

Sociedad Argentina de Terapia Radiante Oncológica



6° BOLETÍN BIBLIOGRÁFICO DIGITAL

Marzo 2019



BOLETIN BIBLIOGRÁFICO DIGITAL DE SATRO

ÍNDICE

Carta Editorial	1
Comisión Directiva de SATRO 2018 – 2020	2
<u>Cáncer de Cabeza y Cuello</u>	
Sinusitis crónica en pacientes tratados con RT o QT-RT por cáncer de Cabeza y Cuello.	3
Dosimetría cerebral en radioterapia de cáncer de cabeza y cuello: implicancias para la investigación en resultados neurocognitivos.	4
Guías prácticas para la marcación del nervio trigémino (V) y sus ramas en los cánceres de cabeza y cuello.	5
<u>Cáncer Gastrointestinal</u>	
Tratamiento definitivo con quimiorradioterapia de campo extendido en carcinoma de células escamosas de canal anal con compromiso de los ganglios paraaórticos.	6
Escalamiento de Dosis usando Braquiterapia de contacto luego de Radioterapia externa como opción de tratamiento no quirúrgico para cáncer de Recto. Resultados de la experiencia en una Institución.	7
<u>Cáncer Sistema Nervioso Central</u>	
Irradiación craneal profiláctica en cáncer de pulmón de células pequeñas extendido: resultados en un centro de cáncer integral.	8
<u>Cáncer de Mama</u>	
Impacto a largo plazo de la irradiación ganglionar regional en pacientes con cáncer de mama axila positiva tratadas con quimioterapia neoadyuvante.	9
Radioterapia hipofraccionada en volumen mamario en mujeres menores de 50 años tratadas en 4 Protocolos Prospectivos.	10
Implementación y utilización del hipofraccionamiento para cáncer de mama.	11
Resultados clínicos y factores pronósticos en pacientes con cáncer de mama, estadios II y III, tratados con quimioterapia neoadyuvante seguida de cirugía y radioterapia post-mastectomía en la era de tratamientos modernos.	12
Acerca de SATRO	14

Carta Editorial

Inauguramos este 2019 con la presentación de un nuevo boletín para llevar a ustedes un resumen de destacados trabajos publicados referente a nuestra especialidad.

Cerramos en el año 2018 organizando el simposio SATRO de actualización en Cáncer de Mama en el marco del VII Congreso de Oncología del Interior de la provincia de Córdoba.

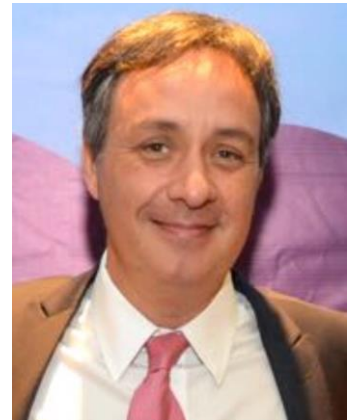
El mismo contó con la invitación por parte de nuestra sociedad de la Dra. Meena Moran, destacada radio-oncóloga de la Universidad de Yale, junto con referentes del tema provenientes de nuestro país.

Nuevamente tendremos un clásico en mayo del corriente, la IV edición de Best Of ASTRO en Argentina, licencia otorgada por la sociedad americana, con el objeto de comunicar a nuestra comunidad científica los adelantos en materia de Terapia radiante presentados en el congreso mundial de la especialidad en octubre pasado, en San Antonio, USA.

Han confirmado su presencia importantes invitados del exterior (USA, México, Chile, Uruguay, Perú) y panelistas destacados de otras especialidades afines para dicho evento.

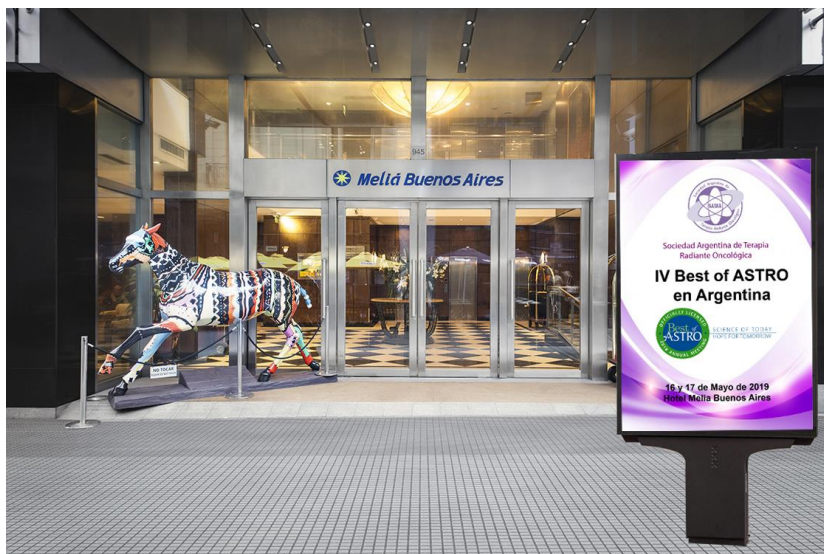
Quiero destacar particularmente el compromiso de todos los integrantes de esta comisión en materia de organización y logística de este importante evento.

Y, por último, contarles que seguiremos participando este año con simposios en conjunto con sociedades del interior, como objetivo de esta sociedad.



Dr. Gustavo Ferraris
Presidente SATRO

A stylized, handwritten signature in black ink, appearing to be 'G. Ferraris'.





Comisión Directiva SATRO 2018 - 2020

Presidente

Dr. Gustavo Ferraris

Vicepresidente

Dra. Ana Mabel Martínez

Secretario General

Dra. María Fernanda Díaz
Vázquez

Secretario de Actas

Dra. Claudia Benavento

Prosecretario

Dr. Carlos Cardiello

Tesorero

Dra. Verónica Vázquez Balcarce

Protesorero

Dr. José Máximo Barros

Vocales Titulares

Dra. Luisa Rafailovici
Dra. Mabel Sardi
Dra. Carolina Chacón
Dr. Oscar Gómez Orrego
Dra. Patricia Bruno
Dra. Carmen Castro

Vocales Suplente

Dr. Lucas Causa
Dr. Marcelo Andrade Irusta
Dra. María Cecilia Coll
Dr. Carlos Donoso
Dr. Federico Díaz
Dra. María José Girola
Dr. Jorge Palazzo

Órgano de fiscalización

Revisores de Cuentas Titulares

Dra. Catalina Pogany
Dr. Mario Di Nucci

Revisor de Cuentas Suplente

Dr. Javier Otero
Dr. Hugo Donato

Comité de Ética

Dra. María Luisa Filomía
Dra. Estela Broda
Dra. Claudia De Angelis

Comité Científico

Dra. Luisa Rafailovici
Dra. María Luisa Filomía
Dr. Ricardo Alva

Sinusitis crónica en pacientes tratados con RT o QT-RT por cáncer de Cabeza y Cuello.



Dra. Mabel Sardi
Mejoramiento
C.A.B.A.

Resumen y Comentarios

Chronic sinusitis in head and neck cancer patients who received radiotherapy or chemoradiotherapy.

Young Min Park et al. Yonsei University, Seoul, South Korea
Springer Nature 2018

Objetivo: Evaluar mediante imágenes, el estado de los senos paranasales e identificar factores de riesgo asociados con el desarrollo de sinusitis crónica, en pacientes con cáncer de cabeza y cuello.

Materiales y métodos: Revisión retrospectiva de 186 H Cl de pacientes diagnosticados con CE de CyC en el Hospital Guro de la Universidad de Corea, entre febrero de 2003 y julio de 2015. Se incluyeron en el análisis solo aquellos pacientes con más de un año de seguimiento.

Resultados: Se registró sinusitis crónica en 32 pacientes (17.2%). 7 ptes en el grupo sin RT (16.3%). 25 ptes entre quienes habían recibido RT (17.5%). Según frecuencia de compromiso; seno maxilar 56.9%, siguiendo senos etmoidal, frontal y esfenoides.

El requerimiento de cirugía para tratamiento de la sinusitis no asoció significativamente con edad, ni TNM, ni enfermedad subyacente. Tampoco la RT. Se constató asociación importante de cirugía de sinusitis con uso de QT concurrente.

No existen reportes claros acerca de la incidencia de sinusitis crónica y factores relacionados a su presentación, en pacientes tratados por CE de C y C. El presente estudio se diseñó para aportar datos al respecto. Utilizó como métodos de imágenes, TC, RNM y PET para evaluar la extensión de la enfermedad y la enfermedad a distancia previamente al tratamiento.

Se excluyeron; 1- ptes con enfermedad sistémica causante de inmunodepresión. 2- ptes que hubieran recibido cirugía o RT previamente por ca de CyC 3- ptes con historia de sinusitis previa al tratamiento.

Diagnóstico de sinusitis; según guías de la AA of OLG-H/N Surgery: 1. Dos o más de los siguientes síntomas persistiendo por más de dos meses; drenaje mucopurulento, obstrucción nasal, dolor facial o presión, moco o disminución del olfato.

2-Dos o más síntomas de inflamación (mucus purulento, edema en meato medio, pólipos en cavidad nasal, imagen rx que muestra inflamación de los senos paranasales).

Los pacientes con los dos criterios descriptos categorizaron para sinusitis crónica. Se indicó en ellos cirugía endoscópica del seno cuando la inflamación persistió luego de un mes de terapia antibiótica.

El seguimiento de los ptes operados por sinusitis se concatenó con el control de la enfermedad oncológica.

Conclusión: Tanto estadio de la enfermedad como QT concurrente a RT, mostraron asociación marcada con sinusitis crónica. QT concurrente también asoció con requerimiento de tratamiento quirúrgico de la sinusitis crónica en pacientes con CE de C y C.

Comentarios: El rol de la RT, sola o asociada a QT, es indiscutible. Tanto en tumores tempranos como avanzados. Frecuentemente provoca efectos indeseables en términos de toxicidad en órganos vecinos.

La cavidad nasal y los senos paranasales no registran entre los tejidos de mayor radiosensibilidad.

Sin embargo, las células epiteliales de los senos paranasales, pueden ser irreversiblemente dañadas por la RT.

Principalmente en pacientes con ca nasofaríngeo, la sinusitis es la mayor complicación relacionada a RT.

Las técnicas de mayor complejidad (3D e IMRT) han provocado reducción de la toxicidad relacionada al tratamiento.

Particular ventaja ofrece IMRT en términos de permitir escalar dosis en el VB sin incremento de dosis en OAR. Este dato está demostrado en numerosos estudios multicéntricos randomizados.

Dosimetría cerebral en radioterapia de cáncer de cabeza y cuello: implicancias para investigación en resultados neurocognitivos.



Dra. Cecilia Gadan
Mevaterapia
C.A.B.A.

Resumen y Comentarios

Brain dosimetry from locally advanced head and neck cancer radiotherapy: implications for neurocognitive outcomes research

Andrew M. McDonald, et al. University of Alabama, AL, USA

Acta Oncológica Foundation

Objetivos: Describir la distribución de dosis en el cerebro en una población de pacientes tratados con radioterapia definitiva para tumores localmente avanzados de nasofaringe y amígdala, y sus implicancias en el deterioro cognitivo.

Materiales y métodos: Se seleccionaron 15 pacientes con carcinoma de células escamosas de nasofaringe y 15 con carcinoma de amígdala, (T3-T4 o N1-N3), tratados con radioterapia definitiva, técnica de intensidad modulada y software Varian Eclipse (Varian Medical Systems, Palo Alto, CA, EE.UU). Se delimitaron el giro temporal superior (GTS), giro temporal medio (GTM), giro temporal inferior (GTI), lóbulo temporal medio (LTM), los lóbulos cerebelosos anteriores (LCA), los lóbulos cerebelosos posteriores (LCP) y vermis. Del histograma dosis-volumen se extrajeron datos de dosis máxima (Dmáx), dosis media y porcentaje que recibió 30 Gy (V30Gy [%]).

Resultados: Los 30 casos cumplieron con el objetivo de Dmáx del cerebro menor a 60 Gy. Entre los pacientes con carcinoma de amígdala, los lóbulos temporales no recibieron dosis > 10 Gy. Para el carcinoma nasofaríngeo, las dosis fueron 10 Gy en el GTI, GTM y en el LTM, pero el volumen de isodosis de 30 Gy en estas regiones varió considerablemente, al igual que la dosis al GTS. La dosis media para el GTS fue menor que en otras áreas del lóbulo temporal, pero el V30Gy [%] fue mayor al 25% en más de la mitad de los casos. La exposición del LCP entre los casos de nasofaringe, con una mediana de V30Gy [%] del 73.1% fue significativa.

Conclusiones: Como era de esperar, en la serie de carcinoma nasofaríngeo hubo una exposición significativa de los lóbulos temporales con dosis medias superiores a los 20 Gy en la mayoría de los casos, mientras que la exposición se limitó principalmente a la fosa posterior en los casos de amígdala. La dosimetría cerebral en esta población podría ser útil para el diseño de futuros estudios relacionados al tema.

Comentarios: Tanto los casos de carcinoma nasofaríngeo como amigdalino se beneficiarían de un screening cognitivo dirigido para determinar quiénes serían los beneficiados de un seguimiento neuropsicológico más completo y que estén en mayor riesgo de desarrollo de déficit cognitivo por radioterapia.



Guías prácticas para la marcación del nervio trigémino (V) y sus ramas en los cánceres de Cabeza y Cuello.

Practical clinical guidelines for contouring the trigeminal nerve (V) and its branches in head and neck cancers.

Julian Biau, et al. CHUV, Lausanne, Switzerland
Radiotherapy and Oncology, 2018



Dr. Javier Otero
Hospital Militar Central
C.A.B.A.
Resumen y Comentarios

Objetivos: El nervio trigémino (V) es una vía importante de diseminación tumoral en varios cánceres de cabeza y cuello.

Sin embargo, actualmente solo se dispone de datos limitados para su contorno preciso, aunque esto es absolutamente necesario en la radioterapia de intensidad modulada (IMRT). El propósito de este artículo es presentar guías clínicas prácticas para el contorno del nervio trigémino (V) en los cánceres de cabeza y cuello en riesgo.

Materiales y métodos: Se revisaron los principales tipos de cáncer de cabeza y cuello asociados con los riesgos de propagación a lo largo del trigémino y sus ramas según la experiencia clínica, los patrones de fracaso basados en la literatura, la anatomía y la radioanatomía. Se propuso un consenso para su contorno basado en un enfoque multidisciplinario entre los expertos en oncología de cabeza y cuello, incluidos los oncólogos radiólogos

Estas guías están avaladas por el GORTEC.

Resultados: Se proporcionan pautas para el contorno y tratamiento, para el nervio trigémino y sus ramas: el nervio oftálmico (V1), el nervio maxilar (V2) y el nervio mandibular (V3).


Se propuso un atlas basado en CT y MRI para ilustrar toda la vía del nervio trigémino con sus ramas principales.

Conclusión: La invasión del nervio trigémino (V) es un componente importante de la historia natural de varios cánceres de cabeza y cuello. Reconocer la radio-anatomía y las posibles vías de invasión es esencial para el contorno óptimo en los tratamientos.

Comentarios: Hay que tener en cuenta que la invasión del nervio trigémino es un componente importante en la historia natural de los tumores de cabeza y cuello, influyendo tanto en el control local como en la supervivencia del paciente. A partir de esto tanto las marcaciones como planificación deben ser óptimas, utilizando todas las herramientas necesarias como las fusiones de RM que permiten una mejor visualización de la diseminación a los nervios.



Tratamiento definitivo con quimiorradioterapia de campo extendido en carcinoma de células escamosas de canal anal con compromiso de los ganglios paraaórticos.



Dra. Claudia Benavento
Centro Privado de Radiaciones
Gral. San Martín
Resumen y Comentarios

Extended-Field chemoradiation therapy for definitive treatment of anal canal squamous cell carcinoma involving the para-aortic lymph nodes

Emma B. Holliday, et al. MD Anderson Cancer Center, Texas, USA

Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2018 Sep 1;102(1):102-108

Objetivo: Informar los porcentajes de control de cáncer y efectos adversos (EAs) de la quimiorradioterapia de campo extendido con intento curativo, en pacientes con carcinoma de células escamosas (CCE) de canal anal que se presentan con metástasis a distancia limitada a ganglios paraaórticos.

Métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de pacientes con carcinoma de células escamosas (CCE) de canal anal con metástasis limitadas a ganglios paraaórticos en el diagnóstico inicial, que fueron tratados con intento curativo con quimiorradioterapia de campo extendido, entre Septiembre del 2002 y Febrero del 2016, en dos centros de atención terciaria. Los resultados evaluados incluyeron EAs relacionados con el tratamiento (Common Terminology Criteria for Adverse Events, version 4.0), control de enfermedad (estimación de incidencia acumulada), y supervivencia (estimador de Kaplan-Meier).

Resultados: Fueron incluidos 30 pacientes. La dosis media que recibieron los ganglios paraaórticos comprometidos fue de 51 Gy (rango 45-57.6 Gy) y los ganglios paraaórticos no comprometidos (radioterapia electiva) fue de 45 Gy (rango 30.6 a 50.4 Gy) en 29 fracciones (rango 17-32). Todos los pacientes recibieron uno de estos regímenes concomitantes: 6 ciclos semanales de cisplatino con 5-fluoruracilo/capecitabina (5-FU) (n=22), 2 ciclos de mitomicina-C con 5-FU (n=7), o capecitabina diariamente (n=1). Luego de un período de seguimiento de 3.1 años, 18 pacientes (60%) permanecen vivos y 17 pacientes permanecieron sin evidencia de cáncer anal después de los tratamientos definitivos y de rescate. La supervivencia global y la supervivencia libre de enfermedad a 3 años fue del 67% (95% CI 49% - 89%) y 42% (95% CI 25%-69%).

La estadificación por PET previo a la realización de campo extendido se asoció con mejor supervivencia global ($p=0.04$). Quince pacientes (50%) experimentaron recurrencia con una media de 0.9 años (0.5-3.5 años). El sitio predominante de recurrencia fueron las metástasis a distancia, con una incidencia acumulada a 3 años del 50% (95% CI 20%-68%). No hubo toxicidad aguda grado 5. La toxicidad grado 3 ó 4 gastrointestinal, dermatológica, y hematológica ocurrió en el 30%, 27% y 20% de los pacientes respectivamente.

Conclusiones: El tratamiento de quimiorradioterapia con campo extendido es una opción de tratamiento potencialmente curativo para pacientes que presentan carcinoma de células escamosas de canal anal con metástasis limitadas a los ganglios linfáticos paraaórticos.

Comentarios: En esta revisión del tratamiento con intento curativo con quimiorradioterapia de campo extendido del carcinoma de células escamosas de canal anal, la toxicidad grado 3 ó 4 gastrointestinal, dermatológica, y hematológica ocurrió en el 30%, 27% y 20% de los pacientes respectivamente. El incremento de la toxicidad con campos extendidos suele desalentar su implementación.

Sin embargo, la posibilidad de controlar la enfermedad metastásica limitada a ganglios paraaórticos existe y deberá evaluarse su factibilidad según las condiciones de cada paciente y la disponibilidad de modernas técnicas de Terapia Radiante, con estricto seguimiento intra y post tratamiento.

Escalamiento de dosis usando Braquiterapia de contacto luego de Radioterapia externa como opción de tratamiento no quirúrgico para cáncer de Recto. Resultados de la experiencia en una Institución.

Dose Escalation Using Contact X-ray Brachytherapy After External Beam Radiotherapy as Nonsurgical Treatment Option for Rectal Cancer: Outcomes From a Single-center Experience

Arthur Sun Myint, FRCR, et al. Clatterbridge Cancer Centre, Liverpool, UK.
Int J Radiation Oncol Biol Phys, 2017



Dr. Mauro Mattio
Vid Centro Médico
C.A.B.A.
Resumen y Comentarios

Objetivos: Revisar los resultados del tratamiento no quirúrgico con Braquiterapia de contacto para pacientes con cáncer de recto cuando se sospecha enfermedad residual (hasta 3 cm), luego del tratamiento con radioterapia externa.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de 83 pacientes con cáncer de recto tratados entre 2003 y 2012 referidos a nuestra institución post radioterapia externa con contraindicación quirúrgica o con rechazo de la cirugía por el paciente. Todos los pacientes recibieron boost de braquiterapia de contacto (90 Gy en 3 aplicaciones / 4 semanas) post radioterapia.

Resultados: seguimiento medio de 2.5 años. De 345 pacientes, 83 presentaron sospecha de enfermedad residual <3cm. La edad media fue de 72 años. El estadio inicial fue cT2 (28 pacientes) y cT3 (55 pacientes) de los cuales el 54.2% presentaba adenopatías. La respuesta clínica completa se alcanzó en 53 pacientes (63.8%) luego del tratamiento local con Braquiterapia. De estos 53, 7 (13.2 %) recidivaron después de la respuesta completa y 6 pacientes (11.6%) sin metástasis a distancia realizaron cirugía de rescate. El 83.1% de los pacientes estaban libres de enfermedad al finalizar el estudio. La toxicidad del tratamiento fue aceptable.

Conclusiones: El boost con Braquiterapia para pacientes seleccionados con sospecha de enfermedad residual de <3cm luego de radioterapia externa puede ser ofrecido como tratamiento alternativo a la cirugía radical. Los pacientes con respuesta completa sostenida presentan tasa bajas de recaída local, y los que recaen, sin metástasis a distancia, serían rescatados con cirugía. Este podría ser un tratamiento alternativo para pacientes añosos y/o con comorbilidades o que desean evitar la cirugía.

Comentarios: Si bien la braquiterapia de contacto se ha utilizado por más de 80 años, esta técnica aún no se ha establecido como estándar de tratamiento.

Solo los centros especializados que tienen la infraestructura y la tecnología necesaria para aplicarla son los que actualmente desarrollan esta técnica. Si bien es limitada a pacientes seleccionados presenta un claro beneficio, ya sea para evitar la cirugía como para demorarla, con una toxicidad aceptable. En estos tiempos en donde la definición de conducta terapéutica está dada por un equipo multidisciplinario, este tipo de tratamiento se debería conocer y ofrecer para aumentar el desarrollo de nuestra especialidad, y mucho más importante, beneficiar al paciente.



Irradiación craneal profiláctica en cáncer de pulmón de células pequeñas extendido: resultados en un centro de cáncer integral



Dr. José Cabarcas
Vidit Centro Médico
C.A.B.A.
Resumen y Comentarios

Prophylactic Cranial Irradiation in Extensive Stage Small Cell Lung Cancer: Outcomes at a Comprehensive Cancer Centre

Andrew Bang MD, et al. University of Ottawa, Ontario, Canada.
Int J Radiation Oncol Biol Phys, pp. 1e8, 2018

Objetivo: El papel de la irradiación craneal profiláctica (PCI) sigue siendo controvertido en el cáncer de pulmón de células pequeñas extendido (ES-SCLC), con la publicación de 2 ensayos controlados aleatorizados que demuestran resultados diferentes en la supervivencia global (SG). El objetivo de este estudio es determinar el impacto de la PCI en la supervivencia y el desarrollo de metástasis cerebrales analizando además el uso no estandarizado de las imágenes cerebrales después de la quimioterapia en los ensayos anteriormente mencionados.

Materiales y métodos: Se revisaron 397 pacientes retrospectivamente, tratados entre el 1 de enero de 2005 y el 31 de diciembre de 2011. En aquellos pacientes elegibles (n=155) sin metástasis cerebrales basales y que tuvieron al menos respuesta parcial a la quimioterapia, la SG y el tiempo hasta la metástasis cerebral se estimaron utilizando el método de Kaplan Meier comparando pacientes que recibieron PCI vs no PCI, utilizando análisis univariados y multivariados. Los pacientes se estratificaron de acuerdo a si realizaban estudios por imagen cerebral después de la quimioterapia inicial. El seguimiento no incluyó imágenes cerebrales seriadas.

Resultados: De los 155 pacientes, 68 recibieron PCI y fueron tratados con una mediana de 33 días (Rango: 21-50 días) luego de finalizado el último ciclo de quimioterapia. La mayoría de los pacientes (97,1%) recibió 25Gy en 10 fracciones. Recibieron QT con cisplatino / etopósido (80 pacientes) y carboplatino / etopósido (75 pacientes). La mediana de ciclos de quimioterapia fue 5 (rango 3 - 8). No hubo diferencia estadísticamente significativa en los pacientes que recibieron radioterapia torácica en los grupos de PCI y no PCI (62% frente a 55%, p=0,4). Se observó una mayor tasa de respuestas completas en el grupo de PCI (19,1% vs 1,2%, p <0,01).

También hubo un mayor uso de PCI después del 1 de enero de 2008 (77,9% frente a 42,5%, p <0,01).

La mediana de SG desde el diagnóstico fue mayor en los pacientes que recibieron PCI (13,5 meses frente a 8,5 meses, p <0,0001). Hubo un aumento significativo en la SG a 1 y 2 años en el grupo de PCI (HR 0,41; IC del 95%: 0,29-0,57; p<0,0001). La mediana del tiempo al desarrollo de metástasis cerebrales fue mayor en el grupo de PCI (23.8 vs 10.2 meses). La diferencia en sobrevida mediana para el grupo PCI fue observada tanto para pacientes que se realizaron o no imágenes cerebrales post quimioterapia (HR 0,4; IC 95% 0,29-0,77; p=0,012).

Conclusiones: Los pacientes que realizaron PCI en el contexto de al menos respuesta parcial a la quimioterapia tuvieron un aumento significativo en la SG y prolongación del tiempo al desarrollo de metástasis cerebrales.

Comentarios: La irradiación cerebral profiláctica se encuentra establecida como tratamiento estándar en los pacientes de cáncer de pulmón de células pequeñas, sin embargo las recientes publicaciones de su uso en pacientes con estadios extendidos en concomitancia con la quimioterapia, han demostrado una gran mejoría en cuanto a la sobrevida global, el periodo libre de enfermedad y el tiempo de aparición de nuevas lesiones cerebrales. Estimo que más estudios como este motivarán la realización de la PCI en pacientes con cáncer de pulmón de células pequeñas en estadio limitado al igual que en los pacientes con enfermedad extendida.

Impacto a largo plazo de la irradiación ganglionar regional en pacientes con cáncer de mama axila positiva tratadas con quimioterapia neoadyuvante.



Dra. Mariana Galli
Instituto Alexander Fleming
C.A.B.A.
Resumen y Comentarios

Long-Term Impact of Regional Nodal Irradiation in Patients With Node Positive Breast Cancer Treated With Neoadjuvant Systemic Therapy

Shane R. Stecklein MD, et al. University of Texas, Houston, USA
Int J Radiation Oncol Biol Phys, Vol. 102, No. 3, pp. 568 - 577, 2018

Objetivo: Se desconoce el impacto de la irradiación ganglionar regional (RNI) sobre la recurrencia locoregional (LRR) y la recurrencia a distancia (DR) en mujeres con cáncer de mama axila positiva que reciben quimioterapia neoadyuvante (NAT).

Materiales y métodos: El impacto de la RNI en LRR y DR fue estimado mediante el método de incidencia acumulada en 1289 mujeres con cáncer de mama EII y III con metástasis axilar confirmada por citología que recibieron NAT entre 1989 y 2007. Se utilizó análisis de regresión multivariado de Cox para examinar el efecto de RNI considerando otras variables predictivas y pronósticas.

Resultados: El seguimiento mediano luego de la cirugía definitiva fue de 10,2 años. Se observó respuesta patológica completa (pCR) en la axila en 368 de 1289 pacientes (28,5%). En el análisis univariado, pCR axilar redujo el riesgo de LRR a 10 años de 9,7% a 4,8% ($p=0.006$) y riesgo de DR de 43% a 17% ($p<0.001$). 1080 pacientes recibieron RNI (83,8%). En el análisis univariado, RNI no modificó el riesgo de LRR a 10 años (9,4%; vs 8,1%; $p=0.02$) ni de DR (31,3%; vs 36,5%; $p=0.16$). En el análisis multivariado, RNI redujo significativamente el riesgo de LRR (HR 0,497; 95% [IC] 0,279-0,884; $p=0.02$) y DR (HR 0,731; 95% [IC] 0,541-0,988; $p=0.04$) mostrando mayor reducción del riesgo de DR en pacientes HER2+ tratadas con trastuzumab (HR 0,237; [IC] 0,109-0,517; $p=0.0003$). Se generó un nomograma para predecir el riesgo de LRR a 10 años con y sin RNI para ayudar a los médicos a tomar decisiones de tratamiento personalizadas en base a características del paciente, la enfermedad y la respuesta a NAT.

Conclusiones: RNI adyuvante reduce el riesgo de LRR y DR en pacientes con cáncer de mama y metástasis axilares que reciben NAT en todos los subtipos, con particular reducción del riesgo de DR en pacientes con cáncer de mama HER2+ tratadas con trastuzumab. Se alienta la inclusión de pacientes en el protocolo NSABP B-51/RTOG 1304 para ayudar a determinar si RNI puede omitirse en pacientes con pCR axilar post NAT.


Comentarios: Este trabajo agrega evidencia retrospectiva sobre la utilidad de la irradiación de las áreas ganglionares en cáncer de mama E II y III luego de quimioterapia neoadyuvante, apoyando la conducta estándar actual en este grupo de pacientes. Se espera que los resultados prospectivos del NSABP B-51/RTOG 1304, en curso, ayuden a definir el papel de la RNI en pacientes con respuesta completa de la axila luego de quimioterapia neoadyuvante.



Radioterapia hipofraccionada en volumen mamario en mujeres menores de 50 años tratadas en 4 Protocolos Prospectivos.

Hypofractionated Whole-Breast Irradiation in Women Less Than 50 Years Old Treated on 4 Prospective Protocols

Fauzia Shaikh MD, et al. New York University, New York, USA
Int J Radiation Oncol Biol Phys, Vol. 101, No. 5, pp. 1159-1167, 2018



Dra. Marcela Picasso
Vidit Centro Médico
C.A.B.A.
Resumen y Comentarios

Objetivo: El tratamiento radiante del volumen mamario con hipofraccionamiento HWBRT ha demostrado resultados equivalentes al tratamiento convencional en múltiples ensayos randomizados. Existen aún controversias en su utilización en las mujeres <50 años, debido al poco número de estas pacientes en los trabajos y a la preocupación por la toxicidad tardía. Se evaluaron los resultados cosméticos y control de la enfermedad en pacientes <50 años tratados con RT hipofraccionado en 4 ensayos prospectivos.

Métodos y Materiales: Desde 2003 al 2015, 1313 pacientes fueron reclutadas en 4 protocolos prospectivos para investigar el uso de HWBRT luego de cirugía conservadora asociado a boost concomitante diariamente o semanal. Se analizaron 348 pacientes <50 años. La sobrevida global, la sobrevida libre de enfermedad y local libre de recurrencia se estimaron utilizando el método de Kaplan-Meier. También se evaluaron los efectos tardíos y resultados cosméticos.

Resultados: Con un seguimiento medio de 66.9 meses, la SV global fue del 99.6%, SV libre de enfermedad del 96.3% y la SV libre de recurrencia local del 97.7% a 3 años. Los resultados cosméticos evaluados por el médico fueron excelentes o buenos en el 93.4%; y del 6.6% para regular o pobre. Según los pacientes fueron del 86.1% para excelente o bueno y del 13.9% para regular o pobre.

Conclusión: Con un seguimiento a 5 años el tratamiento HWBRT en mujeres <50 años ha demostrado ser seguro y efectivo, con resultados cosméticos buenos a excelentes.

Comentarios: En dos de los protocolos se utilizaron AIMRT (IMRT acelerada). El boost se realizó sin tener en cuenta el grado histológico o la franja etaria en forma concomitante diaria o en única aplicación semanal con una equivalencia biológica de 10 Gy.

La mayoría fueron carcinomas invasores y solo un 24 % de CDIS. Se realizó quimioterapia en 48,7 %.

Un 76,8% de las pacientes recibió HT. Se incluyeron solo pacientes con menos de 3 ganglios positivos. Las complicaciones > G3 fueron de 2.9 %. Dado que los patrones actuales de práctica muestran la edad como un predictor del uso del hipofraccionamiento, este estudio proporciona pruebas alentadoras con respecto a la seguridad y la eficacia de la irradiación hipofraccionada en mujeres de menos de 50 años.



Implementación y utilización del hipofraccionamiento para cáncer de mama.

Implementation and utilization of hypofractionation for breast cancer

Philip Gilbo MD, et al.

Hofstra Northwell School of Medicine, New York, USA

Advances in Radiation Oncology (2018) 3, 265–270



Dra. Silvia Tuna
Vidit Centro Médico
(C.A.B.A.)
Resumen y Comentarios

Objetivo: La radioterapia (RT) hipofraccionada (HF) se ha convertido en el nuevo tratamiento estándar para mujeres con cáncer de mama en estadio temprano, éste no solo resulta equivalente en la supervivencia y control local, si no también tiene una toxicidad aguda comparable al fraccionamiento convencional (FC), demostrado por ensayos prospectivos aleatorizados.

Estudios recientes sugiere que el HF de mama permanece subutilizado en EEUU.

Hace poco era considerada una práctica dañina por la toxicidad como necrosis de tejidos blandos y fibrosis, retrospectivamente esta preocupación fue debido a una limitada comprensión de la radiobiología de cáncer de mama. Esta limitación resulto en una disminución inadecuada de la dosis total de radiación junto con el aumento de dosis por fracción.

Todos estos cambios aumentaron las tasas del uso de la RT HF para cáncer mama en etapa temprana.

Métodos y materiales: Se disponía de 5 directivas para el tratamiento adyuvante del cáncer de mama, incluidos los métodos de FC y el HF. Se revisaron los gráficos para pacientes con cáncer de mama en etapa temprana, se identificaron un total de 1043 pacientes con cáncer de mama, que recibieron HF (dosis > a 200 cGy por fracción), fueron analizados sobre la base de las guías de ASTRO 2011, frente a las guías clínicas que fueron más liberales con los pacientes con CDIS y en aquellos que recibieron QT previa, ambos podían ser tratados con HF sobre la base de datos retrospectivos que muestran toxicidad equivalente HF vs FC.

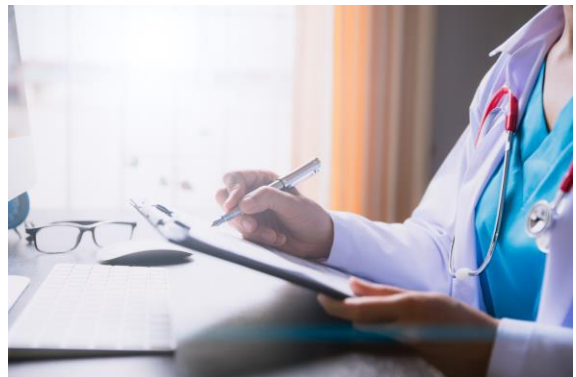
El HF se basó en estudios, de Canadá y Reino Unido.

Resultados: Para el grupo respaldado por la ASTRO 2011 el 49% de los pacientes recibieron RT HF en el 2011 y se observó un aumento de 80% de HF en el 2015.

El grupo aprobado por directivas, 47% de los pacientes recibieron HF en el 2011 y se observó un aumento de 73% de terapia HF en el 2015.

Conclusiones: El HF está siendo subutilizado a pesar de presentar control local equivalente, perfil de toxicidad menor y efectos tardíos no superiores comparados con el FC, este estudio demuestra la posibilidad de ampliar su indicación.

Comentarios: Como tratamiento adyuvante, el HF con dosis > a 200 cGy por fracción en cáncer de mama en etapa temprana, reportó tasas de supervivencia y control local equivalente y una menor toxicidad aguda en comparación al FC, se dispone evidencias que sustenta su indicación.





Dra. Claudia De Angelis

Terapia Radiante CIO
La Plata

Resumen y Comentarios

Resultados clínicos y factores pronósticos en pacientes con cáncer de mama, estadios II y III, tratados con quimioterapia neoadyuvante seguida de cirugía y RT post-mastectomía en la era de tratamientos modernos.

Clinical outcomes and prognostic factors in patients with stage II-III breast cancer treated with neoadjuvant chemotherapy followed by surgery and postmastectomy radiation therapy in the modern treatment era

Naomi Nakajima MD, et al. Cancer Institute Hospital, Tokyo, Japan
Advances in Radiation Oncology (2018) 3, 271–279

Objetivos: No existen estudios aleatorizados sobre la indicación de radioterapia post mastectomía (PMRT) en pacientes que recibieron quimioterapia neoadyuvante (NAC) seguido de mastectomía. El propósito de este estudio es determinar variables clínicas e identificar factores pronósticos confiables en pacientes con cáncer de mama localmente avanzado tratados con NAC seguido de mastectomía y PMRT.

Materiales y Métodos: Analizamos retrospectivamente 351 pacientes con estadios II-III de cáncer de mama tratados con NAC, seguidos de mastectomía y PMRT entre marzo 2005 y diciembre 2013. Se utilizó como referencia para clasificar los estadios a la American Joint Commission of Cancer 7ma edición. A todas las pacientes les realizaron mastectomía radical modificada y fueron tratadas con antraciclinas y taxanos. Las indicaciones para PMRT fueron un diagnóstico de 4 o más ganglios linfáticos axilares positivos por evaluación clínica incluyendo ecografía antes del tratamiento, diagnóstico de ganglio linfático supraclavicular ipsilateral positivo o en la región mamaria interna y un T4 o un margen quirúrgico positivo en la pared torácica. Toda la planificación de la radiación fue realizada con técnica 3D conformada. La PMRT se realizó utilizando la técnica tangencial en la pared del tórax y la región anterior supraclavicular. Si el margen de cirugía hubiera sido positivo, un boost de electrones de 10 a 16 Gy se suma al área involucrada de la pared del tórax. Entre 2007 y 2013 se incluyó la cadena mamaria interna en todas las pacientes.

La sobrevida libre de recurrencia locoregional (LRFS), sobrevida libre de metástasis (DMFS) y la supervivencia global (SG) fueron estimadas con el método de Kaplan- Meier.

Resultados: El seguimiento mediano fue 81 meses (12-156 meses). Los 249 pacientes con receptores hormonales positivos recibieron hormonoterapia y 79 de los 81 pacientes con HER2 positivo (el 97.5%) recibieron trastuzumab. El tiempo promedio de LRFS fue de 22 meses y la tasa de sobrevida libre de recurrencia a cinco años fue de 91.3% para todo el grupo. En el análisis multivariado los RE + y las pacientes con respuesta completa patológica ganglionar (yPN0) tuvieron una mejor SG, menor DMFS y menor tasa de LRFS estadísticamente significativo ($p < 0.05$). La LRFS fue 94,9% para RE+ y 81,9% RE-. Los pacientes yPN0, la LRFS a 5 años fue de 97,2% y 89.5% para yPN+. La LRFS de 92.9% para el grupo con menor invasión linfo vascular y 85,4% para el grupo con mayor invasión. Los pacientes con estadio IIIC tuvieron peores tasas de LRFS que aquellos con otro estadio clínico. La DMFS y la sobrevida general fue de 69.8% y 83.4% respectivamente. El número de ganglios positivos post cirugía fue factor pronóstico independiente para DMFS y SG. Las pacientes HER2 + y RH + tuvieron mejores tasas de LRFS.

Conclusión: Identificamos varios factores pronósticos en este estudio. En particular el número de ganglios metastásicos estuvo relacionado significativamente con SG.

Comentarios: Los puntos principales de este estudio radican en la recomendación de la PMRT sobre la base de las características del tumor previo al tratamiento en pacientes con cáncer de mama avanzado, incluso si la respuesta favorable es alcanzada con quimioterapia y de las controversias y debates actuales sobre esta temática. Asimismo, aunque este análisis se basa en una muestra pequeña y un seguimiento relativamente corto, sienta las bases para futuros trials.



Sociedad Argentina de Terapia
Radiante Oncológica

IV Best of ASTRO en Argentina



SCIENCE OF TODAY
HOPE FOR TOMORROW

ARGENTINA

Inscripción anticipada vía e-mail

Becas Disponibles

Por mayor información:

Secretaría SATRO: Sra. Rosario Val

  +54911 6369-6348

 xina_arg@hotmail.com

 www.satro-radioterapia.com.ar

16 y 17 de Mayo de 2019
Hotel Melia, Reconquista 945 (CABA)

Acerca de SATRO

- Nacimos en 1994.
- 16 años realizando la reunión informativa post congreso de la American Society for Radiation Oncology “A.S.T.R.O.”
- 15 años realizando anualmente la recertificación en la especialidad de Radioterapia Oncológica.
- 6 años realizando el Curso de Actualización en Protección Radiológica para Médicos Radioterapeutas, obligatorio para la renovación de los permisos de los especialistas ante la Autoridad Regulatoria Nuclear “ARN”.
- Por tres años (2016, 2017, 2018) realizando el Best of ASTRO en Argentina con licencia de la American Society for Radiation Oncology “A.S.T.R.O.”
- Primer Capítulo SATRO de Radiocirugía, Septiembre 2018, II Jornadas de actualización de SRS y SBRT y I Jornadas de Física Médica, realizado en Córdoba

Para asociarte a SATRO es fácil, debes contactarte con la Secretaría o ingresar en la Página web: <http://www.satro-radioterapia.com.ar> en Asociarse

Secretaría - Informes: Sra. Rosario Val - Tel: 15-6369-6348

e-mail: satro@fibertel.com.ar - xina_arg@hotmail.com

AMA - Av. Santa Fe 1171 - CP 1059 - CABA - Argentina





Acerca de SATRO

La Sociedad Argentina de Terapia Radiante Oncológica "SATRO" te invita a participar en el Boletín Bibliográfico Digital, el cual se publicará en la página web de "SATRO" y se difundirá vía e-mail.

El objetivo es la publicación de información médica relevante de nuestra especialidad.

Para ello contamos con una base de artículos pre-seleccionados por patología para poder ser solicitados por aquellos que tengan interés en efectuar un resumen y un breve comentario personal, de un artículo de un tema de su interés.

Si estás interesado en participar no dudes en solicitar el listado a Rosario, Secretaría de "SATRO".

Si estás interesado en algún artículo que no se encuentra dentro de nuestro listado no dudes en enviarlo por e-mail, el cual será evaluado y aprobado por el comité editorial para su publicación.

El criterio es incluir en el boletín resúmenes de estudios de revisión crítica, guías, estudios Fase III o estudios relevantes por su significado.

Se publicarán resúmenes de los artículos, ampliación de los datos del mismo, y una opinión o comentario final que pueda servirnos a todos los especialistas para mantenernos actualizados en los temas de nuestro interés.

Requisitos de publicación: Máximo de 3000 caracteres, contando los espacios en blanco.

Debe incluir:

- ✓ Título traducido al español.
- ✓ Título original.
- ✓ Autores.
- ✓ Cita de publicación del artículo.
- ✓ Nombre y apellido del participante, su lugar de trabajo y una foto en formato jpg, en un archivo adjunto.

El resumen debe estar organizado en:

- ✓ Objetivos.
- ✓ Material y métodos.
- ✓ Resultados.
- ✓ Conclusiones.
- ✓ Para finalizar una opinión o comentario personal acerca del artículo elegido.

No incluir: Gráficos, Imágenes, Tablas o Curvas

