



Revista Argentina
de Cancerología

Órgano de la Sociedad Argentina de Cancerología, Asociación Civil

ISSN: 0325 - 142X

Volúmen XLIX - N° 1 - 2022

XX CONGRESO INTERNACIONAL DE CANCEROLOGÍA SAC

II CONGRESO SAC LACORT CÁNCER EN LA MUJER



Sociedad Argentina
de Cancerología
Asociación Civil

2022

17º Encuentro de la Fed. de Sociedades de Cancerología de América del Sur
11º Día de la Concientización de los Tumores Cerebrales en Argentina
10ª Jornada de Psico-Oncología y Cuidados Paliativos
9º Simposio del Capítulo de Neuro-oncología
6º Simposio del Capítulo de Gestión Institucional
4º SNOLA-DAY en Argentina
4º Simposio de Enfermería Oncológica
4ª Jornada del Capítulo de Oncogeriatría
3º Simposio del Capítulo de Estomatología Oncológica
2º Simposio del Capítulo de Oncología Ginecológica y mamaria

18, 19 Y 20 DE AGOSTO DE 2022

MODALIDAD: PRESENCIAL & VIRTUAL



Revista Argentina de Cancerología

Órgano de la Sociedad Argentina de Cancerología, Asociación Civil

Volúmen XLIX - N° 1 - 2022

- 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
- 1° Filial de la Sociedad Argentina de Cancerología USHUAIA

Comisión Directiva 2022-2023

Presidente: Dr. Jorge Ramón Puyol

Vicepresidente: Dr. Mario Félix Bruno

Secretario General: Dr. Marcelo Blanco Villalba

Secretario de Actas: Dr. Juan Pablo Re

Tesorero: Dr. Darío Niewiadomski

Directora de Publicaciones: Dra. Marina Bramajo

Vocales Titulares:

1ª Dra. Clelia Vico

2ª Dra. Luisa Rafailovici

3ª Dr. Isaac Fleischer

4ª Lic. Adriana Rinflerch

Órgano de Fiscalización: Dr. Daniel Rampa / Dra. Liliana González / Dra. Rosa Garrido / Dr. Guillermo Streich

Coordinadora de Capítulos: Dra. Marina Bramajo

Capítulos:

Capítulo de Psicooncología y Cuidados Paliativos: Dra. Marina Bramajo / Dr. Jorge Dureaume / Lic. Luisina Onganía / Dra. Carolina Soruco

Capítulo de Neurooncología: Dr. Máximo Barros

Capítulo de Prevención: Dra. Clelia Vico / Dr. Darío Niewiadomski

Capítulo del Interior: Dr. Guillermo Streich / Dra. Mónica Repetto / Dr. Néstor Fernández Céspedes / Dr. Jorge Ramón Puyol

Capítulo de Gestión Institucional: Dr. Juan Pablo Re / Dr. Darío Niewiadomski / Dr. Marcelo Blanco Villalba

Capítulo de Estomatología: Dra. Nelly Frascino / Dra. Romina Petrelli

Capítulo de Enfermería Oncológica: Lic. Constanza Celano / Lic. Myriam Parrupatto / Enf. Sebastián Salinas

Capítulo de Oncogeriatría: Dr. Daniel Rampa / Dra. María Soledad Aguirre / Dra. Liliana González / Dr. Gustavo González Palacios

Capítulo de Ginecología Oncológica: Dra. Clelia Vico / Dra. Rosa María Garrido

Capítulo de Genética y Biología Molecular: Lic. Adriana Rinflerch / Dr. Rodrigo Sánchez

Capítulo de Investigación Clínica: Dr. Guillermo Streich / Dr. Juan Pablo Re

Capítulo de Oncopediatría: Dr. Marcelo Urbietta

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)

Dr. Marcelo Blanco Villalba (2016-2017)

Dr. Mario Félix Bruno (2018-2019)

Dr. Jorge Ramón Puyol (2020-2021)

Dr. Marcelo Blanco Villalba
Secretario General 2022 - 2023

Dr. Jorge Ramón Puyol
Presidente 2022 - 2023



Sociedad Argentina
de Cancerología
Asociación Civil

CONTÁCTENOS EN WWW.SOCARGCANCER.ORG.AR

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

Diagramación y diseño editorial:
CabraOn - Comunicación Visual
www.cabraon.com

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.socargcancer.org.ar

Palabras de bienvenida al Congreso

Dr. Jorge Ramón Puyol / Presidente de la Sociedad Argentina da Cancerología. 06

Conferencistas Magistrales

Dr. James Allison y Dra. Ana Lluch 09

Invitados Extranjeros

Dr. Agüero Pino M., Dr. Camus M., Dr. Castellano D., Dra. Gauna Colás C., MD PhD Maldaun M., Dr. Martínez-Said H., Dra. Sforza Tucci S., Dr. Šitić Vargas P., Lic. Soruco Catanzaro C., MD PhD Eduardo Werneck de Carvalho L. 10

Historia de la Sociedad Argentina de Cancerología

Dr. Mario Bruno. 11

Programa

XX Congreso Internacional de Cancerología SAC y II Congreso SAC-LACORT Cáncer en la Mujer / 18, 19 y 20 de Agosto de 2020. 12

Resúmenes

#01 Estudio del desarrollo de distintas poblaciones de candida spp en la cavidad bucal depacientes con cáncer de mama sometidas a tratamiento antiestrogénico / Balsamo M. F., Jewtuchotwicz V., Hansen A., Brusca M. I. 21

#02 Sensibilidad y resistencia frente a estrategias terapéuticas combinadas en cáncer de mama HER2+ / Castro A., Fernández J., Vanderhoeven F., Mondaca J., Redondo A., Sanchez A., Flaminio M. 22

#03 Tratamientos combinados en el cáncer de próstata: señalización Notch y receptores de andrógenos / Chimento A., Perrone S., Bonadeo N., Romano M.L., Osorio A., Tessone Lisina, Villalba K., Parenti F., Cristina C. 23

#04 Expresión e implicación de los receptores de EGF (ERBBs) en el carcinoma renal de células claras / Cortés M. A., Marín H.M., Rott L., Hermoso A., Meza S., Díaz J. J., Avalos G. E., Avalos C. A., Giusiano G. E., Merino L. A. 24

#05 Tadenocarcinoma de cuello uterino estadio I: todas las pacientes necesitan el mismo tratamiento? / Devoto G., Alessandria S., Ortiz J., Cardinal L., Bermúdez A. 25

#06 Estudio prospectivo observacional del incremento de tumores neuroendocrinos en áreas rurales y semi rurales de la provincia de Entre Ríos / Dr. Duarte O. D., Block J., Rosenbrock C., Cura E., Dr. Arenillas F., Schnitman F. 26

#07 Ependimoma supratentorial y glioblastoma variante de células pequeñas sincrónicos: reporte de caso / Flores Toranzos M., Robledo Salas I., Ortega Chahla E., Mazzon A., Zaloff D., Gomez Escalante J. 27

#08 Análisis in silico de la heterogeneidad y origen de células tumorales de neuroblastoma / Garde F., Mosna M., Petriz L., Stinson M., Di Bella D., Carcagno A. 28

#09 Determinación del pronóstico y la sobrevida de los pacientes con síndrome de compresión medular en una institución universitaria argentina / Mesple B., Martínez J. J., Jové F., Toranzos C., Ortega-Chahla E., Mazzon A., ZaloffDakoff J. 29

#10 Combinación de agonista/antagonista de GnRH con inhibidores de proteínas quinasas contrarrestan el crecimiento y metástasis en cáncer de mama / Mondaca J., Fernández Muñoz J., Castro A., Vanderhoeven F., Flamini M. I., Sanchez A. M.	30
#11 Incidencia del cáncer de cérvix asociado a factores de riesgos en pacientes del dpto. de oncología del hospital Dr. José Ramón Vidal de la ciudad de Corrientes en el año 2022 / Paniagua L. P., Fernández E., Gonzales Y., Arévalos J., Franco E., Arguello C., Ojeda A.	31
#12 Importancia de la confirmación bioquímica de las variantes informadas en estudios de secuenciación en presencia de pseudogenes / Parada Fennen L., Jalil F. S., Liria N. C., Gutierrez L. G., Solano A. R.	32
#13 Análisis epidemiológico de los pacientes oncológicos internados en el hospital María Curie / Sganazetta M., Bogado Pino P., Constanzo F., Ferreyra M., Gandolfi D., Palazzo A., Mercado A., Rosales C.	33
#14 Covid y cáncer. Experiencia en una institución pública del conurbano bonaerense / Tomadoni A., Adelchanow E., Yanibelli M., Merayo Guzmán A., Ojeda M.	34
#15 El tratamiento combinado de ácido retinoico con un inhibidor de la quinasa de adhesión focal previene el crecimiento y metástasis de células de cáncer de mama / Vanderhoeven F., Castro C., Mondaca J., Redondo A., Fernández J. M., Sánchez A.M., Flamini M. I.	35
#16 Búsqueda de microarns tumorales como biomarcadores de agresividad en tumores hipofisarios / Werner E., Perrone S., Rabadan A., Campero A., González Abatti S., Recalde R., Cervio A., Ajler P., Seclen D., Picard N., Mural M., Berner S., Cristina C.	36
#17 Impacto de la pandemia de covid-19 en el acceso al tratamiento de mujeres con cáncer cervicouterino en el sistema público de la provincia de Jujuy: estudio de cohorte retrospectiva-análisis antes/después / Arrossi S., Binder F., Ituarte C., Martiarena N., Campanera A., Bárcena M., Paolino M.	37
#18 Nuestra experiencia en investigación clínica oncológica en el Centro Médico Austral / Schahovskoy N. *, Pastor L., Aquino F., Mazzoni J., Streich G., Villalba Blanco M.	38
#19 Experiencia en el mundo real de re irradiación focal prostática con radioterapia estereotáctica extracraneal (SBRT) / Quiceno S., Gronovich D., Girola M. J., Rojas C. K., Zapata M., Chiozza J. O., Barros J. M.	39
#20 Radiocirugía estereotáctica cerebral, una opción segura de tratamiento de las metástasis cerebrales. Cinco años de experiencia institucional / Barros J. M., Quiceno S., Girola M. J., Rojas C., Zapata, Chiozza J. O., Gronovich D.	40
Artículos Originales	
Recomendaciones para el manejo clínico de pacientes con tumores ginecológicos durante la pandemia de SARS-CoV-2 / Evangelina Bonavía, Diana Martínez, Graciela Horton, Yanina Rodríguez, Silvia Milone, Rosa M. Garrido.	42
Declaración de Helsinki. Recorrido cronológico desde su formulación hasta las enmiendas de 2013 / Dr. Sebastián Faiad	53

Palabras de bienvenida al Congreso



Dr. Jorge Ramón Puyol
Presidente de la Sociedad Argentina de Cancerología.

Es muy grato para mí, hoy 18 de agosto del 2022, representando a la cada día mas prestigiosa y respetada Sociedad Argentina de Cancerología, dar por inaugurado el XX Congreso de la Sociedad, el II Congreso de cáncer en la mujer y el XVII Encuentro de la Federación de sociedades de Canceróloga de América del Sur.

Gracias a la excelente labor de la totalidad de la comisión directiva los días 18, 19 y 20 de agosto será para nosotros muy intensos, por el amplio y ambicioso programa que hemos desarrollado con más de actualidad en el diagnóstico y tratamiento de las patologías oncológicas que más importan para nuestra comunidad, con la presencia de muy distinguidos científicos y expertos en la especialidad argentinos y de nuestros países hermanos de Chile, Brasil, Bolivia, Paraguay, Uruguay y Perú, que nos ofrecerán sus mayores conocimientos, y estoy seguro que con su compañía disfrutaremos gratos momentos, aunque tengamos gran actividad.

El inicio del congreso, el jueves 18 de agosto, es el II Congreso de cáncer en la mujer con módulos de los más importantes temas de nuestra práctica clínica: cáncer de mama, ginecológico, gastrointestinal y melanoma, tendremos la disertación magistral de la dra. Ana Lluch, continua con la reunión de FESCAS a las 18 horas, con un tema de primordial importancia en Sudamérica, en la que disertarán los presidentes de cada una de las sociedades que lo integran, acerca de la problemática post covid-19 y las implicancias en el manejo de nuestras patologías.

Durante el desarrollo del congreso, el día viernes 19, está invitado a la conferencia magistral el Premio Nobel de Medicina 2018 dr. James ALLISON, del MD Anderson, hablara sobre Inmunoterapia que ha revolucionado para bien el arsenal terapéutico en la oncología actual.

Cercano a las 19 horas, se entregarán los premios a los 2 mejores trabajos inéditos presentados, preferentemente a médicos jóvenes de la especialidad o jefes de residentes, para que culminen su formación con una pasantía de 2 a 3 semanas en:

1-Primer premio, Dr. Roberto Estévez en el MD ANDERSON-MADRID, con el Dr. Enrique Grande.

2-Segundo premio, Dra. Silvia Jovtis en INCAN (Instituto del cáncer) MEXICO, con el Dr. Martinez-Said.

El poder otorgar estos premios es una enorme satisfacción para la CD, enaltece nuestro trabajo y jerarquiza el conocimiento científico de nuestros jóvenes en centros de excelencia mundial-

La organización del congreso, el poder realizarlo en formato híbrido (presencial y virtual) con plataformas digitales de primer nivel, se deben a un convenio de nuestra Sociedad con Lacort Medical, con base en Londres, dirigida por Samantha Salas Talavera, ha convertido a nuestra sociedad en pionera en tecnología en Sudamérica.

El grupo que integra la CD 2022-2023 es muy homogéneo, muy compacto, trabaja con solidez y un fuerte compromiso emocional, donde hemos logrado verdaderos amigos, tan difícil en los tiempos que corren...

- Vicepresidente: Dr. Mario Félix Bruno
- Secretario General: Dr. Marcelo Blanco Villalba
- Secretario de actas: Dr. Juan Pablo Re
- Tesorero: Dr. Darío Newiadosky
- Director de Publicaciones Dra. Marina Bramajo
- Vocales Dra. Clelia Vico
- Dra. Luisa Rafailovici
- Dr. Isaac Fleischer
- Lic. Adriana Rinflerch.
- Órgano de fiscalización: Dr. Daniel Rampa
- Dra. Liliana González
- Dra. Rosa Garrido
- Dr. Guillermo Streich

Capítulos de Neuro-oncología, Psicooncología, Prevención, Gestión Institucional, Estomatología, Enfermería, Oncogeriatría, Ginecología, Genética y Biología Molecular

Un puesto clave y de gran accionar, silencioso y efectivo, es el de la secretaría, hoy desempeñado muy bien por la sra. Liliana Fernandez.

Agradezco en nombre de la CD a todos los que APORTARON a la organización de nuestro próximo congreso, desde los más diferentes ángulos (programa, auspicios/sponsoreo de laboratorios, aportes científicos, apoyo institucional, hotelería, arte culinario y musical, etc.)

Espero y deseo llevar adelante una presidencia con la vocación de "formación y de brindar servicio" hacia la comunidad médico-científica, a nuestro grupo societario, a nuestra entidad madre: AMA, porque confió plenamente en la "calidad de este grupo humano"

Muchas gracias.



Dr. Jorge Ramón Puyol
Presidente de la Sociedad Argentina de Cancerología.

AUTORIDADES DEL CONGRESO

Presidente

Dr. Jorge Puyol

Vicepresidente

Dr. Mario Bruno

Secretario General

Dr. Marcelo Blanco Villalba

Tesorero

Dr. Darío Niewiadomski

Publicaciones

Dra. Marina Bramajo

Trabajos CientíficosDr. Isaac Fleischer
y Dra. Rosa Garrido**Comité Científico**

Dr. Jorge Ramón Puyol

Dr. Mario Félix Bruno

Dr. Marcelo Blanco Villalba

Dra. Marina Bramajo

Dra. Clelia Vico

Dr. Juan Pablo Re

Dr. Isaac Fleischer

Dra. Luisa Rafailovici

Dr. Darío Niewiadomski

Dra. Liliana González

Dra. Rosa Garrido

Lic. Adriana Rinflerch

Comité Ejecutivo

Dr. Jorge Ramón Puyol

Dr. Mario Félix Bruno

Dr. Marcelo Blanco Villalba

Dr. Juan Pablo Re

Dr. Darío Niewiadomski

Dra. Marina Bramajo

Dra. Clelia Vico

Dra. Luisa Rafailovici

Dr. Isaac Fleischer

Lic. Adriana Rinflerch

Dra. Liliana González

Dra. Rosa Garrido

Dr. Guillermo Streich

Dr. Daniel Rampa

Mag. Cosntanza Celano

Dra. Nelly Frascino

Dr. Máximo Barros

SPONSORS

PLATINO

Bayer

Bristol-Myers Squibb

Novartis

Pfizer

Varian

ORO

Gador

Memorial Healthcare System

Sanofi

PLATA

Amgen

Astra Zeneca

Elea

Elkta

Gsk Glaxo Smith Kline

Imaxe

Milenia Labs

BRONCE

Kemex

MSD Merck Sharp and Dohme

Tech Universidad Tecnológica

COLABORADOR

Microsules Argentina

**FESCAS**Federação das Sociedades de Cancerologia da América do Sul
Federación de Sociedades de Cancerología de Sudamérica**Sociedad Argentina
de Cancerología**
Asociación CivilXX CONGRESO INTERNACIONAL DE CANCEROLOGÍA SAC
II CONGRESO SAC LACORT CÁNCER EN LA MUJER

Conferencistas Magistrales



Dr. James Allison

El Dr. James P. Allison, es un inmunólogo estadounidense y premio Nobel que ocupa el cargo de profesor y presidente de inmunología y director ejecutivo de la plataforma de inmunoterapia en el MD Anderson Cancer Center de la Universidad de Texas.

Sus descubrimientos han llevado a nuevos tratamientos contra el cáncer para los cánceres más mortales. También es el director del consejo científico asesor del Instituto de Investigación del Cáncer (CRI).

Tiene un interés desde hace mucho tiempo en los mecanismos de las células T desarrollo y la activación, el desarrollo de nuevas estrategias para la inmunoterapia tumoral , y se reconoce como uno de los primeros en aislar la proteína complejo receptor de antígeno de células T.

En 2014, fue galardonado con el Premio Breakthrough en Ciencias de la Vida; en 2018 compartió el Premio Nobel de Fisiología o Medicina con Tasuku Honjo.



Dra. Ana Lluch

Graduada en la Facultad de Medicina y Odontología por la Universidad de Valencia, con residencia en la especialidad de Hematología y Oncología Médica en el Hospital Clínico Universitario de Valencia. En el año 1985 obtuvo el doctorado por la Universidad de Valencia y el premio Extraordinario de Doctorado. Es profesora titular de Medicina desde 1986.

Ha trabajado como investigadora invitada en el Istituto Nazionale dei Tumori de Milán, el Laboratorio de Biología Experimental y el Hospital MD Anderson Cancer Center de Houston en el Servicio de Cáncer de Mama, donde conoció al profesor Gabriel Hortobagyi, uno de los expertos destacados en cáncer de mama. Es miembro de la Sociedad Española de Oncología Médica, de la que ha sido vocal de la Junta Directiva, de la European Society for Medical Oncology y de la American Society of Clinical Oncology, vicepresidenta de la Sociedad Española de Senología y miembro de la Fundación de Estudios Mastológicos. Ha ejercido como asesora del Programa de Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama de la Comunidad Valenciana, ha formado parte del Comité Asesor del Plan del Cáncer y fue miembro del Comité Asesor del Programa de Cáncer Hereditario al País Valenciano. También es investigadora de la Fundación de Investigación del Hospital Clínico y miembro de la Fundación ECO (Excelencia y Calidad de la Oncología) y es miembro de la Unidad de Investigación Clínica de Cáncer de Mama del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas. Desde el año 2014 es académica de número de la Real Academia de Medicina y Ciencias de la Comunidad Valenciana. Es Investigadora principal en 10 proyectos del Fondo de Investigación Sanitaria del Instituto de Salud Carlos III, ha colaborado en 16 proyectos de investigación competitivos y ha dirigido más de 20 tesis doctorales

Invitados Extranjeros



Dr. Miguel Agüero Pino
Presidente, Sociedad Paraguaya de
Oncología Médica.



MD. Luis Raez
Director médico y director científico del
Memorial Cancer Institute.
Especialidades (Hematología y Oncología)



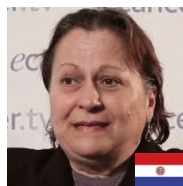
Dr. Mauricio Camus A.
Cirujano Oncólogo, Profesor Asociado, jefe
del Departamento de Cirugía Oncológica
y Maxilofacial de la Pontificia Universidad
Católica de Chile. Ex Presidente Sociedad
Chilena de Cancerología (2008-2010).



Dr. Gustavo Sarria
Sub Jefe Institucional del Instituto
Nacional de Enfermedades Neoplásicas
(INEN, Perú).



Dr. Daniel Castellano
Oncólogo clínico del Hospital Universitario
12 de Octubre (Madrid)
Jefe de la unidad de Oncología
Genitourinaria, de la unidad de Tumores
de células germinales y tumores
neuroendocrinos.
Presidente del Grupo Español de Oncología
Genitourinaria (SOGUG)



Dra. Silvia Sforza Tucci
Médica Oncóloga.
Ex presidenta de la FESCAS.
Ex presidenta Sociedad Paraguaya de
Oncología Médica.



Dra. Cinthia Gauna Colás
Oncóloga Clínica. Staff del Servicio de
Oncología Médica del Instituto Nacional
del Cáncer - Paraguay. Presidente de la
Sociedad Paraguaya de Oncología Médica
periodo 2017-2019.



Dr. Pablo Šitić Vargas
Presidente Tribunal de Ética - Colegio
Médico de Bolivia.
Presidente Electo Federación
Latinoamericana de Mastología (FLAM).



MD PhD Marcos Maldaun
Founding President of SNOLA.



Lic. Carolina Soruco Catanzaro
Psicóloga clínica e infanto-juvenil titulada
en la Pontificia Universidad Católica de
Chile.
Terapeuta familiar titulada en el Instituto
de Terapia Familiar de Santiago.



Dr. Héctor Martínez-Said
Cirujano Oncólogo, ex Presidente de la
Sociedad Mexicana de Oncología.
Fundador del Congreso "The Best of Society of
Surgical Oncology Meeting" en conjunto
con la Society of Surgical Oncology y el
Instituto Nacional de Cancerología para
México, Latinoamérica y Asia.



MD PhD Luis E. Werneck de Carvalho
Medical Oncology. Board Member
Oncologica do Brasil Cancer Center - Brazil.
ASCO, ESMO, IASLC Full Member.
Brazilian Cancer Society Director
Assistant.

Historia...

Sociedad Argentina de Cancerología

Con la presidencia del Dr. Felipe F. Carranza, continuador de la obra del Dr. Ángel Roffo, se inició la vida de la Sociedad Argentina de Cancerología, 8 de agosto de 1947, con sede en la Asociación Médica Argentina. La primera comisión directiva presidida por Felipe Carranza, estuvo integrada por los Dres. Mario F. Vicchi, Andrés E. Bianchi, José A. Caeiro, Luis M. Correa Urquiza, Normando Arenas y Horacio L. Mazza

Desde su fundación a la fecha, el espíritu y la acción de la Sociedad Argentina de Cancerología se ha centrado en el avance de la especialidad, dedicando a éste fin los mejores esfuerzos de todos y cada uno de sus miembros, con el pensamiento puesto en lograr que su trabajo, redunde en la mejor calidad de vida de todos aquellos que requieran de sus servicios y a los que han consagrado su propia existencia.

Los objetivos perseguidos por nuestra entidad, desde su fundación fueron: la difusión científica, la docencia y el establecimiento de normas de diagnóstico y tratamiento, en concordancia con entidades gubernamentales y no gubernamentales relacionadas con el tema.

Los dos primeros objetivos se concretan a través de la realización de Congresos, Jornadas y Simposios, Reuniones Científicas Mensuales, Curso Anual de Posgrado, la publicación de una revista, y el otorgamiento de becas de perfeccionamiento.

En el tercer aspecto, relacionados con las normativas, nuestra sociedad participa con otras entidades afines, en los consensos intersociedades

Las presidencias de la Sociedad Argentina de Cancerología fueron ocupadas por los siguientes profesionales: Andrés G. Bianchi (1950-51), José A. Caeiro (1952-53), Alejandro Pavlosky (1954-55), Moisés Polak (1956-57), Normando Arenas (1958-59), Aníbal Lemos Ibáñez (1960-61), Bernardo Dosoretz (1962-63), José Schavelzon (1964-65), Federico Pilheu (1966-67), Miguel A. Raffo del Campo (1968-69), Mauricio Rappaport (1970-71), José Mayo (1972-73), Juan José Fontana (1974-75), Salomón Barg (1976-77), José R. Pereira Quintana (1978-79), Diego L. Perazzo (1980-81), José J. Barbarelli (1982-83), Héctor La Ruffa, (1984-85), Roberto Gárriz (1986-87), Armando Motto (1988-89), Silvio De Marco (1990-91), Mario F. Bruno (1992-93). En el año 1993, se funda la Federación de Sociedades de Cancerología del MERCOSUR y Chile (años después se agregaría Bolivia), con el objetivo de reafirmar localmente las actividades de Flasca. Continuando el listado de los presidentes: Juan Carlos Ahumada (1993-94), Norberto Brocato (1995-96). El 28 de mayo de 1996 y con la presencia de casi la totalidad de sus miembros, se llevó a cabo un histórico acto, cual fue la firma del acta fundacional de la nueva Sociedad Argentina de Cancerología, Asociación Civil, para la cual fue electo como primer Presidente el Dr. Norberto L. Brocato. A continuación, Antonio Guardo (1997-98), Silvia Jovtis (1999-2000), Stella Maris Espora (2001-02). El 7 de diciembre del 2002, se realiza la apertura de la primera filial de la Sociedad Argentina de Cancerología, en Ushuaia, Tierra del Fuego. La presidencia siguiente, estuvo a cargo de Clelia Vico, (2003-04), continuando para el período 2006-07, Silvia Jovtis, Por su fallecimiento, el 11 de Julio del 2007, el período restante de ese año y el 2008, actuó en el cargo de presidente, la vicepresidenta, Luisa Rafailovici. Le siguieron Clelia Vico (2008-09), Marcelo Blanco Villalba (2010-11), Mónica López (2012-2013), Marcelo Blanco Villalba (2014-2015 y 2016-17), Mario Bruno (2018-19), y Jorge Puyol (2020/21). En este período ocurrió la pandemia Covid 19 que obligó, a realizar, por primera vez, el Congreso de Cancerología en forma virtual

Desde su creación, nuestra Sociedad reunió en forma multifacética a todas aquellas especialidades relacionadas con la patología oncológica, Prueba de ello, son en primer lugar las diferentes especialidades de los profesionales que ocuparon la presidencia: Oncólogos Clínicos, Cirujanos, Ginecólogos, Radioterapeutas, Anatomopatólogos, Mastólogos, Hematólogos y Cirujanos Plásticos. En segundo lugar, el aspecto integral, desarrollado en la actividad científica. Tanto en los cursos, como en las sesiones científicas, y fundamentalmente en los congresos, las temáticas de cada patología oncológica, es actualizada en todos los aspectos diagnósticos y terapéuticos.

Dr. Mario Félix Bruno

PROGRAMA

Modalidad: PRESENCIAL & VIRTUAL

XX CONGRESO INTERNACIONAL DE CANCEROLOGÍA SAC

II CONGRESO SAC LACORT CÁNCER EN LA MUJER

17° Encuentro de la Federación de Sociedades de Cancerología de América del Sur

11° Día de la Concientización de los Tumores Cerebrales en Argentina

10° Jornada de Psico-Oncología y Cuidados Paliativos

9° Simposio del Capítulo de Neuro-oncología

6° Simposio del Capítulo de Gestión Institucional

4° SNOLA-DAY en Argentina

4° Simposio de Enfermería Oncológica

4° Jornada del Capítulo de Oncogeriatría

3° Simposio del Capítulo de Estomatología Oncológica

2° Simposio del Capítulo de Oncología Ginecológica y mamaria

18. 19 Y 20 DE AGOSTO DE 2022

PRESENCIAL: Abasto Hotel, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

VIRTUAL: Plataforma exclusiva www.congresosacnacort.com



**Sociedad Argentina
de Cancerología**
Asociación Civil

Presidente: Dr. Jorge Puyol

Vicepresidente: Dr. Mario Bruno

Secretario General: Dr. Marcelo Blanco Villalba

Tesorero: Dr. Darío Niewiadomski

Publicaciones: Dra. Marina Bramajo

Trabajos Científicos: Dr. Isaac Fleischer y Dra. Rosa Garrido

Comité Ejecutivo

Dr. Jorge Ramón Puyol

Dr. Mario Félix Bruno

Dr. Marcelo Blanco Villalba

Dr. Juan Pablo Re

Dr. Darío Niewiadomski

Dra. Marina Bramajo

Dra. Clelia Vico

Dra. Luisa Rafailovici

Dr. Isaac Fleischer

Lic. Adriana Rinflerch

Dra. Liliana González

Dra. Rosa Garrido

Dr. Guillermo Streich

Dr. Daniel Rampa

Mag. Cosntanza Celano

Dra. Nelly Frascino

Dr. Máximo Barros

Comité Científico

Dr. Jorge Ramón Puyol

Dr. Mario Félix Bruno

Dr. Marcelo Blanco Villalba

Dra. Marina Bramajo

Dra. Clelia Vico

Dr. Juan Pablo Re

Dr. Isaac Fleischer

Dra. Luisa Rafailovici

Dr. Darío Niewiadomski

Dra. Liliana González

Dra. Rosa Garrido

Lic. Adriana Rinflerch

WWW.CONGRESOSACLACORT.COM

II CONGRESO SAC
LACORT CÁNCER EN
LA MUJER

**SALÓN
DISCÉPOLO**

XX CONGRESO
INTERNACIONAL DE
CANCEROLOGÍA SAC

**SALÓN
MARIANO
MORES**

XX CONGRESO
INTERNACIONAL DE
CANCEROLOGÍA SAC

**SALÓN
DISCÉPOLO**

08.00 hs

Acreditación

Módulo: CÁNCER DE MAMA // Coordinador: Dr. Pablo Sitic Vargas

08.45 a 09.40 hs **CONFERENCIA DE MAGISTRAL: Tratamiento del cáncer de mama con terapia dirigida**
Conferencista: Dra. Ana Lluch
Presidenta: Dra. Clelia Vico



09.40 a 10.00 hs **Cáncer de mama triple negativo** Dr. Ernesto Korbenfeld

10.00 a 10.20 hs **Terapia óptima locorregional tratamiento de la axila en mujeres con cáncer de mama**
Dr. Mauricio Camus

10.20 a 10.50 hs Coffee Break

10.50 a 11.10 hs **¿Son todos iguales los Inhibidores de Ciclinas?** Dr. Christian Micheri

11.10 a 11.30 hs **Optimización del tratamiento del cáncer de mama luminal metastásico**
Dra. Adriana Tomadoni

Simposio



11.30 a 12.15 hs **Sobrevida global asociada al uso de Ribociclib en Cáncer de mama avanzado RH+ HER2+**
Disertante: Dra. Victoria Costanzo
Presidenta: Dra. Adriana Tomadoni

Simposio



12.15 a 12.45 hs **De la eficacia clínica de Palbociclib a la efectividad en la vida real**
Disertante: Dr. Bruno Bustos
Presidenta: Dra. Clelia Vico

Lunch



12.45 a 13.15 hs Almuerzo

Conferencia: Impacto de las nuevas tecnologías en RT

13.15 a 13.30 hs Disertante: Dr. Gustavo Sarria (INEN, Oncosalud, Lima, Perú)

Módulo: CÁNCER GINECOLÓGICO // Coordinadora: Dra. Clelia Vico

2 ° Simposio del Capítulo de Oncología Ginecológica y mamaria. Cáncer de Ovario: Optimizando el tratamiento en Cáncer de Ovario Neoadyuvancia o Cirugía Primaria ¿Cuándo? ¿Por qué? Estado Actual de las Terapias Sistémicas

13.30 a 13.45 hs **Rol de la Cirugía (Enfoque Laparoscópico)** Dr. José Saadi

13.45 a 14.00 hs **Rol de la Cirugía (Enfoque Vía Abdominal)** Dr. Juan Carlos Staringer

14.00 a 14.15 hs **Rol del Oncólogo Clínico. Quimioterapia. Antiangiogénicos ¿Cuándo?** Dra. Cinthia Gauna

14.15 a 14.30 hs **Rol del Oncólogo Clínico. IPARP ¿Cuándo? y ¿Por qué?** Dra. Alejandra Bartoli

14.30 a 15.00 hs **Mesa de discusión : Estado Actual del tratamiento a Nivel Regional**
Dra. Alejandra Bartoli (Rosario), Dra. Ana Jaime (Salta), Dr. Alejandro Sosa (San Juan), Dra. Adriana Bermúdez (Bs. As.), Dra. Adriana Tomadoni (Bs. As.) y Dra. María Gramuglia (Bs. As)

15.00 a 15.20 hs **Nuevo estándar de Tratamiento en Cáncer de Endometrio Avanzado** Dr. Miguel Agüero

15.20 a 15.40 hs **Cáncer de Cuello Uterino Recaído ¿Nuevos estándares?** Dra. Rosa Garrido

15.40 a 16.00 hs **¿Hay relación entre el HPV y la Microbiota en Cáncer de Cuello** Dra. Rosa Laudi

16.00 a 16.30 hs Coffee Break

16.30 a 17.00 hs **Conferencia: Variantes genéticas locales en BRCA1/2, implicancias y fenotipos asociados en cáncer de la mujer** Dra. Angela Solano

17.00 a 17.20 hs	Hepatocarcinoma, terapia actual Dra. Marcela Carballido
17.20 a 17.40 hs	Actualizaciones de Cáncer esófago y unión gástrica Dr. Guillermo Méndez
17.40 a 18.00 hs	TNT en Cáncer de recto Dra. Soledad Iseas

Conferencia Especial: Avances en Inmunoterapia en Cáncer de Pulmón deferenciales en casos en la mujer

18.00 a 18.20 hs	Disertante: Dr. Luis Raez
------------------	---------------------------

18.30 a 20.00 hs	SIMPOSIO SAC - FESCAS: Escenario Actual de la Oncología Latinoamericana luego de dos años de pandemia Coordinador: Dr. Mario Bruno Secretario: Dr. Marcelo Blanco Villalba Disertantes: Dr. Jorge Puyol, Dra. Silvia Sforza Tucci, Dr. Mauricio Camus, Dr. Pablo Sitic Vargas y Dr. Luis Eduardo Werneck de Carvalho
------------------	--

20.00 hs	Acto inaugural Disertantes: Dr. Jorge Puyol, Prof. Dr. Miguel Galmes y Dr. Luis Eduardo Werneck de Carvalho
----------	---

VIERNES 19/AGO

07.30 hs	Acreditación
----------	---------------------

DESAYUNOS DE TRABAJO CON EXPERTOS
Coordinadores: Lic. Adriana Rinflerch, Dr. Juan Pablo Re y Dra. Liliana González

08.30 a 09.30 hs	Capítulo del Interior: Desafíos de la práctica Oncológica en el Interior del país en tiempos de COVID y Post COVID. Experta: Dra. Mónica Repeto. Secretaria: Dra. Griselda Bosso Inmunoterapia en cáncer de pulmón. Experto: Dr. Mariano Vidal. Secretaria: Dra. Yanina Rodríguez Tratamiento del melanoma avanzado BRAF mutado. Experto: Dr. Gastón Reinas. Secretaria: Dra. Florencia Ferola Cáncer de próstata resistente a la castración no metastásico. Experto: Dr. Juan Hernández Morán. Secretario: Dr. Diego Centeno Rol actual de la radioterapia en el cáncer de próstata. Experto: Dr. Marcelo Andrade Irusta. Secretaria: Dra. Florencia Casas Evaluación de la cardiotoxicidad por inmunoterapia Consejo de Cardio Oncología, de la Sociedad Argentina de Cardiología. Abordaje interdisciplinario: Experta: Dra. Mariana Carnevalini. Secretaria: Dra. María Gabriela Comesaña
------------------	--

09.40 a 10.30 hs	CONFERENCIA MAGISTRAL Conferencista: Dr. James Allison Presidentes: Dr. Juan Pablo Re y Dra. Rosa Garrido
------------------	--



Módulo: MELANOMA // Coordinador: Dr. Luis Eduardo Werneck de Carvalho

10.30 a 11.00 hs	Conferencia: Optimización del tratamiento del melanoma metastásico Conferencista: Dr. Pedro Bence Presidente: Dr. Marcelo Blanco Villalba
11.00 a 11.30 hs	Conferencia: Tratamiento adyuvante en melanoma Conferencista: Dr. Héctor Martínez Said Presidente: Dr. Darío Niewiadomski

Simposio Bristol Myers Squibb™

11.30 a 12.00 hs	El rol de la Inmunoterapia DUAL en el paciente BRAF MUTADO Disertante: Dra. Florencia Cuadros Presidente: Dr. Mario Bruno
------------------	--

Módulo: CABEZA Y CUELLO // Coordinadora: Dra. Nelly Frascino

12.00 a 12.30 hs	Conferencia: Avances en tratamiento de tumores de orofaringe Conferencista: Dr. Raúl Giglio Presidente: Dr. Jorge Puyol
12.30 a 13.00 hs	Uso de la inmunoterapia en el cáncer de cabeza y cuello recidivado/metastásico como mejor opción terapéutica Disertante: Dr. Juan Manuel Carrera Presidente: Dr. Miguel Agüero

13.00 a 14.00 hs	Lunch
------------------	-------

Mesa Redonda: Acceso a los tratamientos oncológicos, es el nuevo paradigma de la atención?

	Presidente: Dr. Luis Balbiani Secretario: Dr. Juan Pablo Re
14.00 a 14.15 hs	Puede ser la accesibilidad el eje de la atención en la Oncología? Dr. Marcelo Blanco Villalba
14:15 a 14:30 hs	La accesibilidad en el Sistema de Salud en la Argentina Dr. Gustavo Jankilevich
14:30 a 14:45 hs	Situación del acceso a los protocolos de investigación en Argentina Dr. Guillermo Streich
14:45 a 15:00 hs	Discusión y Preguntas

Conferencia: Cáncer de colon metastásico

15.00 a 15.30 hs	Disertante: Dr. Juan Manuel O'Connor Presidenta: Dra. Natalia Schahoskoy
------------------	---

Módulo: SISTEMA NERVIOSO CENTRAL // Coordinador: Dr. Máximo Barros

	MESA REDONDA: Palabras en Memoria de la Dra. Alejandra Rabadán: Disertante Dr. Marcos Maldaun
15.30 a 15.50 hs	SRS en lesión única Dr. Jorge Mandolesi
15.50 a 16.10 hs	SRS en 2-4 lesiones Dr. Diego Gronovich
16.10 a 16.20 hs	SRS en múltiples lesiones Dr. Ignacio Sisamon
16.20 a 16.30 hs	Discusión

Simposio

16.30 a 17.00 hs	Diseño inteligente de un centro oncológico inteligente Disertante: Dra. Paula Aguerre Presidente: Dr. Isaac Fleischer
------------------	--

17.00 a 17.15 hs | Coffee Break

Módulo: RADIOTERAPIA // Coordinadora: Dra. Carolina Chacón

	Simposio SAC- SATRO: Radioterapia Corporal Estereotáctica "SBRT": Evidencia Actual y Estado del arte Presidente: Dr. Oscar Gómez Orrego
17.15 a 17.30 hs	SBRT en cáncer de pulmón localizado en situaciones especiales Dr. Gastón Lemoine
17.30 a 17.50 hs	SBRT en escenario oligo-metástasico en cáncer de pulmón y cáncer de próstata Dr. Diego Gronovich
17.50 a 18.05 hs	SBRT en el escenario de la recaída prostática post cirugía Dr. José Máximo Barros
18.05 a 18.20 hs	SBRT en cáncer de páncreas borderline/localmente avanzado Dra. Mara Scarabino
18.20 a 18.30 hs	Preguntas

EXPOSICIÓN ORAL DE POSTERS // Coordinadores: Dr. Isaac Fleischer y Dra. Rosa Garrido

18.30 a 19.30 hs	Jurado: Dra. Silvia Sforza Tucci, Dr. Mauricio Camus, Dr. Pablo Sitic Vargas, Dr. Luis Eduardo, Werneck de Carvalho y Dr. Mario Bruno
------------------	---

CAPÍTULO DE ENFERMERÍA

Coordinadores: Mg Constanza Celano, Enf. Sebastián Salinas y Lic. Myriam Parrupatto

09.00 a 09.10 hs	Bienvenida y presentación de agenda Mg. Constanza Celano
09.10 a 09.40 hs	Inicio del tratamiento oncológico: una mirada desde la educación enfermera Esp. Mercedes Sánchez
09.40 a 10.10 hs	Rol de la enfermera en la prevención y tratamiento de radiodermitis asociada a tratamiento radiante Esp. Laura Castro
10.10 a 10.40 hs	Estrategias para implementar entornos de trabajos saludables en equipos de Enfermería Oncológica Esp. Leonardo De Vincentiis
10.40 a 11.10 hs	Intervenciones de cuidado al paciente oncológico con soporte nutricional Lic. Agustín Flores
11.10 a 11.40 hs	Compartiendo experiencia: casos clínicos de pediatría oncológica en UTI Esp. María Victoria Heredia
11.40 a 12.00 hs	Panel de preguntas a los disertantes Mg. Constanza Celano

CAPÍTULO DE ONCOGERIATRÍA

Evaluación y manejo de las toxicidades del tratamiento oncológico en el paciente adulto mayor

Coordinadores: Dra. Diana M. Soledad Aguirre y Prof. Dr. Rubén D. Rampa.

Secretario: Dr. Carlos G. González Palacios

12.00 hs	Presentación
12.05 a 12.25 hs	Toxicidad Renal Dr. Andrés Beltrán
12.25 a 12.45 hs	Toxicidad Endocrina Dra. Valeria Fernández Escudero
12.45 a 13.00 hs	Toxicidad Pulmonar Dra. Virginia I. Giaccaglia
13.00 a 14.00 hs	Lunch
14.00 a 14.25 hs	Toxicidad Cardiológica Prof. Dra. Liliana N. Nicolosi
14.25 a 14.40 hs	Toxicidad Gastrointestinal Dra. Andrea L. Degasperi
14.40 a 15.00 hs	Preguntas y Cierre

CAPÍTULO DE GESTIÓN INSTITUCIONAL

Coordinador: Dr. Juan Pablo Re

15.00 a 16.00 hs	La Oncología de las Guías y la Oncología que acceden los pacientes Problemas habituales en el consultorio al iniciar el tratamiento Oncológico Dr. Gustavo Bertani El desafío de optimizar los tratamientos con criterio costoefectivo Dr. Carlos González Palacios Gestión de Costos en Oncología Dra. Alejandra Peiro
------------------	--

CAPÍTULO DE PSICOONCOLOGÍA Y CUIDADOS PALIATIVOS COORDINADORES

Coordinadora: Dra. Marina Bramajo, Lic. Carolina Soruco y Dr. Jorge Dureaume

16.00 a 16.15 hs	Palabras de bienvenida Dra. Marina Bramajo, Lic. Carolina Soruco y Dr. Jorge Dureaume
16:15 a 17:00 hs	Mesa: Impacto del Cáncer como incidente crítico en pacientes y profesionales Disertante: Dra. Silvia Bentolila Panelistas: Lic. Ana Marquis, Mg. Constanza Celano, Dr. Mauricio Camus y Dr. Elio Gonzalez Prieto
17.00 a 17.15 hs	Coffee Break
17:15 a 17.50 hs	Conferencia: El Cáncer y las emociones Conferencista: Lic. Federico Belsito Presidenta: Lic. Ester Daniel
17.50 a 18:20 hs	Conferencia: Consideraciones sobre el morir Conferencista: Dr. Juan Pablo Beca Presidenta: Lic. Fernanda Montaña
18:20 a 18:30 hs	Espacio de preguntas

SÁBADO 20/AGO

08.00 a 09.00 hs | **Acreditación**

DESAYUNOS DE TRABAJO CON EXPERTOS

Coordinadores: Lic. Adriana Rinflerch, Dr. Juan Pablo Re y Dra. Liliana González

08.30 a 09.30 hs SALÓN MARIANO MORES "B"	1. Sexualidad en el paciente oncológico y en cuidados paliativos. Experto: Dr. Leonel Smolje. Secretaria: Dra. Lucia Báez Romano
	2. Mantenimiento en cáncer de pulmón. Experto: Dr. Gonzalo Di Mario. Secretario: Dr. Federico Item
	3. Neoadyuvancia en cáncer de recto. Experto: Dr. Daniel Rampa. Secretaria: Dra. Tatiana Pérez Carmona
	4. Inmunoterapia en cáncer urológica. Experto: Dr. Hernán Cutuli. Secretario: Dr. Agustín Palazzo
	5. Novedades de la aplicación de PET TC en la práctica oncológica. Experta: Dra. Irene Arma. Secretaria: Dra. Mariana Abal

09.45 a 10.15 hs	Conferencia: Cannabis medicinal. Mecanismo de Acción de los Fitocannabinoides THC y CBD Conferencista: Dra. Carolina Ituarte Presidente: Dr. Hernán Braunsteni
------------------	---

10.15 a 10.45 hs	Conferencia: Novedades en el tratamiento del Cáncer de pulmón Conferencista: Dr. Juan Cundom Presidente: Dr. Luis Eduardo Werneck de Carvalho
------------------	--

10.45 a 11.00 hs | Coffee Break

11.00 a 11.30 hs

Simposio Bayer



Darolutamida como opción de tratamiento en el CP

Disertante: Dr. Federico Losco
Moderador: Dr. Luis Balbiani

11.00 hs **Bienvenida y consideraciones generales** Dr. Luis Balbiani

11.05 hs **Novedades en el tratamiento del CP**

11.25 hs **Espacio para preguntas**

11.30 hs **Cierre**

11.30 a 12.00 hs	Conferencia: Inmunoterapia en Cáncer de Vejiga Conferencista: Dr. Gustavo Jankilevich Presidente: Dr. Mario Bruno
12.00 a 12.30 hs	Conferencia: Cáncer de Próstata hormonosensible metastásico Conferencista: Dr. Hernan Cutuli Presidente: Dr. Claudio Koren
12.30 a 13.00 hs	Conferencia: Cáncer de Riñón Conferencista: Dr. Rodrigo Sánchez Presidente: Dr. Jorge Puyol

SIMPOSIO CAPÍTULO ESTOMATOLOGÍA

Prevención y manejo de complicaciones bucales por tratamientos oncológicos. Casos clínicos

Coordinadores: Dra. Nelly Frascino y Dr. Marcelo Almeida

08.00 a 11.00 hs	Disertantes: Dra. Nelly Frascino, Dr. Marcelo Almeida, Dra. María Gabriela Patino, Dra. Silvia Delfino, Dra. Carolina Galetto, Dra. Romina Petrelli, Dra. Mariana Baldut, Dra. Adela Areta, Dr. Emiliano García, Dr. Andrés Benetti y Dr. José Hidalgo
------------------	---

CAPÍTULO GENÉTICA Y BIOLOGÍA MOLECULAR

Medicina de Precisión y Biomarcadores

Coordinadores: Lic. Adriana Rinflerch y Dr. Rodrigo Sánchez

11.00 a 11.35 hs	Medicina de Precisión y Comités Moleculares de tumores PhD. Romina Girotti
11.35 a 12.10 hs	Clasificaciones Moleculares del Cáncer Dra. María Teresa Pombo
12.10 a 12.45 hs	Oncología de Precisión: abordaje tumor agnóstico. El caso de los tumores NTRK+ Dr. Hernán García Rivello
12.44 a 13.00 hs	Preguntas

ACTO DE CLAUSURA: SALÓN MARIANO MORES

13.15 hs	ENTREGA DE PREMIOS Y CIERRE • Premio Prof. Dr. Roberto Estévez: Pasaje para realizar una pasantía en el Hospital MD Anderson Cáncer Center Madrid el Dr. Enrique Grande. • Premio Dra. Silvia Jovtis: Pasaje para realizar una pasantía en el INCAN México con el Dr. Héctor Martínez Said. • Premio XX Sociedad Argentina de Cancerología. • Premio Dra. Alejandra Rabadan. • Mención Especial Dra. Rosa Woscoboinik De Levin. Presentación del Coro Oncolocos con la dirección de Florencia Titaro
----------	---

RESUMENES

#01 Estudio del desarrollo de distintas poblaciones de *Candida spp* en la cavidad bucal de pacientes con cáncer de mama sometidas a tratamiento antiestrogénico

Balsamo M. F., Jewtuchotwicz V., Hansen A., Brusca M. I.*

*Correspondencia: María Isabel Brusca. Alejo Nazarre 2815.CABA. (CP1417). E-mail: mariaisabelbrusca@gmail.com. Cel:1141953280

Introducción

Las manifestaciones bucales de las variaciones hormonales normales durante las diversas etapas en el desarrollo del individuo se expresan en el periodonto, uno de los órganos blanco para la acción de las hormonas esteroideas. El Tamoxifeno, una droga con efecto antiestrógeno, se administra a pacientes con cáncer de mama y ha demostrado tener efecto antifúngico en estudios in vitro. Sin embargo, no se ha aportado evidencia científica sobre su correlato in vivo en la cavidad bucal.

Objetivos

Evaluar la presencia de las distintas especies de *Candida spp* y los cambios en la condición periodontal en las pacientes con cáncer de mamas que toman tamoxifeno.

Métodos

Se realizó un estudio observacional de cohorte con control interno. La población de estudio fueron 219 mujeres inmunocompetentes, diagnosticadas con cáncer de mama del Centro médico Austral. Las mismas fueron divididas en dos grupos: aquellas que recibieron Tamoxifeno fueron el grupo experimental n=110 y aquellas que no lo recibieron constituyeron el grupo control n=109. Se realizaron tomas de muestra de mucosas y biopelícula periodontal. La medición de las variables salud periodontal y presencia de especies *Candida spp*, se realizaron: al inicio del estudio, luego del período de screening y a los 6, 12 y 24 meses.

Resultados

A mayor tiempo de consumo de tamoxifeno se evidenció una disminución de cepas de *Candida spp* tanto de las mucosas como del surco periodontal con respecto al grupo control. Así mismo, se evidenció una mejoría en su estado periodontal. Se presentó más de una especie de levadura en cavidad bucal y en bolsa subgingival; se encontraron asociaciones de especies de *Candida*, en los surcos gingivales. La especie de *Candida* más prevalente, tanto con presentación única o combinada, en los tres grupos medido por 2 años en los dientes de Ramförd fue *C. albicans*. El grupo control se mantuvo con las mismas proporciones a través del tiempo.

Conclusiones

La presencia de *Candida* fue disminuyendo a lo largo del tiempo de ingesta de tamoxifeno y del mismo modo hubo un mejoramiento en la condición periodontales de las pacientes. Los resultados son compatibles con un efecto antimicótico del tamoxifeno in vivo. El consumo prolongado de la droga y la mejora en la condición de la salud periodontal está en relación directa con el tiempo.

#02 Sensibilidad y resistencia frente a estrategias terapéuticas combinadas en cáncer de mama HER2+

Castro A.*, Fernández J., Vanderhoeven F., Mondaca J., Redondo A., Sanchez A., Flamini M.

Laboratorio de Biología Tumoral. Instituto de Medicina y Biología Experimental de Cuyo (IMBECU). UNCuyo-CONICET.

*Correspondencia: A. Castro. Adrián Ruiz Leal s/n. Mendoza (5500). Teléfono: 02615244150. E-mail: accastro@mendoza-conicet.gob.ar

Introducción

El cáncer de mama (CM) se clasifica en subtipos moleculares de acuerdo a la presencia de receptores hormonales y del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2). Los tumores con amplificación del receptor HER2 se caracterizan por ser agresivos y metastásicos asociándose a un mal pronóstico. Los enfoques terapéuticos actuales incluyen fármacos que bloquean la actividad HER2 como trastuzumab (Tz), trastuzumab-emtansine (TDM1) y lapatinib (Lp). Sin embargo, un problema frecuente es la aparición de resistencias, donde la enfermedad evoluciona a formas más agresivas con probabilidades bajas de recuperación. La búsqueda de marcadores que evalúen respuesta a tratamientos permitirá una mejor selección de las pacientes para las distintas opciones terapéuticas existentes. Además, un enfoque basado en combinaciones anti-HER2, podría evitar o retrasar la aparición de resistencias.

Objetivo

Identificar marcadores predictivos de respuesta terapéutica y evaluar el efecto de la combinación Tz/TDM1+Lp en la inhibición de la progresión tumoral.

Métodología

Herramientas bioinformáticas fueron empleadas en el análisis de bases de datos públicas. A partir de líneas celulares de CM HER2+, en modelos 2D y 3D, se realizaron ensayos de MTT, migración, adhesión, western blots e inmunofluorescencia. Resultados: Identificamos genes involucrados en la motilidad celular, diferencialmente expresados en células sensibles vs. resistentes a Tz/TDM1. Además, demostramos que la combinación Tz/TDM1+Lp induce la translocación citoplasma-núcleo de FAK, bloqueando de manera más efectiva los procesos proliferativos y pasos desencadenantes de la invasión como la adhesión y migración celular. Paralelamente, la combinación de terapias inhibe la expresión de HER2, Src, FAK y paxilina, proteínas esenciales para la diseminación metastásica.

Conclusiones

Nuestros novedosos resultados permitieron identificar genes targets diferencialmente expresados en células sensibles y resistentes a Tz/TDM1, prometedores marcadores predictivos de respuesta terapéutica. Además, demostramos que la terapia combinada bloquea la capacidad del subtipo HER2+ de proliferar, adherir y migrar mediante la inhibición y relocalización de proteínas claves en estos procesos. Estos hallazgos son relevantes desde el punto de vista clínico, ya que conocer anticipadamente la expresión basal de ciertas proteínas permite personalizar la atención médica con decisiones y tratamientos adaptados a cada paciente.

#03 Tratamientos combinados en el cáncer de próstata: señalización Notch y receptores de andrógenos

Chimento A.¹, Perrone S.^{1,2}, Bonadeo N.^{1,2}, Romano M.L.^{1,2}, Osorio A.³, Tessone Lisina⁴, Villalba K.⁵, Parenti F.⁶, Cristina C.^{1,2*}

¹Centro de Investigaciones Básicas y Aplicadas (CIBA), UNNOBA. ²Centro de Investigaciones y Transferencias del Noroeste de la Provincia de Buenos Aires (CIT NOBA, UNNOBA – UNSAdA – CONICET). ³Centro Oncológico Pergamino (COP), Pergamino, provincia de Buenos Aires.

⁴Laboratorio de Patología Dr. Alberto Petraglia, Junín, provincia de Buenos Aires. ⁵Clínica Centro, Junín, provincia de Buenos Aires. ⁶Centro MedicoFamyl, Junín, provincia de Buenos Aires.

*Correspondencia: Carolina Cristina. Jorge Newbery 261, Junín, Buenos Aires. (CP6000). Teléfono fijo: 236-4407750 – Int.11621. E-Mail: carolina.cristina@nexo.unnoba.edu.ar. Datos de la institución donde se realizó el trabajo: Centro de Investigaciones Básicas y Aplicadas (CIBA) – UNNOBA Junín, Buenos Aires. E Mail: ciba@unnoba.edu.ar

Introducción

El cáncer de próstata es la neoplasia maligna más frecuente en hombres. Los antiandrógenos de segunda generación como la Enzalutamida, han mejorado la supervivencia de estos pacientes. Hay evidencias de que la señalización Notch tendría diversas funciones en el desarrollo de la glándula prostática; sin embargo su rol en el cáncer de próstata está poco esclarecido.

Objetivo

El objetivo del trabajo fue determinar el rol de la vía Notch en el desarrollo del cáncer de próstata y su regulación bajo el tratamiento con Enzalutamida.

Resultados

Se detectó por IHQ la expresión de los receptores NOTCH 1, 2 y 4 y del marcador de proliferación PCNA en muestras de tumores de próstata de pacientes obtenidas por cirugía. En un subgrupo de éstos se realizó un análisis semicuantitativo para la expresión de NOTCH 1 y 2 diferenciando la marca en el tejido tumoral del tejido no tumoral, donde se obtuvo una expresión diferencial de ambas proteínas en los tejidos.

Por otra parte, en la línea celular de cáncer de próstata PC3 de origen humano, bajo el tratamiento aislado con Enzalutamida (30 µM) y en combinación con el inhibidor de la activación de Notch, DAPT (10 µM), se observó una tendencia a disminuir la expresión de *TMPRSS2*, un gen que responde a los andrógenos; y del gen diana de Notch *HES1* a las 24 y 48 hs de tratamiento (n=2).

La viabilidad celular fue evaluada mediante ensayo de MTS y se observó que el tratamiento aislado con DAPT (10 µM) (n=3; p=0,0027) y de Enzalutamida (50 µM) (n=3; p=0,0018) y su combinación redujeron significativamente la viabilidad a las 48 y 72 hs de tratamiento (n=3; p=0,0043). La capacidad migratoria de las células se determinó usando el ensayo de cierre de herida, hallando que el tratamiento aislado con DAPT (10 µM) (n=3; p=0,0022) y Enzalutamida (30 µM), y su combinación inhibieron la migración luego de 24 hs (n=3; p=0,0526).

Además, se logró la puesta a punto de un modelo *in vivo* mediante la inyección subcutánea de la línea celular PC3 en ratones Nude y a partir de este material pudimos estudiar la expresión de componentes de las vías Notch y del Receptor de Andrógenos (AR). Pudimos detectar la expresión de componentes de ambas vías, pero destacamos la expresión del AR ya que la línea celular PC3 se caracteriza por una baja expresión del mismo.

Conclusión

Nuestros resultados muestran una activación de la vía Notch en las células PC3 y en muestras de tumores de próstata, y sugieren una interconexión entre las vías del receptor Notch y la de andrógenos en el cáncer de próstata.

#04 Expresión e implicación de los receptores de EGF (ERBBs) en el carcinoma renal de células claras

Cortés M. A.^{1*}, Marín H.M.², Rott L.³, Hermoso A.⁴, Meza S.⁴, Díaz J. J.⁴, Avalos G. E.⁴, Avalos C. A.⁴, Giusiano G. E.⁵, Merino L. A.⁵

¹CONICET- Facultad de Medicina (UNNE). ²Instituto de Medicina Regional (UNNE). ³Servicio de Patología- Hospital J. R. Vidal (Corrientes).

⁴Facultad de Medicina (UNNE). ⁵Instituto de Medicina Regional- Facultad de Medicina (UNNE).

*Correspondencia: Cortés María Alicia. Dirección postal: Calle Sargento Cabral 2001 (3400). Teléfono fijo: 3794 439624 (int 33); Celular: 3794 1569419. E-mail: mariaalicia.cortes@gmail.com. Institución donde se realizó el trabajo: Facultad de Medicina (UNNE) - Laboratorio de Aplicaciones Moleculares (Cátedra de Microbiología). Localidad: Corrientes.

Introducción

El carcinoma renal de células claras (cRCC) es el subtipo más frecuente dentro del carcinoma de células renales (RCC). Se caracteriza por que el 30% desarrollan metástasis, es resistente a la radioterapia y quimioterapia, y no existe un marcador tisular. En relación con los ErbBs se conoce que, HER1 y HER3 se encuentran expresados, la implicación del oncogén HER2 es dudosa. Nosotros describimos que de los subtipos de RCC solamente el cRCC expresaba HER2.

Objetivo

Estudiar la presencia de HER2, HER1 y HER3 en el cRCC y su implicación clínica en muestras humanas. Población: se reclutaron 90 muestras parafinadas de pacientes con cRCC, provenientes del Hospital JR Vidal (Corrientes), previa aprobación del Comité para el uso de la muestra del paciente e historia clínica desde el año 2015. Los criterios de inclusión/exclusión de la muestra fueron: buena cantidad de tumor, poca necrosis y hemorragia.

Material y métodos

Inmunohistoquímica (IHQ) en cortes de tejido de 2µm se incubó con anti-ErbB-2(3B5-Pierce), anti-ErbB-3 (RTJ2-Thermo Fisher) y anti-EGFR (Santa Cruz), se incubó con anti-mouse/anti-rabbit Streptavidina (Vector Elite). Se reveló con DAB (DAKO) y Hematoxilina. Para la cuantificación de los receptores se consideró el Algoritmo del Cáncer de Mama Invasor de la ASCO-CAP 2013.

Análisis de los datos

Se utilizó el programa Graphpad Prism 6 y test X2.

Resultados

Analizamos la expresión de ErbBs por IHQ en la membrana (mErbBs) para mHER2 el 43.5% fue 3+, 43.5% de 2+ y solo un 13% fue negativo (1+ y 0). Con respecto a mHER1 el 37,5% fue 3+, 45,5% de 2+ y 20% negativo y mHER3 no presentó diferencias entre 3+, 2+ y negativos. Correlacionamos la presencia del par mHER2/mHER1 y fue significativo (*P=0,028). Estudiamos la implicación clínica correlacionando con el estadio del paciente y observamos que mHER2 está presente significativamente (****P=0,0001) en estadios I y III-IV, sin embargo en el estadio II no es significativa. Lo mismo ocurre con mHER1, aunque el análisis fue realizado con I y II juntos. Sin embargo, mHER3 se relaciona solamente con el estadio alto III-IV.

Conclusiones

HER2 está presente en la membrana posiblemente junto a HER1 en estadios bajos y altos, no así en el estadio II. Posiblemente este dímero mHER2/HER1 ayudaría en el avance del tumor a estadios altos. mHER3 se relaciona con estadios altos y no con mHER2, posiblemente su función en la oncogénesis del cRCC es diferente en estadios altos.

#05 Tadenocarcinoma de cuello uterino estadio I: todas las pacientes necesitan el mismo tratamiento?

Devoto G., Alessandria S., Ortiz J., Cardinal L., Bermúdez A.
Sección Ginecología Oncológica, Hospital de Clínicas José de San Martín.

Objetivo

Correlacionar factores histológicos con el pronóstico en términos de recurrencias y sobrevida global.

Material y métodos

Entre 10-90 y 10-18 se trataron 33 pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma de cuello uterino estadio I. La edad promedio fue de 44 años. El seguimiento promedio fue de 65 meses.

Se analizó: patrón de infiltración (utilizando el Sistema Silva), compromiso ganglionar, tamaño tumoral (mayor o menor a 2 cm), sitio de recurrencia, tiempo libre de enfermedad (TLE) y sobrevida global (SG).

Resultados

Se constató Patrón A de infiltración en 12 casos (36,6%). Los estadios en ese grupo fueron Ib1 y no se constató compromiso ganglionar en ninguno de los casos. Tampoco se registraron recurrencias en todo el seguimiento.

Se registraron 13 pacientes con Patrón B de infiltración (39,4%), los estadios fueron Ib1 en 11 pacientes (84,6%) y Ib2 en 2 pacientes (15,4%). Los ganglios fueron positivos en 2 casos (15,38%). Las recurrencias estuvieron presentes solo en 1 caso (7,69%).

Se encontró Patrón C en 8 pacientes (24,24%), en estos los ganglios estuvieron comprometidos en 5 casos (62,5%). Las recurrencias fueron más frecuentes, alcanzando a 4 pacientes, representando así el 50% de los casos de este grupo.

El tamaño tumoral fue <2cm en 11 casos (33,3%) y >2cm en 22 pacientes (66,6%).

En los tumores <2cm, se halló Patrón A en 8 casos (73%), Patrón B en 2 casos (18%) y Patrón C en 1 caso (9%). En los tumores >2cm, se halló Patrón A en 4 casos (18%), Patrón B en 11 casos (50%) y Patrón C en 7 casos (32%).

El Tiempo libre de enfermedad (TLE) fue: Patrón A = 72 meses, B = 98 meses, C = 33 meses y la Sobrevida Global (SG) fue: Patrón A = 100%, B = 92%, C = 75%.

Hubo 5 pacientes que presentaron recidivas, 4 eran Patrón C y una Patrón B. Además 2 de ellas fueron a distancia (ósea e inguinal), ambas con un Patrón C.

Conclusiones

En tumores menores a 2 cm con patrón de infiltración A el riesgo de compromiso ganglionar y de recidiva es muy bajo. Debemos cuestionarnos la necesidad de la exploración ganglionar en este subgrupo de pacientes. Podemos obviar la linfadenectomía y su morbilidad en estos casos? Creemos que la respuesta que obtendremos de nuestro trabajo prospectivo y randomizado será afirmativa.

#06 Estudio prospectivo observacional del incremento de tumores neuroendocrinos en áreas rurales y semi rurales de la provincia de Entre Ríos

Dr. Duarte O. D.*, Block J., Rosenbrock C., Cura E., Dr. Arenillas F., Schnitman F.

Institución Centro Médico Austral y otros.

*Correspondencia: O. Duarte. Pilar 950 CABA (CP1408). E-mail: oduarte1959@yahoo.com, Cel.: 01161747045. Hospital D. F. Santojanni, CABA, UNITER, Paraná Entre Ríos.

Introducción

En los últimos ocho años, tuve la oportunidad por invitación de los colegas de UNITER en Paraná, de poder colaborar con algunos casos que se presentaban en esa ciudad, durante ese tiempo recopile información de 711 pacientes.

Objetivo

Describir el incremento observado de tumores neuroendocrinos en las zonas rurales, y comparar con los casos descriptos en áreas urbanas de Paraná y de AMBA.

Población

Pacientes asistidos en el Htal. Santojanni y en UNITER, con diagnóstico de tumor neuroendocrino.

Materiales y métodos

Descripción de casos, comparando la población asistida en Paraná (área urbana y rural) de la asistida en Buenos Aires. Todos los pacientes tienen estudio anatómico patológico previo a la consulta. Para el resultado estadístico se conformaron tres grupos. Pacientes AMBA, Paraná Urbano y Paraná Rural.

Resultados

De los 711 pacientes asistidos en UNITER 19 de ellos 2,46% eran tumores neuroendocrinos, y de los 19 casos, 13 de ellos eran de áreas rurales aledañas, (76,47%). En ese mismo periodo en mi actividad en el Hospital Santojanni de Buenos Aires, se asistieron 1299 pacientes y de ellos solo 6 eran tumores neuroendocrinos 0,4%, todos de áreas urbanas. La incidencia promedio mundial es de 0,5% teniendo en cuenta los pocos registros existentes, es coincidente con lo encontrado en áreas urbanas, representando 6,15 veces más.

Conclusiones

El significativo aumento de los tumores neuroendocrinos en áreas rurales podría tener una relación directa con su ubicación y con factores ambientales o tóxicos de dichas áreas, en este trabajo se evaluó el efecto posible de los agrotóxicos como desencadenantes del aumento estadísticamente significativo en las áreas rurales.

#07 Ependimoma supratentorial y glioblastoma variante de células pequeñas sincrónicos: reporte de caso

Flores Toranzos M.^{1*}, Robledo Salas I.¹, Ortega Chahla E.², Mazzon A.³, Zaloff D.³, Gomez Escalante J.⁴

¹Servicio de Oncología Clínica. ²Unidad de Neurooncología. ³Servicio Neurocirugía. ⁴Servicio de Patología Instituto de Oncología Ángel H. Roffo, Buenos Aires, Argentina.

*Correspondencia: Celeste Flores Toranzos. Agüero 1348, CABA. (CP1425). E-mail: celesteflorestoranzos@gmail.com. 1139226685. Instituto de Oncología Ángel H. Roffo. Av. San Martín 548, CABA. (CP1417). E-mail: oncologiaroffo@gmail.com

Introducción

Si bien los tumores más frecuentes en el sistema nervioso central (SNC) son metástasis, principalmente de pulmón, mama y melanoma, los tumores primarios son bastante comunes. Sin embargo, el diagnóstico de dos tumores primarios sincrónicos es poco frecuente.

El glioblastoma multiforme representa más de la mitad de las neoplasias gliales, presentando mayor incidencia a partir de la sexta década de la vida con una mortalidad de aproximadamente el 75% en los 18 meses posteriores al diagnóstico. El glioblastoma de células pequeñas representa menos del 10% de los mismos, y no se diferencia radiológicamente del clásico. Incluso en la evaluación histopatológica, muestran áreas de apariencia similar, intercaladas con áreas de células pequeñas. Los ependimomas son tumores primarios del sistema nervioso de origen neuroectodérmico.

Objetivo

Nuestro objetivo es la presentación de un paciente diagnosticado de glioblastoma variante células pequeñas G 4 OMS. IHQ: IDH no mutado. EGFR amplificado y un ependimoma supratentorial G 2 OMS.

Caso clínico

Paciente de 57 años que se encontraba en seguimiento en nuestra institución por cáncer de mama ductal invasor luminal B estadio IIIC diagnosticado 4 años atrás, presenta episodios de crisis focales tónico-clónicas y paresia braquial izquierda, y posteriormente paresia crural derecha, con performance status físico ECOG 1.

Discusión

La presentación sincrónica de dos tumores primarios de SNC de diferente histología es muy infrecuente, siendo los más frecuentes el astrocitoma y el meningioma. Se han postulado distintas teorías sobre el origen de los mismos, entre ellas la presencia de un estímulo oncogénico capaz de llevar a la transformación celular en áreas susceptibles produciendo como resultado el surgimiento de tumores primarios de diferente histología. Otra teoría menciona la presencia de residuos embrionarios capaces de ser el origen de nuevos tumores primarios. Por último, se describe la posibilidad de que la existencia de un primer tumor sea capaz de ser estímulo suficiente para el desarrollo de otro tumor adyacente. La combinación más frecuentemente descrita es meningioma asociado con glioma, schwannoma o por adenoma hipofisario.

Conclusión

Es nuestra intención entonces contribuir con el reporte de un caso de una paciente con el diagnóstico sincrónico de dos tumores primarios del sistema nervioso central, siendo la misma presentación extremadamente infrecuente.

#08 Análisis *in silico* de la heterogeneidad y origen de células tumorales de neuroblastoma

Garde F., Mosna M., Petriz L., Stinson M., Di Bella D., Carcagno A.*

Laboratorio de Diferenciación Celular y Cáncer, Espacio Transversal de Investigación 1 (ETI1), Instituto de Química Biológica de la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales (IQIBICEN-CONICET).

*Correspondencia: Abel Carcagno. Intendente Guiraldes 2160, Ciudad Universitaria, Tel: 52858417, Cel: 32322750, E-mail: abel@carcagno.com.

Introducción

El neuroblastoma es el cáncer pediátrico más común derivado del linaje simpatoadrenal que, con frecuencia, se origina en las glándulas adrenales.

Objetivo

El objetivo de este trabajo consistió en analizar datos transcriptómicos provenientes de la secuenciación masiva por *single cell* RNA-Seq de tumores de neuroblastoma.

Materiales y métodos

Se utilizaron los datos provenientes de Dong et. al. 2020 y Kildisiulte et. al. 2021 que comprenden biopsias de 37 pacientes con neuroblastoma.

Para el análisis de los datos se utilizó el software RStudio y principalmente el paquete Seurat. Los datos se procesaron, filtraron y visualizaron a partir de la anotación de los autores. Con el fin de enriquecer el análisis se integraron los distintos datos en un único *dataset*. A partir de éste se analizó la heterogeneidad celular para dilucidar su origen y sus posibles causas. Adicionalmente, se realizó un análisis de enriquecimiento funcional de los *clusters* obtenidos para identificar las principales diferencias entre cada uno de ellos y detectar su posible rol en la progresión tumoral. Finalmente, para cada *cluster* se analizó la expresión de *Ascl1*, gen cuya alta expresión está asociada a una peor prognosis, para evaluar su representación dentro de cada subtipo celular identificado en los tumores.

Resultados

Los resultados indican que a) las células de neuroblastoma tienen su origen a partir del linaje de los simpato blastos de la médula adrenal; b) la heterogeneidad celular en los tumores no se debe al origen de sus células sino a las fases del ciclo celular, c) *Ascl1* se expresa en los *clusters* de células en proliferación y en conjunto con genes asociados a la neurogénesis.

Conclusión

A partir de los resultados obtenidos se concluye que: a) la integración de datos de distintas fuentes es un método confiable para enriquecer este tipo de análisis b) existe heterogeneidad celular con funciones específicas para cada uno de los *clusters* identificados c) *Ascl1* no tiene un efecto en sí sobre la tumorigenicidad, sino que contribuiría al bloqueo de la diferenciación neuronal terminal favoreciendo de esta manera la progresión tumoral.

Estos tipos de estudio favorecerán la identificación de blancos terapéuticos y a la evaluación de nuevas estrategias terapéuticas que puedan contemplar los diferentes subtipos celulares presentes en el tumor.

#09 Determinación del pronóstico y la sobrevida de los pacientes con síndrome de compresión medular en una institución universitaria argentina

Mesples B.*, Martínez J. J., Jové F., Toranzos C., Ortega-Chahla E., Mazzon A., ZaloffDakoff J.

Instituto de Oncología Ángel H. Roffo (Capital Federal CP 1417, Argentina) oncologiaroffo@gmail.com

*Correspondencia: B. Mesples. Dirección: Maure 4125. (CP1427). Teléfono fijo/celular: +5491130290908. E-mail: bermesples@gmail.com

Introducción

El síndrome de compresión medular (SCM) es una emergencia oncológica que exige una rápida respuesta terapéutica. El Score de Bauer (SB) determina la sobrevida del paciente para poder determinar el tratamiento. El Score de SINS y ESCCS nos permite reconocer el riesgo de inestabilidad y el grado de compromiso neurológico.

Objetivos

Sobrevida de los pacientes internados por SCM en nuestra institución desde Enero-2017 a Junio-2022 aplicando los Scores pronósticos y tratamiento instaurado.

Relación del tipo de tumor primario, histología, diferenciación y estadio (TNM) con estos sistemas pronósticos.

Población

Pacientes internados en Sala de Clínica Oncológica de la Institución durante el período mencionado.

Material y métodos

Análisis retrospectivo observacional de carácter institucional de 54 Historias Clínicas.

Resultados

El 55% fue sexo masculino con una edad media de 56 años (18 - 79). El principal, fue cáncer mama (15%). Un 50% de los pacientes se encontraba recibiendo tratamiento oncológico. El sitio dominante fue a nivel dorsal (52%) seguido del lumbosacro (29%). 53% sufrieron afectación múltiple siendo el dolor (70%), el síntoma más frecuente. El tiempo promedio de internación fue de 15 días. Todos los pacientes que sufrieron CM presentaron deterioro del ECOG. Aplicando el SB, 48% presentó score 2. 28% y 22% presentaron puntajes de 0-1 y 3-4. Todos recibieron corticoides como tratamiento principal. La sobrevida fue de 87 días. Scores mayor o igual a 2 una sobrevida de 150 días. 26 pacientes (48%) fallecieron durante la internación o inmediatamente en las semanas posteriores.

Mortalidad entre el 40 - 60% de la muestra analizada. La mayoría presentó lesiones de alto riesgo de complicaciones neurológicas.

Conclusiones

El uso correcto de estos scores demuestra el pronóstico a corto y mediano plazo de los pacientes y la importancia de tener que articular mejor a los distintos protagonistas que conforman el equipo multidisciplinario para enfrentar este síndrome.

#10 Combinación de agonista/antagonista de GnRH con inhibidores de proteínas quinasas contrarrestan el crecimiento y metástasis en cáncer de mama

Mondaca J.*, Fernández Muñoz J., Castro A., Vanderhoeven F., Flamini M. I., Sanchez A. M.

Laboratorio de Transducción de Señales y Movimiento Celular. Instituto de Medicina y Biología Experimental de Cuyo (IMBECU). UNCuyo-CONICET

*Correspondencia: J. Mondaca. Adrián Ruiz Leal s/n. Parque General San Martín. Mendoza (CP5500). Celular: 2634636222. E-mail: jmondaca@mendoza-conicet.gob.ar

Introducción

El cáncer de mama (CM) es la neoplasia maligna más frecuente en mujeres, siendo las metástasis la causa del 98% de las muertes. La mayor parte de los CM son hormono-dependientes, y estudios recientes sugieren que la hormona leutinizante (LH) podría desempeñar un papel en el desarrollo y progresión del CM. La progresión tumoral depende de la capacidad de invadir y metastatizar a sitios distantes, siendo esencial en este proceso la migración celular. Se ha demostrado que el receptor de LH (LHR) está presente en varios tejidos extra-gonadales, pero su relevancia funcional es incierta. Por ello, resulta interesante profundizar nuestros estudios ya que actualmente la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) está siendo *target* de agonistas/antagonistas para tratar ciertos tumores dependientes de hormonas.

Objetivo

Analizar la expresión de un conjunto de genes involucrados en la progresión tumoral en los diferentes subtipos de CM. Evaluar a través del estudio *in vivo* el rol de Src y FAK, junto al uso de agonistas/antagonistas de GnRH sobre la migración en líneas celulares, y crecimiento tumoral en un modelo murino.

Metodología

Utilizaremos para el análisis bioinformático la base de datos pública Gene Expression Omnibus. Para determinar el rol de Src/FAK y el uso del agonista (Leuprorelina)/antagonista (Degarelix) de GnRH sobre el crecimiento tumoral, inyectaremos células LM3 y LM05 previamente tratadas en ratones BALB/c.

Resultados

Hemos determinado *in silico* cambios en los niveles de expresión en un conjunto de genes involucrados en la progresión tumoral en diferentes subtipos de CM. Mediante ensayo de crecimiento ortotópico de tumor en ratones determinamos que Degarelix disminuye significativamente el crecimiento tumoral, mientras que Leuprorelina incrementa el volumen del tumor. Paralelamente observamos que el uso de específicos inhibidores quinasas vs. Src (PP2) y FAK (FAKi) reducen el crecimiento tumoral, y la combinación de PP2/FAKi junto a Degarelix potencia el accionar inhibitorio tumoral.

Conclusiones

Nuestros hallazgos brindan información relevante sobre cómo LH juega un papel regulador en genes *targets* involucrados en los procesos invasivos y metastásicos celulares y tumores mamarios en ratones. El enfoque basado en el uso de antagonistas de GnRH, y en combinación con inhibidores quinasas podrían presentar una estrategia en el tratamiento de pacientes metastásicos, con elevados niveles de gonadotropinas, tal como en mujeres menopáusicas.

#11 Incidencia del cáncer de cérvix asociado a factores de riesgos en pacientes del dpto. de oncología del hospital Dr. José Ramón Vidal de la ciudad de Corrientes en el año 2022

Paniagua L. P.*, Fernández E., Gonzales Y., Arévalos J., Franco E., Arguello C., Ojeda A.

Hospital Dr. José Ramón Vidal - Corrientes.

*Correspondencia: Paola Paniagua. E-mail: Pao.pani30@gmail.com

Introducción

El cáncer se origina cuando las células en el cuerpo comienzan a crecer en forma descontrolada. Casi cualquier célula del cuerpo puede convertirse en cáncer y propagarse a otras partes del cuerpo. El cáncer cervicouterino es el tercer cáncer más diagnosticado entre las mujeres, a pesar de que podría prevenirse casi por completo, continúa siendo un problema significativo de salud pública en Argentina.

Objetivo

Identificar los factores de riesgo y su incidencia en pacientes del Dpto. de Oncología del Hospital Dr. José Ramón Vidal de la ciudad de Corrientes en el año 2022.

Metodología

Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y observacional; población: pacientes oncológicos ambulatorios con diagnóstico de cáncer de cérvix del servicio de hospital de día. Se utilizó un cuestionario como instrumento de recolección, los datos se volcaron a una matriz en programa Excel.

Resultados

De un total de 20 personas 18 accedieron al estudio presentando una edad promedio 45,1 años. Edad promedio al momento del diagnóstico 43,7. El 56% era del interior de la provincia de Corrientes. El 50% presentó una ocupación en quehaceres domésticos. El 33% presentó un nivel de instrucción primario completo. El 50% de las entrevistadas son solteras. El 72% tuvieron más de una pareja sexual. El 56% consumía anticonceptivos orales y 56% no consumía tabaco. El 47% multiparidad, 44% multigesta. El 39% primera menarca a los 12 años. El 50% con antecedentes familiares de cáncer. La sintomatología previa al diagnóstico fue hemorragia vaginal 50%, dolor pélvico y flujo vaginal coincidiendo ambas en 22%. La mayoría no presentó hpv: 78%.

Conclusión

En relación a las variables analizadas, la mayoría de los resultados coinciden con los datos obtenidos en las investigaciones tomadas como referencia. Para finalizar podemos concluir que los factores de riesgo modificables se presentan con mayor frecuencia que los no modificables.

#12 Importancia de la confirmación bioquímica de las variantes informadas en estudios de secuenciación en presencia de pseudogenes

Parada Fennen L., Jalil F. S., Liria N. C., Gutierrez L. G., Solano A. R.*

Genotipificación, Departamento de Análisis Clínicos, Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas "Dr. Norberto Quirno" (CEMIC), CABA.

Correspondencia: Solano A. R., Genotipificación, DAC, CEMIC. Dirección: Avda. Galván 4102, 1431FW0, CABA. Tel.: +5411 52990100 int 2914 y +5411 53397929

Introducción

La secuenciación se utiliza para analizar genes, paneles de genes, exomas (los genomas tienen detalles técnicos propios) y no distingue si la variante detectada está presente en el gen o en los pseudogenes. Los pseudogenes pueden o no estar en tándem en la ubicación genómica y eso dificulta su confirmación directa por lo cual planeamos análisis específicos.

Objetivos

Confirmar la presencia en los genes *CHEK2* y *PMS2* de la variante patogénica detectada en la secuenciación por NGS (Next generation sequencing). En ambos genes pudimos confirmar la presencia o la ausencia de la variante detectada.

Materiales y métodos

Los genes *CHEK2* y *PMS2* tienen pseudogenes en algunos exones y para evitarlos diseñamos una reacción de la polimerasa (PCR) amplia (longrange, LR-PCR) para evitarlos y abordar el gen específico. Secuenciamos el producto y pudimos confirmar la presencia o ausencia de la variante en el gen.

Resultados

La variante c.1283C>T - p.(Ser428Phe) en *CHEK2* fue detectada en la NGS original y no en la secuencia clásica por PCR ya que está presente en una zona de pseudogenes. Idem para *PMS2*, en este caso se detectaron por NGS las variantes c.439del - p.(Thr147Profs*54) y c.1579_1580del - p.(Arg527Glyfs*14). Se diseñó una reacción de LR-PCR para el gen *CHEK2* y tres reacciones para *PMS2* que dan lugar a 3 productos (10M, 15M y 25Mpb) seleccionadas de acuerdo con la localización de la variante de interés. Con esta metodología confirmamos: a) la presencia de c.1283C>T - p.(Ser428Phe) en *CHEK2*; b) la ausencia en *PMS2* de c.439del - p.(Thr147Profs*54), o sea la variante informada estaba en un pseudogen, y confirmamos la c.1579_1580del - p.(Arg527Glyfs*14) en el gen *PMS2*.

Los resultados de cálculo bioinformático, siempre valiosos conociendo las limitaciones, son indispensable confirmarlos con una reacción bioquímica indubitable, así describimos en 2021 para los CNVs (variación en número de copias) con la reacción de MLPA (Multiplex Ligand Proband Assay), para evitar falsos resultados normales o patogénicos.

Conclusión

Los análisis genómicos y genéticos son transversales a todas las especialidades. Todo informe es imprescindible que exprese una descripción de la calidad y sus limitaciones para basar el tratamiento y/o conducta clínicos en un resultado firme, y para ello es indispensable saber detectar un informe no satisfactorio.

#13 Análisis epidemiológico de los pacientes oncológicos internados en el hospital María Curie

Sganzetta M.*, Bogado Pino P., Constanzo F., Ferreyra M., Gandolfi D., Palazzo A., Mercado A., Rosales C.

Servicio de Internación Clínica Oncológica Hospital Municipal de Oncología María Curie. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

*Correspondencia: Dra. María Soledad Sganzetta. Dirección: Manuel Artigas 5196 8 K, CABA. (CP1440). Tel.: 11468340527/1150627844.

E-mail: soledadsganzetta@hotmail.com.

Introducción

El Hospital Municipal de Oncología María Curie, es un centro monovalente dedicado a la atención integral de los pacientes oncológicos. Recibe derivaciones de otras instituciones del ámbito local así como también de diferentes puntos del país. Cuenta con atención oncológica ambulatoria llevada a cabo en consultorios externos y dos pisos de internación para la atención exclusiva de pacientes oncológicos, uno para tratamiento quirúrgico y el segundo para clínica oncológica.

Objetivos

Caracterizar a los pacientes masculinos hospitalizados en la sala de internación de hombres del sector de Clínica Oncológica, teniendo en cuenta diferentes parámetros: diagnóstico, edad, motivo de internación y situación de egreso.

Población

La población objeto de este análisis son los pacientes que han cursado internación en la sala de hombres del sector de Clínica Oncológica entre Octubre de 2021 a Mayo de 2022. Se incluyen pacientes con diagnóstico de tumores sólidos cuyo motivo de ingreso sea de manejo clínico. Se excluyen pacientes oncohematológicos e internaciones de carácter quirúrgico.

Material y métodos

Se utilizaron las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en la sala de internación de hombres del sector de Clínica Oncológica, a través de la realización de un registro diario que documenta el número de historia clínica, nombre y apellido, edad, diagnóstico, motivo de internación y condición de egreso.

Resultados

En la sala de hombres del sector de internación de Clínica Oncológica se han registrado 207 internaciones en el periodo comprendido entre Octubre de 2021 y Mayo de 2022. Esto corresponde a un total de 146 pacientes. El promedio de edad es 60,04 años (rango 19-92 años). En relación al diagnóstico oncológico que presentaban al momento de su ingreso se destacan: pulmón 14,4%; tumores de cabeza y cuello 13,8%; próstata 9,6%; renal 9,6%; sin diagnóstico oncológico 7,8%; recto 6%; sarcomas 5,4%; gástrico 4,8%; colon 4,2%; testículo 4,2%; vejiga 4,2%; páncreas 3%; ano 2,4%; primario origen desconocido 2,4%; tiroides 1,8%; esófago 1,2%; melanoma 1,2%; glioma 1,2%; otros <1% (carcinoma basocelular, cordoma, hepatocarcinoma, mesotelioma). El 6,8% presentaba diagnóstico de dos tumores primarios, en tanto el 0,68% presentaba tres tumores primarios al momento del ingreso.

Conclusiones

La sala de hombres del sector internación de Clínica Oncológica presenta un elevado número de hospitalizaciones en el período analizado. Se observa que los diagnósticos más prevalentes en internación son cáncer de pulmón, tumores de cabeza y cuello, próstata y renal. La causa más común de internación es el deterioro del estado general y en segundo lugar la aplicación de tratamiento quimioterápico. La mayoría de los pacientes que obitaron presentaban diagnóstico de cáncer de pulmón y el motivo de ingreso era deterioro del estado general.

#14 Covid y cáncer. Experiencia en una institución pública del conurbano bonaerense

Tomadoni A.*, Adelchanow E., Yanibelli M., Merayo Guzmán A., Ojeda M.

Hospital Nacional "Prof. A. Posadas", Servicio de Oncología.

*Correspondencia: Tomadoni A. Lafuente 723, CABA. (CP1406). E-MAIL: adriana.tomadoni@gmail.com. Tel: 541154183393 - 541146130193

Introducción

Desde marzo del 2020 el mundo se vio atravesado por la pandemia de Covid19 que modificó la asistencia médica de pacientes con dolencias previas. En nuestro país en particular tanto las autoridades como la población perciben que los pacientes con enfermedades crónicas fueron perjudicados, sin conocer el impacto real de dicho perjuicio.

Objetivos

Comparar los estadios de consulta al Servicio de las dos patologías prevalentes (cáncer de mama y colon) en 2019 (pre-pandemia y cuarentena) y 2021 (una vez iniciada la campaña de vacunación). Analizar las causas de las diferencias y proponer conductas futuras.

Población

Todos los pacientes con cáncer de colon y mama que consultaron al servicio por primera vez durante 2019 y 2021.

Material y métodos

Revisión retrospectiva de las historias clínicas de pacientes con cáncer de mama o colorectal y sus estadios tomados de la base de datos prospectiva del Servicio. Utilizamos una herramienta (encuesta abierta semiestructurada) para averiguar si existió demora en la consulta y sus causas según el testimonio de cada paciente.

Resultados

En lo que a cáncer colorrectal respecta los estadios localizados (I y II), disminuyeron del 44% al 28%, por lo que el crecimiento en estadios avanzados fue del 28%. (de 56% de estadios III y IV en 2019 a 72% en 2021). Cáncer de mama muestra el mismo fenómeno, de tener un 39% de Estadios I en 2019 a un 26% en 2021. El porcentaje de pacientes con estadio IV aumentó desde el 11% en 2019 a un 18% en 2021. Las consultas de primera vez por cáncer de mama aumentaron de 136 en 2019 a 172 en 2021. Las causas esgrimidas para las demoras en la consulta se detallan en el trabajo.

Conclusiones

Desde que comenzó la pandemia por Covid-19 fallecieron alrededor de 6 millones de personas, en Argentina 130.000. Diez millones de personas mueren por cáncer en el mundo anualmente, de acuerdo al INC en Argentina en 2019 murieron por cáncer 62.106 personas. Ante nuevas pandemias el Ministerio de Salud y los organismos reguladores deberán poner en práctica medidas para evitar que esto suceda nuevamente. Algunas se proponen en nuestro trabajo.

#15 El tratamiento combinado de ácido retinoico con un inhibidor de la quinasa de adhesión focal previene el crecimiento y metástasis de células de cáncer de mama

Vanderhoeven F.*, Castro C., Mondaca J., Redondo A., Fernández J. M., Sánchez A.M., Flamini M. I.

Laboratorio de Biología Tumoral. Instituto de Medicina y Biología Experimental de Cuyo (IMBECU). UNCuyo-CONICET.

*Correspondencia: Vanderhoeven F.; Adrián Ruiz Leal s/n. Mendoza (5500). Tel.:02615244150. E-mail: fvanderhoeven@mendoza-conicet.gob.ar.

Introducción

El ácido retinoico all-trans (RA), principal metabolito de la vitamina A, regula programas genéticos implicados en el desarrollo y homeostasis, siendo un agente prometedor para el tratamiento y quimioprevención de diferentes neoplasias, incluidas el cáncer de mama (CM). La quinasa de adhesión focal (FAK), es un regulador crucial de la migración celular, y su sobreexpresión está asociada a tumores metastásicos, razón por la cual se han desarrollado inhibidores farmacéuticos (FAKi) para contrarrestar su acción.

Objetivos

El objetivo de este trabajo fue evaluar la combinación de RA+FAKi en la inhibición de la progresión tumoral.

Material y métodos

Mediante análisis in silico, in vitro (ensayos de viabilidad, adhesión y migración celular, Western Blot, inmunofluorescencia) e in vivo (crecimiento ortotópico tumoral y metástasis experimental a pulmón).

Resultados

Demostramos la sobreexpresión de RARA, SRC y PTK2 (que codifican para RAR α , Src y FAK, respectivamente) en todas las células mamarias analizadas. Además, existe un patrón diferente de genes up/down-regulated entre líneas resistentes y sensibles a RA. En líneas de CM resistentes a RA, se observa la modulación de la expresión de genes involucrados en la señalización de la vía Src-FAK luego del tratamiento con RA. En células LM3 de adenocarcinoma mamario murino, el RA y FAKi administrados por separados disminuyeron la viabilidad, adhesión y migración, siendo el efecto mayor cuando se administran combinados. RA y RA+FAKi indujeron la relocalización nuclear de FAK y todos los tratamientos (RA, FAKi y RA+FAKi) disminuyeron su expresión. En el modelo in vivo, RA y FAKi administrados por separado redujeron el crecimiento tumoral pero el tratamiento combinado indujo una inhibición más potente. Además, RA redujo significativamente la metástasis pulmonar de células LM3.

Conclusiones

Estos resultados indican que la resistencia a RA podría deberse a la desregulación de genes targets de RA, incluidos los que codifican componentes de la vía SrcFAK. Nuestro estudio también demuestra que RA juega un papel esencial en la interrupción del crecimiento tumoral y la diseminación metastásica de células de CM, in vitro e in vivo, al controlar la expresión y localización de FAK. RA+FAKi exacerban estos efectos, lo que sugiere que la sensibilidad a las terapias de RA podría aumentar con la coadministración de FAKi en tumores de CM.

#16 Búsqueda de microarns tumorales como biomarcadores de agresividad en tumores hipofisarios

Werner E.¹, Perrone S.¹, Rabadan A.^{4,5,6}, Campero A.^{7,8}, González Abatti S.^{9,10}, Recalde R.^{10,11}, Cervio A.¹², Ajler P.¹³, Seclen D.¹⁴, Picard N.¹⁵, Mural M.^{11,15}, Berner S.³, Cristina C.^{1,2*}

¹Centro de Investigaciones Básicas y Aplicadas (CIBA) - UNNOBA, Junín, Buenos Aires. ²Centro de Investigaciones y Transferencias del Noroeste de la Provincia de Buenos Aires (CIT NOBA, UNNOBA-UNSA-CONICET). ³Clínica Santa Isabel, CABA. ⁴Sanatorio Dupuytren, CABA. ⁵Instituto Dr. Alfredo Lanari, CABA. ⁶Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento (IADT), CABA. ⁷Hospital Ángel Padilla, San Miguel de Tucumán, Tucumán. ⁸Sanatorio 9 de Julio, San Miguel de Tucumán, Tucumán. ⁹Hospital Británico, CABA, Buenos Aires. ¹⁰Hospital de Clínicas, CABA. ¹¹Hospital Posadas, El Palomar, Buenos Aires. ¹²FLENI, CABA. ¹³Hospital Italiano, CABA. ¹⁴Hospital El Cruce, Florencio Varela, Buenos Aires. ¹⁵Clínica La Pequeña Familia (LPF), Junín, Buenos Aires.

*Correspondencia: Cristina, Carolina. Dirección postal: Jorge Newbery 261, Junín, Buenos Aires. (CP6000). Celular: 236 4532068. E-mail: carolina.cristina@nexo.unnoba.edu.ar. Centro de Investigaciones Básicas y Aplicadas (CIBA), UNNOBA, Junín, Buenos Aires. ciba@unnoba.edu.ar

Introducción

Los tumores hipofisarios constituyen el 15% de los tumores intracraneales, causan considerable morbilidad y mortalidad debido a su localización crítica, su secreción hormonal desregulada y su posible expansión hacia zonas contiguas comprometiendo la visión y otras funciones cerebrales. En los últimos años, se ha propuesto a los microARNs (miARNs) como herramientas útiles para el diagnóstico y pronóstico de enfermedades, mediante su medición en diferentes fluidos corporales. Los miARNs son moléculas de ARN no codificantes de 19 a 25 nucleótidos de longitud que regulan negativamente la expresión génica postranscripcional durante distintos procesos celulares, en condiciones tanto fisiológicas como patológicas. En este sentido, la desregulación de algunos miARNs ha sido sugerida como un potencial biomarcador de recurrencia y agresividad en varios tumores, incluidos los tumores de hipófisis.

Objetivo

El objetivo del trabajo fue determinar el potencial de miARNs tisulares como biomarcadores de agresividad y recurrencia en tumores hipofisarios humanos que permitan un diagnóstico y pronóstico más eficaz para estos tumores.

Material y Métodos

Se extrajo el ARN total con enriquecimiento de miARNs de 36 muestras de tumores hipofisarios obtenidas de cirugía, se cuantificó por Picodrop y se detectaron por RT-qPCR miARNs seleccionados a partir de estudios bioinformáticos y la literatura: hsa-miR-23a-3p, hsa-miR-23b-3p, hsa-miR-26a-5p y hsa-miR-15b-5p. Su expresión se normalizó al control interno SNORD44. Los análisis estadísticos se realizaron mediante pruebas no paramétricas, y se consideró significativo un valor $p < 0.05$.

Resultados

Se detectó expresión de los miARNs en estudio en la cohorte de tumores hipofisarios utilizada. Hallamos diferencias significativas al comparar los tumores recurrentes y no recurrentes, para los cuatro miARNs evaluados. Sin embargo, no encontramos diferencias en relación al subtipo tumoral, grado de Knosp y porcentaje de Ki-67; ni al comparar entre tumores funcionantes y no funcionantes, invasivos y no invasivos o micro y macroadenomas.

Conclusiones

Nuestros resultados preliminares demuestran la expresión de miARNs específicos en muestras de tumores hipofisarios provenientes de cirugía en el marco del Primer Estudio Multicéntrico de Argentina sobre agresividad en estos tumores. Asimismo, sugieren su potencial uso como biomarcadores en la resistencia y recurrencia tumoral hipofisaria, y evidencian la necesidad de profundizar el trabajo en miARNs en los tumores y en sangre periférica.

#17 Impacto de la pandemia de covid-19 en el acceso al tratamiento de mujeres con cáncer cervicouterino en el sistema público de la provincia de Jujuy: estudio de cohorte retrospectiva-análisis antes/después

Arrossi S.^{1,2*}, Binder F.¹, Ituarte C.³, Martiarena N.⁴, Campanera A.⁵, Bárcena M.⁴, Paolino M.^{1,2}

¹Centro de Estudios de Estado y Sociedad. ²Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Buenos Aires, Argentina. ³Hospital Pablo Soria, Jujuy, Argentina. ⁴Instituto Provincial del Cáncer, Jujuy, Argentina. ⁵Jujuy Ministry of Health, Argentina.

*Correspondencia: Arrossi S. Dirección postal: Sánchez de Bustamante 27, Buenos Aires, Argentina, (CP1173) Tel.: +54 11 4865-1707 E-mail: silviarrossi@cedes.org

Introducción

La evidencia muestra que los tratamientos de cáncer se interrumpieron a partir de la pandemia de COVID-19, pero son escasos los estudios que analizan el impacto de la pandemia de COVID-19 en el cumplimiento de los tratamientos de mujeres con cáncer cervicouterino (CC). Esta Investigación fue financiada por la Dirección de Investigación en Salud, Ministerio de Salud de la Nación a través de las Becas Salud Investiga.

Objetivo

Evaluar el impacto de la pandemia de COVID-19 en el acceso al tratamiento de CC en el sistema público de salud de la provincia de Jujuy.

Población

Mujeres de 18 años y más con diagnóstico histopatológico de CC entre 01/01/2017 y 31/12/2020 en el sistema público de salud de la provincia de Jujuy.

Materiales y métodos

Estudio de cohorte retrospectiva –análisis antes/después de la pandemia de COVID-19– para evaluar su el impacto en el cumplimiento de los tratamientos de CC. El outcome principal del estudio fue no cumplimiento del tratamiento. Las mujeres diagnosticadas en 2020 fueron consideradas como expuestas a la pandemia de COVID-19 (n=21). Para evaluar el outcome se realizó una regresión logística multivariada. Se midieron además los tiempos de del tratamiento y la duración total de los tratamientos de las mujeres con indicación de braquiterapia.

Resultados

Entre enero 2017 y diciembre 2020 162 pacientes fueron diagnosticadas con CC en el sistema público de Jujuy, de las cuales 140 se consideraron elegibles. Siete mujeres continuaron tratamiento en el sistema privado. De las 133 (n= 113, 2017-2019 y n=20, 2020) que continuaron en el sistema público, 60,1% (n=80) no cumplieron con el tratamiento. Comparadas con las mujeres diagnosticadas en 2017-2019, el Odds ratio de no cumplimiento de las mujeres diagnosticadas en 2020 fue de 1,77 (95%IC 0.59–5.81; p<0.318). Se observó mayor riesgo de no cumplimiento entre las que tenían indicación de braquiterapia (OR:4.14, 95%IC 1.95-9.11; p<0.001). La mediana de duración de tratamiento para las mujeres con indicación de braquiterapia fue 12.8 semanas (2017-2019) vs. 15.7 (2020) (p=0.33); la mediana de tiempo para el inicio del tratamiento para las mujeres con estadios tempranos fue de 9 (2017-2019) y 5 (2020) semanas (p=0.061). Para los estadios IIB+ la mediana fue 7.2 (2017-2019) y 9 (2020) semanas (p=0.358).

Conclusiones

La pandemia de COVID-19 no impactó significativamente en el cumplimiento de los tratamientos, que ya era un problema importante previo a la pandemia. La falta de acceso a la braquiterapia fue identificado como el mayor factor determinante de no cumplimiento independientemente del periodo de diagnóstico.

#18 Nuestra experiencia en investigación clínica oncológica en el Centro Médico Austral

Schahovskoy N.*, Pastor L., Aquino F., Mazzoni J., Streich G., Villalba Blanco M.

Centro Médico Austral.

*Correspondencia: Natalia Schahovskoy. Montevideo 955 PB - (CP1019) CABA, Argentina. Tel.: +54 11 4816-4643 / +54 11 4811-1054

E-mail: nataliaschahovskoy@gmail.com info@centromedicoaustral.com.ar

Introducción

La investigación clínica es fundamental para el desarrollo de nuevos medicamentos, nuevas opciones terapéuticas, nuevas alternativas y oportunidades para el paciente, en el presente y en el futuro. Tiene como uno de sus objetivos, avanzar en el conocimiento. Con la mirada puesta en tratar de superarnos, decidimos realizar este trabajo con el objeto de una auto evaluación.

Objetivo

Evaluar la difusión, accesibilidad y desarrollo de la investigación clínica en un centro oncológico.

Material y métodos

Se evaluó el total de pacientes derivados al centro de investigación en los últimos 4 años, los tipos de protocolos abiertos, las dificultades de difusión y reclutamiento.

Resultados

En el centro contamos con 18 protocolos fase II y III, de los cuales 14 de ellos fueron abiertos en el lapso de los últimos dos años, con una variedad para diferentes patologías, como ser cáncer de mama, pulmón, vejiga, riñón, melanoma, etc, de distintas características, distintos blancos moleculares, y estadios. También se cuenta con un protocolo para pacientes con plaquetopenia. Se recibieron un total de 120 pacientes derivados para evaluación, de los mismos 102 firmaron consentimiento informado, y 74 pacientes fueron randomizados, un 72,5%, y el porcentaje que no logró randomizarse fue debido a que presentó alguna intercurencia previa al mismo o no cumplía con todos los criterios solicitados. De los pacientes que recibieron tratamiento un 31% continúan a la fecha.

La información de los estudios ongoing llega a nuestros colegas a través de mails, con esquemas visuales simples, donde se puede observar un resumen de los mismos, con los detalles más importantes, también se llevan a cabo reuniones periódicas con algunas especialidades para brindar información con respecto a los protocolos. Del total de los profesionales que recibieron la información sólo el 25% de ellos derivaron pacientes.

Conclusión

La investigación clínica en oncología se ha vuelto una herramienta útil para el acceso a drogas ya presentes en los estándares de tratamiento en Argentina y que, por falta de recursos, de tiempos y de accesibilidad no siempre llegan a los pacientes. Si bien existe una importante difusión de los estudios en curso, la dificultad se manifiesta en el reclutamiento, por lo que podríamos concluir que es uno de los puntos en los que debemos poner mayor énfasis para el crecimiento de la investigación en oncología clínica.

#19 Experiencia en el mundo real de re irradiación focal prostática con radioterapia estereotáctica extracraneal (SBRT)

Quiceno S.^{1,2*}, Gronovich D.^{1,2}, Girola M. J.^{1,2}, Rojas C. K.¹, Zapata M.^{1,2}, Chiozza J. O.^{1,2}, Barros J. M.^{1,2}

¹VIDT Oncología Radiante. ²Centro de Radioterapia, Hospital Universitario Austral. Vidt Oncología Radiante, Vidt 1924, C1425, CABA. Tel.: 5278-6005 Cel.: +5491176377218

*Correspondencia: Sergio Quiceno. Av. Peron 1500, Pilar, (B16290DT) Buenos Aires, Argentina. Tel.: 02304-482242. E-mail: sergio.quiceno@vidtcm.com.ar. Centro de Radioterapia, Hospital Universitario Austral.

Introducción

Entre el 30-47% de los pacientes que reciben radioterapia externa en próstata van a presentar riesgo de un recurrencia intraprostática durante el seguimiento. El tratamiento estándar es el inicio de bloqueo hormonal, con un marcado impacto en la calidad de vida o terapias de rescate (cirugía, braquiterapia o HIFU). La re irradiación focal con SBRT es una alternativa novedosa, factible y segura.

Objetivos

Reportar el perfil de los pacientes con recidiva prostática, luego de radioterapia externa o braquiterapia, que recibieron re irradiación focal en VIDT Oncología Radiante.

Material y métodos

Se evaluó retrospectivamente la historia clínica de 26 pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma de próstata tratados con Radioterapia externa o Braquiterapia, que presentaron recidiva bioquímica y recurrencia intraprostática mediante estudios metabólicos (PET colina o PSMA) que recibieron re irradiación con SBRT entre el año 2018 y 2021. La indicación de SBRT fue evaluada por un comité descartando secuelas del tratamiento previo mediante rectoscopia y cistoscopia. Se realizó un seguimiento clínico post-SBRT con valoración del PSA cada 3 meses y la evaluación de toxicidad fue acorde al CTCAE v.4.3.

Resultados

El tratamiento consistió en entregar una dosis de 25-30 Gy en 5 fracciones, días alternos, mediante una acelerador lineal con técnica de SBRT. Con una mediana de seguimiento de 24 meses (12-30), 19 pacientes siguen en control. Edad promedio 70,1 años (51-87). Tiempo promedio a la recaída fue de 98 meses (11-252). No se registraron casos de toxicidad G4 GU/GI. Solo un paciente presentó toxicidad GU G3.

Conclusiones

La re irradiación focal con SBRT puede lograr un descenso del PSA significativo y demora al inicio del bloqueo hormonal con buen perfil de toxicidad. Es clave una selección adecuada de los pacientes para optimizar el control de la enfermedad.

#20 Radiocirugía estereotáxica cerebral, una opción segura de tratamiento de las metástasis cerebrales. Cinco años de experiencia institucional

Barros J. M.^{1,2} *, Quiceno S.^{1,2}, Girola M. J.^{1,2}, Rojas C.^{1,2}, Zapata^{1,2}, Chiozza J. O.^{1,2}, Gronovich D.^{1,2}

¹Vídt Oncología Radiante. ²Centro de Radioterapia, Hospital Universitario Austral.

*Correspondencia: Jose Barros. E-mail: jose.barros@vidtcm.com.ar. Vídt Oncología Radiante, Vídt 1924, (CP1425), CABA. Tel.: 5278-6005. Centro de Radioterapia del Hospital Universitario Austral, Av Perón 1500, Pilar, (CP: B16290DT), Buenos Aires, Argentina.

Introducción

Las metástasis cerebrales (MC) son los tumores malignos más frecuentes del sistema nervioso central. Su incidencia está en aumento en parte por la mejoría de las técnicas de imágenes y de los tratamientos sistémicos. Desde el año 2014, ASTRO recomendó no agregar rutinariamente radioterapia holocraneana luego de la radiocirugía en pacientes con un limitado número de metástasis.

Objetivos

Realizar un análisis descriptivo de una serie de pacientes con MC, tratados con radiocirugía con acelerador lineal en Vídt Oncología Radiante/Hospital Universitario Austral. Materiales: Análisis retrospectivo de pacientes con metástasis cerebrales, considerados para radiocirugía cerebral estereotáxica (RC). A todos los pacientes se les realizó una resonancia nuclear magnética (RNM) para fusión con la tomografía de simulación. Se utilizó un sistema de inmovilización frameless Encompass y planificación con software Eclipse v10.0. Todos los procedimientos fueron con guía de imágenes (tomografía de haz cónico CBCT). Se realizó seguimiento clínico y por imágenes de RNM a los 3, 6, 9 y 12 meses postratamiento.

Resultados

Se identificaron 405 pacientes que recibieron RC por metástasis cerebrales entre mayo de 2017 y mayo de 2022, de los cuales 113 correspondieron a primario de mama, 158 a primario de pulmón y el resto fue de riñón, melanoma y colon entre otros. El 48% (193) presentaron lesiones únicas, el 38% (154) 2-4 lesiones y el 12% (49) más de 4 lesiones. Unos 60 pacientes recibieron radiocirugía por progresión de lo tratado o nuevas lesiones, y la histología más frecuente en este subgrupo fue cáncer de mama (30). La media de seguimiento fue de 16.5 meses (3-36 meses).

Conclusiones

La radiocirugía es una estrategia útil y segura en el manejo de las metástasis cerebrales únicas o múltiples. Implica un seguimiento estricto y permite obtener altas tasas de control local sin alterar la calidad de vida del paciente.

ARTÍCULOS ORIGINALES

Recomendaciones para el manejo clínico de pacientes con tumores ginecológicos durante la pandemia de SARS-CoV-2

Evangelina Bonavía, Diana Martínez, Graciela Horton, Yanina Rodríguez, Silvia Milone, Rosa M. Garrido
Servicio de Ginecología, Hospital de Oncología Marie Curie, Buenos Aires, Argentina.

Este trabajo ha sido publicado en Medicina (Buenos Aires), Vol 81 N°6, 2021. Se reproduce con autorización de la revista Medicina (Buenos Aires).

Resumen

La enfermedad por coronavirus COVID-19 causada por el virus SARS-CoV-2 es en muchos casos grave. La pandemia ha demandado una gran organización y redistribución de infraestructura y recursos médicos para la atención de pacientes con cáncer. El servicio de Ginecología del Hospital de Oncología Marie Curie es un centro monovalente dependiente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Forma parte de la red de 33 hospitales públicos de la Ciudad y recibe derivaciones de otros hospitales de la red y de hospitales de la Provincia de Buenos Aires. A partir del 20 de marzo de 2020, cuando entró en vigor el decreto 260/20 que dispuso el aislamiento social, preventivo y obligatorio, se inició una nueva modalidad para la atención y prestaciones de nuestro hospital. En el Servicio de Ginecología del Hospital Marie Curie hemos desarrollado recomendaciones para el manejo de los tumores ginecológicos durante la pandemia por COVID-19. Elaboramos una guía basada en los datos actualizados y recursos disponibles entre los que se encuentran la guía del *International Journal of Gynecological Cancer*, la guía de la Sociedad Británica del Cáncer Ginecológico, las recomendaciones de la Asociación Argentina de Ginecología Oncológica, y la Guía de la Sociedad de Ginecología Oncológica Americana que proveen sugerencias y herramientas para la toma de decisiones con el objeto de reducir la morbilidad y mortalidad de las pacientes con cáncer ginecológico durante la pandemia por Coronavirus (COVID-19).

Palabras clave: COVID-19, ginecología, oncología, pandemia, cirugía.

Abstract

Recommendations for the management of patients with gynecological cancer during the SARS-CoV-2 pandemic. COVID-19 coronavirus disease is an often-severe illness caused by the SARS-CoV-2 virus. The pandemic has demanded a great organization and redistribution of infrastructure and medical resources for the care of patients with cancer. The Gynecology service of the Oncology Hospital of the City of Buenos Aires is a monovalent center dependent on the City of Buenos Aires. It is part of the network of 33 public hospitals in the City of Buenos Aires and receives referrals from other hospitals in the network and from hospitals in the Province of Buenos Aires. As of March 20, 2020, when decree 260/20 came into force, which established social, preventive and compulsory isolation, a new modality was started for the care and benefits of our hospital. In our Service of the *Hospital de Oncología de la Ciudad de Buenos Aires* we have developed recommendations for the management of gynecological tumors during the COVID-19. The guide we developed is based on up-to-date data and available resources and provides suggestions and tools for decision-making in order to reduce the morbidity and mortality of patients with gynecological cancer during the Coronavirus pandemic (COVID-19).

Key words: COVID-19, gynecology, oncology, pandemic, surgery.

PUNTOS CLAVE

Conocimiento actual

- La atención y el tratamiento de pacientes con cáncer ginecológico constituyó una problemática importante para el sistema de salud durante la pandemia por COVID-19.
- Resulta fundamental continuar con la atención de las pacientes con cáncer ginecológico debido a los extensos tratamientos que reciben y al compromiso de su sistema inmune.

Contribución al conocimiento actual

- En el marco de la pandemia por COVID-19, elaboramos guías de práctica de atención del cáncer ginecológico basadas en guías internacionales.
- Estas guías y protocolos nos permitieron continuar con la atención, diagnóstico y tratamiento de los pacientes oncológicos aún durante el período de confinamiento.

Desde el primer caso comunicado en diciembre de 2019, la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) se ha extendido globalmente.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), al día 14 de septiembre de 2021 había cerca de 224 millones de personas infectadas en el mundo y más de 4.6 millones de muertes¹.

El total de casos confirmados en la Argentina para ese entonces alcanzaba a 5 229 848 personas, y el número de infectados internados en UTI era de 1815. Al momento, la cantidad de personas fallecidas era 113 816².

La enfermedad por coronavirus COVID-19 causada por el virus SARS-CoV-2 es a menudo grave. A diferencia de los sujetos sanos, los pacientes con cáncer son más susceptibles a la infección por SARS-CoV-2 y están predispuestos a desarrollar una enfermedad grave, especialmente aquellos que reciben quimioterapia y radioterapia³.

La enfermedad oncológica no ha sido identificada como un factor de riesgo en el análisis multivariado, pero sí la linfopenia, neutropenia prolongada, inmunodeficiencia grave, y edad mayor a 70 años. Estos factores se correlacionan con un curso más grave de COVID-19^{4, 5}. En una reciente revisión se describió un aumento del riesgo de mortalidad en los 30 días del postoperatorio en pacientes con infección por SARS-CoV-2 en un período de hasta 6 semanas previas a la cirugía, con respecto a los que no tuvieron la infección previa al día de la cirugía⁶.

La pandemia ha demandado una gran organización y redistribución de infraestructura y recursos médicos para la atención de pacientes con cáncer ginecológico.

El servicio de Ginecología del Hospital de Oncología Marie Curie es un centro monovalente dependiente de la Ciudad de Buenos Aires. Forma parte de la red de 33 hospitales públicos de la Ciudad y recibe derivaciones de otros hospitales de la red y de hospitales de la Provincia de Buenos Aires. A partir del 20 de marzo de 2020 cuando entró en vigor el decreto 260/20 que dispuso el aislamiento social, preventivo y obligatorio, se inició una nueva modalidad para la atención y prestaciones de nuestro hospital. Numerosos centros de atención ginecológica en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en la Provincia de Buenos Aires dejaron de funcionar y es así como comenzamos a recibir un número creciente de pacientes con diversas enfermedades oncológicas.

Nuestro primer objetivo fue organizar los recursos y el personal de manera tal de no suspender la atención en ningún momento y poder satisfacer la demanda creciente.

Elaboramos una guía, basada en los datos actualizados y recursos disponibles entre los que se encuentran la guía del *International Journal of Gynecological Cancer*⁷, la guía de la Sociedad Británica del Cáncer Ginecológico⁸, las recomendaciones del Colegio Americano de Cirujanos para la selección de pacientes⁹ y de la Asociación Argentina de Ginecología Oncológica¹⁰, y la Guía de la Sociedad de Ginecología Oncológica Americana¹¹ que proveen sugerencias y herramientas para la toma de decisiones con el objeto de reducir la morbilidad y mortalidad de las pacientes con cáncer ginecológico durante la pandemia por Coronavirus (COVID-19).

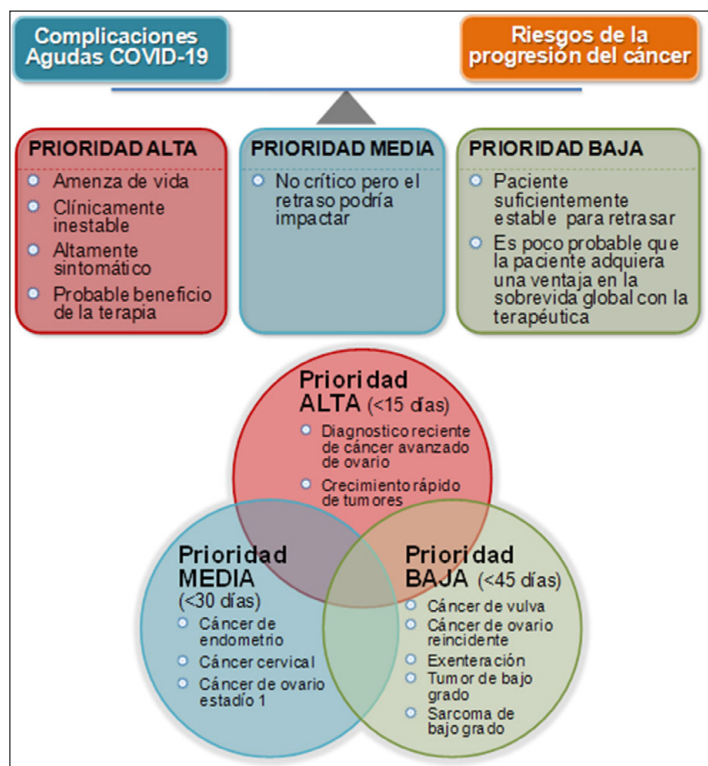
Revisión de las guías para el manejo de pacientes con cáncer en la pandemia por COVID-19

Las pacientes con cáncer tienen mayor riesgo de COVID-19 debido a sus comorbilidades que incluyen enfermedad crónica pulmonar y cardíaca, edad mayor a 65 años, diabetes mellitus, *performance status* ECOG ≥ 2 , y tratamiento actual con quimioterapia^{4,5}. Por otro lado, no hay drogas aprobadas para la profilaxis antiviral en inmunocomprometidos y su uso está aconsejado solo en el contexto de un protocolo de investigación¹².

La Sociedad Europea de Oncología (ESMO) recomienda incorporar una escala de prioridades para las intervenciones quirúrgicas de acuerdo a la magnitud del beneficio clínico y establece 3 grupos de prioridad alta, media y baja para las pacientes oncológicas (Fig. 1). Las pacientes con prioridad alta son aquellas clínicamente inestables en las que el beneficio de la intervención tiene impacto en la supervivencia global o en la calidad de vida; las pacientes con prioridad media son aquellas clínicamente estables en las que una demora de 6 semanas podría impactar en la supervivencia global y las pacientes con prioridad baja son aquellas clínicamente estables en las que la intervención quirúrgica no impactará en la supervivencia.

La Sociedad Británica de Cáncer Ginecológico (*The British Gynecological Cancer Society*) recomienda limitar las cirugías a pacientes con una expectativa de vida mayor a 12 meses que no hayan respondido a otras terapias alternativas.

Fig. 1. Manejo de pacientes con cáncer durante la pandemia COVID-19. Recomendaciones de ESMO¹⁷



Alta prioridad

- Riesgo de vida
- Clínicamente inestable
- Muy sintomática
- Importante magnitud de beneficio con la terapéutica

Prioridad media

- Una demora puede tener impacto en la evolución o magnitud del beneficio con la terapéutica
- No está en estado crítico

Baja prioridad

- La paciente está estable
- Es poco probable que tenga un impacto en la supervivencia global con la terapéutica

El tratamiento con radioterapia y quimioterapia neoadyuvante puede ser considerado como alternativa cuando no hay recursos disponibles para efectuar una cirugía oncológica⁸.

Otras recomendaciones que se repiten en diferentes consensos de diferentes sociedades incluyen una demora de 2-4 semanas hasta la cirugía, con un seguimiento estricto de todas las pacientes^{13,14}.

Debe documentarse la toma de decisiones en un proceso de consentimiento informado en cada paciente⁸.

Una revisión de los consensos de diferentes sociedades para cada tumor ginecológico, están resumidas en las Tablas 1-4.

Considerando todas estas valiosas opiniones recomendamos una guía práctica adaptada a los países en vías de desarrollo, con el objetivo de disminuir las consultas presenciales y la diseminación de la infección por SARS-CoV-2.

Medidas recomendadas para la atención en consultorios hospitalarios^{4, 7, 11, 15, 16}

1. Minimizar las visitas y el tiempo de permanencia en el hospital.

TABLA 1.– *Cáncer de endometrio y COVID-19: revisión de las recomendaciones del manejo durante la pandemia*

	Guías IGCS Ramírez y col ⁷	Guías Británicas de cuidado de cáncer ginecológico ⁸	Guías Americanas de SGO ¹¹	Guía ESMO ¹⁷	AAGO ¹⁰
Estadio temprano, bajo grado (Estadio IA grado 1)	Terapia hormonal sistémica o endoceptivo hormonal con levonorgestrel	Considerar terapia hormonal durante 10-12 semanas y demora de 4 semanas para la cirugía	Demora de hasta 8 semanas	Demora de hasta 8 semanas	Tratamiento hormonal por 3 meses y reevaluar.
Estadio temprano (Estadio I o II), alto grado (grado 2, 3) o histología de alto riesgo	Anexohisterectomía total +-ganglio centinela y tratamiento adyuvante si está indicado	Demora de hasta 4 semanas hasta la cirugía Considerar DIU con levonorgestrel	Demora de hasta 18 semanas	Demora de hasta 8 semanas	Anexohisterectomía total +-ganglio centinela y tratamiento adyuvante si está indicado.
Paciente con comorbilidades que no son candidatas para cirugía					
Estadio localmente avanzado (Estadio III)	Tratamiento sistémico o radioterapia				
Tratamiento quimioterápico					
Bajo riesgo (Estadio IA grado 1)		Demorar o posponer			
Alto riesgo (Estadio I o II grado 2 o 3 o histología de alto riesgo) o estadio 3		Si no hay disponibilidad del tratamiento puede posponerse hasta 3 meses			
Estadio 4		Quimioterapia con monodroga es una opción o tratamiento hormonal			
Recaída		Se puede posponer el tratamiento o utilizar tratamiento hormonal			

IGCS: Sociedad Internacional de cáncer ginecológico; SGO: Sociedad Americana de Ginecología Oncológica; AAGO: Asociación Argentina de Ginecología Oncológica

TABLA 2.– *Cáncer de cérvix y COVID-19: revisión de las recomendaciones del manejo durante la pandemia*

Estadio	IGCS Ramírez y col ⁷	Guías Británicas de cuidado de cáncer ginecológico ⁸	Guías Americanas SGO ¹¹	AAGO ¹⁰
Estadio Temprano (Ia1, Ia2, Ib1 y Ib2)	Cirugía y en casos de bajo riesgo Traquelectomía más ganglio centinela	Demora de hasta 4 semanas para la cirugía o radioterapia. Considerar radioterapia definitiva.	Demora de hasta 8 semanas	En tumores menores de 4 cm cirugía de Wertheim Meigs. En estadios iniciales, es una opción ofrecer tratamiento actínico (RT externa + Braquiterapia + QT concurrente, tienen el mismo resultado terapéutico. evaluación personalizada del caso
Tumor mayor de 4 cm (Estadio Ib3)	Considerar neoadyuvancia			Quimiorradiación concurrente sin demoras
Localmente avanzado (Estadio II y III)	Radioterapia	Quimiorradiación concurrente sin demoras		Quimiorradiación concurrente sin demoras
Estadio 4		Se puede posponer el tratamiento quimioterápico		
Recaída		Se puede posponer el tratamiento quimioterápico		

IGCS: Sociedad Internacional de cáncer ginecológico; SGO: Sociedad Americana de Ginecología Oncológica; AAGO: Asociación Argentina de Ginecología Oncológica

TABLA 3.– *Algoritmo cáncer de ovario en la pandemia COVID-19*^{7,10,11}

Tumor	Característica	Conducta recomendada
Masa pelviana de alta sospecha	Cirugía posible	Cirugía inmediata o demora de hasta 2 semanas
Masa pelviana de alta sospecha	Cirugía no es posible	Biopsia o citología y quimioterapia por 6 ciclos (paclitaxel + carboplatino) y nueva evaluación Planificar la cirugía luego de 6 ciclos de quimioterapia.
Cáncer de ovario en plan de cirugía del intervalo		
Paciente en plan de quimioterapia adyuvante		No demorar el tratamiento quimioterápico.
Cáncer de ovario recaído	Platino sensible	En pacientes sintomáticas tratamiento con quimioterapia. En pacientes asintomáticas se puede demorar el tratamiento con quimioterapia.
Cáncer de ovario recaído asintomáticas.	Platino resistente	Se puede retrasar la quimioterapia en pacientes

TABLA 4.– Algoritmo cáncer de vulva en la pandemia COVID-19^{8,10}

	Característica	Conducta recomendada
VIN 3		Cirugía demora de algunas semanas
Estadios iniciales (tumores hasta 4 cm con ganglios negativos)	Candidata a cirugía (hasta 4 cm N0)	Cirugía demora de hasta 4 semanas y siempre ganglio centinela. Evitar la linfadenectomía inguinal completa dada su alta morbilidad y reemplazarla por radioterapia. Considerar como alternativa tratamiento radiante o quimioterapia neoadyuvante
Tumores mayores a 4 cm con o sin ganglios positivos i	Si N0 cumple condiciones para cirugía (tumores mayores de 4 cm o con ganglios positivos)	Quimiorradiación concurrente radioterapia sola
Estadio 4 o primera recaída		Quimioterapia paliativa.

- Realizar un triaje telefónico el día anterior a la consulta para interrogar sobre la presencia de síntomas de sospecha de infección por SARS-CoV2.
- Controlar la temperatura corporal al ingreso al hospital.
- Los profesionales de la salud deben utilizar barbijos apropiados, preferentemente los N95 y máscaras en todos los casos.
- Limitar el ingreso de familiares al hospital y a las salas de internación excepto en el caso de pacientes discapacitados o con limitación de la movilidad.
- Dar prioridad a las consultas presenciales de primera vez a aquellas con diagnóstico de tumores de rápido crecimiento, como por ejemplo enfermedad trofoblástica y sintomáticas con sospecha de progresión de enfermedad o recaída.
- Dar la posibilidad de consultas virtuales a distancia.
- Utilizar estrategias para reducir al máximo el número de profesionales de la salud en contacto con las pacientes (médicos, enfermeras, y empleados administrativos).
- Implementar medidas de distanciamiento social en el consultorio y en la sala de espera.
- De acuerdo con las recomendaciones de la Sociedad Europea de Oncología (ESMO) las consultas para el seguimiento de las pacientes con cáncer ginecológico deben posponerse de acuerdo a cada tumor. Si el intervalo recomendado habitualmente es cada 3-6 meses puede hacerse cada 6 meses, con excepción de aquellas sintomáticas o con signos de progresión de enfermedad¹⁷.
- Los estudios de tamizaje como la mamografía y el PAP pueden ser demorados.
- Todas las tomas de decisiones deben hacerse en el Comité de tumores y realizar la reunión en forma de videoconferencia.
- Recomendar la vacunación antigripal y antineumococo a todas las pacientes.

Precauciones en la cirugía de cáncer ginecológico durante la crisis por COVID-19

A partir de marzo de 2020 se produjo una reducción del número de cirugías oncológicas radicales extensas durante la pandemia, debido a la disminución de la disponibilidad de camas en terapia intensiva y en sala general, acceso limitado de equipos de protección personal y una reducción de sangre y hemoderivados disponible.

Fue fundamental, a partir de ese momento, realizar un cuidadoso tamizaje y categorización de los casos que requerían cirugías radicales oncológicas.

En pacientes con cáncer de ovario en tratamiento con neoadyuvancia, si realizaron 3 o 4 ciclos, continuamos con tratamiento quimioterápico hasta completar 6 ciclos.

Recomendaciones

1. En pacientes con cáncer de ovario avanzado el tratamiento con neoadyuvancia seguida de cirugía del intervalo, ha demostrado no ser inferior a la cirugía de citorreducción primaria inicial¹⁸. Como consecuencia, en un contexto de restricción de turnos quirúrgicos se debe optar por neoadyuvancia seguida de cirugía del intervalo⁴.
2. Realizar testeo por coronavirus a todas las pacientes en el prequirúrgico.
3. Informarles acerca de la probabilidad de infección con COVID-19 y sus posibles complicaciones.
4. Evitar intervenir a una paciente con confirmación o sospecha de COVID-19 siempre que sea posible, a menos que sea una situación de urgencia.
5. Utilizar áreas quirúrgicas separadas para aquellas con sospecha/confirmación de COVID-19 y casos sin COVID-19
6. Reducir el número de asistentes al mínimo equipo quirúrgico. El reemplazo del personal no debe estar permitido durante la cirugía.
7. Utilizar el equipo de protección personal necesario para todo el personal en quirófano y realizar entrenamiento apropiado para su uso de acuerdo a las guías del CDC y la OMS.
8. Utilizar un quirófano con presión negativa, especialmente durante la intubación y extubación. Utilizar un quirófano separado con ventilación apropiada en pacientes con sospecha de infección con COVID-19.
9. Postergar las intervenciones quirúrgicas por un período de hasta 6 semanas en pacientes con cáncer de endometrio y de cérvix, puesto que estas demoras no se asocian a resultados oncológicos desfavorables.
10. Debido a los datos limitados acerca de la transmisión del virus en cirugías mínimamente invasivas, si estas se realizan, deben hacerse con máxima precaución y en casos seleccionados.

Recomendaciones para radioterapia en cáncer ginecológico durante la crisis por COVID-19^{7,8,15,16,19,20}

1. Ajustar la planificación de los turnos para reducir el tiempo en la sala de espera.
2. Evitar la entrada de acompañantes al centro de radioterapia o permitir uno solo en casos seleccionados.
3. El hipofraccionamiento está recomendado para reducir la exposición del paciente y de los trabajadores de la salud. Esto significa incrementar la dosis para reducir el número de fracciones.
4. No posponer la radioterapia terapéutica cuando tiene un carácter curativo en tumores de rápido crecimiento. La radioterapia paliativa puede ser demorada.
5. No hay indicación para demorar o interrumpir el tratamiento de braquiterapia.
6. En pacientes con infección con COVID-19 se sugiere suspender el tratamiento radiante por 2 semanas.
7. En pacientes con cáncer de cérvix no bulky menor a 4 centímetros se puede reemplazar la cirugía por tratamiento radiante. En estos casos se recomienda realizar la estadificación para seleccionarlas con PET-TC o tomografía con contraste.
8. En pacientes con cáncer de cérvix o cáncer de vulva candidatas para tratamiento con quimiorradiación concurrente, el agente quimioterápico puede modificarse con el objetivo de disminuir la inmunosupresión. En mayores de 70 años puede cancelarse la quimioterapia. En este grupo, una reducción de dosis está recomendada.

Cuidados paliativos

Es fundamental que durante este período de crisis las mujeres con cáncer ginecológico tengan acceso a un tratamiento del dolor, control de síntomas y cuidados de fin de vida adecuados, y estos objetivos de cuidado deben ser una prioridad para el equipo de salud.

Nuestra experiencia

Debido a que durante algunas semanas disminuyó el número de horas de quirófano por reducción del personal, realizamos una toma de decisiones apropiada e individualizada en cada caso con indicación quirúrgica.

A partir del 1 de junio de 2020 iniciamos el hisopado prequirúrgico para todas las pacientes que eran operadas y para las que eran ingresadas a la internación. Con respecto a los resultados de hisopado prequirúrgico, registramos solo dos resultados positivos¹.

Si describimos los resultados de las pacientes intervenidas quirúrgicamente en este período comprendido entre marzo de 2020 y mayo de 2021 en el que se efectuaron 112 procedimientos quirúrgicos (Tablas 5 y 6), solo una con cáncer de cérvix estadio IB2 a quien se le realizó una histerectomía radical tipo C1 con linfadenectomía pelviana y tenía un hisopado negativo previo, comenzó con fiebre a las 24 horas del postoperatorio y desarrolló una neumonía por COVID-19. Permaneció internada durante 15 días, requirió asistencia respiratoria mecánica y evolucionó favorablemente.

Por otro lado, a partir de marzo de 2020 realizamos una rotación del personal médico, enfermeras y administrativos de manera de reducir el contacto con las pacientes.

Se limitó el ingreso de familiares y acompañantes al hospital y se comenzó a realizar un triaje en la entrada, con control de la temperatura corporal e interrogatorio de síntomas de sospecha de COVID-19.

Se priorizaron las consultas presenciales a aquellas de primera vez, con diagnóstico de tumores de rápido crecimiento, y sintomáticas con sospecha de progresión de enfermedad o recaída.

Se implementaron medidas de distanciamiento social en el consultorio y en la sala de espera.

Siguiendo las guías internacionales (IGCS, *British Gynecological Society*, SGO) y nacionales (Asociación Argentina de Ginecología Oncológica, AAGO 2020)¹⁰ se indicó una demora de 2 a 4 semanas en algunos casos, cuando no estaban dadas las condiciones para el tratamiento oncológico indicado.

De acuerdo con las recomendaciones del CDC las consultas para el seguimiento de las pacientes con cáncer ginecológico, se pospusieron de acuerdo a cada tumor. Si el intervalo recomendado habitualmente es cada 3-6 meses lo extendimos a un período de 6 meses, con excepción de aquellas sintomáticas o con signos de progresión de enfermedad.

Los estudios de tamizaje como la mamografía y el PAP fueron demorados en el período comprendido entre marzo y septiembre de 2020, pero posteriormente se programaron y estimularon este tipo de consultas.

Recomendamos la vacunación antigripal y antineumococo a todas las pacientes.

Se suspendieron las reuniones académicas presenciales y fueron reemplazadas por reuniones virtuales.

TABLA 5.– Número de consultas y cirugías en el servicio de Ginecología del Hospital Marie Curie

	Año 2019 (Marzo-diciembre)	Año 2020 (Marzo-diciembre)	Año 2021 (enero-mayo)
Número de consultas	8022	4570	–
Número de cirugías	112	75	37

TABLA 6.– Tipo de cirugías efectuadas durante el periodo marzo 2020-mayo 2021

Tipo de cirugía efectuada (Marzo 2020-Mayo 2021)	Número de procedimientos
– Cirugía radical cáncer de cérvix	28
– Cirugía radical cáncer de vulva	6
– Citorreducción tumor border line de ovario	2
– Conización en lesión intraepitelial cervical de alto grado	16
– Cirugía de reducción de riesgo en paciente con mutación en BRCA	3
– Cirugía cáncer de endometrio	17
– Citorreducción cáncer de ovario post neoadyuvancia	9
– Cáncer de ovario citorreducción primaria	10
– Anexectomía bilateral cáncer de mama metastásico	2
– Cirugías masas anexiales diagnósticas	10
– Histeroscopia diagnóstica/terapéutica	1
– Histerectomía post-conización	4
– Tacto bajo anestesia y biopsias sospecha de recidiva o persistencia cáncer de cérvix	3
– Hiperplasia endometrial con atipias	1
Total de procedimientos	112

Discusión

La actual pandemia ha provocado una demora en la atención de los pacientes oncológicos por diferentes razones.

Esto ha desencadenado un efecto adverso en el cuidado de las pacientes con cáncer. Estamos presenciando un pico tardío de fallecimientos de aquellas que han visto vida, clínicamente inestables, muy sintomáticos y con alta probabilidad de beneficio con el tratamiento (ver cuadro Recomendaciones ESMO). Esperamos que estas recomendaciones puedan utilizarse como referencia para otros centros y alentamos el intercambio de información y la cooperación internacional durante la contención de la pandemia.

Debemos adaptar los requerimientos de las pacientes, de los profesionales de la salud y de las instituciones, en consonancia con el estado actual de la pandemia en nuestra ciudad o distrito. La discusión de cada caso puntual en el ateneo de tumores multidisciplinario de la institución y la participación de los pacientes en la toma de decisiones, la comunicación y la educación, es vital para superar la crisis y permite adoptar una conducta segura tanto para las pacientes como para los profesionales del equipo de salud.

En los países en vías de desarrollo, fue necesario definir estrategias para mitigar el efecto deletéreo de la pandemia en la atención de pacientes con cáncer. Estos efectos negativos se han visto amplificados debido a 1) la epidemiología de tumores diagnosticados en estadios más avanzados en estos países, 2) la ocupación del sistema de salud por los pacientes COVID-19 lo que motiva un retraso en la atención de pacientes con cáncer, 3) el impacto económico de la pandemia en las prioridades del sistema de salud y en la inversión en Oncología. El contexto de la atención habitual demorados o cancelados sus tratamientos oncológicos.

Debemos realizar un manejo individualizado y debe darse prioridad a la atención de los casos con riesgo de en nuestra institución es el diagnóstico tardío y largas listas de espera para procedimientos quirúrgicos, radiantes y tratamientos quimioterápicos.

La mayoría de las medidas recomendadas pudieron ser utilizadas en nuestro medio excepto; 1) el uso de telemedicina, 2) el uso de presión negativa en el área quirúrgica, 3) la demora para las cirugías y tratamientos de radioterapia de primera línea en pacientes que ya han sufrido un retraso por demoras en el diagnóstico y en la derivación a nuestro centro. Fue fundamental la intervención del Comité de tumores para decidir la conducta en todos los casos.

Conclusiones

La pandemia por COVID-19 sobrecargó al sistema de salud en todo el mundo y cambió la forma de atender y tratar a nuestras pacientes. Esto incluye a aquellas con cáncer ginecológico que sufren un compromiso grave de su sistema inmune por su enfermedad de base y por los extensos tratamientos que reciben. Como ginecólogos oncológicos tratamos pacientes con tumores ginecológicos durante la pandemia por COVID-19 y desarrollamos y adaptamos protocolos.

Las recomendaciones presentadas fueron desarrolladas en base a recomendaciones de otras sociedades médicas de Europa, Norteamérica y a nuestra experiencia en el hospital de Oncología de la Ciudad de Buenos Aires.

En esta situación especial pudimos continuar con la atención durante el período de confinamiento y de cierre de otras unidades de la red de la ciudad de Buenos Aires, y confeccionamos protocolos quirúrgicos, que nos permitieron alcanzar un total de 112 cirugías oncológicas, solo una reducción del 16% comparado con el mismo período de 2019.

Consideramos que logramos superar el objetivo propuesto con éxito. En ningún momento se interrumpió la atención y las prestaciones de diagnóstico y tratamiento oncológico, y el hospital se convirtió en un refugio de cuidado y contención para pacientes que concurrieron derivadas de otros centros de la ciudad y de diferentes distritos de la Provincia de Buenos Aires.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar.

Bibliografía

1. World Health Organization. COVID-19 Weekly Epidemiological Update. 14 de septiembre de 2021. En: https://www.who.int/docs/defaultsource/coronaviruse/situationreports/20210914-weekly-epi-update-con_20_cleared.pdf; consultado mayo 2021.
2. Reporte diario vespertino del 14 de septiembre de 2021. Situación de COVID en Argentina. Ministerio de Salud. En <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/informesdiarios/reportes/junio2021>; consultado junio 2021.
3. Liang W, Guan W, Chen R, et al Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. *Lancet Oncol* 2020;21:335-7.
4. Society of Gynecologic oncology. Gynecologic. Oncology Considerations during the COVID-19 Pandemic. En: <https://www.sgo.org/clinicalpractice/management/covid-19-resources-for-health-carepractitioners/gyn-oncconsiderations-during-covid-19/>; consultado marzo 2020.
5. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: Summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA* 2020; 32: 1239-42.
6. COVID Surg Collaborative; Global Surg Collaborative. Timing of surgery following SARS-CoV-2 infection: an international prospective cohort study. *Anaesthesia* 2021; 76: 748-58.
7. Ramírez PT, Chiva L, Eriksson AGZ, et al. COVID-19 global pandemic: options for management of gynecologic cancers. *Int J Gynecol Cancer* 2020; 30: 561-3.
8. British Gynaecological Cancer Care. BGCS framework for cancer patients with gynecologic cancer during the COVID-19 Pandemic. En: <https://www.bgcs.org.uk/professionals/guidelines-for-recentpublications/>; consultado marzo 2020.
9. American College of Surgeons. COVID-19 Guidelines for Triage of Gynecology Patients. En <https://www.facs.org/covid-19/clinicalguidance/elective-case/gynecology>; consultado marzo de 2021

10. Recomendaciones de atención a pacientes con tumores ginecológicos desde la perspectiva de la pandemia por Coronavirus (COVID-19), versión 2020. Asociación Argentina de Ginecología Oncológica. En: <http://www.aaginonc.org.ar> ;consultado marzo 2021.
11. Society of Gynecologic Oncology. Surgical Considerations for Gynecologic Oncologists during the COVID-19 Pandemic. En: <https://www.sgo.org/clinical-practice/management/covid-19-resources-forhealth-care-practitioners/surgical-considerations-for-gynecologiconcologists-during-the-covid-19-pandemic>; consultado 2020.
12. CDC. Therapeutic option for patient with COVID-19. En: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/therapeutic-options.html>; consultado abril 2020.
13. Ueda M, Martins R, Hendrie PC, et al. Managing cancer care during the COVID-19 pandemic: Agility and collaboration toward a common goal. *JNCCN* 2020;1(aop):1-4.
14. NHS. Clinical guide for the management of non-coronavirus patients requiring acute treatment: Cancer. En <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/publication/specialtyguides>; consultado el abril 2020.
15. ASCO. COVID-19 patient care information. En: <https://www.asco.org/asco-coronavirus-information/care-individualscancer-during-covid-19>, consultado marzo 2020.
16. Wang H, Zhang L. Risk of COVID-19 for patients with cancer. *Lancet Oncol* 2020; 21(4): e181.
17. Cancer Patient Management during COVID-19 Pandemic ESMO Website, 2020. En: <https://www.esmo.org/guidelines/cancer-patient-management-during-the-covid19-pandemic>; consultado marzo 2021.
18. Kehoe S, Hook J, Nankivell M, et al. Primary chemotherapy versus primary surgery for newly diagnosed advanced ovarian cancer (CHORUS): An Open label, randomized controlled, non-inferiority trial. *Lancet* 2015; 386 (9990): 249-57.
19. Motlagh A, Yamrali M, Azghandi S, et al. COVID-19 prevention and are: A cancer specific Guideline. *Arch Iranian Med* 2020; 23: 255-64.
20. Coronavirus (COVID-19): cancer treatment document. Proposed guidance for radiotherapy for gynecological cancer and COVID-19. En: <https://www.rcr.ac.uk/college/coronavirus-covid-19-what-rcr-doing/coronavirus-covid19-resources/coronavirus-covid-19-1>; consultado el 29 de marzo de 2020

Declaración de Helsinki. Recorrido cronológico desde su formulación hasta las enmiendas de 2013

Dr. Sebastián Faiad

Médico Especialista en Oncología Clínica, Doctor en Medicina.

Estudio de Medicina Legal Dr. Faiad Sebastian, Buenos Aires, Argentina

Resumen

Este artículo tiene como propósito brindar recorrido cronológico de la Declaración de Helsinki, que da cuenta de los criterios que se han ido adaptando en relación con la protección de los derechos de los sujetos implicados en las investigaciones. A tales fines, se parte del momento en que la Asociación Médica Mundial (AMM) la formuló, en 1964, y se concluye con su última revisión, que data de 2013. Este documento se ha constituido en un marco referencial imprescindible para la investigación médica en la que participan seres humanos, porque establece las normas para la acción, a partir de principios éticos basados en: los derechos de los participantes, el respeto de su integridad y dignidad, como así también su seguridad y bienestar. Por esta razón, se constituye como una guía de consulta de obligada para los investigadores, sobre todo a la hora de tomar decisiones.

Las nueve revisiones (1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2002, 2004, 2008, 2013) a las que ha sido sometida desde su formulación, han tenido como objetivo la adecuación de sus principios a los nuevos escenarios generados por el desarrollo tecnológico en la investigación biomédica, con implicancias éticas para todos los participantes en el proceso.

Palabras clave: Declaración de Helsinki, principios éticos, investigación clínica, bioética, guía.

Abstract

This paper has as intention offer chronological travel of the Declaration of Helsinki, which realizes of the criteria that they have been adapting in relation with the protection of the rights of the subjects involved in the investigations. To such ends, it splits of the moment in which the Medical World Association (WMA) formulated it, in 1964, and concludes with his last review, which dates back of 2013. This document has been constituted in a referential indispensable frame for the medical investigation in which human beings take part, because it establishes the procedure for the action, from ethical beginning based in: the rights of the participants, the respect of his integrity and dignity, since this way also his safety and well-being. For this reason, it is a must for researchers reference guide, especially when making decisions.

Nine reviews (1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2002, 2004, 2008, 2013) whom it has been submitted from his formulation, have taken as an aim the adequacy of his beginning to the new scenes generated by the technological development in the 2 biomedical investigation, with ethical implications for all them participating in the process.

Key words: Declaration of Helsinki, ethical principles, clinical research, bioethics, guide.

La Declaración de Helsinki complementó el abordaje que se hizo en el Código de Núremberg en lo concerniente a los aspectos éticos comprometidos en los ensayos clínicos en seres humanos. Sus antecedentes¹ se encuentran en la 8ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial (AMM), celebrada en Roma en 1954, cuando se consensuaron los “Principios para llevar a cabo investigación y experimentación.” Finalmente, la mencionada asociación, en su 18ª Asamblea General, que tuvo lugar en Helsinki en junio de 1964, adoptó una versión ampliada de aquellos principios, la cual fue conocida a nivel internacional como Declaración de Helsinki.

Desde su formulación hasta nuestros días, es evidente que existe una gran distancia entre el empirismo basado en el ensayo-error y las exigencias de control y regulación, tendientes a ofrecer un marco de protección a los sujetos que participan en los ensayos clínicos. Esta Declaración es primordial para asegurar el respeto por la vida y por la dignidad de la persona humana.²

A continuación se abordarán los puntos más destacados de las enmiendas realizadas a dicho documento hasta 2013, haciendo hincapié en las últimas reformas, que fueron las que introdujeron cambios más radicales. El análisis retrospectivo tiene por objeto profundizar en la forma como han sido abordados y en algunos casos resueltas las controversias éticas suscitadas en las investigaciones clínicas.

La primera enmienda a la Declaración de Helsinki fue acordada durante la 29ª reunión de la AMM, celebrada en Tokio en octubre 1975. Los aspectos más importantes que resultaron de aquellas primeras observaciones son los siguientes: se explicitaron las condiciones que debían cumplir los experimentos; se especificó que los resultados de aquellas investigaciones que no cumplieran con esos requisitos no deberían ser publicadas en las revistas científicas; se estableció la obligación de que los protocolos experimentales fueran revisados por un comité independiente designado a fines de orientar, comentar y guiar el experimento, además de aconsejar su suspensión en caso de que los riesgos excedieran los beneficios. Los cambios quedaron plasmados en los Principios Básicos que se añadieron a los existentes y en el agregado de dos nuevas categorías: investigación combinada con atención terapéutica e investigación con fines científicos solamente. Por último, es preciso consignar que a partir de ese momento la Declaración se constituyó como un referente ético inherente a la práctica, al tiempo que iba siendo incorporada a las distintas legislaciones nacionales.

La segunda enmienda fue realizada en el transcurso de la 35ª Asamblea Médica Mundial, que tuvo lugar en Venecia en octubre 1983. Esta revisión concernió a los aspectos formales y terminológicos. Su mayor aporte se evidencia en la obligatoriedad de establecer el consentimiento informado en el caso de los pacientes menores de edad.

En septiembre de 1989 se realizó la 41ª reunión de la AMM en Hong Kong y allí se acordaron nuevas modificaciones, entre las que se destacó, principalmente, el establecimiento de la independencia de los comités controladores y la conformidad con las leyes de cada Estado.

La 48ª reunión de AMM tuvo lugar en Somerset West, Sudáfrica, en octubre 1996. La Declaración fue sujeta a una nueva revisión, que dio lugar a la modificación que consideraba al placebo como alternativa en los casos en que no hubiera método terapéutico o diagnóstico fehacientemente probado.

La quinta reforma se dio en el marco de la 52ª Asamblea General, efectuada en Edimburgo, en el mes de octubre de 2000 y fue una de las más profundas, ya que involucró tanto las cuestiones sustanciales como los aspectos estructurales, los cuales serán detallados a continuación:

1. Cambio en el título. La revisión introduce el término “Principios” en lugar de “Recomendaciones”.
2. Se especifica la ampliación del ámbito de aplicación de las investigaciones en torno de los materiales que se utilizan: material humano e información identificable. (Punto 1)

1. La Declaración de Ginebra y el Código Internacional de Ética Médica conforman otros antecedentes de envergadura.

2. Sandoval Gutiérrez, José Luis. “Declaración de Helsinki. A 45 años de su proclamación”, en: *Revista Neumonología y Cirugía de Tórax*, México, Volumen 67, N° 4, 2008, pp. 185-187.

3. El bienestar de los seres humanos debe estar siempre sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.³ (Punto 5)
4. Los métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben estar sujetos a revisión de forma continua mediante investigaciones que corroboren su efectividad, eficiencia, accesibilidad y calidad. (Punto 6)
5. Se debe brindar especial protección a los grupos más vulnerables. (Punto 8)
6. El deber del médico en las investigaciones es velar por la vida, la salud, la intimidad y la dignidad de la persona. (Punto 9)
7. El comité tiene derecho a establecer los controles que considere necesarios sobre los ensayos en curso. Los investigadores deben poner a disposición del comité toda la información que sirva a dicho control, en especial los incidentes adversos, además de todos aquellos datos que les sean requeridos en torno del financiamiento, patrocinadores, etc. (Punto 13) En concordancia con este último aspecto, en el punto 27 se hace referencia al hecho de que en las publicaciones se deben mencionar las fuentes de financiamiento y las afiliaciones institucionales, entre otros.
8. La investigación médica se justifica en la medida en que existan posibilidades de que la población sobre la cual se realiza se beneficie con los resultados. (Punto 19)
9. Establece la obligatoriedad del consentimiento informado en todos los casos (incluidas las personas incapaces, los menores de edad, los impedidos física o mentalmente). (Punto 24) En el punto 20 se especifica que todos los participantes deben ser “voluntarios e informados”. Este doble carácter resulta “algo obvio en nuestro entorno cultural pero no tanto en otros”⁴, como considera Francisco De Abajo en su claro artículo alusivo a la enmienda.
10. Los puntos 8, 19, 24, 26 y 30 procuran incrementar la protección de los grupos más vulnerables.⁵
11. Se establece el deber de poner a disposición del público tanto los resultados positivos como los negativos de las investigaciones realizadas. (Punto 27)
12. Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de todos los procedimientos nuevos deberían ser evaluados mediante su comparación con los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos existentes. Autoriza la utilización de placebos en tratamientos o estudios en los que no hay procedimientos preventivos, diagnósticos o tratamientos terapéuticos probados. (Punto 29) Según Manzini, “este artículo provocó mucha polémica, aduciendo que conspiraba contra investigaciones éticamente correctas y necesarias, al proscribir el placebo para condiciones para las que existe tratamiento.”⁶ Años más tarde, este párrafo fue objeto de una nota de clarificación por parte de la AMM.
13. Cuando los métodos preventivos, diagnósticos o terapéuticos han resultado ineficaces en la atención, el médico, contando con el consentimiento informado del paciente, puede utilizar procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos no probados, si considera que pueden salvar la vida de la persona, restituir su salud o bien aliviar su sufrimiento. Las medidas a implementar deben ser sujetas a investigación, a fines de evaluar su seguridad y eficacia. La información debe ser registrada y publicada. (Punto 32)

3. En las versiones previas se hacía referencia a los “intereses del sujeto”.

4. De Abajo, Francisco, “La Declaración de Helsinki VI: Una revisión necesaria pero ¿suficiente?”, en: *Revista Española Salud Pública, España, Volumen 75, N° 5, 2001*, pp. 407-420.

5. De Abajo, Francisco, “La Declaración de Helsinki VI.....”, p. 417.

6. Manzini, José Luis, “Recientes modificaciones a la Declaración del Helsinki”, Comunicación presentada en Mesa Redonda “Ética de la investigación”, II Jornadas Provinciales de Bioética, Córdoba, 22 de noviembre 2001. [en línea] Disponible en: http://www.hpc.org.ar/v2/v_art_rev.asp?id=13&offset=32

En el año 2002, la Asamblea General de la AMM se reunió en Washington y entre otras cuestiones, trató de echar luz sobre el párrafo 29 de la Declaración. El resultado fue una nota de clarificación en torno de la utilización de placebos, que versaba lo siguiente: “La AMM reafirma que se debe tener muchísimo cuidado al utilizar ensayos con placebo, y en general, esta metodología sólo se debe emplear si no se cuenta con una terapia probada y existente. Sin embargo, los ensayos con placebos son aceptables éticamente en ciertos casos, incluso si se dispone de una terapia probada y si se cumplen las siguientes condiciones: Cuando por razones metodológicas, científicas o apremiantes, su uso es necesario para determinar la eficacia y la seguridad de un método preventivo, diagnóstico o terapéuticos; cuando se prueba un método preventivo, diagnóstico o terapéutico para una enfermedad de menos importancia que no implique un riesgo adicional, efectos adversos graves o daño irreversible para los pacientes que reciben el placebo”.⁷ De esta forma quedó consensuado el carácter excepcional del uso de placebos.

En la Asamblea General que tuvo lugar en Tokio en el año 2004 se agregó otra nota de clarificación al párrafo 30: “Por la presente, la AMM reafirma su posición de que es necesario durante el proceso de planificación del estudio identificar el acceso después del ensayo de los participantes en el estudio a procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos que han resultado beneficiosos en el estudio o el acceso a otra atención apropiada. Los arreglos para el acceso después del ensayo u otra atención deben ser descritos en el protocolo del estudio, de manera que el comité de revisión ética pueda considerar dichos arreglos durante su revisión.”⁸

En la 59ª Asamblea General realizada en 2008 en Seúl, se acordaron nuevas enmiendas, orientadas hacia algunos temas puntuales. A continuación mencionamos las modificaciones más perentorias:

1. La Declaración está dirigida a médicos, aunque no es privativa de ellos, porque otros profesionales pueden ser motivados por los mismos principios. (Punto 1)
2. Se cambian los términos “comité de evaluación ética” por “comité de ética de investigación.” (Punto 15)
3. Se incluye una nueva frase que especifica la posibilidad de consultar a los familiares y a los líderes de la comunidad en los casos que sea necesario. Este principio apunta a aquellas poblaciones implicadas en estudios en los que es necesario contar con la aprobación de los líderes de la comunidad. Sin embargo, la voluntad de la persona es la que determina su participación. (Punto 22)
4. Se debe contar con el consentimiento del participante para la recolección, análisis, almacenamiento y reutilización de datos o de material o tejido humano. (Punto 25) En los casos en los que la obtención del consentimiento se torne imposible, para llevar a cabo la investigación será necesario contar con la aprobación del comité de ética de investigación.
5. El punto 32 ha dado lugar a una controversia respecto del uso del placebo cuando la investigación clínica va de la mano de la atención médica. En esta enmienda quedan al descubierto las razones metodológicas, científicas y apremiantes para su uso, que no se encuentran especificadas en la Declaración, y se toman en consideración las justificaciones del investigador responsable ante el comité de ética. Se trata de una opción de la que no se debe abusar, pero ¿se puede controlar con eficacia su manejo en la práctica?⁹ No todos los países gozan de las mismas garantías jurídicas, por lo que se puede presentar un alto grado de disparidad cuando se apela a esta alternativa.

7. World Medical Association. Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. (2013) [en línea] Disponible en: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.htm>.

8. World Medical Association. Declaration...2004, nota de clarificación.

9. Organización Médica Colegial (OMC). “Debate sobre la Declaración de Helsinki. Última modificación de la Declaración de Helsinki, ¿qué beneficios aporta?” En: Revista Oficial del Consejo General de Colegios Médicos de España, N° 9, 2009, p. 34.

En el curso de la 64ª Asamblea General celebrada en la ciudad de Fortaleza, Brasil, en octubre 2013, la Declaración estuvo sujeta a una nueva revisión, cuyos aportes más notables son los siguientes:

1. 1) Establece como principio general que el médico tiene la obligación de promover la salud, el bienestar y los derechos de los pacientes, entre los que se encuentran quienes participan en investigación médica (Punto 4). Además, si bien la investigación médica tiene como objetivo la generación de nuevos conocimientos, esta finalidad nunca debe estar por encima de los derechos e intereses de la persona participante en la investigación (Punto 8).
2. Respecto de los riesgos, se señala que los mismos deben ser monitoreados, evaluados y reducidos al mínimo por el investigador (Puntos 16 a 18).
3. Todos los participantes de la investigación deben contar con la opción de recibir información sobre los resultados.
4. Se debe resguardar la intimidad de las personas que participan en la investigación y la confidencialidad de la información personal (Punto 24).
5. En las investigaciones médicas en que se use material o datos humanos identificables, como por ejemplo la investigación sobre material o datos contenidos en biobancos o depósitos similares, el médico debe solicitar al paciente su consentimiento informado para la recolección, almacenamiento y reutilización. Contempla la condición de excepcionalidad, cuando no sea posible obtener dicho consentimiento; en ese caso, la investigación sólo se podrá realizar después de ser considerada y aprobada por un comité de ética de investigación. (Punto 32).
6. En cuanto al uso del placebo, se establece que se acepta su uso cuando no existe intervención probada o ninguna posible (Punto 33).
7. Todas las investigaciones con seres humanos, antes de la aceptación de la primera persona, deben estar inscriptas en una base de datos pública. Además, se establece el deber ético de publicar y difundir los resultados de la investigación por parte de los investigadores, autores, directores, auspiciadores y editores. (Puntos 35 y 36)
8. En suma, en la versión de 2013 se encuentran se destacan los siguientes puntos: el incremento de la transparencia en la investigación científica y la ética como requisito fundamental para los investigadores.

Consideraciones finales

No caben dudas de que la investigación biomédica debe ser regulada, ya que en nombre de la ciencia se han cometido numerosos abusos que han ultrajado la dignidad de las personas. No se puede hablar de progreso científico si no se respeta la integridad del ser humano.

Consideramos que las sucesivas reformulaciones de la Declaración de Helsinki han contribuido con la preservación de la dignidad humana, bajo los principios rectores de la bioética. Por lo tanto, es esperable, a futuro, que esta tendencia se mantenga y que la regulación de los nuevos proyectos de investigación se encuentre regida por lineamientos similares, que contemplen la dignidad y la ética como condiciones inexcusables para su desarrollo.

Agradecemos a quienes nos acompañan en la realización de nuestro proyecto académico

PLATINO



ORO



PLATA



BRONCE



COLABORADOR



Instituciones auspiciantes





Sociedad Argentina
de Cancerología
Asociación Civil

SOCIEDAD ARGENTINA DE CANCEROLOGÍA - ASOCIACIÓN CIVIL

Av. Santa Fe 1171 (C1059ABF) Ciudad Autónoma de Bs. As. - Argentina

sec.cancerologia@gmail.com

www.socargcancer.org.ar