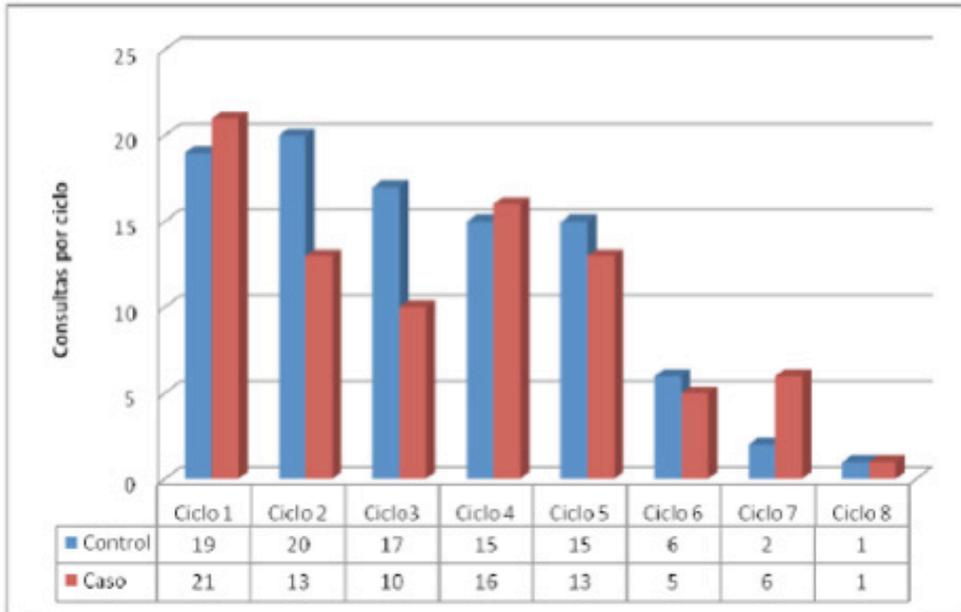
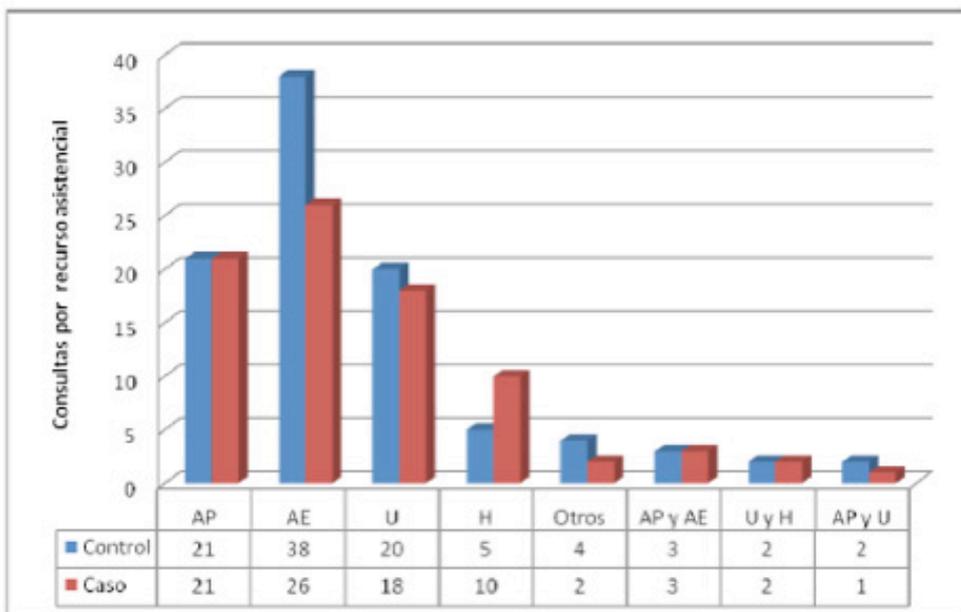


Figura 3. Número de consultas no programadas durante la quimioterapia adyuvante por recurso asistencial



AP: atención primaria, AE: atención especializada, U: Urgencias, H: hospitalización.

P-101

ESTUDIO COMPARATIVO DEL SEGUIMIENTO DE LARGAS SUPERVIVIENTES DE CÁNCER DE MAMA: ATENCIÓN ESPECIALIZADA VS ATENCIÓN PRIMARIA

Patricia Ramírez Daffós, Inmaculada Expósito Álvarez, Petra Rosado Varela, Sara Estalella Mendoza, Cristina Cortés Carmona, Esperanza Arriola Arellano, María José Gómez Reina, José Antonio Contreras Ibáñez, Encarnación Benítez Rodríguez*, José Manuel Baena Cañada.

Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz; *Registro Provincial del Cáncer, Cádiz.

Introducción: El seguimiento de largas supervivientes de cáncer de mama por atención primaria es tan eficaz como por especialistas, ocasiona mayor satisfacción y es menos costoso. El objetivo de este estudio es describir la evolución de las largas supervivientes de cáncer de mama según el tipo de atención recibida (seguimiento en primaria o especializada) midiendo su impacto en los resultados de salud, coste, calidad de vida y satisfacción.

Materiales: Estudio de cohortes retrospectivo con pacientes en seguimiento durante al menos 5 años en Oncología, encontrándose libres de enfermedad (las derivadas a primaria tras cinco años de seguimiento en Oncología y las que se siguieron en Oncología más de cinco años). Mediante encuesta personal, se analizó el tipo y coste del seguimiento, eventos, calidad de vida y satisfacción. El seguimiento estándar consistió en anamnesis, exploración física y mamografía anual.

Resultados: 98 mujeres (mediana de seguimiento: 128 meses [69-368]) han sido reclutadas, 60 con seguimiento en primaria y 38 en especializada. No hubo diferencias significativas en el diagnóstico de metástasis y nuevos tumores primarios. En primaria fueron realizadas 0,98 (DE 0,48) visitas anuales y en especializada 1,11 (DE 0,38) ($p=0,19$). En primaria, 44,6% programadas y 55,4% a demanda; en especializada, 94,6% programadas y 5,4% a demanda ($p=0,0001$). Hubo 7 re-derivaciones a especializada (11,7%) desde primaria y 6 (15,8%) desde especializada ($p=0,55$). Los costes del seguimiento en primaria fueron menores que en especializada (107,67€ vs 182,02€ por paciente y año, $p=0,0001$). Solo hubo diferencias en el funcionamiento físico (cuestionario de calidad de vida SF-36 Health Survey) a favor de especializada ($p=0,045$). El 80% expresaron su preferencia por especializada, el 10% por primaria y el 10% fue indiferente. Las mujeres mostraron mayor satisfacción con especializada en todas las dimensiones del cuestionario.

Tabla 1: Características de las 98 pacientes

	Atención primaria	Atención especializada	p
N	60	38	
Edad. Media (DE)	65,73 (11,07)	58,55 (10,91)	0,002
Estadio			
I	26 (43%)	6 (15,7%)	0,071
IIA	15 (25%)	17 (44,7%)	
IIB	7 (11,6%)	8 (21%)	
IIIA	4 (6,6%)	3 (7,8%)	
IIIC	1 (1,6%)	0 (0%)	
Desconocido	7 (11,6)	4 (10,5%)	
Tipo histológico			
CDI	40 (66,6%)	33 (86,8%)	0,43
CLI	13 (21,6%)	3 (7,8%)	
Mixto	1 (1,6%)	0 (0%)	
Otros	6 (10%)	1 (2,6%)	
Desconocido	0 (0%)	1 (2,6%)	
RH			
Positivos	41 (68,3%)	28 (73,6%)	0,87
Negativos	10 (16,6%)	7 (18,4%)	
Desconocidos	9 (15%)	3 (7,8%)	
Cirugía			
Mastectomía Conservadora	40 (66,6%)	23 (60,5%)	0,74
Desconocido	20 (33,3%)	12 (31,5%)	
Desconocido	0 (0%)	3 (7,8%)	
Radioterapia			
Sí	31 (51,7%)	20 (52,6%)	0,67
No	29 (48,3%)	15 (39,4%)	
Desconocido	0 (0%)	3 (7,8%)	
Quimioterapia			
Sí	37 (61,6%)	33 (86,8%)	0,001
No	22 (36,6%)	3 (7,8%)	
Desconocido	1 (1,6%)	3 (7,8%)	
Hormonoterapia			
Sí	47 (78,3%)	28 (73,6%)	0,56
No	9 (15%)	8 (21%)	
Desconocido	4 (6,6%)	2 (5,2%)	

DE: desviación estándar. CDI: carcinoma ductal infiltrante. CLI: carcinoma lobulillar infiltrante. RH: receptores hormonales.

Conclusiones: El cumplimiento del protocolo de seguimiento en ambos ámbitos asistenciales fue alto. Las visitas de especializada fueron mayoritariamente programadas y primaria visitó casi a la mitad a demanda. En nuestro medio, atención primaria es más eficiente que especializada, pero las mujeres expresan mayor satisfacción y prefieren el seguimiento en especializada. (Financiado por Beca SEOM-FECMA, convocatoria 2009).

COMUNICACIONES PÓSTERS: EXPOSICIÓN DE PÓSTERS

Tabla 2: Incidencias clínicas diagnosticadas durante el seguimiento.

	Atención primaria	Atención especializada	p
Incidencias clínicas			
Metástasis	1 (1,6%)	0 (0%)	0,74
Nuevo tumor primario	3 (5%)	4 (10,4%)	0,67
Endometrio	1 (1,6%)	1 (2,6%)	
Mama	1 (1,6%)	3 (7,8%)	
Ovario	1 (1,6%)	0 (0%)	
Melanoma	1 (1,6%)	0 (0%)	
Menopausia	53 (88,3%)	31 (81,6%)	0,26
Gestación	1 (1,7%)	0 (0%)	0,42
Osteoporosis	19 (31,7%)	14 (36,8%)	0,66
Obesidad	6 (10%)	7 (18,4%)	0,24
Toxicidad tardía	14 (22,3%)	8 (21,1%)	0,79
Dolor	1 (1,6%)	0 (0%)	
Cardiopatía	0 (0%)	1 (2,6%)	
Linfedema	7 (11,6%)	1 (2,6%)	
Neuropatía	0 (0%)	2 (5,2%)	
Pérdida de huellas dactilares	1 (1,6%)	0 (0%)	
Pólipo endometrial	1 (1,6%)	0 (0%)	
Dispepsia gástrica	0 (0%)	1 (2,6%)	
Xerostomía	2 (3,2%)	0 (0%)	
Cataratas	2 (3,2%)	0 (0%)	
Sequedad cutánea	1 (1,6%)	0 (0%)	
Enfermedades asociadas	28 (46,7%)	23 (60,5%)	0,21
Artrosis	11 (18,3%)	7 (18,4%)	
Hipertensión arterial	7 (11,6%)	5 (13,1%)	
Patología tiroidea	5 (8,3%)	3 (7,8%)	
Diabetes	2 (3,3%)	3 (7,8%)	
Alergia	2 (3,3%)	0 (0%)	
Degeneración macular	1 (1,6%)	1 (2,6%)	
Bronquitis crónica	1 (1,6%)	1 (2,6%)	
Hernia	1 (1,6%)	1 (2,6%)	
Colpocele / cistocele	1 (1,6%)	1 (2,6%)	
Arritmia	1 (1,6%)	0 (0%)	
Litiasis renal	0 (0%)	1 (2,6%)	
Bronquiectasias	1 (1,6%)	0 (0%)	
Embolia pulmonar	0 (0%)	1 (2,6%)	
Insuficiencia renal	1 (1,6%)	0 (0%)	
Anemia	1 (1,6%)	0 (0%)	
Pancreatitis	1 (1,6%)	0 (0%)	
Enfermedad de Alzheimer	1 (1,6%)	0 (0%)	
Dislipemia	1 (1,6%)	0 (0%)	
Depresión	1 (1,6%)	0 (0%)	
Dermatitis de contacto	1 (1,6%)	0 (0%)	
Mioma uterino	1 (1,6%)	0 (0%)	
Valvulopatía	1 (1,6%)	0 (0%)	
SAOS	1 (1,6%)	0 (0%)	

SAOS: Síndrome de apnea obstructiva durante el sueño

COMUNICACIONES PÓSTERS: EXPOSICIÓN DE PÓSTERS

Tabla 3: Costes para el sistema sanitario durante el seguimiento en primaria y especializada.

	Coste por unidad*	Nº por paciente y año en atención primaria	Coste por paciente y año en atención primaria	Nº por paciente y año en atención especializada	Coste por paciente y año en atención especializada	p
Visita médica	17,84€ (AP) 54,58€ (AE)	0,98	17,48€	1,11	60,58€	0.0001
Mamografía	83,07€	0,80	66,45€	1,05	87,22€	
Ecografía	92,30€	0,06	5,53€	0,15	13,84€	
Resonancia magnética	323,05€	0,01	3,23€	0,02	6,46€	
Radiografía	9,23€	0,03	0,27€	0,13	1,19€	
TAC	138,45€	0,01	1,38€	0,02	2,76€	
Gammagrafía ósea	89,71€	0,01	0,89€	0,02	1,79€	
Análisis†	29,24€	0,36	10,52€	0,28	8,18€	
ECG	16,23€	0,01	0,16€	0	0	
Citología vaginal	9,17€	0,06	0,55€	0	0	
Colonoscopia	121,72€	0,01	1,21€	0	0	
Total			107,67€		182,02€	0.0001

*ORDEN de 14 de octubre de 2005, por la que se fijan los precios públicos de los servicios sanitarios prestados por Centros dependientes del Sistema Sanitario Público de Andalucía (BOJA núm. 210). † Hemograma, perfil de bioquímica sérica, CEA y CA 15.3.

Tabla 4: Puntuaciones del cuestionario de calidad de vida de las pacientes seguidas en atención primaria y especializada (cuestionario SF-36 Health Survey).

	Atención Primaria (N=60)	Atención Especializada (N=38)	p
Funcionamiento físico	63,3 (25,8)	72,6 (13,1)	0,044
Función de rol	75,4 (38,6)	83,5 (32,5)	0,284
Dolor corporal	59,1 (31,3)	61,0 (25,3)	0,750
Salud general	70,4 (15,8)	73,6 (16,6)	0,337
Vitalidad	66,4 (24,4)	70,5 (21,5)	0,396
Función social	81,6 (26,3)	86,1 (18,5)	0,360
Rol emocional	62,7 (43,4)	78,9 (34,1)	0,055
Salud mental	69,6 (20,1)	78,9 (20,4)	0,917
Escala estandarizada, componente físico	45,8 (10,1)	47,8 (5,9)	0,282
Escala estandarizada, componente mental	46,7 (13,1)	48,9 (11,7)	0,404

Valores expresados mediante la media y desviación estándar: X (DE)

Tabla 5: Puntuaciones del cuestionario de satisfacción de las pacientes seguidas en atención primaria y especializada

Variables de satisfacción	Atención Primaria (N=60)	Atención Especializada (N=37)	p
Atención sanitaria			0,001
1	1 (1,7%)	0 (0%)	
2	9 (15%)	0 (0%)	
3	28 (46,7%)	8 (21,6%)	
4	22 (36,7%)	29 (78,4%)	
Recomendación del servicio			0,019
1	3 (5%)	0 (0%)	
2	6 (10%)	3 (8,1%)	
3	28 (46,7%)	7 (18,9%)	
4	23 (38,3%)	27 (73%)	
Información recibida			0,003
1	3 (5%)	0 (0%)	
2	5 (8,3%)	0 (0%)	
3	31 (51,6%)	9 (24,3%)	
4	20 (33,3%)	28 (75,7%)	
Atención por personal médico			0,006
1	2 (3,3%)	0 (0%)	
2	3 (5%)	0 (0%)	
3	27 (45%)	6 (16,2%)	
4	27 (45%)	31 (83,8%)	
Atención por personal de enfermería			0,016
1	1 (1,7%)	0 (0%)	
2	4 (6,6%)	0 (0%)	
3	23 (38,3%)	6 (16,2%)	
4	31 (51,6%)	31 (83,8%)	
Respeto / amabilidad			0,008
1	2 (3,3%)	0 (0%)	
2	3 (5%)	0 (0%)	
3	25 (41,7%)	6 (16,2%)	
4	30 (50%)	31 (83,8%)	

1= Mala. 2= Ni buena ni mala. 3= Buena. 4= Muy buena

P-102

LAPATINIB O TRASTUZUMAB EN COMBINACIÓN CON QUIMIOTERAPIA (QT) ESTÁNDAR CON EC→DOCETAXEL, EN EL TRATAMIENTO NEOADYUVANTE (NA) DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA (CM) HER2+. RESULTADOS DEL ESTUDIO FASE II RANDOMIZADO, GEICAM/2006-14

Ana Lluch Hernández (1), Joan Albanell (2), Juan De la Haba (3), Agustí Barnadas (4), Lourdes Calvo (5), Pedro Sánchez-Rovira (6), Manuel Ramos (7), Federico Rojo (8), Eva Carrasco (9), Emilio Alba (10).

(1) Departamento de Oncología Médica, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España; (2) H. del Mar, Barcelona; (3) H. Univ. Reina Sofía, Córdoba; (4) H. Santa Creu i Sant Pau, Barcelona; (5) Complejo Hospitalario Univ. de A Coruña, A Coruña; (6) H. General de Jaén, Jaén; (7) Centro Oncológico de Galicia, A Coruña; (8) Departamento de Patología, Fundación Jiménez Díaz, Madrid; (9) GEICAM (Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama); (10) H. Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. En nombre del Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama (GEICAM).

Introducción: Añadir trastuzumab (T) a la QT NA aumenta la respuesta completa patológica (RCp) en pacientes (pacs) con CM HER2+. Lapatinib (L) combinado con QT es también un fármaco activo en pacs con CM HER2+. Este estudio evalúa la eficacia de T o L combinado con QT en el tratamiento NA de dichas pacs.

Materiales: Se incluyeron pacs HER2+ (Herceptest 3+ o 2+ con FISH+) sin QT previa para CM. Las pacs se randomizaron a recibir Epirubicina 90 mg/m² más Ciclofosfamida 600 mg/m² (EC) x 4 ciclos, seguido de cuatro ciclos de Docetaxel 100 mg/m² combinado con T intravenoso 6 mg/Kg (8 mg/kg de dosis de carga) (DT) o L 1250 mg oral (DL). Las pacs se estratificaron por el tamaño tumoral (T1-2 vs T3-4) y el estatus del receptor de estrógeno (RE) (+ vs -). El objetivo principal fue la tasa de RCp en mama y axila medida por Miller & Payne. Los objetivos secundarios fueron la respuesta clínica, la toxicidad y la correlación entre la RCp y los biomarcadores tumorales.

Resultados: Se incluyeron 102 pacs (50 EC→DT, 52 EC→DL). La mediana de edad fue de 48 años (30-79), 56% fueron premenopáusicas, 7% grado I, 45% grado III, 69% N+ y 58% RE+. 3 pacs fueron FISH negativo (no evaluables para eficacia). La tasa de RCp en mama fue del 52% (95% CI: 38-66) para EC→DT y 25% (95% CI: 13.5-37.5) para EC→DL; p-value=0.0065. La RCp-N0p del 48% (95% CI: 34-62) para EC→DT y

24% (95% CI: 12 – 35) para EC→DL; p-value=0.01. La respuesta clínica fue 77% con EC→DT y 65% con EC→DL; p-value=0.176. La toxicidad grado 3-4 fue similar en ambos brazos de tratamiento excepto en la diarrea, que fue más frecuente en EC→DL (14% y 2%; p-value=0.03).

Conclusiones: EC→DT en nuestro estudio fue más eficaz y menos tóxico que EC→DL, en el tratamiento NA de pacs con CM HER2+. El estudio de los biomarcadores está en marcha.

P-103

SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON CARCINOMA DE MAMA INVASIVO ESTADIO TEMPRANO Y MICROMETÁSTASIS EN GANGLIO CENTINELA

Clara Senín Estor, Leticia Iglesias Rey, Noelia Garcia Cid, Isaura Fernández Pérez, Yolanda Lorenzo Mahía, Alejandro Mateos Martín, Alberto Pérez Pedrosa.

(1,2,3,4) Servicio de Oncología Médica, Hospital Xeral, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, España. (5) Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Meixoeiro, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, España. (6,7) Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Xeral, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, España.

Introducción: La afectación de los ganglios axilares es uno de los factores pronósticos más importantes en pacientes con cáncer de mama precoz. En la actualidad varios estudios investigan si se puede obviar la linfadenectomía en pacientes con ganglio centinela positivo. Las metástasis del ganglio centinela se clasifican como células tumorales aisladas, micrometástasis o macrometástasis. Existe controversia acerca del impacto en el pronóstico de las pacientes con micrometástasis y la necesidad de linfadenectomía axilar. Realizamos un estudio descriptivo de las características y el manejo de pacientes con micrometástasis en nuestro medio.

Materiales: Se recogieron las pacientes de los dos centros del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo entre noviembre 2006 y febrero 2012, con carcinoma de mama infiltrante T1-T3 y presencia de micrometástasis ganglionar (>0.2 mm ≤2.0 mm) tras el estudio de entre 1-5 ganglios centinela. La mediana de seguimiento fue de 24 meses.

Resultados: Se incluyeron 61 mujeres y un varón. La mediana de edad fue de 57 años (rango 31-83). En el 61% de los casos la mama afectada fue la izquierda y los cuadrantes más comúnmente afectados los externos. La anatomía patológica predominante fue la de

carcinoma ductal infiltrante en el 88.7% de los casos. En cuanto al estadio clínico, la mayoría se encontraron entre los estadios I y II (60% y 40% respectivamente), mientras que el patológico se distribuyó entre estadio I (53%), II (39%) y III (8%). La expresión de receptores de estrógeno fue positiva en el 92% de los pacientes, la de receptores de progesterona en el 72.6%, la de erb2 en el 30.6%. En un 46.8% de los pacientes el ki67 era alto y en un 82.3% lo era el grado histológico. En función de los subtipos moleculares, se dividían entre luminal A (30,6%), luminal B1 (27.4%), luminal B2 (33,9%) Her2 (3.2%) y triple negativo (4.8%). El diagnóstico intraoperatorio de micrometástasis en ganglio centinela se observó en el 16% de los pacientes, mientras que en el 84% de los casos el diagnóstico fue diferido. La linfadenectomía axilar se realizó en 54 pacientes (87.1%), la media de ganglios extraídos fue de 15. En 43 pacientes (79.6%) los ganglios no se encontraban afectados mientras que sí lo estaban en 11 pacientes (20,4%) en el estudio anatomopatológico definitivo. Tras la cirugía de la lesión mamaria, recibieron tratamiento quimioterápico 49 pacientes (79%), radioterápico 50 pacientes (82%) y hormonoterapia 56 (90%). Se produjo recaída en 3 pacientes, en todos los casos a distancia, de estos, sólo en una paciente los ganglios se hallaban afectados tras la linfadenectomía axilar. Tres pacientes fallecieron, en dos de ellas tras la recaída por enfermedad a distancia. La supervivencia global fue de 58 meses. No se encontró relación entre el tamaño del tumor, el grado, el estado de los RH, Her 2 o ki 67 y afectación posterior en la linfadenectomía.

Conclusiones: La mayoría de las pacientes con carcinoma de mama invasivo y micrometástasis en el estudio del ganglio centinela son pacientes con receptores hormonales positivos, y, en nuestra serie no se encontró afectación axilar en la mayoría de los casos tras la linfadenectomía. Estudios recientes no demuestran además impacto en la supervivencia. Aunque todavía son necesarios más estudios que ayuden a seleccionar aquellas pacientes en las que se pueda evitar la linfadenectomía.

P-104

EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA Y BEVACIZUMAB EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO EN CONDICIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA ASISTENCIAL

Rosa Ana Marcos Sánchez, Lina López, César A. Rodríguez, Carolina López, Arantxa Amores, Rebeca Lozano, Ignacio Matos, Amalia Gómez- Bernal, Juan J. Cruz Hernández.

Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción: El tratamiento con Bevacizumab (BV) en combinación con Quimioterapia (QT) en pacientes (pac) con Cáncer de Mama Metastásico (CMM) ha demostrado incrementar de manera significativa la Supervivencia Libre de Progresión (SLP) cuando se compara con QT sola. Sin embargo, la ausencia de beneficio en Supervivencia Global y algunos datos concernientes a la seguridad de BV hacen que en el momento actual el empleo de QT + BV permanezca en controversia. **Objetivo:** Evaluar la eficacia y seguridad del empleo de QT + BV en pacientes con CMM en pacientes tratadas en nuestra institución, en condiciones de práctica clínica asistencial.

Materiales: Análisis retrospectivo de las pacientes con CMM tratadas con BV en asociación con QT entre noviembre de 2006 y noviembre de 2011.

Resultados: Características de las Pac: Un total de 53 pac fueron incluidas en el estudio. Edad (mediana): 47 años (26-67). Línea de Tratamiento: 1ª línea: 21 pac (40%), 2ª línea y sucesivas: 32 pac (60%). Enf. Visceral: 29 pac (55%). Enf. Triple Neg: 16 pac (30%). QT asociada: Paclitaxel: 44 pac (83%), Docetaxel: 3 pac (6%), Capecitabina: 4 pac (7%), Otras: 2 pac (4%). Todas las pacientes en 1ª línea recibieron la combinación de Paclitaxel + BV. **Eficacia:** La mediana de SLP fue de 9 meses (11 meses para pac en 1ª línea vs 7 meses para pac en 2ª línea y sucesivas). **Respuestas:** RO 52.8% (RP: 41.5; RC: 11.3%). En 20 pac. se obtuvieron tiempos a progresión > 12 meses. **Toxicidad relacionada con BV:** Hemorragia grado 1-2: 16 pac (30%); ETV/TEP: 3 pac; Proteinuria grado 1-2: 9 pac; HTA: 9 pac.; Shock Cardiogénico en 1 pac.

Conclusiones: En nuestra serie, el tratamiento con QT + BEV en CMM obtiene resultados de eficacia comparables a los obtenidos en los ensayos publicados en 1ª y 2ª línea de tratamiento, con toxicidad leve, manejable y esperada en la mayoría de los casos.

P-105

PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA CON SOBREENEXPRESIÓN HER2neu: LA RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICOPATOLÓGICAS, LA RECURRENCIA LOCAL Y A DISTANCIA Y LA SUPERVIVENCIA

Carla Bellido Ribes *, Veronica Obadia*, Andres Aguilar*, Sonia Gonzalez*, Antonio Garcia, Roma Bastus*, Julen Fernandez*, Luis Cirera*.

* Servicio de Oncología y Hematología ** Unidad de

mama, servicio de Ginecología. Hospital Universitario Mútua Terrassa.

Introducción: El objetivo de este estudio fue correlacionar la sobreexpresión de HER2 con las características clínico patológicas y su influencia en la recidiva local y a distancia y la supervivencia

Materiales: De 1998 a 2010, se realizó en nuestro centro un estudio prospectivo de 146 pacientes con cáncer de mama invasivo con sobreexpresión de HER-2. La muestra se dividió en tres grupos: receptores hormonales negativos (RHN), Luminal B1 (receptor de estrógeno + / -, receptor de progesterona +), Luminal B2 (receptor de estrógeno +, receptores de progesterona -). Se determinaron el tipo histológico (TH), el tamaño tumoral (T), el grado de diferenciación (GD) y la afectación ganglionar. Se realizó la correlación con la recurrencia local, metástasis a distancia a 5 años de supervivencia global.

Resultados: RHN: 49 (33,5%); luminal B1; 69 (47.5%); Luminal B2: 28 (19%) Las características clínico-patológicas.

La recidiva local A distancia y la supervivencia global a 5 años de seguimiento:

	Recurrencia local (%)	Metástasis (%)	Supervivencia global (%)
RHN	6	20	81,5
Luminal B1	2	8	88,5
Luminal B2	4	15	86,5

Conclusiones: Los pacientes con RHN y los pacientes con PR- tenían el grado de diferenciación más agresivo, menor infiltración axilar y aumento del riesgo de metastasis. A los 5 años de seguimiento, la supervivencia global era mejor en el grupo de PR+.

	Edad (%)			Tamaño (%)				GD (%)			TH (%)		Ganglios (%)	
	<50	50-69	>70	T1	T2	T3	T4	G1	G2	G3	Ductal	Lobular	Negativo	Positivo
RHN	23	51	26	39	37	4	10	0	21	79	98	2	59	41
Luminal B1	33	51	16	51	39	9	1	11	37	52	99	1	48	52
Luminal B2	22	64	14	53	43	30	4	0	28	73	96	4	57	43

P-106

PREDICCIÓN DE RESPUESTA PATOLÓGICA A QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE BASADA EN BEVACIZUMAB EN CÁNCER DE MAMA CON BIOMARCADORES DE IMAGEN Y MOLECULARES

Serafin Morales, Blanca Hernando, Elena Galve, Arrate Plazaola, Antonio Anton, Rosa Sanchez, Jose Juan Illarramendi, Jose Manuel Lopez Vega, Isabel Alvarez, Jesus Garcia Foncillas.

Hospital Arnau Vilanova, Lleida; Hospital de Burgos, Burgos; Hospital Basurto, Bilbao; Onkologikoa, Donostia; Hospital Miguel Servet, Zaragoza; Hospital San Pedro, Logroño; Hospital de Navarra, Pamplona; Hospital Marques de Valdecilla, Santander; Hospital Donosti, Donostia; Fundacion Jimenez Diaz, Madrid.

Introducción: La predicción precoz de la respuesta al tratamiento puede ayudar a identificar a los pacientes candidatos a tratamiento neoadyuvante basado en bevacizumab en cáncer de mama. Con este objetivo, en el ensayo clínico multicéntrico Imaging se valoró el pa-

pel de varios biomarcadores moleculares y de imagen.

Materiales: 73 pacientes estadio II y III con cáncer de mama fueron reclutadas en este ensayo fase II de brazo único, multi-céntrico, abierto y prospectivo. Los pacientes fueron tratados con bevacizumab (15 mg/kg) (C1) 3 semanas antes del inicio de la quimioterapia neoadyuvante consistente en 4 ciclos de docetaxel (60 mg/mq), doxorubicina (50 mg/mq) y bevacizumab (15 mg/kg) cada 21 días (C2-C5), seguido de cirugía. La proliferación y la hipoxia tumoral fueron evaluadas utilizando PET-CT con 18F-Fluorotimidina (FLT) y 18F-Misonidazole (FMISO) así como con RM con contraste dinámico mejorado (DCE-MR). Los estudios de imagen se realizaron en paralelo antes del ciclo único de bevacizumab (BL) y 14-21 días después del ciclo único de bevacizumab (C1). Entre los biomarcadores se analizó la expresión proteica por IHC (Ki67, CD31, CD31/Ki67, VEGFR2, pVEGFR2 [Y951]) antes y después del ciclo de bevacizumab (C1). La expresión génica se evaluó con el chip de Affimetrix Human Gene ST 1.0.

Resultados: La disminución en el SUV de FMISO >10%

mostró un resultado del área de la curva ROC de 0.7 (95% CI: 0.56 - 0.85) con alta especificidad (94%). Así mismo se confirmó un descenso significativo de la fosforilación de VEGFR2 (Y951) >70% con un área de la curva ROC de 0.681 (95% CI: 0.536 - 0.825) y una sensibilidad de 84% con una especificidad de 95%. El cambio en el estado de fosforilación del VEGFR2p mantiene su significación estadística en el análisis multivariado (OR=0.9, IC%95 0.96-0.99, p=0.04) una vez ajustados todos los parámetros clínicopatológicos.

Conclusiones: Nuestros datos sugieren que los cambios precoces en los marcadores FMISO y pVEGFR con un solo ciclo de bevacizumab es capaz de identificar las pacientes que pueden beneficiarse del tratamiento de quimioterapia neoadyuvante basado en bevacizumab.

P-107

RESPUESTA A LA NEOADYUVANCIA Y SUPERVIVENCIA LIBRE DE ENFERMEDAD Y SUPERVIVENCIA GLOBAL EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA TRIPLE NEGATIVO: EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Tomás Pascual Martínez, Eva Maria Ciruelos Gil, Luis Manso , Ismael Ghanem Cañete, Ray Antonio Manneh Kopp, David Lora Pablos, Cesar Mendiola Fernandez, Hernan Cortes-Funes.

Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; Unidad de investigación clínica, imas12, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: EL cáncer de mama triple negativo (CMTN) es un subtipo diferente de cáncer de mama caracterizado por la ausencia de expresión receptores de estrógenos, receptores de progestágenos y HER2/neu. TNBC es una enfermedad muy heterogénea, que suma entre el 15 y el 20% de los Cánceres de mama. A pesar de su quimiosensibilidad, las pacientes con CMTN tienen un pobre pronóstico en términos de supervivencia libre de enfermedad y supervivencia global, comparado con los cánceres de mama no triple-negativo. La quimioterapia neoadyuvante es usada frecuentemente para el tratamiento inicial de los CMTN, permitiendo una mayor tasa de cirugías conservadoras y dando información sobre la respuesta individual de cada tumor a tratamiento con quimioterapia.

Materiales: Hemos revisado retrospectivamente 66 pacientes con CMTN tratados con neoadyuvancia en nuestro centro entre 2001. Fueron divididas en tres

subgrupos: respuesta patológica completa después de la quimioterapia neoadyuvante (grupo A), tumor residual más pequeño de un centímetro de diámetro (grupo B), y tumor residual más grande un centímetro o afectación adenopática.

Resultados: (Ver tabla) Una paciente murió antes de la cirugía y otra rechazó la misma. Veinte (31%) de las otras 64 pacientes alcanzaron una respuesta patológica completa. La supervivencia libre de enfermedad fue de 2,15 años; la recurrencia de enfermedad fue más alta en el grupo C (20,64%) vs B (3pts, 23%) vs A (2 pts, 10%) (p=0,0003). Los tipos más comunes de recurrencia fueron locales (18) y hueso (9). LA mediana de supervivencia global fue de 4,5 años (95% IC 3,6 – 5,4); 3 (15%) pacientes murieron en el grupo A, 3 (23%) en B vs 16 (51%) en C (p = 0,03).

Conclusiones: La tasa de respuesta patológica completa vista en nuestra serie coincide con la reportada por otros estudios tras la quimioterapia neoadyuvante para el CMTN. LA respuesta tras la terapia neoadyuvante se relaciona con la supervivencia libre de enfermedad y la supervivencia global.

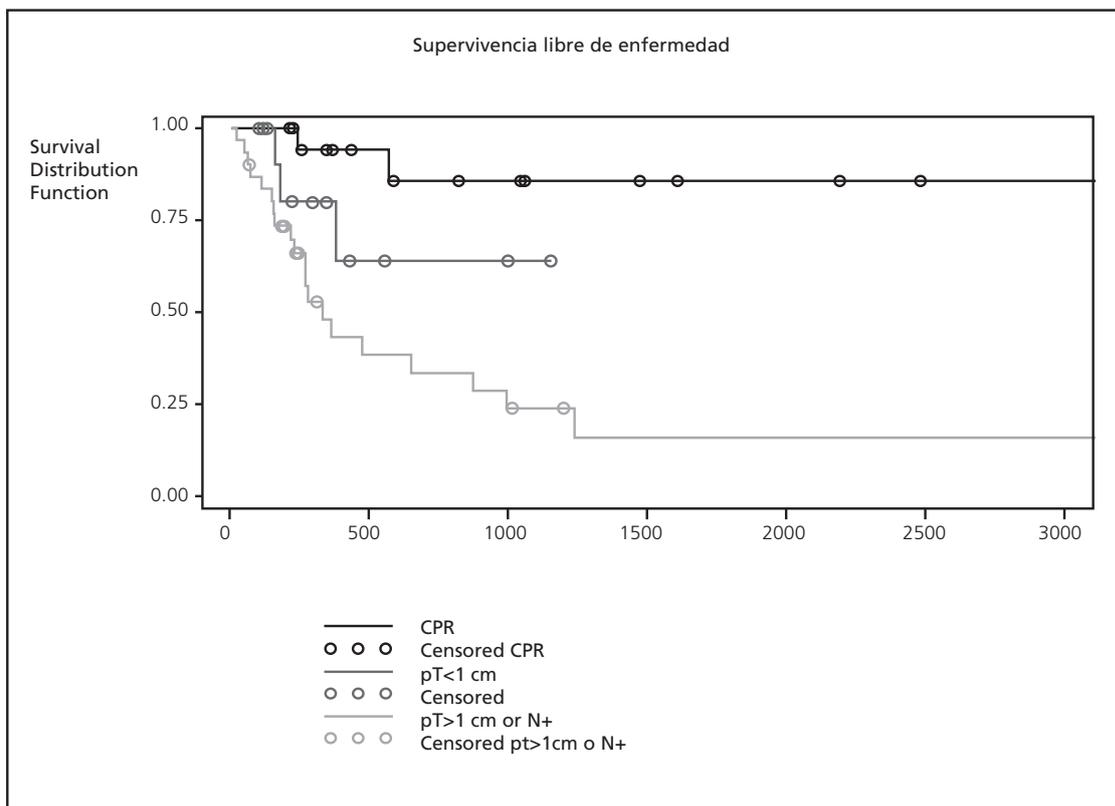
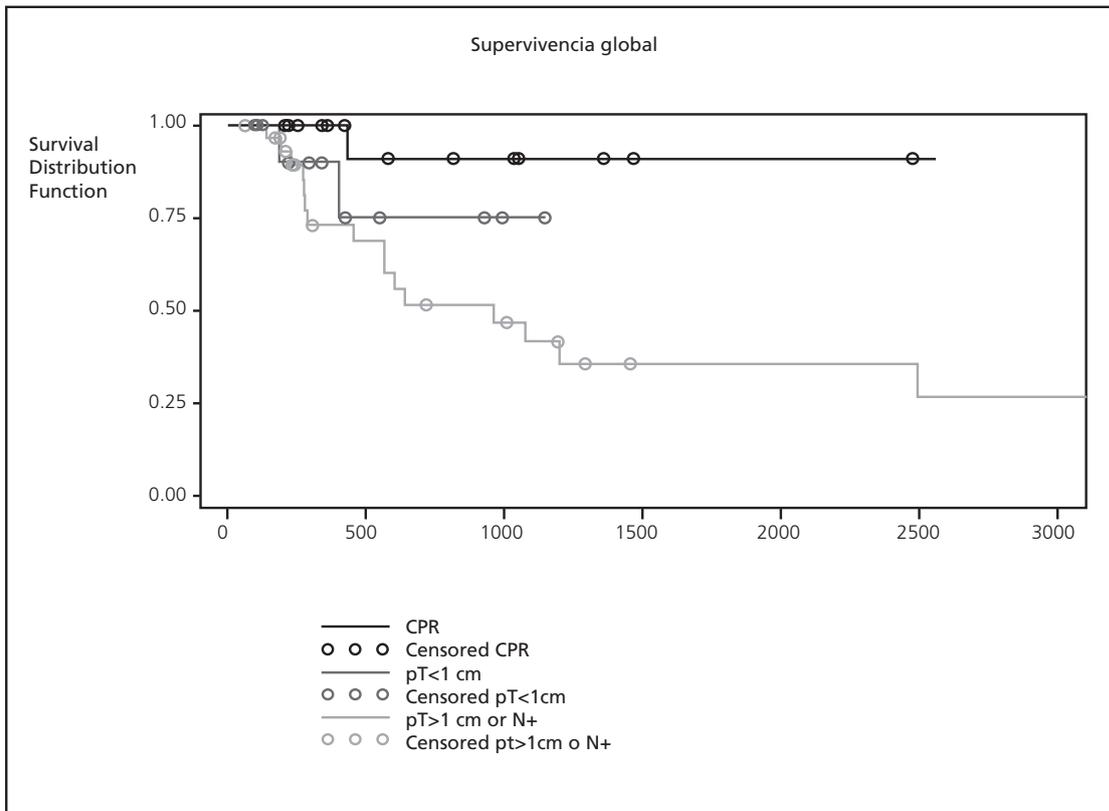
	CPR N (%)	<1cm N (%)	>1cm or N+ N (%)
N	20 (31%)	13 (20%)	31 (48%)

T1	2 (10)	1 (7)	1 (3)
T2	8 (40)	7 (53)	11 (35)
T3	2 (10)	2 (15)	9 (29)
T4	4 (20)	2 (15)	7 (22)
Multifocal	5 (25)	1 (7)	3 (9)

N0	3 (15)	2 (15)	8 (25)
N1	11 (55)	9 (69)	16 (51)
N2	3 (15)	0 (0)	3 (9)
N3	1 (5)	1 (7)	3 (9)
Missing	2 (10)	1 (7)	1 (3)

Type of CT			
No A, T	0	0 (0)	1 (3)
A, no T	2 (10)	0 (0)	4 (13)
A and T	18 (90)	13 (100)	26 (83)

COMUNICACIONES PÓSTERS: EXPOSICIÓN DE PÓSTERS



P-108

CARACTERÍSTICAS CLINICOPATOLÓGICAS EN PACIENTES AFECTAS DE CÁNCER MAMA SUBTIPO LUMINAL A

Carla Bellido Ribes*, Verónica Obadía*, Andrés Aguilar*, Sonia González*, Antonio García**, Roma Bastus*, Julián Fernández*, Luis Cirera*.

Servicio de Oncología y Hematología; ** Unidad de mama, servicio de ginecología. Hospital Universitario Mútua Terrassa.

Introducción: La importancia de los receptores hormonales, en el cáncer de mama invasivo es bien conocida. En nuestro estudio hemos comparado las características clínico-patológicas, en pacientes con subtipo luminal A, según el estado del receptor de progesterona.

Materiales: Se estudiaron 724 pacientes diagnosticados en nuestro hospital desde enero de 1998 a marzo 2010. La muestra se dividió en 2 grupos de acuerdo con el receptor de progesterona (PR) (positivo / negativo). Las características clínico-patológicas fueron: edad, grado histológico (HG), tamaño (T), el tipo histológico (TH), afectación ganglionar, metástasis (M).

Resultados: PR positivo: 90%. PR negativo: 10%. Características clínico-patológicas fueron:

	HT (%)		Ganglios (%)		Metástasis (%)
	Ductal	Lobular	Negativo	Positivo	
PR+	89	9	63	37	7
PR-	86	14	56	44	14

	Age (%)				Size (%)				HG (%)		
	50	50-69	70	T1	T2	T3	T4	HG1	HG2	HG3	
PR+	26	54	20	65	28	23	3	45	47	8	
PR-	12	62	62	53	28	7	12	35	49	17	

Conclusiones: Las pacientes tipo Luminal A y receptores de progestágenos negativos presentan tumor primario de mayor tamaño, mayor agresividad histológica, más frecuencia de infiltración axilar y mayor riesgo de metástasis.

P-109

ANÁLISIS PRONÓSTICO SEGÚN LA EXPRESIÓN DE RECEPTORES HORMONALES EN CÁNCER DE MAMA HER2-POSITIVO

Inmaculada Gallego Jiménez, David Morales Pan-corbo, José Fuentes Pradera, María Rodríguez De La Borbolla, Eva María Fernández Parra, Amelia López Ladrón, Reyes Bernabé Caro, Javier Salvador Bofill.

H^o Universitario Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

Introducción: La sobreexpresión Her 2 en el cáncer de mama constituye un fenotipo clínico cuyo pronóstico ha ido mejorando gracias al desarrollo de las nuevas terapias dirigidas. Cada vez hay más evidencias de que dentro de este grupo la expresión o no de los receptores hormonales diferencian el comportamiento y por tanto su evolución de estos pacientes. Sin duda, abren diferentes opciones terapéuticas, tanto en el tratamiento adyuvante como en la enfermedad avanzada. Recientemente se han publicado datos que orientan a un peor pronóstico en el subgrupo que expresa receptores hormonales. Presentamos un estudio para objetivar estas diferencias entre los subgrupos con expresión o no de los receptores hormonales.

Materiales: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes diagnosticados con Her-2 3+ o FISH positivo en el Hospital de Valme entre los años 2006-2010. Se estudió el intervalo libre de enfermedad (ILE) y supervivencia global (SG). También se estudió la incidencia de las metástasis cerebrales y el intervalo libre de enfermedad cerebral (ILEC). Se exploran las diferencias entre los grupos con receptor hormonal negativo (grupo A) y positivo (grupo B). Todas las pacientes han sido tratadas con al menos una línea de trastuzumab.

Resultados: N = 73 (40 del grupo A y grupo B 33). La mediana de edad fue de 58 y 55 años, respectivamente. 33 pacientes presentaron metástasis en el curso de la enfermedad. 7 pacientes fueron diagnosticadas inicialmente en estadio metastásico. Hay una diferencia de 5,0 meses a favor del grupo A en cuanto a ILE (P = 0,28). La SG fue de 52 meses en el grupo A en comparación con 48 meses en el grupo B (diferencia de 4 meses p = 0,18). El ILEC fue de 57 meses para el grupo A y 15 meses para el grupo B (p = 0,1). La incidencia de metástasis cerebrales era del 27% frente al 9%.

Conclusiones: Nuestros datos sugieren un mejor pronóstico en términos de ILE, SG e ILEC en el subgrupo de receptores hormonales negativos. Asimismo, la incidencia de metástasis cerebrales era tres veces menor en este subgrupo. Es necesario el diseño de ensayos clínicos dirigidos a este subgrupo de pacientes, así como definir adecuadamente las estrategias terapéuticas y de seguimiento.

P-110

ESTUDIO DE MICROMETÁSTASIS EN GANGLIO CENTINELA EN CÁNCER DE MAMA

David Pérez Callejo*, Elena Almagro Casado*, Blanca Cantos*, Carmen González-Lois**, Magda Palka*,

Andrea Ruiz-Valdepeñas*, Ángela Ortiz Otero**, Constanza Maximiano*, Miriam Méndez García*, Mariano Provencio*.

*Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; **Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Introducción: La afectación ganglionar es el factor pronóstico más importante en el cáncer de mama, existiendo una clara correlación de la supervivencia con el número de ganglios afectados. En los últimos años, la técnica del ganglio centinela (GC) se ha mostrado como una herramienta útil para predecir el estado ganglionar, siendo hasta la fecha necesario evaluar la linfadenectomía cuando éste está afecto. Debido a la dudosa relación pronóstica de las micrometástasis (Nmic) y la necesidad de linfadenectomía (LA) en estos casos, se revisan los GCs procesados.

Materiales: Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo de 216 pacientes sometidas a estudio de biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC) en carcinoma de mama, realizados en el Hospital Universitario Puerta de Hierro, desde enero de 2010 hasta marzo de 2012, con la introducción de la técnica de OSNA en mayo de 2011. Se estudian las variables: histología, método de procesamiento del GC, número de GC, diagnóstico intraoperatorio y definitivo, disección axilar, número de ganglios diseccionados en el procedimiento y número de ganglios totales afectados.

Resultados: De las 216 pacientes estudiadas, se observó que el 26'8 % (58) de las mismas presentaron GC positivo, con tamaños divididos entre Nmic, (19, con 8'8%) y metástasis (39, con 18%) Del total de ganglios, 123 (56.9%) fueron procesados mediante OSNA y 93 mediante estudio por congelación. La especificidad de la técnica por congelación en nuestra serie fue del 100%, con una sensibilidad del 73.33% Teniendo en cuenta los 58 ganglios positivos definitivos, 56 (96'6%) fueron sometidos a LA. De los 19 GC con Nmic, se practicó la disección axilar en 17 (89.58%), observándose afectación posterior en tres de ellos (15.79%). Los otros dos, procesados por congelación, presentaron un diagnóstico intraoperatorio de negatividad para infiltración, decidiéndose no realizar LA diferida.

Conclusiones: Aunque se desconoce el impacto de la persistencia de enfermedad tumoral en los ganglios linfáticos en SLP y SG, con los datos de nuestro análisis y dado que más de un 15% de las linfadenectomías realizadas posteriormente son positivas, no creemos que en el momento actual debe descartarse la linfa-

denectomía tras detectar Nmic en el GC. Es necesario realizar estudios con mayor número de pacientes y con seguimiento prolongado para determinar el verdadero impacto en la supervivencia.

P-111

ESTUDIO OBSERVACIONAL TRANSVERSAL PARA EVALUAR LOS FACTORES PRONÓSTICOS PARA LA ELECCIÓN DE BEVACIZUMAB COMBINADO CON QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO HER2 NEGATIVO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL-ESTUDIO AVALOX (ONCOSUR)

Luis Manso (1), Ramón Pérez-Carrión (2), José Ignacio Chacón López-Muñiz (3), Andrés García Palomo (4), Elena Galve Calvo (5), Rosa M. Llorente (6), Javier Cassinello (7), Gustavo Catalán (8), Cristina Llorca (9), Cristina Grávalos (en representación del Grupo ONCOSUR) (10).

(1,10) Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid (Centro ONCOSUR); (2) Hospital Universitario Quirón, Madrid; (3) Hospital Virgen de la Salud, Toledo (Centro ONCOSUR); (4) Hospital de León, León; (5) Hospital de Basurto, Bilbao; (6) Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia; Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara (Centro ONCOSUR); (8) Hospital Son Llatzer, Palma de Mallorca; (9) Hospital General de Elda, Alicante.

Introducción: La combinación de bevacizumab(BEV) con quimioterapia(QT) mejora la supervivencia en pacientes con cáncer de mama metastásico(CMM) HER2 negativo. Este estudio pretende conocer los factores de influencia en la elección del tratamiento.

Materiales: Estudio observacional multicéntrico en pacientes con CMM HER2 negativo que han recibido primera línea de quimioterapia con BEV.

Resultados: Desde noviembre de 2010 a noviembre de 2011, se reclutaron 124 pacientes. Mediana de edad 51(45-64)años, ECOG: 0(50%); 60% premenopáusicas, 23% triple negativo(TN), 77% receptor hormonal positivo(RH+). Enfermedad metastásica: ≥ 3 lugares:42%(TN: 32%; RH+: 45%); localizaciones: 44% hueso, 35% pulmón, 30% hígado. Las combinaciones más frecuentes basadas en BEV fueron con paclitaxel(53%) y docetaxel(14,5%). La mediana de ciclos fue 6(5-8). Una supervivencia libre de progresión ≥ 12 meses fue alcanzada en 73%; TN: 68%; RH+: 76%. La RG fue 58% (51% RP). 28% de los pacientes alcanzaron enfermedad estable y 10% progresión. TN: RG 44% (40% RP), beneficio clínico 80% (36% EE); RH+: RG 62% (54% RP), beneficio clínico 87% (25% EE). 58% presentaron al menos una

toxicidad, principalmente grado 1-2; 26% relacionada con BEV: sólo 3 (2,4%) grado 3. Recibir terapia hormonal adyuvante se asoció significativamente con SLP \geq 12 meses ($p < 0,05$). Los tumores con receptores estrogénicos positivos (RE+) (OR:0,215; IC95%: 0,08-0,56; $p=0,002$) y una localización metastásica frente a ≥ 3 (OR:0,309; IC95%: 0,12-0,83; $p=0,02$) fueron factores independientes asociados con la selección de paclitaxel-BEV en toda la muestra. Las metástasis en hígado se relacionaron significativamente con la administración de paclitaxel-BEV ($p < 0,01$).

Conclusiones: Nuestros hallazgos sugieren que la primera línea de quimioterapia más BEV es un régimen activo y tolerable para los pacientes con CMM TN o RH+ HER2 negativo. La presencia de RE+ y un lugar metastásico fueron factores independientes para la selección de una terapia con paclitaxel-BEV. La presencia de metástasis en hígado se asoció con la administración de paclitaxel-BEV. Los datos se actualizarán en próximos congresos.

P-112

INCIDENCIA DE NEUTROPENIA FEBRIL CON EL ESQUEMA DE QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE PARA CARCINOMA DE MAMA FECX3 SEGUIDO DE DOCETAXELX3 SECUENCIAL

María Hidalgo Martínez, Patricia Seoane Couselo, Garbiñe García Gómez, Garbiñe Unanue Oyarbide, Beatriz Mareque Rivas, Jose María Arrieta Garmendia, Iratxe Intxaurbe Echeverria, Isabel Pérez Basoco, Maite Nogales García, Severina Dominguez Fernández.
HUA (sección Txagorritxu).

Introducción: La quimioterapia adyuvante en cáncer de mama se emplea en la práctica clínica en pacientes con alto riesgo de recaída tumoral. En este contexto el empleo de esquemas basados en antraciclinas y taxanos está ampliamente extendido. Entre ellos el esquema FEC (5-Fluoracilo 500 mg/m², 4- Epirubicina 100 mg/m², Ciclofosfamida 500 mg/m²) por tres ciclos seguido de Docetaxel (100 mg/m²) por tres ciclos es uno de los más usados. Ante la percepción clínica de elevada toxicidad hematológica con este esquema en nuestro centro decidimos revisar la incidencia de neutropenia febril objetiva en las pacientes tratadas con dicho esquema.

Materiales: Realizamos un estudio retrospectivo con las pacientes tratadas con este esquema entre 2006 y 2011. La muestra incluye 59 pacientes con una edad media de 54,2 años. Todas presentaban afectación ganglionar y/o criterios de riesgo para recibir quimioterapia adyuvante, con PS 0-1.

Resultados: De 59 pacientes tratadas, 12 presentaron neutropenia febril, que requirieron administración de antibioterapia de amplio espectro y en los casos con criterios de gravedad G-CSF. Esto supone el 20,3% de las mujeres tratadas. No hubo ningún fallecimiento. De 12 mujeres que presentaron neutropenia febril, 6 lo hicieron durante los ciclos 1-3 (tratamiento con FEC) y otras 6 durante los ciclos 4-6 (tratamiento con docetaxel), lo que supone en ambos casos el 10,1%.

Conclusiones: La incidencia global de neutropenia febril en nuestras pacientes fue del 20,3% con una incidencia durante el tratamiento con Docetaxel del 10,1%. En el ensayo FNCLCC PACS 01 se objetivaron tasas de neutropenia febril globales del 11,2%, con tasas del 7,4% durante los ciclos 4-6 (Docetaxel). Los datos obtenidos en nuestra revisión, aunque algo superiores, son superponibles a los reflejados hasta ahora en la bibliografía.

P-113

PROGRESIÓN A LA PRIMERA LINEA DE TRATAMIENTO DEL CANCER DE MAMA METASTÁSICO SEGUN MARCADORES TUMORALES Y PRUEBAS DE IMAGEN. ¿PUEDEN SER UTILIZADOS INDISTINTAMENTE?

Veronica Pereira, Luis Feliz, Alejandra Armengol, Ivan Victoria, Ana Arance, Marc Campayo, Xavier González, Montserrat Muñoz.

Servicio de Oncología Médica. ICHMO. Hospital Clínic. Barcelona.

Introducción: La respuesta a las diferentes líneas de tratamiento del carcinoma de mama metastásico (CMM) debe ser monitorizada para evitar prolongar el tratamiento cuando este no es eficaz. La valoración de la respuesta se realiza mediante pruebas de imagen (TAC tóraco-abdominal o gammagrafía osea) dirigidas a las lesiones metastásicas existentes. Menos frecuentes son la valoración de la respuesta mediante PET o Resonancia Magnética. Los marcadores tumorales a menudo son un apoyo a la valoración radiológica, pero no se suelen utilizar como única medida de evaluación a pesar de que ASCO avala su uso como monitorización de la respuesta. Objetivos: Nuestro objetivo es comparar la utilidad de los marcadores tumorales frente a las pruebas de imagen en la valoración de la eficacia del tratamiento en la primera línea de CMM (PL-CMM).

Materiales: Estudio retrospectivo de una serie de 91 pacientes con CMM tratadas en el Hospital Clínic entre los años 1994-2012.

Resultados: En nuestra serie de 91 pacientes con CMM la mediana de edad en el momento del

tratamiento de PL-CMM a la recaída fue de 57 años con unos extremos (34-83). El estudio de expresión de RE mostró en 57 pacientes (62,6%) RE positivos, 16 (17,5%) desconocidos y el resto de pacientes sin expresión de RE. Cuarenta y ocho pacientes (52,7%) expresaban RP, siendo desconocidos en 15 pacientes (16,4%) y el resto negativos. HER2+ estaba sobre-expresado o amplificado en 20 (21,9%) pacientes. La mediana del Intervalo Libre de Enfermedad (ILE) fué de 49 meses (extremos 32-183). Veinticuatro (26,3%) pacientes presentaron metástasis viscerales al inicio: 17 (18,6%) hepáticas, 18 (19,7%) pulmonares, 8 (8,7%) pleurales, 2 (2,1%) cerebrales y 1 paciente con metástasis peritoneal. Cuarenta y una pacientes (45%) se diagnosticaron de metástasis oseas y 26 metástasis ganglionares (28,5%) 44 (48,3%) recibieron de inicio tratamiento hormonal y 47 (51,2 %) quimioterapia. Las 32 (35,1%) pacientes restantes presentaban elevación de MT al inicio de la primera línea de tratamiento. A la progresión de la primera línea de tratamiento. Sesenta (65,9%) pacientes presentaron elevaciones del marcador tumoral durante la evolución de la enfermedad metastásica. El Tiempo a la Progresión de las pacientes con CMM en primera línea de tratamiento calculado según progresión por imagen fue de 18.5 (5-46), mientras que las pacientes con elevación de marcador tumoral al inicio o a la progresión de la primera línea de tratamiento hormonal presentaron un TP de 9 meses (0-30.7).

Conclusiones: Probablemente la monitorización de los marcadores tumorales permite conocer con mayor precisión que la valoración radiológica la respuesta al tratamiento administrado, siendo una evaluación precoz de la eficacia de los tratamientos para CMM.

Otros tumores

P-114

ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL MELANOMA EN EL REGISTRO DE CÁNCER DE LA CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA (CUN): AÑOS 1999-2011

Maria Cruz Martínez Cosgaya, Imelda Echenique Gubía, María Jesús Martínez Alvarez-Nava, Lourdes Soria, Josune Goicochea, Salvador Martín Algarra.
Dept. Oncología. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

Introducción: Melanoma es uno de los tumores mas frecuentes en Occidente. Su incidencia y mortalidad en España es de las mas bajas de Europa, aunque su incidencia ha aumentado considerablemente en las últimas décadas. Por este motivo es importante contar con estudios epidemiológicos actualizados. Se describen características epidemiológicas, patológicas y clínicas de los melanomas incluídos en el Registro de Cáncer de la CUN (RCCUN).

Materiales: Estudio retrospectivo de pacientes con melanoma incluidos en el RCCUN de 1999 a 2011, Se analizan: edad al diagnóstico, sexo, subtipo histológico, localización del primario, Breslow y Clark, tratamientos más relevantes, localizaciones metastásicas, datos de seguimiento y supervivencia.

Resultados: Se han registrado 1013 melanomas. La distribución por sexos es similar: 509 hombres y 504 mujeres. La mediana de edad al diagnóstico ha sido 51 años (10-93). La localización mas frecuente es tronco (31%) seguido de extremidad inferior (29,2%), siendo mas frecuente tronco en hombres (39,1%) y en mujeres extremidad inferior (37,9%). No se han observado diferencias en lateralidad de extremidades. El 10,8% de los casos se originan en localizaciones diferentes a la piel: 5,13% en ojo y 3,26% en mucosas. El I. de Breslow ha sido más elevado en melanoma nodular y más bajos en extensión superficial. El 53,60% de los pacientes consultan en estadios avanzados: metastásico (35,83%) y regional (17,77%), siendo las metástasis más frecuentes: pulmón, hueso, hígado y SNC. Han recibido tratamiento en nuestro centro 583 pacientes: cirugía 76%, quimio-inmunoterapia 51%, radioterapia 15,8%, hipertermia 8,6% y 6,8% han participado en ensayos clínicos. La mediana de seguimiento es de 782 días (30 a 4.712 días).

Conclusiones: Es necesario continuar y ampliar los estudios epidemiológicos en pacientes con melanoma, tanto en registros hospitalarios como en registros poblacionales para avanzar en el conocimiento de esta patología.

P-115

ESTUDIO DE MUTACIONES DE BRAF Y C-KIT EN MELANOMA METASTÁSICO (MM): EXPERIENCIA DE LA CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA (CUN)

Eduardo Castañón, Tania Labiano, Miguel A. Idoate, Miguel Fernandez-Sanmamed, Leyre Zubiri, Ainhoa Castillo, Juan Pablo Fusco, Alfonso Gúrpide, Maria D. Lozano, Salvador Martin Algarra.

Departamentos de Oncología y de Anatomía Patológica. * Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

Introducción: Los avances en biología molecular del melanoma han permitido el desarrollo de nuevas terapias dirigidas en MM. En las series de pacientes portadores de mutación BRAF-V600E el uso de inhibidores de BRAF (iBRAF) consigue tasas de repuesta del 60-80%. En pacientes con con mutaciones de CKIT, sobre todo melanomas acrales o de mucosas, Imatinib ha demostrado beneficio clínico. El estudio de BRAF y CKIT permite, por tanto valorar la indicación de estos fármacos.

Materiales: Se estudian mutaciones de BRAF y CKIT de 147 muestras de MM (123 pacientes: 69 varones, 54 mujeres) por secuenciación directa (ABI PRISM 310) y con COBAS 4800. De la base de datos de nuestro centro se recogen variables clinicopatológicas demográficas y clínicas. La extracción de DNA se realiza sobre biopsias en 85 casos y en material citológico en 62. Se compararon los resultados de BRAF en 9 muestras pareadas con citología/biopsia del mismo tumor.

Resultados: Se detecta mutación de BRAF en 63 pacientes (51.2 %): 48 V600E (76.2 %), 3 V600K (4.76 %), 2 V600R (3.17%) y 10 V600 (Cobas). Once pacientes han recibido inhibidores de BRAF, en ensayos clínicos. Se estudian mutaciones de CKIT en 25 pacientes, detectando mutación en C-KIT en el codón 576, exón 11, (CTT por CCT) en dos casos (melanoma acral y de pene). La presencia de mutación BRAF no se asocia con mayor frecuencia a ninguna de las variables demográficas y clínicas estudiadas (Chi cuadrado). Se presentarán datos actualizados de supervivencia libre de enfermedad y supervivencia global en pacientes no tratados con inhibidores de BRAF. La concordancia de resultados en las muestras pareadas (citología/biopsia) fue 100%.

Conclusiones: Las mutaciones de BRAF son frecuentes en MM (51.2%). La eficacia de los nuevos tratamientos hace necesario incorporar el estudio de mutaciones de BRAF y CKIT en los protocolos diagnósticos de MM. El análisis de mutaciones BRAF y CKIT en muestras citológicas de calidad es factible y permite la administración de terapias dirigidas en pacientes en los que no se dispone de biopsia.

P-116

GEMOX ES UN RÉGIMEN DE RESCATE EFICAZ EN LINFOMA DE HODGKIN EN RECAÍDA O REFRACTARIO

Florencia García Casabal*, José Rodríguez**, Andrés López***, Pilar Paredes**, Javier Vercher****, Raquel Del Campo*****, Pilar Galán*****, Miquel Morey**, Joan Besalduch**, Antonio Gutiérrez**.

*Servicios de Oncología; **Hematología del Hospital Universitario Son Espases de Palma; ***Servicio

de Hematología del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona; ****Hospital Can Misses de Ibiza; *****Hospital Son Llatzer de Palma; *****Hospital Mateu-Orfila de Menorca.

Introducción: Un tercio de los linfomas de Hodgkin (LH) acaban recayendo y precisando quimioterapia de rescate. El número de fármacos utilizados en rescate es limitado y se precisa la introducción de nuevas drogas que aumenten la eficacia con toxicidad manejable. En la presente comunicación reportamos los resultados de un estudio piloto con el esquema GemOx que combina la eficacia de la gemcitabina en LH con el oxaliplatino, un platino con menor toxicidad.

Materiales: Se incluyeron 28 pacientes con linfoma de Hodgkin en recaída o refractarios. La mediana de edad fue de 24 años; al diagnóstico el 50% presentaron estadios avanzados; el 48% un IPS de 3 o más y el 31% enfermedad voluminosa. Fueron tratados con esquema GemOx (1000 mg/m² gemcitabina y 100 mg/m² oxaliplatino en día +1 cada 2-3 semanas) 17 pacientes (61%) en recaída y 11 (39%) en situación de refractariedad (2 en respuesta parcial).

Resultados: Con una mediana de seguimiento de 46 meses el 50% de los pacientes están vivos y el 46% no han recaído. El 75% de los pacientes respondieron (32% de respuestas completas). La tasa de respuestas tendió a ser superior en recaída (88%) en comparación con refractariedad (54%). Un 9% presentaron neurotoxicidad grado 1-2. Hubo toxicidad hematológica grado 3-4 como neutropenia (25%), anemia (15%) y trombopenia (33%). Las causas de muerte fueron infección en 2 casos (7%) y progresión en 8 (28%). La supervivencia libre de progresión en los pacientes consolidados con TAPH o trasplante autólogo fue del 100% en comparación con los no consolidados (14%) (p=0.009).

Conclusiones: El régimen GemOx es altamente eficaz en LH refractario o en recaída con una toxicidad muy manejable. El esquema obtiene mejores resultados en situación de enfermedad en recaída que en refractariedad. Es recomendable la consolidación posterior de la respuesta.

P-117

REGISTRO DE CÁNCER DE LA CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA (RCCUN): ESTUDIO DESCRIPTIVO DE CASOS INCLUIDOS EN EL PERIODO 2002-2011

Maria Jesús Martínez Álvarez-Nava, Maria Cruz Martínez Cosgaya, Imelda Echenique Gubia, Eduardo Castañón, Estefanía Arévalo, Omar Carranza, Salvador Martín Algarra.

Departamento de Oncología. Clínica Universidad de Navarra.

Introducción: En el año 2002 se puso en marcha en la CUN un sistema de registro informatizado consistente en una base de datos Oracle en Visual Basic 5 que permite obtener datos directamente desde el sistema informático y facilita la inclusión de todos los casos de cáncer atendidos en el centro, En este trabajo se presenta un estudio descriptivo de los tumores incluidos en el RCCUN. Se analizan variables demográficas y clínicas incluyendo diagnóstico, localizaciones, extensión clínica y tratamientos.

Materiales: Se sigue el método de codificación topográfico y morfológico de la Clasificación Internacional de Enfermedades Oncológicas (CIE-O) 3ª edición, y se incluyen todos los tumores malignos e in-situ, así como tumores benignos y de naturaleza incierta del SNC e hipófisis. No se registran carcinomas espinocelulares y basocelulares cutáneos no metastásicos.

Resultados: Del año 2002 al 2011, se registran 31.577 neoplasias correspondientes a 30.198 pacientes (15883 hombres y 14315 mujeres). Se incluyen 2576 (9%) pacientes con dos o más tumores sincrónicos o metacrónicos. La mediana de edad al diagnóstico ha sido 57 años (1mes-104 años). Las localizaciones más frecuentes son mama (17,44%), colo-rectal (12,65%), pulmón (11,84%), próstata (8,2%) y cabezuello (5,26%). Las histologías más frecuentes son adenocarcinoma 17.411 (55%), carcinoma escamoso 3.207 (10%), tumores hematológicos 2.193 (7%), sarcomas 1.415 (5%) y melanoma 1.133 (4%) Un 35% de los pacientes registrados consultan en estadios localizados y un 40% en estadios localmente avanzados o metastásicos. El 1,9% de los casos registrados corresponden a tumores in situ. Se ha aplicado algún tipo de tratamiento en 18.311 (58%): Cirugía 9.386 (51,25%), Quimioterapia 9.726 (53,11%), radioterapia 9.363 (51,13%), hormonoterapia 2.296 (12,54%), otros tratamientos 1.486 (8,12%) y 681 (3,72%) han participado en ensayos clínicos.

Conclusiones: Los Registros hospitalarios de cáncer ayudan a desarrollar estrategias de planificación, investigación y calidad que pueden mejorar la atención a pacientes oncológicos.

P-118

OSTEONECROSIS DE MANDÍBULA Y ÁCIDO ZOLENDRÓNICO

Jose Ignacio Chacón López-Muñiz, Begoña Martínez Carrasco, Nazaret Cordero Franco, Sonia Alonso Soler, Laura Díaz Paniagua, Alberto San Juan del Moral,

Lourdes Fernández Franco, Ana Rubio Salvador, Carmen Esteban Esteban, Miguel Ángel Cruz Mora.
Servicio de Oncología Médica. Hospital Virgen de la Salud. Avenida Barber s/n, Toledo.

Introducción: El tratamiento con ácido Zolendronico ha sido asociado con el desarrollo de osteonecrosis de mandíbula como efecto secundario. En Noviembre de 2005 se emitió una alerta de seguridad por parte de la Agencia Española del Medicamento sobre dicho efecto secundario. El objetivo de nuestro estudio es averiguar si dicha alerta ha modificado el patrón de administración de ácido zolendronico en nuestro Hospital.

Materiales: Nuestro estudio se trata de un estudio retrospectivo, empleando la información de nuestra base de datos (Oncobass) aportada por parte del equipo médico y de enfermería de nuestro Servicio de Oncología, así como por parte del Servicio de Farmacia. Se incluyeron todos los pacientes oncológicos que recibieron tratamiento con ácido zolendronico entre las fechas de enero de 2002 y diciembre de 2011. Se estratificaron dos grupos de pacientes, aquellos que recibieron ácido zolendronico antes de la alerta de seguridad emitida y los que lo recibieron después. La variable principal era el tiempo entre dos dosis consecutivas, y las variables secundarias eran la edad, el sexo y el diagnóstico principal en cada caso. Se aplicó un análisis estadístico descriptivo en ambos grupos y la comparación de la media del tiempo entre dos dosis consecutivas antes y después de la alerta se calculó mediante la t de Student o el test de Mann-Whitney (con un valor de la p estadísticamente significativo si $p < 0.05$).

Resultados: Se identificaron 761 pacientes 374 (49.2%) varones, 387 (50.8%) mujeres, con una media de edad de 64 años (25 – 92). Recibieron 7301 dosis (media: 9.6 dosis/paciente), 2353 (32.2%) antes de la alerta y 4948 (67.8%) después de la alerta. Los diagnósticos oncológicos fueron cáncer de mama 257 pacientes (33,77%), que recibieron 2918 dosis (40%), con una media de 11.4 d/p, mieloma múltiple 167 pacientes (21.94%), 2001 dosis (27%), 12 d/p, adenocarcinoma de próstata 129 pacientes (16.95%), 1510 dosis (20.7%), 11.7 d/p, cáncer de pulmón 112 pacientes (14.72%), media 4.2 d/p, 465 dosis (6.4%) y otros 96 pacientes (12.61%), 407 dosis (5,5%), 4.2 d/p. El 43% de las dosis (3126 dosis) se administraron a varones y el 57% a mujeres (4149). El tiempo entre dos dosis consecutivas aumentó significativamente después de la alerta de seguridad emitida por la Sociedad Española del medicamento [32.12 vs 33.87 días (d);

$p < 0.001$; CI 95% (-0.79)-(-0.90)]. Por patologías las diferencias fueron estadísticamente significativas exclusivamente para el mieloma múltiple [35.8 vs 44.4 d; $p < 0.001$; CI 95% (-10.19)-(-6.99)] y para el adenocarcinoma de próstata [28.67 vs 32.03; $p < 0.001$; CI 95% (-5.08)-(-1.63)], pero no para otros diagnósticos. La mediana de dosis por paciente permaneció invariable antes y después de la alerta para todas las patologías, excepto en el caso del mieloma múltiple. (13 d/p vs 8.3 d/p).

Conclusiones: En nuestro medio la alerta de seguridad publicada sobre la osteonecrosis de mandíbula secundaria a la administración de ácido zolendrónico, no ha variado sustancialmente su esquema de administración.

P-119

TÉCNICAS DE DEFORMACIÓN MIOCÁRDICA PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE CARDIOTOXIDAD EN PACIENTES EN TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO: PROTOCOLO GECAME

Angela Lamarca (1), Diego Iglesias del Valle (2), Teresa López Fernández (2), Daniele Gemma (2), Miguel Canales (3), Antonio Buño (4), Elena Ramirez (5), Jose Luis López-Sendón (2), Enrique Espinosa (1), Jaime Feliu (1). (1) Servicio Oncología Médica, Hospital Universitario La Paz, Madrid; (2) Servicio Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid; (3) Servicio Hematología, Hospital Universitario La Paz, Madrid; (4) Servicio de Análisis Clínicos, Hospital Universitario La Paz; (5) Servicio de Farmacología Clínica, Hospital Universitario La Paz.

Introducción: La cardiotoxicidad por fármacos anti-neoplásicos suele diagnosticarse cuando la disfunción del ventrículo izquierdo (VI) esta ya establecida y con repercusión clínica. El protocolo GECAME (Grupo de Estudio de Cardiotoxicidad por Medicamentos) es un registro multidisciplinar del Hospital Universitario La Paz que plantea analizar la utilidad de las técnicas de deformación miocárdica (Strain) para la detección precoz de cardiotoxicidad por quimioterapia.

Materiales: Se analizaron pacientes tratados con fármacos cardiotoxicos en los servicios de Oncología y Hematología del Hospital Universitario La Paz con seguimiento por el servicio de Cardiología con ecocardiogramas transtorácicos (ETT) semestrales (Agosto 2011-Mayo 2012). En la realización de los ETT se recogieron diámetros y volúmenes ventriculares, parámetros de función sistólica y diastólica e imágenes bidimensionales del VI para el análisis del Strain longitudinal global (SLG).

Resultados: Se han analizado los datos de 24 pacientes con seis meses de seguimiento ecocardiográfico. El 75% eran mujeres. La mediana de edad al inicio del seguimiento era de 55 años (rango 23-85), solo un 16,5% tenían antecedentes cardiológicos y únicamente el 4% de los pacientes recibieron radioterapia torácica. Se incluyeron predominantemente pacientes con linfomas (45,8%) y cánceres de mama (50%). El fármaco cardiotoxico más empleado fue la adriamicina (66,7%). Tras seis meses de seguimiento, solo un paciente había fallecido y solo uno había desarrollado clínica de insuficiencia cardiaca. Se observó un aumento del volumen telediastólico de VI de 78,9 a 96,1 ml ($P=0,01$) y una reducción significativa del MAPSE (mitral annular plane systolic excursión) de 17,45 a 15,45 mm ($P=0,04$). La fracción de eyección media pasó de 65,3% a 59,6% ($P=0,005$). Se detectó un deterioro del SLG en el 87,5% de los 16 pacientes con Strain valorable por ETT, pasando el SLG medio de -20,1% a -17,4% ($P < 0,001$).

Conclusiones: Las técnicas de deformación miocárdica (Strain) permiten la detección precoz de la disfunción silente de la función de VI, infradiagnosticada con las técnicas ecocardiográficas habituales, con las implicaciones pronósticas y terapéuticas que ello conlleva.

P-120

USO CITARABINA INTRATECAL EN CARCINOMATOSIS LEPTOMENÍNGEA EN PACIENTES CON NEOPLASIAS SÓLIDAS

Alba Hernández García, Ana Cebollero De Miguel, María Álvarez Alejandro, Jorge Hernando Cubero, Isabel Pajares Bernad, Julia Muna Madani Perez, Esther Millastre Bocos, Juan Lao Romera, Antonio Antón Torres, Lourdes Calera Urquizu.

Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: La carcinomatosis leptomeníngea se presenta hasta en un 5% de los pacientes con cáncer, frecuentemente asociada a estadios avanzados y metástasis cerebrales. Su tratamiento se limita a paliación sintomática y prevención de deterioro neurológico. Esta revisión relata la experiencia del Hospital Miguel Servet en el uso de citarabina intratecal, en neoplasias sólidas con carcinomatosis leptomeníngea.

Materiales: Revisión retrospectiva de 19 pacientes diagnosticados de neoplasia sólida con carcinomatosis leptomeníngea, tratados con esquema citarabina intratecal 50 mg quincenal por el servicio de oncología médica.

Resultados: Desde enero de 2007 hasta marzo de 2012, 19 pacientes han sido tratados con citarabina intratecal. El 68,4% mujeres. Mediana de edad 52 años (40-78). El 48% neoplasias estadio IV: 47% pulmonares, 37% mamarias y 5,2% melanoma, gástrico y vejiga, respectivamente. Previamente el 73,7% había recibido radioterapia y el 84,2% quimioterapia. En 3 pacientes el diagnóstico tumoral coincidió con carcinomatosis, en el resto la media de meses hasta diagnóstico fue de 30. La mayoría, se diagnóstico por RMN (57,9%). Al diagnóstico el 73,7% presentaba ECOG 3. Las manifestaciones clínicas principales fueron alteración de fuerza y desorientación. El 57,9% presentaba enfermedad limitada a sistema nervioso. Fuera del sistema nervioso la localización metastásica más frecuente fue la ósea (30,2%). Presentaban al diagnóstico o desarrollaron metástasis cerebrales el 52,6%. Mediana de ciclos administrado 2 (1-8). No se evidenció complicación en administración o efectos secundarios en ningún caso. Más de la mitad de los pacientes presentaron mejoría clínica tras el primer ciclo. Las causas principales de finalización de citarabina fueron el deterioro clínico y progresión (en el 62,5% fue en el sistema nervioso). Siete pacientes recibieron quimioterapia concomitante, siendo los agentes más utilizados el carboplatino e irinotecan. El tiempo medio desde última citarabina hasta muerte fue de 51,8 días y la supervivencia desde diagnóstico de carcinomatosis hasta fallecimiento de 97,1 días.

Conclusiones: La carcinomatosis leptomeningea es una de las complicaciones más graves en pacientes con cáncer. Su diagnóstico temprano es difícil y su terapéutica un reto para el oncólogo. Sin embargo, aquellos pacientes con performance estatus conservado y paucisintomáticos la citarabina intratecal puede mejorar su calidad de vida y sintomatología, con incremento de la supervivencia, sin una toxicidad excesiva.

P-121

1ª REUNIÓN NACIONAL DE TRABAJO MULTIDISCIPLINAR EN ONCOGERIATRÍA: DOCUMENTO DE CONSENSO

Maite Antonio Rebollo (1), Juana Saldaña (2), Francesc Formiga (4), Alicia Lozano (3), Jesús González-Barboteo (5), Ana Casas (2), Ismael Herruzo (3), Jose Antonio Serra (4), Jordi Trelis (5).

(1) *Comisión de Onco-Geriatria Institut Català d'Oncologia l'Hospitalet-Hospital Duran i Reynals;*
(2) *Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM);*
(3) *Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR);*
(4) *Sociedad Española de Geriatria y Geron-*

tología (SEGG);
(5) *Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL).*

Introducción: El progresivo envejecimiento de la población y la asociación de cáncer y envejecimiento hace que cada vez sean más los pacientes geriátricos susceptibles de recibir un tratamiento oncoespecífico. Son pacientes de manejo complejo y con poca representación en ensayos clínicos por lo que no existe evidencia científica suficiente a la hora de plantear tratamientos. El pasado mes junio el Institut Català d'Oncologia l'Hospitalet acogió la primera Reunión de Trabajo Multidisciplinar en Oncogeriatría. Iniciativa conjunta de las Sociedades Médicas de Oncología Radioterápica, Geriatria y Gerontología, Cuidados Paliativos y Oncología Médica, tuvo como objetivo iniciar una línea de trabajo conjunta entre las diferentes especialidades que intervienen habitualmente en el manejo del paciente de edad avanzada con cáncer. Fruto de esa reunión se ha elaborado un documento de consenso. Objetivo: Conocer la situación de la Oncogeriatría en España, detectar necesidades y elaborar un plan de actividades futuras que incluyan la unificación de criterios evaluadores, la creación de protocolos asistenciales y la realización de estudios dirigidos a población anciana.

Materiales: Participaron 27 profesionales seleccionados por las distintas sociedades: 5 geriatras, 5 oncólogos médicos, 6 oncólogos radioterápicos, 5 paliatólogos y 6 miembros de la comisión de Oncogeriatría del ICO. La actividad se estructuró en 2 sesiones: en la primera, se recogió, por especialidades, las principales inquietudes que el manejo del paciente anciano oncológico plantea en la práctica diaria (Tabla 1); en la segunda, divididos en grupos de trabajo multidisciplinares, se elaboraron las conclusiones.

Tabla 1. Preguntas abiertas planteadas para la discusión.

1. Situación de la oncogeriatría en cada uno de los centros
2. Intervención oncológica precoz en el paciente anciano
3. Instrumentos de evaluación o cribaje
4. Modelos de intervención y/u organización
5. Circuitos e criterios de derivación a otras disciplinas
6. Seguimiento de los pacientes no subsidiarios a tratamiento onco-específico
7. Aportación de los Cuidados Paliativos a la Oncogeriatría
8. Necesidad de guías específicas en el manejo sintomático en paciente anciano con cáncer avanzado
9. Otras sugerencias o comentarios

Resultados: (Tabla 2).

Tabla 2. Resumen de las principales conclusiones de la Jornada.

- En todo centro hospitalario donde se realizan tratamientos oncoespecíficos debería existir una comisión de Oncogeriatría.
- La toma de decisión sobre el tratamiento a realizar debe realizarse en Comités organizados por patología.
- Se recomienda la realización de un screening básico a todo paciente > 75 años con el fin de detectar aquellos pacientes que requieran una valoración Geriátrica Integral (VGI).
- Este screening debe incluir una valoración de las esferas funcional, cognitiva y sociofamiliar.
- Es necesario consensuar las escalas de valoración a utilizar.
- Es necesario sensibilizar e implicar a profesionales de niveles asistenciales no hospitalarios en el proceso de evaluación y seguimiento.

P-122

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PATOLOGÍA TUMORAL CARDÍACA

Sara Estalella Mendoza*, Francisco Javier Camacho Jurado**, Petra Rosado Varela*, Patricia Ramírez Daffós*, Cristina Cortés Carmona*, María José Gómez Reina*, Esperanza Arriola Arellano*, Antonio Rueda Ramos*, Jose Antonio Contreras Ibañez*, Jose Manuel Baena-Cañada*.

*Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz; **Servicio de Cardiología. Hospital Punta Europa. Algeciras. Cádiz.

Introducción: El estudio de la patología tumoral del corazón, por su escasa prevalencia, constituye una faceta reducida de la actividad de los servicios de imagen cardíaca. Presentamos un estudio descriptivo cuyo objetivo es conocer las características clínicas, los métodos diagnósticos, prevalencia y naturaleza de las masas cardíacas.

Materiales: Se registraron 11 pacientes diagnosticados de masas cardíacas de tamaño considerable en 2011.

Resultados: La edad media es de 43 ± 18 años, 2 pacientes eran varones y 9 mujeres. La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular fue: DM (18%), HTA (45%), dislipemia (27%), obesidad (54%) y tabaquismo (18%). En el 9% de los casos fue un hallazgo incidental, frente al 91% que presentaba algún síntoma asociado. Los síntomas principales fueron: insuficiencia cardíaca congestiva (58%), ictus (27%), tromboembolismo pulmonar (18%), síncope (9%) y fiebre (36%). El método diagnóstico más utilizado fue el Ecocardiograma transtorácico (90%), comple-

tándose con Ecocardiograma transesofágico en todos los casos. Un solo caso fue diagnosticado con TAC torácico, en el estudio de extensión de un tumor tiroideo. Las masas se localizaron en la aurícula izquierda (36.4%), la aurícula derecha, la válvula aórtica y mitral (18.2%), y la válvula pulmonar (9.1%). El diagnóstico inicial coincidió con el anatomopatológico en el 66% de los casos intervenidos. El diagnóstico más frecuente fue el de mixoma cardíaco y fibroelastoma correspondiendo solo uno de los casos a metástasis de leiomiocarcinoma tiroideo. La mortalidad fue del 36.4% incluyendo el tumor metastásico.

Conclusiones: Llama la atención en nuestra serie la frecuencia de tumores primarios benignos, ya que los tumores cardíacos metastásicos son la patología tumoral cardíaca más frecuente. En más de la mitad de los casos su naturaleza corresponde con el diagnóstico clínico, siendo la técnica más empleada para ello el ecocardiograma transtorácico. Pese a que su incidencia es baja, debe de sospecharse ante clínica cardiológica inexplicable en pacientes oncológicos.

P-123

EPIDEMIOLOGIA DE LOS LINFOMAS GÁSTRICOS EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA. ESTUDIO RETROSPECTIVO 2000-2011

Wilver Federico Carbonel Luyo, Francisco Ramón García Arroyo, Isabel Lorenzo Lorenzo, Pedro Miguel López Clemente, Elena Gallardo Martín, Lidia Vázquez Tuñas, Lorena Cadavid Vieitez, Antía Cousillas Castiñeiras, Manuel Constenla Figueiras.

Servicio de Oncología Médica. Complejo Hospitalario de Pontevedra.

Introducción: Los linfomas gástricos primarios son poco frecuentes y representan aproximadamente entre el 2 - 7 % de todas las neoplasias gástricas. Es el más común de los linfomas extraganglionares. En los últimos años, se ha publicado un aumento en su incidencia, con un pico entre la sexta y séptima década de vida. La mayoría son de tipo B y alrededor del 40% son linfomas MALT (Mucosaassociated lymphoid tissue) seguidos de los Linfomas B Difusos de Células Grandes (LBDCG). El objetivo de nuestra serie de casos fue revisar las características clínico-terapéuticas de los linfomas gástricos en nuestro servicio en el periodo 2000-2011.

Materiales: Serie retrospectiva de linfomas gástricos primarios atendidos en el Servicio de Oncología del Complejo Hospitalario de Pontevedra en el periodo

2000 – 2011. Los criterios de inclusión fueron: tener confirmación histológica de linfoma gástrico primario y datos completos en la evaluación de la historia clínica. Se evaluaron 15 historias clínicas, una fue desestimada por no tener los datos completos.

Resultados: Fueron analizados 14 casos, 9 varones y 5 mujeres, con edad mediana de 66 años (36 -86 años), el 85.7 % presentó al menos un síntoma B antes del diagnóstico. El 71.4 % fueron LBDCG (n= 10) y 28.6 % I. MALT (n= 4). Estadio III-IV: 57.1 % (n= 8). Al diagnóstico presentaban: mediana del valor de la LDH= 343.5U/L, Hb=11.6 mg/dL, B2 Microglobulina= 0.277mg/dl y PS ECOG 0-1= 85.8 % (n=12). International Prognosis Index (IPI): 0-2= 57.1 % (n= 8). Infiltración de médula ósea el 28.6 % y masa voluminosa el 14.3 %. De los p. con LBDCG, 8 p. recibieron tratamiento con antraciclinas + Rituximab. El 71% del total logró una respuesta completa tras el tratamiento y el 100% de los I. MALT. La supervivencia global a los 5 años fue del 65%.

Conclusiones: En nuestra serie, el 71,4 % de los I. gástricos fueron LBDCG, con claro predominio en varones y con al menos un síntoma B al diagnóstico (destacaba la pérdida de peso). La mayoría debutó con valores normales de B2 microglobulina, PS ECOG 0-1 y anemia leve. Un alto porcentaje de los LBDCG logra una respuesta completa con larga supervivencia tras el tratamiento quimioterápico.

P-124

EVOLUCIÓN DEL DOLOR, LA FUNCIÓN INTESTINAL Y LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS TRATADOS CON OPIOIDES MAYORES. ESTUDIO C2

Luis Zugazabeitia Olabarria, Iker López Calderero, Miguel Ángel Nuñez Viejo, Jose María García Bueno, Esperanza Blanco Campanario, Jorge Contreras Martínez, Miriam López Mata, Juan Luis Martí Ciriquian, Dolores Isla Casado, Mariano Provencio Pulla.

(1) Servicio de Oncología del H. Povisa S.A, Vigo; (2) Servicio de Oncología Radioterápica del H. Virgen del Rocío, Sevilla; (3) Servicio de Oncología Médica-Cuidados Paliativos del H. Santa María Nai, Ourense; (4) Servicio de Oncología Médica del H. General de Albacete, Albacete; (5) Servicio de Oncología del H. Infanta Cristina, Badajoz; (6) Servicio de Oncología Radioterápica del C.H. Regional Carlos Haya, Málaga; (7) Servicio de Oncología Radioterápica del H. Clínico Univ.Lozano Blesa, Zaragoza; (8) Servicio de Oncología del H. General Univ.de Alicante, Alicante; (9) Servicio de Oncología del H. Clínico Univ.Lozano Blesa; (10) Servicio de oncología del H. Puerta de Hierro de

Majadahonda, Madrid en nombre de todos los investigadores del estudio C2.

Introducción: Los opioides continúan siendo la piedra angular del tratamiento del dolor en los pacientes (pac.) oncológicos, pero sus efectos adversos gastrointestinales tienen un gran impacto en su calidad de vida. El objetivo de este trabajo es evaluar el tratamiento con opioides mayores en estos pacientes, y si la combinación de oxicodona/naloxona (OXN) aporta beneficios en términos de analgesia, sin comprometer la función intestinal (FI).

Materiales: Análisis intermedio de un estudio observacional, en el que pac. que reportan por 1ª vez dolor moderado-intenso en la consulta de oncología, son tratados según el criterio del investigador. Se presentan datos de 1 mes de evolución de los pac. tratados con opioides mayores (N= 298).

Resultados: Características basales: 65% varones; edad media±DS 66±13 años (27% ≥ 75 años); ECOG 1: 54%; Reciben tratamiento quimioterápico el 64% y radioterápico el 41%. Localización principal del tumor primario: pulmón (28%), colon/recto (12%), cabeza y cuello (11%). Cáncer metastásico: 79%; el 67% de los pacientes reportaban dolor secundario a metástasis. La comparativa de pac. tratados con OXN (n=217) con los tratados con otros opioides mayores (OtrosOpM; n=81) mostró un buen control del dolor en ambos grupos (ENVO-10 -2,7 y -2,2 puntos respectivamente, p=0,08). Se confirmó una mejoría significativa en la FI (<0,01) en los pacientes tratados con OXN frente a los tratados con otrosOpM, que empeoraron su FI.

Conclusiones: La práctica clínica española confirma mejorías significativas en el alivio del dolor en los pacientes oncológicos que reportan por primera vez dolor moderado-intenso, y son tratados con opioides mayores, pero los pacientes tratados con OXN mejoran su FI, al contrario que los tratados con otros opioides mayores.

Sarcomas

P-125

TUMOR DESMOPLÁSICO DE CÉLULAS REDONDAS PEQUEÑAS. SERIE DE 4 CASOS PROCEDENTES DEL HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL

Rebeca Alcalde Pampliega, Federico Longo Muñoz, María Ángeles Vaz Salgado, Mercedes Rodríguez Garrrote, Reyes Ferreiro Monteagudo, Vanessa Pachón Olmos, Ana Gómez Rueda, Eduardo Roberts Cervantes, Bárbara Agustina Amendolara, Alfredo Carrato Mena. *Servicio Oncología Médica. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.*

Introducción: El tumor desmoplásico de células redondas pequeñas (DSRCT) es una entidad rara, descrita por primera vez en 1991, con menos de 200 casos reportados en la literatura médica. Suele afectar a varones jóvenes predominantemente y ser de localización abdominal con característica diseminación peritoneal. Su diagnóstico en fases tempranas es complicado dada la escasa sintomatología existente hasta que el tumor alcanza tamaño y diseminación considerable. Sus particularidades histológicas y moleculares ayudan a confirmar su diagnóstico. La supervivencia global es del 15% a 5 años a pesar de un correcto tratamiento multidisciplinar.

Materiales: Se han revisado de forma retrospectiva cuatro pacientes diagnosticados de DSRCT en nuestro centro.

Resultados: Los cuatro casos analizados corresponden a varones jóvenes de entre 45 y 27 años. Todos los pacientes presentaron clínica de distensión y dolor abdominal, lo que motivó el estudio diagnóstico. El 50% correspondían a un estadio 2 y el otro 50% a un estadio 4 al diagnóstico, según la clasificación propuesta por Hayes-Jordan. El 50% presentaban la translocación EWS-WT1 [t(11:22) (p13;q12)]. Todos los pacientes fueron tratados en primera línea con esquema P6 (VAC/IE), presentando una tasa de respuesta del 75%. La cirugía citoreductora de rescate fue posible en 2 pacientes, asociándose en uno de ellos quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica con Cisplatino + Adriamicina. La mediana de SLP a la primera línea fue de 10 meses (rango 8-18 meses, 1 dato censurado). Dos pacientes recibieron a la progresión una segunda línea con esquema Irinotecan + Temozolamida obteniendo estabilización de la enfermedad durante 4 y 12 meses respectivamente. Tras una mediana de seguimiento de 19 meses, la media de SG es de 18.8 meses sin haberse alcanzado la mediana de SG.

Conclusiones: Debido a su baja incidencia y pobre pronóstico, toda información reportada sobre los DSRCT resulta de vital importancia. Las características de nuestra serie de cuatro pacientes coinciden con lo descrito en la literatura. Aunque no hay establecido un tratamiento óptimo por su rareza, éste debe ser multidisciplinar combinando tratamiento con

quimioterapia, radioterapia, cirugía e incluso trasplante de progenitores hematopoyéticos.

P-126

TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL (GIST): EXPERIENCIA EN EL INSTITUTO CATALAN DE ONCOLOGIA - BADALONA

José Luis Cuadra Urteaga, Nuria Pardo, Ana Muñoz-Marmol, Carolina Sanz, Laia Capdevila, Sara Cros, Margarita Romeo, Isabel Ojanguren, Olatz Etxaniz, Carmen Balañá.

* *Servicio de Oncología Médica. Instituto Catalán de Oncología;* * *Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona.*

Introducción: Los GIST son neoplasias de infrecuente presentación en la práctica clínica diaria, con características particulares. El presente estudio describe la experiencia en nuestro centro.

Materiales: Encontramos 61 pacientes (p) con diagnóstico de GIST en los últimos 10 años (a); en 47 de ellos disponemos de datos clínicos, histológicos y moleculares. Los datos se analizaron con programa SPSS.

Resultados: La edad media fue 59a, 53.2% eran varones; 51.1% debutó con dolor abdominal, 23.4% hemorragia digestiva y 21.3% sin síntomas. El tumor era gástrico en 44.7% y de intestino delgado en 44.7%, entre otros; tenía un diámetro medio de 8.79cm (31.9% >2-5cm), y era fusocelular en 59%, con una media de 8.14mitosis/50 campos de gran aumento, presentándose en estadio avanzado al diagnóstico en 14%. El riesgo de recaída, según criterios de Miettinen (RM), fue alto en 31.9%, 5p tuvieron la cápsula rota y 17.2% resección incompleta. El estado mutacional reveló: KIT mutado (M) en exon 11 en 59.6%, el 17% en exón 9 el 17%, 4.3% en el 13, PDGFRA (exón 12 o 18) en 3p y 6 eran wild type. Mesilato de imatinib (Mdl) se administró a 20p, como adyuvancia (9p) o metastásico (11p). La supervivencia libre de progresión (SLP) fue de 76 meses (m) (16.2-135.8m). La mediana de supervivencia global (SG) no fue alcanzada, con supervivencia al año, 3a y 5a de 80%, 51% y 36.17%, respectivamente. El RM alto (0.005), M en exón 9 (p<0.0001), cápsula rota (p<0.0001), resección incompleta (p 0.014) y no uso de Mdl (0.001) disminuyen la SLP; hallazgos similares se encontraron para la SG. Fallecieron 2p y el 20% tuvo segunda neoplasia.

Conclusiones: En nuestro centro, los GIST tienen SG y SLP prolongadas, disminuidas por RM alto, ruptura de cápsula y resección incompleta; hay una alta frecuencia de segundas neoplasias entre estos pacientes.

Trombosis

P-127

FENÓMENOS TROMBOEMBÓLICOS Y HEMORRÁGICOS EN PACIENTES CON CÁNCER AVANZADO DURANTE EL TRATAMIENTO CON BEVACIZUMAB Y QUIMIOTERAPIA: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Jose Luis Sánchez Sánchez, Ana Isabel Ferrer Pérez, María del Carmen Soriano Rodríguez, Verónica González Orozco, Luis Alberto Aliaga Villaverde, Sandra García Nieto, Esther Noguerón Martínez, Jose María García Bueno, Carmen Alonso López, Luz Pombo Parada.

Sección de Oncología Médica, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Introducción: En algunos estudios se ha registrado un aumento del riesgo de fenómenos tromboembólicos y hemorrágicos en pacientes tratados con bevacizumab y quimioterapia. Nuestro objetivo es comparar en nuestro medio, el riesgo de tromboembolismo venoso, arterial y hemorragia, entre pacientes no seleccionados en tratamiento de 1ª ó 2ª línea de quimioterapia con o sin bevacizumab.

Materiales: De forma retrospectiva se recogieron los datos de todos los pacientes que recibieron tratamiento con bevacizumab y quimioterapia por un cáncer avanzado en nuestro Servicio hasta diciembre de 2011. Se revisaron sus historias clínicas para recoger cualquier fenómeno tromboembólico ocurrido durante dicho tratamiento o inmediatamente después. Como controles se recogieron pacientes con cáncer avanzado en tratamiento de 1º ó 2º línea de quimioterapia sin antiangiogénico durante las mismas fechas. Se comparó entre los dos grupos el riesgo de desarrollo de fenómenos tromboembólicos y hemorrágicos.

Resultados: Un total de 143 pacientes fueron tratados con bevacizumab en nuestro centro en ese período de tiempo. De ellos, el 73,4% (105 pacientes) tenían cáncer colorrectal, 13,3% (19 pacientes) cáncer de mama, 8,4% (12 pacientes) cáncer no microcítico de pulmón. La mediana de duración del tratamiento con bevacizumab fue de 226 días (rango 18-1079). De los tratados con bevacizumab se registraron 9 (6,3%) trombosis venosas, 1 fenómeno arterial (0,7%) y 5 fenómenos hemorrágicos moderados-severos (3,5%). Se recogieron 136 controles (65 con tumores colorrectales (47,8%), 31 cáncer de mama (22,8%) y 39 cáncer de pulmón no microcítico (29,4%) De ellos, 12 (8,8%) presentaron

trombosis venosas, 2 trombosis arteriales (1,5%) y 1 hemorragia (0,7%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos respecto al riesgo de desarrollo de fenómenos tromboembólicos ni hemorrágicos.

Conclusiones: Bevacizumab añadido a la quimioterapia en 1ª ó 2ª línea no parece aumentar el riesgo de trombosis arterial, venosa o hemorragia. Aunque un mayor número de pacientes evaluaría mejor este riesgo, podemos decir que si la selección de pacientes para tratamiento con Bevacizumab se hace según sus factores de riesgo clínico, tal y como se recomienda en ficha técnica, este fármaco no confiere un aumento del riesgo de tromboembolismo o hemorragia.

P-128

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN

Pedro López Leiva, Ana Laura Ortega Granados, Nuria Cárdenas Quesada, María Yéssica Plata Fernández, Tamara Díaz Redondo, Irene Mercedes González Cebrián, María Rosario Dueñas García, Miguel Ángel Moreno Jiménez, Pedro Sánchez Rovira.

Servicio de Oncología Médica. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.

Introducción: La enfermedad tromboembólica venosa (ETE), incluyendo el tromboembolismo pulmonar (TEP) y a la trombosis venosa profunda (TVP), es una complicación frecuente del cáncer. Según la guía SEOM de 2011, la incidencia de ETE se encuentra entre el 0.8-20% de los pacientes con cáncer. El objetivo de esta revisión es conocer la incidencia de ETE en pacientes ambulatorios con cáncer de pulmón (CP), así como sus características.

Materiales: Se revisaron 126 pacientes ambulatorios (todos los diagnosticados de CP, en tratamiento activo durante 6 meses; octubre 2011-marzo 2012).

Resultados: De los 126 pacientes, la incidencia de ETE fue del 18.25% (23 casos). La edad media es de 63 años (48-80) y el peso de 79 kg (60-106). La mayoría de los casos son hombres (13% mujeres, 3 casos, y 87% hombres, 20 casos) y fumadores (8.7% nunca fumaron). Un 74% de los diagnósticos de CP y ETE corresponden a CP no microcítico (17 casos: 9 adenocarcinomas, 7 escamosos y 1 célula grande), un 22% a CP microcítico (5 casos) y un 4% a mesotelioma (1 caso). Según la 7ª edición de la clasificación TNM, la mayoría de (un 62%, 14 casos) eran metastásicos, un 17% estadio IIIA (4 casos),

un 17% estadio IIIB (4 casos), y un 4%, estadio I (1 caso). Un 26% de los pacientes con ETEV fueron intervenidos con intención curativa. La localización más común de la ETEV fue el tromboembolismo pulmonar (TEP), en un 69.5% (16 pacientes; 13 TEP bilaterales). En 3 casos (13%) se produjo una TVP de MMII, en 2 casos, TVP yugular. Las localizaciones más infrecuentes son las trombosis de MMSS y de cava inferior (1 caso, respectivamente). Todos los casos se anticoagulan. La mayoría se han tratado con HBPM a dosis terapéuticas; las más usadas en nuestro medio son bemiparina (43.5%) y enoxaparina (39%), siguen tinzaparina (9%) y dalteparina (4%). Sólo 1 paciente se trató con acenocumarol.

P-129

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA: ¿SABEMOS LO SUFICIENTE?

Ricardo Collado Martín, Rubén Alonso Calderón, Jorge Muñoz Luengo, Yoana Franco Rodríguez, Carmen Salguero Nuñez, María Ángeles Rodríguez Jaraíz, Santiago González Santiago, María Helena López de Ceballos, Pablo Borrega García, María García García. *Servicio de Oncología Médica del Hospital San Pedro de Alcántara. Servicio de MI I del Complejo asistencial de Salamanca.*

Introducción: La enfermedad tromboembólica es la segunda causa de muerte en pacientes hospitalizados con cáncer; a pesar de ello, su relevancia suele estar infravalorada en la práctica clínica diaria del profesional relacionado con el manejo del paciente oncológico. Objetivo: Evaluar el conocimiento de la enfermedad tromboembólica entre los miembros de un servicio de Oncología médica pertenecientes a un hospital de tercer nivel.

Materiales: Recogida sistemática de datos mediante la realización de un cuestionario a los miembros de un servicio de oncología médica que consta de 7 adjuntos y cuatro residentes. Se incide en aspectos básicos de la enfermedad tromboembólica como son la epidemiología, profilaxis, y manejo ante nuevos fármacos antineoplásicos.

Resultados: Epidemiología: 10 miembros (90,9%) respondieron de forma correcta en lo referente a ésta cuestión. Profilaxis: 2 miembros (18,1%), utilizaban algún tipo de modelo predictivo (escala de Wells). En la profilaxis secundaria en el paciente metastático, 8 miembros (72,7%) se decantaron por el tratamiento indefinido, y 3 (27,2%) por un tiempo de entre 3 y 6 meses. Manejo ante nuevos fármacos

antineoplásicos: 4 miembros (36,3%) respondieron de forma correcta a la cuestión planteada con bevacizumab, 5 miembros (45,4%) a la pregunta relacionada con los TKI.

Conclusiones: La asociación entre cáncer y trombosis está bien establecida entre los profesionales de la oncología, conociendo además que en estos pacientes confluyen múltiples factores predisponentes. No obstante, creemos que quedan dos cuestiones fundamentales por mejorar; por un lado, la baja incidencia de manejo de modelos predictivos de profilaxis que podrían disminuir dichos eventos; y, por otro, la necesidad de que las indicaciones del uso de anticoagulantes con los nuevos fármacos sean incluidos con la mayor brevedad posible en las guías de uso habitual.

P-130

EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS (ETE) EN CÁNCER GÁSTRICO: FACTORES ETIOLÓGICOS Y UTILIDAD DEL MODELO KHORANA PARA PREDECIR EL RIESGO

Ana Lucrecia Ruiz Echeverría, Paula Jiménez Fonseca, David José Rodríguez Rubí, Carlos Álvarez Fernández, Quionia Pérez Arnillas, Walter Antonio Li Torres, María Luisa Sánchez Lorenzo, José Pablo Berros Fombella, Emilio Esteban González, José María Vieitez de Prado. *Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.*

Introducción: Tabla 1

Resultados: La incidencia de ETE fue de 14% (9 pacientes), 21% en aquellos con metástasis. El tipo de trombosis fue: 2 venosa profundas, 3 pulmonares, 2 ambas y 2 portales. Los factores de riesgo de trombosis de pacientes con ETE, sin ETE y en el total de pacientes se recogen en la Tabla 2 siendo más frecuentes en pacientes con trombosis excepto tabaquismo, cirugía previa y anemia que se dieron más en pacientes sin ETE. El factor de mayor riesgo fue el antecedente de trombosis y en estos pacientes, llama la atención que tras el ETE se habían pautado HBPM indefinidas a dosis profilácticas, no a dosis terapéuticas como recogen las guías. Según el modelo Khorana, al tratarse de pacientes con cáncer gástrico (2 puntos) todos tenían al menos un riesgo alto de trombosis. Este riesgo era muy alto en 3 pacientes (33%) que desarrollaron ETE y en 29 (51%) de los que no lo desarrollaron.

Conclusiones: El modelo Khorana no parece predecir adecuadamente el riesgo de trombosis en pacientes con cáncer gástrico probablemente porque otros parámetros puedan modificar dicho riesgo.

COMUNICACIONES PÓSTERS: EXPOSICIÓN DE PÓSTERS

Tabla 1. Modelo predictivo para calcular riesgo TEV en paciente oncológico ambulatorio. Khorana AA. Blood 2008;111(10): 4902-7.

Modelo predictivo para calcular riesgo TEV en paciente oncológico ambulatorio Khorana AA. Blood 2008;111(10): 4902-7.		
FACTORES DE RIESGO TROMBÓTICO	PUNTOS	
Localización del tumor:		
• Riesgo muy alto: páncreas, estómago	2	
• Riesgo alto: pulmón, linfoma, ginecológico, vejiga, testículo	1	
Plaquetas > 300000/uL	1	
Leucocitos > 110000/uL	1	
Hemoglobina < 10 g/dL, tratamiento con EPO o ambos	1	
IMC \geq 35 kg/m ²	1	
Riesgo	Puntuación	Tasa TEV
Bajo	0	0.3-08%
Alto	1-2	1.8-2%
Muy alto	\geq 3	6.7-7.1%

Tabla 2. Factores de riesgo de trombosis en pacientes con ETE, sin ETE y en el total de pacientes.

FACTORES DE RIESGO DE TROMBOSIS	ETE 9 (14%)	No ETE 57 (86%)	Todos 66 (100%)
Mayores de 65 años: n° (%)	6 (66%)	33 (58%)	39 (59%)
Mujeres: n° (%)	4 (44%)	19 (33%)	23 (34%)
ECOG \geq 2: n° (%)	2 (22%)	18 (31%)	20 (30%)
Metástasis: n° (%)	7 (77%)	26 (45%)	33 (50%)
Tabaquismo: n° (%)	1 (11%)	14 (24%)	15 (23%)
ETE previo: n° (%)	6 (66%)	15 (26%)	21 (31%)
Hipertensión arterial: n° (%)	5 (55%)	21 (37%)	26 (39%)
Cisplatino: n° (%)	4 (44%)	20 (35%)	24 (36%)
Cirugía en 6 meses previos: n° (%)	3 (33%)	34 (60%)	37 (55%)
Progestágeno: n° (%)	2 (22%)	5 (9%)	7 (10%)
EPO: n° (%)	0	2(4%)	2 (3%)
IMC \geq 35 kg/m ² : n° (%)	2 (22%)	9 (16%)	11 (16%)
Plaquetas > 300000/uL: n° (%)	4 (44%)	11 (19%)	15 (22%)
Leucocitos > 110000/uL: n° (%)	2 (22%)	4 (7%)	6 (9%)
Hemoglobina < 10 g/dL: n° (%)	1 (11%)	25 (44%)	26 (39%)

COMUNICACIONES PÓSTERS:
EXPOSICIÓN DE PÓSTERS

P-131

INCIDENCIA DE EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS (ETE) EN PACIENTES PORTADORES DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES (CVC). EXPERIENCIA DE NUESTRO CENTRO

Purificación Martínez del Prado, María Angeles Sala, Elena Galve, Miren Itxaso Barrenechea, Naiara Martínez, Mercedes Urruela, Virginia Arrazubi, Alberto J. Arévalo, Seila Fernández, Carla P. Antonilli.

Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Basurto. Bilbao. Bizkaia. Osakidetza. Servicio Vasco de Salud.

Introducción: El uso de CVC en pacientes (ptes) oncohematológicos facilita el tratamiento con quimioterapia y tratamientos de soporte y toma de muestras sanguíneas. Su uso prolongado se asocia a complicaciones tanto precoces como tardías. La TVP asociadas a catéter es una complicación tardía. El 0,3% al 28% son sintomáticas, y entre en 27% y 60% son asintomáticas y son hallazgos incidentales. El objetivo de este estudio es describir la incidencia de TVP asociada a CVC en ptes. oncohematológicos en tratamiento con quimioterapia.

Materiales: Se ha realizado una revisión retrospectiva de las historias clínicas de 122 pacientes entre el 01/01/2009 y el 31/12/2009, portadores de un CVC de silicona de poliuretano. Se han analizado las variables sexo, tipo de tumor, tipo de catéter, lugar de la inserción, fecha de colocación, fecha retirada, motivo y evento tromboembólico.

Resultados: De los 122 ptes, 110 (92%) presentan tumores sólidos, 62 (51%) son mujeres y 60 (49%) hombres, con una mediana de 61 años. Entre el tipo de tumor, 47 ptes (38%) colón, 35 ptes (28%) mama, 10 ptes (8%) pulmón, 11 ptes (9%) esófago gástrico. En 115 ptes (91%) el lugar de inserción fue la subclavia, siendo la izquierda (78%) la más frecuente y 7 ptes (9%) en antebrazo. 21 (17,2%) presentaron complicaciones tanto precoces como tardías. Solo 2 ptes (1,5%) presentaron un ETE sintomático: TVP uno a los 7 meses y otro a los 15 días de la inserción.

Conclusiones: En nuestra serie la incidencia de los eventos tromboembólicos asociados a catéter representan un 1,5% de las complicaciones, y se encuentran en el rango de los datos publicados en la literatura.

COMUNICACIONES LIBRO:

L-1

MUTACIONES EN LOS GENES BRCA1 Y BRCA2 EN FAMILIAS CON CÁNCER DE PÁNCREAS HEREDITARIO

Evelina Mocchi, Jesus Solera, Pilar Martinez, Julie Earl, Carme Guerrero, Agustina Amendolara, Mercedes Rodriguez Garrote, Nuria Malats, Alfredo Carrato, Carmen Guillen Ponce.

Unidad de Cáncer Familiar. Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid; Unidad de Oncogenética Molecular. Instituto de Genética Médica y Molecular (INGEMM). Hospital Universitario La Paz, Madrid; Grupo de Epidemiología Genética y Molecular. Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO). Madrid.

Introducción: Del 7 al 10% de los casos de cáncer de páncreas (CP) tiene otro familiar con CP, lo que se denomina cáncer de páncreas familiar (CPF). En un pequeño porcentaje se identifican las mutaciones responsables: 6-17% en BRCA2, 3% en PALB2 y 2% en ATM. Otros casos de CP se deben a un síndrome hereditario de cáncer (Peutz-Jeghers (PJ), mama y ovario hereditario (CMOH), melanoma maligno familiar (MMAF) o pancreatitis hereditaria (PH). Además, en el CP diagnosticado antes de 50 años, también podría haber una causa genética. El objetivo de este estudio es identificar el papel de los genes BRCA1 y BRCA2 en el CP hereditario.

Materiales: Se incluyen familias con: CPF, PH, PJ, CMOH y MMAF (en los dos últimos casos, si presentan algún CP); CP \leq 50 años y familias con CP y pancreatitis. Se estudian los genes BRCA1 y BRCA2 mediante: amplificación por PCR y secuenciación directa, y el estudio de grandes reordenamientos por MLPA.

Resultados: Desde Octubre 2011, seleccionamos 29 familias. 1) Once con CPF: de éstas, en 2 analizan BRCA1/2, y en ambas hay variantes de significado desconocido (VSD) en BRCA1 (c.1186A>G, p.Q356R exon11 e IVS2-14). 2) Diez familias con CMOH (5 con CP antes de 50 años): 2 tenían mutaciones deletéreas en BRCA2 (3492insT, c.4167C>A) y una en BRCA1 (c.330G>A); en el resto VSD. 3) Se han estudiado 3 casos de CP \leq 50 años y 4 con agregación de CP con otros cánceres no clasificables en un síndrome específico: en ninguno se ha detectado mutación.

Conclusiones: Los resultados preliminares confirman que en la base de la agregación familiar de CP y de CP con CMOH podría haber otros factores genéticos además de BRCA1 y BRCA2. Al mismo tiempo se sugiere profundizar en el análisis algunas de las VSD encontradas.

L-2

¿QUÉ ES PARA TI EL SUFRIMIENTO?

David Rudilla García, Almudena Ruiz Sastre.

Unidad de Hospitalización a Domicilio - Consorcio Hospital General Universitario Valencia.

Introducción: El sufrimiento es un concepto muy utilizado pero realmente difícil de definir ya que contiene impresiones, vivencias y valores personales e individuales, todo de carácter subjetivo. En la literatura, científica y no científica, encontramos todo un conjunto de trabajos que abordan el sufrimiento como núcleo de esos textos. En cuidados paliativos se habla de tratamiento sintomático, siempre utilizando el concepto de "sufrimiento" como punto de partida de los procedimientos que implica la atención de todos los profesionales que participan. Con frecuencia los pacientes y familiares que conocen el pronóstico de su enfermedad verbalizan que no quieren "sufrir" y somos los profesionales los que objetivamos en nuestro trabajo diario ese "sufrimiento" a través de la disnea, dolor, emociones, etc. El sufrimiento es el objeto primero y último del tratamiento sintomático-paliativo. Nos encontramos pues que el sufrimiento puede ser conscientemente abordado y cuidado a través de intervenciones específicas orientadas a promover la integridad de la persona. Estas intervenciones incluyen la atención consciente, reflejar, validar, así como la intervención empática compasiva. Dentro de este marco se están desarrollando todas las líneas de trabajo en las denominadas necesidades espirituales, cuya base es la comunicación personal.

Objetivos:

- Conocer qué es el sufrimiento para cada uno de los profesionales que trabajan en pacientes paliativos
- Comparar el grado de sufrimiento de los pacientes paliativos con el de los cuidadores que les acompañan y los profesionales que les atienden.

- Comparar el concepto de sufrimiento entre los tres grupos
- Explorar la relación entre sufrimiento y dolor.

Materiales: Estudio descriptivo cualitativo, con un cuestionario de elaboración propia siguiendo conceptos desarrollados en trabajos de Ramón Bayés, que incluyen 16 preguntas, 12 abiertas y 4 cerradas.

- Criterios de inclusión:

- Pacientes paliativos oncológicos incluidos en el programa PALET (Pacientes Ancianos, Larga Estancia y Terminales) del C.H.G.U.V.
- Pacientes paliativos oncológicos incluidos en la Unidad de Hospitalización a Domicilio del C.H.G.U.V.
- Cuidadores principales de estos pacientes
- Profesionales implicados en sus cuidados

- Criterios de exclusión:

- Pacientes con deterioro cognitivo
- Cuidadores principales con muy bajo nivel cultural
- Negativa de entrevista

El análisis de los datos se realizó empleando Hoja de Cálculo Excell y cálculo con SPSS.

Resultados: Las conclusiones generales serían:

- El paciente paliativo siente que sufre bastante en su situación, entendiendo el sufrimiento como la percepción del dolor y el miedo. El valor que dan a ese sufrimiento es de 6, muy relacionado con un manteniendo de ese estado constante de sufrimiento en días largos/eternos.
- El cuidador del paciente paliativo vive con impotencia la tarea de cuidar al ser querido, lo que le genera un sufrimiento elevado. Lo relaciona igualmente con aspectos de dolor y miedo. Su sensación subjetiva de dolor se sitúa por encima del que percibe el paciente, lo que está relacionado en la bibliografía por el duelo anticipado.
- El profesional relaciona el sufrimiento con el dolor y con la agonía, momentos en los que su labor es más constante y el paciente y la familia requieren más atención. La percepción subjetiva del dolor es de 4, mucho menor, lo que se relaciona con la sensación de que los días son cortos.

Conclusiones: Como conclusión final podemos decir que hemos encontrado que el concepto de sufrimiento para los pacientes y para los cuidadores está relacionado con estados de dolor y emocionales. En cambio para los profesionales generalmente el dolor es el factor principal y a veces hasta único del sufrimiento. Es importante que en la evaluación y tratamiento, los profesionales atiendan el sufrimiento desde una perspectiva más amplia, estimulen a los pacientes que investiguen y expresen esas áreas diferentes al dolor y que los cuidadores encuentren espacio para desarrollar

también estrategias de afrontamiento para el sufrimiento propio y de su ser querido.

L-3

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON NEUTROPENIA FEBRIL ATENDIDOS EN URGENCIAS EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA H. CLÍNICO DE SALAMANCA

Ignacio Matos Garcia, Rebeca Lozano, Sara Alfonso, Cristina Velasco, Rosana Marcos, Lina María Lopez, Carolina López, Miguel Navarro, Elvira del Barco, Juan Jesús Cruz. *Servicio de Oncología, Hospital Universitario de Salamanca, IBSAL.*

Introducción: La neutropenia febril (N.F.) es una complicación grave en los pacientes oncológicos. Su evaluación inicial es fundamental para discriminar aquellos pacientes con N.F. de bajo riesgo, de las de alto riesgo que puedan progresar rápidamente a sepsis grave. **Objetivo:** Describir y analizar los pacientes atendidos en urgencias por el servicio de Oncología del H. Clínico de Salamanca desde el año 2004 hasta el año 2011.

Materiales: Revisión de las historias clínicas de todos los pacientes vistos en urgencias por N.F.

Resultados: Se registraron 297 casos de N.F desde el 1 de Enero de 2003 hasta el 31 de Diciembre de 2011. El número de casos por año se muestra en la siguiente tabla:

AÑO	Nº pacientes ingresados	Nº pacientes dados de alta
2003	30	¿
2004	18	7
2005	23	10
2006	23	8
2007	20	11
2008	23	12
2009	21	12
2010	19	19
2011	33	8

El 29% (87 casos) de los pacientes fue dado de alta, 9 volvieron a urgencias y 5 de ellos requirió ingreso. No se produjo ninguna muerte en estos 87 casos. El tratamiento antibiótico de elección fue amoxicilina-clavulánico + ciprofloxacino.

El 71% (210 casos) de los pacientes requirió ingreso, siendo la estancia media de 9,4 días. El 53 % de los pacientes tenían afectación locorregional, mientras que el 43% eran metastático. Siendo los más frecuentes los de mama y pulmón. La primera

línea de antibioterapia mas utilizada fue monoterapia con piperacilina-tazobactam, un 27% requirió una segunda y en el 19% una tercera línea. Los factores estimulantes se utilizaron en el 86% de los pacientes El principal foco infeccioso fue pulmonar con un 29%, mientras que el 33% de los casos no se encontró ningún foco. Solo en un 10% los cultivos fueron positivos, siendo los microorganismo mas frecuentes las bacterias gram positivas. Del total de pacientes 16 fueron exitus, siendo en todos lo casos pacientes metastáticos politratados.

Conclusiones: Parece haber un incremento en el número de N.F. por un aumento en el número total de pacientes oncológicos. La correcta evaluación de estos pacientes en urgencias puede disminuir el número de ingresos . Siendo los pacientes metastáticos politratados los de más alto riesgo y en aquel único grupo donde se produjeron exitus.

Ana Lucrecia Ruiz Echeverría, Paula Jiménez Fonseca, David José Rodríguez Rubí, Quionia Pérez Arnillas, Carlos Álvarez Fernández, María Luisa Sánchez Lorenzo, Walter Antonio Li Torres, Noemí Villanueva Palicio, Emilio Esteban González, José María Vieitez de Prado. *Servicio de Oncología médica del Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.*

MALNUTRICIÓN SCREENING TOOL (MST)	
Parámetros	Puntos
¿Ha perdido peso recientemente de manera involuntaria?	
No	0
No estoy seguro	2
Si he perdido peso	
De 1 a 5 Kg	1
De 6 a 10 Kg	2
De 11 a 15 Kg	3
Más de 15 Kg	4
No sé cuanto	2
¿Come mal por disminución del apetito?	
No	0
Si	1
Total: Puntuación ≥ 2 = paciente en riesgo de desnutrición	

L-4

ESCALA MST: UTILIDAD PARA CALCULAR EL ESTADO NUTRICIONALDE LOS PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO Y SU ABORDAJE

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES	Bien nutridos	Desnutridos	Todos
Número de pacientes (%)	13 (20%)	53 (80%)	66 (100%)
Mediana de edad	65 años	64 años	65 años
Sexo: nº (%)			
Hombres	6 (46%)	37 (69%)	43 (64%)
Mujeres	7 (54%)	16 (31%)	23 (46%)
ECOG: nº (%)			
0	7 (54%)	7 (13%)	14 (21%)
1	5 (38%)	25 (47%)	30 (45%)
2	0 (0%)	13 (24%)	13 (19%)
3	1 (7%)	8 (16%)	9 (15%)
4	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Localización del tumor primario: nº (%)			
Unión gastroesofágica (UGE)	1 (8%)	13 (24%)	14 (21%)
Estómago	12 (92%)	40 (76%)	52 (79%)
Estadio tumoral: nº (%)			
II	4 (31%)	6 (11%)	10 (15%)
III	4 (31%)	17 (32%)	21 (32%)
IV Mo	2 (15%)	8 (16%)	10 (15%)
IV M ₁	3 (23%)	22 (41%)	25 (38%)
Quimioterapia: Nº (%)			
Neoadyuvante	6 (46%)	9 (17%)	15 (25%)
Adyuvante	3 (23%)	14 (26%)	17 (26%)
En enfermedad metastática	3 (23%)	21 (40%)	24 (34%)
No Quimioterapia	1 (8%)	9 (17%)	10 (15%)
Cirugía sobre el tumor			
Si	8 (62%)	24 (46%)	32 (48%)
No	5 (48%)	29 (54%)	34 (52%)

Puntuación Escala MST		0	1	2	3	4	5	Total
Numero de pacientes (%)		8 (12%)	5 (8%)	16 (24%)	16 (24%)	12 (18%)	9 (14%)	66 (100%)
Abordaje Nutricional	Ningún tto	8	4	12	9	4	3	40 (60%)
	Suplemento oral	0	1	3	6	5	3	18 (27%)
	PEG	0	0	0	1	2	3	6 (9%)
	SNG	0	0	1	0	1	0	2 (4%)
Abordaje Farmacológico	Corticoides	3	1	5	5	1	4	19 (28%)
	Progestágenos	1	0	1	2	2	1	7 (10%)

L-5

ESTUDIO DE LAS MICRO-MALAS NOTICIAS: LA COMUNICACIÓN DIARIA CON PACIENTES PALIATIVOS EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

David Rudilla García, Almudena Ruiz Sastre.

Unidad Hospitalización a Domicilio - Consorcio Hospital General Universitario Valencia.

Introducción: La comunicación en el ámbito hospitalario puede ser una fuente de estrés o protección. No sirve únicamente para dar datos médicos sino que permite el intercambio de información, la construcción de la relación terapéutica y la toma de decisión conjunta (Lee et al. 2002). La hospitalización a domicilio no deja de ser un espacio de atención sanitaria donde se manejan informaciones clínicas, muchas de ellas las denominadas "malas noticias". Los profesionales se enfrentan a preguntas difíciles por parte de pacientes y familiares, y además a la formulación de respuestas complejas. Existen muchos estudios centrados en la comunicación médico-paciente, en cómo dar las Malas Noticias: forma, contenido, tiempo y espacio, etc. Aún así, se habla del bombardeo diario que reciben los pacientes de informaciones negativas denominadas Micro-Malas Noticias (MMN) (Barbero et al. 2006). La investigación sobre estas MMN se ha centrado en las características del receptor, variables moduladoras, contenido de la información y afrontamiento utilizado por los pacientes. En este trabajo se analiza el impacto de las MMN en la UHD, la respuesta del paciente paliativo oncológico.

Materiales: Siguiendo la taxonomía de MMN de Barbero et al. médicos, enfermeros y psicólogo recogieron información respecto a las MMN que se iban proporcionando en los domicilios. Dicha recogida de información se hizo siguiendo un registro donde se

contempla el tipo de MMN, el Impacto, la Respuesta del Paciente (Preguntar, Búsqueda de Alternativas, Emocional), y el Nivel de Intensidad de la Emoción.

Resultados: Las MMN más frecuentes en la comunicación diaria de la UHD son las que hacen referencia a pruebas diagnósticas severas, seguidas de los cambios en la expectativa espacio-temporal. En el primer caso, la respuesta del paciente va encaminada a la búsqueda de alternativas, con un nivel emocional de respuesta medio-bajo. En el segundo caso, el impacto emocional es menor del esperado. Otro tipo de MMN presentes hacen referencia a la funcionalidad y resultados de pruebas/salud, con un nivel emocional alto.

Conclusiones: Las MMN modulan la actividad asistencial diaria, y se pueden amortiguar siempre que se proporcione información gradual y continuada.

L-6

ESTUDIO DE RESILIENCIA

Elvira Del Barco, José Miguel Rojas Cásares 1, Feliciano Sánchez, Cesar Rodríguez, Juan Jesús Cruz Hernández.

IBSAL. Hospital Universitario de Salamanca. (1) Máster en Tratamiento de Soporte y Cuidados Paliativos en el Enfermo Oncológico. USAL.

Introducción: La resiliencia se define como la habilidad que tienen las personas para enfrentar las desgracias o infortunios de la vida, aprender de éstas, superarlas y ser transformadas por ellas.

Materiales: El objetivo del estudio es determinar los niveles de resiliencia de cuidadores y analizar cada uno de los factores de la escala de Wagnild y Young versión en español de Heilemann, y elaborar un perfil de los cuidadores de paciente oncológicos que reciben

tratamiento de quimioterapia del Hospital Universitario de Salamanca. Las variables a estudiar fueron sexo y edad de cuidador, edad, horas diarias dedicadas al cuidado del paciente, religiosidad, parentesco, sexo del paciente, edad del paciente, tipo de diagnóstico, y tipo de tratamiento.

Resultados: Se han evaluado 110 cuidadores. Las variables estudiadas no influyen en los niveles de resiliencia. La resiliencia de los familiares acompañantes es media y el perfil del cuidador del paciente oncológico que se caracteriza por ser en su mayoría mujeres; hijas y esposa; edad adulto intermedia; Preocupada por las necesidades del paciente; Autoestima alta; Adecuada satisfacción personal; independientes orientado a la meta y constantes.

Conclusiones: La resiliencia familiar es un aspecto que debe seguir siendo evaluado, incorporando además el análisis de otras variables psicológicas. Su conocimiento podría ser útil a la hora de detectar familias con niveles bajos e implementar medidas específicas de apoyo. Palabras clave: resiliencia, cuidador, apoyo emocional.

L-7

ACTIVIDAD DE TEMOZOLAMIDA-IRINOTECAN EN SARCOMA REFRACTARIO. EXPERIENCIA DE LA CUN

Leyre Zubiri, Patricia Martín, María E. Zudaire, Iñigo San Miguel, Eduardo Castañón, Juan P. Fusco, Carlos Garzon, Salvador Martín Algarra.

Departamento de Oncología. Clínica Universidad de Navarra.

Introducción: Los sarcomas representan un grupo heterogéneo de neoplasias de tratamiento muy complejo. Aunque hay varias líneas de quimioterapia que han demostrado actividad en estadios avanzados y metastásicos, en un alto porcentaje de casos son refractarios a tratamiento y las respuestas en segundas o terceras líneas (L) son excepcionales. Se presenta la experiencia de nuestro centro en pacientes (P) con un diverso grupo de sarcomas metastásicos refractarios, tratados con Irinotecan y Temozolamida (CPT11-TEM), tras progresar a dos o más L de tratamiento.

Materiales: Estudio retrospectivo de una serie de sarcoma metastásico refractario, que han recibido CPT11-TEM mediante uso compasivo. La dosis administrada ha sido: Temozolamida 100 mg/m² v.o. días 1-5; Irinotecán 100 mg/m² iv días 1-5 y 8-12, cada 3-4 semanas, según tolerancia.

Resultados: De Julio/2010 a Abril/2012, 8P (5 varones y 3 mujeres; mediana de edad: 40a; intervalo: 23-

73a) con sarcomas (SE (2), HFM, LMS, SS, RMS, FS y sarcoma indiferenciado) refractarios a quimioterapia (4L 1, 3L 3, 2L 3) han sido tratados con CPT11-TEM. La toxicidad G3 más frecuente ha sido diarrea (4) y neutropenia (1). Otras toxicidades G2 han sido astenia (4), epigastralgia (3) y náuseas (2). En 1 caso se observó elevación transitoria de creatinina. En 3 casos (37,5%) se obtuvo respuesta objetiva (TAC y PET): 2 RC (RMS, SE) y 1 RP (HFM en campo de radioterapia previa). Los restantes pacientes presentaron estabilización de enfermedad en 2 casos (SS y FS) y progresión en 3 casos (LMS, SE, sarcoma indiferenciado). La mediana de supervivencia desde el inicio de CPT11-TEM ha sido de 10 meses (2-16 meses).

Conclusiones: La combinación de Irinotecán y Temozolamida es activa en sarcoma refractario. El 62% de los pacientes han tenido beneficio clínico, alcanzado respuesta completa transitoria en el 25% de los pacientes. Aunque la dosis administrada de Irinotecan es baja, la toxicidad más relevante es diarrea, y debe ser tratada de forma profiláctica como en los protocolos convencionales de tumores digestivos.

L-8

¿CÓMO VIVEN EN EL AÑO 2012 NUESTROS LARGOS SUPERVIVIENTES CON CARCINOMA LOCALMENTE AVANZADO DE CABEZA Y CUELLO?

Cinta Hierro, Miren Taberna, Silvia Vázquez, Valentí Navarro, Manel Mañós, Alicia Lozano, Ester Vilajosana, Julio Nogués, Ramon Galiana, Ricard Mesía.

Introducción: La introducción de la QT de inducción, la quimio-radioterapia y la adición de inhibidores del EGFR, han mejorado el control locoregional y la supervivencia en pacientes (pts) afectados de carcinoma localmente avanzado de cabeza y cuello (CLACC), a expensas de un aumento en la morbilidad. Hemos querido analizar cómo viven nuestros largos supervivientes (>2 años fin de tratamiento), en términos de toxicidad crónica y del mantenimiento de hábitos tóxicos.

Materiales: Hemos revisado prospectivamente en la consulta 74 pts CLACC tratados de forma radical entre marzo 1994 y abril 2010. Los pacientes valoraron subjetivamente su calidad de vida actual (sin limitaciones, parcialmente-mucho-severamente limitada), así como sus toxicidades crónicas residuales. Se recogieron los hábitos tóxicos de los pts tras el tratamiento.

Resultados: Con una mediana de edad de 61 años (rango 30-73), hubo 65 varones. 37 pts (50%) valoraron su calidad de vida sin limitaciones. Todos los

pts tenían al menos un grado 1-2 de toxicidad crónica: 71,6% xerostomía, 69% toxicidad subcutánea, 44,6% ototoxicidad, 36,5% boca seca, 29,8% disfonía, 29,8% disfagia, 28,4% astenia, 27% polineuropatía, 25,7% trismus, 19% sd. l'Hermitte, 17,6% toxicidad cutánea, 14,9% toxicidad laríngea, 10,9% odinofagia, 8,1% anorexia, 8,1% fasciculaciones linguales y 1,4% nefrotoxicidad. 16 pts presentaron toxicidades grado 3-4, 2 con gastrostomía y 12 con traqueostomía permanentes, 2 con osteonecrosis mandibular. Entre todos, 15 pts seguían fumando y 31 consumiendo alcohol.

Conclusiones: A pesar de la alta frecuencia de toxicidad crónica, la calidad de vida fue valorada como buena por el 50% de nuestros pts. A pesar de ello, estos resultados realzan la importancia de la prevención, monitorización y adecuado manejo de la toxicidad como parte integral del protocolo de tratamiento. Son necesarios estudios clínicos que evalúen esquemas de tratamiento más tolerables.

L-9

ANÁLISIS RETROSPECTIVO DEL USO DE CETUXIMAB Y PACLITAXEL EN COMBINACIÓN, EN CARCINOMA ESCAMOSO DE CABEZA Y CUELLO RECURRENTE Y/O METASTÁSICO

Ainara Soria Rivas, Mercedes Rodríguez Garrote, Ana Gómez Rueda, María Eugenia Olmedo García, Raquel Fuentes Mateos, María López García, Pilar Garrido López.

Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: La combinación de platino, 5-Fluorouracilo y cetuximab constituye la primera línea estándar del tratamiento para el carcinoma escamoso de cabeza y cuello recurrente y/o metastásico. Los resultados de un estudio fase II (Ann Oncol Aug 23, 2011) mostraron una marcada actividad y buena tolerancia de la combinación de paclitaxel semanal y cetuximab, lo que a día de hoy supone una alternativa para pacientes frágiles, o cuando la quimioterapia basada en platino está contraindicada.

Materiales: Se ha llevado a cabo un análisis retrospectivo para evaluar los resultados de los pacientes con carcinoma de cabeza y cuello recurrente y/o metastásico, que fueron tratados entre Noviembre de 2008 y Julio de 2011 en el Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Ramón y Cajal bajo uso pasivo mediante la combinación de paclitaxel semanal (80 mg/m²) y cetuximab (400 mg/m² inicialmente,

seguidos de 250 mg/m²) hasta progresión o toxicidad intolerable.

Resultados: Se incluyeron 16 pacientes (73% varones), con una mediana de edad de 58 años. La mayor parte presentaban carcinomas escamosos en las siguientes localizaciones: faringe (7), laringe (2), amígdala (2), lengua (3), senos paranasales (1) y también fue incluido un caso de linfopitelioma de cavum. El 20% recibieron el tratamiento en primera línea, el 67% en segunda, y sólo 2 pacientes lo recibieron como tercera línea de tratamiento. Teniendo en cuenta los pacientes tratados en segunda y tercera línea, un 40% de los mismos, ya habían recibido tratamiento con cetuximab en la primera. Se administraron una media de 13.87 ciclos y todos resultaron evaluables para valoración de respuesta y toxicidad. La tasa de control de enfermedad fue del 47% (7% respuesta completa, 27% respuesta parcial y 13% estabilización). La media de supervivencia libre de progresión fue de 4.7 meses, que resultó de 5.2 meses en el caso de los pacientes tratados en primera línea y 4 meses para los tratados en segunda línea y sucesivas. El 100% de los casos presentó rash cutáneo acneiforme, que resultó en grado leve-moderado (1-2) en el 87% de los pacientes, y grado severo (4) en un solo paciente, en el que fue necesario suspender el tratamiento con cetuximab. Las toxicidades relacionadas en grado 2-3 fueron diarrea (13.34%) y síndrome de mano-pie (13.33%). La toxicidad hematológica resultó moderada, y más marcada en la tercera línea de tratamiento, siendo manejada con retrasos de dosis, y en 2 casos, con una reducción de un 20% de la dosis de paclitaxel.

Conclusiones: La combinación de cetuximab y paclitaxel semanal resultó activa y bien tolerada. A la vista de los resultados, este esquema podría resultar una opción alternativa al tratamiento estándar en primera línea para los pacientes con bajo performance status, o no candidatos a platino, así como el de segunda línea para aquellos que han progresado a la primera con platino +/- cetuximab.

L-10

GEN RAS NATIVO EN CARCINOMA COLORECTAL (CCR) METASTÁSICO: TRATAMIENTO CON PANITUMUMAB CADA 3 SEMANAS. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (HUCA)

Quionia Pérez Arnillas, Jose Maria Viéitez, Paula Jiménez Fonseca, Carlos Álvarez Fernandez, Eduardo Gutiérrez Restrepo, Lucrecia Ruiz Echeverría, David Rodríguez Rubí.

Sº Oncología Médica Hospital Universitario Central de Asturias (Oviedo).

Introducción: La administración de panitumumab recomendada en ficha técnica es quincenal, su vida media permitiría hacerla cada tres semanas (Weiner, Clin Cancer Res. 2008) con lo que se conseguiría una administración mas adecuada. Objetivo: determinar la eficacia de los regímenes con panitumumab administrados cada 3 semanas en el HUCA en segunda o sucesivas líneas de tratamiento en pacientes no seleccionados de la práctica clínica.

Materiales: Cohorte retrospectiva de pacientes con cáncer colorectal estadio IV tratados con panitumumab solo o en asociación con quimioterapia, en segundas o sucesivas líneas de tratamiento en dosis de 9 mg/Kg/3semanas.

Resultados: Entre el 1-VII-2009 y el 27-IV-2012 se trataron 55 pacientes. Sus características basales se describen en la tabla1. La media de edad fue de 63 años (31-82), con un predominio de afectación en colon y varones frente a recto y mujeres, (77,6% y 71% frente a 22,4% y 29% respectivamente). Un 41,5% de los pacientes presentaban un Karnofsky del 60% mientras que el estado general excelente (Karnofsky 90%) fue escaso (5,6%). La afectación hepática (76,36%) fue la localización más frecuente.

Tabla 1.

Colon/recto	43/12 (77,6%/22,4%)
Edad (años)	63 (31-82)
Varon/Mujer	39/16 (71%/29%)
Adyuvante S/N	19/36 (34,5%/65,5%)
Vivos S/N	26 (47,27%)
CEA (ng/ml)	78 (1-2494)
19.9 (ng/ml)	35 (2-1779)
LDH (U/l)	228 (100-1814)
Nº Organos	2 (0-6)
HÍGADO	42 (76,36%)
PULMÓN	21 (39,6%)
KARNOFSKY	60 (41,5%)
3ª LINEA (Panitum)	
Asociado a CPT11	32
Asociado a CAPOX	1
Asociado a CAPIRI	1
Asociado a OXALIP	1
Monoterapia	5
2ª LINEA (Panitum)	
Asociado a CPT11	2
Asociado a CAPOX	4
Asociado a OXALIP	2
Monoterapia	6

El uso de panitumumab con quimioterapia predominante en segunda línea fue asociado a CAPOX (4/8) y a irinotecan en tercera línea (32/35). La mediana de supervivencia global desde el diagnóstico de la enfermedad de la muestra fue 23 meses tanto para los pacientes que recibieron panitumumab en segunda como en tercera línea. El ILP (intervalo libre de progresión) desde el inicio de panitumumab fue de 4,7 meses. Con su uso en tercera línea se obtuvieron 14 respuestas parciales (35%) y 7 estabilizaciones (17,5%). Las respuestas estimadas para el global son del 30% (IC 95%: 17-44%) y del 35% (IC 95%: 20-51%) para panitumumab en tercera línea.

Conclusiones: La administración de panitumumab cada 3 semanas produce un significativo número de respuestas en esta población ampliamente pretratada, podría considerarse como una alternativa terapéutica en pacientes con K-Ras nativo.

L-11

TRATAMIENTO CON RADIO-QUIMIOTERAPIA(RT-QT) PREOPERATORIA CON CAPECITABINA EN PACIENTES CON CÁNCER DE RECTO ESTADIOS II-III. EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Encarnación González Flores, Julia Ruiz Vozmediano, Verónica Conde Herrero, Beatriz González Astorga, Javier García García, Aranzazu González Vicente, Jesús Soberino García, Cinthya Scarlett González Rivas, Raquel Luque Caro, Juan Ramón Delgado Pérez. Hospital Virgen de las Nieves, Oncología Médica, Granada.

Introducción: El tratamiento preoperatorio con RT-QT se considera el tratamiento estándar del cáncer de recto (CR) E. II-III. Las fluoropirimidinas orales como la Capecitabina pueden sustituir al 5FU en IC. Los objetivos de nuestro estudio son valorar el perfil de toxicidad, la eficacia y la preservación del esfínter anal en pacientes(pts) con CR E.II-III tratados preoperatoriamente con Capecitabina-RT.

Materiales: Ente Mayo 2005 y Junio 2011, 72 pts con diagnóstico de CR fueron tratados con RT (45-50Gy) y Capecitabina (850mg/m2/12h diarios). 23 pts presentaban E.II (T3:19 y T4:4) y 33 E. III (T4: 6). Mediana de edad: 67 años (39-84). Hombres: 44.Mujeres:28. El estudio pretratamiento se realizó con: RM pélvica, ECO transrectal, TAC de abdomen, Rx tórax y PET-TAC. Todos los pts fueron intervenidos 8 semanas después de completar el tratamiento preoperatorio.

Resultados: De los 72 pts incluidos, en 49(68.05%) hubo respuesta al tratamiento: RCp: 13 pts(18,05%);

RP: 36pts (50%), 15 pts (20,83%) presentaron EE y 7 pts (9,72%) presentaron PT. En 25 pts(34,72%) se realizó amputación abdomino-perineal y 44 pts (61,11%) preservaron el esfínter anal. No muertes tóxicas. La principal toxicidad grado 3-4 fue diarrea en 8 pts (11.11%). Con una mediana de seguimineto de 33 meses, la mediana de Supervivencia global(mOS) fue de 44,5 meses. En pacientes con respuesta al tratamiento (RCp+RPp) la mediana de OS fue de 53 meses y en paciente no respondedores (EE+PT) fue de 29meses, observándose diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos con $p=0,021$. No se observaron diferencias siginificativas en mOS entre pacientes que obtuvieron RCp vs RPp($p= 0,665$).

Conclusiones: El tratamiento preoperatorio con la combinación de RT-Capecitabina es una alternativa válida en los pts con CR E. II-III, con un importante porcentaje de respuestas patológicas que impacta significativamente en la OS de los pts y con un elevado porcentaje de conservación del esfínter anal, así como un perfil de toxicidad aceptable.

L-12

TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO ADYUVANTE DEL CÁNCER DE COLON ESTADIO III ADMINISTRADO EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE EN LOS AÑOS 2010 Y 2011

Elena Asensio Martinez, Javier Gallego, Asunción Soto, Álvaro Arroyo, Guillermo Ricote, Inmaculada Lozano, Almudena Cotes, Martín Ore, Federico Vázquez, Álvaro Rodríguez-Lescure.

Servicio de Oncología Médica. Hospital General Universitario de Elche (HGUE).

Introducción: La indicación de tratamiento quimioterápico adyuvante se encuentra claramente establecida en pacientes con cáncer de colon estadio III, recomendándose en el momento actual la administración conjunta de fluoropirimidinas y oxaliplatino, aunque continúa siendo objeto de debate si los pacientes mayores de 70 años se benefician de la adición de oxaliplatino. El objetivo principal de nuestro estudio es conocer qué tratamiento quimioterápico adyuvante reciben los pacientes diagnosticados de cáncer de colon estadio III en el HGUE.

Materiales: Se han recogido de forma retrospectiva datos de los pacientes diagnosticados de cáncer de colon estadio III en un período de 24 meses comprendido entre enero de 2010 y diciembre de 2012 relativos a: edad, sexo, comorbilidades, complicaciones postquirúrgicas y tratamiento quimioterápico adyuvante administrado.

Resultados: 66 pacientes fueron diagnosticados de adenocarcinoma de colon estadio III en el HGUE durante 24 meses. La edad media de los pacientes es de 67,5 años (rango 33-87), tratándose de 41 varones (62,1%) y 25 mujeres (37,9%). 12 pacientes (18,2%) no recibieron tratamiento adyuvante y se indicó seguimiento. De estos pacientes, sólo uno era menor de 70 años (no recibió adyuvancia por complicaciones postquirúrgicas); de los 11 restantes 2 pacientes lo rechazaron, 2 más no la recibieron por complicaciones postquirúrgicas y los 7 restantes por múltiples comorbilidades y mal performance status (PS). 54 pacientes sí recibieron tratamiento quimioterápico adyuvante, siendo el tratamiento más frecuentemente administrado FOLFOX (71,8%), seguido de CAPOX (20,4%). Únicamente 4 pacientes (7,4%) recibieron tratamiento con capecitabina en monoterapia, siendo en todos los casos mayores de 70 años y con comorbilidades que impedían la administración de oxaliplatino. De los 50 pacientes (92,2%) que recibieron una combinación de 5-FU/capecitabina y oxaliplatino, 13 (24%) eran mayores de 70 años, pero sin comorbilidades y con buen PS.

Conclusiones: Gran parte de los pacientes diagnosticados de cáncer de colon estadio III reciben tratamiento quimioterápico adyuvante basado en fluoropirimidinas y oxaliplatino, incluídos los mayores de 70 años, en los que el beneficio de la adición de oxaliplatino no está claramente establecido. Es necesaria la realización de ensayos clínicos que ayuden a dilucidar el mejor tratamiento adyuvante en este subgrupo de pacientes.

L-13

INCIDENCIA DE METÁSTASIS CEREBRALES ASINTOMÁTICAS AL DIAGNÓSTICO, EN PACIENTES CON CARCINOMA DE PULMÓN NO MICROCÍTICO, 2008- 2011, ELCHE- ESPAÑA

Alvaro Javier Arroyo Salgado, Asunción Soto Gutierrez, Elena Ascencio Martinez, Guillermo Ricote, Inma Lozano Cubo, Almudena Cotes, Martin Oré, Javier Gallego, Natividad Martinez Banaclocha, Alvaro Lescure.

Servicio de Oncología Médica. Hospital general Universitario de Elche, España.

Introducción: Las metástasis cerebrales por carcinoma no microcítico de pulmón suelen influir profundamente en la supervivencia y calidad de vida de los pacientes. Dichas metástasis no parecen disminuir en frecuencia con el tratamiento sistémico establecido.

El propósito del presente trabajo fue describir la incidencia de metástasis cerebrales asintomáticas al diagnóstico, en pacientes con carcinoma no microcítico de pulmón.

Materiales: Se realizó un estudio Descriptivo, Transversal, Restrospectivo. Los pacientes del presente estudio fueron diagnosticados carcinoma no microcítico de pulmón entre los meses de Enero del 2008 a Diciembre del 2011, en el Hospital General Universitario de Elche. Nuestros criterios de inclusión fueron: Tener historia clínica registrada en el Hospital, vivir en la localidad y tener diagnóstico de carcinoma no microcítico de pulmón. Se utilizó el paquete estadístico SPSS, versión 12.0.

Resultados: Se incluyeron 132 pacientes de los cuales 118 de ellos cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. El 13.5% (16) de ellos fueron mujeres, con un promedio de edad de 71.2 años. El adenocarcinoma de pulmón fue la histología más frecuente 57% (67).

Conclusiones: Los resultados definitivos y discusión se presentarán posteriormente asociados a análisis multivariantes. Palabras clave: carcinoma no microcítico de pulmón, metástasis cerebrales.

L-14

SORAFENIB EN CÁNCER AVANZADO DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS (CPCNP): ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LOS PACIENTES CON PROGRESIÓN DESPUÉS DE DOS O MÁS LÍNEAS DE TRATAMIENTO

Sergio Vazquez Estevez, Begoña Campos, Silvia Varela, Rosario Garcia-Campelo, Elena Alvarez, Guillermo Quintero, Luis Anton Aparicio, José Ramon Mel.
Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña.

Introducción: Sorafenib (SOR) es un potente inhibidor de c-Raf, b-Raf VEGFR-1/2/3 y PDGFR- β . En CPCNP, la señalización de proliferación a través de Ras/Raf/MEK/ERK con frecuencia se activa a partir de mutaciones K-ras. Su eficacia como monoterapia para el tratamiento de CPCNP avanzado ha sido demostrada en varios ensayos. En ellos, SOR mejoró la tasa de estabilización de la enfermedad en pacientes que habían sido tratados previamente con quimioterapia. Nuestro objetivo es confirmar los resultados clínicos y la seguridad en la actividad clínica diaria.

Materiales: Entre octubre de 2008 y diciembre de 2011, 16 pacientes de raza blanca con CPCNP metastásico y enfermedad medible fueron tratados después de haber recibido dos o más líneas de tratamiento previo para la enfermedad metastásica. SOR se administró en una dosis inicial de 400 mg

dos veces al día de forma continuada en ciclos de 28 días. La variable principal fue la Supervivencia Libre de Progresión (SLP). Las variables secundarias fueron la Supervivencia Global (SG) y la tasa de respuesta.

Resultados: La edad mediana fue 59 años (40-86). El 100% de los pacientes tuvieron ECOG 0/1 en la escala funcional (5/11, 31/69%). La mayoría eran hombres (n = 10, 62%). El tipo histológico predominante fue adenocarcinoma (n = 10, 62%). Trece (81%) pacientes se encontraban en el estadio IV en el momento del diagnóstico. Los sitios de metástasis predominantes fueron pulmón (n = 9, 56%), ganglios linfáticos (n = 6, 38%), pleura (n = 3, 19%) y huesos (n = 3, 19%). Los pacientes recibieron una mediana de 3 (rango: 2 a 4) líneas de tratamiento previas al régimen de SOR; once (68,8%) pacientes recibieron al menos 3 líneas de tratamiento antes de SOR. La mediana de duración del régimen de SOR fue de 114 días (rango: de 9 a 247). Las medianas de SLP y de SG fueron 2,8 y 3,3 meses, respectivamente. Tras la administración de SOR, 2 pacientes (13%) tuvieron una respuesta parcial y 5 (33%) enfermedad estable. El perfil de toxicidad fue leve. Los efectos adversos CTC G3/4 fueron disnea (n = 4, 25%), toxicidad cutánea (n = 1, 6%) y vómitos (n = 1, 6%). En un caso, el tratamiento fue interrumpido por toxicidad no hematológica.

Conclusiones: Los pacientes con CPCNP avanzado recibiendo SOR después de dos o más líneas de tratamiento tienen 2,8 y 3,3 meses de mediana de SLP y de SG, respectivamente, con una tasa de control de la enfermedad del 46% y con un perfil de seguridad aceptable. A la espera de los resultados de los ensayos en curso, SOR es activo y seguro en esta población de pacientes ampliamente tratados.

L-15

CICLOFOSFAMIDA ORAL METRONÓMICA EN COMBINACIÓN CON PREDNISONA TRAS LA PROGRESIÓN A DOCETAXEL EN PACIENTES AFECTADOS DE UN CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN (CPRC)

Rafael Morales-Barrera, Cristina Suárez, Isaac Nuñez, Claudia Valverde, Xavier Maldonado, Jacques Planas, Juan Morote, Joan Carles.

Departamento de Oncología Médica. Hospital Universitario Vall d'Hebron, Vall d'Hebron Institute of Oncology (VHIO), Universitat Autònoma de Barcelona; Servicio de Radioterapia. Hospital Universitario Vall d'Hebron; Departamento de Urología. Hospital Universitario Vall d'Hebron.

Introducción: Numerosos agentes terapéuticos han sido evaluados como segunda línea de tratamiento tras la progresión a docetaxel en el CPRC. Este estudio evalúa la eficacia y tolerabilidad de la combinación de ciclofosfamida oral metronómica (COM) más prednisona.

Materiales: Es un estudio retrospectivo unicéntrico de pacientes tratados con ciclofosfamida oral más prednisona desde Marzo del 2009 a Mayo del 2011. El objetivo principal fue valorar la eficacia del tratamiento. Los objetivos secundarios fueron toxicidad, periodo libre de progresión (PLP) y supervivencia global (SG).

Resultados: Quince pacientes fueron tratados. La mediana de duración del tratamiento con ciclofosfamida más prednisona fue de 2.69 meses. La respuesta parcial por PSA se evidenció en 33.3%. La mediana del PLP y SG fueron de 4.1 meses y de 7.2 meses respectivamente. La principal toxicidad fue la astenia.

Conclusiones: Es una combinación activa, poco tóxica que puede ser una alternativa de tratamiento en aquellos enfermos con mal estado general y que presentan progresión a docetaxel.

L-16

REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD A CARBOPLATINO EN MUJERES AFECTAS DE CARCINOMA DE OVARIO, PLATINO-SENSIBLES

Isabel Aragón Manrique, Rafael Pamiés Espinosa *, Vicente Villarreal Rivas, José Manuel Rodríguez García, Miguel Ruíz López de Tejada, Eva María Mons Checa, Maysa Lemos Simosono, Eva María González Jiménez. *Unidad Gestión Clínica de Oncología. Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar; * Servicio de Alergología. Hospital de La Línea. Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar.*

Introducción: El cáncer de ovario supone la cuarta causa de muerte por cáncer en mujeres, con una tasa de supervivencia global a 5 años que ha sufrido un incremento del 10% en las últimas décadas debido, en parte, a los avances en quimioterapia especialmente relevantes en estos tumores sólidos por su carácter quimiosensible que hacen de la enfermedad, curable incluso en etapas avanzadas, particularmente en pacientes platino-sensibles, ya que el factor predictivo de respuesta más importante en la recaída es la sensibilidad previa a platino. Sin embargo, en los últimos años, debido precisamente al retratamiento con platinos, estamos encontrando más casos de reacciones de hipersensibilidad a esta familia de fármacos. Describir la existencia de este tipo de reacciones y

sensibilizar a oncólogos y alergólogos en la necesidad de ofrecer tratamientos de desensibilización.

Materiales: Análisis descriptivo de una serie de cinco casos, recogidos en el último año en nuestro centro, de mujeres afectas de carcinoma de ovario con histología de adenocarcinoma endometroide y carcinoma seroso papilar, estadios IIIC-IV, platino-sensibles, que han sido tratadas con esquemas basados en platino en líneas sucesivas y han presentado una reacción de hipersensibilidad al mismo.

Resultados: Tras recibir una media de 14 ciclos de quimioterapia basada en carboplatino, en 2º recaída, las pacientes sufrieron un cuadro de hipersensibilidad grave, tipo anafilaxia, con clínica muy similar siguiendo un espectro que iba desde un cuadro de eritema palmar, angioedema, prurito, vómitos o diarrea hasta broncoespasmo e hipotensión severa, todos ellos con afectación grave del estado general. En cuatro casos, las pacientes presentaron síntomas de menor intensidad (prurito o eritema palmar) en el ciclo previo. Una de las pacientes, fue retratada con cisplatino, tras sufrir reacción a carboplatino, sin incidencias. Se ha propuesto en nuestro centro la posibilidad de realizar un protocolo de desensibilización a carboplatino.

Conclusiones: En los últimos años, estamos asistiendo a un aumento en el número de casos de reacciones de hipersensibilidad a platinos, posiblemente mediadas por IgE, en mujeres afectas de cáncer de ovario debido a un uso prolongado en líneas sucesivas de estos fármacos. Se describe en la literatura que la posibilidad crece con el número de exposiciones al fármaco reportándose una tasa del 27% en pacientes que han recibido más de 7 ciclos. Por este motivo, parece importante, en mujeres platino-sensibles, determinar a priori quienes van a presentar este tipo de reacciones, a través de test cutáneos, para poder ofrecer un tratamiento de desensibilización frente a platinos, los cuales constituyen una de las armas terapéuticas más eficaces de las que disponemos en esta enfermedad, cuyas posibilidades de utilización van a determinar el pronóstico de nuestras pacientes.

L-17

QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE Y RESPUESTA COMPLETA PATOLÓGICA EN PACIENTES DE MAL PRONOSTICO

Maria Vieito Villar, Nieves Martínez Lago, Rafael Varela Ponte, Juan Cueva Bañuelos, María Teresa Curiel García, Patricia Palacios Ozores, Yolanda Vidal Insua, Santiago Aguin Losada, Sonia Candamio Folgar, Rafael Lopez Lopez.

Introducción: El tratamiento con quimioterapia primaria ha supuesto un cambio fundamental en el manejo del cáncer de mama localmente avanzado en aquellos subgrupos de mal pronóstico pero que muestran una elevada quimiosensibilidad. Sabemos además que las tasas de recurrencia y las cifras de respuesta completa patológica muestran una elevada correlación así que la respuesta alcanzada con quimioterapia proporciona una importante significación pronóstica.

Materiales: Realizamos un estudio retrospectivo de las 38 pacientes con un tumor localmente avanzado (estado III) de mama con un subtipo de mal pronóstico (HER2 o triple negativo) tratadas con quimioterapia neoadyuvante de 2007 a 2011. Se recogieron datos de las pacientes incluyendo datos clínicos y epidemiológicos, así como el tratamiento recibido y datos de supervivencia libre de progresión y global.

Resultados: La edad media de las pacientes era 48 años, el 60% de las pacientes eran premenopáusicas. Un 26% presentaban tumores con infiltración cutánea o ulcerados y el resto tenían una axila clínicamente positiva. Ninguna paciente presentaba un tumor grado I, solo el 27% eran grado II y el KI67 era mayor del 15% en todos los casos. Diecinueve pacientes presentaban un tumor triple negativo y otras 19 un tumor HER2 positivo, de las cuales presentaban positividad para el receptor de estrógenos 8 pacientes. Todas las pacientes consiguieron completar la quimioterapia planeada salvo 1 paciente que falleció por una neumonitis tóxica. El 76% recibieron QT secuencial en el 63% de los casos empezando por una antraciclina, incluyendo 5 pacientes con enfermedad HER2+ y buena función cardíaca sin que se presentara ningún caso de fallo cardíaco sintomático. Las toxicidades presentadas fueron sobre todo hematológicas y se manejaron con soporte de G-CSF, sólo hubo un episodio de neutropenia febril tras el último ciclo que no afectó a la intensidad de dosis recibida. La respuesta clínica fue completa en el 53% de las pacientes de las cuales sólo una presentó focos tumorales menores de 1 cm, en las pacientes que alcanzaron una respuesta parcial clínica hubo sólo 3 casos de respuesta completa patológica. La tasa de respuesta completa patológica fue del 40%, 3 pacientes más presentaban persistencia de carcinoma in situ. Con una media de seguimiento de 28 meses presentaron una recidiva 8 pacientes (21%) con una media de DFS de 21 meses. Sólo 2 pacientes habían alcanzado una respuesta completa patológica.

Conclusiones: Los datos que hemos recogido confirman el papel de la respuesta completa patológica como factor pronóstico sin embargo por la naturaleza

de nuestro estudio no podemos afirmar que dicha diferencia se vea influenciada por el tratamiento recibido o que sea un reflejo de una enfermedad biológicamente más agresiva.

L-18

TCV (DOCETAXEL-CARBOPLATINO-BEVACIZUMAB): UNA NUEVA COMBINACIÓN QUE PROMETE UNA ALTA ACTIVIDAD EN CÁNCER DE MAMA TRIPLE NEGATIVO. ESTUDIO PILOTO

Jose Ignacio Chacón, Ana Rosa Rubio Salvador, Nazaret Cordero Franco, Begoña Martínez Carrasco, Sonia Alonso Soler, Laura Díaz Paniagua, Lourdes Fernández Franco, Alberto San Juan del Moral, Carmen Esteban Esteban, Paloma Moya Gómez.

Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Introducción: El cáncer de mama triple negativo (CMTN) constituye un subtipo resistente a antraciclinas para el que no existe quimioterapia estándar. La combinación de taxanos, derivados del platino y bevacizumab, parece ser activa en este escenario, pero los datos son aún insuficientes. Nuestro objetivo es describir nuestra experiencia con la combinación Docetaxel-Carboplatino-Bevacizumab (TCV).

Materiales: Análisis retrospectivo usando palabras clave para los pacientes diagnosticados con CMTN y tratados con TCV en neoadyuvancia (NAD) o metástasis (M), entre el 1 de julio de 2009 y el 31 de diciembre de 2011. Se obtuvo el consentimiento informado de todos los pacientes.

Resultados: 13 pacientes recibieron 86 ciclos de TCV (8 NAD y 5 M). NAD: Mediana de edad: 48 (28-60) años. T3-T4: 62,5%. Todos los pacientes recibieron 6 ciclos excepto 1 paciente, aún en terapia. A 5(62,5%) pacientes se les realizó cuadrantectomía y a 2(25%) mastectomía tras la quimioterapia. Un paciente aún no había sido intervenido. La biopsia del ganglio centinela se realizó en 5(62,5%) de los pacientes, a los 3 restantes se les realizó resección axilar para las metástasis N+. Tras cirugía, la respuesta patológica completa (RPC) fue en mama 6/7(85,7%) pacientes y en ganglios axilares 5/7(71,4%). La mediana de seguimiento fue 10(2-18) meses. Un paciente recidivó con metástasis cerebrales. M: Mediana de edad: 54,4(40-71) años. Cuatro pacientes recibieron TCV como primera línea y uno como tercera línea. 3 pacientes alcanzaron RC, 2 RP que progresaron en 3 meses. Mediana de seguimiento: 14,4 meses. Sólo uno de estos pacientes falleció. Seguridad: Leve, sin ninguna toxicidad grado 3 o 4. Un paciente experimentó

hipertensión grado 2 tras bevacizumab. La neutropenia no fue evaluable por el uso de G-CSF por protocolo.

Conclusiones: Pese a que los resultados pertenecen a una serie pequeña, se sugiere que TCv puede ser una combinación altamente activa en CMTN con una aceptable tolerabilidad.

L-19

IPILIMUMAB (IPL) EN EL TRATAMIENTO ASISTENCIAL DEL MELANOMA MALIGNO METASTÁSICO (MMM): EXPERIENCIA EN EL INSTITUTO CATALAN DE ONCOLOGIA (ICO)

José Luis Cuadra Urteaga, María Ochoa de Olza Amat, José Luis Manzano Mozo, José María Piulats, Nuria Pardo, María Jove Casulleras, Alberto Indacochea, Sara Ahlal, Alejo Rodríguez-Vida, Cinta Hierro Carbo.

Introducción: El IPL potencia la actividad inmune antitumoral y mejorar la supervivencia global de los pacientes con MMM. Las publicaciones de su uso fuera de los ensayos clínicos. El objetivo es describir el uso de IPL en el ICO.

Materiales: Desde setiembre del 2010 se ha prescrito IPL 3mg/m² cada 3 semanas (s) por 4 ciclos (C) a 19 pacientes (P), de 29 a 75 años (a) (media 58.3a), 21.1% mayores de 65^a y 57.9% varones. Inicialmente ubicado en el ojo (6p), acral (3p), entre otras; en 15P se presentó localizado, con supervivencia libre de progresión (SLP) de 17 meses (m), sin influencia de la adyuvancia. Tras progresión, en 15P se usó 1 línea (L) de tratamiento sistémico (TS) previo a IPL, en 2p 3L; sin mejorar SLP. El 68.4% tenía ECOG 1 pre IPL. Los datos retrospectivos se procesaron con SPSS.

Resultados: El IPL fue 1^aL en 2P, 2^aL en 15P (78.9%) y 4^aL en 2P; la media de ciclos fue 3.32. Toxicidad grado 2 en 57.9% (astenia 6P, cutánea 4P y diarrea 1P) y grado 3 (astenia, 2P). Al primer control (PC, 12s), había enfermedad estable (EE) en 26.3%, mantenida a las 24s en 21.1% y en 15.8% en el último control (UC), en el que 42.1% estaban vivos. La SLP tras IPL fue 3m, mejor si ECOG 0-1(4m vs 1m; p0.048) y si 4C IPL (4m vs 1m, p<0.0001). La supervivencia global (SG) fue 52m, variaba según lugar de M1 (p< 0.001), mejoraba si 4C IPL (82 vs 17m, p <0.0001) y EE en PC (104m vs 46m, p 0.016). De los 3P vivos en UC, 2p recibieron IPL como 1^aL.

Conclusiones: El uso asistencial de IPL en MMM es efectivo y bien tolerado en nuestros centros.

L-20

ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD NEOPLÁSICA

Walter Antonio Li Torres, María Luisa Sánchez Lorenzo, Paula Jiménez Fonseca, Carlos Álvarez Fernández, Quionia Pérez Arnillas, David Rodríguez Rubí, Ana Lucrecia Ruiz Echevarria, Esther Uriol Egido, José María Viéitez de Prado, Emilio Esteban González.

Hospital Universitario Central de Asturias, Servicio Oncología Médica.

Introducción: Los pacientes que ingresan en el Servicio de Medicina Interna con clínica compatible con un cáncer requieren realizar, con rapidez, estudios diagnósticos para filiar el primario y conocer la extensión tumoral, lo que ayuda a decidir la mejor alternativa terapéutica. El objetivo es conocer las pruebas diagnósticas realizadas, el órgano elegido para la toma de biopsia, la demora diagnóstica y el servicio al que se derivaron los pacientes.

Materiales: Se recogieron de forma prospectiva 112 pacientes que ingresaron en el Servicio de Medicina Interna entre junio 2011 y marzo 2012 con diagnóstico final de nueva enfermedad oncológica revisando los datos a través de la historia clínica.

Tabla 1. Los estudios diagnósticos principales realizados.

Estudio realizado	Nº (%)
Biopsia	92 (82%)
Marcadores tumorales	53 (47%)
Endoscopia	79 (63%)
TC	105 (94%)
Sangre oculta en heces	0 (0%)

Tabla 3. Servicios a los que se derivaron los pacientes.

Servicio al que se derivaron los pacientes	Nº (%)
Unidad cuidados paliativos domiciliarios	35 (34%)
Oncología médica	29 (29%)
Cirugía general	19 (19%)
Hematología	6 (6%)
Oncología radioterápica	5 (5%)
Digestivo	3 (3%)
Urología	3 (3%)
Ginecología	1 (1%)

Tabla 2. Relación entre endoscopias realizadas y la localización del cáncer primario diagnosticado.

Endoscopia realizada	Nº (%)	Cáncer diagnosticado	N (%)
Gastroscopia + Colonoscopia	22 (31%)	Colon	12 (54%)
		Estómago	4 (19%)
		Linfoma	2 (9%)
		Otros	4 (18%)
Colonoscopia	17 (24%)	Colorrectal	16 (94%)
		Hepatocarcinoma	1 (6%)
Gastroscopia + Broncoscopia	3 (4%)	Pulmón	2 (67%)
		Suprarrenal	1 (33%)
Gastroscopia	20 (28%)	Estómago	13 (65%)
		Otros	7 (35%)
Broncoscopia	9 (13%)	Pulmón	9 (100%)

Resultados: Los cánceres más frecuentemente diagnosticados fueron: colorrectal 29%, pulmón 16% y estómago 13% siendo estadios avanzados el 71%. La mediana de tiempo de demora desde el ingreso hasta el diagnóstico fue 11 días (rango: 2-27). No se llevó a cabo biopsia en el 18% de los pacientes por: limitación del esfuerzo diagnóstico-terapéutico 60%; exitus 30%; derivación a otro servicio 5% y dificultad técnica 5%. Los estudios diagnósticos principales realizados se recogen en la tabla 1. Se realizó endoscopia al 63% de los pacientes siendo la rentabilidad de esta prueba la que se muestra en la tabla 2. 11 pacientes (10%) fueron exitus durante el proceso de diagnóstico. Los servicios a los que se derivaron los otros 101 pacientes (90%) tras el diagnóstico para tratamiento se recogen en la tabla 3.

Conclusiones: La prueba de imagen realizada a casi todos los pacientes fue el TC para orientar estudios sucesivos. A pesar de que el cáncer más frecuentemente diagnosticado fue colorrectal no se realizó estudio de sangre oculta en heces a ningún paciente mientras que más de la mitad se sometieron a endoscopia siendo la gastroscopia el estudio de menor rentabilidad diagnóstica. A un 47% se le hicieron marcadores tumorales que fueron poco orientativos para el diagnóstico del tumor primario. El porcentaje de pacientes que fallecieron durante el diagnóstico o tenían un mal estado general por lo que solo fueron candidatos a cuidados paliativos muestra que la mayoría de pacientes son ingresados para estudios en situación avanzada del tumor.

L-21

RELACIÓN GRADO DE DIFERENCIACIÓN Y SUPERVIVENCIA EN TUMORES NEUROENDOCRINOS (TNE). EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Cynthia S González Rivas, Aranzazu González Vicente, Encarnación González Flores, Jesús Soberino García, Julia Ruíz Vozmediano, Raquel Luque Caro, Carmen Sánchez Toro, Beatriz González Astorga, Javier Valdivia Bautista, Juan Ramón Delgado Pérez.

Unidad de Oncología Médica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción: Los TNE derivan de células del sistema neuroendocrino difuso y células neurales con capacidad para sintetizar aminas biógenas. Representan un grupo heterogéneo de tumores con comportamiento clínico y pronóstico diverso en función de la sustancia secretada y del grado de diferenciación. **Objetivo:** analizar el manejo terapéutico y la supervivencia de TNE diagnosticados en nuestro centro y su relación con el grado de diferenciación y el valor del Ki67.

Materiales: Se analizaron 40 pacientes(pts) con TNE en seguimiento en nuestra Unidad. 26(65%)varones, 14(35%)mujeres. Mediana de edad:52 (14-82) años. Tumor primario:pancreático 10pts(25%), pulmonar 8(20%), intestinal 8(20%), apendicular 4(10%), otras localizaciones 25%.

Conclusiones: El grado de proliferación celular, y la expresión de la proteína Ki67, se correlaciona con el pronóstico de los TNE y determina en gran parte la estrategia terapéutica de estos pacientes.

L-22

EXPERIENCIA EN UN CENTRO SANITARIO CON IPILIMUMAB PARA MELANOMA DISEMINADO

Angela Lamarca Lete, Nadia Hindi, Alvaro Pinto, Beatriz Castelo, Andrés Redondo, Beatriz Martínez, Pilar Zamora, Jaime Feliu, Enrique Espinosa.
Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Introducción: Ipilimumab beneficia a pacientes con melanoma diseminado tratados en 1ª o 2ª línea. Se pretende revisar la experiencia de uso del fármaco en un centro.

Materiales: Se analizaron los datos clínicos correspondientes a 9 pacientes incluidos en un programa de uso expandido del fármaco, a la dosis de 3 mg/kg x 4 dosis.

Resultados: Había 6 varones y 3 mujeres, con mediana de edad de 60 años (40-72). El primario fue ocular en 4 casos, cutáneo en 3, mucoso en 1 y desconocido en 1 y el tiempo medio libre de enfermedad tras el tratamiento del tumor primario había sido 14 meses (4-110). Seis pacientes presentaban ≥ 3 órganos afectos, 2 tenían afectación en sistema nervioso central (SNC). Cuatro pacientes habían recibido una línea previa de tratamiento y 3 dos líneas. Se administró una mediana de 3 ciclos (2-4), sin reinducción en ningún caso. Se obtuvieron 2 estabilizaciones (EE) y 7 progresiones de la enfermedad (PE) (4 en SNC). La mediana de seguimiento fue 19 semanas (4-34), la mediana de supervivencia libre de progresión (SLP) estimada por Kaplan-Meier de 9,1 semanas (IC95% 0-18,3) y la mediana de supervivencia global (SG) estimada por Kaplan-Meier de 33,8 semanas (IC95% 6,5-61,1). Han fallecido 5 pacientes. En cuanto a la toxicidad, 2 pacientes tuvieron diarrea y hepatotoxicidad grado 3 y otros 2 pacientes, diarrea y exantema grado 1-2. El estudio univariante muestra tendencia a mayor supervivencia cuando hay < 3 órganos metastásicos afectos, ausencia de tratamiento previo o control de la enfermedad con el mismo (SLP > 2 meses), recibir ≥ 3 ciclos de Ipilimumab, elevación $> 10\%$ de linfocitos periféricos tras el Ipilimumab y recibir tratamiento tras la progresión.

Conclusiones: Nuestra población presentaba factores pronósticos desfavorables (enfermedad rápidamente progresiva y alta carga tumoral), lo cual puede explicar las bajas tasas de SLP y SG. Lo escaso de la muestra impidió sacar conclusiones sobre factores relacionados con el beneficio al Ipilimumab, aunque hay una tendencia a que éste aparezca en pacientes con menos tratamiento previo y menor carga tumoral.

L-23

CONGENIA: INNOVACIÓN INFORMÁTICA EN LAS UNIDADES DE CONSEJO GENÉTICO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA (UCG CV)

Vicenta Garcés Honrubia*, Mercedes Goicoechea**, Vicenta Almonacid*, Isabel Chirivella*, Eva Esteban***, José Luis Soto****, Silvestre Oltra*****, Lola Salas**.

* *Unidad de Consejo Genético en Cáncer del Hospital Clínico Universitario de Valencia** Servicio del Plan Oncológico. Dirección General de Investigación y Salud Pública. Conselleria de Sanitat de Valencia; ***Laboratorio de Biología Molecular. Hospital la Fe de Valencia; ****Laboratorio de Biología Molecular. Hospital General de Elche; *****Unidad de Genética y diagnóstico prenatal. Hospital la Fe de Valencia.*

Introducción: El uso de la informática como herramienta de ayuda es un hecho indiscutible en nuestro medio profesional. El modo en que procesemos la información va a determinar servicios más eficientes, por ello las Consejerías de Valencia y Madrid promovieron un proyecto global, la Red Inteligente (Plataforma CONGENIA): es una red de aplicaciones informáticas, centrales de comunicación y sistemas de datos en tiempo real. El objetivo era la mejora de nuestro sistema actual de procesamiento de datos.

Materiales: Fase I Mejora INNOVACIÓN de base existente (Access). Se creó un grupo de consenso con los profesionales de las 5 Unidades de CG CV para planificar su perfil profesional. Fueron necesarias reuniones multidisciplinarias presenciales y video-conferencias coordinadas por Consellería de Sanidad dentro del Plan Oncológico y con la asistencia informática de ATOS. Fase II Pruebas: Se eligió la UCGHCUV para testar las mejoras incorporadas y detectar posibles fallos o errores con la asistencia del personal informático de Consellería, HCUV, ATOS. Fase III: Pre-producción: Migración de datos almacenados en Access de las unidades desde su inicio (2005) hasta la actualidad. Fase IV: Producción: Inicio de trabajo en red de todas las unidades.

Resultados: Permite: El trabajo en red integrando a todos los profesionales que intervienen en el proceso de atención al paciente, en tiempo real, al mismo tiempo y según su perfil. La Progresiva integración con organismos relacionados (ORION, NEOS, Registro de tumores, Biobancos...). Organización del trabajo con listados, alertas y consultas. Indicadores estadísticos para valorar el trabajo realizado en CV y generar hipótesis de investigación.

Conclusiones: Hemos conseguido una nueva forma de gestión del cáncer hereditario cuyos principales beneficios son el proceso unificado para la gestión y

seguimiento de información del programa; integración y comunicación de la información por perfiles; fiabilidad, seguridad, confidencialidad y análisis a partir de los indicadores obtenidos.

L-24

MEMORIA ASISTENCIAL DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

Paula Jiménez Fonseca, Jose María Vieitez de Prado, Quionia Pérez Arnilla, Carlos Álvarez Fernández, Ana Lucrecia Ruiz Echeverría, David Jose Rodríguez Rubí, Noemi Villanueva Palicio, Jose Pablo Berros Fonbella, Esther Uriol, Emilio Esteban González.

Servicio de Oncología médica del Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Resultados:

Ver tabla 1 y tabla 2.

Tabla 1. Actividad asistencial por oncólogo médico, la calculada por SEOM (disponible en: <http://www.seom.org/seom/hacen-falta-oncologos-medicos>) y la desarrollada por los oncólogos médicos en HUCA en 2011 registrando mediana y rangos.

ACTIVIDAD ASISTENCIAL POR ONCÓLOGO MÉDICO	CALCULADA POR SEOM	DESARROLLADA EN HUCA EN 2011
Primeras Visitas/año	145	175 mediana (rango: 94-278)
Sucesivas/año	1740	2087 (rango: 1350-2717)
Seguimiento pacientes curados/año	¿?	0
Tratamientos Hospital Día/semana	20	26 (rango: 12-47)
Interconsultas/semana	10	3 (rango: 0-7)
Comités de tumores/semana	2	1 (rango: 0-3)
Ensayos clínicos/año	¿?	2 (rango: 0-5)
Guardias/mes	1	1 presencial, 1 mixta, 1 localizada (rango: 0-2)

Tabla 2. Otras actividades que desarrolla el oncólogo no recogidas en el documento "Planificación Asistencial de la Oncología Médica en España" elaborado por SEOM.

OTRAS ACTIVIDADES QUE DESARROLLA EL ONCÓLOGO	PERIODICIDAD
Sesiones: lunes, administrativa; martes, docencia; miércoles, casos; jueves y viernes, Comités de Tumores	Diario: 8.15-9.15h
Cambio de guardia	Diario: 9.15-9.30h
Docencia a residentes	Diario
Atención telefónica a pacientes	Diario
Atención telefónica a otros médicos	Diario
Información a familiares	Miércoles
Atención a incidencias en Hospital de Día	Diario
Atención a visitantes médicos	Lunes: 14.45-15.15h
Prácticas estudiantes de medicina	3 meses al año
6 Oncólogos: miembros de Comisiones	Mensual: 1 hora
2 Oncólogos: profesores de la Facultad de Medicina	2 horas/sem 4 meses
1 Oncólogo: cargo en Sindicato Médico	Bisemanal: 1 día
Otras: gestión; elaboración de guías y protocolos; asistencia a reuniones, cursos y congresos; investigación; publicaciones ...	

L-25

ACTUALIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA CON TRABECTIDINA EN PACIENTES CON SARCOMA EN NUESTRO CENTRO

Marta Legerén Álvarez (1), Irene Zarcos Pedrinaci (1), Mayte Delgado Ureña (1), Jose Miguel Jurado Garcia (1), Josefa Carrillo Ramos (1), Rocío Fonseca Vallejo (2), Angel Calvo Tudela (2), Ana Villaescusa Molina (1), Jose Luis García Puche (1).

(1) Servicio de Oncología Médica; (2) Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Clínico San Cecilio de Granada.

Introducción: Los sarcomas son tumores de origen mesenquimal, y suponen el 0.7% de todas las neoplasias. Hoy en día se conocen más de 50 subtipos histológicos, con diferentes respuestas a tratamientos y distinto pronóstico. El tratamiento curativo de los sarcomas es quirúrgico, la radioterapia puede emplearse en el control local y la quimioterapia como tratamiento de la enfermedad diseminada con intención adyuvante o paliativa. La trabectedina es un fármaco indicado tras el fracaso de antraciclinas e ifosfamida y que parece tener mejores resultados en las variantes histológicas de liposarcoma y leiomiomasarcoma. Nuestro objetivo es el análisis retrospectivo de la respuesta y tolerancia a trabectedina en pacientes diagnosticados de sarcoma en nuestro centro.

Materiales: Revisión de las historias clínicas de pacientes que han recibido tratamiento con trabectedina para el tratamiento paliativo de sarcoma metastático en nuestro centro. Es un análisis retrospectivo de 9 pacientes.

Resultados: Los pacientes tienen una edad media de 45 años, y la histología se divide en leiomiomasarcoma 33%, liposarcoma 33% y con menor frecuencia de fibrosarcoma 11%, tumor desmoplásico de células pequeñas 11% y sinoviosarcoma 11%, con un grado de diferenciación III en el 44% de ellos. La localización del tumor primario es abdominal en el 66% de los enfermos, y las localizaciones metastásicas de predominio abdominal y pulmonar. Menos del 50% de los sujetos del estudio habían recibido más de 3 líneas de tratamiento quimioterápico previo, recibiendo todos ellos en algún momento de su evolución ifosfamida y antraciclinas. Según los criterios RECIST 3 de los pacientes (2 liposarcomas y 1 leiomiomasarcoma) han tenido RP mantenida durante más de un año, y uno de ellos permanece en RP tras dos años de tratamiento. 1 paciente consiguió EE y 5 progresaron durante el tratamiento. El número medio de ciclos recibido por los pacientes ha sido 7, y su tolerancia ha sido aceptable.

Las toxicidades de mayor relevancia en frecuencia y gravedad son hematológica, hepática y digestiva.

Conclusiones: La trabectedina es un fármaco seguro, con toxicidad manejable y que ha supuesto un importante avance en el tratamiento de estos pacientes.

L-26

QUIMIOEMBOLIZACIÓN HEPÁTICA EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Mayte Delgado (1), José Miguel Jurado, Irene Zarcos (1), Marta Legerén (1), Luisa Castellote (2), Fermín Garrido (2), Rocío Fonseca (3), Ana Villaescusa (1), Ángel Calvo (3), José Luis García-Puche (1).

(1) Servicio de Oncología Médica; (2) Servicio de Radiología; (3) Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Clínico San Cecilio de Granada.

Introducción: El cáncer colorrectal es la segunda neoplasia más frecuente en el mundo. El 35% se diagnostican en estadio IV y del 20 al 50% de los estadios II-III desarrollarán metástasis, siendo el lugar más frecuente el hígado. La cirugía es el tratamiento de elección, pero sólo es posible en un pequeño porcentaje de casos. La quimioembolización puede beneficiar a pacientes con cáncer colorrectal metastásico a nivel hepático en diferentes situaciones:

- Pacientes con progresión o toxicidad a quimioterapia sistémica
- Pacientes inoperables
- Pacientes en los que la quimioterapia sistémica no consigue convertir la enfermedad en reseccable.

Materiales: Se analizan retrospectivamente las quimioembolizaciones realizadas a 9 pacientes en nuestro centro por parte de Radiología Intervencionista. Todos presentaban metástasis hepáticas irresecables, y el 22% además tenían enfermedad extrahepática. La media de edad fue de 65 años (54-80). Habían recibido 1, 2, 3 o más líneas de quimioterapia sistémica en el 22%, 44% y 33% respectivamente.

Resultados: Se realizaron un total de 22 procedimientos (2-4) con Irinotecan. Se consiguieron respuestas parciales en 5 pacientes, permitiendo en uno de ellos resección hepática, enfermedad estable en 2 pacientes y progresión en 2 pacientes. De los 7 pacientes que han progresado, 3 han presentado progresión a nivel hepático y extrahepático, 2 a nivel pulmonar y 2 a nivel hepático. El tiempo medio de progresión es de 5 meses. El 50% de los pacientes que progresaron presentaron CEA superior a 100 ng/ml en el momento de la quimioembolización. El tiempo medio de

hospitalización fue de 36 horas. La complicación más frecuente fue el dolor abdominal en los días posteriores que presentaron el 50% de los pacientes.

Conclusiones: La quimiembolización es un tratamiento seguro y puede ser una alternativa para pacientes con metástasis hepáticas irresecables que presenten toxicidad o progresión a la quimioterapia sistémica.

L-27

RADIOTERAPIA HEMOSTÁTICA EN TUMORES GASTROESOFÁGICOS. EXPERIENCIA DE NUESTRO SERVICIO

Nieves M. Chanzá, Cristina Hernando, Francisco Javier García, Gerardo Umazor, Virginia Palomar, Rosa Monfort, Ana Hernández, Vega Iranzo, M^o José Saffont, Carlos Camps.

(1-6) *Consortio Hospital General Universitario de Valencia Servicio Oncología Médica; (7) Consortio Hospital General Universitario de Valencia Servicio Oncología Radioterápica Eresa; (8-10) Consortio Hospital General Universitario de Valencia Servicio Oncología Médica.*

Introducción: La radioterapia hemostática (RTH) paliativa de los tumores del aparato digestivo pretende el control de la hemorragia tumoral. Analizamos el beneficio de la RTH en los tumores esofagogástricos.

Materiales: De 2010-2012, 13 pacientes recibieron RTH (30 Gy fraccionado en 10 sesiones). El 84.6% con diagnóstico de cáncer gástrico, 7.7% cáncer esofágico y 7.7% unión gastroesofágica. El adenocarcinoma (76.9%) fue la histología más frecuente. En el cáncer gástrico, la localización más frecuente fue el cuerpo (72.7%), seguido del antro (18%) y del fundus (9.1%). Previamente al inicio del tratamiento, el 38.4% presentaba valores de hemoglobina inferiores a 9 g/dL (23% inferiores a 8 g/dL y 15.4% entre 8-9 g/dL), requiriendo una media de siete concentrados de hemáties. El 46.2% valores entre 9-12 g/dL y 15.4% por encima de 12 g/dL. Al inicio del tratamiento, el 76.9% presentaba enfermedad metastásica y el 85.6% en tratamiento sintomático exclusivo.

Resultados: Todos los pacientes completaron el tratamiento. Tras finalizar el mismo, ningún paciente presentaba valores de hemoglobina inferiores a 9 g/dL, el 23.1% entre 10-11 g/dL, el 38.5% entre 11-12 g/dL y el 23.1% por encima de 12 g/dL. Ningún paciente requirió transfusión sanguínea. De los pacientes con cifras de hemoglobina pretratamiento inferiores a 10 g/dL, el 50% presentaron una supervivencia mayor de 6 meses. Sólo 3 pacientes fallecieron, 2 de ellos,

por progresión de enfermedad y tan sólo 1 a causa de sangrado tumoral. El 23.1% presentaron toxicidad secundaria al tratamiento principalmente náuseas, vómitos y mucositis.

Conclusiones: El análisis de nuestros resultados manifiesta que la RTH es un tratamiento bien tolerado. La RTH disminuye la necesidad transfusional de los pacientes con Carcinoma esofagogástrico. Debemos considerar la RTH como una alternativa de tratamiento paliativo.

L-28

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS METÁSTASIS COROIDEAS. NUESTRA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR

Petra Rosado Varela, Sara Estalella Mendoza, Cristina Cortés Carmona, Patricia Ramírez Daffós, Esperanza Arriola Arellano, M. José Gómez Reina, Antonio Rueda Ramos, José Antonio Contreras Ibáñez, José Manuel Baena Cañada.

Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario Puerta del Mar.

Introducción: Las metástasis uveales son el tumor intraocular maligno más frecuente, localizándose en más del 80% de casos en la coroides. Habitualmente, aparecen en fases avanzadas de la enfermedad, resultando un signo de mal pronóstico. El objetivo de este trabajo es analizar los síntomas más frecuentes que han motivado el estudio de estos pacientes, así como describir el manejo diagnóstico-terapéutico de esta patología en nuestro centro.

Materiales: Recogemos los datos más relevantes de historias clínicas de pacientes atendidos en nuestro servicio de oncología médica con diagnóstico de metástasis coroideas y creamos una base de datos de la que analizamos frecuencias.

Resultados: Se analizaron 5 historias de pacientes (3: carcinoma de pulmón IV y 2: cáncer de mama localizado). El 60% eran mujeres, y la edad media fue de 51,8 años. Todos los pacientes presentaron disminución unilateral de la agudeza visual y visión borrosa, detectándose afectación ocular bilateral en un único caso. En todos los casos se realizó resonancia craneal y valoración oftalmológica incluyendo campimetría y estudio de fondo de ojo. El PS (ECOG) fue de 1-2 en tres de los pacientes y de 3 en el resto. El 40% de los casos recibió tratamiento con radioterapia, y el 20%, además, recibió quimioterapia. Los pacientes tuvieron una supervivencia media de 8,2 meses tras el diagnóstico.

Conclusiones: El tumor que con mayor frecuencia origina metástasis coroideas en la mujer es el cáncer de mama, y en el varón, el cáncer de pulmón. En la mayoría de casos, la afectación es unilateral y el síntoma más frecuente al diagnóstico es la pérdida de visión. Cuando aparecen estas lesiones la supervivencia no suele superar los 6 meses. Siendo el tratamiento de elección la radioterapia ocular, son opciones a considerar la administración de quimioterapia, la enucleación ocular o la observación.

L-29

COMITE DE CANCER DE PULMON (CCP): PARTICIPACIÓN DEL EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Angels Arcusa Lanza (2), Carmen Sala (1), Anna Libran (1), Remei Blanco (2), Antonia Llunell (3), Josep Maria Sole (4), Mireia Serra (5).

Consorti Sanitari de Terrassa (CST): (1) Equipo de Cuidados Paliativos; (2) Servicio de Oncología; (3) Servicio de Neumología; (4) Servicio de Radioterapia; (5) Cirugía Torácica.

Introducción: La evidencia de la mejoría de la calidad de vida en los pacientes con cáncer de pulmón avanzado controlados simultáneamente por los equipos de Oncología y Cuidados Paliativos (CP) ha promovido en nuestro centro la intervención del equipo de CP en el proceso asistencial desde su inicio, incorporándolos como miembros del CCP facilitando una valoración multidisciplinaria y un abordaje integral. Con esta estrategia pretendemos gestionar una intervención precoz del equipo de CP (ECP) en la enfermedad avanzada y objetivar los recursos asistenciales utilizados.

Materiales: Estudio descriptivo prospectivo de los pacientes valorados en el CCP el año 2011, analizando edad, sexo, estadio de la enfermedad, mortalidad, intervención del ECP y recursos utilizados: ingresos en Oncología y Unidad de CP, visitas a urgencias, visitas en consulta externa, soporte hospitalario y atención domiciliaria.

Resultados: Se valoraron en el CCP 83 pacientes. Un 60% -50 pacientes con enfermedad avanzada - fueron controlados simultáneamente por Oncología y el ECP: en 41 (82%) desde el inicio del proceso y en 9 (18%) en otro momento de la evolución de la enfermedad. La intervención del ECP tuvo lugar durante la primera semana tras su valoración en el CCP en 23 pacientes (48%), durante el primer mes en 16 (32%), y posteriormente en 10 (20%). Durante 2011 los 50

pacientes generaron 38 visitas a Urgencias, 33 visitas en consultas externas, 19 visitas domiciliarias, 32 ingresos en la Unidad de CP y 18 en Oncología con 60 intervenciones del equipo de soporte hospitalario.

Conclusiones: La integración del ECP en el CCP facilita su intervención precoz en la atención de los pacientes con cáncer de pulmón avanzado. Un abordaje simultáneo de Oncología y el ECP puede optimizar el uso y la adecuación de los recursos asistenciales en estos pacientes, mediante la comparación de estos datos con un control histórico que permita objetivar si ha existido una mejora en el proceso.

L-30

CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN: ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE ABIRATERONA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

María del Mar Muñoz Sánchez, José Antonio Santiago Crespo, M^a José Molina Garrido, Carolina Ortega Ruipérez, Amaya Olaverri Hernández, Milagros Recuenco, Encarna Granados, Rosa Herraiz, M^a Ascensión Pardo, Carmen de las Heras.

Sección de Oncología Médica. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.

Introducción: Los pacientes con cáncer de próstata metastásico responden a hormonoterapia (HT) y luego experimentan progresión tumoral, definido como resistencia a castración (mCRPC), cuyo tratamiento (T) es QT (docetaxel). En 2^a línea 3 fármacos mejoran supervivencia: cabazitaxel, sipuleucel y abiraterona. Abiraterona acetato (A) es inhibidor oral de biosíntesis de andrógenos (CYP17).

Materiales: Estudio descriptivo retrospectivo sobre pacientes (p) que recibieron A en nuestro centro (dic 2011-abr 2012). Listado obtenido mediante programa de prescripción electrónica (FARHOS 5.0). Revisión de historias clínicas digitalizadas (Mambrinus XXI): evaluación de eficacia y toxicidad.

Resultados: 12p iniciaron tto con A-prednisona. Mediana de edad 77 años (rango 75-82). Todos afectados por mCRPC: 83% (10 p) MTS óseas, 33% (4) viscerales. Diagnóstico inicial: enfermedad est IV 50% y localizada el resto (6p), estos últimos con T radical con RT 66% (4) y Cirugía 16% (1). Todos (12p) habían recibido previam castración y 91% (11) 2^a línea HT. Tras resistencia a castración 75% (9) recibieron docetaxel. 25% (3/12 p) no recibieron QT (2 por contraindicación y 1 por negativa a QT), la admón de A se realizó como uso compasivo (RD 1015/2009). De los tratados con docetaxel, el 88% (8p) recibieron 2^o y sucesivas

líneas de QT previo al uso de A (re-T con docetaxel, cabazitaxel, vinorelbina, mitoxantrone y ciclofosfamida) (media de líneas de QT's previas a A: 2,06, SD 1,1). 10 p con MTS óseas, 90% recibieron bifosfonatos. Análisis de T con A. Eficacia: Mediana de tiempo con A: 60 días (51-84). 91% (11p) obtuvo reducción de PSA al mes (media de reducción 30%, en 1p se elevó > 25%. Dado corto seguimiento, respuesta radiológica aún no evaluable. Toxicidad: edemas 33%, HTA 25%, hipoK 25%, transaminitis 16% e hipertrigliceridemia 16%. No requirió ajuste de dosis o suspensión.

Conclusiones: Aún se desconoce la secuencia óptima en el CRPCm post-docetaxel. En nuestra serie A-prednisona fue muy bien tolerada y obtuvo rápida respuesta bioquímica.

L-31

RESULTADOS PRELIMINARES DEL TRATAMIENTO NEOADYUVANTE ASISTENCIAL EN PACIENTES CON CARCINOMA UROTELIAL INFILTRANTE: EXPERIENCIA DE UN SOLO CENTRO

José Luis Sánchez Sánchez, María Carmen Soriano Rodríguez, Esther Noguerón Martínez, Luis Alberto Aliaga Villaverde, Lorenzo Gómez Aldaraví, José María García Bueno, Verónica González Orozco, Luz Pombo Parada, Sandra García Nieto, Antonio Fernández Aramburo.

Sección Oncología Médica Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (C.H.U.A.).

Introducción: La quimioterapia neoadyuvante basada en cisplatino puede mejorar la supervivencia del cáncer urotelial músculo-invasivo (CUMI), siendo la respuesta completa patológica (pCR) su mejor factor predictivo. No disponemos de ensayos aleatorizados sobre el régimen óptimo. En la enfermedad avanzada, dosis-densa (DD) MVAC muestra un perfil de toxicidad más favorable que MVAC clásico (Sternberg 2001) y su administración en un período más corto lo hace atractivo en neoadyuvancia. Presentamos datos retrospectivos sobre su toxicidad y actividad en este contexto.

Materiales: Se han analizado retrospectivamente los pacientes de un solo centro con CUMI, > T2, < N1 y M0, tratados de forma asistencial con 4 ciclos de DD-MVAC (metotrexato 30 mg/m², vinblastina 3 mg/m², doxorubicina 30 mg/m² y cisplatino 70 mg/m² quincenal con G-CSF) previamente a la cirugía radical.

Resultados: Entre Abril/11 y Mayo/12, fueron tratados 10 pacientes. 90% varones, edad mediana 63 años (42-80), ningún ECOG > 2 y 10% N1. Un paciente

sufrió neutropenia G3 y otro G4 con fiebre, no hubo muertes tóxicas. El tiempo mediano tras finalizar quimioterapia hasta la cirugía fue 29 días (23-40). Todos se trataron con cistectomía radical y linfadenectomía bilateral (30% con neovejiga). Hubo 50% pRC, 20% pRP, 20% estabilizaciones y un paciente progresó. La estancia media hospitalaria fue 10 días, sin incremento de la morbilidad postoperatoria. Tras un seguimiento menor de 12 meses, sólo 1 paciente en progresión y ninguna muerte. No se ha alcanzado la mediana de supervivencia.

Conclusiones: DD-MVAC es un régimen seguro y nuestros resultados preliminares, con pequeño tamaño muestral y seguimiento corto, muestran respuestas patológicas comparables a MVAC clásico del SWOG 8710 y MVAC-DD más Bevacizumab (Siefker-Radtke AO, 2012). Los esquemas de quimioterapia con dosis densas, que reducen al mínimo los retrasos en el tratamiento definitivo, pueden ser una alternativa aceptable al M-VAC tradicional en neoadyuvancia.

L-32

EXPERIENCIA CON BEVACIZUMAB EN CÁNCER DE OVARIO AVANZADO EN HOSPITAL TERCIARIO

María Soto Hormigo, Joaquín Gimeno Pelegrín, Eduardo Pujol Obis, Julio Lambea Sorrosal.

Servicio de Oncología Médica, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.

Introducción: Evaluar la respuesta, toxicidad, tolerancia y evolución con Bevacizumab en pacientes con cáncer de ovario avanzado en nuestro servicio.

Materiales: Análisis retrospectivo de 8 pacientes tratadas con Bevacizumab entre Enero 2011 y Abril 2012. Se investigó la edad, anatomía patológica/estadio FIGO, esquema terapéutico (sensibilidad a platino/dosis), nº ciclos, abandono/causa, niveles CA125, toxicidades y evolución (respuesta/supervivencia/tiempo progresión). En todas se realizó adecuada citorreducción mas quimioterapia neo/adyuvante.

Resultados: Pacientes=8. Edad media=54,12 (34-70). Anatomía patológica=carcinoma seroso G2-3. Estadio FIGO=IIIB-C (50%), IV(50%). Sensibilidad a platino:75% sensibles(16% intermedia) y 25% resistentes. Dosis=7,5mg/kg (100% de pacientes), solo 1 paciente aumentó a 15mg/kg. Media ciclos=9,7 (máximo=22, mínimo=2). Abandonos=4 por progresión: 1 tras respuesta completa (RC) 2 tras parcial (RP), y 1 progresión (EP). Las 4 que no abandonaron presentaron 50% RC y 50% RP. CA-125 se eleva en todas las progresiones salvo 1 caso BRCA1+(siempre negativo).Toxicidad

Edad	Esquema terapéutico	Estadio*/AP	Nº Ciclos	Abandonos	CA-125	Toxicidad	Respuesta	Platino-S
54	Avastin 7,5 + Docetaxel 75 (10)→ Avastin 15 (17)	Papilar-seroso. IIIB.	17	No	Pre-Avastin: 838. Trastto:415.	Anemia G1. Dificultad cicatrización (fistula cutaneo-peritoneal)	RP: disminución parcial de implantes peritoneales.	Platino-resistente.
48	Carbo AUC6+Taxol+ Avastin 7,5	BRCA1+. IV	2	Sí (progresión: recivida vaginal)	Siempre negativo.	Trombopenia G2. Anemia G1 NTP G1	RC (RM pélvica, PET-TC).	Platino sensible
70	Carbo AUC6+Taxo+Avastin 7,5 (6)→ Myocet 80%+Avastin (4)→ Avastin (12)	Papilar-seroso. IIIB-C	22	No	Pre-Avastin : 186. Trastto : 42,7.	Anemia G1. Epistaxis. Vómitos G2. Astenia G2. Mucositis G1	RC al ppo (PET). Recidiva carcinomatosis : RP posterior.	Platino-sensible
60	Topotecan 3,75+Avastin 7,5	Seroso. IIIC (preavastin). IV (durante Avastin).	3	Sí (progresión : mtx pulmonares).	Pre-Avastin : 380. Trastto : 419.	Proteinuria G1 Epistaxis. Anemia G1.	No respuesta. TAC : mtx pulmonares bilaterales.	Platino-sensible
54	Carbo AUC6+Taxo+Avastin 7,5 (12)→ Avastin (4).	Seroso. IIIC.	16	No.	Pre-avastin : 973. Tras último ciclo : 686 (penúltimo : 198)	Astenia G1.	Tras 2 ciclos : RC (TAC : no carcinomatosis). Progresión bioquímica.	Platino-sensible
34	Carbo AUC6+Taxo+Avastin 7,5 (6)→ Avastin (2).	Seroso. IV(hepáticas)	8	No.	Pre-Avastin : 61. Trastto : 17,8.	Anemia G1. NTP G1. Trombopenia G1. Astenia G2.	Tras 5 ciclos : RC → en TC, desaparición hepáticas y carcinomatosis.	Platino-sensible
68	Avastin 7,5	Seroso, G3. IIIC.	7	Sí (progresión bioquímica).	Pre-Avastin : 34. Trastto : 261.	No toxicidad	No respuesta en TAC (persiste carcinomatosis).	Platino-resistente.
45	Carbo AUC6+Taxol+Avastin 7,5	Seroso. IV(cerebrales)	2	Sí (progresión).	Pre-Avastin : 668. Trastto : 1343.	No toxicidad	No respuesta.	Sensibilidad Intermedia

*Estadio cuando se inicia tto con Avastin (existen pacientes con líneas previas de Qt).

dad:75% grado 1-2(hematológicas, epistaxis, astenia, mucositis, proteinuria, HTA) y 25% sin toxicidad (sin respuesta).1 paciente presentó ulceración de pared abdominal(ruptura de implante peritoneal).

Conclusiones: Bevacizumab a dosis de 7,5mg/kg es bien tolerado con toxicidad grado 1-2.En cáncer epitelial avanzado es una opción terapéutica de primera línea con 50% de respuestas(criterios RECIST, CA-125, clínica)en nuestra serie. El abandono suele deberse a progresión que ocurre incluso después de alcanzar RC, lo que podría evitarse manteniendo el antiangiogénico. En pacientes con enfermedad peritoneal residual, la ulceración de la pared abdominal es un peligro a tener en cuenta.

L-33

LA TERAPIA DE GRUPO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA. UNA EXPERIENCIA INNOVADORA

Purificación Martínez-del-Prado, Manuel Hernández.*, M^a Ángeles Sala, Elena Galve, Nerea Alonso*, Virginia Arrazubi, Laura Sande, Teresa Pérez-Hoyos, María Gutierrez, Alberto J. Árevalo.

Servicio de Oncología Médica. Unidad de Psicooncología. (UPO). Hospital Universitario Basurto. Bilbao. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.*

Introducción: El objetivo de la terapia de grupo y sus ventajas frente a la individual son: proporcionar una asistencia global, facilitar la adaptación psicosocial, reducir la sintomatología ansioso-depresiva, promover la calidad de vida, compartir habilidades de afrontamiento, expresar y compartir emociones, mejorar el autoconcepto y la eficacia clínica del tratamiento psicooncológico.

Materiales: En 2008 en la UPO de nuestro centro se inició un programa de terapia grupal en pacientes >18 años con Cáncer de Mama en diferentes estadios, con sintomatología ansioso-depresiva remitidas desde el Servicio de Oncología Médica. El diseño de los grupos es de temática libre con estructura cerrada y duración limitada, con una sesión semanal de 90 minutos, compuestos por 6-10 participantes y dirigidos por un psicooncólogo y co-terapeuta. La intervención psicológica es de estilo no directivo (combinación del modelo de Spiegel y modelo psico-educativo). Se realizaron 12 sesiones, una de ellas con asistencia del Oncólogo Médico. Al finalizar la terapia se realiza un cuestionario de satisfacción.

Resultados: Han participado 6 grupos (el primero piloto). Las principales preocupaciones que se han detec-

tado son: miedo a la recidiva, efectos secundarios del tratamiento pérdida de la imagen corporal y autoestima, repercusión familiar, social y laboral, expresión emocional y relaciones sociales, falta de control y autonomía, pareja y sexualidad. Cada paciente siente determinadas preocupaciones en relación a sus propios valores. La valoración personal tras la encuesta fue muy satisfactoria.

Conclusiones: La terapia grupal en pacientes con cáncer de mama proporciona un espacio de confianza donde compartir esperanzas, emociones y habilidades de afrontamiento con otras personas que están viviendo la misma experiencia vital.

L-34

ANTICUERPOS MONOCLONALES E INSUFICIENCIA RENAL (IR)

Borja López De San Vicente*, Virginia Arrazubi*, M^a Teresa Perez-Hoyos*, Ana Aguirrezabal, Maria Angeles Sala*, Elena Galve*, Maria Gutierrez*, Laura Sande*, Maria Jesus Yurrebaso, Purificación Martínez Del Prado*.

**Servicio de Oncología Médica; **Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Basurto.Bilbao. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.*

Introducción: No existen estudios de seguridad en la utilización de anticuerpos monoclonales (AcM) en pacientes con IR; el objetivo es estudiar la prevalencia de IR y la seguridad en su utilización.

Materiales: Estudio transversal que incluye a todos los pacientes tratados con AcM anti-EGFR1 y anti-VEGF en septiembre y octubre de 2011 en nuestro centro. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas y de la aplicación Oncofarm®. El estudio de la función renal se calculó mediante la fórmula de Cockcroft-Gault (G-C) y valores de creatinina sérica (IR: creatinina>1.1mg/dL o C-G<90ml/min). La seguridad fue evaluada mediante la toxicidad y la necesidad de retrasos o disminución de dosis.

Resultados: Se incluyeron 53 pacientes consecutivos, 40 hombres y 13 mujeres (75/25%), mediana de edad 63 años (37-82). El 64% de los pacientes presentaba cáncer colorrectal, el 24.5% de cabeza y cuello, y el 11.4% otras neoplasias. AcM: 49% cetuximab, 5.7% panitumumab y 45.3% bevacizumab. En un 6.5% de los casos se pautó con intención radical, en un 47.5% paliativo de primera línea, y en un 47.8% líneas posteriores. En el 70% de los esquemas se administró con quimioterapia y en un 30% en monoterapia.

La insuficiencia renal estimada fue de 7.5% con la determinación de creatinina, frente al 41.5% según C-G (11.3% < 60ml/min). El retraso en la administración fue necesario en el 28% de los casos (15) y la disminución de dosis en el 11,3%(6). No se encontró relación entre IR y necesidad de retrasos o de disminución de dosis. El 80% de los pacientes con necesidad de retrasos y todos los que precisaron disminución de dosis, recibió quimioterapia. En ningún paciente con IR tratado con AcM en monoterapia fue necesario la reducción de dosis o retraso en el tratamiento. La toxicidad atribuible a los AcM fue similar para los pacientes con o sin IR.

Conclusiones: La prevalencia de IR es elevada en los pacientes oncológicos. La administración de AcM es segura en los pacientes con IR.

L-35

DIABETES Y CÁNCER

Isália Miguel, Helena Vieira Dias, Maria Filomena Roque.

Hospital Distrital de Santarém, EPE.

Introducción: Diabetes Mellitus (DM) y cáncer son enfermedades crónicas, heterogéneas y multifactoriales. Algunos estudios sugieren que los diabéticos tienen mayor riesgo de neoplasias malignas: páncreas, hígado, colorrectal, mama, vejiga y linfomas. La mortalidad es también mayor. Los factores comunes de riesgo como edad, obesidad, inactividad física y tabaquismo pueden contribuir al riesgo de cáncer. En los pacientes diabéticos, el cáncer puede ser favorecido por la hiperglicemia, la hiperinsulinemia, o las drogas (insulina). Algunos autores sugieren un posible papel protector de la metformina en el desarrollo del cáncer. Nuestro objetivo es identificar los tipos más comunes de cáncer en diabéticos.

Materiales: Estudio descriptivo de diabéticos que frecuentaban un centro de oncología entre 2010-2011.

Resultados: Se identificaron 101 pacientes, 50,5% mujeres, edad media 67,6±9,6 años. 92% con DM 2. Tratamiento: 92% metformina y 42% insulina. Neoplasias más comunes en mujeres: mama (43,5%), colon (19,6%) y útero (8,7%); en hombres: colon (25,6%), recto (23,3%) y estómago y páncreas (14%). En promedio, la DM tenía 8,1±9 años de evolución en el diagnóstico de cáncer, sin diferencias entre tipo de tumor o género. Principales tipos de neoplasias en los insulino-tratados: estómago, recto y mama, sin diferencias significativas con el grupo no insulino-tratado. Seis pacientes tenían una segunda neoplasia.

Conclusiones: La complejidad de la DM, la diversidad biológica del cáncer, y la multiplicidad de mecanismos hace que sea difícil la ejecución de estudios de asociación entre cáncer y diabetes. La mayoría de estudios epidemiológicos no caracteriza suficientemente las muestras con respecto al tipo de diabetes, duración de la enfermedad, así como terapia. Nuestros pacientes mostraron el mismo patrón de neoplasias que los habituales en no diabéticos. Queremos llamar la atención sobre el tema, porque deben ser establecidas estrategias de prevención primaria y detección precoz, para que estos pacientes comiencen tratamiento tan pronto como posible.

L-36

TIMOMAS. EXPERIENCIA DE UN CENTRO HOSPITALARIO.

Jesús Soberino García, Julia Ruiz Vozmediano, Juan Ramón Delgado Pérez, Raquel Luque Caro, Aranzazu González Vicente, Cinthya Scarlett González Rivas, Lucía Castillo Portollano, Carmen Sánchez Toro, Encarnación González Flores, Jose Antonio Ortega Domínguez.

Hospital Virgen de las Nieves, Oncología Médica, Granada.

Introducción: Las neoplasias tímicas son poco frecuentes, el abordaje multidisciplinar es importante para lograr un buen control de enfermedad. En esta serie revisamos los casos que se han presentado en nuestro centro.

Materiales: Desde 2001 a 2011 se han tratado 13 pacientes(ptes), de los cuales un 70% eran varones y un 30% mujeres, la mediana de edad fue de 54años. 15% correspondían al subtipo AB, 23% al B1, 15% al B2, 15% al B3 y 31% al C. Por estadiaje un 15% correspondían a estadio I, un 62% a estadio III y un 23% a estadio IV. 70% presentaban síntomas generales al diagnóstico. Los síntomas locales mas frecuentes fueron dolor torácico(38%) y síndrome de vena cava superior en 1 pte. Ningún paciente presentó miastenia gravis, aplasia de serie roja o inmunodeficiencias.

Resultados: 85% recibieron quimioterapia (QT) con esquema CAP (Ciclofosfamida, Doxorubicina y Cisplatino) de ellos 53% con intención neoadyuvante, 15% postcirugía y 15% como tratamiento único. La mediana de ciclos administrada fue de 6. No se realizó cirugía en 3 ptes, 2 por ser enfermedad diseminada y otro por respuesta completa tras quimio y radioterapia. Todos los pacientes con enfermedad localizada al diagnóstico se trataron con radioterapia

(RT) posterior con una mediana de dosis de 50 Gy. De los pacientes que recibieron QT de inducción 89% alcanzaron respuesta parcial (RP) y 11% estabilización de enfermedad. La situación global al finalizar el tratamiento fue de 61% de respuesta completas, 15% de RP, 15% de EE y un 9% de progresiones de enfermedad. En el momento actual 54% están vivos sin enfermedad, 23% viven con enfermedad y 23% han sido exitus. La mediana de supervivencia global es de 40 meses (intervalo de 7 a 204 meses) la supervivencia libre de progresión mediana es de 19.5 meses y la mediana de supervivencia libre de enfermedad es de 16.5 meses.

Conclusiones: Los timomas son tumores infrecuentes, cuyo pronóstico depende de un abordaje multidisciplinar. En nuestra experiencia el régimen CAP es un tratamiento de QT bien tolerado con una buena tasa de respuestas y que permite un adecuado rescate de los pacientes para un abordaje local con cirugía y/o RT.

L-37

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, PATOLÓGICAS Y GENÉTICAS DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA Y OVARIO DERIVADAS A CONSULTA DE CÁNCER HEREDOFAMILIAR

Iván Márquez-Rodas, Sara López-Tarruella, María Soledad Luque Molina, María Isabel Palomero, Yolanda Jerez, Ricardo Gozález del Val, Jose Ángel Arranz, Pilar Sabin, Cristina López, Miguel Martín.

Servicio Oncología Médica, Instituto de Investigación Sanitaria Hospital Gregorio Marañón, Universidad Complutense, Madrid.

Introducción: La historia familiar y los datos patológicos son fundamentales en la sospecha del síndrome de cáncer de mama y ovario hereditario (SCMOH).

Objetivo: Describir las características clínico-patológicas y genéticas de pacientes con cáncer de mama (CM) y/u ovario (CO) derivadas a consulta de cáncer heredofamiliar de nuestro hospital.

Materiales: Se revisan datos consignados en consulta desde junio-2010 a abril-2012.

Resultados: Acudieron 187 pacientes con CM (2 con CO y 15 CM bilateral) y 18 con CO (3 con CM y 5 CO bilateral). 161/205 (78,5%) cumplían criterios de SCMOH, habiéndose solicitado un total de 153/161 test genéticos para BRCA1/2 (95%). De estos, se dispone de resultados en 68 casos (44,4%, resto pendiente): 25 mutaciones (36,7%), 31 variantes de significado desconocido (VSD) (45,5%), 2 polimorfismos (3%) y 10 sin alteraciones (14,7%). La tabla resume los hallazgos clínico-patológicos y genéticos de pacientes con resultado genético.

Conclusiones: En nuestra serie, más de un tercio de pacientes con criterios de SCMOH analizadas genéticamente tienen una mutación en BRCA1/2, mientras que casi la mitad tiene una VSD. Estos hallazgos son importantes desde el punto de vista asistencial para establecer medidas preventivas para disminuir el riesgo.

L-38

UNIDAD DE PSICOONCOLOGÍA Y UNIDAD DE CÁNCER HEREDOFAMILIAR (UCHF) DEL HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN: DESCRIPCIÓN DE LOS 18 PRIMEROS MESES DE COLABORACIÓN

María Díe Trill, Iván Márquez Rodas, Cristina López López, Cristina Ciudad Blanco, Sara López-Tarruella, Cristina Mata Fernández, Rosa Álvarez Álvarez, Montserrat Blanco Codesido, Gonzalo Tapia Rico, Miguel Martín.

Servicio Oncología Médica, Servicio de Pediatría, Servicio de Dermatología y Unidad de Psicooncología, Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón.

	MUTACIÓN	VSD	POLIMORFISMO	NORMAL	TOTAL	
MAMA	Triple negativo	8 (47%)	7 (38,8%)	0	3 (16,6%)	18
	RH pos HER2 pos	0	1 (100%)	0	0	1
	RH neg HER 2 pos	0	0	0	1 (100%)	1
	RH pos HER 2 neg	8 (25%)	19 (59,3%)	1 (3%)	4 (12,5%)	32
	no disponible	4 (44,4%)	2 (22,2%)	1 (11,1%)	2 (22,2%)	9
Total	20 (32,7%)	29 (47,5%)	2 (3,3%)	10	61	
OVARIO	5 (71,4%)	2 (16,6%)	0	0	7	
TOTAL	25 (36,7%)	31 (45,5%)	2 (3%)	10 (14,7%)	68	

Introducción: En el proceso de consejo genético oncológico es fundamental valorar el posible impacto psicológico en el paciente y su familia, y en ocasiones es necesaria su derivación a unidades de psicooncología (UPO). El objetivo es la descripción de las características psicológicas de los pacientes derivados a la UPO desde la UCHF.

Materiales: Se analizaron las características psicológicas de los registros de la UPO de pacientes derivados desde la UCHF (junio 2010-enero 2012).

Resultados: 29/388 pacientes (7,5%) fueron derivados, de los cuales acudieron 22 (75,9%), 2 varones y 20 mujeres. Como motivo de derivación alegaron: ansiedad (45,4%); miedo/preocupación por la posible herencia genética (27,2%); valoración para mastectomía profiláctica (18%); tristeza (18%); necesidad de hablar del riesgo (14%); necesidad de recibir más información y/o dudas sobre hacerse las pruebas genéticas (9%); sentimiento de vulnerabilidad/desprotección (9%); otras (miedo a ser una carga para familia; no aceptación del diagnóstico; rabia; percepción de riesgo acentuada) (18%). 10 pacientes (45,4%) tenían antecedentes psiquiátricos: 8 (72,7%) síntomas depresivos, 3 de los cuales (37,5%) necesitaron fármacos; 2 fueron diagnosticados en la consulta (1 trastorno límite y 1 anorexia). La evaluación psico-oncológica reveló que la ansiedad, ya fuera relacionada con el riesgo de padecer cáncer, la incertidumbre, o secundaria al cáncer, era el síntoma predominante en la muestra (82%). Se ofreció seguimiento a 21 sujetos (95%), de los cuales 16 (77%) aceptaron.

Conclusiones: La alta tasa de aceptación de seguimiento indica que la evaluación en la UPO es percibida como positiva por los pacientes. Es necesario indagar las causas que llevaron al 24% de pacientes a no acudir. Se ha creado un cuestionario para facilitar tanto la derivación inicial como el seguimiento de los pacientes futuros.

L-39

INFILTRACION LEPTOMENINGEA EN PACIENTES INGRESADOS EN HUVR

Maria Dolores Mediano Rambla, Carlos Robles Barraza, Marta Américo Góngora.
Hospitales Universitarios Virgen del Rocío.

Introducción: La carcinomatosis leptomenígea (CL) constituye una complicación devastadora de neoplasias sólidas y hematológicas con una incidencia aproximada del 5% en pacientes con cáncer metastásico. Las neoplasias sólidas que más frecuente-

mente relacionadas son el cáncer de mama, subtipo lobulillar infiltrante, cáncer de pulmón y melanomas. En los últimos años, se evidencia un incremento de la prevalencia de CL, que se relaciona con el incremento de la supervivencia global. Nuestro objetivo es realizar un análisis descriptivo de las características epidemiológicas de los pacientes ingresados en el periodo de diciembre del 2011 a mayo del 2012.

Materiales: Estudio descriptivo de una serie de 7 pacientes con neoplasias sólidas metastásicas en el periodo descrito con clínica neurológica compatible y posterior diagnóstico durante el ingreso de CL por citología o neuroimagen.

Resultados: De los 7 pacientes analizados, 85% mujeres, mediana de 43 años. El cáncer de mama ductal infiltrante es el más común (57%), seguido de sarcoma de Ewing, cistadenocarcinoma de ovario y melanoma (14%) respectivamente. Clínica inicial 57% debilidad de miembros inferiores y parestesias por disfunción de raíces nerviosas. El intervalo desde el diagnóstico de la neoplasia hasta el de CL es 143 semanas, y el del inicio de la clínica hasta diagnóstico de CL tiene una mediana de 55 días. Todos los pacientes tenían factores de mal pronóstico, 3 de ellos recibieron quimioterapia intratecal, dos de ellos con tratamiento sistémico. De los dos pacientes vivos al final del periodo, ambos progresión de la enfermedad.

Conclusiones: Los pacientes de la serie, han presentado CL tras múltiples líneas de tratamiento y tras una larga supervivencia como se refiere en la literatura. En los pacientes con factores de mal pronóstico, no hemos encontrado beneficios en control de progresión con la administración de quimioterapia intratecal y/o sistémica. La aparición de CL disminuye la supervivencia a corto plazo.

L-40

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA DISEMINADO INGRESADAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Sara Estalella Mendoza*, Petra Rosado Varela*, Cristina Cortes Carmona*, Jose Manuel Baena-Cañada*, Maria Jose Gomez Reina*, Patricia Ramírez Daffós*, Esperanza Arriola Arellano*, Antonio Rueda Ramos*, Jose Antonio Contreras Ibañez*, Amparo Mogollo Galván.

*Servicio de Oncología Médica; **Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: El Cáncer de Mama (CM) es causa de mortalidad e importante morbilidad. Su forma diseminada es una enfermedad incurable cuya supervivencia es variable y oscila entre meses y varios años. Ante la diversidad de síntomas relacionados con la misma, es cada vez más frecuente la necesidad de tratamiento por la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP). El objetivo es analizar los síntomas más frecuentes que han motivado el ingreso de estas pacientes, así como las principales causas asociadas a los mismos.

Materiales: Elaboramos un estudio observacional retrospectivo recogiendo una base de datos con historias clínicas de pacientes con CM hospitalizados en la UCP desde Enero de 2010 hasta Diciembre de 2011, detallando: edad, sexo, fecha de diagnóstico, tratamiento oncológico recibido, tratamiento oncológico actual, tiempo a cargo de UCP, síntoma que motiva el ingreso, causa que lo justifica, tratamiento empleado y evolución.

Resultados: Analizamos 565 historias de las cuales el 5% corresponden a pacientes con CM. La edad media de las pacientes, todas mujeres, fue de 64'45 años. Entre los múltiples síntomas que motivan el ingreso, la disnea es el más frecuente (53%), seguido de disminución del nivel de conciencia (21'42%) y de dolor costal (14'28%). Estaba provocada en el 66'66% de los casos por derrame pleural, en un 33'33% por progresión pulmonar y en menor medida, por tromboembolismo pulmonar, linfangitis carcinomatosa e infección respiratoria (13'33%). En el 60'70% se empleó tratamiento sintomático, mientras que se actuó de forma específica para tratar cada una de las complicaciones en el 39'28%. Finalmente, el 21'42% mejoró hasta llegar a controlar su sintomatología mientras que el 78'57% fueron exitus.

Conclusiones: La disnea fue el síntoma más frecuente que motivó el ingreso, justificada por derrame pleural seguido de progresión tumoral a nivel torácico. El dolor destaca como otro síntoma prevalente y sus causas han sido metástasis óseas e infiltración pleural y hepática.

L-41

TOXICIDAD LETAL POR 5-FU ASOCIADA AL DÉFICIT TOTAL DE DIHIDROPIRIMIDINA DESHIDROGENASA CAUSADO POR LA MUTACIÓN C.1905+1G>A: ANÁLISIS FARMACOGENÉTICO MEDIANTE HRM PARA IDENTIFICAR A LOS PACIENTES DE RIESGO

Emma Dotor Navarro (1), Emma Borrás (2), Angels Arcusa (1), Maria Jose Gamundi (2), Imma Hernan (2), M. de Sousa Diaz (2), Begoña Mañe (2), Remei Blanco (1), Jordi Alfaro (1), Miguel Carballo (2).

(1) Servicio de Oncología, Consorci Sanitari de Terrassa; (2) Unidad de Genética Molecular, Consorci Sanitari de de Terrassa.

Introducción: El déficit de dihidropirimidina deshidrogenasa es un síndrome farmacogenético relacionado con el desarrollo de toxicidad grave tras la exposición al 5-fluorouracilo (5-FU) y sus derivados, habitualmente prescritos para el tratamiento del cáncer colorrectal. Tras nuestra experiencia de un caso de toxicidad letal por 5-FU asociado a la mutación c.1905+1G>A, el alelo deletéreo más frecuente del gen DPYD, nos planteamos desarrollar un método para la detección pre-terapéutica de dicha mutación.

Materiales: Dado que disponíamos de un ensayo basado en el análisis de curvas de fusión de alta resolución (HRM) para la detección rutinaria de mutaciones somáticas de KRAS y BRAF (que ocasionan resistencia a la terapia anti-EGFR) en pacientes de cáncer colorrectal, decidimos incorporar la mutación c.1905+1G>A de DPYD a nuestra prueba de cribado.

Resultados: La paciente, una mujer de 73 años con cáncer colorrectal metastásico, falleció a causa de los efectos tóxicos inducidos por el 5-FU tras recibir el primer ciclo de quimioterapia (FOLFOX6m). Sus síntomas incluyeron neutropenia febril (grado 4), trombocitopenia (grado 4), mucositis oral (grado 4), diarrea (grado 3) y shock séptico; pese a todas las medidas emprendidas, murió 16 días después. Posteriores análisis genéticos revelaron que era homocigota para la mutación c.1905+1G>A y varios familiares fueron analizados. Utilizando estas muestras como controles, se optimizó el método de detección por HRM.

Conclusiones: Considerando el elevado número de casos de cáncer colorrectal y el uso generalizado del 5-FU en los regímenes de quimioterapia, el uso de un método coste-efectivo de genotipado permitiría prevenir graves efectos tóxicos en pacientes con déficit de DPD. La metodología de HRM ofrece una alternativa rápida, fiable y fácil de implementar para realizar análisis rutinarios en laboratorios diagnósticos. Además, la detección simultánea de un panel de mutaciones de KRAS, BRAF y DPYD tendría importantes implicaciones en el tratamiento farmacológico del cáncer colorrectal.

L-42

TRATAMIENTO DE LAS METÁSTASIS CEREBRALES CON RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO HOSPITALARIO

Cristina Hernando, Nieves M. chanzá, Rosa Monfort, Virginia Palomar, Gerardo Umazor, Francisco Javier Garcia, Cristina Caballero, Piedad Almendros, Alfonso Berrocal, Carlos Camps.

(1-7) Consorcio Hospital General Universitario De Valencia Oncología Médica; (8) Consorcio Hospital General Universitario De Valencia Oncología Radioterápica Eresa; (9-10) Consorcio Hospital General Universitario De Valencia Oncología Médica.

Introducción: Las metástasis cerebrales (MC) son el tumor intracraneal más frecuente con una incidencia entre el 25-30%. La Radioterapia Estereotáxica (RTE) ha modificado la actitud terapéutica en metástasis únicas u oligometástasis. Analizamos los pacientes tratados con RTE.

Materiales: Entre 2005-2011 fueron tratados 38 pacientes, el 60% varones con una media de edad entre 50-70 años. El pulmón (48%) fue el tumor primario más frecuente (31% adenocarcinoma), seguido de melanoma (13%), colon (13%) y mama 7%. El 58% presentaban una lesión cerebral única y el 37% 2-3 lesiones. El tamaño medio de la lesión fue 24 mm y sólo 11% presentaron metástasis extracraneales. Se asoció RT holocraneal previa en el 68%. La distribución según la clase pronóstica RPA de la RTOG fue clase I en 63% y clase II en 37%. El 50% recibió RTE en fracción única, dosis media 19.2 Gy y en el resto RTE hipofraccionada con una media de 3-6 fracciones en un rango de 5-7 Gy por fracción y dosis total equivalente media de 46.5 Gy. La modalidad de tratamiento fue elegida en función del tamaño, localización y clase RPA.

Resultados: Se obtuvo una respuesta parcial en el 42%, enfermedad estable 29% y progresión enfermedad 16%. La mediana de supervivencia global fue 7.5 meses y libre de progresión local 6.5 meses. El 58% fallecieron siendo la progresión del tumor primario y deterioro neurológico la causa más frecuente (32%). No se observó toxicidad aguda y la crónica más destacable fue radionecrosis (7%) y edema cerebral (3%).

Conclusiones: La RTE es un tratamiento óptimo obteniéndose un alto control local, importante beneficio clínico y baja toxicidad. Se recomienda establecer la opción de tratamiento más adecuada en función del tamaño, localización de la metástasis cerebral y clase pronóstica de la RTOG.

L-43

VALORACION DE LOS ESTUDIOS DE IMAGEN (TC y RM) PREVIOS Y POSTERIORES AL TRATAMIENTO CON BEVACIZUMAB

Quionia Pérez Arnillas, Antonio Saiz, Paula Jimenez Fonseca, Carlos Alvarez.

Servicio de Oncología Médica del HUCA (Oviedo).

Introducción: Evaluar las características clínico-patológicas y el seguimiento con Resonancia Magnética (RM) de los pacientes a tratamiento con un agente antiangiogénico, Bevacizumab y un citotóxico, Irinotecan (BVZ-CPT11) como segunda línea de quimioterapia en gliomas de alto grado.

Materiales: Estudio retrospectivo de los pacientes con gliomas de alto grado (glioblastoma multiforme-GM, astrocitoma anaplásico-AA y oligodendroglioma-ODG) que iniciaron tratamiento con BVZ-CPT11 en el Hospital Central Universitario Central de Asturias entre 2005 y 2011 tras progresar a la primera línea de tratamiento estándar con Temozolamida (TMZ) y radioterapia (RT). Se valoraron los hallazgos en estudios de imagen previos y posteriores al tratamiento con técnica de RM estándar y RM de perfusión (dado que no en todos los estudios se dispone de difusión y espectro). La respuesta por imagen según RECIST en TC se comparó con las respuestas mostradas por técnicas de RM-perfusión. Se analizaron las características clínico-patológicas de 39 pacientes a través de la historia clínica y en 11 de ellos (28,2%) se analizó el seguimiento por medio de RM revisando los estudios a través del banco de imágenes. Se eliminándose del estudio de respuesta por imagen 25 pacientes por no cumplir criterios estrictos para la comparación y 3, por realizar el seguimiento por imagen en otro centro. Los datos del estudio se compararon con los resultados de estudios similares recogiendo supervivencia global (SG) y la respuesta por imagen en TC y por RM.

Resultados:

Características clínicas (39 pacientes):

- Mediana edad: 53 (23-69)
- Sexo: 24 varones (64.5%)
- Karnofsky: 80-90% (51,2%) y 60-70% (48,7%).
- Neurocirugía: resección completa 33%, resección parcial 43.6% y 21% biopsia.
- Uso concomitante de corticoides: 46%
- SG: 12 meses

Neuroimagen Pre tratamiento:

- 4 pacientes con TC en estabilización a la RM: 2PD (progresión) y 2RN (radionecrosis)
- 7 pacientes con TC en progresión a la RM: 1 RN y 6 PD

Neuroimagen Post tratamiento:

- 4 pacientes con TC en estabilización a la RM: 2PD, 1RN y 1 RN

- 7 pacientes con TC en progresión a la RM: 3 estabilizaciones, 2 RP y 2 PD

Pronóstico:

- 5 pacientes de 39 viven, 4 (80%) recibieron segunda línea con Bevacizumab (SG: 13 meses)
- Ningún paciente en que se practicó biopsia alcanza la 2º línea de tratamiento, si la resección parcial (43.6%) o completa (53.8%)

Conclusiones:

1. Las características clínico-patológicas de nuestra serie concuerdan con los datos en la bibliografía en lo referente a gliomas de alto grado.
2. Las respuestas y supervivencias del esquema BVZ-CPT11 en nuestra serie son mejores en comparación con los estudios publicados. (SG 12 meses vs 9 meses)
3. El tipo de resección quirúrgica no muestra diferencias en supervivencia.
4. La RM-perfusión es la técnica de elección en el seguimiento, permitiendo una evaluación más específica del grado angiogénesis que no es posible con TC.

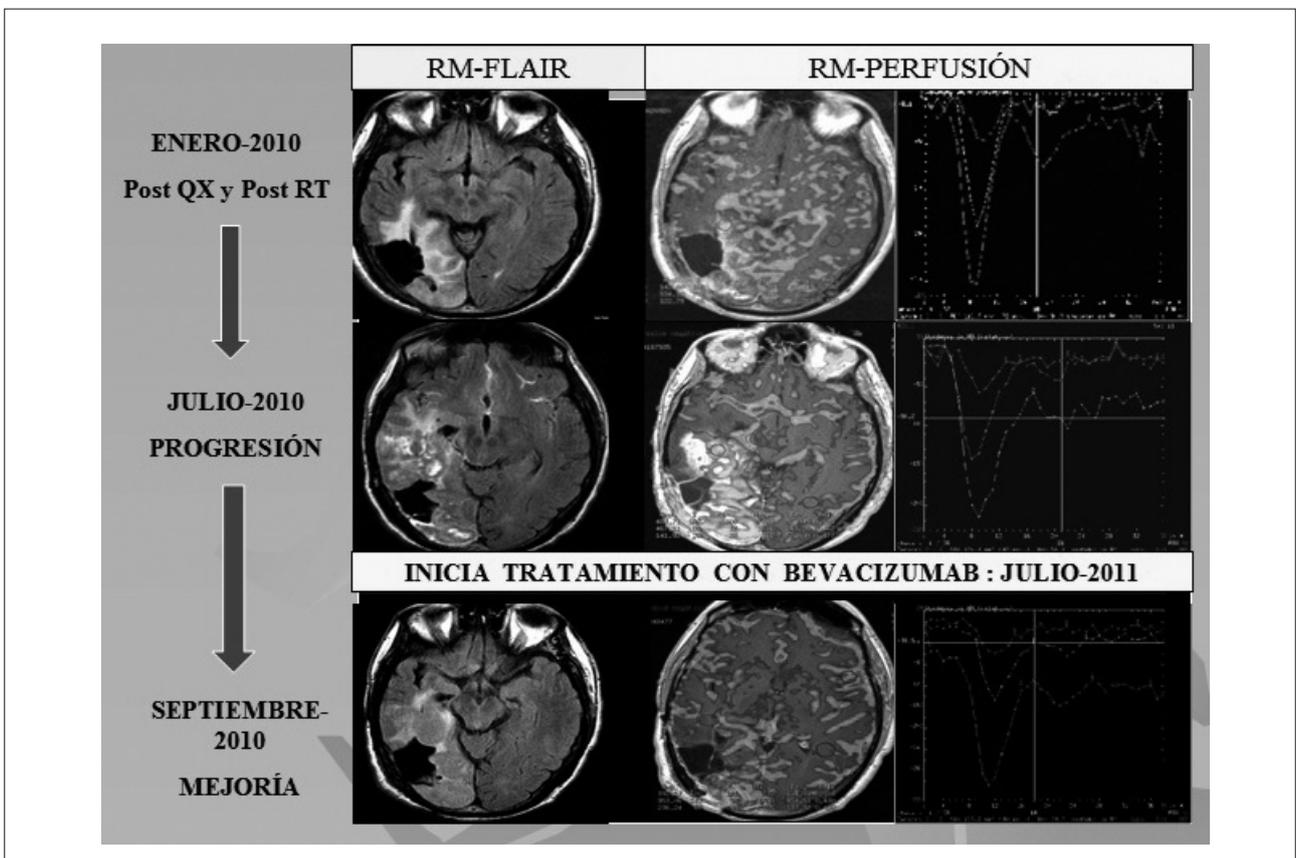
Tabla 1. Características de pacientes (n:39)

Edad	Mediana	53
	Intervalo	23-69
Sexo	Hombres	24 (61,5%)
	Mujeres	15 (38,5%)
ECOG (Karnofsky)	80-90%	20 (51,2%)
	60-70%	19 (48,7%)
	Biopsia	9 (21,3%)
Cirugía	Resección parcial	13 (33,3%)
	Resección completa	17 (43,6%)
Toma de Corticoides	No	21 (53,8%)
	Si	18 (46,2%)

Tabla 2. Comparación de Supervivencias

Estudio	Tamaño	SG (meses)
Nuestra serie	39	12
Vredenburg 2007	35	9,7
Nghiempfu 2009	44	9

Imágenes de estudio



L-44

EFICACIA DE BEVACIZUMAB ASOCIADO A DIFERENTES ESQUEMAS DE QUIMIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "VIRGEN DE LAS NIEVES"

Aranzazu González-Vicente, Verónica Conde-Herrero, Cynthia Scarlett González-Rivas, Encarnación González-Flores, Jesús Soberino-García, Beatriz González-Astorga, Julia Ruiz-Vozmediano, Javier García-García, Raquel Luque-Caro, Juan Ramón Delgado-Pérez.

Unidad de Oncología Médica. Hospital Universitario "Virgen de Las Nieves". Granada.

Introducción: Bevacizumab (Bv) en combinación con quimioterapia (QT) incrementa la tasa de respuestas, la supervivencia libre de progresión y la supervivencia global (SG) en pacientes (pts) con cáncer colorrectal metastásico (CCRm) no reseccable. El objetivo de nuestro estudio es evaluar la eficacia de Bv asociado a diferentes esquemas de QT en estos pts.

Materiales: De Julio 2004 a Diciembre 2011, se incluyeron 42 pts con CCRm (ECOG 0-1) tratados con Bv+QT en 1ª línea de QT (excepto 1pt) en nuestra Unidad. Mediana de edad: 59.5años (33-72). □: 29 (69%) / □: 13 (31%). El 42,9% presentaban sólo una localización metastásica. Localizaciones metastásicas más frecuentes: hígado: 34pts (81%); pulmón: 20pts (47,6%); ganglios:15pts (35,7%). Estatus mutacional de KRAS:nativo: 20pts (47,6%); mutado: 15pts (35,7%); desconocido: 7pts (16,7%). Esquemas de QT utilizados: FOLFOX: 12pts (29%); XELOX: 16pts (38%); FOLFIRI: 6pts (14%); XELIRI: 4pts (9.5%).

Resultados: De 42 pts incluidos 6pts (15%) presentaron respuesta completa (RC), 28 (70%) presentaron respuesta parcial (RP), 3 (7,5%) estabilización de enfermedad (EE) y 3 (7,5%) progresión tumoral (PT). En 7pts (17,5%) se consiguió resección completa de las metástasis. Los pts que recibieron esquemas con Oxaliplatino presentaron: RC:5pt (17.9%); RP:18pt (64.3%); EE: 3pt (10.7%); PT:2pt (7.1%). Los pts que recibieron esquemas con CPT-11 presentaron: RP:9 (90%); PT: 1pt (10%). No se apreciaron diferencias significativas entre ambos grupos de tratamiento en beneficio clínico (RC+RP+EE). Un tercio de pts presentó toxicidad atribuible a Bv y sólo en 2 fue grado 3-4: 1pt presentó perforación intestinal y otro una crisis hipertensiva. En el momento del análisis el 52,5%pts estaban vivos. Mediana de SG: 25meses. Mediana de SG en pts con RC: 44.06meses. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Conclusiones: En nuestra experiencia Bv+QT es un tratamiento eficaz y seguro que obtiene tasas de respuesta>80% y obtiene una SG superior a los 2 años en pts con CCRm independientemente del esquema de QT con el que se asocie.

L-45

EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA CLÍNICA Y PATOLÓGICA DE LAS METÁSTASIS HEPÁTICAS DE CÁNCER COLORECTAL AL TRATAMIENTO PREOPERATORIO CON QUIMIOTERAPIA Y BEVACIZUMAB. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "VIRGEN DE LAS NIEVES"

Verónica Conde-Herrero, Jesús Soberino-García, Encarnación González-Flores, Beatriz González-Astorga, Aranzazu González-Vicente, Javier García-García, Cynthia Scarlett González-Rivas, José Antonio Ortega, Julia Ruiz-Vozmediano, Juan Ramón Delgado-Pérez.

Unidad de Oncología Médica. Hospital Universitario "Virgen de las Nieves". Granada.

Introducción: El tratamiento quirúrgico (Cx) de las metástasis hepáticas (MH) del cáncer colorrectal (CCR) y el tratamiento perioperatorio con FOLFOX aumenta la supervivencia (SV) y la supervivencia libre de progresión (SLP) de los pacientes (pts). Estudios recientes han mostrado que la respuesta patológica (RP) a quimioterapia (QT) predice la SV. Añadir Bevacizumab (Bv) a la QT incrementa la RP. El objetivo de este estudio es evaluar la respuesta clínica y patológica de las MH de CCR reseccadas tratadas perioperatoriamente con QT+Bv en nuestro hospital.

Materiales: Se han incluido 8pts con ECOG 0-1 y con MH de CCR potencialmente reseccables (k-ras nativo: 3/k-ras mutado: 3/k-ras desconocido:2), tratados preoperatoriamente con QT (FOLFOX (7pts) / FOLFIRI (1pt)) + Bv 5mg/kg/2 semanas (sem) entre Noviembre de 2008 y Mayo 2011. Todos los pts completaron 12 ciclos perioperatorios. Mediana de edad: 55años (41-68). □: 6pts / □: 8pts.

Resultados: De 8pts, 7pts presentaban MH sincrónicas (MHS) y 1pt MH metacrónicas. Nº MH (mediana): 2.5 (1-5). Mediana ciclos QT+Bv preoperatorios:7.5 (5-12). 7pts presentaron respuesta parcial clínica y 1pt presentó estabilización de enfermedad (EE). Mediana de tiempo desde la última dosis de Bv hasta el Cx: 65.5 días (42-121). Resección completa de las MH: 8pts. En el caso de MHS el tumor primario fue reseccado previamente al tratamiento preoperatorio (Cx urgente) o sincrónicamente con la resección de las MH. RP completa (RPc): 2pts (25%). Necrosis>90%:1pt. Toxicidades grado 3-4: Neurotoxicidad:1pt. No otras

toxicidades. No complicaciones perioperatorias grado 3-4. SLP: 32.8 sem (8.8-42) (mediana de seguimiento: 25.2 meses). 7pts vivos (1 pt perdido en el seguimiento), 4 sin enfermedad y 3 presentan enfermedad metastásica.

Conclusiones: En nuestra experiencia QT+Bv es un régimen activo en el tratamiento perioperatorio de las MH de CCR potencialmente reseables, sin incremento de las complicaciones quirúrgicas y con una toxicidad manejable. El 25% de los pts presentaron RPC. El impacto en la SV de las RPC tras el tratamiento con QT+Bv requiere de mayor experiencia y seguimiento.

L-46

IMPLEMENTACIÓN DEL INFORME HISTOPATOLÓGICO DEL CÁNCER COLORRECTAL ESTADIO I (CCR I)

Asunción Soto Gutierrez, Elena Asensio, Alvaro Arroyo, Inmaculada Lozano, Guillermo Ricote, Almudena Cotes, Martín Ore, Jose A. Ruiz Maciá (2), Javier Gallego Plazas.

Servicio de Oncología Médica, Hospital General Universitario de Elche; (2) Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de la Vega Baja.

Introducción: Análisis recientes incorporan nuevos factores pronósticos y justifican el seguimiento en el CCR I. Este estudio analiza la inclusión de estos factores pronósticos en el informe anatomopatológico del CCR I, así como la implicación que los mismos pudieran tener en el acontecimiento de las recaídas detectadas.

Materiales: Se analizaron de manera retrospectiva datos relativos al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes (p.) con CCR I remitidos al Servicio de Oncología del Hospital General Universitario de Elche entre Septiembre de 2006 y Septiembre de 2011.

Resultados: Se incluyeron un total de 36 pacientes: edad media de 69.47 años (44-83), 75% hombres, 26 casos tumor primario en colon (72.2%). 28 p. presentaron estadificación pT2 (77.8%). El grado de diferenciación fue informado en 33 p. (72.7%). El informe histopatológico hacía referencia a la inflamación en 14 p. (38.9%). Se especificó el estado de invasión vascular en 27p. (75%). El estado de invasión linfática se describió en 26p. (72.2%). De los 10 pacientes sin informe de invasión linfática, 9 (90%) carecían de referencia al estado de la invasión vascular. Sólo en 3 de los 26 casos (11.53%) en los que se informaba la invasión vascular y la linfática, ambas no coincidían. El estado de la invasión perineural se describió en 15p. (41.7). La referencia a ausencia de invasión perineural siempre se asoció a reporte del es-

tado de invasión vasculo-linfática. En 3 p. con tumor pT1 (37.5%) no se realizó análisis ganglionar. En 5p. con tumores pT2 (14.8%) se analizaron menos de 4 ganglios. Ningún paciente recibió tratamiento complementario. Acontecieron 2 recaídas (5.5%), ambas detectadas durante el seguimiento periódico. En los pacientes con recidiva se realizó una revisión histopatológica de los factores pronósticos ausentes.

Conclusiones: Es recomendable una implementación del informe histopatológico para una mejor estratificación del pronóstico del CCR I.

L-47

TRATAMIENTO ADYUVANTE EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO (CPNM): EXPERIENCIA DE UN CENTRO

M. Angeles Sala, Virginia Arrazubi, Elena Galve, Seila Fernández, Borja López de San Vicente, Laura Sande, María Gutierrez, Carla P. Antonilli, Teresa Pérez Hoyos, Purificación Martínez del Prado.

Servicio de Oncología Médica. Hospital U. Basurto. Bilbao. Osakidetza. Servicio Vasco de Salud.

Introducción: La cirugía en estadios iniciales de CPNM alcanza tasas de supervivencia a 5 años entre 30%-60%. La recurrencia extratorácica es la principal causa de muerte. La Quimioterapia (QT) adyuvante basada en cisplatino incrementa la supervivencia global con un beneficio absoluto del 5.4% a 5 años y una reducción del riesgo de muerte del 11%.

Materiales: Estudio retrospectivo de 30 pacientes (pts) con CPNM estadio IB-IIIa reseado completamente, tratados con QT adyuvante (doblete de cisplatino) en nuestro Hospital entre Marzo 2006 y Abril 2012. El objetivo valorar el beneficio y toxicidades de QT adyuvante en nuestra serie.

Resultados: La mediana de edad es de 55 años, un 73 % varones y 77 % antes fumador. Histologías, 40 % adenocarcinomas y 43% epidermoide. Un 37% en estadio IIB. Mediana de tiempo entre diagnóstico y cirugía 2 meses y entre cirugía e inicio QT 1,5 meses. El 83% recibe Cisplatino-Vinorelbina, 17% doblete según ensayo. El 80% completa 4 ciclos. El 57% presenta toxicidad severa: 10% neutropenia febril, 30% afebril grado 4 y 17% no hematológica. Con mediana de seguimiento de 19 meses, 43 % (13 pts) presenta recaída, 12 pts sistémica y 1 local. El SNC es el lugar de recaída en el 30% (9 pts). Han fallecido 7 pts (23%). Mediana de supervivencia libre de enfermedad 34 meses y de supervivencia global no alcanzada por corto seguimiento.

Conclusiones: El beneficio de QT adyuvante en nuestra serie se correlaciona con la evidencia en CPNM, siendo necesario el desarrollo de nuevas estrategias que mejoren la supervivencia en estos pacientes.

L-48

EXPERIENCIA CON CABAZITAXEL-PREDNISONA (CBZP) EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN (CPRCm) DENTRO DEL ESTUDIO DE ACCESO EXPANDIDO

Carmen Sánchez Toro, Raquel Luque Caro, Aránzazu G. Vicente, Beatriz G. Astorga, Jesús Soberino, Cynthia G. Rivas, Julia Vozmediano, J. Antonio Ortega, Javier García, J. Ramón Delgado.
Oncología Médica. H.U. Virgen de las Nieves

Introducción: CbzP ha sido aprobado recientemente por la FDA y la EMEA en pacientes con CPRCm tratados previamente con docetaxel, a raíz del estudio faseIII, randomizado(TROPIC) que demostró que CbzP mejora la supervivencia global frente a Mitoxantrone-Prednisona.(HR 0.70;p<0.0001).

Materiales: Entre el período Febrero-Septiembre 2011, fueron incluidos seis pacientes con CPRCm que habían progresado durante/tras docetaxel, a recibir CbzP, en base al esquema del estudio faseIII, añadiendo o no ácido zoledrónico.Las respuestas fueron valoradas por los niveles de PSA, criterios RECIST y mejoría del dolor.

Resultados: La media de edad fue de 64.8 años(60-72). ECOG:0-1 en 84% y 2 en 16%. El 86,6% tenía afectación ósea, el 33,3%ganglionar y el 16%visceral .El 50% tenía una sola localización metastásica y el resto tenía dos. El 33% había recibido una línea de tratamiento, el 50% dos y el 17% tres .El tiempo transcurrido desde el último tratamiento fue ≤ 3 meses (m) en el 33% y > 3 m en el 67% de los pacientes. Los pacientes recibieron una media de ciclos de 6-7. Las toxicidades grado 3-4 fueron astenia(33%) y anemia(16%). Se redujo la dosis a 20mg en el 33%. El 33% recibió GCSF como profilaxis primaria y 33% como secundaria por neutropenia afebril. El 67% de los pacientes mostró un descenso de PSA $>25\%$. Por criterios RECIST , se obtuvo una respuesta parcial en el 33.3% de los pacientes, estabilización de enfermedad en otro 33.3%, y progresión en el resto. Clínicamente hubo estabilización de enfermedad en el 100% . En el momento del análisis el 33% de los pacientes había fallecido y el 67% estaba vivo (25%con progresión y 75%sin ella).

Conclusiones: Los pacientes incluidos en nuestro centro presentan unas características similares a los del

estudio pivotal. Hemos obtenido una mayor tasa de respuestas por PSA y criterios RECIST. La tolerancia al tratamiento ha sido buena, sin registrarse ninguna neutropenia febril.

L-49

CARBOPLATINO (CBDCA) COMBINADO CON TRASTUZUMAB (T) ES EFICAZ EN PACIENTES (PTS) CON CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO HER2 POSITIVAS (CMM-HER2+) POLITRATADAS

Maria Jové Casulleras, Idoia Morilla Ruiz, Miren Taberna Sanz, Miguel Gil Gil, Sonia Pernas Simón, Catalina Falo Zamora, Adela Fernández Ortega, Carlos Mesia Barroso, Montserrat Rey Salido, Ander Urruticoechea Ribate.

Introducción: Sabemos que el tratamiento con trastuzumab en combinación con taxanos es efectivo en pts con CMM-Her2+ y que añadir carboplatino a este esquema aporta beneficios. Sin embargo, se desconoce qué papel podría tener el doblete de carboplatino con trastuzumab. Muchas pts CMM-Her2+ politratadas no pueden recibir taxanos por toxicidad previa o no tolerarían un triplete por afectación del estado general.

Materiales: Análisis retrospectivo de las pts CMM-Her2+ que recibieron CBDCA AUC5 + Trastuzumab 6mg/kg cada 21 días en algún momento de su enfermedad metastásica entre Enero 2005 y Abril 2012 en nuestra institución.

Resultados: Diecisiete pts, todas mujeres y con una mediana (med) de edad de 52,5 años recibieron CBDCA-T. El tratamiento fue administrado en 3ª línea (L) en un 52,9% y en 5ª-6ªL en un 35,4%. Se observó una respuesta parcial en un 29'4% de las pts y enfermedad estable en un 17'6%. Un 94,1% de las pts había progresado al final del análisis. Los resultados fueron: una duración de tratamiento entre 3 y 6 ciclos (C) [3C (47,1%), 5C (11,8%) y 6C (17,6%)] y una med supervivencia libre de progresión (SLP) de 13 semanas (sem) con un IC95% 9,08-16,92sem habiendo desde 2pts con una SLP de 3sem y 1pts con SLP de 84sem. No hubo toxicidades G3.

Conclusiones: CBDCA-T es un esquema bien tolerado que podría ser efectivo en pts con CMM-Her2+ politratadas que tengan contraindicación a taxanos o sean frágiles.

L-51

VALIDACIÓN CON TÉCNICA FISH DE SOBREENPRESIÓN HER2 POR IHQ EN CÁNCER DE MAMA

Purificación Martínez del Prado, María Angeles Sala, Virginia Arrazubi, Teresa Ibáñez*, Seila Fernández, Borja López de San Vicente, Teresa Pérez Hoyos, Laura Sande, María Gutierrez, Elena Galve.

Servicio de Oncología Médica. Servicio de Anatomía patológica. H.U. Basurto. Bilbao. Osakidetza. Servicio vasco de Salud.*

Introducción: Las guías clínicas consideran un resultado Her2 positivo por IHC 3+ o por FISH > 6 copias del gen HER/ núcleo o una ratio >2.2 gen HER2/cromosoma 17. Para validar la técnica de determinación Her2 debe tener una concordancia del 95% con otras técnicas validadas. Objetivo: Correlación entre Herceptest™ y FISH.

Materiales: En Enero 2010 se introduce en nuestro centro la técnica Herceptest™ para la determinación de sobreexpresión Her2. Se revisan de forma retrospectiva 19 pacientes (pts) con resultado 3+ por esta técnica y 2 pts con resultado 3+ IHC por CB-11. Se realiza FISH en todos los casos como validación interna.

Resultados: De las 21 pts 19 (90.5%) presentan Carcinoma Ductal Infiltrante, 15 ptes (71.4%) T1-2, 8 ptes N0 (38.1%) y 18 (85.7%) M0. El tratamiento inicial fue cirugía en 15 ptes (71,4%), y quimioterapia en 5 ptes (23.8%). 13 ptes recibieron antraciclinas y taxanos (62%), 15 ptes (71,4%) de forma adyuvante. 10 ptes RE + (47.6%) y 10 ptes RP+ (47.6%). Recibieron hormonoterapia 13 ptes (62%). En 17 ptes se determinó (81%) her2 inicial y 2 ptes (9.5%) a la recaída. 2 ptes (9.5%) CB-11 3+ y 18 ptes (86%) Herceptest 3+. La determinación Her2 por FISH resultó amplificado en 17 ptes (81%), 3 no amplificado (14.3%) (2 de ellas con IHC con CB-11), 1 borderline (4.8%) lo que supuso suspender el tratamiento antiher2 en estas 4 ptes.

Conclusiones: El valor Predictivo Positivo de Herceptest™ en nuestra serie fue del 89%. La concordancia entre Herceptest™ y FISH fue del 89.47% (< 95%) no alcanzando el 95% requerido según las guías clínicas, por lo que debemos revisar y mejorar nuestra técnica en posteriores casos. Pendiente de nueva validación en las pacientes Her2 + en 2011.

L-52

CARACTERÍSTICAS DEL CÁNCER DE MAMA EN PACIENTES PORTADORAS DE MUTACIÓN BRCA

Dolores Rubio, Paloma Sánchez Gómez, Agustina Amendolara, Mercedes Rodríguez Garrote, José Miguel García Sagredo, Carmen Guillén Ponce.
Servicio de Ginecología. Unidad de Patología

Mamaria. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid; Servicio de Genética Médica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid; Unidad de Cáncer Familiar. Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: Estudiar las características de los cánceres de mama en pacientes portadoras de la mutación BRCA 1, BRCA2 y con variantes de efecto desconocido (VED).

Materiales: El grupo de estudio estaba integrado por 35 pacientes portadoras de la mutación BRCA. En todos los casos la mutación había sido identificada después del diagnóstico de cáncer de mama u ovario. En el grupo de portadoras afectas de cáncer mama analizamos el tipo histológico y el estatus de los receptores hormonales.

Resultados: De las 35 pacientes estudiadas 31 (88,5%) presentaron cáncer de mama, 3 cáncer de ovario (8,5%) y 1 cáncer de endometrio (3%). Las mutaciones correspondientes a las pacientes con cáncer de mama fueron 13 BRCA 1 (42%), 8 BRCA2 (26%) y 10 VED (32%). Las pacientes BRCA1 fueron en el 89% de los casos triple negativo, en BRCA2 83,5% RRHH+ y en VED 50% RRHH+ 50% triple negativo. No hubo ningún caso Her2+.

Conclusiones: Confirmamos en nuestro medio la alta incidencia de cánceres triple negativos en pacientes portadoras de la mutación BRCA1 y de tumores con RRHH+ en BRCA2, similar a la población general.

L-53

ELEVADA INCIDENCIA DE MUTACIONES EN EL GEN BRCA2 ENTRE LAS MUJERES CON SÍNDROME DE CÁNCER DE MAMA Y OVARIO HEREDITARIO DE LA PROVINCIA DE CUENCA

Agustina Amendolara, María José Molina Garrido, María del Mar Muñoz, José Antonio Santiago Crespo, Amaya Olaverri, Carolina Ortega Ruipérez, Jesús Solera García, Pilar Martínez, Dolores Rubio, Carmen Guillén Ponce.

Unidad de Cáncer Familiar. Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid; Sección de Oncología Médica. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca; Laboratorio de Oncogenética Molecular. Hospital Universitario La Paz. Madrid; Servicio de Ginecología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: Aproximadamente del 3-5% de los casos de cáncer de mama (CM) y el 10% de los casos

de cáncer de ovario se asocian a mutaciones germinales en los genes BRCA1 y BRCA2, responsables del síndrome de cáncer de mama y ovario hereditario (CMOH). En muchas áreas geográficas se desconoce la incidencia de mutaciones germinales en BRCA1 y BRCA2, como es el caso de la provincia de Cuenca.

Materiales: Se ha realizado el rastreo mutacional completo mediante PCR y secuenciación y el estudio de grandes reordenamientos por MLPA de los genes BRCA1 y BRCA2 en sangre periférica de mujeres originarias de Cuenca, que se seleccionaron por criterios clínicos.

Resultados: Se ha realizado el estudio genético en 34 mujeres, todas casos índices de familias aparentemente no emparentadas. Se identificaron 7 mutaciones patogénicas (20,6%): 1 en BRCA1 (c.187-188delAG (p.E23VfsX24) en el exón 2) y 6 en BRCA2 (2 tenían la mutación c.3492insT (p.Q1089fsX10) en el exón 11; una c.5025delT (p.N1599KfsX18) en el exón 11, y el resto, c.940insA (p.E238EfsX7) en el exón 9). Se identificaron además 13 variantes de efecto desconocido (VED) en BRCA1 y 5 en BRCA2. La paciente con mutación en BRCA1 tenía un cáncer de trompa a los 72 años, y en su familia había >3 casos de CM bilaterales con <50 años, todas familiares de primer grado entre sí. Las 6 mujeres con mutación en BRCA2 tenían CM y se seleccionaron por: caso único de CM <30 años (1); 3 ó más casos CM (5). Todos los CM eran ductales infiltrantes y con ganglios + (excepto uno); uno triple negativo y el resto, luminal A/B.

Conclusiones: Conocer las características de las mutaciones germinales de BRCA1 y BRCA2 de las mujeres con CMOH de las distintas regiones es imprescindible para elaborar el mapa genético de nuestro país.

L-54

MUTACIONES DE BRCA-1 Y BRCA-2 EN PACIENTES CON RIESGO DE CÁNCER DE MAMA/OVARIO HEREDITARIO: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Antonio Poyatos (1), José Miguel Jurado (2), Mayte Delgado (2), María Luisa Garrido (1), Isabel Blancas (2), Irene Zarcos (2), Isabel Ruiz-Ávila (3), Pablo Torné (4), Tomás De Haro (1), José Luis García-Puche (2).
Unidad de Genética, UGC Laboratorio (1). Servicio de Oncología Médica (2). Servicio de Anatomía Patológica (3). Servicio de Cirugía (4). Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

Introducción: Las mutaciones en el gen BRCA1 y BRCA2 se asocian con un mayor riesgo de cáncer de mama y ovario en pacientes portadores. El objetivo del estudio es analizar nuestra experiencia en la

utilización de las pruebas genéticas en individuos de alto riesgo.

Materiales: Un total de 100 pacientes fueron analizados de forma retrospectiva entre 2010 y 2012. La selección de los casos se basa en los criterios de riesgo publicados para familias con un único caso (cáncer de mama y ovario en la misma paciente o cáncer de mama antes de los 30 años), familias con dos casos en primer grado (dos casos de cáncer de mama/ovario uno de ellos en menor de 50 años o bilateral o en varón) o familias con tres o más casos de cáncer de mama/ovario, al menos uno en primer grado. Procedemos a una valoración individual pre-test y post-test.

Resultados: De los 100 casos (94 mujeres y 6 varones) remitidos a la consulta de consejo genético un 15% no acudieron y un 20% no cumplían criterios de derivación. El resto un 65% fueron considerados casos de riesgo 52 probandos y 13 portadores. En el grupo de probandos se realizó el test en 33 casos, siendo 28 de significado incierto (85%) y 5 casos positivos (15%) con mutaciones en BRCA1 N= 1 (20%) y BRCA2 N=4 (80%), con un coste de 130.000 €. En el grupo de portadores se realizó el test en 11 casos, siendo negativo en 6 (66%), de significado incierto en 2 (18%) y 3 casos positivos (27%) con mutaciones en BRCA1 N=1 (33%) y en BRCA2 N=2 (66%), con un coste de 2.000 €. Con dos años de seguimiento, de los 8 casos con mutaciones 1 caso ha realizado una mastectomía reductora de riesgo y 1 caso lo estaba considerando.

Conclusiones: La mayoría de los casos con criterios de riesgo individual de cáncer de mama/ovario hereditario demandaron el test genético de BCRA 1-2 cuyo resultado fue ampliamente no informativo. El impacto psicosocial que supone el consejo genético debe ser manejado por unidades multidisciplinares específicas.

L-55

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS DE PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL DERIVADOS A CONSULTA DE CÁNCER HEREDOFAMILIAR DEL HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN

Iván Márquez-Rodas, Pilar García Alfonso, Andrés Muñoz Martín, Mercedes Sanz, María Isabel Peligros Gómez, Sonsoles Álvarez Suárez, Montserrat Blanco Codesido, Ariel Christian Jullien Petrelli, Emma Sola Vendrell, Miguel Martín.

Servicio Oncología Médica, Instituto de Investigación Sanitaria Hospital Gregorio Marañón, Universidad Complutense, Madrid.

	IHQ NORMAL	MLH1 NEGATIVO BRAF NATIVO	MSH2 Y MSH6 NEGATIVO	MSH6 NEGATIVO CON MSH2 NORMAL	MLH1 PTE BRAF	TOTAL
NO CRITERIOS	25/26 (96%)	0	1/26 (3,8%) PTE GEN	0	0	26 (34%)
BETHESDA	33/42 (78,6%)	0	4/42 (9,5%) 3 MUT, 1 PTE EPCAM	1/42 PTE	4/42 (9,5%)	42 (55%)
AMSTERDAM I	4/5 (80%)	1/5 (20%) NO MUT	0	0	0	5 (6,6%)
AMSTERDAM II	3/3 (100%)	0	0	0	0	3 (3,9%)
TOTAL	65/76 (85,5%)	1/76 (1,3%)	5/76 (6,6)	1/76 (1,3)	4/76 (5,3%)	76 (100%)

Introducción: La derivación de pacientes con sospecha de cáncer colorrectal (CCR) familiar a unidades especializadas es fundamental para un correcto consejo genético. Objetivos: describir características clínico-patológicas de pacientes con CCR derivados a nuestra Unidad de Cáncer Heredofamiliar (UCHF).

Materiales: Se analizaron datos de pacientes derivados a consulta desde junio/2010-abril/2012.

Resultados: 96 pacientes (59 hombres, 37 mujeres) fueron derivados. Ninguno cumplía criterios de poliposis familiar. 57 (59,3%) cumplían criterios de Bethesda, 6 (6,2%) Amsterdam I, 3 (3,1%) Amsterdam II, y 30 (31,2%), no cumplían criterios de sd. de Lynch. Se realizó inmunohistoquímica (IHQ) en 76/96 (79,2%), resultando: 65/76 (85,5%) normal; negatividad para MLH1 5/76 (6,6%), 5/76 (6,6%) en MSH2/MSH6 y 1/75 (1,3%) en MSH6 con MSH2 normal. De ellos se realizó test genético en 5 hallando: 3 mutaciones en MSH2, 1 normal para MLH1 y 1 pendiente de EPCAM. La tabla resume las características clínico-patológicas de pacientes con IHQ realizada.

Conclusiones: En nuestra serie, llama la atención la presencia de 7 pacientes con criterios de Amsterdam y normalidad IHQ y un paciente sin criterios con MSH2/MSH6 negativos, indicando que es necesario profundizar en los pacientes con normalidad IHQ y criterios de Amsterdam y que debería hacerse análisis IHQ a todos los CCR.

L-56

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN CON CRITERIOS CLÍNICOS DE HNPCC ATENDIDA EN LA UNIDAD DE CONSEJO GENÉTICO EN CÁNCER HEREDITARIO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA

Ana Paisán Ruiz, Sara Arévalo Lobera, Cristina Chu-

rruca Galaz, Raquel Saez Villaverde**, Leire Otaolea Santacoloma**, Mikel Larzabal Aramberri*, Adelaida La Casta Muñoa, Larraitz Egaña Otaño, Ane Areizaga Albisua, Arantza Bujedo Martinez.

Hospital Universitario Donostia. Servicio de Oncología Médica. Servicio de Anatomía Patológica. Servicio de Genética**.*

Introducción: En la actualidad se recomienda atender a las familias con alto riesgo de cáncer hereditario en unidades especializadas. Nuestro objetivo es describir las características clínicas, moleculares y genéticas de las familias con sospecha de cáncer colorrectal hereditario, atendidas en la Unidad de Consejo Genético en el Hospital Universitario Donostia desde sus inicios en el año 2007.

Materiales: Se ha revisado la historia clínica y familiar de 70 familias con criterios clínicos de Bethesda y/o Amsterdam. El estudio molecular del tejido tumoral ha incluido la inestabilidad de microsatélites y el estudio inmunohistoquímico de las proteínas MMR. En caso de alteración de alguna de ellas se ha procedido al estudio genético mediante secuenciación y MLPA.

Resultados: Se han revisado 70 familias de las cuáles el 100 % cumplía criterios de Bethesda y el 17% criterios de Amsterdam. Se ha encontrado inestabilidad de microsatélites en el 22% de los tumores estudiados (68 tumores de los 70 casos índice). Se ha encontrado pérdida de expresión de alguna de las proteínas MMR por inmunohistoquímica en el 25% de las muestras estudiadas (59 tumores). El estudio genético se ha llevado a cabo en 17 casos encontrándose 7 mutaciones, 5 en el gen MLH1 y 2 en el gen MSH6.

Conclusiones: Los resultados definitivos se presentarán en el Simposio.

L-57

LARGAS SUPERVIVENCIAS EN PACIENTES CON CÁNCER EN ACTIVIDAD, NO CURABLES

Viana Alonso Antonio, Sánchez Gil Belén, Gómez Martín José, González Ageitos Ana María, Moyano Jato Alfredo José.

Sección de Oncología Médica. Hospital Nuestra Señora del Prado de Talavera de la Reina. Toledo.

Introducción: Las características de nuestros pacientes son diferentes en base a su sintomatología y la limitación que le provoca en su vida (tanto originada por el cáncer como por el tratamiento) y la supervivencia previsible (información no conocida a veces por los pacientes pero si vivida a través de sus familiares). Actualmente tenemos pacientes con cánceres no curables pero con supervivencias prolongadas, no previsible al diagnóstico.

Materiales: Se revisan 2 casos y las implicaciones no médicas de dicha supervivencia prolongada, por la proximidad o cercanía con el Servicio de dichos pacientes.

Resultados:

- Paciente 1. Varón 50 años al debut. En Abril-2006 fue diagnosticado de adenocarcinoma de pulmón T2N2 ó N3M0, vivo en el momento actual y en tratamiento quimioterápico (5 línea). Como complicaciones durante el tratamiento diabetes mellitus. Situación personal: divorciado, con una hija mayor de edad e independiente, activo, cuidador principal de su madre de edad avanzada, con novia fuera de la Comunidad.
- Paciente 2. Varón 56 años, al debut. En Junio-2004 fue diagnosticado de carcinoma escamoso poco diferenciado de cavum enfermedad avanzada localmente (afectación de toda la base del craneo) con metástasis ganglionar cervicolarteral izquierda T4N1M0, falleció Octubre-2010. Varias líneas de quimioterapia y radioterapia. Como complicaciones presentó: rinitis crónica, psicosis-desorientación, depresión, metástasis frontales y un ingreso por rotura del tumor de cavum con neumomediastino y neumoperitoneo (desde Julio a Agosto-2010). Situación personal: casado, con hijos (pendientes de casarse y nietos pendiente de bautizos, comuniones, etc), negocio de transportes con camiones (quería ampliar el negocio de 2 a 4 camiones).

Ambos tenía ideas de "inmortalidad" al compararse con pacientes de similares características que había fallecido previamente.

Conclusiones: Estos pacientes y sus familiares recibieron un tratamiento integral por parte de la Sección

de Oncología en el que participaron la asistencia social (apoyo legal), médico, psicológico, psiquiátrico y personal. Sabían que su cáncer no era curable pero no limitaron su vida. Los enfermos con estas características precisarían ser evaluados por nuestra Sociedad en un estudio multicéntrico similar al realizado con los largos supervivientes.

L-58

COMITÉ DE CÁNCER COLORECTAL (CCC): PARTICIPACIÓN DEL EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS (ECP)

Angels Arcusa Lanza (3), Anna Libran Oriol (1), Carme Sala (1), Francesc Aguilar (2), Yolanda Ribas (2), Josep Bargallo (2), Jordi Alfaro (3), Emma Dotor (3), Aleydis Pisa (3).

Consorci Sanitari de Terrassa. (1) Unidad de Cuidados Paliativos (CP); (2) Servicio de Cirugía; (3) Servicio de Oncología.

Introducción: La incorporación de los profesionales del ECP en el CCC puede facilitar el acceso de los pacientes con cáncer colorectal metastático a los CP en un momento precoz de su evolución. Esta circunstancia comporta la intervención del ECP en el proceso asistencial desde su inicio, lo que facilita una valoración multidisciplinaria, así como una sensibilización del resto de profesionales del CCC de la idoneidad del abordaje integral. Con esta estrategia pretendemos gestionar la intervención precoz del ECP en la enfermedad avanzada y objetivar los recursos asistenciales utilizados.

Materiales: Estudio descriptivo prospectivo de los enfermos valorados en el CCC el año 2011, analizando edad, sexo, diagnóstico, estadio de la enfermedad, mortalidad, intervención del ECP y recursos utilizados: ingresos en Oncología y Unidad de CP, atención en urgencias, visitas en consulta externa, soporte hospitalario y asistencia domiciliaria.

Resultados: De un total de 100 pacientes valorados en el CCC durante el 2011, veintitrés pacientes (23%) presentaban enfermedad metastásica de debut. De ellos, 14 (64%) fueron controlados simultáneamente por Oncología y el ECP, 7 de los cuales (50%) desde el inicio del proceso. Durante 2011 los 23 pacientes generaron 9 ingresos en la Unidad de CP. Otros 9 pacientes fueron atendidos exclusivamente en domicilio en la fase final de su enfermedad. Seis pacientes (25%) se controlaron en consultas externas de CP. Ocho pacientes fueron atendidos por equipos de soporte hospitalario de CP durante su ingreso en Oncología.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la integración del ECP en el CCR facilita la toma de decisiones y facilita una intervención precoz del ECP en los enfermos metastásicos. Un abordaje simultáneo de Oncología y el ECP puede optimizar el uso y la adecuación de los recursos asistenciales en estos pacientes. La comparación de estos datos con un control histórico podrá objetivar si ha existido una mejora en el proceso.

L-59

SERIE RETROSPECTIVA DE TUMORES AVANZADOS DE VÍA BILIAR TRATADOS CON QUIMIOTERAPIA. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Maria Vieito Villar, Nieves Martínez Lago, Rafael Varela Ponte, Francisca Vázquez Rivera, Yolanda Vidal Insua, Elena Gallardo Martín, Elena Brozos Vázquez, Marta Carmona Campos, Sonia Candamio Folgar, Rafael López López.

Servicio de Oncología Médica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Introducción: Los tumores de la vía biliar son una entidad de baja frecuencia que incluye a los colangiocarcinomas de vía biliar intra y extrahepática los tumores ampulares y los tumores vesiculares.

Materiales: Se recogieron los datos de los pacientes diagnosticados en nuestro centro de enero de 2008 a diciembre de 2012 y relacionados con diversas variables clínicas y epidemiológicas.

Resultados: Se recogieron 28 pacientes diagnosticados con enfermedad metastásica (85%) o localmente avanzada e irrecsectable. La mayoría eran hombres (60%), en la sexta década de vida y tenían colangiocarcinoma intrahepáticos (60%). Los pacientes diagnosticados con un primario extrahepático precisaron con mayor frecuencia prótesis biliar y presentaron más casos de ictericia y complicaciones infecciosas. Los pacientes recibieron tratamiento con quimioterapia paliativa basada en gemcitabina. Seis pacientes recibieron monoterapia con gemcitabina por PS2 con una SLP mediana de 5 mes, la supervivencia mediana de estos pacientes fue de 5 meses también y ninguno de ellos recibió tratamiento a la progresión. Doce pacientes con PS0-1 recibieron tratamiento con poliquimioterapia, (GEMOX o CIS-GEM) y consiguieron una SLP mediana de 4,5 meses y una SG de 10 meses. Otros 10 pacientes recibieron tratamiento con monoterapia con gemcitabina en primera línea y su SLP fue de mediana fue de 4,5 meses con una SG mediana de 6 meses. Ocho pacientes de los que presentaban un buen PS estatus inicial recibieron tratamiento de

2º línea, sin embargo los resultados fueron pobres, ningún paciente consiguió respuesta ni se observó ninguna estabilización duradera de la enfermedad, los datos de SLP media(8 semanas) fueron pobres y la SG no se diferenció de aquellos pacientes que no recibieron tratamiento de segunda línea.

Conclusiones: Tomados en conjunto la SLP mediana de nuestros pacientes es de 4,5 meses pero la media llega a los 7,3 meses influida por 5 pacientes que consiguieron SLP mayores de 12 meses en la actualidad 3 pacientes, todos ellos tratados con gemcitabina en primera línea permanecen libres de progresión al tratamiento de primera línea con una mediana de seguimiento mayor de 2 años. La SG mediana es por lo mismo de 7,5 meses aunque la SG es de casi 10 meses.

L-60

LA DETECCIÓN DE CÉLULAS TUMORALES CIRCULANTES EN SANGRE PERIFÉRICA COMO POTENCIAL MARCADOR PRONOSTICO, DIAGNOSTICO Y DE DETECCIÓN PRECOZ, EN CÁNCER DE PÁNCREAS

Julie Earl (1), Carmen Guillén-Ponce (1), Carme Guerrero-Arroyo (1), Evelina Mocci (1), Alfonso Sanjuanbenito (2), Francisco Real (3), Nuria Malats (3), Alfredo Carrato (1).

(1) *Oncología Médica, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España;* (2) *Cirugía Gastrointestinal, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España;* (3) *Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO), Madrid, España.*

Introducción: El Cáncer de Páncreas (CP) es una enfermedad de baja incidencia y alta mortalidad, con una mediana de supervivencia a los 5 años del 5%, debido, en parte, a que la mayoría de los pacientes se presentan con la enfermedad avanzada. El factor crucial para que se pueda mejorar el pronóstico es un profundo conocimiento del proceso metastásico y la detección precoz. Durante los últimos años las Células Tumorales Circulantes (CTCs) en sangre periférica han recibido mucha atención como marcador pronóstico en cáncer de mama, colon y próstata y la detección de CTCs podría aplicarse en el cáncer de páncreas como herramienta para el diagnóstico y como factor pronóstico.

Materiales: El sistema de detección de CTCs llamado CellSearch®, semiautomático y aprobado por la FDA, ha demostrado su validez en otros tipos de cáncer. Para que el sistema pueda capturar y detectar las CTCs, las células tienen que expresar el marcador EpCAM y las citoqueratinas 8, 18, 19.

Resultados: Hemos detectado CTCs mediante el sistema de CellSearch® en 23% (3/13) de los pacientes diagnosticados con cáncer de páncreas antes de empezar el régimen de tratamiento. Una limitación de este método es que el sistema no es capaz de detectar las células que no expresen estos marcadores. Por eso estamos desarrollando un sistema alternativo para la detección de CTCs independiente de EpCAM con un enfoque de selección negativa de células hematopoyéticas (CD45+) seguida de la identificación de CTCs con marcadores epiteliales y mesenquimales.

Conclusiones: La detección de CTCs en cáncer de páncreas puede ser una herramienta potente y no invasiva en la detección precoz de CP con una potencial relevancia clínica.

L-61

REVISIÓN DE TOXICIDAD Y SUPERVIVENCIA GLOBAL DE PACIENTES TRATADOS CON QUIMIORADIOTERAPIA NEOADYUVANTE POR NEOPLASIAS DE ESOFAGO EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

Patricia Seoane Couselo, María Hidalgo Martínez, Beatriz Mareque Rivas, Garbiñe García Gómez, Garbiñe Unanue Oyarbide, Uriel Navarro Velasquez, Jose María Arrieta Garmendia, Iratxe Intxaurre Echeverría, Isabel Perez Basoco, Severina Dominguez Fernandez. HUA (Txagorritxu).

Introducción: El tratamiento del carcinoma de esófago localmente avanzado presenta una alta toxicidad secundaria al tratamiento y elevadas mortalidad y complicaciones quirúrgicas. Además presenta escasa expectativa vital con SG de 10-30% a 5 años. El objetivo de este estudio es comparar los datos de la literatura con respecto a toxicidad, mortalidad quirúrgica, SLE y SG con los de nuestro centro.

Materiales: Se realizó un estudio retrospectivo analizando 40 pacientes con diagnóstico de carcinoma esofágico localmente avanzado tratados en nuestro centro con quimioradioterapia neoadyuvante los últimos 10 años.

Resultados: La mediana de edad de la muestra fue de 55 años. La mayoría de los tumores fueron localizados en el tercio medio (52%). Un 72% de los tumores eran epidermoides y tan solo un 25% adenocarcinomas. El 55% de los pacientes lograron recibir el tratamiento con quimio-radioterapia con dosis al 100%, 17% precisaron reducción por toxicidad y 5% progresaron durante el tratamiento. Fallecieron el 5% de los pacientes por toxicidad de la quimioterapia. De los 35 pacientes intervenidos, el 62% recayeron (56%

de forma local, 28% a distancia y 16% con ambos tipos de recaídas). La supervivencia global desde el inicio del tratamiento con QT-RT fue de 34 meses. A los 5 años solo el 28% de los pacientes estaban vivos. La supervivencia libre de progresión desde el inicio del tratamiento con QT hasta la recaída fue de 13 meses.

Conclusiones: Actualmente el carcinoma de esófago localmente avanzado presenta importantes complicaciones clínicas en relación al tratamiento y su cirugía; aunque observamos menor toxicidad los últimos años del estudio. Esto probablemente se deba a los avances y las nuevas líneas instauradas en la actualidad. Nuestros datos de SG y SLE coincidan con los publicados.

L-62

OBESIDAD, ACTIVIDAD FÍSICA, DIETA E INGESTA DE ALCOHOL EN MUJERES SUPERVIVIENTES DE CÁNCER DE MAMA (CM). RESULTADOS PRELIMINARES

César A. Rodríguez Sánchez (1,2), Pilar Gutierrez (2), Mar López (3), Rosana Marcos (1), Cristina González (1), Sara Alfonso (1), Amalia Gómez-Bernal (1), Elvira del Barco (1,2), Feliciano Santos (1,2), Juan J. Cruz Hernández (1,2). (1) Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario de Salamanca; (2) Programa Oficial de Posgrado. Máster Universitario en Tratamiento de Soporte y Cuidados Paliativos en el Paciente Oncológico. Universidad de Salamanca. (3) Facultad de medicina. Universidad de Salamanca.

Introducción: Diversos estudios demuestran que los hábitos de vida relacionados con la dieta, alcohol y la actividad física, así como el sobrepeso tienen un impacto significativo sobre el riesgo de recaída en mujeres que se encuentran en seguimiento por CM en estadios precoces. Objetivo: Evaluar la incidencia de sobrepeso y obesidad y el cumplimiento de hábitos dietéticos y de actividad física saludables en mujeres que realizan seguimiento tras un CM.

Materiales: Estudio prospectivo iniciado en abril de 2012, de recogida de datos y encuesta de hábitos de vida autocumplimentada, tras firma de consentimiento informado, en pacientes con antecedentes de CM, en revisiones rutinarias en Oncología Médica. Todas las pacientes deben haber completado los tratamientos quirúrgico, quimioterápico o con radioterapia. Se permitió la inclusión hormonoterapia(HT) adyuvante en curso.

Resultados: 52 pacientes han sido incluidas hasta el momento. Características de las pacientes: Edad(mediana): 53a (35-80). Premenopáusicas: 9; Postmenopáusicas: 43. RE/RP positivos: 11; QT ad-

yuvante previa: 46; RT adyuvante previa: 45; HT: 41 (HT en curso: 31). Índice de Masa Corporal: Mediana: 25.0; Sobrepeso: 17 pac (32%), Obesidad 8 pac (15%) pac. En postmenopáusicas: Sobrepeso: 15 pac(34.8%), Obesidad 8 pac(18.6%). En premenopáusicas: Sobrepeso 2 pac(33.3%), Obesidad 0%. El 75% de las pac tratadas con inhibidores de la aromatasa (IA) presentan sobrepeso/obesidad. Alcohol: No consumen: 33 pac(63.4%), Consumo >5 Unidades Básicas/semana (UBA/sem): 9 pac(17%). Un total de 22 pac(42%) consumen carnes rojas >3 veces/sem. Un total de 13 pac(25%) nunca/casi nunca consumen frutas/verduras. Actividad Física: 13 pac(25%) no realizan nunca actividad física de forma regular, y solo el 52% (27 pac) realizan ejercicio regular \geq 5 veces/sem.

Conclusiones: En pacientes en seguimiento tras CM: hay una elevada incidencia de sobrepeso/obesidad, especialmente en pacientes postmenopáusicas (53.4%) y en aquellas tratadas con IA (75%) pudiendo impactar de manera desfavorable en la eficacia del tratamiento. El consumo de alcohol es frecuente, al igual que la ingesta de carnes rojas. Solo la mitad de las pacientes realizan actividad física de forma regular. Es necesario implantar medidas de intervención que mejoren los hábitos de vida saludables en esta población de pacientes. El estudio continúa el reclutamiento.

L-63

RETRATAMIENTO CON OXALIPLATINO. ¿ESTA JUSTIFICADO EL RETRATAMIENTO SI EXISTIÓ ALGÚN TIPO DE TOXICIDAD EN UNA LÍNEA PREVIA?

Viana Alonso Antonio, González Joba *Beatriz, Sánchez Gil Belén, Gómez Martín José, González Ageitos Ana María, Moyano Jato Alfredo José.

*Sección de Oncología Médica; *Servicio de Farmacia. Hospital Nuestra Señora del Prado de Talavera de la Reina. Toledo.*

Introducción: El Oxaliplatino es uno de los citostáticos fundamentales en el tratamiento del cáncer (adyuvancia y metastásico). Es frecuente que se produzcan reacciones alérgicas, toxicidades o efectos secundarios durante su administración que provocan en algunos la suspensión de dicho tratamiento sin llegar a alcanzar su mayor eficacia terapéutica.

Materiales: Se realizó un estudio observacional transversal desde el 01 de Enero al 15 mayo de 2012 de todos los pacientes que habían o estaban recibiendo tratamiento con Oxaliplatino en monoterapia o en combinación.

Resultados: 44 Pacientes en tratamiento quimioterápico activo habían o estaban recibiendo quimioterapia que contenía Oxaliplatino, 5 habían o estaban recibiendo un retratamiento con Oxaliplatino. Sólo 1 de ellos se suspendió la primera línea de quimioterapia con Oxaliplatino tras completar 5 administraciones quincenales según esquema FOLFOX-6 por toxicidad (laringoespasmo) pero sin datos clínico-radiológicos que sugirieran fracaso terapéutico. Se trata de una mujer de 66 años, con cáncer de colon metastásico (afectación pulmonar y hepática) que había recibido además de FOLFOX-6: FOLFIRI, FOLFIRI-Bevacizumab, Irinotecan-Cetuximab y Panitumumab con los que presentó progresión. Reevaluado el episodio de laringoespasmo se decidió el retratamiento con Oxaliplatino según esquema FOLFOX-6.

Conclusiones: Este caso clínico demuestra que la suspensión de la quimioterapia y su retratamiento con Oxaliplatino esta sujeta a consideraciones interpersonales (el paciente fue evaluado por 2 oncólogos diferentes). En nuestro Centro disponemos de una lista de verificación para la toma de decisión del retratamiento en la que se tiene en cuenta las condiciones térmicas en las que se produjo la toxicidad, las características clínicas del episodio y la gravedad. Posteriormente se evalúa en el momento del retratamiento el beneficio frente a la toxicidad previsible. Se realiza escalada de dosis y se mantiene al paciente en protocolos de vigilancia exhaustiva durante el tratamiento (ECG, constante, etc). Resulta fundamental informar al enfermo y contar con su colaboración y beneplácito.

L-64

DENOSUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LAS METÁSTASIS ÓSEAS: EXPERIENCIA INICIAL EN UN HOSPITAL GENERAL (PROGRAMA DE USO COMPASIVO)

María del Mar Muñoz Sánchez (1), M^º José Molina Garrido (1), Lidia Martínez Valdivieso (2), Carolina Ortega Ruipérez (1), Amaya Olaverri Hernández (1), Belén Muñoz Sánchez (3), Lucía del Mar García Rubio (4), Eliseo Val Pérez (5), Dolores Barreda Hernández (2), José A^º Santiago Crespo (1).

(1) Sección de Oncología Médica; (2) Servicio de Farmacia; (3) Análisis químico-biotecnológico. Insto S. Fernando. Madrid; (4) Facultad de Farmacia. Universidad de Granada; (5) Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.

Introducción: El 75% de los pacientes (P) con cáncer (C) avanzado desarrollan enfermedad metastásica ósea (EMO). Para aliviar dolor-mantener función

ósea hay diferentes tratamientos (ttos): analgésicos, RT, cirugía, ttos antineoplásicos, bifosfonatos (ácido zoledrónico-AZ). Existe un nuevo agente regenerador óseo: Xgeva-denosumab (D). D: es un moAb con afinidad-especificidad por RANKL: impide interacción RANKL/RANK, reduce nº-función osteoclastos, disminuye destrucción ósea. Su admón -120 mg/28 días sc- y no ajuste en insuficiencia renal (IR) lo hacen interesante vs AZ (admón iv >15 min y ajuste de dosis por Clcr). Aprobado por EMA (Agencia Reguladora Europea) para prevención eventos relacionados con esqueleto (ERE) en adultos con EMO por C sólido, D está pendiente de comercialización en España. 2 estudios clínicos fase III (ECA). 1er ECA testa D vs AZ en P con C. próstata y EMO: superioridad en T 1er ERE. 2º ECA en P con C. sólido/mieloma compara D vs AZ: no inferioridad en T 1er ERE, AZ: mayor anemia y reacciones agudas, ONM similar, D: mayor hipoCa2.

Materiales: Recogida prospectiva de P tratados con D en nuestro Hospital: criterios para tto con D: C sólido con EMO con intolerancia a AZ ó IR y aprobación uso compasivo Mº Sanidad-AEMPS (RD1015/2009). Se miden: tiempo (T) hasta 1er ERE y aparición de toxicidad (hipoCa2+, reacción hipersensibilidad, ONM).

Resultados: En nuestro Centro (hasta Abr'12) se han tratado 5 P con D: 4 C próstata y 1 C renal. Edad media: 78 años (rango 70-89). Sexo: 4M y 1F. T admón de D: 3,4 meses (rango 2-5). Toxicidad: 0% hipoCa2+ (recibieron suplementos orales de Ca2+VitD), 0% reacción hipersensibilidad, 0% ONM. Aún no se ha alcanzado T 1er ERE.

Conclusiones: D en nuestra serie de P afectados de C sólido y EMO es factible, confortable para el P al evitar venopunción, aporta escasa toxicidad aguda, sin haber alcanzado aún T a 1er ERE.

L-65

RIESGO-BENEFICIO DE OVARIECTOMÍA PROFILÁCTICA EN SÍNDROME MAMA-OVARIO HEREDADO, UN DILEMA ÉTICO

Marta González Cordero, María Miranda Serrano, Mª Guadalupe Padilla Castillo, J.M. Puerto Pica, Jacobo Gómez-Ulla Astray, MªTeresa Jaraquemada Peláez, Raquel Macías Montero, Jose Ramón Rodríguez Mowbray, Ignacio Delgado Mingorance, Esperanza Blanco Campanario.

Servicio Oncología Médica, Hospital Infanta Cristina, Badajoz.

Introducción: En el desarrollo del cáncer de mama intervienen factores ambientales y genéticos, atri-

buyendo del 5 -10% al componente hereditario de mutaciones autosómicas dominantes; se implican 2 genes principales de susceptibilidad, BCRA1 y 2. El diagnóstico molecular identifica individuos, sanos o afectados, que pueden beneficiarse de opciones médicas específicas para su riesgo heredado.

Materiales: Paciente de 36 años, con diagnóstico de Ca. Mama izquierda ductal infiltrante con focos de carcinoma intraductal. Madre con Cáncer de Mama. Realizamos mastectomía y vaciamiento ganglionar. Estadio II, receptores hormonales positivos, HER-2 positivo. Realiza ciclo de Docetaxel, Adriamicina y Ciclofosfamida. Posteriormente tratamiento con Trastuzumab que hay que interrumpir por disminución del FEVI(50%). Continúa tratamiento con Tamoxifeno y Goserelina. Hermana con Ca. Mama, por lo que atendiendo a criterios de selección de estudio molecular, se realiza estudio genético.

Resultados: Se demuestra mutación en exón 13, gen BCRA2, relacionada con síndrome Ca.mama-Ca.ovario familiar. Se aconseja ovariectomía profiláctica pero la paciente, con deseos genésicos, queda embarazada antes de dicha intervención, teniendo hijo mediante cesárea. Seis años después, tras seguimiento sin signos de recidiva, vuelve a quedarse embarazada, de mellizos. Durante el embarazo sufre episodio de insuficiencia cardíaca congestiva, precisando ingreso en U.C.I y derivación a otro centro por la posibilidad de requerir un trasplante cardíaco aunque finalmente mejoró sin precisar trasplante. El motivo de la insuficiencia cardíaca se relaciona con una cardiotoxicidad tardía por antriciclina, docetaxel y trastuzumab, ya que esta asociación aumenta el riesgo absoluto de insuficiencia cardíaca congestiva sintomática entre el 0.6-4.1%; además del aumento de necesidades por el embarazo.

Conclusiones: El asesoramiento sobre los riesgos de cáncer de mama propios y de transmisión a los hijos, la posibilidad del estudio genético, las opciones y limitaciones clínicas y terapéuticas posteriores al análisis, comprende un proceso informativo y debe respetarse el derecho a rechazarlo; ante esta reflexión, exponemos este caso pues la ovariectomía profiláctica, con diagnóstico de síndrome mama-ovario, habría evitado la complicación actual.

L-66

ENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESIVA INDUCIDA POR CAPECITABINA EN PACIENTE CON CANCER COLORECTAL

Carmen Salguero Núñez, Laura Quintana Cortés, Yoana Franco Rodríguez, Rubén Alonso Calderón,

Ricardo Collado Martín, Jorge Muñoz Luengo, M^o Angeles Rodríguez Jaraiz, M^o Helena López de Ceballos Reyna, Santiago González Santiago, Pablo Borrega García.

Servicio de Oncología Médica. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

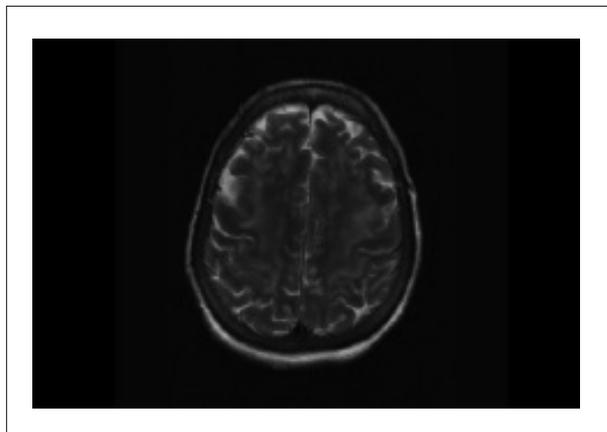
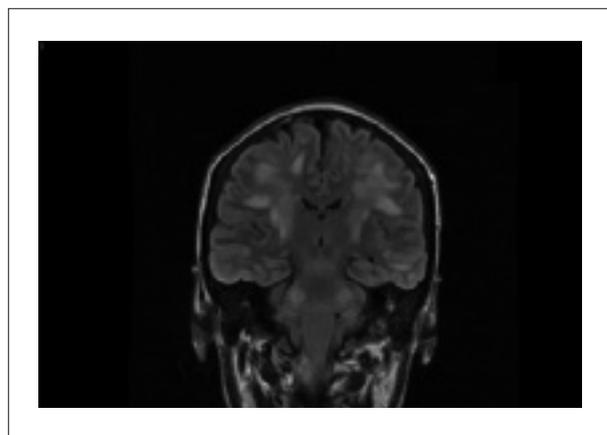
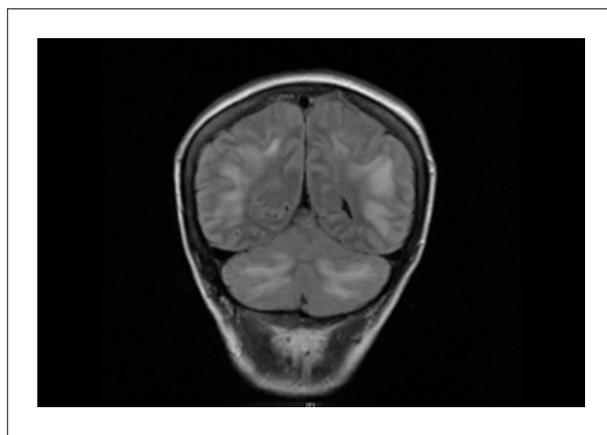
Introducción: La Capecitabina es un derivado del 5 fluoracilo (5-FU) indicado para cáncer colorrectal, mama y estómago. Interfiere en la síntesis del RNA y DNA por inhibición de la timidilato sintasa, expresada en mayor proporción en tejidos tumorales, lo que ocasiona altas concentraciones del antimetabolito. La toxicidad neurológica por 5-FU, es bien conocida, siendo pocos, los casos descritos.

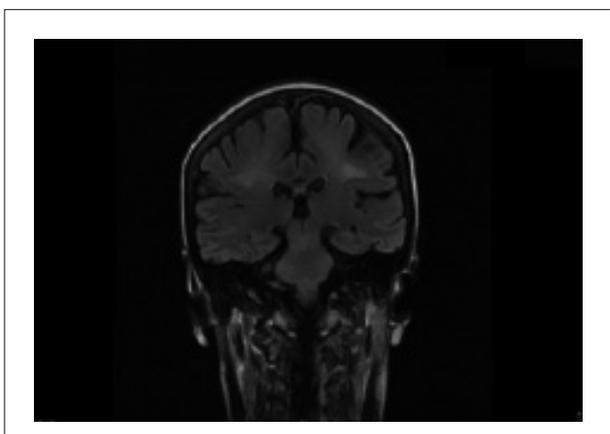
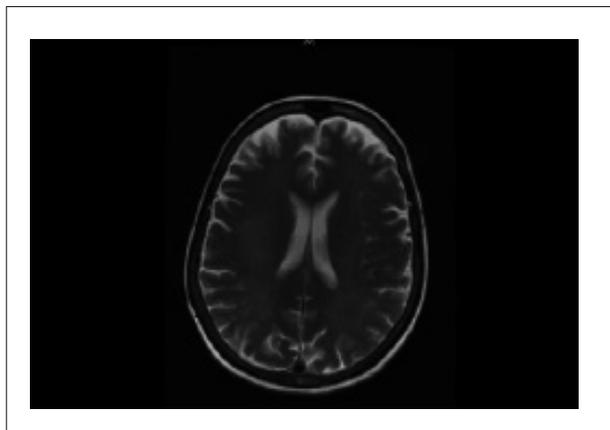
Materiales: Descripción de caso clínico.

Resultados: Se trata de una mujer de 46 años diagnosticada de Enfermedad de Raynaud y apendicectomizada. Fumadora. Sin antecedentes familiares de interés. Consulta por dolor en hipogastrio de 2 meses, sin otra sintomatología. Sufre una perforación diverticular que precisó rectosigmoidectomía y colostomía terminal Hartmann, cuya biopsia muestra: adenocarcinoma de sigma poco diferenciado con 4/11 ganglios extirpados positivos. En el estudio de extensión se apreciaron lesiones en lóbulo hepático sugerentes de metástasis. Comienza tratamiento según esquema Capecitabina y Oxaliplatino, presentando toxicidad digestiva, cutánea y pérdida de fuerza progresiva en miembros sin alteraciones en pruebas de imagen. Se decidió cambio de tratamiento a Oxaliplatino y Raltitrexed, con buena tolerancia y respuesta completa. Requiere nuevo ingreso por fiebre, vómitos, diarrea y cuadro de desorientación y mutismo en probable relación con citostático. En RMN se apreciaron alteraciones de la señal en sustancia blanca subcortical y profunda bilateral, pedúnculos cerebrales y cerebelosos, con recuperación completa después de tratamiento y mejoría en RMN de control. Con diagnóstico de deshidratación hipertónica secundaria a gastroenteritis y leucoencefalopatía desmielinizante de probable relación a administración de Capecitabina, fue dada de alta. Tras intervalo libre de enfermedad de 21 meses, se aprecia masa anexial derecha, que tras cirugía es informada: adenocarcinoma de origen intestinal, comenzando tratamiento con CPT-11, Capecitabina y Avastín, con tolerancia aceptable. Presentó respuesta completa hasta que comienza con ictericia obstructiva y cuadros suboclusivos, falleciendo posteriormente.

Conclusiones: La neurotoxicidad producida por citostáticos tiene varias formas de presentación, siendo más frecuente la encefalopatía, con curso progresivo,

fatal y clínica subaguda con áreas de desmielinización en sustancia blanca. La neurotoxicidad causada por Capecitabina es bien conocida y poco frecuente. En este caso, una de las hipótesis sería la disminución de la enzima limitante en la degradación, dihidropirimidina deshidrogenasa. Aunque se trata de un buen fármaco, debemos considerarla como importante efecto secundario.





L-67

NAB-PACLITAXEL EN ADYUVANCIA/NEOADYUVANCIA EN CÁNCER DE MAMA NO METASTÁSICO: A PROPÓSITO DE 4 CASOS

María Soto Hormigo, Mauro Vallés Cancela, Raquel De Andres Conejero, Laura Murillo Jaso.
Servicio de Oncología Médica. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.

Introducción: Presentar 4 casos de cáncer de mama no metastásico que han recibido nab-paclitaxel en neoadyuvancia con escasa toxicidad y buena respuesta patológica en 1.

Materiales: Se recopilan los datos necesarios del historial: edad, sexo, anatomía patológica (AP), TNM, esquema terapéutico, respuesta patológica (si neoadyuvancia), nº de ciclos y toxicidad. También se analiza: abandono, presencia de neuropatía, soporte con pegfilgrastim (G-CSF) y si ha habido retraso de la dosis.

Resultados: Se trata de 4 pacientes mujeres. Edad comprendida entre 39 y 80 años. AP:3 son CDI y 1 lobulillar;IHQ:2 luminal B, 1 Her2+ y 1 triple-negativo. TNM:una IIIC, otra IIIA-B y 2 IIA.Esquema terapéutico

con nab-paclitaxel:2 en neoadyuvancia y 2 en adyuvancia;1 semanal,2 trisemanal y 1 bisemanal a dosis densas.3 casos el nab-paclitaxel era dentro de un esquema secuencial con antraciclinas y 1 caso en monoterapia.En 3 se utilizó nab-paclitaxel por reacción alérgica grado 2 a docetaxel y otra por neuropatía periférica grado 2 al recibir TAC.Nº de ciclos:comprendido entre 2 (se trata de la paciente que está pendiente de completar neoadyuvancia) y 12.Toxicidad:neuropatía g1,alopecia g2, sdme. mano-pie g2, astenia g1 y anemia g1.Ninguna ha abandonado el tratamiento.3 casos han precisado G-CSF(esquema con antraciclinas). No ha habido retraso de dosis en ninguna. Respuesta patológica casi completa en 1 de las pacientes(otra pendiente de completarla).

Conclusiones: Nab-paclitaxel es un fármaco bien tolerado siendo su toxicidad principal la neuropatía (≤ grado 1).Ninguna ha presentado reacción alérgica ni toxicidades grado 3 ó 4.No ha habido necesidad de abandonar ni de retrasar el tratamiento en ninguna. Soporte con G-CSF fue dentro de esquema con antraciclinas y en monoterapia no se precisó.

L-68

EXPERIENCIAS DE USO DE OXICODONA/NALOXONA A DOSIS >40/20 MG/DÍA: ANALGESIA, TOLERANCIA, ADHERENCIA Y CALIDAD DE VIDA

Mª Dolores López Alarcón, Berta Jimenez Rubiano, Mª Soledad Acedo Gutierrez, Mª Dolores Bedmar Cruz, Enrique Domínguez Suarez, Ana Medina Colmenero.
(1) Unidad de dolor del H. General de Valencia, Valencia; (2) Servicio de Oncología Médica del H. Ernest Lluch, Calatayud; (3) Unidad de dolor del H. 12 de Octubre, Madrid; (4) Unidad de dolor del H.U. de Fuenlabrada, Madrid; (5) Unidad de dolor del HULA de Lugo; (6) Servicio de Oncología Médica del C.M. Oncológico de Galicia, A Coruña.

Introducción: Los opioides mayores no poseen techo terapéutico, por lo que si el paciente así lo requiere, es posible aumentar su dosis hasta que el balance beneficio-riesgo lo permita. Con el fin de valorar el potencial de oxycodona/naloxona (ONX) en pacientes que requieren dosis altas de opioides mayores, se pusieron en común experiencias de diversos especialistas.

Materiales: Se presentan 16 casos de pacientes oncológicos tratados con ONX a dosis >40/20 mg/día, atendidos en servicios de oncología y unidades de dolor.

Resultados: Los pacientes presentaban tumores sólidos o hematológicos (carcinomas de pulmón, mama,

páncreas, próstata, vesical, sarcoma PNET, mieloma múltiple y linfoma no Hodgkin). El origen del dolor era mixto (63%), nociceptivo (31%) y visceral (6%). El 50% eran mujeres; la edad mediana [rango] de 67 [24-80] años, siendo el 31% mayores de 75 años. La mediana [rango] de la dosis de oxicodona/naloxona utilizada fue de 67/33 [60/30 - 320/160] mg/día. Destaca la utilización de dosis asimétricas (38%), con dosis mayores pautadas por la noche. Se confirmó una mejoría significativa en la intensidad del dolor, observándose una disminución de la EVA0-10 media de $8,3 \pm 1,0$ a $2,8 \pm 1,2$ entre el inicio del tratamiento con oxicodona/naloxona, y el momento de la presentación de los casos. En algunos de los pacientes se destacó la mejoría de su calidad de vida, descanso nocturno, tolerancia y adherencia al tratamiento.

Conclusiones: Los pacientes oncológicos tratados con dosis mayores de 40/20 mg/día de oxicodona/naloxona obtienen muy buenos resultados en el alivio del dolor, asociado a mejorías en su calidad de vida. Estos pacientes también se benefician de una mejor tolerancia y adherencia al tratamiento analgésico.

L-69

INMUNOTERAPIA EN 2ª LÍNEA DE MELANOMA METÁSTASICO: A PROPÓSITO DE 3 CASOS TRATADOS CON IPILIMUMAB DENTRO DEL PROGRAMA DE ACCESO EXPANDIDO

María del Mar Muñoz Sánchez, Carolina Ortega RUIPÉREZ, M^a José Molina Garrido, Amaya Olaverri Hernández, José A^o Santiago Crespo, Laura Haro Martínez, Juana Vega, Concepción Escamilla, Ramón Verdú, Marisol Sevilla.

Sección de Oncología Médica. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.

Introducción: Ipilimumab es un anticuerpo monoclonal completamente humano, que bloquea al antígeno 4 asociado al linfocito T citotóxico (CTLA-4), facilitando la activación de los linfocitos T y su proliferación. Su mecanismo de acción es indirecto, ya que potencia a los linfocitos T para que estos puedan luchar contra las células tumorales. Ipilimumab (I) demostró en ECA fase III mejoría de la supervivencia. Se carece de un factor predictivo de respuesta a I. Se han establecido criterios (distintos a los RECIST) para evaluar la actividad de la inmunoterapia.

Materiales: Estudio descriptivo retrospectivo sobre los pacientes (p) que recibieron I en nuestro Centro (feb 2011- sept 2011). Criterios para tto con I: melanoma metastásico sin afectación cerebral en progresión a 1ª

línea de QT, PS < 2, consentimiento informado del p, autorización M^o Sanidad-AEMPS y aprobación por BMS de acceso al programa de uso expandido. Se evalúan toxicidad y eficacia.

Resultados: 3 p recibieron tto con I, todos dgtdados de melanoma diseminado con afectación visceral; previamente habían recibido QT de 1ª línea (1 fotemustina, 2 temozolamida) encontrándose en progresión a dicho tto, ninguno había recibido inmunoterapia previa. Edad media 67,3 años (53-80). Los 3 recibieron las 4 dosis (3 mg/kg/21 días) previstas según protocolo. Toxicidad: rash cutáneo gr II en 1 p y diarrea gr I en 1 p, anemia gr II en 1 p, no deterioro de función tiroidea, no alter bioquímica hepática, no disfunción neurológica, no fenómenos de autoinmunidad ni efectos adversos graves. La valoración de respuesta tumoral se realizó tras finalizar el tto de inducción: 2 presentaron franca progresión tumoral, 1 p experimentó respuesta radiológica clara que mantiene hasta la fecha actual (8 meses tras fin de tratamiento de inducción).

Conclusiones: En nuestro centro ipilimumab fue bien tolerado, pero sólo obtuvo respuesta en 1 de los 3 p tratados.

L-70

TROMBOEMBOLISMO VENOSO Y PROFILAXIS EN PACIENTE ONCOLÓGICO

Ricardo Collado Martín, Rubén Alonso Calderón, Jorge Muñoz Luengo, Yoana Franco Rodríguez, Carmen Salguero Nuñez, María Ángeles Rodríguez Jaraíz, Santiago González Santiago, María Helena López de Ceballos, Pablo Borrega García, Belén Beneites Moralejo. *Servicio Oncología Médica HSPA; Servicio Documentación clínica HSPA.*

Introducción: La incidencia de tromboembolismo venoso en pacientes con cáncer es de un 2% en comparación al 1% en pacientes que no tienen cáncer. Dado que la enfermedad tromboembólica es muy frecuente en pacientes oncológicos, urge centrar esfuerzos en la profilaxis. Objetivo: identificar a los enfermos con enfermedad tromboembólica venosa establecida, objetivando su indicación para haber recibido profilaxis.

Materiales: Estudio retrospectivo y descriptivo de recogida de datos de historias clínicas facilitadas por el servicio de documentación clínica con diagnóstico de neoplasia de órgano sólido y trombosis durante el año 2011. Se utilizó la guía PRETEMED y, en el caso de que hubieran recibido QT, el modelo predictivo de Khorana, para la evaluación de la indicación de tromboprofilaxis.

Resultados: Se analizó una muestra de 15 enfermos, 12 (80%) eran varones y 3 (20%) eran mujeres. La mediana de edad fue de 60 años, con un máximo de 84 y un mínimo de 41. Las localizaciones del tumor primario fueron: tumores hepato-bilio-pancreáticos 6 casos (40%); cerebrales 4 casos (26,6%); próstata con 1 caso (6,6%); pulmón 1 caso (6,6%); ovario 1 caso (6,6%); Colon 1 caso (6,6%); GIST gástrico (6,6%). Las localizaciones de las trombosis: MII 6 casos (40%); MID 4 casos (26,6%); pulmonares 3 casos (20%); yugular derecha 1 caso (6,6%), yugular izquierda 1 caso (6,6%), portal 3 casos (20%). Escala PRETEMED: riesgo ajustado >4 puntos: 5 pacientes (33,3%); 4 puntos: 4 pacientes (26,6%). Modelo Khorana: categoría alto riesgo: 1 paciente (6,6%), riesgo intermedio: 6 pacientes (40%).

Conclusiones: La anticoagulación profiláctica, de manera rutinaria, en nuestros medio es baja, y creemos que lejana al estándar ideal. Proponemos la inclusión de modelos predictivos de enfermedad tromboembólica dentro de nuestra práctica clínica habitual.

L-71

CONTROL DEL DOLOR Y MEJORÍA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES EN TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO-RADIOTERÁPICO

Miriam López Mata, Dolores Isla Casado, Lorena Alled Comín, Sonia Polo Jaime, M^a L Ferrandez, J Pérez, C Laria, J Valencia Julve, Ricardo Escó Barón.

(1, 3, 5, 6, 7, 8, y 9) *Servicio Oncología Radioterápica, H. Clínico Lozano Blesa, Zaragoza;* (2) *Servicio Oncología Médica, H. Clínico Lozano Blesa, Zaragoza;* (4) *Servicio Oncología Radioterápica, Clínica Quirón, Zaragoza.*

Introducción: El control del dolor producido por el tratamiento quimio-radioterápico (t-QT/RT) con in-

tención radical suele requerir analgesia con opioides. Es muy importante un buen control analgésico para evitar interrupciones del tratamiento, mejorar la tolerancia, aportando mejor calidad de vida (CdV) al paciente. Objetivo: Evaluar la analgesia y CdV con oxicodona/naloxona (Targin), en pacientes en t-QT/RT que no han recibido previamente opioides mayores como analgesia de base.

Materiales: Se analizan 34 pacientes diagnosticados de carcinoma, en t-QT/RT con intención radical que presentan dolor moderado-severo (EVA>4) sin tratamiento previo de opioides mayores tratados durante un mes con oxicodona/naloxona.

Resultados: Varones: 65%; Edad media±DS: 59±12 años. Localización del tumor primario: principalmente pulmón(56%), ORL(23%) y recto-ano(12%). Origen del dolor: esofagitis(62%), mucositis(23%) y rectitis-ureitis(15%). Tipo de dolor: predominante mixto (somático-visceral)(65%) y visceral(23%). Todos los pacientes recibían previamente analgésicos de 1ºescalón y un 15% también de 2ºescalón. La mediana de dosis de Targin fue de 10/5 mg/día [10/5–40/20]. El 71% reciben 5/2,5 mg/12h. Al mes se confirmó una mejoría en la intensidad del dolor: EVA0-10 de 5,7±1,0 a 3,9±1,8. También se observa una disminución del impacto del dolor en la CdV en todos los ítems evaluados (BPI) y una mejoría en la CdV (EuroQoL).

Conclusiones: Targin es un fármaco eficaz para el alivio del dolor de intensidad moderada-severa producido por los tratamientos antineoplásicos (QT-RT concomitante). Consigue un buen control del dolor, lo que implica una mejoría en la CdV y permite mejor cumplimiento del tratamiento pautado. Su efectividad es apoyada por su perfil de seguridad y buena tolerabilidad.

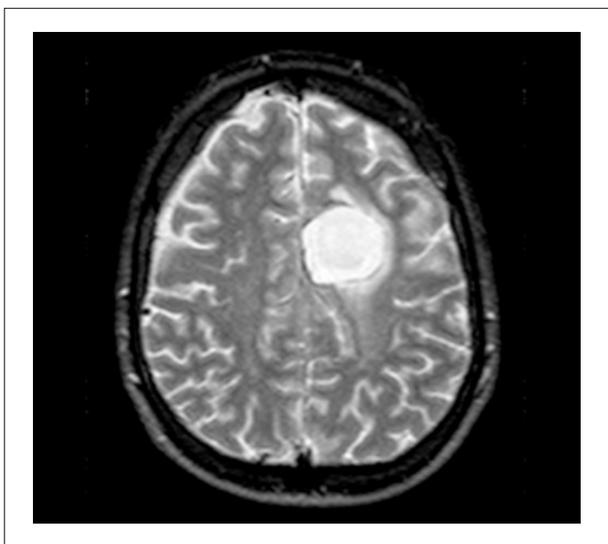
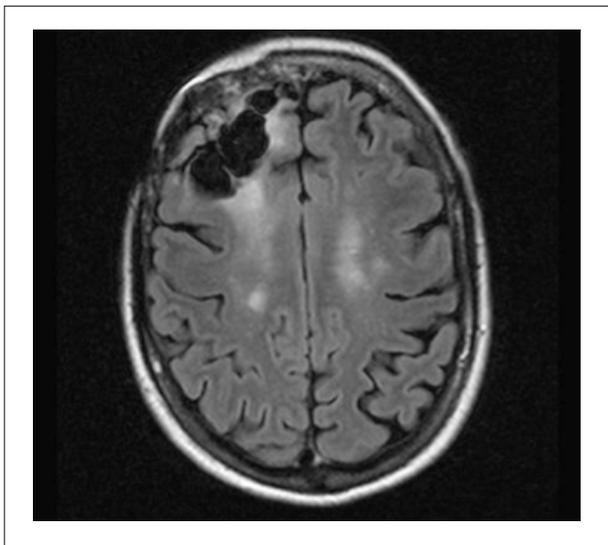
COMUNICACIONES LIBRO
ENSAYOS CLÍNICOS

L-CC-1

**LA FERTILIDAD A PESAR DEL TRATAMIENTO
QUIMIOTERÁPICO**

Nuria Pardo Aranda***, Laia Capdevila***, Sara Cros***, Javier Sanchez*, Olatz Etxaniz***, Salvador Villa**, Carmen Balañá*.

Todo el equipo pertenece al Hospital Universitario Germans Trias y Pujol. Servicio de Urología; Servicio de Oncología Radioterapia**; Servicio de Oncología Médica***.*



Introducción: La temozolomida (TMZ) es ampliamente utilizado en el tratamiento de los gliomas. Incluso en los tumores de bajo grado puede tener un papel importante para evitar la radioterapia antes de tiempo. Existe un papel a favor de TMZ como terapia de primera línea. La fertilidad es un tema importante que preocupa a los pacientes cuando la quimioterapia se inicia. Estamos presentando aquí 2 pacientes tratados con PCV y TMZ que tuvieron un hijo tras recibir tratamiento.

Materiales: Mujer de 35 años fue diagnosticada de oligoastrocitoma anaplásico después de una resección parcial en marzo del 2003. Realizó tratamiento con radioterapia a nivel local (60Gy) y posteriormente recibió dos ciclos de quimioterapia adyuvante según el esquema PVC. En junio presentó una recidiva local evidenciada por RNM y se confirmó por SPECT. Inicio tratamiento con quimioterapia cisplatino + TMZ durante 3 ciclos y continuo con temozolamida hasta junio del 2005. LA paciente presenta amenorrea tras finalizar el tratamiento con PCV. La paciente presenta estabilización desde entonces siguiendo controles semestrales con RNM. 1 En 2010 la paciente expresa el deseo de tener un hijo, por lo que inicia tratamiento hormonal quedándose embarazada a través de la donación de óvulos. La paciente da a luz en 2011 a una niña completamente sana. Actualmente tiene un año y la paciente continua con su enfermedad estable en controles. Varón de 35 años de edad es diagnosticado de oligoastrocitoma anaplásico tras resección frontal izquierda en 2004. Tras la resección el paciente recibió tratamiento quimioterápico con PVC x 4 ciclos y radioterapia adyuvante. Previo al tratamiento el paciente guarda el semen (espermiograma; 101 sperm mil/ml). El paciente completa tratamiento hasta julio del 2005. Ese mismo año en octubre presenta una recaída local por lo que se interviene nuevamente, siendo la anatomía patológica compatible con el mismo tumor. Continúa controles hasta que nuevamente en junio del 2006 presenta una nueva recaída. Realiza tratamiento con radioterapia focal estereotáctica ese mismo mes. En enero del 2007 se objetiva un aumento de la masa por lo que inicia temozolamida durante un año y dos meses (marzo 2008). Desde entonces en controles semestrales con RNM. 2 En el momento del diagnóstico el paciente presentaba un espermiograma normal. En junio del 2008 tras finalización de todos los tratamientos se realiza un nuevo control donde se

objetivan únicamente 6mil/ml de espermatozoides . En agosto del 2009 presenta una mejoría objetivándose en el espermiograma 20millones /ml. Tras dos fecundaciones in vitro sin éxito, el urólogo tras esta última prueba le recomienda métodos naturales quedándose su esposa embarazada a los dos meses (al año y tres meses de haber finalizado el tratamiento). En junio del 2010 es padre de una niña completamente sana. Actualmente continua en remisión y cuida de su hija sin ningún problema.

Resultados: Ambos paciente dieron a luz a dos niños a pesar del tratamiento completamnete sanos y sin ningun tipo de complicación.

Conclusiones: La fertilidad puede ser un problema importante en los adultos jóvenes. TMZ es un agente alquilante embriotóxico y teratogénico. Por lo tanto, se recomienda que los pacientes varones esperar 6 meses antes de tratar de tener un hijo. Los efectos sobre la fertilidad de las hembras son menos conocidos, aunque algunos embarazos normales se han reportado incluso sin buena conservación de fertilidad previos. El papel de la fertilidad después del tratamiento con TMZ debe ser identificado con el fin de tener en cuenta antes de iniciar el tratamiento.

L-CC-2

A PROPÓSITO DE UN CASO DE COLITIS NEUTROPÉNICA EN UN PACIENTE EN TRATAMIENTO POR ADENOCARCINOMA DE PULMÓN

Isabel Aragón Manrique, Francisco Téllez Pérez *, José Manuel Rodríguez García, Vicente Villarreal Rivas, Eva María Mons Checa, Miguel Ruíz López de Tejada, Maysa Lemos Simosono, Eva María González Jiménez. *Unidad de Gestión Clínica de Oncología. Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar. * Unidad de Enfermedad Infecciosas. Servicio de Medicina Interna. Hospital de La Línea. Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar.*

Introducción: La colitis neutropénica es un diagnóstico fundamentalmente clínico que se caracteriza por fiebre, diarrea líquida, dolor abdominal difuso, sobre todo en hipocondrio derecho, asociado a distensión y resistencia abdominal, en pacientes neutropénicos, clásicamente descrito en neoplasias hematológicas o en tratamientos con quimioterapia a altas dosis, y más recientemente en tumores sólidos con esquemas a dosis convencionales de taxanos o alcaloides de la vinca, que radiológicamente se caracteriza por distensión de asas y engrosamiento de la pared del colon. A propósito de un caso.

Materiales: Descripción de un caso clínico de un varón de 47 años diagnosticado de un adenocarcinoma de pulmón derecho estadio IIIB, EGFR no mutado, que realiza tratamiento con radioterapia radical concomitante con quimioterapia según esquema cisplatino 50 mg/m² iv días 1, 8, 29 y 36 y etopósido 50 mg/m² iv días 1 a 5 y 29 a 33.

Resultados: Muy buena tolerancia inicial, sin embargo, el día +11 acude por cuadro de vómitos alimenticios, hasta 12 deposiciones de diarrea líquida al día, dolor abdominal, franco deterioro del estado general e hipotensión; negaba fiebre. En la analítica destacaban un recuento de 30 neutrófilos x 10⁸, 50.000 plaquetas, deterioro de la función renal, PCR 300 mg/L y procalcitonina compatible con shock séptico. En la ecografía abdominal, engrosamiento de asas de intestino grueso y en resonancia, aumento de las haustras en colon ascendente en relación con colitis. Tras descartar otras opciones diagnósticas por toxina de clostridium difficile negativa, hemocultivos negativos, clínica compatible y hallazgos radiológicos de colitis en paciente con neutropenia severa tras quimiorradioterapia, se establece diagnóstico de colitis neutropénica y se inicia tratamiento con nutrición parenteral, hidratación, antibioterapia de amplio espectro y G-CSF. La evolución clínica fue favorable hasta la resolución.

Conclusiones: La colitis neutropénica es una urgencia oncológica y una de las toxicidades más graves en pacientes en tratamiento con quimioterapia que parece inducir un daño sobre la mucosa colónica facilitado por la situación de inmunodepresión. En el caso que presentamos, el paciente fue tratado con un esquema de quimioterapia que no es el habitualmente descrito en la literatura; la instauración del cuadro pudo verse facilitada por la radioterapia concomitante que facilita la neutropenia por irradiación del esqueleto axial. Aunque el cuadro suele cursar con fiebre, ésta puede faltar en casos de neutropenia profunda por falta de secreción de pirógenos endógenos, lo cual no debe hacernos infravalorar la gravedad de la situación, ya que se han descrito unas tasas de mortalidad del 21-48% lo que nos da una idea de la importancia de un adecuado enfoque diagnóstico que permita un tratamiento rápido y eficaz.

L-CC-3

CALIDAD DE VIDAD EN EL CPNM METASTÁSICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

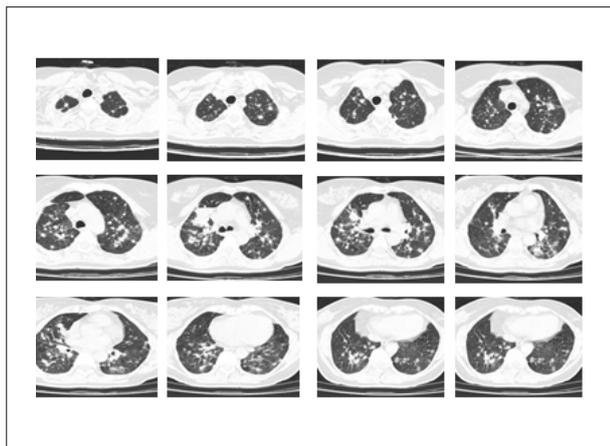
Rubén Alonso Calderón, Ricardo Collado Martín, Jorge Muñoz Luengo, Yoana Franco Rodriguez, Carmen Salguero Núñez, Laura Quintana Cortés, Maria Helena

López de Ceballos Reyna, Angeles Rodríguez Jaraiz, Santiago González Santiago, Pablo Borrega García.
Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres.

Introducción: El cáncer de pulmón constituye una de las principales causas de muerte por cáncer en el mundo. Con frecuencia se diagnostica en estadio avanzado y, a pesar de las mejoras en los métodos diagnósticos y terapéuticos, la supervivencia en estadios IV es corta, con una repercusión rápida y progresiva en la calidad de vida. Uno de los descubrimientos más importantes en este escenario ha sido el hallazgo de mutaciones somáticas del EGFR, que ha permitido desarrollar nuevas estrategias de tratamiento, con un importante impacto en supervivencia y calidad de vida. Presentamos el caso de una paciente tratada en nuestro centro, que muestra el reflejo del cambio que se está produciendo en esta patología, con un mayor beneficio en un subgrupo de pacientes.

Materiales: Mujer de 53 años no fumadora y sin antecedentes personales de interés que consulta en Junio de 2010 por cuadro de astenia y anorexia, disnea de mínimos esfuerzos, tos con expectoración hemoptoica, presentando un ECOG 2. En las pruebas realizadas destaca: -Marcadores tumorales: CEA: 21,7 [0,0-5,0]; CYFRA 21.1: 3,42 [0,1-3,3]. -TAC body: neoformación en LSD + nódulos pulmonares bilaterales (Figura 1). -Broncofibroscopia: neoformación en bronquio subsegmentario del LSD, que biopsia: Adenocarcinoma pulmón, mutación EGFR positiva.

Figura 1. Estudio



Resultados: Se propuso tratamiento con Erlotinib 150 mg/24 horas. Tras cuatro semanas de tratamiento la paciente presentó una mejoría clínica significativa, con desaparición total de la disnea (Figura 2). Con un ILP la paciente presenta estabilización radiológica de la enfermedad, tras una primera respuesta parcial, manteniendo un ECOG 0.

Figura 2. Evolución

	Jun 10	Sept 10	Ener 11	Mayo 11	Oct 11	Feb 12	May 12
CEA	21,73	7,8	4,43	3,52	3,47	3,48	3,35
CYFR							
A 21-1	3,42	1,57	2,1	2,2	1,9	2	2,2
TAC	M1 pulm	RP	EE	EE	EE	EE	EE

Conclusiones: Con las nuevas terapias moleculares desarrolladas en el CNMP metastásico estamos asistiendo a un cambio en la historia natural de esta enfermedad, con un extraordinario impacto en la calidad de vida de estos pacientes. Investigaciones en la biología molecular de estos tumores, probablemente ayuden a ampliar el abanico de pacientes que se benefician de estas nuevas terapias.

L-CC-4

EFICACIA DE BORTEZOMIB Y RITUXIMAB EN POLIPOSIS COLÓNICA POR LINFOMA DEL MANTO

Irene Zarcos Pedrinaci*, Maria Teresa Delgado Ureña*, Marta Legerén Álvarez*, Jose Miguel Jurado García*, Isabel Blancas López-Barajas*, Josefa Carrillo Ramos*, Rocio Fonseca Vallejo*, Ángel Calvo Tudela*, Ana Villaescusa Molina*, Jose Luis Garcia Puche*.

* Servicio de Oncología Médica, ** Servicio de Oncología Radioterápica. Unidad de Oncología, Hospital Clínico San Cecilio de Granada

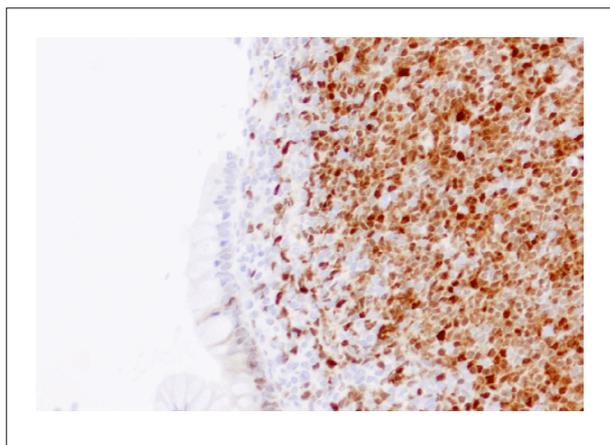
Introducción: El linfoma del manto (LM) comprende 2.5 a 7 % de todos los Linfomas no Hodgkin. La poliposis colónica puede ser una presentación típica, debiendo realizar diagnóstico diferencial con el síndrome de poliposis colónica familiar, poliposis adenomatosas de colon, linfoma folicular y linfoma tipo MALT. Su diagnóstico se basa en la inmunohistoquímica con linfocitos atípicos que expresan de forma característica la ciclina D1, resultado de la traslocación t(11;14)(q13;q32). Presentamos el caso de un varón de 70 años con poliposis linfomatosa por Linfoma B del manto.

Materiales: Paciente diagnosticado de linfoma B del manto folicular estadio IVA, con poliposis intestinal, afectación del ciego, adenopatías retroperitoneales y de la médula ósea. La IHQ fue positiva para CD 5, CD20 y Ciclina D1. Recibió 4 ciclos de rituximab + Hyper-CVAD. En la reevaluación por TAC alcanza una respuesta parcial y en la colonoscopia más biopsia persiste la afectación intestinal por lo que completó

dos ciclos más de CHOP + rituximab. Se reevalúa mediante PET TAC, mostrando respuesta completa (RC) metabólica y en la colonoscopia desaparición de los pólipos, pero con biopsia positiva para LM. Se decide, dado la edad, tratarlo en segunda línea con bortezomib 1,3 mg/m² día 1, 4, 8 y 11 + Rituximab 375 mg/m² día 1, cada 21 días.

Resultados: Completó 6 ciclos alcanzando una RC metabólica por PET-TC y macroscópica por colonoscopia con biopsias negativas para linfoma, tras el 4º ciclo. Actualmente el paciente se encuentra libre de enfermedad y con una RC mantenida de 13 meses de duración.

Conclusiones: La mayoría de los LM presentarán recaída o refractariedad, con un pronóstico pobre y una mediana de supervivencia de 1 a 2 años. No existe tratamiento estándar en este escenario. Consideramos que bortezomib es una opción eficaz ante la quimioresistencia a líneas previas de tratamiento, siendo bien tolerada en ancianos.



L-CC-5

PACIENTE CON REACTIVACIÓN DE HEPATITIS B DURANTE LA ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO ADYUVANTE POR CÁNCER DE MAMA. EXPERIENCIA CON ADEFOVIR

Viana Alonso Antonio, González Ageitos Ana María, Sánchez Gil Belén, Gómez Martín José, Moyano Jato Alfredo José.

Sección de Oncología Médica. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo.

Introducción: Pacientes portadoras del virus de la hepatitis B (VHB) con cáncer de mama pueden llegar al 12%, estando en riesgo de desarrollar reactivaciones durante la administración de la quimioterapia. En dicha reactivación tiene un papel importante la utilización de corticoides.

Materiales: Tras la aparición de un caso de reactivación de hepatitis B durante la administración de quimioterapia revisamos la experiencia en la Sección de Oncología Médica en los últimos 10 años, las características clínicas del caso y la bibliografía.

Resultados: Excepto el caso que se refiere no se ha producido ninguna otra reactivación en tumores sólidos en la Sección de Oncología (no tenemos experiencia con Linfoma, Mieloma o Leucemia). Caso: Mujer, 53 años. Hipercolesterolemia. No hábitos tóxicos. Síndrome depresivo. Enfermedad Gilbert. Portadora de hepatitis B (Nov-2000: HBsAg positivo, Anti HBs negativo, Anti HBc positivo, HBc Ag negativo, Anti HBe positivo. Dic-2007 DNA viral virus B negativo). 10-02-10 Cuadrantectomía y linfadenectomía axilar izquierda. Estadiaje: Carcinoma ductal infiltrante de mama izquierda, pT2p-N0M0, IIA, hormonodependiente, sin sobreexpresión Cerb-B2, en paciente postmenopáusica. Quimioterapia adyuvante (esquema Adriamicina60-Ciclosfosfamida600): Recibe 1º ciclo el día 25-02-10 completando 5º ciclos el 21-05-10. En todos los ciclos se administró Dexametasona 20 mg y presentó una mala tolerancia por hiperemesis precisando un ingreso de 48 horas el día 15-04-10. La enferma elevó las transaminasas, LDH sin colestasis y DNA viral hepatitis B (788,23 10³ UI/ml; logaritmo 5,90). La administración de Adefovir (según bibliografía e indicaciones de Digestivo) mejoró sus parámetros (tabla 1º y figura 1º).

Conclusiones: Dada la demora que puede suponer la solicitud de pruebas (DNA viral, serologías) y los costes

Tabla 1. Inicio del tratamiento con Adefovir

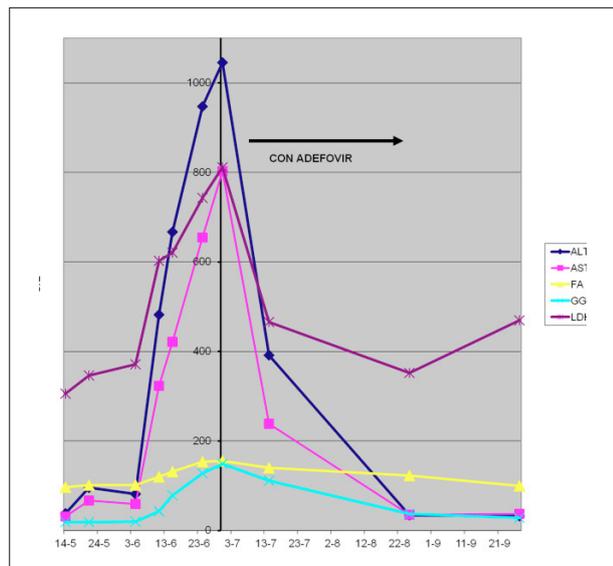
FECHAS	14-5	21-5	4-6	11-6	15-6	24-6	30-6	14-7	25-8	27-9
ALT	38	96	81	482	667	947	1045	392	34	32
AST	31	67	59	323	421	654	803	238	35	37
FA	97	102	102	120	132	154	156	140	123	100
GGT	19	19	20	43	79	128	149	111	37	28
LDH	306	346	371	602	621	743	811	466	352	470



Inicio del tratamiento con Adefovir

resulta ineficiente dada la baja incidencia que hemos tenido de reactivaciones el cribado y seguimiento de estos enfermos como recomienda la bibliografía. La bibliografía revisada aconseja la utilización del Tenofovir por su comodidad, coste y eficacia en el caso de reactivación.

Figura 1. Evolución analítica



L-CC-6

LINFOMA PLASMABLASTICO EN PACIENTE VIH

Carmen Salguero Núñez (1), Fátima Ibáñez Espacio (2), Laura Quintana Cortés (1), Yoana Franco Rodríguez (1), Rubén Alonso Calderón (1), Ricardo Collado Martín (1), Jorge Muñoz Luengo (1), M^o Angeles Rodríguez Jaraiz (1), Pablo Borrega García (1).

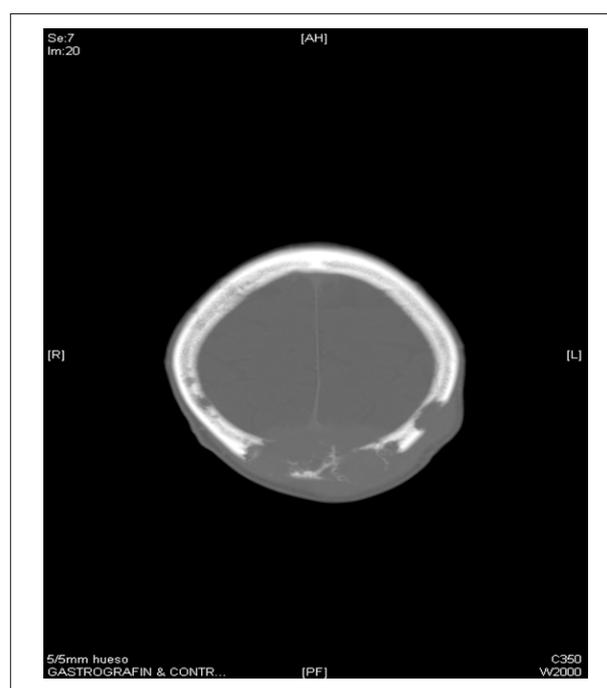
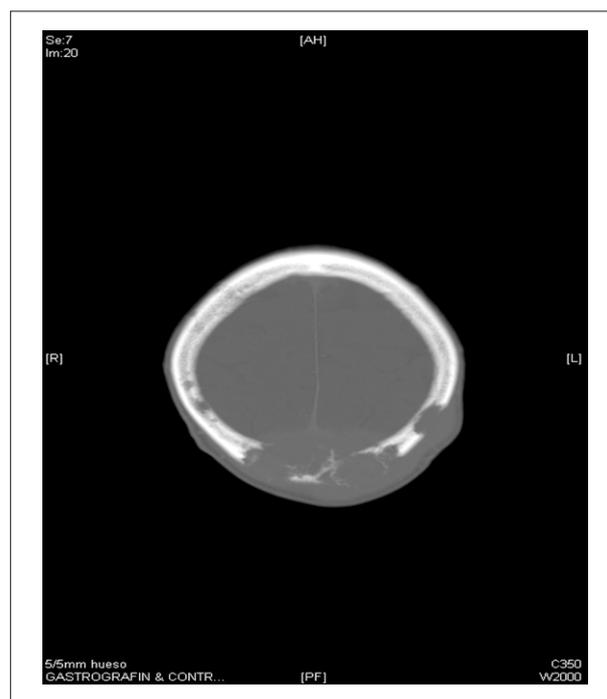
(1) Servicio de Oncología Médica. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres; (2) Servicio de Hematología. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

Introducción: La infección por VIH conlleva un deterioro de la función inmunológica, lo que predispone al desarrollo de neoplasias, siendo el Linfoma no Hodgkin la segunda más frecuente después del Sarcoma de Kaposi. Un gran porcentaje son del tipo B difuso de células grandes.

Materiales: Descripción de un caso clínico.

Resultados: Se trata de un varón de 48 años consumidor de metadona con hepatopatía crónica por VHC, VIH estadio B-3 sin tratamiento desde hace 2 años que refiere desde hace unas dos semanas, deterioro del estado general, con importante astenia, debilidad, así como dolores generalizados, pérdida de peso no cuantificada y febrícula. Coincidiendo con este cuadro presenta un crecimiento de bultomas en cabeza, án-

gulo submandibular y región supraclavicular derecha. En la analítica destaca anemia, urea 167, creatinina 2.49, LDH 673, Ca²⁺ 12.5, proteinograma y marcadores tumorales normales salvo beta 2-microglobulina 10.38. Inmunoquímica con cadenas ligeras kappa 5.8, cadenas ligeras lambda 0.828, cociente kappa/lambda 7. El aspirado de médula ósea es normocelular con 4% de células plasmáticas e inmunofenotipo



CD38/CD138++ con una pequeña población de células plasmáticas de pequeño y mediano tamaño con fenotipo normal. En TAC body destaca Hepatoesplenomegalia, adenopatías inguinales bilaterales y múltiples lesiones líticas nivel craneal en región frontal, occipital y parietotemporal así como en vértebras, caja torácica, sacroilíacas y en ambos cuellos femorales, sugiriendo como primera posibilidad mieloma múltiple. Se realiza biopsia de bultoma craneal en la que se aprecia proliferación neoplásica con inmunofenotipo de células plasmáticas indiferenciadas. El paciente es diagnosticado de linfoma plasmablastico (PBL) comenzado tratamiento quimioterápico de primera línea con Velcade y Dexametasona, sin respuesta, por lo que se decidió comenzar una segunda línea con EPOCH y terapia antirretroviral. Tras dos ciclos, de este último esquema, se evidencia mejoría de las lesiones de la calota, con empeoramiento de las submandibulares, por lo que se propone nuevo esquema: GIEV con un total de 3 ciclos, objetivándose una respuesta completa de la enfermedad. En este momento se decidió realizar trasplante autólogo de médula ósea (TASPE), con una recuperación aceptable la actualidad.

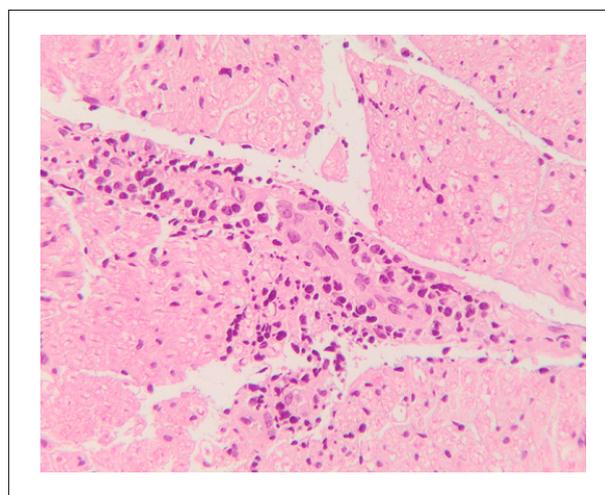
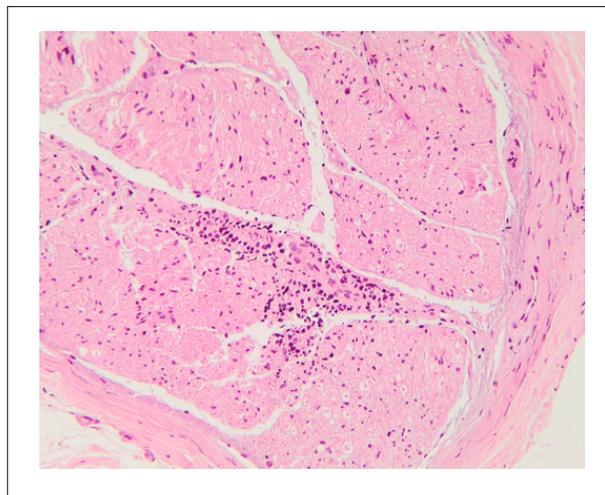
Conclusiones: El PBL es una variante rara de linfoma difuso de células grandes B, generalmente asociado a VIH, con mal pronóstico pese a una buena respuesta inicial. La afectación más frecuente es cavidad oral y mandíbula. Son negativos o débilmente positivos para CD45 y CD20, expresan CD79a y comparten características inmunofenotípicas de célula plasmática (VS38c+, CD38+, CD138+). Son difíciles de diferenciar de los linfomas inmunoblásticos y de las neoplasias de célula plasmática, pero el alto índice de proliferación, ausencia de células plasmáticas monoclonales y la clínica lo permiten. En este caso la falta de tratamiento con antirretrovirales y el estado de inmunodepresión que presenta, complica aún más el tratamiento, ya ensombrecido por la dificultad diagnóstica que conlleva esta patología.

L-CC-7

POLINEUROPATIA SENSITIVO-MOTORA SECUNDARIA A VASCULITIS EN UN PACIENTE CON MELANOMA EN TRATAMIENTO CON VEMURAFENIB

Diego Alcaraz (1), Carme Font (1), Ana Arance (1), Lydia Gaba (1), Luis Feliz (1), Josep Grau (3), Francesc Grauss (2), Josep Valls (2), Aaron Sosa (1), Verónica Pereira (1).

Servicio de Oncología Médica (1); Servicio de Neurología (2); Servicio de Medicina Interna (3). Hospital Clinic Barcelona.



Introducción: Vemurafenib (VMB), inhibidor selectivo del receptor BRAF es un nuevo fármaco para pacientes con melanoma metastásico (MM) con mutaciones BRAFV600. Los efectos tóxicos reportados incluyen rash cutáneo, artralgia, fatiga, alopecia, reacciones de fotosensibilidad, desarrollo de otros tumores cutáneos y neuropatía periférica. **Objetivo:** Describir el caso clínico de un paciente con MM en tratamiento con Vemurafenib que presentó polineuropatía periférica grave.

Materiales: Descripción de un caso clínico.

Resultados: Varón de 71 años de edad portador de marcapasos y afecto de MM EIIIc irresecable en curso de tratamiento con VMB. Consultó por clínica de dolor y debilidad en ambas extremidades inferiores. En la exploración física presentaba pérdida de fuerza distal 2/5 con hiporreflexia e hipoestesia distal. Se realizaron 4 punciones lumbares que mostraron proteinorraquia, ausencia de células malignas e inmuno-

histoquímica para proteína S100 negativa. El estudio mediante TAC craneal y de columna dorso lumbar con mielografía no mostraron imágenes sospechosas de infiltración metastásica. El electromiograma resultó compatible con polineuropatía periférica con afectación sensitivo motora. Se practicó biopsia del músculo y nervio sural que mostraron signos de denervación e infiltrado mononuclear perivascular en vasos endoneurales compatible con vasculitis de pequeño y mediano vaso. Se completó el estudio con la determinación de anticuerpos antineuronales, anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) y crioglobulinas que resultaron negativos. Se inició tratamiento con corticoides a dosis altas y fisioterapia con estabilidad clínica.

Conclusiones: La vasculitis afectando vasos peri o endoneurales debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de síndromes neurológicos en el paciente oncológico. Presentamos un caso de polineuropatía secundaria a vasculitis en un paciente en tratamiento con VMB.

L-CC-8

TROMBOSIS PORTAL EN MUJER DE 37 AÑOS DE EDAD DIAGNOSTICADA DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

María Miranda Serrano, Marta González Cordero, María Guadalupe Padilla Castillo, Jacobo Gómez-Ulla Astray, José Ramón Rodríguez Mowbray, Juan Ignacio Delgado Mingorance, Teresa Jaraquemada Peláez, Raquel Macías Montero, José María Puerto Pica, Esperanza Blanco Campanario.

Servicio de Oncología Médica del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

Introducción: Los pacientes con cáncer se encuentran en un estado de hipercoagulabilidad y hasta un 11% de ellos presentan tromboembolismos clínicos. En algunas ocasiones, estos episodios trombóticos preceden al diagnóstico de cáncer y, a veces, pueden ser la causa de muerte. Presentamos un caso clínico de trombosis portal en mujer joven con cirugía gastrointestinal reciente.

Materiales: Mujer, 37 años, diagnosticada y tratada de linfoma MALT en seguimiento por Hematología. Ante escasa respuesta a quimioterapia pauta, se realiza gastrectomía total y esplenectomía, con resultado anatomopatológico de adenocarcinoma gástrico tipo intestinal pT3N1M1 (en la intervención se objetivan dos LOEs hepáticas). Comienza tratamiento con Capecitabina y seguimiento por nuestro servicio. Consulta por dolor abdominal difuso, meteorismo, náuseas sin vómitos y orinas colúricas. En RNM



abdominal se objetiva aumento del calibre de la vena porta y de sus ramas intrahepáticas con trombo en su interior que ocluye la luz vascular y que se extiende hasta el tercio proximal de la vena mesentérica superior. Heterogeneidad en la intensidad de señal del parénquima hepático, en probable relación con esteatosis parcheada, sin poder descartar alteraciones de la perfusión del parénquima glandular secundarias a la patología vascular descrita. En TC de abdomen también se objetiva la trombosis descrita (imagen 1 y 2).

Resultados: Es tratada con heparina sódica en perfusión con mejoría clínica y al alta se pauta heparina de bajo peso molecular a dosis terapéuticas.

Conclusiones: Uno de los tumores más procoagulantes son los carcinomas de origen digestivo. Además no podemos olvidar otros factores de riesgo de trombosis como la hospitalización, inmovilización, cirugía reciente, catéter venoso central, enfermedad diseminada o tratamiento quimioterápico o radioterápico activo. Estos eventos son significativamente más

frecuentes tras una intervención quirúrgica gastrointestinal, de pulmón, próstata u ovario/útero. Aquí radica la importancia de evaluar los factores de riesgo generales y específicamente, los relacionados con el paciente para pautar tratamiento profiláctico.

L-CC-9

LARGA RESPUESTA MANTENIDA DE SORAFENIB TRAS SUNITINIB EN CCR

Irene Zarcos Pedrinaci *, Ángel Calvo Tudela, Rocío Fonseca Vallejo , Jose Miguel Jurado García*, Maria Teresa Delgado Ureña*, Marta Legeren Álvarez*, Isabel Blancas López-Barajas*, Josefa Carrillo Ramos*, Maria José Sánchez García*, Jose Luis Garcia Puche *.
* Servicio de Oncología Médica, ** Servicio de Oncología Radioterápica Unidad de Oncología, Hospital Clínico San Cecilio de Granada.

Introducción: En el tratamiento cáncer renal metastático existen varios fármacos aprobados como sunitinib, temsirolimus, bevacizumab + interferon, sorafenib, everolimus, y pazopanib. El uso secuencial de dichas moléculas, se emplea habitualmente en la práctica diaria, consiguiendo un beneficio clínico continuado y prolongando la supervivencia libre de progresión. Presentamos el caso de un hombre de 57 años de edad con cáncer renal metastático, tratado con sorafenib en 4ª línea.

Materiales: Paciente diagnosticado de carcinoma renal sometido a nefrectomía derecha con recaída a nivel pulmonar dos años después. Recibió tratamiento con IL-2 por aparición de metástasis pulmonares. Posteriormente se cambió a IFN por toxicidad al anterior, alcanzando una respuesta completa. Tres años después se detectaron dos nódulos pulmonares, tratados con IL-2 inhalada durante un año, con enfermedad estable, debido a la intolerancia al tratamiento se cambió a sunitinib que lo mantuvo durante un año y medio, con estabilización de la enfermedad desde el 6º ciclo y permitiendo la resección quirúrgica de las lesiones pulmonares. Tras un intervalo libre de enfermedad de 6 meses, presentó recaída renal contralateral tratada con radiofrecuencia. A los dos meses se solicitó reevaluación de respuesta por PET-TC que objetivó una recaída pulmonar y adenopática paratraqueal iniciando sorafenib.

Resultados: Tras el 4º ciclo de tratamiento con sorafenib se estabiliza la enfermedad, manteniendo la respuesta hasta la fecha actual, durante un total de tres años y con buena tolerancia al mismo. La toxicidad asociada al fármaco más frecuente ha sido astenia Gº2.

Conclusiones: En el CCR metastático no hay una estrategia terapéutica estandar ante la progresión a una segunda línea. Varios estudios investigan el uso secuencial de sunitinib y sorafenib, siendo la mayoría retrospectivos, dejando de manifiesto la mínima resistencia cruzada que existe entre ambos. En nuestro caso se optó por utilizar de nuevo un inhibidor de la tirosín quinasa consiguiendo una larga respuesta mantenida y comprobando la utilidad de esta maniobra.

L-CC-10

RECIDIVA TARDÍA EN EL ADULTO DE TUMOR DE WILMS (TW)

Carmen Sanchez Toro, Julia Ruiz Vozmediano, Cynthia González Rivas, Aranzazu González Vicente, Jesús Soberino Gracia, Raquel Luque Caro, Encarnación González Flores, Javier Valdivia Bautista, Jose Antonio Ortega Domínguez, Juan Ramón Delgado Pérez.
Hospital Virgen de Las Nieves, Granada.

Introducción: El TW es el tumor renal más frecuente en la infancia con una tasa de supervivencia a los 5 años del 90%. Las recidivas en TW representa alrededor de 15% en histología favorable y hasta un 50% en el anaplásico. Las recidivas más frecuentes se presentan en pulmón y hasta 1% en riñón contralateral los 2 primeros años. El objetivo: la revisión de la literatura publicada, dado lo excepcional del caso, ya que existen algunas publicaciones de recaídas a los 8-9 años, pero no hemos encontrado datos de recidivas tan tardías.

Materiales: Mujer de 41 años con antecedentes a los 4 de nefrectomía izquierda por TW, estadio I. 37 años después, inicia clínica de disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos, acude a Urgencias, detectando en radiografía derrame pleural masivo e ingresa para estudio. Pruebas complementarias a destacar: analítica general: leucocitosis con desviación a la izquierda, TAC: derrame pleural derecho, que presenta algunas áreas hiperdensas en su interior así como septos. Desplazamiento de la silueta mediastínica y compresión de vena cava superior e inferior. Toracocentesis: adenocarcinoma sugerente de mama, ovario, mesotelioma. Sesión multidisciplinar se decide realización de toracoscopia, biopsia y talcaje. En reanimación la paciente presenta síndrome de SDRA y fallo multiorgánico. Se contacta con Oncología Médica, de acuerdo con la familia y teniendo en cuenta los posibles diagnósticos por citología se administra un bolo de Carboplatino de forma empírica. Exitus de la paciente a los 33 días del ingreso.

Resultados: AP definitiva: Tumor maligno indiferenciado. El estudio inmunohistoquímico compatible con TW.

Conclusiones: La gran mayoría de las recidivas(84%) se presentan en los primeros 12 meses. No existe un protocolo consensuado de actuación, la estrategia terapéutica se basa en la aplicada en los niños. Aunque no sea frecuente la recidiva en estadio inicial y la tasa de curación sea alta en este tipo de tumores, debemos siempre pensar en una posible recidiva en pacientes que presenten masa de nueva aparición aunque hayan pasado años desde el tratamiento del tumor primario.

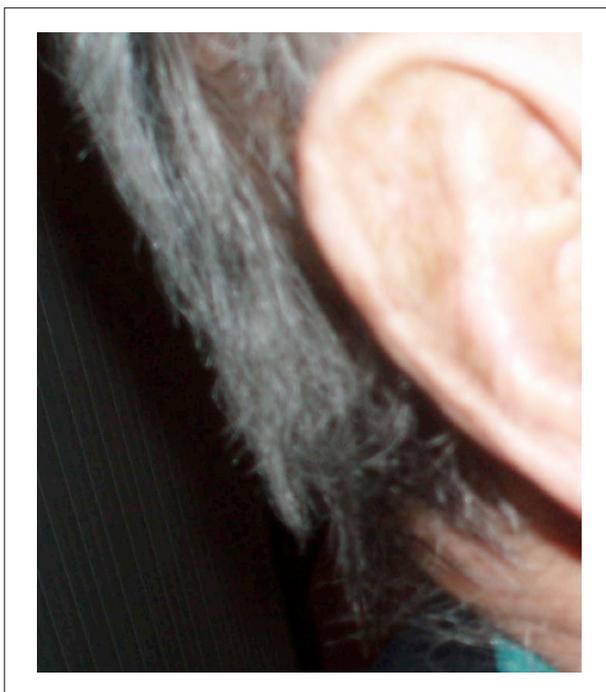
L-CC-11

TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA Y CETUXIMAB CONCOMITANTE EN UN CASO DE CARCINOMA ESPINOCELULAR RECIDIVADO LOCALMENTE

José Miguel Martín Martínez, Ana María Sánchez Peña, Santos Enrech Francés, Ana María Jiménez Gordo, María Teresa Díaz Puente.

Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario de Getafe (Madrid).

Introducción: Paciente varón de 84 años con antecedentes personales de HTA, HIV + y VHC +, que fue intervenido de un carcinoma epidermoide frontal derecho en dos ocasiones y de un carcinoma epidermoide en región temporal derecha en otras dos



ocasiones, la última realizándose una parotidectomía completa con vaciamiento funcional cervical ipsilateral. Tres meses después el paciente presenta una nueva tumoración local de gran tamaño, que afectaba al espacio masticador derecho, extensión a fosa infra-temporal y la porción inferior del CAE. Tras descartarse la opción quirúrgica por excesivamente mutilante, se inicia tratamiento con radioterapia concomitante con

Cetuximab, recibiendo 66 Gy en el tumor primario y cadenas ganglionares cervicales derechas (Ib – III) y nueve sesiones de Cetuximab (la 1ª dosis a 400 mg/m² y las siguientes a 250 mg/m²).

Materiales: Paciente varón de 84 años con antecedentes personales de HTA, HIV + y VHC +, que fue intervenido de un carcinoma epidermoide frontal derecho en dos ocasiones y de un carcinoma epidermoide en región temporal derecha en otras dos ocasiones, la última realizándose una parotidectomía completa con vaciamiento funcional cervical ipsilateral. Tres meses después el paciente presenta una nueva tumoración local de gran tamaño, que afectaba al espacio masticador derecho, extensión a fosa infratemporal y la porción inferior del CAE. Tras descartarse la opción quirúrgica por excesivamente mutilante, se inicia tratamiento con radioterapia concomitante con

Cetuximab, recibiendo 66 Gy en el tumor primario y cadenas ganglionares cervicales derechas (Ib – III) y nueve sesiones de Cetuximab (la 1ª dosis a 400 mg/m² y las siguientes a 250 mg/m²).

Resultados: Con una toxicidad post-tratamiento tipo dermatitis grado I-II en el cuello y mucositis grado I-II, se obtuvo una importante respuesta clínica. Dicha respuesta, aparentemente completa, se mantuvo con un intervalo libre de progresión de unos cuatro meses, hasta que volvió a recaer localmente, comenzándose entonces tratamiento con Cetuximab en monoterapia.

Conclusiones: El uso de Cetuximab concomitante a la radioterapia es un tratamiento factible y bien tolerado con una aceptable respuesta al mismo. Serían deseables la realización de ensayos para poder obtener datos contrastables de eficacia y seguridad.

Índice Autores



ÍNDICE DE AUTORES

A

- Aaron Sosa 194
Abiguel Torrents 11
Adela Castillejo 26, 37, 45
Adela Fernández Ortega 176
Adelaida La Casta Muñoa 179
Adrián Alegre 77
Adriana Armellini Tuchman 34
Adriana García 106
Adriana Lopez-Doriga 3
Agustí Barnadas 29, 97, 127
Agustina Amendolara 23, 43, 142, 147, 177
Ainara Soria Rivas 152
Ainhoa Castillo 135
Aintzane Sancho Gutiérrez 48, 99
Aitziber Buque Martínez 48
Aitziber Echeverría Echeverría 80
Alba Hernández García 56, 66, 75
Albert Font Pous 62
Alberto Arcediano 61
Alberto Indacochea 158
Alberto J. Árevalo 167
Alberto José Arizcun Sánchez-Morate 58
Alberto Moreno Vega 108
Alberto Muñoz Llerena 99
Alberto Pérez Pedrosa 127
Alberto San Juan del Moral 137, 157
Alejandra Armengol 106, 134
Alejandro Falcón 106
Alejandro Lucia 13
Alejandro Mateos Martín 127
Alejo Rodríguez-Vida 158
Alexia Cortegoso Mosquera 93
Aleydis Pisa Gatell 14, 49, 85
Alfonso Berrocal 11, 172
Alfonso Gúrpide 135
Alfonso Martín Carnicero 51
Alfonso Sánchez Muñoz 107
Alfonso Sanjuanbenito 46, 181
Alfredo Carrato Mena 26, 43, 46, 54, 70, 142, 147, 181
Alfredo José Moyano Jato 180, 183, 192
Alicia Canal 48
Alicia Lozano 139, 151
Alison H.M. Reid 60, 64
Almudena Cotes 154, 175
Almudena Ruiz Sastre 88, 147, 150
Álvaro Arroyo 59, 72, 154, 175
Álvaro Montesa Pino 26
Álvaro Pinto 64
Álvaro Rodríguez-Lescure 29, 154
Amalia Gómez-Bernal 182
Amaya Olaverri 75, 89, 164, 177, 183, 187
Amelia López Ladrón 132
Amparo Mogollo Galván 170
Amparo Ruiz 29, 109
Amy M. Cassidy 24
Ana Aguilar López 52
Ana Aguirrezabal 167
Ana Arance 11, 106, 134, 194
Ana Beatriz Sánchez Heras 17, 37, 45
Ana Belén Rupérez 10, 33, 57
Ana Blasco 78, 88, 97
Ana Borda Martín 41
Ana Casas 16, 139
Ana Cebollero De Miguel 66, 75, 138
Ana Custodio Carretero 3, 46, 78
Ana Fontalba 37
Ana Gómez Rueda 142, 152
Ana Guerra Lacunza 35, 36
Ana Hernández 163
Ana Herrero 68
Ana Isabel Ferrer Pérez 143
Ana Isabel Yébenes Rubio 81
Ana Lastra 19
Ana Laura Ortega Granados 47, 143
Ana Lens 7, 39, 40
Ana Liucracia Ruiz Echeverría 90
Ana Lluch 4, 29, 109, 127
Ana López González 5
Ana Lucrecia Ruiz Echeverría 84
Ana M. Calatrava 3
Ana Mañas 31, 32
Ana María González Ageitos 180, 183, 192
Ana María Jaén Morago 47, 107
Ana María Jiménez Gordo 197
Ana María Sánchez Peña 197
Ana Medina Colmenero 186
Ana Miguel 74
Ana Muñoz- Marmol 142
Ana Paisán Ruiz 179
Ana Rosa Rubio Salvador 137, 157
Ana Ruiz-Casado 13
Ana S. Pitiot 19
Ana Santaballa Beltran 22
Ana Soria 13
Ana Villaescusa Molina 162, 191
Ander Urruticoechea Ribate 176
Andrea Ruíz Valdepeñas 5
Andrea Viqueira 64
Andrea Zivi 60, 64
Andres Aguilar 128, 132
Andrés García Palomo 27, 133
Andrés López 136

ÍNDICE DE AUTORES

Andrés Muñoz Martín 33, 57, 178
Andrés Redondo 160
Ane Areizaga Albisua 179
Angel Alonso Sánchez 35, 36, 41
Angel Artal 29, 66, 68
Ángel Calvo Tudela 191, 196
Angel Guerrero 108
Ángel Segura Huerta 42
Angela Lamarca 138, 160
Ángela Ortiz Otero 133
Ángeles López 64
Ángeles Paredes 19
Angeles Rodríguez Jaraiz 185, 191, 193
Àngels Arcusa Lanza 85
Anna Libran 164, 180
Anna Ruiz 43
Anna Valer Serra 6
Antía Cousillas Castiñeiras 140
Antonia Llunell 164
Antonietta Salud Salvia 33, 73
Antonio Anton 56, 66, 75, 129
Antonio Buño 138
Antonio Calles Blanco 96
Antonio Carlos Sanchez Ruiz 76
Antonio Fernández Aramburo 165
Antonio Garcia 128, 132
Antonio Gutiérrez 136
Antonio Llombart Cussac 4, 8
Antonio Martín Marco 33, 73
Antonio Postigo 9
Antonio Poyatos 178
Antonio Rueda Domínguez 52
Antonio Rueda Ramos 87, 92, 140, 163, 170
Antonio Saiz 172
Antonio Tardio 99
Arantxa Amores 128
Arantza Bujedo Martínez 179
Arantzazú Amores 100
Aranzazu Gonzalez Vicente 68, 176
Ariadna Gasol Cudos 73
Ariel Christian Jullien Petrelli 178
Arrate Plazaola 129
Artemio Paya 37
Asunción Soto 59, 154, 175
Aurelius Omlin 60
Auxiliadora Gómez España 30

B

Bárbara Agustina Amendolara 142
Bartomeu Massuti Sureda 96

Beatriz Castelo 160
Beatriz Cirauqui Cirauqui* 104
Beatriz G. Astorga 176
Beatriz Gonzalez Astorga 68
Beatriz González Joba 183
Beatriz Jiménez Munarriz 78
Beatriz Mareque Rivas 57, 134, 182
Beatriz Martínez 160
Beatriz Moya Ortega 33
Begoña Campos 66, 103, 155
Begoña Mañe 71, 171
Begoña Martínez Carrasco 137, 157
Begoña Mellado 65
Belén Beneites Moralejo 187
Belén Muñoz Sánchez 183
Belén Rubio 100
Belen Sanchez 62
Berta Jimenez Rubiano 186
Blanca Cantos 132
Blanca Hernando 129
Blanca Paño 65
Borja López De San Vicente 167
Brezo Martínez-Amores 72

C

C. Laria 188
Capilla de la Torre Cabrera 47
Carla Bellido Ribes 128, 132
Carla Guarinos 37
Carla P. Antonilli 146, 175
Carles Nicolau 65
Carles Pericay Pijaume 49
Carlos Aguado de la Rosa 14
Carlos Alvarez Fernandez 62
Carlos Camps 72, 78, 88, 97, 163, 172
Carlos Crespo 77
Carlos Esquembre 45
Carlos Galmarini 9
Carlos Garzon 151
Carlos Gonzalez-Satue 65
Carlos Henrique Barrios 109
Carlos Mesia Barroso 176
Carlos Pollán Guisasola 104
Carlos Robles Barraza 106, 170
Carlota Delgado Fernández 58
Carme Balañá 104
Carme Font 194
Carme Guerrero-Arroyo 181
Carme Sala 180
Carmel Pezaro 64

ÍNDICE DE AUTORES

Carmela Rodríguez Lopez 93
Carmen Alonso López 143
Carmen Areses 103
Carmen Contreras-Molina 93
Carmen Crespo 108
Carmen de las Heras 75, 164
Carmen Diego 99
Carmen Entrala Bernal 47
Carmen Esteban Esteban 137, 157
Carmen Fiuza 13
Carmen González García 46
Carmen González-Lois 132
Carmen Guillén Ponce 23, 26, 42, 43, 46, 54, 147, 177, 181
Carmen Muñoz 11
Carmen Sala 164
Carmen Salguero Nuñez 144, 187
Carmen Sanchez Toro 68, 196
Carmen Santander Lobera 66
Carmen Seoane 7
Carmen Vallejo Rodríguez 75
Carmen Yagüe 43
Carmona Bayonas 32
Carolina López 100, 128, 148
Carolina Ortega Ruipérez 75, 89, 164, 177, 183, 187
Carolina Pena Álvarez 98
Carolina Sanz 142
Casilda Llácer 107
Catalina Falo Zamora 176
Cecilia Egoavil Rojas 19
Celia Calcedo 43
César A. Rodríguez Sánchez 5, 25, 34, 77, 128, 182
Cesar Mendiola Fernandez 130
Chee Goh 36
Cinta Hierro Carbo 158
Cinta Pallarés 97
Cinthya Scarlett González Rivas 49, 50, 153, 168
Clara Cieza 25, 27
Clara Senín Estor 127
Claudia Valverde 155
Concepción Escamilla 187
Concepción Morales Jiménez 30
Concepción Velázquez Martínez 40
Concha Leon Pizarro 14
Constanza Maximiano Alonso 5
Conxi Lázaro 3
Cristina Roure Nuez 85
Cristina Alenda 21, 26, 37
Cristina Arqueros 67
Cristina Buges 65
Cristina Caballero 172
Cristina Churruca Galaz 179
Cristina Ciudad Blanco 169

Cristina Cortes Carmona 92, 170
Cristina Garzón 31
Cristina González 25, 46, 182
Cristina Gonzalez De Pedro 76
Cristina González Gordaliza 46
Cristina Grávalos 48, 133
Cristina Hernando 72, 78, 88, 163, 172
Cristina Llorca 133
Cristina López 10, 48, 169
Cristina López Escola 48
Cristina López López 10, 169
Cristina Mata Fernández 169
Cristina Suárez 64, 155
Cristina Velasco 71, 148
Cynthia Gonzalez Rivas 68

D

Daniel García Palos 7, 39
Daniel Leongamonlert 36
Daniel López Trabada 57
Daniel Rueda 48
Daniel Urdiales 52
Daniele Gemma 138
David Jose Rodríguez Rubí 161
David Lora Pablos 130
David Morales Pancorbo 132
David Olmos 24, 36, 60, 64
David Páez 97
David Pérez Callejo 5, 132
David Rodríguez Rubí 62
David Rudilla 78, 88, 147, 150
Delvys Rodríguez Abreu 11
Dhiossett Condori 67
Diego Alcaraz 194
Diego Iglesias del Valle 138
Diego Márquez Medina 33, 73
Diletta Bianchini 60
Dolores Barreda Hernández 183
Dolores Isla Casado 96, 141, 188
Dolores Ludeña 100
Dolores Rubio 23, 177
Dolores Salas Trejo 21, 22

E

E. Choy 30
Ed Saunders 36
Eddy Isabel Gutiérrez Damian 48
Edelmira Velez de Mendizabal 51

ÍNDICE DE AUTORES

- Eduard Batiste-Alentorn 77
Eduardo Castañón 136, 151
Eduardo Díaz-Rubio 7, 39, 97
Eduardo Gutiérrez Restrepo 152
Eduardo Jara Gonzalez 76
Eduardo Martínez de Dueñas 42
Eduardo Polo Marques 56
Eduardo Pujol 100, 165
Eduardo Roberts Cervantes 142
Eduardo Álvaro Cifuentes 48
Eider Azkona Uribelarrea 48, 99
Elena Aguirre Ortega 33
Elena Almagro Casado 5, 132
Elena Alvarez 155
Elena Asensio 59, 154, 175
Elena Brozos Vazquez 181
Elena Castro 36, 60, 64
Elena Díaz 106
Elena Gallardo Martin 181
Elena Galve 129, 133, 146, 167, 175, 177
Elena María Brozos Vazquez 93
Elena Ramirez 138
Elia Aguado 26
Elisa Conde 26
Elisa Ramos 59
Elisabeth Del Río 97
Elisabeth Pérez-Ruiz 52
Elisenda Llabrès Valentí 102
Eliseo Val Pérez 183
Elizabeth Bancroft 36
Elizabeth Condori Quito 48
Elsa Bernal Hertfelder 78
Eluska Iruarizaga Ovejas 99
Elvira del Barco 105, 148, 182
Emilio Alba 4, 26, 52, 107, 127
Emilio Esteban 9, 62, 64, 66, 79, 90, 91, 95, 144, 149, 158, 161
Emilio Fonseca 34, 71
Emilio Martínez Losada 89
Emma Borrás 71, 171
Emma Dotor Navarro 14, 49, 85, 171
Emma Sola Vendrell 178
Encarna Granados 164
Encarnación Benítez Rodríguez 110, 124
Encarnación González-Flores 56, 93, 94, 174
Encarnación Granados 75
Enric Carcereny Costa 96
Enrique Aranda Aguilar 30, 108
Enrique Domínguez Suarez 186
Enrique Espinosa 138, 160
Enrique Grande 54
Enrique Martínez Molina 46
Enrique Vázquez Sequeiros 46
Erika Borobio Aguilar 35
Erika Mijangos Basterra 96
Ernesto Guevara 76
Esperanza Arriola Arellano 86, 92, 110, 124, 140, 163, 170
Esperanza Blanco Campanario 141, 184, 195
Esperanza Torres 52
Estefanía Arévalo 136
Estefanía García Pérez 49
Ester Casado 74
Ester Castellsagué 3
Ester Sanchez-Tilo 9
Ester Vilajosana 151
Esther Holgado 61
Esther Jovell 14
Esther Martínez Espín 47
Esther Millastre Bocos 138
Esther Noguerón Martínez 143
Esther Samper 9
Esther Uriol Egido 79, 91, 158
Eugeni Saigí Grau 49
Eugenia Ortega Izquierdo 33, 73
Eulalia Pujol i Amado 6
Eva Barragán González 22
Eva Carrasco 4, 127
Eva Cristina Vaquero 9
Eva Esteban Cardeñosa 17, 22
Eva María Ciruelos Gil 130
Eva María Fernández Parra 132
Eva María González Jiménez 156, 190
Eva María Mons Checa 156, 190
Eva Recari Elizalde 36
Eva Tornero 3
Evelina Mocchi 43, 46, 147, 181
Ezequiel González Patiño 69
- ## F
- Fátima Ibáñez Espacio 193
Fátima Navarro 72
Federico García Bragado 36
Federico Longo Muñoz 142
Federico Rojo 127
Federico Vázquez 154
Feliciano Sánchez 150
Feliciano Santos 182
Felipe Cardenal Alemany 102
Fener Villalba 85
Fermín Garrido 162
Fernando Arranz Arijá 58

ÍNDICE DE AUTORES

Fernando Escolar Castellón 80
Fernando Iguaz Pascual 51
Fernando Mingol 59
Ferran Losa 77
Florencia García Casabal 136
Francesc Aguilar 180
Francesc Formiga 139
Francesc Grauss 194
Francesca Llopis Puigmartí 6
Francisca Pérez 47
Francisca Vazquez Rivera 93, 181
Francisco Ayala de la Peña 32
Francisco de Asis Lobo Samper 89
Francisco Gómez 31
Francisco Javier Afonso 66, 99, 103
Francisco Javier Barón Duarte 93, 98
Francisco Javier Camacho Jurado 140
Francisco Javier Fernández Rosado 47
Francisco Javier García 72, 88, 163, 172
Francisco Ledesma 97
Francisco Monzón Muñoz 41
Francisco Ramón García Arroyo 140
Francisco Real 181
Francisco Rivas Ruiz 52
Francisco Ruíz Espejo 37
Francisco Téllez Pérez 190

G

Gabriel Capellá 3
Garbiñe García Gómez 57, 134, 182
Garbiñe Unanue Oyarbide 134, 182
Gema Pulido Córdijo 108
Gemma Llorca 43, 71
Georgia Anguera 67
Gerardo Huidobro 98, 103
Gerardo Umazor 72, 78, 88, 163, 172
Gerhardt Attard 60, 64
German Martín 100
Gloria Arenas 14
Gonzalo Tapia Rico 57, 169
Guillermo López Vivanco 48, 99
Guillermo Quintero 155
Guillermo Ricote 154, 175
Gustavo Catalán 133

H

Helena Vieira Dias 168
Hernán Cortés-Funes 130

Hernando Rodríguez 85
Hugo Olmedillas 13
Humberto Villavicencio 67

I

I.A. Jacobs 30
Iago Losada Aguin 93
Idoia Morilla Ruiz 176
Ignacio Alberca Silva 34
Ignacio Blanco 3
Ignacio Delgado Mingorance 184
Ignacio Durán 64
Ignacio Matos 25, 71, 128, 148
Ignacio Porras Quintela 108
Ignacio Romero Noguera 20
Ignacio Romero Noguera 42
Ihab Abdulkader Nallib 98
Iker López Calderero 141
Iman Chaib 62
Imelda Echenique Gubía 135
Imma Guasch 74
Imma Hernan 71, 171
Inés García 61
Inés González 44
Inés Marrodan Ciordia 99
Inma Lozano Cubo 154
Inmaculada de Juan Jimenez 17, 19, 22
Inmaculada Expósito Álvarez 124
Inmaculada Gallego Jiménez 132
Inmaculada Lozano 59, 154, 175
Iñaki Álvarez Busto 13
Iñigo San Miguel 151
Iñigo Santamaría 19
Iratxe Intxaurbe Echevarria 57
Irene Gil Arnaiz 80
Irene Mercedes González Cebrián 143
Irene Peregrín Abad 81
Irene Rodríguez-Hernández 27
Irene Torres 75
Irene Zarcos Pedrinaci 162, 191, 196
Iris de la Fuente 7, 39
Isaac Nuñez 155
Isabel Alvarez 129
Isabel Aragón Manrique 156, 190
Isabel Blancas López-Barajas 191, 196
Isabel Brao Pérez 102
Isabel Chirivella Gonzalez 17
Isabel Fernández-Rañada 61
Isabel Lorenzo Lorenzo 17, 140
Isabel Manrique Abós 51

ÍNDICE DE AUTORES

- Isabel Ojanguren 142
Isabel Pajares Bernad 75, 138
Isabel Palomo 13
Isabel Perez Basoco 57, 182
Isabel Planas Toledano 104
Isabel Ruiz-Ávila 178
Isabel Sevilla 52
Isabel Tena García 17
Isabel Tirado 106
Isabel Tovar Zapata 37
Isália Miguel 168
Isaura Fernández Pérez 127
Ismael Ghanem Cañete 130
Ismael Herruzo 139
Itziar de Aguirre Egaña 96
Itziar Pagola 13
Itziar Rubio Etxebarria 48, 99
Iván Márquez-Rodas 169, 178
Iván Victoria 65
Ivana Sullivan 67, 97
- J**
- J. Pérez 188
J. Valencia Julve 188
J. Antonio Ortega 176
J. Engellau 30
J. Ramón Delgado 176
J.Y. Blay 30
Jacobo Gómez-Ulla Astray 184, 195
Jacques Planas 155
Jaime Boceta 31
Jaime Feliu 3, 79, 89, 138, 160
Jaime Sanz - Ortiz 97
Jair Santos 59
Janusz Mezynski 64
Jaume Canal Sotelo 33
Javier Afonso Afonso 66, 98
Javier Angel García García 50
Javier Cassinello 61, 77, 133
Javier de Castro Carpeño 96
Javier Die Trill 70
Javier Espinosa Arranz 53
Javier Gallego Plazas 3, 59, 175
Javier García Alegría 52
Javier García García 49, 50, 153
Javier Hernández 77
Javier Martin Brotó 9, 30
Javier Martínez Trufero 24, 105
Javier Salvador Bofill 132
Javier Sanchez 189
- Javier Sánchez Macias 65
Javier Seguí Ibañez 19
Javier Valdivia Bautista 49, 159, 196
Javier Vercher 136
Jerónimo Jiménez Castro 30, 108
Jesus Castillo 74
Jesus Corral 24
Jesús del Valle 3
Jesus Garcia-Foncillas 9, 129
Jesús González-Barboteo 139
Jesús Herranz Valera 27
Jesús Montesinos 77
Jesús Soberino 49, 50, 56, 68, 93, 94, 153, 159, 168, 174, 176, 196
Jesus Solera 147
Jesús Urman Fernandez 41
Joan Albanell 4, 127
Joan Balsells 9
Joan Besalduch 136
Joan Brunet 3
Joan Carles 155
Joan Maurel 3, 9
Joan Palou 67
Joan Vergés Bueno 104
Joaquim Julia Torras 89
Joaquín Casal 103
Joaquín Gimeno Pelegrín 85, 165
Joaquin Mateo 24, 60, 64
Joaquín Montalar 97
Joaquina Martínez-Galán 94
Johann S. de Bono 60, 64
Jordi Alfaro 14, 85, 171, 180
Jordi Trelis 139
Jorge Aparicio 3
Jorge Barriuso Feijoo 78
Jorge Contreras Martínez 141
Jorge Hernando Cubero 56, 66, 75, 138
Jorge Muñoz Luengo 46, 144, 185, 187, 190
Jose A. Ruiz Maciá 175
José Alberto Nadal Martínez 9
Jose Ángel Arranz 10, 169
José Angel García Sáenz 105
Jose Antonio Burón 97
José Antonio Contreras Ibáñez 87, 92, 124, 163
José Antonio López Guerrero 21, 42
Jose Antonio Moreno - Nogueira 106
José Antonio Ortega 56, 174
Jose Antonio Santiago Crespo 75, 89
Jose Antonio Serra 139
José Bines 109
José Carlos Marín 48
Jose Carlos Villa Guzman 53

ÍNDICE DE AUTORES

- José Cruz Trapero 48
José Díaz Tasende 48
José Fuentes Pradera 132
José Getulio Martins Segalla 109
José Gómez Martín 180, 183, 192
Jose Gonzalez-Valero 71
Jose Ignacio Chacón López-Muñiz 137
Jose Juan Illarramendi 129
José Luis Cuadra Urteaga 104, 142, 158
José Luis Fírvida 66, 98, 103
Jose Luis García Puche 162
José Luis González Larriba 95, 96
Jose Luis López 72, 138
Jose Luis López-Sendón 138
José Luis Manzano Mozo 158
Jose Luis Sánchez Sánchez 143
José Luís Soto 45
José M. P. Freije 19
José Manuel Baena Cañada 87, 92, 110, 124, 163
Jose Manuel Lopez Vega 129
José Manuel Rodríguez García 156, 190
José Manuel Trigo Pérez 26
Jose María Arrieta Garmendia 134, 182
Jose María García Bueno 141, 143
José María Piulats 158
José María Puerto Pica 184, 195
Jose María Vieitez de Prado 90, 91, 152, 161
José Miguel García Sagredo 177
José Miguel Jurado 162, 178
José Miguel Martín Martínez 197
Jose Miguel Sánchez Torres 96
José Muñoz 16
Jose Pablo Berros Fontbella 79
José Perea García 48
José Ramón González Porras 34
José Ramon Mel 155
Jose Ramón Rodríguez Mowbray 184
José Rodríguez 79, 84, 91, 136, 144, 149
José Sanz Santos 96
José Vicente Cardona Jiménez 96
Josefa Carrillo Ramos 162, 191, 196
Josep Bargallo 180
Josep Grau 194
Josep Maria Sole 164
Josep Ubach 74
Josep Valls 194
Josune Goicochea 135
Juan Antonio Peña 67
Juan Antonio Virizuela Echaburu 31
Juan Carlos Adansa 27, 100
Juan Carlos Domínguez 52
Juan Carlos Martínez Montero 70
Juan Carlos Muruzabal Torquemada 36
Juan Carlos Samamé Pérez-Vargas 33, 73
Juan Coves Sarto 85
Juan Cueva Bañuelos 69, 156
Juan De la Haba Rodríguez 108
Juan J. Cruz Hernández 25, 27, 34, 71, 128, 148, 150, 182
Juan José Grau 9, 105
Juan Lao 68, 138
Juan Luis García 71
Juan Luis Martí Ciriquian 141
Juan Manuel Campos Cervera 8
Juan Moreno 3
Juan Morote 155
Juan Pablo Fusco 135
Juan Ramon Delgado Perez 68
Juan Rodriguez García 13
Juan Valle Puey 80
Juan Víctor Apala 61
Juana Isabel Cid Mañas 26
Juana Maria Cano Cano 53
Juana Saldaña 139
Juana Vega 187
Julen Fernandez 128, 132
Julia Alcaide 52
Julia Madani Pérez 68
Julia Ruiz Vozmediano 49, 50, 68, 153, 168, 196
Julie Earl 43, 147, 181
Julio César de la Torre 7, 39
Julio Duran 76
Julio Lambea Sorrosal 165
Julio Nogués 151
Julio Ocaña Rojas 49
Julio Padilla 13
- L**
- L. Leon 11
L. Rhoda Molife 24
Laia Capdevila 104, 142, 189
Laia Paré 97
Larraitx Egaña Otaño 179
Laura Díaz Paniagua 137, 157
Laura Gutiérrez 77
Laura Haro Martínez 89
Laura Murillo Jaso 186
Laura Quintana Cortés 184, 190, 193
Laura Sande 167, 175, 177
Laura Torrecillas 109
Laura Vera Ramírez 47

ÍNDICE DE AUTORES

Laura Vidal 11
Laura Villalobos 72
Laura Visa 9
Laureano Fernández-Cruz 9
Leire Otaolea Santacoloma 179
Leo Cuadra 76
Leticia Iglesias Rey 127
Leyre Zubiri 135, 151
Lida Pérez 52
Lidia Brea 13
Lidia Feliubadaló 43
Lidia Martínez Valdivieso 183
Lidia Pérez Villa 26
Lidia Vázquez Tuñas 140
Lina María López Bernal 100
Lola Peña 78
Lola Salas 160
Lorena Alled Comín 188
Lorena Bellido 100
Lorena Cadavid Vieitez 140
Lorena Guillem Gregori 8
Lorenzo Alonso Carrión 52
Lorenzo Gómez Aldaraví 165
Lorenzo Sánchez 61
Lorna Pope 24
Lourdes Calera Urquizu 75, 138
Lourdes Calvo 4, 29, 127
Lourdes Fernández Franco 137, 157
Lourdes Solana Grimaldi 110
Lourdes Soria 135
Lucía Castillo Portollano 168
Lucía del Mar García Rubio 183
Lucía Pérez Cabornero 37
Lucía Santomé Couto 98
Lucrecia Ruiz Echeverría 152, 161
Luis Alberto Aliaga Villaverde 143, 165
Luis Antón Aparicio 66
Luis Chara 61
Luis Cirera 128, 132
Luis Feliz 106, 134, 194
Luis Fernández Morales 85
Luis Gustavo Pérez Rivas 26
Luis Ibarz 62
Luis León Mateos 66
Luis Manso 130, 133
Luis Paz-Ares 95
Luis Roberto Félix Viñas 11
Luis Zugazabeitia Olabarria 141
Luisa Castellote 162
Luisa Ronco 52
Luz Pombo Parada 143, 165
Lydia Gaba 194

M

M. Dominkus 30
M^a Ángeles Rodríguez Jaraiz 185, 193
M^a Arantzazu Amores 25
M^a Carmen Sebastià 65
M^a Dolores Morales Garrido 81
M^a José Gómez Reina 163
M^a José Esquillor Rodrigo 80
M^a José Lecumberri Biurrún 80
Macarena González Guerrero 110
Magda Palka 5, 132
Maite Antonio Rebollo 139
Maite Nogales García 134
Malgorzata Tymrakiewicz 36
Manel Mañós 151
Manuel Chaves - Conde 106
Manuel Cobo 95, 100
Manuel Constenla Figueiras 140
Manuel Devesa 70
Manuel Dómine Gómez 96
Manuel Hernández 167
Manuel Medina Pérez 30
Manuel Ramos Vázquez 66
Manuel Ruiz Borrego 29
Mar Arias Alonso 35, 41
Mar Llorente 72
Mara Ocasar García 8
Marc Campayo 65, 106, 134
Marcelo Jimenez 100
Margarita Amenedo Gancedo 98
Margarita Fernández Morales 107
Margarita Majem 29, 95, 97
Margarita Romeo 142
María Álvarez 68
María Ángeles Martín-Sánchez 93
María Angeles Sala 146, 167, 177
María Ángeles Sala 167
María Ángeles Vaz 54
María Angeles Vaz Salgado 70
María Ángeles Vicente Conesa 32
María Ascensión Pardo 75, 164
María Carmen Soriano Rodríguez 165
María Casals El Busto 22
María Cristina López López 10
María Cruz Martínez Cosgaya 135, 136
María D. Lozano 135
María del Carmen Moreno Carval 110
María del Carmen Soriano Rodríguez 143, 165
María del Mar Muñoz Sánchez 164, 183, 187
María del Mar Muñoz Sánchez 75, 89
María Díe Trill 169

ÍNDICE DE AUTORES

- María Dolores Bedmar Cruz 186
María Dolores López Alarcón 186
María Dolores Mediano Rambla 170
María E. Zudaire 151
María Eugenia Olmedo 29
María Eugenia Olmedo 95
María Filomena Roque 168
María García García 144
María Guadalupe Padilla Castillo 184
María Guadalupe Padilla Castillo 195
María Gutierrez 167, 175, 177
María Helena López de Ceballos 46, 144, 185,187
María Hidalgo Martinez 182
María Isabel Castillejo 37, 45
María Isabel Palomero 169
María Isabel Peligros Gómez 178
María Isabel Ruíz Matín 58
María Isabel Sáez Medina 26
María Jesus Dominguez 40
María Jesús Martínez Alvarez-Nava 136
María Jesús Ortega 13
María Jesus Yurrebaso 167
María Jose Agustin 56
María Jose De Miguel 106
María Jose Gamundi 171
María Jose Garcia Lopez 53
María Jose Godes 72
María José Gómez Reina 87, 92, 140
María José Juan Fita 17
María José López de Paredes 39
María Jose Molina Garrido 75, 89, 177
María José Ortiz-Morales 108
María José Safont 163
María José Sánchez García 196
María José Villanueva 103
María Jové Casulleras 102, 176
María L. Ferrandez 188
María Laura Garcia Bermejo 26
María Lomas Garrido 107
María López García 152
María Luisa García De Paredes 54
María Luisa Garrido 178
María Luisa Gómez Dorronsoro 41
María Luisa Sánchez Lorenzo 84, 90, 91, 144, 149, 158
María Luque 19
María Miranda Serrano 184, 195
María Montealegre 40
María Muñoz Beltran 46
María Nabal Vicuña 73
María Ochoa de Olza Amat 158
María Pilar López Martí 10
María Pilar Sabin Domínguez 10
María Plana Serrahima 102
María Rodríguez De La Borbolla 132
María Rosario Dueñas García 143
María Rosario García Campelo 29
María Sereno 100
María Soledad Acedo Gutierrez 186
María Soledad Luque Molina 169
María Soto Hormigo 165, 186
María Teresa Cano Osuna 108
María Teresa Curiel Garcia 69, 156
María Teresa Delgado Ureña 191, 196
María Teresa Díaz Puente 197
María Teresa Jaraquemada Peláez 184
María Teresa Martínez 44
María Teresa Perez-Hoyos 167
María Teresa Salazar 43
María Teresa Taberner Bonastre 73
María Teresa Vargas de los Monteros 37
María V. Bonilla Hernández 80
María Vieito Villar 69, 156, 181
María Yéssica Plata Fernández 107
María Yéssica Plata Fernández 143
Maríana Rickmann 9
Mariano Monzó 11
Mariano Provencio Pulla 5, 29, 76, 133, 141
Maribel Luengo Alcázar 32
Mariona Llatjós Sanuy 96
Marisa Gómez Dorronsoro 35
Marisa Torres Velasco 78
Marisol Sevilla 187
Marta Amérigo Góngora 170
Marta Carmona Campos 93, 181
Marta G. Alvarado 19
Marta González Cordero 184, 195
Marta Legerén Álvarez 162
Marta Martín 72
Marta Montes Díaz 35, 36, 41
Marta Tarazona Hernández 40
Martín Federico Demarchi 8
Martin Lázaro 103
Martin Oré 154
Martín Velasco 106
Martina Alonso Lago 51
Martina Álvarez 52
Matilde Laiglesia Izquierdo 41
Maurizio D'Incalci 9
Mauro Vallés Cancela 186
Maysa Lemos Simosono 156, 190
Mayte Delgado Ureña 162
Mayte Giralt Ferrer 8
Melchor Álvarez de Mon 72
Merce Capo 76

ÍNDICE DE AUTORES

Merce Riquelme Olivares 89
Mercedes Cavanagh Podesta 10, 33
Mercedes Cucala 16
Mercedes Goicoechea 21, 160
Mercedes Rodríguez Garrote 152, 177
Mercedes Sánchez Barba 34
Mercedes Sanz 178
Mercedes Urruela 146
Meritxell Pujal Herranz 85
Michael Ong 24
Miguel A. Idoate 135
Miguel Alonso 103
Miguel Angel Berciano Guerrero 53
Miguel Ángel Cruz Mora 137
Miguel Ángel Moreno Jiménez 143
Miguel Ángel Nuñez Viejo 141
Miguel Angel Seguí 43
Miguel Burillo Cordero 13
Miguel Canales 138
Miguel Carballo 71, 171
Miguel De Sousa Diaz 71
Miguel Fernandez-Sanmamed 135
Miguel Gil Gil 176
Miguel Martín 3, 29, 33, 57, 108, 109, 169, 178, 197
Miguel Navarro 148
Miguel Pastor 105
Miguel Ruíz López de Tejada 156, 190
Miguel Trigueros 45
Miguel Urioste Azcorra 48
Mikel Arruti Ibarbia 48
Mikel Larzabal Aramberri 179
Milagros Balbín 19
Milagros Recuenco 75, 164
Miquel Morey 136
Miquel Nogue 74
Miquel Taron 62
Mirari Marquez 43
Mireia Llonch 76
Mireia Margelí 4, 29, 104
Mireia Menéndez 3
Mireia Morgades De La Fe 6
Mireia Serra 164
Miren Itxaso Barrenechea 146
Miren Taberna Sanz 176
Miriam Guitart 43
Miriam León Fradejas 26
Miriam López Gómez 89
Miriam López Mata 141, 188
Miriam Méndez García 5, 133
Miriam Zorrilla Larraga 51
Mónica Arroyo 72
Mónica Botia Castillo 96

Mónica Fernández 107
Mónica López Bartolomé 34
Montserrat Muñoz 108
Montaña Corcho Gómez 46
Montse Domenech Santasusana 74
Montse Pàmpol Felip 49
Montse Torra 43
Montserrat Baiget 97
Montserrat Blanco Codeisido 57
Montserrat Bleda Perez 89
Montserrat Metlikovez Castillo 89
Montserrat Muñoz 106, 134
Montserrat Rey Salido 176

N

Nadia Hindi 160
Naiara Martinez 146
Natalia Chavarria Piudo 37
Natalia Ramírez 61
Natividad Martinez Banaclocha 154
Nazaret Cordero Franco 137, 157
Nerea Alonso 167
Neus Baena 43
Nicolás Mohedano 61
Nieves Galan 29
Nieves M.chanzá 78, 163, 172
Nieves Martinez Lago 69, 93, 156, 181
Noelia Garcia Cid 127
Noemí López Martínez 40
Noemí Tuset Der-Abraín 33, 73
Noemí Villanueva Palacio 90
Nuria Cárdenas Quesada 143
Núria Codorniu Zamora 102
Nuria Láinez 64
Nuría Malats 181
Núria Murtra-Garrell 29
Nuria Pardo 62, 104, 142, 158, 189
Nuria Ribelles 107
Nuria Salvador Garrido 69
Núria Viñolas 29

O

Olatz Etxaniz 104, 142, 189
Olga Fernandez Nuñez 6
Olga Ortega 7, 39, 40
Oliver Higuera Gómez 78
Omar Carranza 136
Orland Diez 43

ÍNDICE DE AUTORES

Oscar Juan 100
Oscar Reig Torras 65
Ovidio Fernández 103

P

Pablo Borrega García 144, 185, 187, 191, 193
Pablo Cerezuela 11
Pablo Lapunzina 3
Pablo Maroto 64, 67
Pablo Muñoz Cifuentes 13
Pablo Torné 178
Paloma Cejas 3
Paloma Gómez-Solana 40
Paloma Moya Gómez 157
Paloma Sanchez Gómez 177
Pamela Céliz 62
Pascual Bolufer Gilabert 17, 20, 22, 42
Patricia Calvo 99
Patricia Castaño Martínez 32
Patricia Cruz Castellanos 78
Patricia Ibeas Millán 5
Patricia Martin 151
Patricia Palacios Ozores 69, 156
Patricia Ramírez Daffós 86, 110, 124, 140, 163, 170
Patricia Seoane Couselo 57, 134, 182
Patricio Expósito 59
Paula Jimenez Fonseca 62, 172
Pedro Gascón 11, 16
Pedro L. Fernández 206
Pedro López Leiva 143
Pedro Mendez 62
Pedro Miguel López Clemente 140
Pedro Sánchez Mauriño 30, 108
Pedro Sánchez Rovira 47, 107, 143
Pere Farras 74
Pere Fuste 11
Petra Rosado Varela 86, 92, 110, 124, 140, 163, 170
Piedad Almendros 172
Pilar Blay Albors 19, 35
Pilar de la Morena Barrio 32
Pilar Galán 136
Pilar Garrido 95, 96, 152
Pilar Gutiérrez Pérez 182
Pilar Gutiérrez-Pastor 93
Pilar Lianes 29
Pilar Lopez Criado 11
Pilar Martinez 147
Pilar Paredes 136
Pilar Sabín 169
Pilar Vicente 77

Pilar Zamora 160
Purificacion Martinez Del Prado 167

Q

Quionia Perez Arnillas 62

R

R. Blanco 11
R. Grimer 30
R.M. Henshaw 30
Rafael Gálvez 31
Rafael Lopez Lopez 69, 93, 156, 181
Rafael Molerón 31
Rafael Morales-Barrera 155
Rafael Pamiés Espinosa 156
Rafael Rosell Costa 3, 62
Rafael Selgas Gutiérrez 79
Rafael Varela Ponte 69, 156, 181
Ramon de las Peñas 29
Ramon Galiana 151
Ramón García 100, 140
Ramón Palmero Sánchez 102
Ramón Pérez-Carrión 133
Ramón Verdú 187
Raquel Cervera Calero 53, 81
Raquel De Andres Conejero 186
Raquel Del Campo 136
Raquel Fuentes Mateos 152
Raquel Luque Caro 27, 68, 153, 159, 168, 176, 196
Raquel Macías Montero 184, 195
Raquel Molina Villaverde 72
Raquel Perea 45
Raquel Saez Villaverde 179
Raquel Salazar Sáez 51
Raquel Seijas Tamayo 27
Ray Antonio Manneh Kopp 130
Rebeca Alcalde 23, 54, 142
Rebeca Lozano 25, 71, 128, 148
Rebeca Mondejar Solís 57
Remei Blanco 14, 85, 164, 171
Reyes Bernabé Caro 132
Reyes Ferreiro Monteagudo 142
Ricard Mesía 105, 151
Ricardo Collado Martín 46, 144, 185, 187, 190, 193
Ricardo Escó Barón 188
Ricardo Gozález del Val 169
Ricardo Yaya 3
Roberto Torres 109

ÍNDICE DE AUTORES

Rocío Fonseca Vallejo 162, 196
Rodrigo Jover 37
Rodrigo Lastra del Prado 13
Rogelio González Sarmiento 27
Roma Bastus 128, 132
Rosa Álvarez Álvarez 169
Rosa Ana Marcos 25, 71, 100, 128
Rosa Cordovilla 100
Rosa Guarch Troyas 36, 41
Rosa Herraiz 75, 164
Rosa M. Llorente 133
Rosa María Rodríguez-Alonso 108
Rosa Monfort 72, 78, 88, 163, 172
Rosa Murria Estal 19
Rosa Sanchez 129
Rosa Villatoro Roldán 26
Rosalind Eeles 36
Rosana Cajal 95
Rosana Grández Ladrón De Guevara 80
Rosana Marcos 148, 182
Rosario Alfonso 7, 39, 40
Rosario García Campelo 29, 95
Rubén Alonso Calderón 46, 144, 184, 187, 190, 193
Ruth Caballero Asensio 80
Ruth Vera Garcia 80

S

S.P. Chawla 30
Salvador Martin Algarra 11, 135, 136, 151
Salvador Saura 100
Salvador Villa 189
Sami Lofti Jodra 76
Sánchez Gil Belén 180, 183, 192
Sandra García Nieto 143, 165
Santiago Aguin Losada 156
Santiago González Santiago 46, 144, 185, 187, 191
Santiago Miguelsanz García 73
Santos Enrech Francés 197
Sara Ahlal 158
Sara Alfonso 25, 71, 148, 182
Sara Arévalo Lobera 179
Sara Cros 96, 104, 189
Sara Custodio Cabello 10, 33, 57
Sara Estalella Mendoza 86, 92, 110, 124, 140, 163, 170
Sara Fernandez 40
Sara López-Tarruella 169
Sara Pérez Ramírez 10, 33
Sarai Palanca Suela 17, 19, 22, 42
Seila Fernández 146, 175, 177
Serafin Morales 129

Sergio Carrera Revilla 48, 99
Sergio Vázquez 96, 98, 99, 103, 105
Severina Dominguez Fernandez 57, 182
Shahneen K. Sandhu 60
Sheila Zúñiga-Trejos 37
Silvestre Oltra 37, 160
Silvia Catot 74
Silvia García Adrián 81
Silvia Romero Chala 46
Silvia Sanchez Martin 6
Silvia Varela 99, 103, 155
Silvia Vázquez 105, 151
Sira Moreno Laguna 35, 36, 41
Sonia Alonso Soler 137, 157
Sonia Candamio Folgar 69, 156, 181
Sonia González 29
Sonia Pernas Simón 176
Sonia Polo Jaime 188
Sonia Santillán 37
Sonsoles Álvarez Suarez 57
Stan B. Kaye 24
Susana Oquiñena Legaz 35
Susana Pedrinaci 37

T

Tamara Díaz Redondo 47, 143
Tania Labiano 135
Teresa Blasco 14
Teresa Ibáñez 177
Teresa Jaraquemada Peláez 195
Teresa López Fernández 138
Teresa Olea Tejero 78
Teresa Pérez Hoyos 175, 177
Tomás De Haro 178
Tomás Pascual Martínez 130
Toni Broto Sumalla 85

U

Udai Banerji 24
Urbano Anido 35, 99
Uriel Navarro Velasquez 182

V

V. Soriano 11
Valentí Navarro 102, 151
Valentí Navarro Sánchez 102
Valerie Rodríguez Guzmán 85
Vanesa De Luque 52

ÍNDICE DE AUTORES

Vanesa Quiroga García 96, 104
Vanessa de Luque Ibañez 26
Vanessa Pachón Olmos 54, 142
Vega Iranzo 72, 163
Veronica Calderero Aragon 66
Verónica Conde Herrero 49, 50, 68, 153
Verónica González Orozco 143, 165
Veronica Obadía 128, 132
Veronica Pereira 106, 134
Viana Alonso Antonio 180, 183, 192
Vicenta Almonacid 44, 160
Vicenta Garcés 44, 160
Vicente Alonso Orduña 56
Vicente Blas Alberola Aragón 8, 16
Vicente Carañana Ballerini 8
Vicente Villarreal Rivas 156, 190
Vicky Fernández-Pedrosa 37
Victor Abraira 70
Victor Manuel Barberá 45
Virginia Arrazubi 146, 167, 175, 177
Virginia Galeazzi Martínez 34
Virginia Palomar 72, 78, 88, 163, 172

W

Walter Antonio Li Torres 84, 90, 91, 144, 149, 158
Wilver Federico Carbonel Luyo 140

X

Xavier González-Farré 106, 134
Xavier Maldonado 155
Xavier Molero 9

Y

Y. Qian 30
Yoana Franco Rodriguez 144, 187, 190
Yolanda Fernández 19
Yolanda García 77
Yolanda Jerez 169
Yolanda Laplaza Jiménez 36
Yolanda Lorenzo Mahía 127
Yolanda Ribas 180
Yolanda Rodríguez Gil 48
Yolanda Romero Pizarro 5
Yolanda Vidal Insua 156, 181

Z

Zaida García Casado 17, 20, 42

02^o SIMPOSIO NACIONAL S E O M

MADRID 2012
HOTEL NH-EUROBUILDING
24, 25 y 26 OCTUBRE

Con la colaboración de:

Lilly

Respuestas que importan.

SEOM

Sociedad Española
de Oncología Médica

www.seom.org



Departamento de Congresos SEOM

C/ Velázquez, 7 - 3ª - 28001 Madrid
Tel.: 91 577 52 81 · Fax: 91 139 35 56

E-mail: congresos@seom.org

www.seom2012.org