



# Revista Argentina **de Cancerología**

Órgano de la Sociedad Argentina de Cancerología, Asociación Civil

## 2016

### **EDITORIAL**

Mario F. Bruno

---

### **Prevención internacional del cáncer infantil y del cáncer del adulto**

Mario f. Bruno

---

### **La agonía de Marcelo D**

Esther Cros

---

### **Judíos Askenazis y el "Efecto fundador"**

Ricardo Kirchuk

---



**¿Que sucedería  
si pudieras utilizar  
las propias Células T  
del cuerpo  
para combatir  
el Cáncer de Pulmón?**

**OPDIVO**  
*nivolumab*

**AHORA APROBADO**

EN LA **ARGENTINA**

**La Inmuno-Oncología  
lo hace posible.**



**Bristol-Myers Squibb**



**Inmuno-Oncología**

OPDIVO® es una Especialidad Medicinal registrada por Bristol-Myers Squibb Argentina S.R.L.  
Certificado ANMAT N° 57870. Disposición: 1935/16. Fecha de aprobación: 29 de Febrero de 2016.  
En caso de requerir la versión completa aprobada solicitarla al 0800-666-1179.  
Av. Libertador 77/101, piso 6°, (B1638BDA) - Vicente López,  
Provincia de Buenos Aires, República Argentina. [www.b-ms.com.ar](http://www.b-ms.com.ar).  
Tel.: 0800 666 1179. Correo electrónico: [infomedicalatam@bms.com](mailto:infomedicalatam@bms.com). [www.b-ms.com.ar](http://www.b-ms.com.ar)

1506AR16PR04385-01



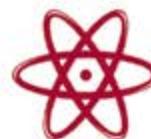
Desarrollamos y manufacturamos medicamentos con los más altos estándares de calidad del mercado y al alcance de toda la comunidad.

AR-IMAPEMABIO10306



# SBRT

Radioterapia Estereotáxica Extracraneal



**VIDT CENTRO MEDICO**

Excelencia en Terapia Radiante

Contamos con la mejor tecnología del mundo que combina desarrollo e investigación en aceleradores de partículas subatómicas con softwares y robótica de última generación, brindando ventajas diferenciales para radioterapia guiada por imágenes.

- Dosis muy altas de radiación.
- Sesiones de tratamiento más cortas.
- Técnica menos invasiva.
- Ideal para aquellas lesiones cuyo campo a irradiar posee un diámetro de hasta 50 mm.
- Posibilidad de tratar nuevos tumores (pulmonares, espinales, hepáticos y renales no resecables) y enfermedades oligometastásicas.



# Revista Argentina de Cancerología

Órgano de la Sociedad Argentina de Cancerología, Asociación Civil

Volumen XLIV - N.º 1 - 2016

- Editada desde 1962
- 1993: Mención otorgada por la Biblioteca de la Facultad de Medicina de la U.B.A.
- Sociedad Argentina de Cancerología | Miembro de la Federación de Sociedades de Cancerología del Mercosur
- 1º Filial de la SAC USHUAIA

## Comisión Directiva 2016-2017

### Presidente

Dr. Marcelo Blanco Villalba

### Vicepresidente

Dr. Mario Félix Bruno

### Secretario General

Dr. Guillermo Streich

### Secretario de Actas

Dr. Daniel Rampa

### Tesorero

Dr. Jorge Ramón Puyol

### Director de Publicaciones

Dr. Marina Bramajo

### Vocales Titulares

1ª Dra. Mónica Liliana López

2ª Dra. Clelia Vico

3ª Dra. Luisa Rafailovici

4ª Dr. Isaac Fleischer

### Órgano de Fiscalización

Dra. Rosa Woscoboinik de Levin

Dra. Liliana González

### Capítulo de Psicooncología y Cuidados Paliativos

Lic. Luisina Onganía

### Capítulo de Neurooncología

Dra. Alejandra Rabadán

### Capítulo de Oncopediatría

Dra. Guadalupe Rey

### Capítulo de Prevención

Dra. Rosa Woscoboinik de Levin

Dr. Daniel Rampa

### Capítulo del Interior

Dra. Mónica Repetto

### Capítulo de Gestión Institucional

Dr. Juan Pablo Re

### Capítulo de Estomatología

Dra. Nelly Frascino

### Past-Presidents

Dr. Norberto Brocato

(1996-1997)

Dr. Antonio Guardo

(1998-1999)

Dra. Silvia L. Jovtis †

(2000-2001)

Dra. Stella Maris Espora

(2002-2003)

Dra. Clelia Vico

(2004-2005)

Dra. Silvia Jovtis †

(2006-2007)

Dra. Clelia Vico

(2008-2009)

Dr. Marcelo Blanco Villalba

(2010-2011)

Dra. Mónica Liliana López

(2012-2013)

Dr. Marcelo Blanco Villalba

(2014-2015)



## Sociedad Argentina de Cancerología

Asociación Civil

### Comisión Directiva 2016 – 2017

**Presidente:** Dr. Marcelo Blanco Villalba

**Vicepresidente:** Dr. Mario Félix Bruno

**Secretario General:** Dr. Guillermo Streich

**Secretario de Actas:** Dr. Daniel Rampa

**Tesorero:** Dr. Jorge Ramón Puyol

**Director de Publicaciones:** Dra. Marina Bramajo

### Vocales Titulares:

1ª Dra. Mónica Liliana López

2ª Dra. Clelia Vico

3ª Dra. Luisa Rafailovici

4ª Dr. Isaac Fleischer

**Órgano de Fiscalización:** Dra. Rosa Woscoboinik de Levin / Dra. Liliana González

### Capítulos:

**Oncopediatría:** Dra. Guadalupe Rey

**Neurooncología:** Dra. Alejandra Rabadán

**Psicooncología y Cuidados Paliativos:** Lic. Luisiana Onganía

**Prevención:** Dra. Rosa Woscoboinik de Levin / Dr. Daniel Rampa

**Del Interior:** Dra. Mónica Repetto

**Gestión Institucional:** Dr. Juan Pablo Re

**Estomatología:** Dra. Nelly Frascino

Dr. Guillermo Streich  
Secretario General 2014 - 2017

Dr. Marcelo Blanco Villalba  
Presidente 2014 - 2017



ASOCIACIÓN MEDICA ARGENTINA



# Herceptin® SC

Menos tiempo de aplicación, más tiempo para disfrutar



- **Mismo producto**
- **Nueva formulación**
- **Menos tiempo de aplicación**

■ Si ocurre un embarazo mientras una paciente se encuentra recibiendo Herceptin® o dentro de los 7 meses luego de la última dosis de Herceptin®, por favor reporte el embarazo inmediatamente a la línea de farmacovigilancia de Roche 0800-77 ROCHE (76243) o por mail a [argentina.safety@roche.com](mailto:argentina.safety@roche.com).  
■ Se solicitará información adicional durante un embarazo expuesto a Herceptin® y durante el primer año de vida del bebé. Esto le permitirá a Roche comprender mejor la seguridad de Herceptin® y brindar información apropiada a autoridades regulatorias, profesionales de la salud, y pacientes.  
■ **Advertencias para mujeres embarazadas y potencialmente embarazadas** • Debe evitarse la terapia con Herceptin® durante el embarazo salvo que el beneficio potencial para la madre sea mayor que el riesgo potencial para el feto. Hay información limitada referida al uso de Herceptin® en mujeres embarazadas, y no se ha establecido que el uso de Herceptin® durante el embarazo y la lactancia sea seguro. • No hay datos disponibles de fertilidad. • En la etapa de post-comercialización, se han reportado casos de alteración en el crecimiento o la funcionalidad renal fetal asociados con oligohidramnios, algunos asociados con hipoplasia pulmonar fatal del feto, en mujeres embarazadas recibiendo Herceptin®. • Se debe verificar si la paciente se encuentra embarazada antes de iniciar el tratamiento con Herceptin®. Las mujeres en edad fértil deben utilizar un método anticonceptivo eficaz durante el tratamiento con Herceptin® y durante los 7 meses posteriores a la última dosis de Herceptin®. • Se debe monitorear estrechamente a las pacientes que quedan embarazadas durante la terapia con Herceptin®, o dentro de los 7 meses luego de la última dosis de Herceptin®, para detectar oligohidramnios. • Se desconoce si Herceptin® se excreta en la leche humana. Como la IgG1 humana se excreta en la leche humana, y se desconoce el potencial daño para el bebé, las mujeres no deben amamantar durante la terapia con Herceptin® y hasta 7 meses luego de la última dosis.



# ÍNDICE

<b>EDITORIAL</b>	<b>9</b>
Mario F. Bruno	
<b>Prevención internacional del cáncer infantil y del cáncer del adulto</b>	<b>11</b>
Mario F. Bruno	
<b>La agonía de Marcelo D.</b>	<b>13</b>
Esther Cros	
<b>Judíos askenazis y el “Efecto fundador”</b>	<b>19</b>
Ricardo Kirchuk	

---

La Revista Argentina de Cancerología es una publicación de la Sociedad Argentina de Cancerología, Asociación Civil.

Producción editorial, comercial y gráfica



Content Medicine © 2016

tel./fax (5411) 3220-3380

e-mail: [info@contentmedicine.com](mailto:info@contentmedicine.com)

<http://contentmedicine.com/>

Diagramación y diseño editorial: Andrés Bermejo Fernández

Esta publicación no puede ser reproducida o transmitida, total o parcialmente, sin el permiso del editor y de los autores.

El contenido de los conceptos vertidos en los trabajos publicados en la presente edición es de exclusiva responsabilidad de los autores.

Hecho el depósito legal en la República Argentina. Registro Nacional de la Propiedad Intelectual 08856. ISSN 0325 -142X

[www.socargancer.org.ar](http://www.socargancer.org.ar)



## EDITORIAL

Organizado por eCANCER, SAC y FESCAS, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, los días 11 y 12 de marzo del corriente año, tuvo lugar el Primer Simposio Internacional sobre Cáncer de Próstata.

La temática fue ampliamente desarrollada desde todos los ángulos posibles: la realidad epidemiológica de esta afección en América Latina; los mecanismos biológicos moleculares y la farmacogenética; la posibilidad diagnóstica a través de la biopsia líquida; las nuevas clasificaciones de Gleason que permiten mayor precisión en tratamientos acordes con la realidad particular de cada paciente; los últimos aspectos quirúrgicos, incluida la precisión de la cirugía robótica; las recientes técnicas de irradiación externa, con la posibilidad de mejores resultados si se incluyen los ganglios pelvianos en casos locorreionales seleccionados; los modernos estudios para identificar metástasis, con la utilización de la PET/Colina, que mejoró la estadificación en sensibilidad y especificidad respecto a la TC y al centellograma; la adquisición de componentes hormonales con mayor eficacia en la remisión de la enfermedad; el uso beneficioso de los nuevos blancos terapéuticos; y el manejo de las metástasis óseas con la utilización de radiofármacos, como el Radium 223.

La reunión contó con la presencia de destacados expertos nacionales, regionales e internacionales en la problemática del cáncer de próstata. Asistieron más de doscientos profesionales de diferentes áreas (urólogos, patólogos, oncólogos clínicos, biólogos, especialistas en imágenes, radioterapeutas, médicos generalistas, entre otros), que propusieron un manejo multidisciplinario de la patología prostática desde su inicio.

**Mario F. Bruno**  
Vicepresidente SAC



# Prevención internacional del cáncer infantil y del cáncer del adulto

Mario F. Bruno

El 4 de febrero es el Día Mundial contra el Cáncer, establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC) y la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC) para fomentar medidas destinadas a reducir la carga mundial de esta enfermedad. A su vez, el 15 de febrero, se conmemora el Día Internacional de la Lucha contra el Cáncer Infantil, que fue fijado en 2001 en Luxemburgo con la clara intención de sensibilizar y concientizar a la comunidad sobre la importancia de esta problemática y sobre la necesidad de que todos los niños, en cualquier lugar del mundo, tengan acceso a un diagnóstico y tratamiento preciso y a tiempo.

Respecto al 4 de febrero del presente año, el secretario general de la OMS, Ban Ki-moon, expresó: "Debemos esforzarnos más para acabar con las múltiples tragedias que desata el cáncer. Alrededor de una tercera parte de todos los cánceres es prevenible, y otros tipos pueden curarse con un diagnóstico y tratamiento tempranos. Incluso, cuando el cáncer está en una etapa avanzada, los pacientes deben recibir cuidados paliativos".

Muchas variedades de cáncer se pueden prevenir evitando la exposición a factores de riesgo comunes, como por ejemplo, el humo del tabaco, la exposición inadecuada a los rayos solares, la obesidad o la transmisión del virus VPH. Además, un porcentaje importante de cánceres pueden curarse mediante

cirugía, radioterapia o quimioterapia, en especial, si se detectan en una fase inicial de la enfermedad. La prevención y la detección temprana son fundamentales para reducir la incidencia de esta enfermedad.

Alrededor del 60% de las personas afectadas por el cáncer habitan en África, Asia, América Central y América del Sur. Estas regiones registran el 70% de las muertes a nivel mundial, principalmente, por la falta de detección temprana de la enfermedad y por la poca posibilidad de acceso a los tratamientos.

El lema para este año es "Nosotros podemos. Yo puedo", y así invitamos a reflexionar y pensar en lo que queremos hacer para comprometernos y para actuar. Sea lo que sea lo que cada uno decida, «Nosotros podemos. Yo puedo» marca la diferencia en la lucha contra el cáncer.

Respecto al 15 de febrero, Día Internacional del Cáncer Infantil, la fecha tiene el propósito de llamar la atención de la sociedad sobre el cáncer infantil, ya que, en el imaginario popular, el cáncer solo es una enfermedad de adultos. Para combatir el cáncer infantil, es necesario unir esfuerzos para lograr que todos los niños y niñas que presentan esta enfermedad accedan al diagnóstico temprano, al tratamiento adecuado y a las mejores condiciones de cuidado. De acuerdo con cifras ofrecidas por la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC), el cáncer en

los niños es una enfermedad que, al revés que en los adultos, es curable en un 85% de los casos. Sin embargo, más allá de este esperanzador pronóstico, la alta tasa de mortalidad infantil, principalmente, en los países subdesarrollados, que conforman los dos tercios menos pudientes del mundo, es consecuencia de la falta de información al respecto y del diagnóstico tardío de las afecciones. En nuestro país, se diagnostican alrededor de 1270 chicos con esta enfermedad por año; muchos de ellos llegan con diagnósticos avanzados por desconocimiento de los padres. La tasa de incidencia es de 124 por millón. Los tumores más frecuentes en menores de 15 años en la Argentina son las leucemias agudas (30%-40%), los tumores cerebrales (20%) y los linfomas (13%). El aumento en la sobrevida (65%, en la Argentina) de los niños con cáncer se debe al diagnóstico temprano, al tratamiento adecuado y al cuidado integral del paciente en servicios especializados. Sin embargo, muchos aún llegan al diagnóstico con tumores avanzados, cuando las posibilidades de curarlos ya son más difíciles. Además, según cada tumor, necesitan distintos niveles de complejidad diagnóstica y terapéutica, a la que no se accede con facilidad en todas las regiones del país. En el cáncer pediátrico, no existen factores de riesgo que definan su aparición, como sucede en los adultos. Los padres deben concurrir a una consulta especializada si el niño presenta síntomas como fiebre alta injustificada que no cede con tratamiento convencional, decaimiento, pérdida inexplicable de peso y aparición de puntos rojos en la piel. Otros síntomas frecuentes son cansancio prolongado o decaimiento profundo, hallazgo de bultos o prominencias en cualquier parte del cuerpo, fatiga, sangrado por la nariz, pérdida inexplicable del apetito y dolor óseo localizado.

## La agonía de Marcelo D.

Esther Cros\*

\*Del libro, *Permiso para morir, Cuando el fin no encuentra su final*, AAVV, Daniel Flichtentrei y Ricardo Mastandueno, Prólogo de Francisco e Ignacio Maglio, Palabras preliminares de Dinah Magnante, Idea: Ángel Scapin, Daniel Flichtentrei, Ricardo Mastandueno, Selección y edición: Juan Nadalini, Intramed, Marketing&Research S.A., 2013

---

La ciudad amaneció con pintadas frente a la clínica, en la avenida Olascoaga y otras calles del centro. No se sabe quiénes fueron porque lo hicieron de noche, sin que los vieran. Escribieron las paredes de los edificios, los garajes, los portones, una y otra vez, con dos o tres frases y sus sórdidas variantes. La repetición, como efecto, las multiplica, aunque en rigor no son tantas.

Dicen: A MARCELO LO MATA LA MEDICINA, LO MATA EL ESTADO. dicen: MUERTE INDIGNA. Y como lema de obsesión, con más frecuencia dicen: MARCELO VIVE.

Al principio, suena familiar, esa es la trampa, porque imita la fórmula de siempre para invocar líderes muertos. evita vive, perón vive, el che vive, por ejemplo. Pero estas pintadas desafinan enseguida. Hay algo raro, algo que choca y está mal, porque el Marcelo que nombran no tendría que ser una figura pública y no está muerto.

No está muerto pero vive en *estado vegetativo permanente* desde hace diecinueve años. No siente, no sabe que tiene un cuerpo porque se quedó sin consciencia; es decir que tampoco sabe que no sabe. Hace diecinueve años que llegó a la entrada de la muerte, y ahí está, sin poder irse. Entre su cuerpo y su destino se interponen voluntades ajenas a su voluntad. Son las mismas que mandan a escribir MARCELO VIVE porque quieren que viva a toda costa. Pensándolo bien, la frase se les vuelve en contra. MARCELO VIVE podría ser la mejor forma de describir la situación de Marcelo, porque vive solamente, nada más.

No puede querer a alguien ni dejar de querer; o comer lo que le gustaba: ni siquiera puede comer. Un cordón umbilical de goma lleva los alimentos químicos a su intestino, por tracción de una bomba mecánica. Recibe hidratación artificial. Tiene cuarenta y nueve años. Lo levantan y lo acuestan. Duerme y abre los ojos en un canal vacío. Lo lavan y lo afeitan. Le cambian los pañales y la sonda vesical. Tiene más cicatrices que todos los pacientes de una sala de post quirúrgicos juntos. Le pusieron férulas y le inyectaron Botox en los dedos para estirárselos, y sin embargo sus manos y pies están agarrotados. Pronóstico y diagnóstico se empatan, para mal, en su caso. El estado vegetativo permanente también es irreversible. Los informes de los peritos son concluyentes. A la falta de expectativa, se suma el deterioro. Envejece en automático. No hay mínima esperanza, palpito de cambio ni beneficio de la duda. Los reportes dicen "está desahuciado", "lo asiste el derecho a una muerte digna", "tiene derecho a morir".

Cazaba. Nadaba. Hacía cursos de supervivencia. Escaló el Lanín. Andaba en kayak. Esquiaba. “Era canchero”, dicen. Era el primogénito. Se había recibido de contador público en Buenos Aires. De vuelta en su provincia, había abierto su propia concesionaria de autos. “Tenía treinta años. Estaba en la plenitud de la vida, pero tuvo la mala suerte de tener un accidente”, dice Adriana, una de sus dos hermanas. “Chocó con la moto, en una ruta provincial.”

Adriana recibió la llamada en la chacra familiar, donde lo esperaba con Andrea, su otra hermana. Un rato antes, se había encontrado con Marcelo en una heladería. Habían quedado en reunirse en la chacra. Pasaron las horas y sonó el teléfono. Era el padre, que le avisó del accidente que había tenido “uno de los nuestros”. Lo dijo así para atenuarle el golpe a su mujer, que estaba a su lado. Adriana pensó enseguida en Marcelo. Le dijo a Andrea y salieron a buscarlo. Eso fue en octubre de 1994.

“Fui a la ruta, lo encontré tirado. Ya había un mundo de gente. Mi familia era muy conocida. Mis padres llegaron en auto. Sacaban un pañuelo blanco por la ventana, como se hace en los accidentes. Marcelo estaba consciente. Hacía fuerza para levantarse. Me dijeron ‘no llorés porque te escucha’. Me subí con él a la ambulancia y fuimos al hospital. Lo único que recuerdo es que se lo llevaron a hacerle estudios de todo tipo. Tenía traumatismo de cráneo, fractura de cadera y fractura de su brazo izquierdo, la mano quebrada, golpes en todo el cuerpo, con la incertidumbre de lo que podía pasar con su vida. Le pusieron un tutor en la cadera. Le drenaron los hematomas de la cabeza, donde le dejaron un medidor de presión.”

Estaba en coma medicamentoso. Los padres y las dos hermanas cambiaron sus rutinas, cancelaron un casamiento, suspendieron y rearmaron, con esa velocidad que tiene la tragedia para destejer todo. Cuando le retiraron las drogas, Marcelo se despertó.

“Le decían ‘levantá la mano izquierda, mové la pierna’, y levantaba la mano y movía la pierna. Estaba entubado, no podía hablar, pero cuando le preguntaron a quién quería ver, hizo señas. Me llamó”, cuenta Adriana. “Nos preguntó con los dedos qué había pasado, no se acordaba. Le llevábamos revistas y hacía guiños para que diéramos vuelta la hoja. Evolucionaba bien, aunque siempre tenía fiebre. Iban a trasladarlo a una habitación común. Mi madre me llamó una madrugada. Eran las 2 de la mañana, me dijo que Marcelo se había puesto mal. Le dije ‘pero cómo, cómo puede ser’. Corrimos a verlo. Una infección intrahospitalaria le había tomado el cerebro. Entró en coma. Nunca se despertó.”

Lo llevaron a Buenos Aires en un avión sanitario. Fueron a la Favalaro, el ALPI, la Bazterrica, en una gira continuada de un año. Les decían que había que esperar y esperaban, moderando progresivamente la esperanza. Un día un médico les habló a las hermanas de estado vegetativo.

“Me pregunto cuándo empezó todo esto”, escribe Andrea, la hermana más chica de Marcelo. El comienzo de la tragedia de su hermano puede remontarse al día del accidente, o a lo mejor todo empezó “¿esa mañana aplastante de 1995 en que el equipo médico del instituto de rehabilitación nos llamó para decirnos que Marcelo era un ‘vegetal’?”.

Lo cierto es que, dice Adriana, “Marcelo sobrevivió porque hubo una familia que estuvo detrás, que tuvo el dinero y pagó lo que hubo que pagar, lo que fuera”. Ahora hay otros métodos de exploración y diagnóstico. Entonces las cosas eran distintas. “Nunca nos dijeron ‘no se va a recuperar nunca’, eso lo descubrí yo en el 2009”, dice Adriana. Las pistas para armar el cuadro estaban ahí, servidas, de todas formas. Durante esos primeros años, Adriana decía, con frecuencia, “no toquen más a mi hermano”. Ella y Marcelo eran tan unidos que a veces los tomaban por mellizos. Ahora también estaba todo el tiempo a su lado. Veía el cuerpo de su hermano sometido a una lógica cuyo sentido estaba por verse. Al estado vegetativo se sumaban epilepsia post traumática, esofagitis por reflujo con hemorragias y sangrado,

neumonías, y ahí se dejaba de enumerar pero la lista seguía. ¿Había un desfase entre los procedimientos y las expectativas de recuperación?

Construyeron una casa especial en la chacra, una clínica familiar diseñada para el trabajo del milagro a voluntad. Apostaban a las chances de una ilusión que nadie descartaba. “Nos decían que teníamos que esperar”, cuenta Adriana. “La vida de la familia pasó a ser la de un hospital”. El baño era una mezcla de laboratorio y gimnasio. Subían la camilla, con una placa metálica, hasta una reja situada bajo el duchador. Encargaron una cama ortopédica. Había enfermeros las veinticuatro horas, una fonoaudióloga, una kinesióloga dedicada, inútilmente, a que Marcelo aprendiera a tragar. “Esa hubiera sido la gran cosa.”

Los padres se aislaron con el hijo en ese mundo aparte, a quince kilómetros de la ciudad. El aire incontaminado de la chacra era benéfico. El padre dejó el trabajo. Los buitres de ocasión cayeron sobre el negocio relegado. Sufrieron la traición y el impacto del fraude, pero siguieron adelante. Como Marcelo no reaccionaba, y poco podía hacerse por él, se abocaron a mejorar el mundo que lo rodeaba. Ampliaron las ventanas de su cuarto para que viera los nogales plantados por los abuelos, si es que tenían la suerte de que un día despertara. La madre se ocupaba personalmente del panorama improbable del futuro y cuidaba las flores del jardín. Lo llevaban a la mesa de Navidad y celebraban con él, como si supiera. Le contaban las historias del día. Le mostraban fotos y revistas de autos. Los padres vivían para él.

“Llevaban registro de todo, medicamentos, temperatura, horarios”, cuentan las hermanas. “Consultaron a Alemania y a Cuba para ver si lo recibían, pero todo fue en vano”, dice Adriana. Una psicóloga les explicó a Adriana y Andrea que su madre se quería morir. Les dijo que su madre “no podía soportar la idea de que Marcelo falleciera antes que ella”.

“Todos esos años respeté la decisión de mis padres como dadores de vida de mi hermano”, dice Adriana. La madre se murió de cáncer en el 2003. Tuvieron que internar a Marcelo en una institución. El padre iba todos los días, de 8 de la mañana a 8 de la noche. Se sentaba al lado de la cama, alisaba la sábana, limpiaba los labios del hijo con el pañuelo, hasta que en esa vigilia, el padre también se enfermó y después murió, a los 84 años, en el 2008. Las cenizas de los padres están enterradas en la chacra, donde la casa sigue en pie, intacta, vacía.

Cuando las hermanas preguntaban por Marcelo, recibían el parte. El legajo clínico ocupó los lugares vacantes de su biografía, ocupó todo. Ahora Marcelo es también el paciente X688. Se describen las noticias de un físico sin carácter, novedades de un cuerpo en desgaste. Las hermanas atienden la memoria, en el pasado encuentran al hermano que se fue el día que entró en coma. “Un día le pregunté a Andrea: ‘¿cómo era Marcelo?’”, cuenta Adriana. “Nos perdieron la historia.”

Al paciente X688 le corresponden, inevitablemente, los lazos de una nueva formalidad. Las hermanas son sus curadoras. Los padres nombraron curadora a Adriana poco después del accidente. Al tiempo, Andrea también asumió la representación de los intereses de su hermano. Sus padres depositaron en ellas toda su confianza para que velaran por él. Los padres han muerto, y ellas son las únicas que recuerdan a Marcelo, las únicas que saben cómo era, quién es.

“En el año 2007 escribimos en su historia clínica nuestra negativa a la colocación de respirador y a maniobras de resucitación si Marcelo ingresaba en una unidad de terapia intensiva”, cuenta Andrea. “Un año más tarde retiramos la kinesióloga. Y en el año 2009 pedimos, directamente, que no le suministraran antibióticos en caso de infección. Nunca logramos que se respetaran estos pedidos”, dice. Se encontraron con una sorda negativa, cartas documento y amenazas. “Fue, justamente, para poner límites a las acciones desproporcionadas de algunos profesionales de la salud que se llegó a una indeseada judicialización”, cuenta Andrea.

Cuando en el año 2009 confirmaron que la situación de Marcelo es irreversible, tomaron la decisión: “Ya no podíamos mirar a un costado, sabíamos cuál era el pronóstico. Empezamos el camino de ir a los comités de Bioética. Todos llegaron a la misma conclusión: hay que dejarlo partir, lo que se hace ahora es simplemente mantener un cuerpo con vida”, cuenta Adriana.

“Queremos el retiro del soporte vital”, escribe Andrea. “Marcelo no hubiera querido esto”.

El último dictamen del largo proceso fue pronunciado por el Tribunal Superior de Justicia provincial: la decisión del retiro del soporte vital es un asunto privado, familiar, que queda en manos de Adriana y Andrea. Pero la cruzada en pro de la vida a toda costa, la exaltación de la vida biológica por encima de la dignidad de la vida, no aceptó el dictamen. El asunto está ahora pendiente del fallo de la Corte Suprema de Justicia. La historia de Marcelo se convirtió en un caso ejemplar, y en la ciudad de su infancia, donde está internado, pasan cosas.

Un obispo sentenció que “desgraciadamente la familia de Marcelo ya no es su familia de sangre”, y pidió que se lo entreguen para cuidarlo, como si ese fuera el tema. “Marcelo tiene una serie de actos que más bien parecen dirigidos, no simplemente reflejos condicionados”, opinó, con gestos de doctor. De pronto el cuerpo de Marcelo es un texto oscuro donde hay signos, que “parecen” esto y lo otro y cada uno puede desentrañar. En el relevo de palabras, se cambia todo, impunemente: médicos por augures, familiares por enfermeros, y reflejos condicionados por impresiones personales. Marcelo es ahora, además, un símbolo (“un ícono de la sociedad”, dice una feligresa). “No vaya a ser que esto nos lleve a cosas peores”, amenazó el obispo. Las calles amanecieron con pintadas. Habilitadas por el ejemplo, otras personas no se privaron de opinar.

Una señora cuenta que la dejaron entrar a ver a Marcelo. Le hizo caricias, lo rascó, no tiene escaras: “no hay ningún problema”, concluye, e invita a un juez a que “venga y vea”. Una cuidadora comenta que es grandote, que lo bañan, y se ufana porque “está impecable”, como si la limpieza fuera en sí misma una garantía de bienestar y dignidad. Dice que lo incorporan con cariño “cuando se le cae la cabeza” y que lo ve “moviendo los labios como si nos acompañara en el rezo” cuando rezan. En una carta online, una mujer relata que una tarde estaba en la clínica y consiguió permiso para verlo. Si hubiera llegado unos minutos antes, lo hubiera visto “formando parte de un festejo”. También hubo un “abrazo por la vida”. El abrazo se desbandó, y un grupo de personas entró y abrió la puerta de la habitación. En un sitio *online* lamentan no contar con una foto actual de Marcelo porque sus hermanas lo prohíben. Da pena que las hermanas tengan que aclarar que “a Marcelo no le hubiera gustado que nadie lo viera en su estado actual”.

Dice Andrea: “No queremos que sigan metiendo en ese cuerpo agujas, instrumentos, frustraciones y proyecciones o convicciones personales y que pueden aplicar para sus propias vidas, pero no en lo que queda de la suya”.

Y dice algo todavía más importante: “Aunque lo nombren mil veces, no están hablando de Marcelo”.

Una tarde, hace mucho tiempo, la madre iba en el auto con los chicos por la avenida Olascoaga. Estacionó y bajó a hacer un trámite. “El auto era una *break*”, recuerda Adriana. Después trata de sacar cuentas y dice: “Tendríamos nueve o diez años”. La madre bajó y ellos se quedaron en el auto, hojeando una revista *Selecciones*. Leyeron la nota que contaba el caso “de Karen Quinlan, una chica en USA, que entra en estado vegetativo por consumo de alcohol y drogas. Nos dio miedo, nos re asustamos, no podíamos creer lo que leíamos en nuestro corto entendimiento de chicos”. Marcelo la miró y le dijo: “Si alguna vez me pasa algo así, a mí me dejás morir”.

“La agonía de Karen Ann Quinlan” es el título de la nota que recuerda Adriana. Está en el Tomo XVI, Número 91 de la revista *Selecciones*, que es la versión española de la *Reader's Digest*. Ese número no está digitalizado,

pero un librero de segunda mano tenía un ejemplar, en Azul, al sur de la provincia de Buenos Aires. Podía comprarse por Mercado Libre y en pocos días llegó por correo.

La revista huele a humedad. Cuando salió, costaba 900 pesos. Era la revista más traducida del mundo, con versiones en alemán, chino, danés, finlandés, italiano, japonés, noruego, portugués, sueco, hasta braille. Las publicidades hacen un poco de gracia, como pasará con las de hoy el día de mañana. Hay una sección que se llama “Citas citables”, pero quién leería eso. Hay una nota sobre ejercicios de relax y otra sobre el desempleo. Sólo los chistes de relleno en las esquinas y entre notas de opinión y reportajes parecen de otro tiempo, por lo raros e ingenuos.

Hay muchos avisos de enciclopedias accesibles y métodos para aprender idiomas sin esfuerzo.

La nota que leyeron los hermanos ese día tiene su propia portada dentro de la revista. La cara de Karen Ann Quinlan —el pelo largo oscuro, los ojos claros—, copiada de su foto de graduación por un dibujante, ocupa casi toda la página. El ilustrador también dibujó, más chicos, a un juez en el estrado y a los padres de Karen Ann, rodeados de micrófonos, debajo del juez. Del otro lado de la página dice, a modo de resumen, que Karen Ann Quinlan “entró en profundo coma”, que sus “sus padres resolvieron desconectar los aparatos que le conservaban artificialmente la vida”, que el caso quedó ventilado en público “a menudo con distorsiones y sensacionalismos”.

“Al entrar en prensa la presente edición, Karen Ann Quinlan todavía vive sin la ayuda del respirador mecánico en el Asilo de Morris View”, aclaran al final, cuando la nota termina.

Para desdecir los falsos rumores de que su hija era una especie de bella durmiente, los padres escribían la verdad en un libro, compendiado en la nota. Su hija ya no tenía el pelo largo, como todos creían, y su cara se había hinchado, en vez de estilizarse, como comentaban. Antes de aceptar la realidad, se habían ilusionado por lógicas razones sumadas a la falta de información. Le hablaban, le repetían los nombres de personas conocidas y lugares donde acampaban y esquiaban, aunque ahora se daban cuenta de que habían conformado “un coro macabro” a su alrededor. Gritaron excitados cuando abrió los ojos por primera vez para darse cuenta, enseguida, de que sólo miraba el vacío. Los fisioterapeutas le enderezaban las manos y las piernas, que al rato volvían a encogerse hacia una rígida posición fetal. Su hija movía la cabeza, hacía muecas horribles. Los padres sufrían por ella y por sus otros dos hijos. Karen no hubiera querido vivir así. Estaban seguros, la conocían, una vez había dicho que la dejaran en paz si le pasaba algo parecido. Cuando quisieron retirarle el soporte vital, los padres se encontraron dando explicaciones, como si fueran sospechosos de un crimen. También se convirtieron en guardianes. Frenaron a gente que quería meterse en el cuarto de su hija, con o sin disfraces de curas o enfermeros. Interceptaban paparazzi y no entregaron fotos porque Karen “no hubiera querido que nadie la viera en su estado actual”. Tuvieron que llevar su historia a la corte. De a ratos parecía un juicio contra ellos. Aunque los defensores de la vida física a ultranza quisieran empatar a Karen con una criatura de cuerpo crecido, la verdad era otra. Un neurólogo había declarado en el juicio que Karen no era una nena dormida. Si lo forzaban a compararla con alguien, su estado se asemejaba, más bien, al de una criatura anencefálica.

La historia de Karen Ann Quinlan y su familia estaba en boca de todo el mundo. Ahí estaban Marcelo y Adriana, leyéndola en la *Selecciones*, en una ciudad del sur de la Argentina. “Más de 30 millones de ejemplares vendidos mensualmente en 32 países y 13 idiomas”, dice, al pie de la tapa y la contratapa. La madre de Karen Ann Quinlan habló en sus memorias —publicadas años después— del dolor que implicó ver a su hija convertida, por la fuerza, en una figura pública. Su foto de graduación, escribió, estaba en todos lados. Hoy, la foto de Marcelo, sentado en un bote, campera azul, torso de frente, cara de perfil, se reproduce en sites y diarios por generación espontánea.

La *Selecciones* que contiene la nota que leyeron Adriana y Marcelo fue publicada en español, en México, en agosto de 1978, cuando Marcelo tenía quince años. No tenía nueve o diez años, como calcula Adriana cuando saca cuentas, entornando los ojos. Marcelo era su hermano mayor y quizá ella empareja sus edades en el recuerdo como si realmente fueran mellizos. A lo mejor cree que eran más chicos de lo que eran porque el miedo siempre nos empequeñece. Pero Marcelo tenía quince años ese día y estaba en condiciones de entender esa historia, que puede asustar a cualquiera.

“Se lo debo”, dice Adriana, al recordar. Marcelo tenía la revista en la mano, la miró y le dijo: “Si me pasa algo así, a mí me dejás morir”.

“Nunca me voy a olvidar de ese día. Se lo debo”, insiste Adriana. “Nosotras dos lo sabemos”, dice Andrea: “Marcelo no hubiera querido esto. Y lo dejaremos ir. Es la decisión más profundamente ética y amorosa que hemos tomado en nuestras vidas”.

Y el tiempo hará su trabajo indiferente con las pintadas, por supuesto.

## Judíos askenazis y el “Efecto fundador”

Ricardo Kirchuk\*

Se denomina “judíos askenazis” a los descendientes de judíos de origen europeo quienes, luego de la destrucción romana de Jerusalén en el año 70 d. C., se asentaron en comunidades, en Europa Oriental y Central.

Los judíos askenazis provienen de un número pequeño de fundadores y, durante parte de su historia, han experimentado reducciones de población significativas. Hacia el siglo XVI, la gran mayoría se encontraba viviendo en la Zona de Residencia, que correspondía al territorio dentro de la Rusia zarista, donde el establecimiento de los judíos fue legalmente autorizado. Los límites de la Zona de Residencia se fueron extendiendo en los sucesivos quinientos años, incorporando vastas áreas pertenecientes a países de Europa del Este y Europa Central.

En ese mismo siglo, los judíos askenazis habían sufrido las consecuencias de plagas, guerras y persecuciones antisemitas, que produjeron sucesivas contracciones del tamaño poblacional. Sin embargo, en los quinientos años subsiguientes, la población creció sostenidamente y se estima que en la actualidad hay diez millones de judíos askenazis en el mundo.

A fines del siglo XIX y principios del siglo XX, los incesantes decretos antijudíos y las oleadas de pogromos resultaron en constantes movimientos emigratorios desde las Zonas de Residencia hacia

Europa Occidental, Estados Unidos y, en menor medida, Sudamérica. Luego, la Primera Guerra Mundial, la desintegración del Imperio Ruso, la Revolución y la guerra civil en Rusia terminaron destruyendo los cimientos del mundo judío, el que finalmente fue aniquilado con el Holocausto.

Con la perspectiva del paso del tiempo, las evaluaciones acerca de la Zona de Residencia han variado y se ha vuelto necesario considerar no solo los aspectos negativos, sino también aquellos positivos que han permitido enmarcar las bases de un judaísmo independiente a través de un área de asentamiento, donde muchas generaciones de judíos askenazis desarrollaron su propia cultura, y como la fuente del establecimiento y desarrollo de grandes concentraciones de judíos a lo largo de América, Israel y muchas otras regiones del mundo.

### **El “Efecto fundador”: cáncer de mama y ovario de origen hereditario**

En todos los grupos étnicos, demográficos o raciales, existen ciertas enfermedades hereditarias que se manifiestan con mayor frecuencia que en la población general. Tal es el caso de la población judeo-askenazi, que resulta única en términos de su historia demográfica y arquitectura genética (presencia de un número limitado de fundadores, expansión y contracción del tamaño de la población, y larga historia de casamientos dentro de la comunidad).

Estas condiciones históricas y demográficas de comunidades muy pequeñas y aisladas reproductivamente respecto de otras comunidades tienen consecuencias hasta el presente y hacen que los antecedentes genéticos sean más homogéneos comparados con los de la población general. Por este motivo, varias enfermedades hereditarias consideradas “raras” por su baja frecuencia en la población general ocurren con una particular alta incidencia entre la población judeo-askenazi. Se estima que 1 de cada 5 judíos de origen askenazi es portador de una mutación en algún gen para una de las enfermedades conocidas como “enfermedades genéticas judeo-askenazi”.

Dentro de este grupo de enfermedades, se encuentran el cáncer de mama y el de ovario de origen hereditario, asociados a dos genes defectuosos llamados BRCA1 y BRCA2. Estos genes BRCA (por su sigla en inglés BReast CAncer [Cáncer de mama]) poseen la importante función de mantener controlado el crecimiento de las células a un ritmo normal y no demasiado rápido. Es decir, actúan como genes que impiden el crecimiento de tumores en la mama y en el ovario, produciendo proteínas que regulan el crecimiento normal de las células. Una mutación o error en los genes BRCA1 y BRCA2 provoca un aumento importante en las probabilidades de padecer cáncer de mama, ovario o ambos.

El Efecto fundador ocurre, entonces, cuando una población posee un número limitado de ancestros y/o cuando uno o más eventos resultan en una reducción sustancial de la población. Un grupo de personas cuyos ancestros incluyen alguna de estas características suele ser comparativamente uniforme en su perfil genético. En estas poblaciones, una vasta proporción de individuos exhibirán características genéticas similares y distintivas. Debido al Efecto fundador, en el perfil genético de la población judeo-askenazi, resulta fácil identificar la ubicación de variantes genéticas. Por ejemplo, las mutaciones genéticas en los genes BRCA1 y BRCA2 para cáncer de mama y de ovario hereditarios de inicio temprano fueron identificadas a través de estudios realizados en mujeres judías askenazis.

El doctor Neil Risch, genetista de la Universidad de Stanford, explica que en la actualidad la mayoría de

los judíos askenazis descienden de un grupo de quizá unos pocos miles de personas que vivieron quinientos años atrás en Europa del Este y Europa Central (Rusia, Polonia, Lituania, Bielorrusia, Hungría, Ucrania y Alemania). Los genetistas se refieren a este pequeño grupo de ancestros como “Fundadores”. Dado que, hasta hace no muchos años, los factores culturales, religiosos y geopolíticos ayudaron a que los judíos askenazis se unan o se casen entre ellos, millones de personas pueden buscar el origen de sus ancestros directamente en estos fundadores. Por lo tanto, incluso si algunos pocos fundadores hubieran tenido una mutación en sus genes BRCA1 o BRCA2, el gen defectuoso se habría amplificado en la población y, de esta forma, se habrían concentrado estos perfiles mutacionales.

## REFERENCIAS

\* Con el apoyo de DAIA (Delegación de Asociaciones Israelitas Argentinas), BIOMAKERS, una institución argentina pionera en Latinoamérica en el ámbito de la investigación en Genética y Biología Molecular, se encuentra desarrollando el primer estudio masivo de BRCA1 y BRCA2 que involucra a la población judeo-askenazi argentina. El investigador a cargo es el prestigioso Dr. Ricardo Kirchuk (oncólogo clínico, exdirector del Hospital Oncológico Ángel Roffo y Miembro del Consejo Ejecutivo del Instituto Nacional del Cáncer). El objetivo de este trabajo es identificar qué perfil de mutaciones en BRCA1 y BRCA2 poseen en los miembros de la comunidad judeo-askenazi en la Argentina y así poder brindarles una herramienta importante de prevención para ellos y para las generaciones futuras.

# AlcanZar

Programa de apoyo al paciente



Es un servicio de asesoramiento e información a pacientes para la tramitación del producto de AstraZeneca objeto del tratamiento indicado.

Comunicándose con el programa podremos brindarle al paciente:

**INFORMACIÓN** sobre los requisitos para presentar en su obra social

**SOPORTE TELEFÓNICO** a lo largo de cada una de las etapas administrativas y hasta la aprobación del tratamiento



## 0800-888-2929

LUNES A VIERNES DE 9 A 13hs. Y 14 A 18hs.

AstraZeneca   
El poder de la ciencia



# Prestaciones en Oncología

Provisión, fraccionamiento y dilución  
de medicamentos citostáticos

- Optimización de los costos de tratamiento por fraccionamiento de dosis.
- Validación farmacéutica de la prescripción médica.
- Control exhaustivo de todos los procesos con supervisión farmacéutica permanente.
- Seguimiento de la trazabilidad del medicamento desde su recepción hasta su fraccionamiento y posterior dispensación.
- Sistema de gestión de calidad que avala la trazabilidad, seguridad y eficacia del tratamiento destinado al paciente.



Tel.: (54 11) 5218-8072  
[info@saludysoluciones.com](mailto:info@saludysoluciones.com)



**Se sugiere el control por equipo de Soporte Nutricional para detectar riesgos nutricionales en su paciente oncológico.**



Tel.: (54 11) 4809- 3323  
[usn@saludysoluciones.com](mailto:usn@saludysoluciones.com)

[www.saludysoluciones.com](http://www.saludysoluciones.com)

# CITRAK®

Pazopanib



Un mejor futuro para sus pacientes.



- En carcinoma de células renales avanzado.<sup>(1)</sup>
- En el tratamiento de determinados subtipos de Sarcoma de Tejidos Blandos (STB) avanzado.<sup>(1)</sup>



➤➤➤➤➤ Presentaciones:  
200 y 400 mg x 30 comprimidos





**Stivarga**<sup>®</sup>  
(regorafenib) comprimidos 40 mg

Ahora aprobado por  
**ANMAT**  
para el tratamiento de Tumores  
del Estroma Gastrointestinal  
o GIST

**STIVARGA**<sup>®</sup> está indicado para el tratamiento de pacientes con tumor del estroma gastrointestinal (GIST) localmente avanzado, irresecable o metastásico que han sido tratados previamente con imatinib y sunitinib. También está indicado para el tratamiento de pacientes con cáncer colorrectal (CCR) metastásico que fueron tratados previamente con quimioterapia a base de fluoropirimidinas, oxaliplatino e irinotecan, y un agente anti-VEGF, y si presentan el gen KRAS de tipo silvestre, terapia con un agente anti-EGFR.

**STIVARGA**<sup>®</sup> 40 mg. **Composición:** cada comprimido recubierto bien: Regorafenib 40 mg. **Acción terapéutica:** grupo farmacoterapéutico: agentes antineoplásicos, inhibidor de proteínas cinasas. **Indicaciones:** STIVARGA<sup>®</sup> está indicado para el tratamiento de pacientes con cáncer colorrectal metastásico (CCR) que fueron tratados previamente con quimioterapia a base de fluoropirimidinas, oxaliplatino e irinotecan, y anti-VEGF, y si presentan el gen KRAS de tipo silvestre, terapia con anti-EGFR. STIVARGA<sup>®</sup> está indicado para el tratamiento de pacientes con tumor del estroma gastrointestinal (GIST) localmente avanzado no resecable o metastásico, que han sido tratados previamente con imatinib y sunitinib. **Acción farmacológica:** el Regorafenib es un agente oral de desactivación tumoral que bloquea de manera potente múltiples proteínas cinasas, incluidas las cinasas que intervienen en la angiogénesis tumoral (VEGFR 1, -2, -3, TIE2), en la oncogénesis (KIT, RET, RAF-1, BRAF y BRAFV600E) y en el microambiente tumoral (receptor del factor de crecimiento derivado de plaquetas [PDGFR], receptor del factor de crecimiento de los fibroblastos [FGFR]). **Farmacología y forma de administración:** la dosis recomendada es de 160 mg de Regorafenib (4 comprimidos de STIVARGA<sup>®</sup>) cada uno con 40 mg de Regorafenib, tomado por vía oral una vez por día durante 3 semanas de terapia seguidas de 1 semana sin terapia para completar un ciclo de 4 semanas. El tratamiento debe continuar mientras se observe un beneficio o hasta que ocurra una toxicidad insoportable. Modificación de la dosis: es posible que se requieran interrupciones y/o reducciones de la dosis en función de la seguridad y la tolerabilidad individuales. Las modificaciones de la dosis se aplicarán en pasos de 40 mg (comprimidos). La dosis diaria más baja recomendada es de 80 mg. La dosis diaria máxima es de 160mg. **Contraindicaciones:** hipersensibilidad conocida al principio activo Regorafenib o a cualquiera de los excipientes. No se conocen otras contraindicaciones hasta el momento. **Reacciones adversas:** se observaron reacciones adversas muy frecuentes: infección, trombocitopenia, anemia, disminución del apetito, caídas, hemorragia, hipertensión, diarrea, estomatitis, vómitos, náuseas, hiperbilirrubinemia, reacción cutánea de manos y pies, erupción, alopecia, fatiga, dolor, fiebre, inflamación de las mucosas, pérdida de peso. **Frecuentes:** leucopenia, hipotriodismo, hipocalcemia, hiposistemia, hipocalcemia, hiponatremia, hiponatremia, hiperuricemia, hiperuricemia, temblores, trastornos del gusto, boca seca, reflujo gastroesofágico, gastroenteritis, aumento de las transaminasas, piel seca, erupción exfoliativa, rigidez muscular esquelética, prurito, aumento de la amilasa, aumento de la lipasa, índice internacional normalizado anormal. **Poco frecuentes:** reacciones de hipersensibilidad, infarto de miocardio, ictericia de miocardio, crisis hipertensas, perforación gastrointestinal, fatiga gastrointestinal, lesión hepática grave, trastorno de las uñas, eritema multiforme. **Raras:** carcinoma cutáneo de células escamosas, síndrome de leucoencefalopatía posterior reversible, síndrome de Stevens-Johnson, necrosis epidérmica tóxica. **Reacciones adversas hematológicas:** disminución de la hemoglobina, disminución del recuento de plaquetas, disminución del recuento de neutrófilos, disminución del recuento de linfocitos, disminución del calcio, disminución del potasio, disminución del fósforo, bilirrubina elevada, aumento de ALT y AST, proteinuria, aumento del índice internacional normalizado, aumento de la lipasa, aumento de la amilasa. **Advertencias y precauciones:** Tenga especial cuidado con Stivarga si tiene algún problema hepático, si tuvo o tiene problemas de sangrado y si está tomando warfarina o algún otro medicamento que haga que la sangre sea más espesa para prevenir coágulos de sangre; si tiene dolor torácico o problemas cardíacos, si tiene presión arterial alta, si tiene problemas graves de estómago o intestinos; si experimenta problemas en la piel, si ha tenido recientemente o tendrá un procedimiento quirúrgico. **Sobredosificación:** no existe un antídoto específico para la sobredosis de STIVARGA<sup>®</sup>. En caso de que se sospeche una sobredosis, debe interrumpirse inmediatamente el STIVARGA<sup>®</sup>. Un profesional médico debe implementar el mejor cuidado de apoyo, y el paciente debe quedar en observación hasta su estabilidad clínica. Ante la eventualidad de una sobredosificación, concurrir al hospital más cercano o comunicarse con los centros de toxicología. En Argentina: Hospital de Pediatría Ricardo Gutiérrez, Tel.: (011) 4962-9689/2247; Hospital A. Posadas, Tel.: (011) 4854-6648/4558-7777; Centro de Asistencia Toxicológica La Plata - Tel.: (0221) 481-5500. **Presentación:** Stivarga<sup>®</sup>: caja con 1 frasco con 28 comprimidos recubiertos y caja con 3 frascos con 28 comprimidos recubiertos cada uno. **ESTE MEDICAMENTO DEBE SER USADO EXCLUSIVAMENTE BAJO PRESCRIPCIÓN Y VIGILANCIA MÉDICA Y NO PUEDE REPETIRSE SIN NUEVA RECETA MÉDICA.** Conserve a temperatura ambiente no mayor a 25 °C. Mantener este y todos los medicamentos fuera del alcance de los niños. Importado y distribuido por: BAYER S.A. Ricardo Gutiérrez 3652 (BOLSONERO) Munro, Provincia de Buenos Aires, Argentina. Especialidad médica autorizada por el Ministerio de Salud. Certificado No.5275. Fecha de última revisión: 5.2015 (cda v5.0). Venta bajo receta archivada.