



15° Congreso Uruguayo de **Oncología** 10ª Jornada de Enfermería **Oncológica**

“Un buen equipo es la base de un buen tratamiento”

14 al 17 de Noviembre de 2018
LATU / Montevideo - Uruguay



PROGRAMA OFICIAL



JUEVES 15 DE NOVIEMBRE		VIERNES 16 DE NOVIEMBRE		SÁBADO 17 DE NOVIEMBRE	
08.00 - 08.30	Accreditaciones y Entrega de Materiales				
08.30 - 09.30	MESA Manejo del cáncer de pulmón EIII resecable o potencialmente resecable <i>Coordina: Dr. Diego Touyá</i> <i>Integrantes: Dr. Diego Touyá, Dr. Nicolás Arechavaleta, Dr. Gerardo Bruno, Dr. Aldo Quarneti</i>	08.30 - 09.00	CONFERENCIA Tratamiento de los sarcomas con autoinjerto congelado con nitrógeno líquido. Nuestra experiencia <i>Dr. Nicolás Casales, Dr. Claudio Silveri</i>	08.30 - 09.00	CONFERENCIA COMISIÓN HONORARIA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER 30 años trabajando en prevención y diagnóstico precoz <i>Dr. Alvaro Luongo</i>
09.30 - 10.00	Descanso - Café	09.00 - 10.15	MESA Digestivo: páncreas <i>Coordina: Dra. Adriana Della Valle</i> <i>Integrantes: Dr. Jorge Gallardo (Chile), Dr. Guillermo Méndez (Argentina)</i>	09.00 - 10.30	MESA Impacto de la inmunoterapia en el tratamiento oncológico <i>Coordina: Dr. Luis Ubillos</i> <i>Integrantes: Dr. Eduardo Osinaga, Dr. Osvaldo Aren (Chile), Dr. Christian Rolfo (USA)</i>
10.00 - 12.20	MESA Pulmón: avanzado irresecable IIIb-IV <i>Coordinan: Dr. Luis Ubillos, Dr. Mario Varangot</i> <i>Integrantes: Dr. Eduardo Richardet (Argentina), Dr. Jerónimo Rodríguez Cid (México), Dr. Osvaldo Aren (Chile), Dr. Mario Varangot, Dr. Mauricio Germán Fernández Lazzaro (Argentina)</i>	10.15 - 10.45	Descanso - Café	10.30 - 11.00	Descanso - Café
		10.45 - 11.45	MESA Digestivo: colon <i>Coordina: Dra. Adriana Della Valle</i> <i>Integrantes: Dr. Luis Ubillos, Dr. Guillermo Méndez (Argentina)</i>	11.00 - 12.40	MESA Investigación biomédica en el Uruguay <i>Coordinan: Dr. Luis Ubillos, Dra. Laura Vera</i> <i>Integrantes: Dr. Eduardo Osinaga, Dr. Osvaldo Aren (Chile), Dr. Christian Rolfo (USA), Dra. Laura Vera, Dr. José Sotelo, Dra. Ana Pérez, Q.F. Eduardo Savio, Dr. Pablo Banchemo, Dra. Delia Sánchez</i>
12.20 - 13.30	SIMPOSIO NOVARTIS Estado actual de los inhibidores CDK4/6 en cáncer de mama <i>Dr. Cristian Micheri (Argentina)</i> Lunch cortesía Novartis	11.45 - 13.30	SIMPOSIO CIBELES Pembrolizumab: el nuevo standard de tratamiento en cáncer de pulmón avanzado <i>Dr. Gonzalo Recondo (Argentina)</i> Lunch cortesía Cibeles	12.40 - 13.00	Ceremonia de Clausura Entrega de Premios
13.30 - 14.30	MESA DE TEMAS LIBRES <i>Coordina: Dra. Nora Artagaveytia</i> Trabajos N° 5 - 7 - 11 - 17 - 19 - 21	13.30 - 14.30	MESA DE TEMAS LIBRES <i>Coordina: Dr. Luis Ubillos</i> Trabajos N° 24 - 28 - 29 - 30 - 37 - 39	13.00	Lunch de Clausura Club de los Industriales
14.30 - 15.45	MESA Cáncer de próstata <i>Coordina: Dra. Laura Vera</i> <i>Integrantes: Dr. Levin Martínez, Dr. Sergio Aguiar, Dra. Laura Vera, Dra. Karen Mareco, Dr. Diego Bertini, Dr. Gerardo dos Santos</i>	14.30 - 15.30	MESA Neoadyuvancia en cáncer de mama precoz <i>Coordinan: Dr. Gabriel Krygier, Dra. Marisa Fazzino</i> <i>Integrantes: Dr. César Rodríguez (España), Dr. Carlos Acevedo, Dr. Sergio Aguiar</i>		
15.45 - 16.15	Descanso - Café	15.30 - 16.00	MINI-SIMPOSIO ROCHE Neoadyuvancia con doble bloqueo en cáncer de mama precoz <i>Dra. María Victoria Costanzo (Argentina)</i>		
16.15 - 16.45	CONFERENCIA Avances en inmunoterapia de cáncer de vejiga <i>Dr. Osvaldo Aren (Chile)</i>	16.00 - 18.15	MESA Mama: estado actual del cáncer de mama diseminado <i>Coordina: Dr. Gabriel Krygier</i> <i>Integrantes: Dra. Lucía Delgado, Dra. Cecilia Castillo, Dr. César Rodríguez (España), Dr. Sergio Aguiar, Dr. Gonzalo Ardao</i>		
16.45 - 17.45	MESA Tumores de riñón <i>Coordina: Dra. Laura Vera</i> <i>Integrantes: Dr. Osvaldo Aren (Chile), Dr. Diego Abreu</i>	18.15 - 19.15	SIMPOSIO PFIZER Ibrance "liderando el tratamiento del cáncer de mama metastásico RH+Her2- en 1 y 2 línea" <i>Dr. Jorge Nadal (Argentina)</i>		
17.45 - 18.45	SIMPOSIO ROCHE Atezolizumab: nuevos aires en cáncer de pulmón <i>Dr. Luis Más (Perú)</i>				
18.45 - 19.15	Ceremonia de Apertura				

SALÓN CLUB DE LOS INDUSTRIALES

08.00 - 18.00	Jornadas de Enfermería
19.30 - 20.30	SIMPOSIO ROCHE Eficacia y seguridad de Cotellic con Zelboraf para pacientes con melanoma metastásico con BRAF positivo <i>Dr. Alfonso Berrocal (España)</i> Lunch cortesía Roche

AUTORIDADES DEL CONGRESO

COMITÉ ORGANIZADOR

Dr. Luis Ubillos
Presidente

Dra. Nora Artagaveytia
Vicepresidente

Dr. Sebastián Ximénez
Secretaría General

Dra. Laura Vera
Prosecretaria

Dra. Cecilia Castillo
Dra. Adriana De Cola
Dra. Noelia Silveyra
Vocales Titulares

Dr. Sergio Aguiar
Dra. Isabel Alonso
Dr. Carlos Meyer
Secretaría Científica

Dr. Guillermo Avas
Dra. Adriana Della Valle
Dr. Franco Xavier
Secretaría Gremial

Dra. Valeria González
Dr. Andrés Machado
Comisión de Publicaciones

Dra. Adriana Córdoba
Tesorería

Dra. Sandra Alonso
Dra. Marisa Fazzino
Dra. Andrea Schiavone
Comisión EMC

COMITÉ CIENTÍFICO

Dra. Isabel Alonso
Dr. Rodrigo Fresco
Dr. Gabriel Krygier

AUSPICIANTES

Academia Nacional de Medicina
Colegio Médico del Uruguay
Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer
Escuela de Graduados
Facultad de Medicina
Federación Médica del Interior
FEPREMI
Instituto Nacional del Cáncer
Ministerio de Salud Pública
Sindicato Médico del Uruguay
Sociedad de Cirugía del Uruguay
Sociedad de Gastroenterología del Uruguay
Sociedad Ginecotológica del Uruguay
Sociedad Uruguaya de Radioterapia Clínica Oncológica
Sociedad Uruguaya de Urología

Declarado de Interés Turístico por el
Ministerio de Turismo según
Expediente N° 2018-9-1-0001798



UruguayNatural

Ministerio de Turismo

INVITADOS EXTRANJEROS

Dr. Osvaldo Aren
(Chile)

Dr. Alfonso Berrocal
(España)

Dr. Mauricio Germán Fernández Lazzaro
(Argentina)

Dr. Jorge Gallardo
(Chile)

Dra. Cinthia Gauna
(Paraguay)

Dr. Jorge Madrid
(Chile)

Dr. Luis Más
(Perú)

Dr. Guillermo Méndez
(Argentina)

Dr. Cristian Micheri
(Argentina)

Dr. Jorge Nadal
(Argentina)

Dr. Gonzalo Recondo
(Argentina)

Dr. Eduardo Richardet
(Argentina)

Dr. César Rodríguez
(España)

Dr. Jerónimo Rodríguez Cid
(México)

Dr. Christian Rolfo
(USA)

ACTIVIDAD SOCIAL

Ceremonia de Apertura

📅 JUE 15/11/2018

🕒 18.45 – 19.15

📍 LATU

Palabras del Dr. Luis Ubillos
Presidente del Congreso
y de la SOMPU

Ceremonia de Clausura y Entrega de Premios - 15° Congreso Uruguayo de Oncología

📅 SAB 17/11/2018

🕒 12.40 – 13.00

📍 LATU

Lunch de Clausura

📅 SAB 17/11/2018

🕒 13.00

📍 Club de los Industriales
Cámara de Industrias
del Uruguay

PROGRAMA CIENTÍFICO

15° CONGRESO URUGUAYO DE ONCOLOGÍA

📅 **MIÉRCOLES 14 DE NOVIEMBRE**
📍 **LATU**

- 15.00 – 17.00 **Curso Pre-Congreso**
Avances en el diagnóstico molecular y en el tratamiento sistémico del cáncer: una visión uruguaya
Coordinan: *Dr. Luis Ubillos, Dra. Sandra Alonso, Dra. Marisa Fazzino*
- 15.00 – 15.10 **Estado actual en Uruguay y en el mundo**
Dr. Luis Ubillos
- 15.10 – 15.25 **Mecanismo de inclusión de medicamentos y tecnologías en Uruguay**
Dra. Ana Pérez
- 15.25 – 15.40 **Aspectos de la judicialización en el acceso de medicamentos**
Dr. Juan Ceretta
- 15.40 – 15.55 **Informe de la Facultad de Ciencias Económicas**
Cr. Bolívar Gutiérrez, Cra. Ana Mariela Rodríguez Facal
- 15.55 – 17.00 **Discusión**
Panelistas: *Dra. Lucía Delgado, Dr. Blauco Rodríguez, Dra. Alicia Ferreira, Dr. Juan Ceretta, Dr. Daniel Garat, Dr. Alfredo Antía, Dra. Ana Pérez*
-

📅 **JUEVES 15 DE NOVIEMBRE**
📍 **LATU**

- 08.00 - 08.30 **Inscripciones y Acreditaciones**
- 08.30 – 09.30 **Mesa**
Manejo del cáncer de pulmón EIII resecable o potencialmente resecable
Coordina: *Dr. Diego Touyá*
- 08.30 – 08.40 **Introducción**
Dr. Diego Touyá
- 08.40 – 08.50 **Indicación de la mediastinoscopia y EBUS**
Dr. Nicolás Arechavaleta
- 08.50 – 09.00 **Tratamiento quirúrgico**
Dr. Gerardo Bruno
- 09.00 – 09.10 **Novedades del tratamiento neoadyuvante y adyuvante**
Dr. Diego Touyá
- 09.10 – 09.20 **Rol de la radioterapia**
Dr. Aldo Quarneti
- 09.20 – 09.30 **Caso Clínico**
- 09.30 – 10.00 **Descanso - Café**

- 10.00 – 12.20 **Mesa**
Pulmón: avanzado irresecable IIIb-IV
Coordinan: *Dr. Luis Ubillos, Dr. Mario Varangot*
- 10.00 – 10.20 **Tratamiento de enfermedad metastásica con mutaciones driver (EGFR, otras mutaciones)**
Dr. Eduardo Richardet (Argentina)
- 10.20 – 10.50 **Tratamiento de enfermedad metastásica con mutaciones driver (ALK y Ros)**
Dr. Jerónimo Rodríguez Cid (México)
- 10.50 – 11.20 **¿Debemos tratar a todos los pacientes con cáncer de pulmón no células pequeñas con inhibidores de punto de control inmunológico?**
Dr. Osvaldo Aren (Chile)
- 11.20 – 11.40 **Integración final y discusión**
Dr. Mario Varangot
- 11.40 – 12.20 **NSCLC: Optimización en el Manejo de Mutaciones Sensibles (EGFR)**
Dr. Mauricio Germán Fernández Lazzaro (Argentina)
- 12.20 – 13.30 **Simposio Novartis**
Estado actual de los inhibidores CDK4/6 en cáncer de mama
Dr. Cristian Micheri (Argentina)
Lunch cortesía Novartis
- 13.30 – 14.30 **Mesa de Temas Libres**
Coordina: *Dra. Nora Artagaveytia*
- 13.30 – 13.40 **Nº5 UTILIDAD DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN EL PROCESO DE ATENCIÓN DE UNA COHORTE DE ADULTOS MAYORES CON CÁNCER, SUBSIDIARIOS DE QUIMIOTERAPIA, EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO**
richter L, revollo A, silveyra N, lladó N, kmaid A, ubillos L
Hospital de Clínicas "Dr Manuel Quintela". Montevideo. Uruguay, 2018
- 13.40 – 13.50 **Nº7 EFICACIA DEL TRASTUZUMAB PARA EL CÁNCER DE MAMA HER-2 POSITIVO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL. UNA DÉCADA DE EXPERIENCIA BAJO LA NORMATIVA DE COBERTURA DEL TRATAMIENTO DEL FONDO NACIONAL DE RECURSOS.**
CASTILLO Cecilia¹, CAMEJO Natalia¹, NUÑEZ Jonathan², ROSICH Agustin², DELACASSA Fiamma², RIVERO Emiliano², SILVEIRA Luciana² y MEZQUITA Camila², DELGADO Lucia¹.
¹Servicio de Oncología Clínica de Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Udelar, ²Estudiante de pregrado de la Facultad de Medicina. Uruguay.
- 13.50 – 14.00 **Nº11 TAMIZAJE DEL CANCER DE CUELLO UTERINO CON TEST DE HPV. PRIMEROS RESULTADOS EN EL SISTEMA PÚBLICO DE URUGUAY.**
*Rodriguez G, Garcia L, Beracochea A, Perez N, Caserta B, Alonso R, Vero M, Larrosa D, Ardao G, Santos M y grupo ESTAMPA Uruguay**
Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer – Montevideo
- 14.00 – 14.10 **Nº17 LA ACTIVACIÓN DEL INFLAMASOMA NLRP3 MEJORA LA RESPUESTA A LAS TERAPIAS BLOQUEADORAS DE PUNTOS DE CONTROL INMUNOLÓGICOS.**
Jeldres M, Segovia M, Russo S, Girotti MR, Hill M.
Institut Pasteur de Montevideo, Montevideo, Uruguay
- 14.10 – 14.20 **Nº19 TRES AÑOS DE EXPERIENCIA DEL COMITÉ DE TUMORES DEL SERVICIO MEDICO INTEGRAL (SMI): MÁS DE 1300 PACIENTES PRESENTADOS. MONTEVIDEO, URUGUAY.**
Alfonso A, Lapiedra E, Perrier J, Besenzoni R, Krygier G
- 14.20 – 14.30 **Nº21 ESTIMACION PRELIMINAR DE LA PREVALENCIA PARCIAL DE LOS PRINCIPALES CANCERES DEL URUGUAY**
Alonso R^{1,2}, Musetti C¹, Garau M^{1,2}, Barrios E^{1,2}
¹Registro Nacional de Cáncer, Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer-Uruguay.
²Depto. Métodos Cuantitativos, Facultad de Medicina-UdelaR. Montevideo

- 14.30 – 15.45 **Mesa**
Cáncer de próstata
Coordina: *Dra. Laura Vera*
- 14.30 – 14.50 **Manejo del tumor localizado de próstata con vigilancia activa**
Dr. Levin Martínez
- 14.50 – 15.20 **Manejo del tumor de próstata localizado de alto riesgo y oligometastásico**
Dr. Sergio Aguiar, Dra. Laura Vera, Dr. Levin Martínez
Historia clínica: *Dra. Karen Mareco, Dr. Diego Bertini*
- 15.20 – 15.35 **Trazadores PET y theragnostic en cáncer de próstata. La experiencia nacional**
Dr. Gerardo dos Santos
- 15.35 – 15.45 **Preguntas**
- 15.45 – 16.15 **Descanso – Café**
- 16.15 – 16.45 **Conferencia**
Avances en inmunoterapia de cáncer de vejiga
Dr. Osvaldo Aren (Chile)
- 16.45 – 17.45 **Mesa**
Tumores de riñón
Coordina: *Dra. Laura Vera*
- 16.45 – 17.15 **Tumores diseminados. Tratamiento sistémico. Algoritmo terapéutico. Novedades**
Dr. Osvaldo Aren (Chile)
- 17.15 – 17.35 **Nefrectomía en el paciente localizado. Nefrectomía total versus nefrectomía parcial. Oportunidad de la nefrectomía en el paciente diseminado**
Dr. Diego Abreu
- 17.35 – 17.45 **Preguntas**
- 17.45 – 18.45 **Simposio Roche**
Atezolizumab: nuevos aires en cáncer de pulmón
Dr. Luis Más (Perú)
- 18.45 – 19.15 **Ceremonia de Apertura**
Palabras del Dr. Luis Ubillos: Presidente del Congreso y de la SOMPU

 **VIERNES 16 DE NOVIEMBRE**
 **LATU**

- 08.30 – 09.00 **Conferencia**
Tratamiento de los sarcomas con autoinjerto congelado con nitrógeno líquido. Nuestra experiencia.
Dr. Nicolás Casales, Dr. Claudio Silveri
- 09.00 – 10.15 **Mesa**
Digestivo: páncreas
Coordina: *Dra. Adriana Della Valle*
- 09.00 – 09.45 **Neoadyuvancia en cáncer de páncreas no metastásico**
Dr. Jorge Gallardo (Chile)
- 09.45 – 10.15 **Cáncer de páncreas diseminado. Estado del arte**
Dr. Guillermo Méndez (Argentina)
- 10.15 – 10.45 **Descanso – Café**
- 10.45 - 11.45 **Mesa**
Digestivo: colon
Coordina: *Dra. Adriana Della Valle*
- 10.45 – 11.15 **Enfermedad metastásica potencialmente resecable. Tratamiento de conversión**
Dr. Luis Ubillos
- 11.15 – 11.45 **Inmunoterapia en tumores digestivos**
Dr. Guillermo Méndez (Argentina)
- 11.45 – 13.30 **Simposio Cibeles**
Pembrolizumab: el nuevo standard de tratamiento en cáncer de pulmón avanzado
Dr. Gonzalo Recondo (Argentina)
Lunch cortesía Cibeles
- 13.30 – 14.30 **Mesa de Temas Libres**
Coordina: *Dr. Luis Ubillos*
- 13.30 – 13.40 **Nº24 SENSIBILIDAD DIAGNOSTICA DE LA DENSIDAD DEL PSA Y DEL PSA TOTAL CORRELACIONADO CON LA PUNCIÓN PROSTÁTICA GUIADA POR ECOGRAFÍA PARA EL DIAGNOSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN EL HOSPITAL DE CLÍNICAS "DR. MANUEL QUINTELA".**
Zamora C, Sumba A, Martinez A, Vilche S, Yandian J, Martinez L, Puente R.
Universidad de la República, Facultad de Medicina, Hospital Universitario Dr. Manuel Quintela. Catedra de Urología, Oncología
- 13.40 – 13.50 **Nº28 EXPRESION TUMORAL DE BRCA1 EN PACIENTES URUGUAYAS DIAGNOSTICADAS DE CANCER DE MAMA ANTES DE LOS 40 AÑOS.**
S. Malvasio, N. Camejo, C. Di Matteo, B. Caserta, N. Artagaveytia, C. Castillo, A. Schiavone, R. Notejane, I. Alonso, L. Delgado.
Servicio de Oncología Clínica, Departamento Básico de Medicina y Departamento de Anatomía Patológica del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", UDELAR. Servicio de Oncología Clínica y Servicio de Anatomía Patológica del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Servicio de Oncología Clínica del CASMU IAMPP. Montevideo, Uruguay.
- 13.50 – 14.00 **Nº29 TERAPIA CON INHIBIDORES TIROSINA QUINASA EGFR EN CÁNCER DE PULMÓN AVANZADO O RECURRENTE. RESULTADOS DE SOBREVIDA EN POBLACIÓN URUGUAYA**
Pérez A, Mareco K, Rodríguez C, Cuello G, Piñeiro N, Delgado L, Cuello M
Servicio de Oncología Clínica. Hospital de Clínicas – Fondo Nacional de Recursos
- 14.00 – 14.10 **Nº30 CARACTERISTICAS CLINICO-EPIDEMIOLOGICAS Y SV EN COHORTE DE PACIENTES PORTADORES DE MELANOMA EN INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER Y HOSPITAL DE CLINICAS EN PERIODO 2008-2017**
Amarillo D, Schiavone A, Nantes Fa, Tambasco C, De Boni D, Brayer C, Corrao E, Dominguez V, Palacio C Krygier G.

- 14.10 – 14.20 **Nº37 ANALISIS SOBRE CALIDAD DE ASISTENCIA EN TUMORES DE CABEZA Y CUELLO**
 RODRÍGUEZ SANDE V, AMARILLO D, MUNYO A, ALVAREZ D, BORCHE G, D'ALBORA R, CUELLO M
 Hospital de Clínicas "Dr Manuel Quintela", Universidad de la República
- 14.20 – 14.30 **Nº39 BRCA1 y BRCA 2 EN FAMILIAS URUGUAYAS CON HISTORIA DE PREDISPOSICIÓN HEREDITARIA AL CÁNCER. ANALISIS MUTACIONAL MEDIANTE SECUENCIADO MASIVO.**
 Silveyra N, Artagaveytia N, Ximenez S, Camejo N, Castillo C, Sanguinetti J, Brignoni L, Possi T, Spangenberg L, Cayota A, Delgado L.
 Unidad de Oncogenética Hospital de Clínicas- Departamento Básico de Medicina- Laboratorio de Genómica Funcional, Instituto Pasteur Montevideo
- 14.30 – 15.30 **Mesa**
Neoadyuvancia en cáncer de mama precoz
 Coordinan: *Dr. Gabriel Krygier, Dra. Marisa Fazzino*
- 14.30 – 14.50 **Rol de la cirugía mamaria y axilar en la neoadyuvancia**
Dr. Carlos Acevedo
- 14.50 – 15.10 **Radioterapia en la era de la neoadyuvancia: indicaciones y nuevas estrategias**
Dr. Sergio Aguiar
- 15.10 – 15.30 **Neoadyuvancia según el perfil biológico tumoral en cáncer de mama**
Dr. César Rodríguez (España)
- 15.30 – 16.00 **Mini-Simposio Roche**
Neoadyuvancia con doble bloqueo en cáncer de mama precoz
Dra. María Victoria Costanzo (Argentina)
- 16.00 – 18.15 **Mesa**
Mama: estado actual del cáncer de mama diseminado
 Coordina: *Dr. Gabriel Krygier*
- 16.00 – 16.20 **Cáncer de mama metastásico Her2 positivo**
Dra. Lucía Delgado
- 16.20 – 16.40 **Cáncer de mama metastásico RRHH positivo**
Dra. Cecilia Castillo
- 16.40 – 17.00 **Biopsia líquida en cáncer de mama: presente y futuro**
Dr. César Rodríguez (España)
- 17.00 – 18.15 **Controversias en cáncer de mama**
 Panelistas: *Dr. César Rodríguez (España), Dra. Lucía Delgado, Dra. Cecilia Castillo, Dr. Sergio Aguiar, Dr. Gonzalo Ardao*
- 18.15 – 19.15 **Simposio Pfizer**
Ibrance "liderando el tratamiento del cáncer de mama metastásico RH+Her2- en 1 y 2 línea"
Dr. Jorge Nadal (Argentina)

📍 **En Club de los Industriales:**

- 19.30 – 20.30 **Simposio Roche**
Eficacia y seguridad de Cotellic con Zelboraf para pacientes con melanoma metastásico con BRAF positivo
Dr. Alfonso Berrocal (España)
Lunch cortesía Roche

📅 **SÁBADO 17 DE NOVIEMBRE**
📍 **LATU**

- 08.30 – 09.00 **Conferencia: Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer**
30 años trabajando en prevención y diagnóstico precoz
Dr. Alvaro Luongo
- 09.00 – 10.30 **Mesa**
Impacto de la inmunoterapia en el tratamiento oncológico
Coordina: *Dr. Luis Ubillos*
- 09.00 – 09.20 **Bases en los progresos de la inmunoterapia en cáncer**
Dr. Eduardo Osinaga
- 09.20 – 09.40 **Impacto clínico de la inmunoterapia**
Dr. Osvaldo Aren (Chile)
- 09.40 – 10.00 **Marcadores pronósticos y predictivos de la inmunoterapia**
Dr. Christian Rolfo (USA)
- 10.00 – 10.20 **Rol de la biopsia líquida en el tratamiento de las enfermedades oncológicas**
Dr. Christian Rolfo (USA)
- 10.20 – 10.30 **Discusión**
Panelistas: *Dr. Eduardo Osinaga, Dr. Osvaldo Aren (Chile), Dr. Christian Rolfo (USA)*
- 10.30 – 11.00 **Descanso – Café**
- 11.00 – 12.40 **Mesa**
Investigación biomédica en el Uruguay
Coordinan: *Dr. Luis Ubillos, Dra. Laura Vera*
- 11.00 – 11.15 **Situación de la investigación biomédica en Uruguay**
Dr. Eduardo Osinaga
- 11.15 – 11.40 **Impacto de la investigación clínica**
Dr. Osvaldo Aren (Chile)
- 11.40 – 12.00 **Experiencia en el desarrollo de un centro de investigación**
Dr. Christian Rolfo (USA)
- 12.00 – 12.15 **Documental**
Dr. Pablo Banchemo
- 12.15 – 12.40 **Discusión**
Panelistas: *Dra. Laura Vera, Dr. Eduardo Osinaga, Dr. José Sotelo, Dr. Christian Rolfo (USA), Dra. Ana Pérez, Q.F. Eduardo Savio, Dra. Delia Sánchez*
- 12.40 – 13.00 **Ceremonia de Clausura y Entrega de Premios**
- 13.00 **Lunch de Clausura**

FOYER SALÓN DE ACTOS - LATU

E-posters

- Nº1 ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL: 23 AÑOS DE EXPERIENCIA CLÍNICA EN EL CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL.**
Godoy M, Sumba A, Silvera J, Alonso I.
- Nº2 TRATAMIENTO ADYUVANTE EN PACIENTES CON CÁNCER DE COLON. EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA CLÍNICA. PERIODO 2007-2011**
Sterling S.¹; Sansonetti P.²; Ubillos L.³
Servicio de Oncología Clínica del Hospital de Clínicas. Montevideo, Uruguay
- Nº4 MELANOMA OCULAR: REPORTE DE 24 CASOS DE LA UNIDAD DE MELANOMA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS "DR. MANUEL QUINTELA". MONTEVIDEO, URUGUAY.**
Sumba A, Romano D, Amarillo D, Richter L, De Boni D, Schiavone A, Eirin J, Martucci P, Krygier G, Delgado L.
Hospital de clínicas Dr. "Manuel Quintela". Facultad de Medicina, Universidad de la Republica. Montevideo, Uruguay
- Nº6 RADIOTERAPIA ADYUVANTE EN CÁNCER DE MAMA. ANÁLISIS DEL PERFIL BIOLÓGICO DE LAS RECIDIVAS LOCORREGIONALES DE MAMA.**
Ferreira V, Lorenzo F, Castaño A, Guerreros S, Dalla Rosa M, De Rosa A, Guerrero L, Lillo O, Aguiar S, Quarneti A
Servicio de Radioterapia, Instituto de Radiología y Centro de Lucha contra el Cáncer, Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo, Uruguay
- Nº9 VIGILANCIA ACTIVA EN CÁNCER DE PRÓSTATA EN UN GRUPO DE PACIENTES DEL NORTE DEL PAÍS**
Rondan M, Xavier F, Olivera R., Krygier G.
Cooperativa Médica de Rivera (COMERI)
- Nº10 DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE UNA POBLACIÓN CON CÁNCER DE MAMA PROCEDENTE DE RIVERA ENTRE 2014-2018**
Rondan M, Xavier F, Amarillo D, Sarries C., Krygier G.
Hospital de Rivera (ASSE), Cooperativa Médica de Rivera (COMERI)
- Nº14 HALLAZGO DE TUMOR MALIGNO/PREMLIGNO INSOSPECHADO EN ESTUDIOS PET/TC CON 18 F-FDG EN PACIENTES ONCOLÓGICOS**
Servente, L; Bianco, C; Bentancourt, C; Alonso, O.
CUDIM, Montevideo, Uruguay
- Nº16 HACIA LA DETECCIÓN SENSIBLE Y OPORTUNA DE PORTADORES DE GENES DE SUSCEPTIBILIDAD AL CÁNCER DE COLON HEREDITARIO: IDENTIFICACIÓN DE PORTADORES DE MUTACIONES Y DIFUSIÓN DE LA RELEVANCIA DEL ESTUDIO GENÉTICO.**
MATHÓ Cecilia^{1,2,3}, CHAVEZ Santiago¹, DELLA VALLE Adriana⁴, NEFFA Florencia⁴, SOTELO-SILVEIRA José Roberto³, ARTAGAVEYTIA Nora², DUHAGON María Ana¹.
¹ Departamento de Genética, Facultad de Medicina, Udelar; ² Departamento Básico de Medicina, Hospital de Clínicas, Udelar; ³ Instituto de Investigaciones Biológicas Clemente Estable, MEC; ⁴ Unidad de Oncogenética, Hospital Central de Las Fuerzas Armadas
- Nº18 ATEZOLIZUMAB COMO SEGUNDA LINEA DE TRATAMIENTO EN CANCER DE PULMÓN: EXPERIENCIA DE PACIENTES TRATADOS EN EL SERVICIO DE ONCOLOGIA CLINICA-HOSPITAL DE CLINICAS**
Rodriguez.C, Camejo.N, Salisbury. S, Chaparro. L, Rossi. S, Garcia. J, Cuello. M
- Nº20 ADYUVANCIA EN MELANOMA BRAF MUTADO: PRIMERA EXPERIENCIA EN URUGUAY**
Rodríguez Sande,V; Capote, M; Romano,D; Krygier, G.
Asociación Española; Hospital de Clínicas Dr Manuel Quintela, Montevideo, Uruguay
- Nº22 EL CÁNCER DE RIÑÓN EN URUGUAY: RELEVANCIA DEL PROBLEMA EPIDEMIOLÓGICO**
Garau M^{1,2}, Alonso R^{1,2}, Musetti C¹, Barrios E^{1,2}
¹ Registro Nacional de Cáncer, Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer-Uruguay. ² Depto. Métodos Cuantitativos, Facultad de Medicina-Udelar. Montevideo

- Nº23 CÁNCER COLO RECTAL. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE UNA SERIE DE 53 PACIENTES**
Rodríguez V.; Romano D.; Cataldi S.; Musetti C.
Servicios Oncológicos de la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos (AEPSM). Montevideo, Uruguay
- Nº31 CARACTERÍSTICAS CLINICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE COHORTE DE PACIENTES CON CÁNCER DE OVARIO TRATADAS EN EL CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL EN PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 2011-2017**
Amarillo D, Godoy M, Oviedo Y, Tambasco C, Nantes F, Silvera J, Terzieff V, Alonso I.
- Nº32 ANÁLISIS DE SOBREVIVENCIA SEGUN TIPO DE MUTACIÓN EGFR EN PACIENTES PORTADORES DE CÁNCER DE PULMÓN AVANZADO TRATADOS CON INHIBIDORES TIROSINA QUINASA. EN URUGUAY**
Mareco K, Pérez A, Cuello M, Piñeiro N, Cuello G, Delgado L, Rodríguez C.
Servicio de Oncología Clínica, Hospital de Clínicas - Fondo Nacional de Recursos
- Nº34 TUMORES DE LA FAMILIA DEL SARCOMA DE EWING EN ADULTOS: REVISIÓN DE LAS LITERATURAS A PROPÓSITO DE 6 CASOS**
Benítez J, Amarillo, D., Rodríguez, R.
Servicios de Oncología del Hospital Central de las FF.AA., Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, Instituto Nacional del Cáncer (INCA)
- Nº36 ANÁLISIS DE TUMORES DE LA ESFERA UROLÓGICA Y ORL EN UNA INSTITUCIÓN PRIVADA DURANTE EL AÑO 2016**
Díaz M¹, Sterling S², Vázquez A³.
¹ Ex Médico Residente de Oncología Médica. Asociación Española Primera en Salud. ² Médico Oncólogo. Asociación Española Primera en Salud. ³ Médico Oncólogo. Director Servicios Oncológicos, Asociación Española Primera en Salud
- Nº38 IMPLEMENTACIÓN DE PANEL MULTIGÉNICO PARA ESTUDIO DE FAMILIAS CON PREDISPOSICIÓN HEREDITARIA AL CÁNCER.**
Silveira N, Artagaveytia N, Ximenez S, Camejo N, Castillo C, Sanguinetti J, Brignoni L, Possi T, Spangenberg L, Cayota A, Delgado L.
Unidad de Oncogenética Hospital de Clínicas- Departamento Básico de Medicina- Laboratorio de Genómica Funcional, Instituto Pasteur Montevideo

PROGRAMA CIENTÍFICO

10ª JORNADA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

 **VIERNES 16 DE NOVIEMBRE**

 **CLUB DE LOS INDUSTRIALES – CÁMARA DE INDUSTRIAS DEL URUGUAY**

- 08.00 - 08.15 **Acreditación – Inauguración**
- 08.15 - 08.30 **Apertura de la Jornada**
Dra. Marisa Fazzino, Lic. Esp. Rossana Carleo, Dra. Enf. Elena Oliva
- 08.35 – 09.00 **Trombosis asociada a catéter venoso central, a propósito de un caso**
Lic. Madeleine Ibarra, Lic. Rosario Rocha
- 09.05 – 09.30 **Gestión de calidad en los Servicios Oncológicos**
Lic. Esp. Virginia Chiminelli
- 09.35 – 10.00 **La intervención “Acto” Psicológica “Analítico” en un servicio de Hemato-Oncología Pediátrico**
Lic. Psic. Andrés Batalla
- 10.00 – 10.30 **Descanso – Café**
- 10.30 - 11.30 **Bioseguridad en Manejo de Drogas Peligrosas**
Dra. Enf. Elena Oliva
- 11.35 - 12.00 **Uso de terapias complementarias en pacientes asistidos en un Hospital de Día Hemato-Oncológico**
Lic. Enf. Ana Laura Rodríguez, Lic. Enf. Noelia Peduto
- 12.00 – 14.00 **Intervalo**
- 14.00 - 14.20 **Check List en la administración de Quimioterapia**
Lic. Esp. Susana Chaud
- 14.25 - 15.00 **Seguridad en catéteres para nutrición parenteral total**
Lic. Esp. Inés La Vega
- 15.05 - 15.30 **Motivos de Egreso en la Unidad de Cuidados Paliativos**
Dra. Adriana Della Valle, Ps. Irene Cabrera, Lic. Esp. Ana Núñez
- 15.30 - 16.00 **Descanso – Café**
- 16.00 – 17.05 **Láser, Energía y Luz para pacientes Oncológicos**
Dra. Susana Teitelbaum
- 17.10 - 17.40 **Presentación Tikva. Centro Estético Oncológico**
Sr. Federico López, Sra. Pninah Katzkowich
- 17.40 – 18.00 **Consulta de Enfermería y seguimiento telefónico en paciente Oncológico**
Lic. Jaquelin González, Lic. Valeria Vieras
- 18.00 – 18.10 **Clausura de la 10ª. Jornada de Enfermería Oncológica**

INFORMACIÓN GENERAL

SEDE DEL CONGRESO

Laboratorio Tecnológico del Uruguay (LATU)
Av. Italia 6201
Montevideo – Uruguay
Tel: ++598 2 601 3724
Fax: ++598 2 600 2291
www.latu.org.uy

SECRETARÍA

ATENEA EVENTOS SRL
Av. 8 de Octubre 2254 of. 205
Montevideo – Uruguay
Telefax: ++598 2 400 5444
onco2018@atenea.com.uy
www.atenea.com.uy

 ateneaeventosuy

 atenea eventos

 @ateneaeventosuy

SOMPU

Av. Italia 2567 of. 1002
Montevideo – Uruguay
secretariasompu@gmail.com
www.sompu.org.uy

ENTREGA DE DOCUMENTACION

El registro de participantes e inscripciones se realizará a partir de las 08.00 hs. del día 15 de Noviembre. Se entregará bolso y programa oficial.

ENTREGA DE DIPLOMAS

Los diplomas se entregarán en la Secretaría Atenea Eventos a partir de las 15.30 hs. del Viernes 16 de Noviembre, con la presentación del solapero que contiene código de barras. Aquellos congresistas que no puedan retirar su diploma o se olviden del solapero en el Congreso, podrán hacerlo en la oficina de la Secretaría Atenea Eventos srl

IDIOMA OFICIAL

El idioma oficial del evento es el Español.

SALA DE PRUEBAS

Se deberán entregar los materiales en la Sala de Pruebas con una anticipación de dos horas, y retirarlos una vez terminada la actividad. La Secretaría Atenea Eventos srl, no se hace responsable por materiales olvidados tanto en sala de pruebas como en sala de sesiones.

TELÉFONOS CELULARES

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

EXPOSICIÓN COMERCIAL

Se llevará a cabo durante los días 14 al 17 de Noviembre en el horario de 08.30 a 18.30. El acceso a dicha exposición es libre

5 - UTILIDAD DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN EL PROCESO DE ATENCIÓN DE UNA COHORTE DE ADULTOS MAYORES CON CÁNCER, SUBSIDIARIOS DE QUIMIOTERAPIA, EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO

richter L, revollo A, silveyra N, lladó N, kmaid A, ubillos L
Hospital de Clínicas "Dr Manuel Quintela". Montevideo. Uruguay, 2018.

Introducción: El cáncer es la primera causa de muerte entre los 60 y 79 años. Se estima que para el 2030 un 70% de la población con cáncer será diagnosticada en adultos mayores a 65 años. Es un gran desafío para el oncólogo ya que este grupo etéreo está subrepresentado en los ensayos clínicos, surge la necesidad de utilizar escalas de cribado que permitan identificar al adulto mayor que se beneficiaría de una valoración geriátrica integral (VGI). **Objetivos:** Describir las características de los pacientes ≥ 70 años con cáncer, candidatos a recibir quimioterapia en la que se realizó una VGI utilizando la escala G8. Describir las características sociodemográficas y epidemiológicas de la cohorte del estudio. **Métodos:** Estudio descriptivo, observacional, prospectivo, de una sola cohorte en el plazo de un año. Se seleccionaron adultos ≥ 70 años con diagnóstico de cáncer candidatos a quimioterapia. Se realizó el G8, si el valor era ≤ 14 , se realizaba una VGI, se seleccionaron tres grupos: candidato a recibir quimioterapia estándar, modificada o mejor tratamiento de soporte. **Resultados:** Se incluyeron 32 pacientes, se realizó el test G8 a la totalidad, 21 tuvieron ≤ 14 en quienes se realizó la VGI. La edad media de diagnóstico fue de 77 años con mayor prevalencia de sexo femenino. El tumor primario más frecuente fue de pulmón, colonrecto y páncreas. El 59.3% fueron estadio IV al diagnóstico y 56.3% un PS 0. Entre los síndromes geriátricos, la polifarmacia corresponde a 47,6%. El 62% de los pacientes presentaban al menos una comorbilidad. En cuanto al criterio clínico del oncólogo previo a la VGI, 14 eran candidatos a recibir quimioterapia y 7 no; el geriatra clasificó a 17 como candidatos a recibir tratamiento. Una vez realizada la comparación entre el plan de tratamiento propuesto según el oncólogo previo a la VGI, se propusieron 15 pacientes para terapia estándar, luego de la VGI, 9 fueron considerados para este plan. Para el grupo candidato a tratamiento de soporte exclusivo, 2 fueron propuestos por oncología y 4 por geriatría, la VGI demostró ser más sensible para rectificar la propuesta de tratamiento paliativo en pacientes en los que no se planteaba realizar tratamiento oncoespecífico. **Conclusiones:** No existen reportes de experiencia con unidades onco geriátricas en Uruguay. Este proyecto muestra la primera experiencia de trabajo conjunto entre ambos servicios. La VGI permite un diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar las capacidades y problemas médicos, psíquicos, sociales y ambientales que pueda presentar el anciano con cáncer. Creemos que una manera de poner esto en práctica es mediante la utilización de tests de cribado (G8), por parte del oncólogo que le permitan de una manera sencilla y rápida seleccionar qué paciente es vulnerable y podría beneficiarse de una VGI.

11 - TAMIZAJE DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO CON TEST DE HPV. PRIMEROS RESULTADOS EN EL SISTEMA PÚBLICO DE URUGUAY.

Rodríguez G, García L, Beracochea A, Perez N, Caserta B, Alonso R, Vero M, Larrosa D, Ardao G, Santos M y grupo ESTAMPA Uruguay*
Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer – Montevideo

Objetivo: Fue analizar los primeros resultados de una experiencia piloto con la aplicación del test de HPV en una zona del departamento de Canelones en el marco de un proyecto de investigación en colaboración con la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC), OMS CHLCC, proyecto ESTAMPA. (Estudio de Tamizaje y Triaje con Pruebas de Papillomavirus).

Metodología: Se realizó el tamizaje con test de captura híbrida HC2 (Qiagen) de mujeres asintomáticas entre 30 y 64 años en el momento que concurren a realizarse el Papanicolaou al Centro de salud de La Costa y Pando (ASSE). Las HPV+ así como las informadas con PAP anormal se derivaron a colposcopia, biopsia y cuando correspondió se realizó el tratamiento indicado.

Resultados: Se tamizaron 1010 mujeres, el test de HPV+ se halló en 126 (12.5%) y el PAP anormal en 167 (16.5%). El test de HPV+ fue menos frecuente a medida que aumenta la edad de la usuaria, desde 15.5% en el rango de 30 a 39 a 9.1% en el rango de 50 a 64 años. El diagnóstico de lesiones CIN2+ obtenido por biopsia dirigida por colposcopia o legrado endocervical fue de 13/1010 (1.29%). El test de HPV fue positivo en todos los casos 13/13 (100%) mientras que el PAP fue anormal en 6/13 (46%)

Conclusiones: Se tuvieron que realizar más colposcopias por indicación del PAP que por indicación del test de HPV. El test de HPV demostró una sensibilidad mayor (100%) que el PAP (46%) (p=0.005) para el diagnóstico de lesiones precancerosas CIN2+.

Estos resultados justifican la realización de un ensayo de implementación previo a la incorporación del test de HPV al PPCCU.

7 - EFICACIA DEL TRASTUZUMAB PARA EL CÁNCER DE MAMA HER-2 POSITIVO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL. UNA DÉCADA DE EXPERIENCIA BAJO LA NORMATIVA DE COBERTURA DEL TRATAMIENTO DEL FONDO NACIONAL DE RECURSOS.

CASTILLO Cecilia¹, CAMEJO Natalia¹, NUÑEZ Jonathan², ROSICH Agustin², DELACASSA Fiamma², RIVERO Emiliano², SILVEIRA Luciana² y MEZQUITA Camila² DELGADO Lucia¹.

¹ Servicio de Oncología Clínica de Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Udelar, 2 Estudiante de pregrado de la Facultad de Medicina. Uruguay.

Introducción: Trastuzumab (TTZ) demostró en primer lugar su utilidad en el cáncer de mama (CM) metastásico asociado a paclitaxel en la primera línea de tratamiento, con impacto en la sobrevida (SV) global (SVG) de las pacientes. Posteriormente fueron conducidos varios estudios clínicos randomizados que demostraron su eficacia en el tratamiento adyuvante, mejorando la SV libre de enfermedad (SVLE) y SVG de las pacientes. Sin embargo, existen dudas acerca de si los resultados derivados de los estudios clínicos pueden ser trasladados, sin más, a la práctica clínica habitual. En consecuencia, consideramos de especial interés conocer la sobrevida de las pacientes tratadas con TTZ en la vida real, fuera de estudios clínicos. **Objetivo:** Evaluar la eficacia del TTZ en pacientes tratados en la práctica habitual, de acuerdo con la normativa de cobertura del FNR. Esta normativa fue elaborada con base en la revisión bibliográfica de la evidencia disponible y en las recomendaciones internacionales sobre indicaciones y políticas de cobertura. Las normas son revisadas periódicamente a efectos de adecuarlas a la evolución de la evidencia científica disponible, así como al contexto específico del sistema de salud del Uruguay. **Pacientes y métodos:** Se trata de un estudio observacional, retrospectivo que incluyó las mujeres uruguayas diagnosticadas con CM, que recibieron TTZ con criterio adyuvante, neoadyuvante y paliativo en el periodo comprendido desde el 1 de enero de 2006 hasta el 31 de diciembre de 2016. Se utilizó una base de datos anónima suministrada por el FNR. Se mantuvo el anonimato de las pacientes en el análisis estadístico. Se calculó la SVG para toda la población, según estado, subtipo biológico e intención de tratamiento. Para el análisis estadístico se utilizó el método de Kaplan Meyer. **Resultados:** se incluyeron 1944 mujeres tratadas con TTZ durante el periodo mencionado, la edad media al diagnóstico fue de 52,8 años, 1085 pacientes (55,8%) fueron posmenopáusicas. La distribución por estado fue la siguiente: E1 294 pacientes (15,1%), EII 818 pacientes (42,1%), EIII 443 pacientes (22,8%) y EIV 319 pacientes (16,4%). En relación al perfil biológico la mayoría de las pacientes 1240 (61,5%) fueron HER2+ RRHH+ y 628 pacientes (32,3%) fueron HER2+ RRHH-. Recibieron TTZ con criterio adyuvante, 1209 pacientes (62%), de los cuales 275 (23%) / 673 (56%) / 222 (18%) eran estadios I / II / III al momento del diagnóstico, respectivamente. Recibieron TTZ con criterio neoadyuvante (CM resecable e irresecable) 263 pacientes (13,5%) y 223 pacientes (11,5%) con criterio paliativo. La SVG a 5 años para las pacientes que recibieron TTZ adyuvante fue de 87% (IC del 95%: 85-89%). Para los pacientes que recibieron TTZ paliativo la SV mediana (SVM) fue de 31,3 meses (IC del 95%: 10,1 a 52,5 meses). **Conclusiones:** Nuestros resultados son similares a los reportados en los estudios clínicos, tanto en adyuvancia (SVG en el ensayo HERA a los 4 años: 89,3%; SVG en el estudio B-31 / N9831 a los 6 años: 89,8%; SVG en el estudio BCIRG006 a los 5 años : 91%) como en CM metastásico (SVM de 25 meses en Slamon D; N Engl J Med. 2001). Estos resultados respaldan la viabilidad y la importancia de tratar a los pacientes en la práctica habitual establecida según protocolos que se basan en los criterios de selección de pacientes y los métodos publicados en ensayos clínicos positivos.

17 - LA ACTIVACIÓN DEL INFLAMASOMA NLRP3 MEJORA LA RESPUESTA A LAS TERAPIAS BLOQUEADORAS DE PUNTOS DE CONTROL INMUNOLÓGICOS.

Jeldres M, Segovia M, Russo S, Girotti MR, Hill M.
Institut Pasteur de Montevideo, Montevideo, Uruguay.

Introducción: La inmunoterapia ha revolucionado el tratamiento del cáncer, identificando nuevos "puntos de control" (CTLA4, y PD1-PDL1), que pueden ser bloqueados evitando la progresión tumoral al favorecer una respuesta inmune efectora. Sin embargo, solo un grupo reducido de pacientes se ve favorecido por las mismas, lo que implica que existen diversos mecanismos de resistencia.

Nuestro grupo ha trabajado en la caracterización de una nueva molécula implicada en la regulación del sistema inmune, Tmem176b (TORID). Resultados de nuestro equipo en modelos murinos demuestran que TORID favorece la progresión tumoral a través de la inhibición del inflammasoma NLRP3, con aumento de la producción de una potente citoquina inflamatoria como la IL-1 β . Además, la deficiencia de TORID mejora la respuesta a los tratamientos α CTLA4 y α PD1 en modelos murinos.

Objetivos: Estudio del impacto del bloqueo farmacológico de Tmem176b en un modelo experimental murino, en monoterapia y asociado a anticuerpos α PD-1 y α CTLA4.

Análisis de expresión de genes relacionados con el Inflammasoma y la respuesta clínica en tumores de pacientes tratados con α PD-1.

Metodología: Luego de identificar un inhibidor de Tmem176b (en proceso de patente), utilizamos en un modelo murino (C57BL/6J) inyectado con una línea de células tumorales trasplantables el tratamiento conjunto con el inhibidor de TORID y el anticuerpo α PD-1 o α CTLA4. Analizamos la expresión de genes del inflammasoma en biopsias tumorales longitudinales en pacientes con melanoma tratados de forma secuencial con CTLA-4 y bloqueo PD-1. Analizamos la base de datos transcriptómica publicada por Chen et al (Chen et al., 2016).

Resultados: En modelos murinos el tratamiento con el inhibidor de TORID fue capaz de mejorar el efecto antitumoral obtenido con α CTLA-4 y α PD-1 en monoterapia. En el tratamiento con α CTLA-4 (con respuestas del 20%) el agregado del fármaco inhibidor de TORID logra respuestas cercanas al 60% en sobrevida.

El análisis de expresión génica de tumores de pacientes tratados con α PD-1 muestra que aquellos enfermos que responden al tratamiento presentan la vía del inflammasoma activada. En contraste, los pacientes que no responden a la terapia presentan niveles significativamente bajos de expresión de genes vinculados al inflammasoma. En un análisis pareado, los pacientes respondedores aumentan la expresión de genes del inflammasoma poco tiempo luego de comenzado el tratamiento, mientras que los pacientes progresores disminuyen la expresión de esos genes en relación a la etapa "pre-tratamiento".

Conclusiones: Nuestro equipo había demostrado que la deficiencia de TORID mejoraba la respuesta a las terapias con bloqueadores de puntos de control en modelos murinos. Aquí demostramos que el bloqueo farmacológico obtiene el mismo efecto. Además, como resultado original demostramos la asociación entre la activación del inflammasoma en pacientes tratados con terapias α CTLA-4 y α PD-1 y su resultado clínico.

Segovia-Russo, Targeting TORID-1 enhances antitumor immunity and augments the efficacy of immune checkpoint blockers by unleashing inflammasome activation. (Manuscrito en revisión).

19 - TRES AÑOS DE EXPERIENCIA DEL COMITÉ DE TUMORES DEL SERVICIO MEDICO INTEGRAL (SMI): MÁS DE 1300 PACIENTES PRESENTADOS. MONTEVIDEO, URUGUAY.

Alfonso A, Lapiedra E, Perrier J, Besenzoni R, Krygier G

Introducción: La patología tumoral se diagnostica y trata por diferentes especialidades tanto médicas como quirúrgicas, por lo que la coordinación entre los mismos es de vital importancia para alcanzar una asistencia de calidad. Un comité de tumores (CT) está formado por equipos multidisciplinarios de cada especialidad que optimizan el seguimiento del paciente durante todas las etapas. La función del CT consiste en facilitar la toma de decisiones diagnóstico-terapéuticas, adaptadas de forma óptima a cada situación clínica. Participan de los CT los profesionales de todas las especialidades que tienen un papel en el diagnóstico y tratamiento de los tumores de cada área. En Uruguay se decretó, en el año 2002, la obligatoriedad de los Comités de Tumores en todo el país.

Objetivos: Mostrar nuestra experiencia en estos 3 años de funcionamiento del CT de SMI y los logros obtenidos durante este período de tiempo.

Materiales y métodos: Los casos clínicos a presentar en cada CT se eligen analizando las anatomías patológicas de los pacientes de la institución, seleccionando aquellas que informan patología tumoral maligna. Los CT se realizan en forma semanal. Luego de presentado el caso clínico se elabora, por parte de la secretaria, un acta de comité con la resolución del mismo y los presentes durante la discusión, la misma se imprime y se archiva una copia en la historia clínica y otra en archivo de CT. A partir de estas actas se elaboró una base de datos en formato excel, con la cual trabajamos y obtuvimos los datos a presentar en nuestro trabajo. Se analizaron los datos del período comprendido entre el 7/8/15 y el 31/7/18.

Resultados: El CT del SMI se inició el 7/08/2015. A la fecha se han realizado 118 comités de tumores con 1371 pacientes presentados, siendo 791 mujeres y 580 hombres, con una edad mediana de 63 años. Dentro de los tumores malignos destacamos que 308 casos fueron cáncer de mama, colo - recto 151 casos, próstata 141, cáncer de pulmón 72 casos y tumores de piel melanoma y no melanoma 106 casos. Esta distribución se semeja con las curvas de incidencia por cáncer en Uruguay en el período 2010-2014.

En los comités presentados estuvieron presentes como participantes permanentes un integrante de la Dirección Técnica, el Cirujano jefe coordinador del área quirúrgica de la Institución, Oncólogo Coordinador General del Comité, residentes de oncología y Jefa de Residentes y una secretaria asignada al CT y en el último año se agregó en forma permanente internista e imagenólogo. Dentro de los participantes no permanentes, registrados en 103 comités de tumores, destacamos la presencia de mastólogos en 85% de los comités, anatómopatólogos en el 80%, urólogos en el 72%, ginecólogos en un 73%, cirujano de tórax, ORL, dermatólogos y cirujanos generales. Contamos asimismo con participación fija de psicólogo especializado en el área oncológica, siendo los otros especialistas citados según los casos a presentar (cirujano plástico, hematólogo, neurocirujano, endoscopistas, oftalmólogo, cardiólogo, etc).

Conclusiones: Durante nuestra experiencia con el CT se ha logrado preestablecer día y horario fijo en forma semanal, con lo cual aumentó la participación de diferentes especialistas. Contamos con la presencia permanente en todos los CT de Dirección Técnica, cirujano, oncólogo, secretaria, internista e imagenólogo, a lo cual se suma la participación activa en alto porcentaje de los CT de los diferentes especialistas mencionados en los resultados. Es también una instancia docente-asistencial, con presencia y participación activa de residentes de Oncología.

Se ha confeccionado una gran base de datos que permite evaluar la forma de presentación de patologías oncológicas en el SMI (estudios, histologías, etc) de manera de poder encarar estrategias orientadas a la prevención primaria y secundaria en las patologías más comunes que afectan a los usuarios de la Institución. Se han implementado mejores canales de comunicación entre los diferentes servicios médico-quirúrgicos con el fin de derivar los pacientes con mayor celeridad, buscando disminuir los tiempos de espera entre los distintos escalones diagnósticos y terapéuticos.

La implementación de CT no solo es importante para las instituciones mejorando la calidad asistencial sino que es de gran importancia para la seguridad del paciente en todos los procesos desde el diagnóstico, tratamiento y seguimiento posterior del mismo

24 - SENSIBILIDAD DIAGNOSTICA DE LA DENSIDAD DEL PSA Y DEL PSA TOTAL CORRELACIONADO CON LA PUNCIÓN PROSTÁTICA GUIADA POR ECOGRAFÍA PARA EL DIAGNOSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN EL HOSPITAL DE CLÍNICAS "DR. MANUEL QUINTELA".

Zamora C, Sumba A, Martinez A, Vilche S, Yandian J, Martinez L, Puente R. Universidad de la República, Facultad de Medicina, Hospital Universitario Dr. Manuel Quintela. Catedra de Urología, Oncología.

Objetivo: Determinar la sensibilidad diagnóstica del PSA total y de la densidad del PSA correlacionada con la biopsia prostática, así como también el porcentaje diagnóstico, los grados de Gleason y los grupos de riesgo de los pacientes diagnosticados de cáncer prostático por punción eco guiada de próstata en el hospital de clínicas Dr. Manuel Quintela.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo donde se incluyeron pacientes a quienes se les realizó biopsias de próstata dirigidas por ecografía en el período de tiempo comprendido entre 2012-2017. Se analizaron las variables cuantitativas: edad, PSA Total, volumen prostático, densidad del PSA, número de cilindros, Patrón de Gleason, Score Gleason, Grados de ISUP y cualitativas: resultado de anatomía patológica y grupos de riesgo. Se calculó la sensibilidad mediante tablas de contingencia de dos por dos. Se utilizaron test no paramétricos (muestras independientes), con el fin de comparar las medias utilizando el programa SPSS versión 24. Se considero estadísticamente significativa un valor $p < 0,05$.

Resultados: Incluimos en el estudio a 125 pacientes con una media de edad de 67,9 años (48-83). La media del PSA total fue de 11,5 ng/dl (0,65-152). La media de cilindros extraídos por Punción de Biopsia prostática fue de 13,6 cilindros (6-36). Se utilizó un punto de cohorte para la densidad de PSA de 0,15. Los verdaderos positivos fueron 58 casos que en porcentaje representan el 46,4%, los falsos positivos fueron 5 casos (4%), los verdaderos negativos fueron 47 casos (37,6%), 15 pacientes fueron los falsos negativos (12%). La sensibilidad diagnóstica de la densidad del PSA fue del 93% y la especificidad fue del 90%. La sensibilidad del PSA total fue del 90% y la especificidad fue del 94%. Globalmente el porcentaje de resultados positivos para malignidad confirmado por anatomía patológica fue del 58,4% (73 pacientes). Los patrones de Gleason más frecuentes fueron: 3+3 (25,7) 3+4 (20,3) 4+3 (12%) 3+5 (10%) 4+4 (8%). El score Gleason final fue 6 (25,7 %) 7 (32,4 %) 8 (24,3) 9 (14,9%) 10 (2,7 %). El porcentaje tomando en cuenta la clasificación de ISUP fue: ISUP 1 (25,7 %) ISUP 2 (21,6 %) ISUP 3 (10,8 %) ISUP 4 (24,3 %) ISUP 5 (17,6%). La media de edad para los diagnosticados de cáncer fue de 68 años, los grupos de riesgo se distribuyeron de la siguiente forma: muy bajo riesgo (5,4%), bajo riesgo (27%), intermedio (25,7%) alto riesgo (24 %) y muy alto riesgo (17,6%). La mediana de PSA total de los pacientes con biopsias negativas es de 6,8 ng/dl. La mediana de la densidad del PSA de los pacientes con biopsias positivas fue de 0,21. La mediana de la densidad de PSA en los pacientes con biopsia negativa fue de 0,05. Se obtuvo diferencias estadísticamente significativas entre el valor de la densidad del PSA y el resultado de la anatomía patológica $p < 0,0001$. No existían diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,914$) entre el número de cilindros extraídos de los pacientes que tuvieron resultado positivo o negativo en la biopsia.

Conclusiones: Obtuvimos una sensibilidad y especificidad para la densidad del PSA similar a las ya descritas en reportes previos. La densidad del PSA es una herramienta de utilidad para indicar una biopsia prostática y el número de cilindros extraídos no se correlacionó con una biopsia positiva. Consideramos a la densidad del PSA y a la biopsia de próstata eco guiada como métodos rentables en el diagnóstico de cáncer de próstata.

21 - ESTIMACION PRELIMINAR DE LA PREVALENCIA PARCIAL DE LOS PRINCIPALES CANCERES DEL URUGUAY

Alonso R^{1,2}, Musetti C¹, Garau M^{1,2}, Barrios E^{1,2}

¹Registro Nacional de Cáncer, Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer-Uruguay. ² Depto. Métodos Cuantitativos, Facultad de Medicina-UdelaR. Montevideo

Objetivo: Estimar la prevalencia parcial a 5 años de los principales tumores en el Uruguay.

Metodología: Utilizando los datos de incidencia del período 2011-2015 recolectados por el Registro Nacional de Cáncer se calculó la prevalencia a 5 años de cáncer de colo-recto, pulmón, esófago, estómago, mama, cérvix y próstata al final de 2015. Esto es, la cantidad de pacientes que permanecerían en el sistema de salud en 2015, habiéndosele diagnosticado un cáncer durante los 5 años previos. Se usó la aproximación de Pisani et al. estimando la sobrevida con el método de Kaplan-Meier.

Resultados: La prevalencia expresada como proporción de la población por 100000 resulta: colo-recto 145.5, pulmón 29.0, esófago 4.7, estómago 18.5, mama 435.6, cérvix 31.7, próstata 325.4. Esto arrojaría preliminarmente 5359, 1008, 162, 640, 7810, 1100 y 5457 casos respectivamente.

Conclusiones: Esta es la primera aproximación a la estimación de la prevalencia parcial a nivel nacional. Los resultados son consistentes con las cifras publicadas por Globocan con excepción de aquellos sitios con sobrevidas elevadas como mama y próstata donde las estimaciones locales fueron superiores. El cálculo sistemático de la prevalencia de cáncer promocionará insumos de gran valor para la planificación de la asistencia a pacientes oncológicos. Su buena utilización permitirá adecuar los recursos humanos, económicos, tecnológicos y de infraestructura para la atención de esta enfermedad.

28 - EXPRESION TUMORAL DE BRCA1 EN PACIENTES URUGUAYAS DIAGNOSTICADAS DE CANCER DE MAMA ANTES DE LOS 40 AÑOS.

S. Malvasio, N. Camejo, C. Di Matteo, B. Caserta, N. Artagaveytia, C.

Castillo, A. Schiavone, R. Notejane, I. Alonso, L. Delgado. Servicio de Oncología Clínica, Departamento Básico de Medicina y Departamento de Anatomía Patológica del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", UDELAR. Servicio de Oncología Clínica y Servicio de Anatomía Patológica del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Servicio de Oncología Clínica del CASMU IAMPP. Montevideo, Uruguay.

La mayoría de los cánceres de mama (CM) son esporádicos; sin embargo, en el 5 a 10% de los casos existe una predisposición hereditaria, asociada a mutaciones germinales de los genes BRCA1 y BRCA2. La expresión a nivel tumoral de BRCA1 se encuentra disminuida o ausente en aproximadamente 30-50% de los CM esporádicos en la población general. Desde el punto de vista molecular no existe una clara caracterización de estos tumores en las mujeres jóvenes y no hemos encontrado estudios en la literatura que reporten el porcentaje de subexpresión de BRCA1 en mujeres menores de 40 años con CM esporádico. **Objetivo:** valorar la expresión tumoral de BRCA1 por inmunohistoquímica (IHQ) en mujeres uruguayas diagnosticadas de CM antes de los 40 años. **Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo, se seleccionaron pacientes diagnosticadas de CM antes de los 40 años entre el 1/01/2006 y el 31/12/2012. La puesta a punto y determinación de la proteína BRCA1 mediante IHQ se realizó de forma centralizada. Se utilizaron los anticuerpos monoclonales anti BRCA1 MS110 contra el extremo N-terminal y GLK-2 contra el extremo C-terminal (aminoácidos 1839-1863). La expresión fue considerada positiva cuando la marcación nuclear y/o citoplasmática fue >10% de las células. Se calculó la sobrevida global (SVG) y la sobrevida libre de enfermedad (SVLE), para la construcción de las curvas se utilizó el método de Kaplan-Meier y la diferencia de sobrevida se evaluó mediante el test de log rank. **Resultados:** Se incluyeron 40 pacientes, la edad media fue de 36 años, 8 pacientes (20%) tuvieron AF significativos de CM u ovario. La distribución por estadio fue la siguiente: E I 9 pacientes (22,5%); EII 20 pacientes (50%); EIII 10 pacientes (25%), y EIV 1 paciente. Con respecto al perfil biológico: 17 pacientes (42,5 %) fueron HER2-; RE/RP+, 13 (32,5 %) fueron HER2+ y las restantes 10 pacientes (25%) fueron clasificadas como triple negativas. La SVG y la SVLE a 5 años fueron de 73% y 60% respectivamente. La expresión de BRCA1 mediante GLK-2 fue ≤10% en 16 de las 40 pacientes incluidas (40 %). La SVG y la SVLE a 5 años para las pacientes con expresión ≤10% fue de 56% vs. 85% para las pacientes con expresión >10% ($p = 0,015$) y de 40 % vs. 72 % ($p = 0,034$) respectivamente. La expresión del BRCA1 mediante MS110 fue ≤10% en 11 de las 40 pacientes incluidas (27,5%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la SVG ni en la SVLE a 5 años de acuerdo a la expresión de este marcador. **Conclusión:** La pérdida de expresión de BRCA1 mediante GLK-2, que sugiere la presencia de una proteína truncada, se asoció a una menor SVG y SVLE de forma estadísticamente significativa. Nuestros resultados concuerdan con lo reportado en la literatura y evidencian que la disminución de la proteína BRCA1 determinada mediante GLK2 tiene un valor pronóstico desfavorable para las pacientes jóvenes portadoras de CM.

29 - TERAPIA CON INHIBIDORES TIROSINA QUINASA EGFR EN CÁNCER DE PULMÓN AVANZADO O RECURRENTE. RESULTADOS DE SOBREVIDA EN POBLACIÓN URUGUAYA

Pérez A, Mareco K, Rodríguez C, Cuello G, Piñeiro N, Delgado L, Cuello M
Servicio de Oncología Clínica. Hospital de Clínicas – Fondo Nacional de Recursos

El Cáncer Broncopulmonar (CBP) constituye un grave problema sanitario nivel mundial. Nuestro país no es ajeno a esta realidad, siendo el tercero en incidencia y el primero en mortalidad. Los CBP no a células pequeñas (CPNPC) avanzados que contienen mutaciones en EGFR son altamente sensibles a inhibidores tirosina quinasa (ITK) de EGFR. En Uruguay la cobertura de las terapias dirigidas con ITK del EGFR, erlotinib o gefitinib, están comprendidas dentro de la normativa del Fondo Nacional de Recursos (FNR).

Objetivos: el objetivo primario es evaluar la sobrevida global (SG) en pacientes portadores de CPNPC avanzado o recurrente, con presencia de mutaciones activadoras del EGFR, que recibieron tratamiento con ITK en el período comprendido entre noviembre de 2011 y diciembre de 2017. Dentro de los objetivos secundarios se encuentra analizar la sobrevida libre de progresión (SLP) en la población total, la SG y SLP de acuerdo al tratamiento recibido y la descripción de las características demográficas de la población.

Metodología: se analizaron retrospectivamente los datos proporcionados por el FNR según los formularios de solicitud de tratamiento. Dicha información se reunió en una base de datos única, la cual se analizó con el programa IBM SPSS® Statistics® versión 24. El trabajo contó con la aprobación del comité de ética del Hospital de Clínicas.

Resultados: se realizaron 130 solicitudes de tratamiento. La mediana de edad fue de 63 años, siendo 61,5% de los pacientes de sexo femenino y 38,5% de sexo masculino. El 87% eran no fumadores. El 55,3% de los pacientes recibieron tratamiento previo (quimioterapia, radioterapia o cirugía). La mediana de tiempo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento fue de 111 días, siendo el tiempo mediano entre la solicitud y la aprobación del FNR de 5 días. La SLP para la población global fue de 12,9 meses (IC 95%:10,4-15,3) y la SG fue de 19,7 meses (IC 95%:16,8-22,5). Tanto la SG y SLP analizada en función del género no demostró diferencias estadísticamente significativas. Tampoco se encontraron diferencias significativas en SG ni SLP de acuerdo al tratamiento recibido.

Conclusiones: se trata del primer reporte de sobrevida en la práctica clínica en Uruguay en ésta población de pacientes. En nuestra serie se observó similar SLP y SG a la reportada por ensayos clínicos y estudios que reportan resultados de la vida real. Conocer los resultados locales de la práctica clínica es relevante y de gran importancia para generar procesos de mejora asistencial y diseñar políticas para el control del cáncer de pulmón.

37 - ANALISIS SOBRE CALIDAD DE ASISTENCIA EN TUMORES DE CABEZA Y CUELLO

RODRÍGUEZ SANDE V, AMARILLO D, MUNYO A, ALVAREZ D, BORCHE G, D'ALBORA R, CUELLO M

Hospital de Clínicas "Dr Manuel Quintela", Universidad de la República.

Objetivo. Analizar indicadores de calidad de asistencia específicos para tumores de cabeza y cuello en un hospital público de enseñanza en Uruguay.

Métodos. Estudio descriptivo, retrospectivo. Se incluyeron 486 pacientes con diagnóstico de carcinoma epidermoide de cabeza y cuello en cualquier estadio, asistidos en la unidad de Oncología-Otorrinolaringológica del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" de Montevideo entre 2005 y 2015. A partir de historias clínicas se relevaron parámetros de evaluación de calidad de asistencia previamente seleccionados de la literatura internacional.

Resultados. El 98% contó con informe histopatológico completo, en tanto un 76% contaba con información sobre estadificación completa al diagnóstico. La mayoría fueron diagnosticados en etapa tardía de la enfermedad (79%). La mediana para el inicio de cualquier tratamiento fue de 33 días. La adherencia a las guías clínicas fue variable, alcanzando un máximo de 100% en la QT-RT adyuvante en tumores de cavidad oral con márgenes positivos o evasión extracapsular y un mínimo de 43,8% para la RT-QT adyuvante en tumores de laringe con márgenes positivos o evasión extracapsular. El 90% cesaron el tabaquismo y de los pacientes laringectomizados, un 70% lograron la rehabilitación de la voz. La sobrevida global alcanzó una mediana de 35,8 meses, con una sobrevida a 5 años de 63,8% en estadios tempranos y 32% para estadios avanzados.

Conclusiones. Se trata del primer trabajo que reporta calidad de asistencia en tumores de cabeza y cuello en nuestro país. Aunque se necesitan más estudios, creemos que este análisis permite una aproximación inicial para generar estrategias dirigidas a mejorar los resultados obtenidos lo cual podría tener impacto en la evolución y calidad de vida de los pacientes.

30 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y SV EN COHORTE DE PACIENTES PORTADORES DE MELANOMA EN INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER Y HOSPITAL DE CLINICAS EN PERIODO 2008-2017

Amarillo D, Schiavone A, Nantes Fa, Tambasco C, De Boni D, Brayer C, Corrao E, Domínguez V, Palacio C Krygier G.

El melanoma es una neoplasia maligna originada a partir de los melanocitos, células responsables de la secreción del pigmento melánico, derivadas de la cresta neural. La mayoría aparecen en piel, aunque también pueden desarrollarse en mucosas y a nivel ocular. Es el tumor que más ha aumentado en los últimos años, con una edad media de diagnóstico de 45-55 años.

Si es diagnosticado en etapas tempranas puede ser curado mediante su resección quirúrgica. Sin embargo una vez que se desarrollan metástasis a distancia se comporta como el más maligno de los tumores cutáneos y probablemente de toda la economía por su poder de diseminación y alta letalidad. En nuestro país, según datos del Registro Nacional del Cáncer el promedio anual de casos sería de 128 en hombres, 107 en mujeres, con 50 muertes anuales en hombres y 30 en mujeres.

Objetivo: Describir y analizar el perfil clínico-epidemiológico y sobrevida de una cohorte de pacientes portadores de Melanoma asistidos en el Hospital de Clínicas y el Instituto Nacional del Cáncer en el período comprendido entre 2008 y 2017. Hasta la fecha no se han reportado estudios de estas características en nuestro país. Interesa además comparar con la literatura regional e internacional.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional de cohortes históricas, en base a revisión de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de Melanoma asistidos en el Hospital de Clínicas y el Instituto Nacional del Cáncer en el período comprendido entre 2008 y 2017, con un seguimiento de los mismos hasta 31/07/2018. Se creó una tabla con variables de interés, y los datos fueron procesados y analizados con SPSS 23®

Resultados: Se analizaron 194 pacientes, siendo la mediana de edad de 63 años (14-89), con un 49% de sexo masculino y 51% de sexo femenino. Con respecto a la variante, los melanomas oculares representaron un 8,8%, cutáneo 82,4%, mucoso 1% (7,8% sin dato). Un 60,7% de los pacientes presentaban fototipo I-II, siendo un 37,1% fototipo III. Con respecto a los factores de riesgo, un 45,9% presentaba antecedentes de exposición solar crónica y/o intermitente, con quemaduras solares en la infancia y ausencia de medidas de fotoprotección.

Dentro de los melanomas cutáneos, la forma anatomo-clínica nodular fue la más frecuente (32,7%) seguido de la extensiva superficial (28,9%), lentigo maligno melanoma (5%) y lentiginoso acral (8,2%) siendo el resto menos frecuentes. El síntoma de consulta más frecuente fue el crecimiento/cambio de tamaño de lesión pigmentada en un 41%, seguido de la aparición de un nevo (30,4%). Un 10% consultó por ulceración y un 6% por síntomas de enfermedad locoregional/distancia. Un 9,8% (n=17) de los pacientes presentó mutación BRAF V600E, pero fue un 60,1% positivo en el total de los testeados (n=28). En cuanto a los pacientes con estadios localizados, un 64,1% completó tto local con ampliación de márgenes y en un 38,8% de los casos se realizó BGC (un 30,4% de los Breslow menores a 1, un 63% de los Breslow entre 1 y 2, un 63% de los Breslow entre 2 y 4 y un 12,9% de los pacientes con Breslow mayor a 4). Un 15% recibió tratamiento adyuvante (IFN prácticamente en todos los casos). En cuanto a la mediana de SLE, la misma no fue alcanzada por la población de nuestro estudio, siendo la tasa de SLE a 5 años de 77%. En el estadio III la mediana de SLE fue de 33 meses (IC 95% 0,2-80). En el estadio II la mediana no fue alcanzada, con una tasa de SLE a los 5 años de 63%. En cuanto a la SVG, tampoco fue alcanzada la mediana en la población total, siendo la tasa de SVG a 5 años de 77,6% y a 10 años de 66,8%. Si analizamos la SVG por estadio, vemos una diferencia estadísticamente significativa en las curvas de SV para EI vs EII vs EIII vs EIV (p < 0,0001 con test de logrank). Solo en el EIV se alcanzó la mediana de SVG, que fue de 15 meses (IC 95% 8,5-21,5).

En cuanto a los 17 casos con melanoma ocular, su síntoma de presentación más frecuente fue la pérdida brusca de la agudeza visual (76,5% -n=13). Solo 2 de los pacientes debutaron con metástasis, siendo el resto localizado. De los mismos, 2 de los casos se correspondían con melanoma de conjuntiva, y el resto con melanoma uveal (subtipo más frecuente). La mediana de SVG tampoco fue alcanzada en estos pacientes, siendo la tasa de SVG a 5 años de 68,8%.

Conclusiones

Conocer los aspectos clínico-patológicos del melanoma en nuestra población, tiene un gran relevancia dado que nos permite conocer resultados en la vida real, lo cual ha de contribuir a realizar los ajustes necesarios para mejorar la calidad de la práctica clínica estándar. Se trata del primer estudio epidemiológico con resultados en SV de pacientes en nuestro país.

39 - BRCA1 y BRCA 2 EN FAMILIAS URUGUAYAS CON HISTORIA DE PREDISPOSICIÓN HEREDITARIA AL CÁNCER. ANALISIS MUTACIONAL MEDIANTE SECUENCIADO MASIVO.

Silveira N, Artagaveytia N, Ximenez S, Camejo N, Castillo C, Sanguinetti J, Brignoni L, Possi T, Spangenberg L, Cayota A, Delgado L.

Unidad de Oncogenética Hospital de Clínicas- Departamento Básico de Medicina- Laboratorio de Genómica Funcional, Instituto Pasteur Montevideo.

En Uruguay, el cáncer de mama (CM) es el más frecuente y la primera causa de muerte por cáncer en la mujer. Se estima que un 5-10% de los CM se desarrollan en pacientes portadores de una predisposición hereditaria asociada a genes de susceptibilidad de transmisión autosómica dominante y alta penetrancia, siendo BRCA1 y BRCA2 los más frecuentemente involucrados. **Objetivo:** analizar las mutaciones BRCA1/2 en familias uruguayas con CM y mama/ovario. Se analizaron 62 familias con historia sugestiva de predisposición hereditaria al CM/cáncer de ovario (CO). **Métodos:** la selección de las familias a estudiar y de los casos índices así como el asesoramiento genético, se realizaron en la consulta de oncogenética del Hospital de Clínicas. El análisis se realizó, previo consentimiento informado, sobre ADN genómico proveniente de células mononucleares periféricas mediante secuenciado masivo con tecnología Illumina. **Resultados:** se identificaron 14 mutaciones familiares, 13 de ellas de valor patogénico y 1 de significado incierto. De las 13 mutaciones patogénicas, 11 correspondieron a BRCA2. En bases de predicción de probabilidad de perjuicio funcional por variantes genéticas (Polyphen y Sift), la variante de significado incierto (rs80356859) arroja una alta probabilidad (0.994) de inducir alteraciones funcionales significativas, pudiendo tratarse de una nueva mutación potencialmente patogénica, aún no descrita. La baja frecuencia de mutaciones BRCA1/2 y el predominio de mutaciones de BRCA2 es concordante con lo reportado por nuestro equipo previamente incluyendo familias uruguayas en base a criterios de selección similares.

1 - Enfermedad trofoblástica gestacional: 23 años de experiencia clínica en el Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Godoy M, Sumba A, Silvera J, Alonso I.

Introducción: La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) incluye patologías benignas y malignas. El objetivo del trabajo es describir la forma de presentación, diagnóstico, evolución y el impacto en el tratamiento de las pacientes con ETG en la unidad de referencia del país, Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), para el manejo de las patologías gineco-obstétricas.

Materiales y métodos: Desde Junio de 1995 a Junio 2018 se revisaron retrospectivamente historias clínicas de 49 pacientes con diagnóstico de ETG. Las variables del estudio incluyen edad, motivo de consulta, fecha del diagnóstico, niveles de BhCG al debut, tipo de ETG, plan de tratamiento recibido, presencia de metástasis al diagnóstico, métodos de imágenes, evolución y status actual de las pacientes. El seguimiento se realizó telefónicamente. En el análisis de los datos, los test estadísticos que se utilizaron fueron: el test de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, Prueba de Wilcoxon, T de student y para el cálculo de sobrevida el método de Kaplan Meier. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $P < 0.05$.

Resultados: La mediana de edad fue de 21 años (rango: 12-48); La mediana de gestas fue de 1 (rango: 0-8), La mediana de BhCG al debut 270.284 UI/L. El 39% de las pacientes en el estudio era nulípara y el 36 % múltiparas. Los síntomas más comunes fueron genitorragia en un 57% y amenorrea en un 42,8%. La histología el 59% debutó como mola completa, el 27% mola parcial y el 14% como coriocarcinoma. La modalidad de tratamiento que se realizó en un 88% casos fue el legrado evacuador aspirativo y 12% histerectomía. El 90% de los coriocarcinomas recibieron quimioterapia, 4 casos se presentaron con metástasis pulmonares, estadio III al debut (8,1%) y 1 caso en estadio IV con metástasis encefálicas. Con respecto al nivel de BhCG al debut, después del legrado y luego de quimioterapia, se usó la prueba de Wilcoxon para dos muestras relacionadas la cual fue estadísticamente significativa $p(0.001)$ lo que confirma que tratamiento propuesto logra disminuir de forma óptima los niveles de HCG. Cuando se compara la edad, con el tipo ETG por medio de una T de student para datos independientes, no existe significancia estadística $P(0,69)$. Con respecto al análisis de supervivencia a los 23 años la mediana de sobrevida global no fue alcanzada para todos las pacientes ya que el evento (muerte) se presentó en pocos casos (2%), Media 288,6 IC 95% (276-300).

Conclusión: La ETG debe considerarse en el diagnóstico diferencial de toda embarazada con genitorragia del primer trimestre. El aumento exagerado de BhCG en cifras >200.000 UI/ml son de alto índice de sospecha de la enfermedad, aunque la certificación diagnóstica del tipo de ETG siempre es histológica. Se concluye que el tratamiento óptimo (legrado aspirativo, cirugía, quimioterapia, según el caso y riesgo), lleva a una disminución de los niveles de BhCG a rangos indetectables logrando en muchos casos la curación de la enfermedad, lo que lleva a largas sobrevidas

4 - MELANOMA OCULAR: REPORTE DE 24 CASOS DE LA UNIDAD DE MELANOMA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS "DR. MANUEL QUINTELA". MONTEVIDEO, URUGUAY.

Sumba A, Romano D, Amarillo D, Richter L, De Boni D, Schiavone A, Eirin J, Martucci P, Krygier G, Delgado L.
Hospital de clínicas Dr. "Manuel Quintela". Facultad de Medicina, Universidad de la Republica. Montevideo, Uruguay.

ANTECEDENTES: El melanoma ocular representa la neoplasia orbitaria más frecuente en adultos, puede localizarse en conjuntiva y en úvea (iris, cuerpo ciliares o coroides). La forma de presentación uveal es la más habitual y representa el 3 a 5% de todos los melanomas. El debut en conjuntiva es aún más raro, con una incidencia de 0,2-0,5 por millón de habitantes año. El melanoma uveal se disemina principalmente por vía hemática especialmente a hígado, hueso, pulmón y sistema nervioso central. Existen diferentes modalidades de tratamiento en estadios precoces, que se deben considerar en cada caso en particular (localización, tamaño y extensión local) dando sobrevidas comparables con diversas técnicas. Esta patología presenta recaídas tardías y el pronóstico de los estadios avanzados es desfavorable, no existiendo terapia óptima para estos casos.

OBJETIVO: En nuestro medio la incidencia de melanoma no cutáneo es de 0,35 x 100.000 habitantes, dada la rareza de la patología consideramos de importancia su reporte. Hasta la fecha no se han publicado estudios de sobrevida de pacientes con melanoma ocular en nuestro país. El objetivo del estudio es determinar las características clínico-epidemiológicas y la evolución de pacientes con diagnóstico de melanoma ocular a lo largo de 20 años, modalidades de tratamiento y sus resultados en cuanto a sobrevida.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, de cohortes históricas, donde se revisaron la base de datos electrónica y las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de melanoma ocular, del servicio de oftalmología y oncología médica del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", en un periodo de 20 años (1997-2017). Se describieron la forma de presentación y evolución de todos los pacientes incluidos en la cohorte; para el cálculo de sobrevida se usó el método de Kaplan Meier; para comparar dos o más curvas de supervivencia y establecer si las diferencias observadas son significativas se utilizó el Test Log-rank.

RESULTADOS: Se identificaron 24 pacientes, la edad media al debut fue de 58 años, el 70,8% de los casos se presentó en mujeres, el motivo de consulta más frecuente fue la pérdida de la visión, presente en 21 casos (88%), dolor en 9 casos (38 %). La localización en la coroides ocurrió en 15 casos (62,5%), seguido de cuerpos ciliares; conjuntiva y de iris. La histología fue epitelioide en 9 casos (37,5%), mixto en 7 casos (29,2%), y fusocelular en 8 casos (33,3%). Un total de 10 de los casos (41,5%) se presentó en Estadio III y 2 casos (8%) en estadio IV. En cuanto al tratamiento la enucleación fue el tratamiento de elección en 18 pacientes (79%), y en otros dependiendo de su localización y estadio; se realizó iridectomía, resección conjuntival, quimioterapia neoadyuvante y luego enucleación; ante progresión quimioterapia o radioterapia paliativa según el caso. Al momento del cierre, 17 pacientes (70,8%) se encuentran vivos y en controles, 2 pacientes fallecieron por enfermedad metastásica al debut (hígado y SNC), 4 progresaron y murieron por la enfermedad y uno por otra causa. En el cálculo de sobrevida, el evento muerte ocurrió en pocos casos, por lo que la mediana global no fue alcanzada. La sobrevida media fue de 125,9 meses IC 95% (83.1-168,7). La tasa de supervivencia a 5 años fue de 89%. La mediana de sobrevida global para el conjunto de pacientes en estadio III y IV que progresaron o recayeron fue de 4 meses (IC 95% 0,080-7,920) $p < 0,090$. **CONCLUSIONES:** Se concluye que nuestros resultados en cuanto a características clínico epidemiológicas y de sobrevida concuerdan con series internacionales, y que este estudio ayuda a mejorar el conocimiento de la enfermedad y de las opciones terapéuticas disponibles en el país.

2 - TRATAMIENTO ADYUVANTE EN PACIENTES CON CÁNCER DE COLON. EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA CLÍNICA. PERIODO 2007-2011

Sterling S.¹; Sansonetti P.²; Ubillos L.³

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

¹ Médico Especialista en Oncología Médica. ² Médico Posgrado de Oncología Médica. ³ Prof. Adjunto del Servicio de Oncología Clínica en Hospital de Clínicas. Universidad de la República.

Introducción:

El cáncer de colon constituye un grave problema sanitario a nivel mundial. La quimioterapia adyuvante ha mostrado beneficio para los pacientes de alto riesgo y ganglios positivos, por lo que es considerada estándar.

Objetivo: Describir y analizar el perfil clínico-patológico de pacientes portadores de cáncer de colon estadios II y III asistidos en el hospital universitario.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo-retrospectivo en pacientes intervenidos de cáncer de colon estadios II y III provenientes del Servicio de Oncología Clínica del Hospital de Clínicas (UdelaR) entre enero de 2007 y diciembre de 2011.

Resultados: Se incluyeron 68 pacientes, 37 en estadio II y 31 en estadio III. La edad promedio fue 63 años. La mayoría de los pacientes fueron hombres (54,4%). Los tumores de colon izquierdo ocuparon el mayor porcentaje (51,5%), la histología más frecuente fue adenocarcinoma. En cuanto al TNM, el T más frecuente fue el T3 (82,4%) y el N fue el N0 (54,4 %). El 50% de los pacientes recibió quimioterapia adyuvante (11 pacientes en estadio II y 23 en estadio III), siendo los esquemas más utilizados, XELOX y capecitabine monodroga. El 67,6% presentó eventos adversos, siendo los más frecuentes gastrointestinales, G1/2 en la mayoría de los casos. No hubo muertes asociadas al tratamiento. El seguimiento promedio de los pacientes fue de 38 meses y para el año 2016 el 60% se encontraban vivos. La tasa de sobrevida global a 5 años para pacientes con estadio II fue 53% y no hubo un beneficio observado con la quimioterapia adyuvante. Para los pacientes con estadio III, la tasa de sobrevida global a 3 años fue 70% para los pacientes que recibieron quimioterapia adyuvante comparado con 50% para aquellos que no realizaron quimioterapia pero no se alcanzó significancia estadística ($p=0,066$). **Conclusiones:** La quimioterapia adyuvante en pacientes con estadio II en este estudio no muestra un beneficio en la sobrevida. Dadas las limitaciones de nuestro estudio no pudimos demostrar beneficio significativo con quimioterapia adyuvante en pacientes con estadio III.

6 - RADIOTERAPIA ADYUVANTE EN CÁNCER DE MAMA ANÁLISIS DEL PERFIL BIOLÓGICO DE LAS RECIDIVAS LOCORREGIONALES DE MAMA.

Ferreira V, Lorenzo F, Castaño A, Guerreros S, Dalla Rosa M, De Rosa A, Guerrero L, Lillo O, Aguiar S, Quarneti A
Servicio de Radioterapia, Instituto de Radiología y Centro de Lucha contra el Cáncer, Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo, Uruguay.

INTRODUCCIÓN: El cáncer de mama es una patología con muy alta incidencia y mortalidad en Uruguay, siendo la principal causa de muerte por patología oncológica en la mujer. El tratamiento adyuvante de radioterapia es una modalidad que ha demostrado tener beneficio en la sobrevida libre de enfermedad y en la sobrevida global. El riesgo de recurrencia locorregional se estima entre el 9 y el 32% a 10 años y se asocia a diferentes variables.

OBJETIVO: Analizar el perfil biológico de las pacientes que presentaron una recidiva locorregional en las pacientes tratadas con radioterapia adyuvante en nuestro centro. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un análisis retrospectivo de historias clínicas en seguimiento activo del IRLCC-CHPR de pacientes tratadas en el periodo comprendido entre enero del 2006 y diciembre de 2012. Se analizaron 312 historias. Se recabaron y tabularon variables referentes a la estadificación de la enfermedad, el subtipo y grado histológico, la expresión de RRHH, sobreexpresión del receptor Her2-neu e índice de proliferación Ki67. Se analizó la correlación entre el perfil biológico y la recidiva, frecuencias relativas y medias.

RESULTADOS: De las 312 pacientes incluidas, 26 (8,33%) presentaron recidivas locorregionales; una de ellas presentó enfermedad bilateral y recayó bilateralmente. Se cuantificaron 13 recaídas locales (mama o pared) y 9 regionales (territorios ganglionares); 4 pacientes recayeron en ambos sitios. El tiempo medio a la recaída fue 38,5 meses con un rango entre 4 y 102 meses. El 48,1 % de las recidivas se dio en pacientes con cáncer de mama estadio III. Un total de 7 pacientes eran N0; 1 paciente presentó recidiva ganglionar axilar. 22 pacientes (81,5 %) presentaban carcinoma ductal infiltrante, 2 Carcinoma Lobulillar Infiltrante, 1 Papilar Intraquistico y 1 Micropapilar. Referente al perfil biológico de las pacientes con axila negativa, 3 eran Her2+, 2 Her2 negativo, 2 no contamos con los datos, 2 eran RRHH+, 3 negativos, 2 sin datos, por lo que no encontramos relación con Her2-neu, índice Ki67 o RRHH de manera aislada. La media del tiempo de recidiva en las pacientes triple negativas fue de 20,8.

CONCLUSIONES: Nuestros resultados de recurrencia local arroja tasas de recurrencia locorregional congruentes con los reportes en la literatura científica. En este análisis preliminar existe una vinculación entre el tiempo de recaída locorregional y elementos del perfil biológico, como es la negatividad para RRHH y Her 2 neu.

9 - VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PRÓSTATA EN UN GRUPO DE PACIENTES DEL NORTE DEL PAÍS

Rondan M., Xavier F., Olivera R., Krygier G.

Cooperativa Médica de Rivera (COMERI). Localidad: Rivera, Uruguay

Introducción: La vigilancia activa en pacientes con cáncer de próstata precoz es una opción real de manejo de estos tumores y así se puede diferir el inicio de un tratamiento oncospecífico propiamente dicho en una proporción de hombres, postergando la aparición de efectos colaterales vinculados al tratamiento sin comprometer la supervivencia. El estudio PROTECT (NEJM 2016) evaluó pacientes con cáncer de próstata localizado durante 10 años, no encontrando diferencias en mortalidad entre los que ejecutaron vigilancia activa, cirugía o radioterapia. El mismo a su vez brinda como sugerencia que sujetos con bajo volumen de enfermedad y bajo riesgo pueden ser seguidos, sin necesidad de llevar a cabo intervenciones inmediatas. **Objetivos:** Describir una población de pacientes con cáncer de próstata de muy bajo y bajo riesgo en vigilancia activa de un sanatorio privado de la ciudad de Rivera (COMERI). **Materiales y métodos:** Se trata de un estudio descriptivo, unicéntrico, observacional, retrospectivo. Se incluyeron 33 pacientes con cáncer de próstata de muy bajo y bajo riesgo tratados por el equipo de Oncología Médica en COMERI entre 2010 y 2018. Se tomaron los datos de las historias clínicas de respectivos pacientes. Se creó una tabla con datos de interés y posteriormente se procesaron los mismos.

Resultados: Se obtuvieron los datos procedentes de 33 pacientes que fueron asistidos en dicha institución. Un 100% eran procedentes de Rivera. El rango de edades fue de 52 a 84 años, siendo un 6% entre 50-59 años, 27% entre 60-69 años, 48% entre 70-79 años y 18% entre 80-89 años. El valor de PSA al diagnóstico entre los pacientes elegidos estuvo entre 2,68 ng/ml y 9,57 ng/ml. La mayoría no presentaba síntomas de la esfera urinaria al diagnóstico (únicamente el 12%). Todos los pacientes según resultado de AP eran portadores de adenocarcinomas de próstata. El total de 18 hombres tenía 1-2 cilindros afectados según la PBP, 9 poseía 3-4-5 cilindros y 6 contenía 6 o más cilindros con adenocarcinoma. El porcentaje de cilindros afectados fue desde 1% a 100%. El 51,5% no presentaba invasión perineural en la muestra. De las muestras estudiadas, 26 contenían Gleason 6 (78,7%) y 7 muestras Gleason 7 (21,3%). El 91% tenía ausencia de PIN de alto grado. A su vez, el 91% fue estadificado al principio con TAC de abdomen y pelvis y centellograma óseo. Al 91% le realizaron tacto rectal al diagnóstico, llevado a cabo por oncólogo o urólogo. Únicamente al 21% lo rebiosaron durante el seguimiento activo, todos ellos permaneciendo con igual Gleason según AP. Ninguno cuenta con RNM prostática. El individuo que está a más tiempo en seguimiento activo cumple 89 meses en el mismo. En promedio, los pacientes permanecieron 33 meses en vigilancia activa sin recibir tratamiento.

Conclusiones: Fue posible conocer más de cerca la población portadora de carcinoma de próstata de muy bajo y bajo riesgo de COMERI. Se reconocen las limitaciones al llevar a cabo dicho enfoque en el interior del país, por la dificultad de ejecutar PBP periódicas posteriores al diagnóstico, así como RNM con bobina endorrectal. Aumentar el porcentaje de pacientes rebiosados es un desafío que tiene el equipo de oncología por delante. Se observaron individuos que permanecieron gran cantidad de tiempo en vigilancia activa, permitiendo que los mismos tuvieran buena calidad de vida, sin afectar su pronóstico vital.

14 - HALLAZGO DE TUMOR MALIGNO/PREMALIGNO INSOSPECHADO EN ESTUDIOS PET/TC CON ¹⁸F-FDG EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

Servente L, Bianco C, Bentancourt C, Alonso, O.

CUDIM, Montevideo, Uruguay

Objetivo: determinar la frecuencia y tipo de tumor maligno/premaligno insospechado como hallazgo en estudios ¹⁸F-FDG PET/TC en pacientes oncológicos.

Material y métodos: Se revisaron retrospectivamente (de enero 2014 a marzo 2017) informes de estudios ¹⁸F-FDG PET/TC de pacientes oncológicos, con hallazgo de lesión sospechosa de otro tumor maligno. La información fue obtenida a partir de determinadas "palabras clave" en la base de datos del Centro. Los hallazgos se confirmaron mediante histopatología y/o seguimiento clínico y paraclínico como mínimo 6 meses.

Resultados: de 4086 pacientes oncológicos estudiados con ¹⁸F-FDG PET/TC, se encontró lesión sospechosa de otro tumor maligno en 130 (3,2%), 72 mujeres y 58 hombres, con edad media 61 años. Los tumores primarios más frecuentes fueron: mama (n=27), pulmón (n=27) y colo-recto (n=20). Se confirmaron por histopatología 49 (1,2%) nuevos tumores maligno/premaligno y 2 lesiones metastásicas. La localización del segundo tumor primario correspondió a: colon (n=18), pulmón(n=6), mama (n=6), linfoma (n=3), ovario (n=2), endometrio/cuello uterino (n=2), tiroides (n=2) y otros (n=10). Resultaron 28 hallazgos falsos positivos. Treinta y un pacientes no se estudiaron por progresión lesional. Se perdieron de seguimiento 20 pacientes.

Conclusiones: la tasa de detección de tumor maligno insospechado fue de 1,2%. Todo hallazgo incidental sospechoso de malignidad en ¹⁸F-FDG PET/TC debe ser estudiado.

10 - DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE UNA POBLACIÓN CON CÁNCER DE MAMA PROCEDENTE DE RIVERA ENTRE 2014-2018

Rondan M., Xavier F., Amarillo D., Sarries C., Krygier G

Hospital de Rivera (ASSE), Cooperativa Médica de Rivera (COMERI). Localidad: Rivera, Uruguay

Introducción: El cáncer de mama sigue siendo la neoplasia con mayor incidencia en la mujer uruguaya, así como primer causa de muerte por cáncer, según los últimos datos de la CHLCC. El perfil demográfico, estilo de vida occidental y patrones genéticos son las principales razones por las cuales Uruguay tiene similar patrón a los países desarrollados. Los últimos datos de la CHLCC con respecto a la población de Rivera datan del periodo 2009-2013, donde se reportaron 76 nuevos casos de cáncer de mama en mujeres, no detallándose cifras con respecto a hombres.

Objetivos: Caracterizar y analizar el perfil de una población con cáncer de mama procedente de Rivera, que se atiende en el hospital público local y en una institución privada. Calcular supervivencia en el grupo de pacientes ya detallado.

Materiales y métodos: Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional. Se incluyeron 91 pacientes portadoras de cáncer de mama, siendo que 47 recibieron atención en el Hospital de Rivera y 44 en COMERI, entre abril/2014 y abril/2018. Se obtuvo información de las historias clínicas de los respectivos individuos. Se creó una tabla donde se fueron volcando datos de interés, realizando posteriormente los cálculos de supervivencia (según método de Kaplan Meier) con software SPSS versión 23.0.

Resultados: Se obtuvieron datos de 47 pacientes atendidas en el Hospital de Rivera (ASSE) y de 44 atendidas en COMERI. En el Hospital las edades fueron entre 36 a 86 años (media 60 años), y en COMERI entre 36 y 95 años (media 58 años). Se observa que el 70% de las pacientes del Hospital público tuvieron como primer motivo de consulta una tumoración mamaria, en cambio 58% en la institución privada fueron diagnosticadas por una mamografía de control. En promedio entre la fecha de la mamografía y el inicio del tratamiento sistémico, en el hospital público transcurrieron 3 meses y medio, siendo que en el sanatorio ese periodo se acortó a 2 meses. En ASSE se observó una mayor demora en la obtención del resultado de anatomía patológica solicitada, ya sean provenientes de biopsias, o de cirugías propiamente dichas. Con respecto a la técnica quirúrgica utilizada, el 38% en el hospital recibieron cirugía conservadora, y el resto MRM+VGA. En el mismo aspecto, en COMERI más de la mayoría fue intervenida con cirugía conservadora. Sobre el perfil biológico, 10 pacientes del hospital de Rivera tenían perfil triple negativo, y 6 con el mismo perfil en COMERI. Del total, solo 6 pacientes tenían Her 2neu positivo. Al estadificar, 19% tenían E I, 43% E II, 19% E III y 19% E IV en el hospital público, siendo 18% E I, 34% E II, 34% E III, 13% E IV en COMERI. Se utilizó el método de Kaplan Meier para estimar SV, empleando el software SPSS. Las medianas de SV no se alcanzaron en la población global ni por estadio. Con un total de 91, se observaron 8 eventos (muertes). A la fecha de corte del trabajo, se encontraban vivas 83 pacientes (91%). Las medias para el tiempo de supervivencia fueron 47,2 meses (IC 95%, 44-50 meses). Analizando por estadio, 100% de las pacientes con E I estaban vivas al culminar el trabajo, 97% con E II, 83% con E III y 80% con E IV.

Conclusiones: Se ha presentado una población de pacientes con cáncer de mama del interior de Uruguay, que recibieron atención médica entre 2014-2018. Se analizan las diferencias encontradas entre la población hospitalaria y de COMERI y se calcula la supervivencia para ambas por estadio.

16 - Hacia la detección sensible y oportuna de portadores de genes de susceptibilidad al cáncer de colon hereditario: identificación de portadores de mutaciones y difusión de la relevancia del estudio genético.MATHÓ Cecilia^{1,2,3}, CHAVEZ Santiago¹, DELLA VALLE Adriana⁴, NEFFA Florencia⁴, SOTELO-SILVEIRA José Roberto³, ARTAGAVEYIA Nora², DUHAGON María Ana¹.

¹ Departamento de Genética, Facultad de Medicina, UdelAR; ² Departamento Básico de Medicina, Hospital de Clínicas, UdelAR; ³ Instituto de Investigaciones Biológicas Clemente Estable, MEC; ⁴ Unidad de Oncogenética, Hospital Central de Las Fuerzas Armadas.

El Cáncer de Colon Hereditario No Polipósico o Síndrome de Lynch (SL) representa entre el 1-7% de todos los cánceres colorectales (CCRs). La susceptibilidad al SL se debe a mutaciones germinales en genes que intervienen en la reparación del apareamiento erróneo del ADN. Su diagnóstico se basa en criterios clínicos que consideran la historia familiar y los sitios anatómicos involucrados y la presencia de inestabilidad de microsatélites (IMS) a nivel tumoral (Amsterdam I y II, Bethesda), la ausencia de expresión de proteínas de reparación y la identificación de mutaciones germinales. La detección de estas mutaciones es imprescindible para un adecuado asesoramiento onco-genético dado que cambian las estrategias de control, seguimiento y tratamiento de los pacientes y su núcleo familiar.

Para este estudio se seleccionaron hasta ahora 55 pacientes no emparentados que satisfacen los criterios clínicos de SL y reciben asesoramiento en la Unidad de Oncogenética del H.C.F.F.A.A. Se diseñó un panel de 9 genes (MLH1, MSH2, MSH6, EPCAM, FAN1, MUTYH, PMS1, PMS2, APC) y se secuenció por Next-Generation-Sequencing utilizando el Ion Torrent PGM del Instituto de Investigaciones Biológicas Clemente Estable. Las variantes alélicas encontradas fueron analizadas bioinformáticamente para determinar su valor patogénico (ClinVar y predicción *in silico*). Se identificaron variantes en 18 pacientes distribuidas por gen del siguiente modo: 6 MLH1, 4 MSH2, 3 MSH6, 4 MUTYH y 1 APC. Quince de ellas tienen valor patogénico y 3 son de significado incierto (VUS), constituyendo cambios *missense* en MSH2 y MSH6. Seis de estas variantes no fueron reportadas previamente. Globalmente, la distribución de frecuencia de mutaciones en los genes analizados fue acorde a la literatura, siendo los genes más frecuentemente mutados MLH1 y MSH2. Se discuten hallazgos particulares para el MUTYH. La frecuencia de detección de mutaciones fue mayor en los casos que presentaban criterios clínicos más estrictos e IMS. Se identifican variantes raras en las regiones no codificantes y se discute su utilidad clínica actual. Además de contribuir con el diagnóstico genético en la población sin acceso a estos tests, se evaluó la necesidad de incrementar la conciencia acerca de la importancia de la detección de individuos con riesgo genético de ser portador de SL. Con ese objetivo se generó material de difusión impreso (folletería) que fue distribuido en nodos de atención primaria, así como en clínicas médicas y servicios especializados vinculados a esta patología. Asimismo, se generó una página de Facebook denominada "Cáncer de Colon Hereditario Uruguay" que resume los alcances del proyecto, contiene material de difusión, conecta a los pacientes con el centro de asesoramiento genético y proporciona enlaces útiles para el manejo de la enfermedad. Los contenidos seleccionados están dirigidos no solo a los pacientes sino también a los médicos, estudiantes y prestadores de salud.

18 - ATEZOLIZUMAB COMO SEGUNDA LINEA DE TRATAMIENTO EN EL CÁNCER DE PULMÓN: EXPERIENCIA DE PACIENTES TRATADOS EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA CLÍNICA-HOSPITAL DE CLÍNICAS

Rodríguez.C, Camejo.N, Salisbury. S, Chaparro. L, Rossi. S, García. J, Cuello. M

El cáncer de pulmón es la primera causa de muerte por cáncer a nivel mundial. Mas de dos tercios se diagnostican en etapas avanzadas, no siendo candidatos a tratamientos con criterio potencialmente curativo, con una la sobrevida a 5 años es menor al 10%. Recientemente la inmunoterapia ha demostrado beneficio en sobrevida tanto primera como segunda línea. Atezolizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado que se une directamente al ligando del receptor de muerte celular programada (PD-L1) y proporciona un doble bloqueo de los receptores PD1 y B7.1. Ha demostrado ser activo tras la progresión a una primera línea de tratamiento en un estudio fase III, donde se observó aumento de la sobrevida global versus docetaxel 13,8 vs 9,6 meses.

Objetivo: Describir las características, resultados y toxicidades de pacientes que accedieron al tratamiento en segunda línea con Atezolizumab mediante el programa de acceso expandido del fármaco, asistidos en la policlínica de oncología torácica del servicio de oncología clínica del Hospital de Clínicas

Resultados:

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Sexo	Masculino	Masculino	Femenino	Masculino
Edad	71	57	53	51
Estadio	IIIA	IIIB	IV	IV
Histología	Adenocarcinoma (EGFR no mutado)	Adenocarcinoma (EGFR no mutado)	Carcinoma NOS (EGFR no mutado)	Carcinoma epidermoide
Sitios metastásis	-	-	SNC	Pleura
Tratamientos previos	QT-RT concurrente (CDDP-Etopósido)	QT-RT concurrente (CDDP-Etopósido)	RT holocraneana Carboplatino-Paclitaxel x 3 ciclos	Carboplatino - Paclitaxel x 6 ciclos
No ciclos recibidos	14	6	11	6
Status	En marcha	Finalizado	En marcha	Finalizado
Respuesta	Estabilidad lesional	Progresión local	Respuesta parcial	Progresión múltiple
Toxicidades	Anorexia G1 Fatiga G1 Prurito G1 Hipertiroidismo G1 (resuelto) Descamación de palmas y plantas (resuelto) Tos G1	Anemia G2 Fatiga G1 Pirexia G1 Tos G1 Diseña G1 Alteración de las transaminasas G2 Pérdida de peso (Resueltas)	Neutropenia G2 (resuelta) Prurito G1 Emesis G1 Artralgias G2 Mialgias G2 Afasia G1 (resuelta) Cefalea G3 (resuelta)	Prurito G2 Pirexia G1 Hipertiroidismo G1 Alteración de las transaminasas G1 (Resueltas al finalizar tratamiento)

Conclusiones: El tratamiento presenta una buena tolerancia con efectos adversos manejables, en su mayoría G1-2. Solo reportamos dos eventos de toxicidad G3 en única paciente, que remitieron tras tratamiento en menos de 24 horas y no se reiteraron. En esta primer experiencia el tratamiento fue bien tolerado y se lograron respuestas duraderas en los pacientes que respondieron.

22 - EL CÁNCER DE RIÑÓN EN URUGUAY: RELEVANCIA DEL PROBLEMA EPIDEMIOLÓGICO

Garau M^{1,2}, Alonso R^{1,2}, Musetti C¹, Barrios E^{1,2}

¹Registro Nacional de Cáncer, Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer-Uruguay ² Depto. Métodos Cuantitativos, Facultad de Medicina-UdelAR. Montevideo

Introducción: En el mundo se ha observado un aumento alarmante del cáncer de riñón, particularmente en América del Norte, Europa y algunos países asiáticos. Este aumento, ha sido atribuido parcialmente a sobrediagnóstico. Sin embargo, una importante fracción del riesgo (25% según estudios europeos es atribuible a la obesidad y el sobrepeso, que han aumentado en el Uruguay como en buena parte del mundo. El objetivo del presente trabajo es describir la situación epidemiológica del Uruguay respecto a este cáncer.

Sujetos y Métodos: Se analizan los casos de cáncer de riñón incluidos en el Registro Nacional de Cáncer en el período 2011-2015 en cuanto a sexo, edad, topografía y tipo histológico. Se describen las tendencias de incidencia para el período 2002-2014 y las de mortalidad para el período 1990-2016 mediante el método de joinpoint.

Resultados: En el período 2011-2015 se registraron 2870 casos de cáncer de riñón en el Uruguay de los cuales el 65% fue en pacientes de sexo masculino. La edad promedio al diagnóstico fue de 65 años. Sólo 17 casos se presentaron en menores de 15 años. El 97% correspondió a cánceres del parénquima renal. Tenemos información sobre la histología en el 80% de los casos, entre ellos el 80% fueron carcinomas de células claras, 5% carcinomas papilares y 1.7% carcinomas sarcomatoides.

En el período 2002-2014, la tasa ajustada de incidencia aumentó significativamente tanto en hombres como en mujeres, con un porcentaje de cambio anual (PCA) de 2,7 y 2,6 respectivamente. Paralelamente, en el período 1990-2016 la mortalidad por este cáncer aumentó significativamente entre los hombres con un porcentaje de cambio anual de 1,4, mientras que en las mujeres el aumento no fue significativo (PCA: 0,9).

Conclusión: En el período 2002-2014 se registró un importante aumento en la ajustada de incidencia de cáncer de riñón en ambos sexos, así como en la tasa ajustada de mortalidad en hombres. Este ascenso podría corresponder a una versión tardía del fenómeno descrito internacionalmente como consecuencia de la mejora de las técnicas imagenológicas y su mayor accesibilidad. Sin embargo, la asociación de este cáncer con factores de riesgo en aumento como la obesidad y la hipertensión, y su posible asociación con exposición a tóxicos ambientales amerita cuidadosa vigilancia epidemiológica.

20 - ADYUVANCIA EN MELANOMA BRAF MUTADO: PRIMERA EXPERIENCIA EN URUGUAY

Rodríguez Sande.V; Capote, M; Romano,D; Krygier, G.

Asociación Española; Hospital de Clínicas Dr Manuel Quintela, Montevideo, Uruguay.

Objetivo: Reportar las primeras experiencias en Uruguay sobre tolerancia y efectos adversos observados durante el tratamiento adyuvante con Dabrafenib y Trametinib en pacientes portadores de melanoma cutáneo.

Metodología: Se estudiaron tres casos clínicos de pacientes portadores de melanoma cutáneo BRAF mutado estadio III o IVA R0, según la 8va edición del TNM de la AJCC y UICC, en tratamiento adyuvante con Dabrafenib y Trametinib.

Resultados: Basados en los resultados de un ensayo clínico fase III randomizado publicado en 2017 para pacientes con melanoma estadio III resecaados BRAF mutados y sin líneas previas de tratamiento, que evidenció beneficio en sobrevida libre de recurrencia y tendencia a beneficio en sobrevida global con el uso de Dabrafenib más Trametinib adyuvantes, se inicia en tres casos tratamiento con dicha combinación, con duración estimada de un año. Se grafica ciclo a ciclo y para cada paciente los efectos colaterales presentados (según tabla de NCIC-CTC) y su relación o no con el tratamiento recibido; asimismo se evalúa el tiempo hasta el inicio del efecto adverso, su duración y tratamiento de los mismos para cada ciclo de tratamiento en cada paciente. La tolerancia se vio limitada por la pirexia, principal efecto adverso descrito en el estudio, reportado en el 63% de los casos. Se caracterizó por aparecer tras la toma de Dabrafenib, de muy difícil control con antitérmicos varios y desaparición inmediata con la suspensión transitoria del tratamiento. En uno de los casos, a partir del quinto ciclo de tratamiento, la pirexia no se presentó nuevamente y hasta el último control (8vo ciclo) no la repitió. Otros efectos adversos reportados y que representan una limitación en la calidad de vida fueron astenia y artromialgias. También se observaron alteraciones cutáneas similares a reacciones erisipelatoides y se describe su tratamiento y evolución. Por último un solo caso presentó neutropenia que requirió suspensión del tratamiento por un período breve de tiempo.

Conclusiones: Los resultados en seguridad fueron similares a los reportados en el estudio fase III COMBI-AD, excepto por la neutropenia observada en uno de los casos. Es esperable observar efectos adversos al utilizar la combinación, principalmente pirexia, astenia, artromialgias y síntomas digestivos altos. Resulta clave conocer los mismos para estar atentos a su aparición y así tratarlos adecuadamente.

23 - CÁNCER COLO RECTAL. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE UNA SERIE DE 53 PACIENTES

Rodríguez V.; Romano D.; Cataldi S.; Musetti C.

Servicios Oncológicos de la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos (AEPISM). Montevideo, Uruguay.

Objetivos: Caracterizar la población de pacientes con cáncer colo rectal ingresados durante el año 2017 en una Institución de Asistencia Médica Colectiva (AEPISM). Analizar el manejo terapéutico en la enfermedad diseminada.

Metodología: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo. Se revisaron historias clínicas de pacientes que fueron ingresados al sanatorio de la AEPISM entre enero y abril de 2017 con diagnóstico anatomopatológico de adenocarcinoma colorrectal. Se incluyeron pacientes en cualquier estadio de la clasificación TNM de la AJCC/UICC, con diagnóstico primario, recidiva o progresión. Se excluyeron pacientes sin datos clínicos reportados en la historia clínica (HC) electrónica oncológica.

Resultados: Durante dicho período se atendieron 53 pacientes con una mediana de edad de 65 años (34-88 años). Se observó una distribución por sexos casi similar con 27 pacientes hombres (50.9%) y 26 mujeres (49.1%). La distribución por localización fue colon izquierdo y sigmoides 16 pacientes (30.2%) y colon derecho y ciego 16 ptes. (30.2%) colon transversal 9 ptes. (16.9%), recto 10 ptes. (18.9%), recto-sigmoides 2 ptes. (3.8%). Un 28% se presentó con enfermedad diseminada al debut, de los cuales 6 pacientes tenían un solo sitio metastásico excluyendo peritoneo (M1a), 3 pacientes presentaron dos o más sitios metastásicos excluyendo peritoneo (M1b) y 6 pacientes tenían diseminación peritoneal, pudiendo incluir otras localizaciones (M1c). Las más frecuentes fueron hepáticas y peritoneales. Hubo 7 recaídas (13.2%) de las cuales el 85.7% correspondía a pacientes inicialmente en E-III. En cuanto al Grado histológico un 54.7% fueron moderadamente diferenciados.

De un total de 22 pacientes diseminados se conocía el dato del status de mutación RAS en 5 pacientes (22.7%), siendo 2 de ellos RAS mutado y 3 wild-type, de los últimos solo 1 de ellos recibió tratamiento con Cetuximab en 3ra línea. Por otra parte, 13 pacientes recibieron Bevacizumab en primera línea (59%), de los cuales el 69% lo recibió asociado a Capecitabina-Oxaliplatino. Asimismo, 8 pacientes (36%) recibieron el antiangiogénico en segunda línea y 1 paciente (4.5%) en tercera línea. Los planes de quimioterapia asociados en segunda y tercera línea fueron Irinotecan, Capecitabina-Irinotecan y Capecitabina monodroga.

Conclusiones: Las características clínico-epidemiológicas de los pacientes fueron similares a los reportados en la literatura. En un bajo número de pacientes se realizó la determinación del status de mutación de ras y pocos pacientes recibieron tratamiento con agentes biológicos sin haberse documentado en la HC el motivo de ello. No obstante, una limitación del estudio es que se trata de una serie pequeña de pacientes y puede no ser completamente representativo del total de ellos.

31 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE COHORTE DE PACIENTES CON CÁNCER DE OVARIO TRATADAS EN EL CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSELL EN PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 2011-2017

Amarillo D, Godoy M, Oviedo Y, Tambasco C, Nantes F, Silvera J, Terzieff V, Alonso I.

Introducción: El cáncer de ovario representa 25% de los tumores del aparato genital femenino, siendo el tercero en frecuencia en nuestro país de los tumores de origen genital, excluyendo a la mama. Su importancia, de todas maneras radica en que es responsable del mayor número de muertes dentro de este grupo. Esto es debido a que el 75% de los casos son diagnosticados en etapas avanzadas (estadios III y IV) debido al crecimiento tumoral asintomático durante los estadios tempranos, la inespecificidad de sus síntomas y a su alta capacidad de recurrencia. Estos tumores presentan heterogeneidad evolutiva, dado que algunos evolucionan en forma relativamente indolente, otros lo hacen en forma rápidamente progresiva.

Objetivo: Conocer las características clínico-epidemiológicas de una cohorte de pacientes con cáncer de ovario tratadas en Centro Hospitalario Pereira Rossell en Periodo comprendido entre 2011-2017.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional de cohortes históricas, en base a revisión de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de Cáncer de Ovario tratadas en el Centro Hospitalario Pereira Rossell entre 2011 y 2017, con un seguimiento de los mismos hasta 31/07/2017. Se creó una tabla con variables de interés, y los datos fueron procesados y analizados con SPSS 23*

Resultados: Se reclutaron en total 109 pacientes. La edad media fue de 52,8 años, con un rango de 15 a 87 años. Un 43,1% de las pacientes eran procedentes del interior, 55% de Montevideo y 1,8% del extranjero. El 26,6% eran premenopausicas, con un 54,1% postmenopausicas. El síntoma de consulta más frecuente fue la distensión abdominal (35,8%), seguido de dolor abdominal (19,3%) y tumoración abdomino-pelvica. En un 18,3% de los casos el diagnóstico se realizó por hallazgo. Los tumores más frecuentes fueron los epiteliales, representando un 84,4%. Un 7,4% (n=7) fueron germinales y un 8,2% (n=8) fueron tumores de la granulosa. Dentro de los tumores epiteliales, los más frecuentes fueron los serosos (50%), seguidos de mucinosos (16,3%). Un 45% tenía el ca125 elevado al diagnóstico. Casi un 50% se presentó en estadios avanzados, siendo un 41,3% EIII y un 7,4% EIV. El primer tratamiento fue la cirugía en la mayoría de los casos (82,6%), 11% recibió neoadyuvancia y 6,4% QT con criterio paliativo. No se alcanzó la mediana de SVG en la cohorte.

Conclusiones: El cáncer de ovario es una patología de relevancia por su diagnóstico difícil (dado síntomas inespecíficos) y por ende una presentación en la mitad de los casos en estadios tardíos. En esta cohorte de casos, encontramos datos clínico epidemiológicos similares a los revisados en la literatura regional e internacional.

34 - TUMORES DE LA FAMILIA DEL SARCOMA DE EWING EN ADULTOS: REVISIÓN DE LAS LITERATURAS A PROPOSITO DE 6 CASOS.

Benítez I, Amarillo D, Rodríguez R.

Servicios de Oncología del Hospital Central de las FF.AA., Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Instituto Nacional del Cáncer (INCA).

Resumen: Los tumores de la familia del sarcoma de Ewing (TFSE) son un grupo de tumores de células pequeñas, redondas y azules, que comparten una traslocación característica que involucra el gen EWS en el cromosoma 22. La mayoría se presenta como tumores óseos primitivos y una minoría son extraóseos. Su baja frecuencia en adultos a menudo lleva a diagnósticos tardíos, con implicancia pronóstica. El tratamiento sistémico basado en alquilantes, antraciclinas y alcaloides de la vinca ha determinado importantes mejorías en la sobrevida y el pronóstico.

Objetivo: Presentar 6 casos clínicos de pacientes con tumores de la Familia de Ewing.

Pacientes y Métodos: Entre febrero de 2016 y agosto de 2018 se revisaron 6 casos de TFSE en adultos. Se realizó una revisión bibliográfica de las características anatomopatológicas y epidemiológicas de estos tumores y de su tratamiento.

Resultados: El rango etario osciló entre 23 y 40 años; de los 6 casos, 4 eran hombres y 2 mujeres. Ninguno presentaba metástasis a distancia por la clínica o los estudios de imagen al diagnóstico. La topografía fue en tórax (2), columna vertebral (2), muslo izquierdo (1), y cuello (1). Todos los casos fueron confirmados con biopsia y los tratamientos habituales fueron poliquimioterapia basada en alquilantes y antraciclinas y cirugía con o sin radioterapia complementaria. Al momento de este reporte, 3 pacientes fallecieron, 1 se encuentra libre de enfermedad, 1 se encuentra en controles luego de radioterapia paliativa y quimioterapia, y 1 en tratamiento con radioterapia.

Conclusiones: Los TFSE son muy infrecuentes en la edad adulta. El advenimiento de la quimioterapia basada en alquilantes y antraciclinas, y el tratamiento multimodal en conjunto con la cirugía y la radioterapia, han mejorado el pronóstico y la sobrevida, en particular en la enfermedad localizada. En nuestra casuística predominaron los pacientes jóvenes y del género masculino, acorde a la literatura. Se destaca el abordaje multi e interdisciplinario de estos pacientes en el marco de un Comité de Tumores, siendo la cirugía la piedra angular del tratamiento junto a la quimioterapia y la radioterapia.

32 - ANALISIS DE SOBREVIDA SEGUN TIPO DE MUTACION EGFR EN PACIENTES PORTADORES DE CÁNCER DE PULMON AVANZADO TRATADOS CON INHIBIDORES TIROSINA QUINASA EN URUGUAY

Mareco K, Pérez A, Cuello M, Piñeiro N, Cuello G, Delgado L, Rodríguez C. Servicio de Oncología Clínica, Hospital de Clínicas - Fondo Nacional de Recursos.

El Cáncer Broncopulmonar (CBP) en nuestro país representa la primera causa de muerte por cáncer para ambos sexos reunidos y la tercera en incidencia. Un 40% de los CBP son adenocarcinoma, 15 al 30% de los pacientes no asiáticos, son portadores de mutaciones activadoras en el gen EGFR (receptor del factor de crecimiento epidérmico). Los exones que más frecuentemente están involucrados son el 19 (con delección de 15-18 pb) que representa más del 50% de las mutaciones de EGFR, y la mutación del exón 21 (en el residuo L858R) que representa más del 30% de los casos.

Objetivos: El objetivo primario es determinar la prevalencia de las mutaciones más frecuentes, así como describir otros tipos de mutaciones reportadas y contrastarlo con reportes publicados en la literatura. En cuanto a los objetivos secundarios, determinar si existen diferencias en la sobrevida global (SVG) y la sobrevida libre de progresión (SLP) en función del tipo de mutación, tratamiento recibido y género.

Metodología: Se incluyeron pacientes portadores CBP avanzado con mutaciones activadoras de EGFR, que recibieron tratamiento con inhibidores tirosina quinasa, erlotinib o gefitinib, financiados por el Fondo Nacional de Recursos en el período comprendido entre noviembre de 2011 y diciembre de 2017. Los datos fueron analizados con el programa IBM * SPSS statistics * versión 24. Este trabajo fue aprobado por el comité de ética del Hospital de Clínicas.

Resultados: Se analizaron 130 pacientes. La mediana de edad fue de 63 años, siendo de 60 años para el exón 19 y 65 para el exón 21. Un 61,5% fueron mujeres. La mutación más frecuente fue la delección del exón 19 (63,8%), seguida por la mutación del exón 21 (30%), otras mutaciones representaron 4,3%. La droga más utilizada en ambos grupos fue el erlotinib 68,3 y 76,9% respectivamente. Para la delección del exón 19 la SLP fue de 13,1 meses y para el exón 21 de 12,9 meses ($p=0.697$); la SVG, fue de 18,6 y 19,8 meses respectivamente ($p=0.907$), no existiendo diferencias significativas en los dos grupos. Según la droga utilizada la SLP, en el exón 19 fue 10,0 con erlotinib y 15,4 meses con gefitinib ($p=0.248$); para el exón 21 fue de 12,9 y 11,3 meses ($p=0.426$) respectivamente. En cuanto a la SVG, fue de 17,5 y 20,3 meses para el exón 19 ($p=0.272$) y 23 versus 15,4 meses ($p=0.202$) en el exón 21. Tanto la SLP como la SVG según género, en ambos exones, no mostraron diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: Esta serie es la primera en nuestro medio en evaluar la sobrevida en pacientes con

CBP tratados con ITK EGFR, en función de la mutación analizada. No se observó diferencias en SLP ni en SVG según exón, ni el resto de las variables analizadas. La frecuencia de las mutaciones son similares a las reportadas en la literatura.

36 - ANALISIS DE TUMORES DE LA ESFERA UROLOGICA Y ORL EN UNA INSTITUCION PRIVADA DURANTE EL AÑO 2016

Díaz M¹, Sterling S², Vázquez A³

¹Ex Médico Residente de Oncología Médica. Asociación Española Primera en Salud. ²Médico Oncólogo. Asociación Española Primera en Salud. ³Médico Oncólogo. Director Servicios Oncológicos, Asociación Española Primera en Salud.

Objetivo: Conocer las características de los pacientes portadores de tumores de esfera urológica y otorrinolaringológica asistidos en policlínicas especializadas, así como el análisis crítico sobre la derivación precoz al servicio de Oncología.

Metodología: Se trata de un estudio observacional, retrospectivo, que incluyó el análisis de historias clínicas de pacientes con diagnóstico en el año 2016 de tumores de la esfera urológica y otorrinolaringológica partiendo de los informes de anatomía patológica de dicho año.

Se registra las características de los pacientes así como de su patología oncológica, tratamientos realizados, interconsultas y seguimiento hasta diciembre 2017.

Resultados:

Se reclutaron 320 pacientes con diagnóstico en el 2016 de tumores de la esfera urológica (295 pacientes) y tumores de la esfera otorrinolaringológica (25 pacientes). Solo 123 de los 320 pacientes reclutados tuvieron consulta con oncólogo si bien se destaca una derivación significativa de pacientes con tumores ORL asistidos de forma conjunta con el oncólogo (96%).

Un 22% del total de los pacientes tenían indicación de tratamiento oncoespecífico y no fueron derivados en forma oportuna a la consulta.

Se observó un escaso registro de tratamientos no quirúrgicos como hormonoterapia, radioterapia. A su vez se detectó un escaso registro de antecedentes, diagnóstico y estadificación inicial en la historia clínica electrónica oncológica.

Conclusiones: El proceso de derivación es complejo. La obtención de diversos parámetros de medida de la actividad asistencial en estas áreas sirve de gran ayuda y debería constituir una práctica prioritaria para mejorar los resultados asistenciales y realizar una optimización de los tratamientos y adecuada previsión de los recursos. Remarcamos la importancia de los equipos interdisciplinarios para ofrecer a nuestros pacientes las mejores herramientas terapéuticas.

38 - IMPLEMENTACIÓN DE PANEL MULTIGÉNICO PARA ESTUDIO DE FAMILIAS CON PREDISPOSICIÓN HEREDITARIA AL CÁNCER.

Silveyra N, Artagaveytia N, Ximenez S, Camejo N, Castillo C, Sanguinetti J, Brignoni L, Possi T, Spangenberg L, Cayota A, Delgado L.

Unidad de Oncogenética Hospital de Clínicas- Departamento Básico de Medicina- Laboratorio de Genómica Funcional, Instituto Pasteur Montevideo.

En el mundo y en Uruguay, el cáncer de mama (CM) es el más frecuente y la primera causa de muerte por cáncer en la mujer. Se estima que un 5-10% de los CM se desarrollan en pacientes portadores de riesgo genético asociado a genes de susceptibilidad de transmisión autosómica dominante y alta penetrancia, siendo BRCA1 y BRCA2 los más frecuentemente involucrados. Además de los genes BRCA, responsables de un 30-70% de las predisposiciones hereditarias al cáncer de mama/ovario, se han identificado otros genes de susceptibilidad asociados a un riesgo moderado y presentes en un 3 al 5% de las mujeres que presentan un historia compatible con predisposición hereditaria al cáncer. Comercialmente existen varios paneles que incluyen en algunos casos más de 20 genes a estudio. Sin embargo aún existe incertidumbre sobre las estrategias que puedan reducir el riesgo de cáncer de mama y otros tumores en los portadores de mutaciones de línea germinal en estos genes. **Objetivo:** Investigar la prevalencia de genes de susceptibilidad asociados a riesgo moderado y los tumores asociados población uruguaya con historia de predisposición hereditaria al cáncer. **Metodología:** se elaboró un panel que incluye los genes más frecuentemente asociados al cáncer de mamario: ATM, BARD1, BRCA 1, BRCA 2, CDH1, CHEK2, NBN, PALB2, PTEN, STK11, TP53. La selección de las familias a estudiar y de los casos índices así como el asesoramiento genético se realizaron en la consulta de oncogenética del Hospital de Clínicas. El análisis se realizó, previo consentimiento informado, sobre ADN genómico proveniente de células mononucleares periféricas mediante secuenciado masivo con tecnología Illumina. **Resultados:** se ha completado el estudio de 10 familias con el panel de 11genes referidos. **Discusión:** Se analizan los resultados obtenidos así como los potenciales beneficios, riesgos e incertidumbres que agrega el estudio de los paneles de genes de susceptibilidad hereditaria para el cáncer de mama, especialmente en las familias que BRCA negativas.

3 - ENCUESTA LENT-SOMA EN RADIOTERAPIA HIPOFRACCIONADA EN CÁNCER DE MAMA.

S. Guerrero, F. Lorenzo, M. Luongo, M. Giordano, A. Patiño, M. Terradas, N. García, D. Bertini, S. García, P. Kasdorf.

Servicio de Radioterapia Instituto Nacional del Cáncer. ASSE. Montevideo Uruguay

Introducción En Uruguay el cáncer de mama es la patología oncológica más frecuente en la mujer, excluyendo el cáncer de piel, y con más alta tasa de mortalidad. El aumento del diagnóstico precoz por las políticas sanitarias es una de las causas del aumento de la incidencia, con el consiguiente aumento de los tratamientos multimodales. Es así que una estrategia mundial en los servicios de radioterapia es aumentar la dosis por fracción, disminuyendo los días de tratamiento. Dicha modalidad se denomina Radioterapia Hipofraccionada. Para nuestros tratamientos se consensuó un protocolo en base a la Reunión en St Gallen de 2013, donde se estipulan como criterios de inclusión: edad mayor 50 años, T1-T2 N0, cirugía conservadora, RRHH positivos, Her 2 neu negativas.

Objetivo Primario: Valorar los efectos cutáneos tardíos en las pacientes tratadas con Radioterapia Hipofraccionada en nuestro servicio.

Objetivo secundario: Valorar control locorregional en dichas pacientes.

Materias y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de las historias clínicas y un cuestionario utilizando la escala subjetiva CTCAE/LENT-SOMA a 25 pacientes tratadas con radioterapia en el periodo 01/03/2013 y 31/12/2015.

Resultados: De la muestra analizada, siendo la misma 76 % del total de pacientes tratadas, el 24 % (6/25) han presentado grado de dolor I-II, no se cuantificó en muestra dolor III-IV. Una sola de las pacientes con dolor requiere uso de AINEs ocasional.

Referente a cambios en la piel sensitivos y estéticos con una media seguimiento de 48 meses el 87,5 % (21/25) no presenta ningún cambio en la piel, el restante 12,5 % manifiesta cambios G1. La falla del control local del volumen clínico objetivo (CTV) a la fecha es de 4 % (1/25)

Conclusiones: El tratamiento de radioterapia adyuvante hipofraccionado utilizando el protocolo mencionado, presenta valores de tolerancia satisfactorios en cuanto a los efectos adversos crónicos a nivel cutáneo. Si bien la muestra no tiene potencia estadística significativa el porcentaje de fallas locales se encuentra dentro de los parámetros de la bibliografía internacional. En base a estos resultados internacionales y los obtenidos en nuestro servicio, se está considerando la ampliación de la indicaciones de RT hipofraccionada en nuestras pacientes.

12 - SARCOMA SINOVIOL PLEUROPULMONAR PRIMARIO: DESAFÍO DEL TRATAMIENTO DURANTE EL EMBARAZO.

A. Sumba, S. Fontes, S. Malvasio, C. Castillo.

Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Universidad de la República (UDELAR) - Facultad de Medicina. Montevideo, Uruguay.

Introducción: El sarcoma sinovial (SS) monofásico representa el 8% de los sarcomas de partes blandas, habitualmente diagnosticado en los miembros, siendo la localización pleuropulmonar poco frecuente y agresiva (0,2% de las neoplasias pulmonares primarias). Por su baja incidencia no hay guías terapéuticas específicas, sólo existen 3 reportes de casos publicados en la literatura de este tumor diagnosticado durante el embarazo.

Objetivo: Reportamos el caso de una primigesta diagnosticada de SS pulmonar primario, que fue operada y recibió quimioterapia adyuvante durante el embarazo.

Materiales y Métodos:

Se realizó un abordaje en conjunto con equipos de Cirugía, Ginecología, Neonatología, Medicina interna, Psicología Médica y Cátedra de Farmacología de la UDELAR.

Resultados: Paciente de sexo femenino, de 21 años de edad, primigesta que cursando las 11 semanas de gestación, se le diagnostica una tumoración pulmonar de 9 cm como hallazgo radiológico en el contexto de una consulta por intento de autoeliminación por ingesta de hipoclorito de sodio. Se hace una biopsia que fue compatible con neoplasia fusocelular con morfología y perfil de inmunohistoquímica de un sarcoma sinovial monofásico (CK -, Vimentina +, CD99+, FL1+, BCL2+, TLE1 +). Se realizó una lobectomía superior derecha, el estudio de la pieza confirma el diagnóstico de SS monofásico de 72x71x46mm que infiltra estructuras bronquiales y la pleura visceral con márgenes negativos. Se observan 66 mitosis en 50 campos de gran aumento, 2 ganglios estudiados negativos. Dado los factores de mal pronóstico para la recaída sistémica (riesgo mayor al 50%); tamaño tumoral >5 cm y la presencia de > 5 mitosis/50 campo de gran aumento, se planteó quimioterapia adyuvante por 2-3 ciclos durante el tercer trimestre del embarazo, seguida de radioterapia luego de culminada la gestación. La paciente inició la quimioterapia adyuvante cursando la semana 24 de gravidez (Adriamicina 50 mg/m2 el Día 1 e Ifosfamida 2.5 gr/m2 Días 1, 2 y 3 asociado a MESNA) realizando un total de 2 ciclos durante su embarazo. En el seguimiento obstétrico se diagnosticó oligohidramnios y restricción de crecimiento intrauterino por lo que se decide interrumpir el embarazo y realizar una cesárea a las 33 semanas de gestación, con un recién nacido sano, de 1400 gramos, Apgar 8/9. Recibió posparto 1 ciclo de quimioterapia a dosis estándar y luego por decisión de la paciente no continuó con el tratamiento preestablecido. Actualmente a 10 meses del diagnóstico, se encuentra libre de recidiva.

Conclusiones: Si bien el tratamiento adyuvante en sarcomas sinoviales es controvertido, dado el pobre pronóstico, la naturaleza agresiva de este tumor y alto riesgo de recaída, la terapéutica escogida fue la exéresis tumoral durante el embarazo con la adición de quimioterapia adyuvante y posterior radioterapia para optimizar los resultados maternos. A pesar de no existir una terapéutica estándar, la quimioterapia adyuvante en pacientes de alto riesgo, aún en el curso de un embarazo (luego del primer trimestre) debe ser considerada.

8 - ANÁLISIS DOSIMÉTRICO DE GLÁNDULAS PARÓTIDAS EN PACIENTES TRATADOS POR CARCINOMA DE OROFARINGE Y CAVIDAD ORAL.

F. Lorenzo, Y. Banguero, G. Piriz, M. Rivero, P. Rodríguez, L. Viñoli, S. Aguiar, A. Quarneti.

Departamento de Oncología Radioterápica del Hospital de Clínicas. Universidad de la República. Montevideo Uruguay.

Introducción: La xerostomía o sensación de boca seca es uno de los efectos secundarios más frecuentes en los pacientes tratados con radioterapia (RT) por carcinoma de cabeza y cuello. (CCC).

Objetivo: Analizar la dosis del órgano riesgo (OAR) parótida ipsilateral y contralateral, en función de: cc del OAR, Dosis máxima, dosis mínima, dosis promedio, D50, D90, D95, V95, V32 y V46 y el efecto secundario xerostomía según escala CTCAE v 4.0

Materiales y Métodos: Se realizó una revisión y análisis dosimétrico de pacientes tratados por Carcinoma de cavidad oral y orofaringe en nuestro servicio en el periodo comprendido entre enero de 2017 y marzo 2018. Se relevaron 9 pacientes según criterios de selección: carcinoma de cavidad oral u orofaringe, dosis prescripta mayor o igual a 66.6 Gy, estadios III a IVB, criterio de tratamiento curativo, seguimiento mínimo 6 meses, planificación utilizando técnica de Bellinzona.

Resultados: Con una media de dosis para los 9 pacientes D95 66,5 Gy V95 95,9 cc y un volumen tumoral (GTV o CTV) 57,1 cc, 5 pacientes a los 6 meses presentan xerostomía G2, 2 pacientes xerostomía G1, 2 pacientes no presentan xerostomía a los 6 meses, sólo un paciente a las 8 semanas de finalizado el tratamiento presentaba xerostomía G3. El control locorregional con una media de seguimiento de 12 meses es del 78 %. Tabla valores dosimétricos parótida contralateral y xerostomía a los 6 meses.

Paciente	Volumen	V95	D95	Dmax	Davg	Dmin	D50	D90	V32	V46	Xerostomía
1	6,8	156,6	72,6	59,7	24,1	46,6	36,3	188	50,4	2	
2	26,1	22	72,3	23,1	6,5	11,9	15,1	62,8	23,2	1	
3	11,2	34,1	43,5	25,2	2,8	3,4	4,8	38,1	38,6	2	
4	21,7	72,3	69,4	48,4	8,3	14,7	22,4	27,9	67,3	2	
5	6,8	17,6	47,3	36,4	21,5	25,7	25,7	27	8,4	2	
6	14,5	26,1	26	43,8	7,8	16,7	21,6	23	45,3	2	
7	36	181	72,6	47,4	1,9	26,3	29,5	65,8	48,2	1	
8	24,7	32,7	40,1	34,9	4,2	11,9	16,5	54,8	32,1	0	
9	14,3	25,1	45,4	48,8	19,2	26,3	22,1	37	51,3	0	
Promedio	17,3	57,3	62,7	44,6	13,5	25,5	29,1	37,8	44,8		

Conclusiones: La radioterapia en cavidad oral y orofaringe es un desafío a fin de preservar la funcionalidad de la glándula parótida, la aplicación de la técnica Bellinzona en nuestro servicio logro resultados satisfactorios, requiriéndose técnicas de Radioterapia de intensidad modulada (IMRT) para mejorar estos resultados, la cual estará disponible en nuestro servicio en los próximos meses.

13 - RABDOMIOSARCOMA ALVEOLAR EN UN ADULTO JOVEN: A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO

A. Sumba, L. Ritcher, C. Montenegro, A. Schiavone, F. Lorenzo, L. Ubillos, D. Centurión, L. Delgado.

Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Universidad de la República (UDELAR) - Facultad de Medicina. Montevideo, Uruguay.

INTRODUCCIÓN: El rabdomiosarcoma es un tumor poco frecuente en adultos jóvenes con una incidencia de 2% entre los 15-19 años, por eso la importancia de nuestro reporte. Se presentan en cualquier localización, siendo las más frecuentes: cabeza y cuello, lugares extraorbitarios y extremidades. Histológicamente se identifican 3 tipos: embrionario, alveolar y botrioides, siendo el alveolar el de peor pronóstico. Al diagnóstico un 50% tienen enfermedad del Grupo III y 15% del Grupo IV con pronóstico desfavorable. El tratamiento de estos tumores se basa en tres modalidades solas o combinadas (cirugía, radioterapia, quimioterapia) con resultados favorables según la localización, estadio y grupo de riesgo. A continuación, se presenta un caso clínico valorado en los servicios de Oncología médica y Radioterapia del Hospital de Clínicas "Dr Manuel Quintela".

Presentamos el caso clínico de un paciente de 20 años de sexo masculino, sin antecedentes familiares oncológicos a destacar, que consulta por dolor retro-orbitario derecho y cefalea acompañado de rinorrea, disminución de la agudeza visual y fiebre. Valorado por oftalmología con el planteo diagnóstico de absceso infraorbitario, se realiza drenaje quirúrgico. En el intraoperatorio se evidencia tumoración retro-ocular derecha que se biopsia y la anatomía patológica informa una neoplasia maligna de alto grado. Se estudia con Tomografía Computarizada que demuestra un proceso de partes blandas de 38x25mm que comprime y desplaza el nervio óptico con ocupación del seno frontal, células etmoidales, seno esfenoidal y maxilar derecho. Se realiza enucleación de ojo derecho, quedando remanente tumoral macroscópico (R2). La anatomía patológica informa: Rabdomiosarcoma alveolar variante sólida de 40x30x30mm. Score total 7 (GRADO 3 de Federation Nationale des Centers de Lutte Contre le Cancer) y márgenes quirúrgicos ampliamente comprometidos. Luego de tres semanas presenta progresión lesional a nivel local. Realiza quimioterapia con vincristina (1,5mg/m2), adriamicina (30 mg/m2) y ciclofosfamida (1,200mg /m2) cada 3 semanas alternando con vincristina e irinotecán (50 mg/m2 día por 5 días). Muy mala tolerancia al tratamiento con complicaciones Grado 2 y 3 dados por neutropenia febril e enterocolitis, rápida progresión lesional que se constata luego del primer ciclo de tratamiento, presentándose con sangrado profuso a nivel ocular y fosas nasales. Se realiza Radioterapia externa 3D con criterio paliativo hemostático, falleciendo el paciente en el curso del tratamiento.

DISCUSIÓN: La presentación, con signos y síntomas de etiología infecciosa, llevó al planteo de patologías más comunes lo que retrasó el diagnóstico. A pesar de la rareza de esta patología, en adultos jóvenes siempre debe incluirse en el diagnóstico diferencial de tumores orbitarios, ya que su detección precoz y manejo oportuno le otorga un pronóstico más favorable. Para su diagnóstico es imperiosa una biopsia previo al inicio del tratamiento, obviando la intervención quirúrgica ya que hasta la fecha no se ha demostrado el beneficio de la cirugía citoreductora. La combinación de quimioterapia y radioterapia es el tratamiento de elección y logra una supervivencia a 5 años superior al 90% -95%. Según la clasificación pertenece a un Grupo Intermedio de Riesgo y en los pacientes de este grupo, con ésta histología se han reportado tasas de sobrevida del 65% con tratamiento combinado. El papel de la Radioterapia está demostrado en todos los estadios de la enfermedad, en los tratamientos adyuvantes; en tumores >5cm y márgenes positivos ya que en esta situación reduce el riesgo de recaída local y también en la enfermedad avanzada con criterio analgésico, hemostático y citoreductor tumoral. El esquema VAC es el régimen estándar establecido durante décadas por los estudios del Intergrup rhabdomyosarcoma Study I-IV; Sin embargo el Children's Oncology Group demostró en un estudio piloto que la combinación de VAC alternando con irinotecán por 42 semanas también es efectiva. La toxicidad no es despreciable habiéndose reportado neutropenia, enterocolitis, cistitis hemorrágica, mielosupresión y disfunción hepática/renal que pueden condicionar el tratamiento y el pronóstico.

CONCLUSIONES: Se trata de una patología poco frecuente y de manejo complejo por lo que es especialmente importante, trabajo interdisciplinario con participación de cirujanos, oncólogos médicos, oncólogos radioterapeutas y médicos internistas, entre otros. Ello ha de permitir lograr un diagnóstico y tratamiento oportunos y adecuados, y el soporte de las posibles complicaciones del tratamiento todo lo cual condiciona el pronóstico de los pacientes con rabdomiosarcoma.

25 - ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO EN EL CÁNCER DE VEJIGA. Neoadyuvancia en el cáncer de vejiga musculo invasor no metastásico.
Dra I. Pérez; Dra v. suaya, Dr a. Pérez, Dr s. ximenez, Dra l. vera, Dr a. despau, Dr s. huelmo, Dr j. yandian¹, Dr m. mancebo², Prof Agdo Dr I. perroni³, Prof. Adj. Dr. I. martinez⁴.

¹Servicio de Oncología, Instituto Nacional del Cáncer, Montevideo, Uruguay. ²Dirección Nacional de las Fuerzas Armadas, Montevideo, Uruguay. ³Hospital de San José, ASSE, San José, Uruguay. ⁴Cátedra de Urología, Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay

Resumen

Introducción: En el ámbito académico se destinan recursos para la investigación, sin embargo la eficacia de estrategias útiles para trasladar la evidencia científica disponible a la práctica clínica son relativamente escasas. Mediante el siguiente trabajo se pretende demostrar como objetivo principal, la reproducibilidad de un protocolo de trabajo interdisciplinario para el abordaje del paciente con cáncer de vejiga musculo invasor no metastásico, y como objetivo secundario mostrar nuestros resultados.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo, observacional, multicéntrico entre Abril 2017 y Setiembre 2018 que incluyó un total de 4 pacientes con diagnóstico de carcinoma urotelial de vejiga cT2-T4a, N1-N2 que fueron incluidos en el protocolo de neoadyuvancia con 4 ciclos de MVAC o GC, fueron reestadificados con RM para evaluar respuesta tumoral y/o ganglionar, y una vez finalizado la neoadyuvancia se realizaron cistectomía radical.

Resultados: Del total de pacientes con diagnóstico de cáncer de vejiga musculo invasor no metastásico N: 9, solo 4 cumplieron todos los criterios de inclusión, y eran candidatos a cistectomía radical. La RM registró una respuesta parcial del T en 75%, sin respuesta a nivel ganglionar. Una vez cumplidos los 4 ciclos, en un plazo de 6 a 8 semanas se les realizó Cistectomía con linfadenectomía ampliada y reconstrucción del tránsito mediante Bricker. Los resultados Anatomopatológicos confirmaron un pT0N0 en uno de ellos y pT2aN0 en el resto.

Conclusiones: Existe una nueva dinámica del conocimiento y es desde el abordaje interdisciplinario, permitiendo una fluida articulación entre la formación académica y la aplicabilidad de estrategias con soporte internacional como lo es la neoadyuvancia, que se ve coronada con beneficio en la sobrevida global (5-8%) en pacientes con cáncer de vejiga musculo invasor no metastásico. De éste análisis surge un protocolo de trabajo que respalda su viabilidad en diferentes centros. La clave es la correcta selección de pacientes y la coordinación entre los tiempos de neoadyuvancia y cirugía El estudio permanece abierto lo cual permitirá el ingreso de mayor número de pacientes y llevar un registro durante el seguimiento en términos de sobrevida libre de progresión y sobrevida global.

33 - REPORTE DE CASO CLÍNICO: PACIENTE CON CARCINOMA ESPINOCELULAR DE PIEL AVANZADO EN TRATAMIENTO CON PEMBROLIZUMAB

Suaya V, Guerrina M, Jeldres M, Navarrete J, Barros M, Agorio C
 Seguro Americano, Montevideo

Introducción: El carcinoma espinocelular cutáneo (CEC) es un tumor frecuente de piel. Si bien la mayoría pueden lograr la curación con el tratamiento local inicial, 1 a 5 % de los pacientes desarrollan metástasis locorregionales o a distancia. Las opciones de tratamiento local incluyen la escisión quirúrgica, la radioterapia o los tratamientos tópicos. No hay un tratamiento sistémico estándar en los pacientes con enfermedad locorregionalmente avanzada irreseccable o metastásica. Tanto los agentes quimioterápicos, terapias target o inmunomoduladores tienen indicación off-label. Los regímenes de quimioterapia más utilizados son 5 Fluorouracilo con Cisplatino o Carboplatino y la combinación de Carboplatino con Paclitaxel. Dentro de las terapias target e inmunomoduladores las dos más utilizadas son los inhibidores del EGFR y los anti PD-1. La proteína de muerte celular programada 1 (PD-1) es una proteína transmembrana tipo I que promueve la desactivación de la célula T cuando se une con sus ligandos (PD-L1 o PD-L2). En un reporte de 5 casos con cáncer de piel (4 casos con carcinoma escamocelular y 1 caso con carcinoma basocelular) el tratamiento con un anticuerpo anti PD-1 (Nivolumab o Pembrolizumab) demostró beneficio clínico con una respuesta parcial o estabilización de la enfermedad. Las respuestas se observaron dentro de tres meses y persistieron más allá de los 6 meses. En la Reunión Anual ASCO 2018 se mostraron los resultados del estudio Fase II de Migden et al publicados en el NEJM, donde el inhibidor de punto de control inmune Cemiplimab (anti PD-1) indujo una respuesta en aproximadamente la mitad de los pacientes, logrando respuestas mayores a 6 meses en el 57% de los pacientes. **Caso clínico:** hombre diagnosticado con CEC de glabella con resección quirúrgica con márgenes laterales y profundos negativos. A los 9 meses presenta recidiva a nivel de ceja y puente nasal sin compromiso en planos profundos por imagenología (TC, RNM y PET-TC). Se realiza Cirugía de Mohs en 6 fases con posterior Radioterapia superficial con electrones. Al año progresión clínica confirmada histológicamente como metástasis de carcinoma espinocelular. Por imagenología (RNM y PET-TC) se evidencia infiltración intraorbitaria, paquimeningea frontal basal, de seno cavernoso y hueso frontal, quedando fuera de posibilidad quirúrgica. Inicia tratamiento sistémico en base a Pembrolizumab (100 mg i/v cada 21 días) con significativa disminución de masa tumoral por PET-TC luego de 15 semanas de tratamiento. Se suspende luego de 7 dosis el tratamiento, con respuesta completa por PET-TC quedando en controles. Actualmente luego de 15 meses de SVLP presenta recaída a nivel de glabella y mejilla izquierda, reiniciando Pembrolizumab. **Discusión:** Los CEC en estadio localmente avanzado o metastásico son un desafío clínico, sin un tratamiento estándar y sin ensayos fase III disponibles. Se presenta este caso con muy buena respuesta a tratamiento de inmunoterapia anti PD-1 con Pembrolizumab como una nueva estrategia prometedora, que requiere de profundización en estudios clínicos para su mejor implementación.

27 - HABILIDADES AVANZADAS DE COMUNICACIÓN EN ONCOLOGÍA

García Pérez A, Hernández Ibero A.L.***
 Departamento de Psicología Médica. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. UdelaR. *Lic. Psic. Prof Adj. Departamento de Psicología Médica. Asist. UDA Cuidados Paliativos.**Mag. Medicina Familiar y Comunitaria. Prof. Adj. Departamento de Psicología Médica. UDA Mastología.

El desarrollo de habilidades comunicacionales en la formación curricular de los posgrados y residentes en oncología ha sido incluido en los últimos años como uno de los objetivos fundamentales de aprendizaje en reconocidas universidades. Estas habilidades se han transformado en herramientas imprescindibles a la hora desarrollar una relación de cuidado con el paciente y su familia durante la trayectoria de la enfermedad.

Objetivo General: Abordar las habilidades comunicacionales avanzadas en el ámbito de la clínica oncológica.

Objetivos específicos: -Reflexionar sobre la importancia del aprendizaje de destrezas en la comunicación que optimicen la relación médico – paciente.

-Incorporar las malas noticias como una habilidad que atraviesa el proceso comunicacional en oncología.

-Desarrollar estrategias comunicacionales para la interacción intra e inter equipos.

-Promover la auto-observación en la relación médico paciente.

Metodología: Se realizaron tres instancias docentes con la modalidad de Seminario-taller. A partir de situaciones clínicas se analizaron los contenidos de las dimensiones de la comunicación con el paciente oncológico desarrolladas por Epstein y se discutieron los aspectos cognitivos, emocionales y comportamentales del encuentro médico-paciente oncológico y su familia. Se aplicó una encuesta de evaluación de las instancias (organización, metodología, habilidades docentes) utilizando una escala de Lickert de 5 ítems y dos preguntas abiertas acerca de comentarios y sugerencias para instancias futuras.

Resultados: Para conocer la respuesta de los residentes y posgrados que participaron en los Seminarios se realizó una evaluación formativa que implicó el análisis de los procesos metacognitivos y las reflexiones sobre su praxis. Los participantes lograron apropiarse de aspectos conceptuales inherentes a los procesos comunicacionales de la clínica oncológica. Se procesaron 19 encuestas, el nivel de puntuación de la escala se encuentra en un promedio de 4 y 5 puntos (muy bueno, excelente) en todos los ítems. Sugieren como temas a profundizar la comunicación en contextos de agresión, con pacientes demandantes, el proceso de duelo entre otros. Surgió la necesidad de formalizar estos temas dentro de la currícula de formación de residentes y posgrados de la UdelaR.

Conclusiones: Valoramos esta experiencia como plan piloto para diseñar junto con los docentes de la Cátedra de Oncología un programa formativo de Habilidades Comunicacionales Avanzadas para residentes y posgrados.

Notas

A series of horizontal dotted lines for writing notes.



15° Congreso Uruguayo de Oncología **10ª Jornada de Enfermería Oncológica**

“Un buen equipo es la base de un buen tratamiento”

14 al 17 de Noviembre de 2018 • LATU / Montevideo - Uruguay

AGRADECIMIENTOS

El Comité Organizador, desea expresar su agradecimiento a aquellas empresas que hicieron posible la realización de este evento

Astra Zeneca

Bayer

Cibeles

Gador

Libra

Nolver

Novartis

Pfizer

Roche

Roemmers

Southgenetics

TerGen Pharma