

Abril 2022

**15° BOLETÍN
BIBLIOGRÁFICO
DIGITAL**



**Sociedad Argentina de
Terapia Radiante Oncológica**



Boletín Bibliográfico

ÍNDICE

Carta Editorial	1
-----------------	---

Comisión Directiva de SATRO 2020 – 2022	2
---	---

SBRT Espinal

Análisis Volumétrico de Dosimetría para Riesgo de Fractura en Cuerpo Vertebral después de Radioterapia Estereotáctica Corporal con Dosis Única	4
--	---

Cáncer Ginecológico

Manejo postoperatorio del cáncer de vulva	5
---	---

Cáncer de Mama

Efecto de la irradiación electiva de los ganglios mamarios internos sobre la supervivencia libre de enfermedad en mujeres con cáncer de mama con ganglios positivos	6
---	---

Ensayo aleatorio de fase III que evalúa la radiación tras la escisión quirúrgica para el carcinoma ductal in situ de bajo riesgo: Informe a largo plazo del NRG Oncology/RTOG 9804	7
--	---

Consenso de recomendaciones de la Sociedad Europea de Radioterapia y el Comité de Asesoramiento en Oncología Radioterápica sobre selección de pacientes, dosis y fraccionamiento para radioterapia de haz externo en cáncer de mama temprano	8 y 9
--	-------

Cáncer Pancreático

Quimioradioterapia neoadyuvante versus Cirugía para cáncer de páncreas borderline o resecable: Resultados a largo plazo del PREOPANC Trial	10
--	----

Cáncer de Próstata

Uso y duración de la terapia de deprivación de andrógenos con Radioterapia definitiva para el cáncer de próstata localizado: un metaanálisis de datos de pacientes individuales.	11 y 12
--	---------

Darolutamida y sobrevida en cáncer de próstata sensible a hormonas metastásico	13
--	----

Cáncer de Pulmón

Irradiación craneal profiláctica (PCI), protección del hipocampo (HA), radioterapia en Holocráneo (WBRT) y radiocirugía estereotáctica (SRS) en el cáncer de pulmón de células pequeñas (SCLC): ¿Dónde nos encontramos?	14
---	----



Boletín Bibliográfico

ÍNDICE

Cáncer de Pulmón

Estrategias de Tratamiento Sistémico y Radioterapia para el Cáncer de Pulmón No células Pequeñas localmente avanzado 15

Manejo práctico del Cáncer de Pulmón No Células pequeñas, Oligometastásico 16

Criterios para el uso apropiado de radioterapia en pacientes con enfermedad oligometastásica u oligoprogresiva en cáncer de pulmón no pequeñas células según la Sociedad Americana de Radio 17

Resultados de Sobrevida a 5 años del ensayo PACIFIC: Durvalumab luego de Quimioradioterapia en Cáncer de Pulmón No Células Pequeñas estadio III 18



Carta Editorial

Finalizando en mayo próximo la presidencia de esta gestión, enviamos a Ustedes un nuevo resumen de varios trabajos seleccionados del semestre pasado, destacando la participación de colegas Latino-americanos como también el aporte de tres sociedades amigas: Sociedad Argentina de Mastología, Sociedad de Oncólogos Clínicos de Córdoba y Asociación Argentina de Ginecología Oncológica.

Invitándolos por la presente, el 12 y 13 de mayo, en el Hotel Scala de Buenos Aires, a nuestro reconocido VI Best of ASTRO, esta vez y felizmente en modalidad totalmente presencial, con atractivos módulos de distintas patologías, donde evidenciaremos y discutiremos el estado del arte y controversias actuales, participando del mismo referentes nacionales, como también destacados panelistas españoles, uruguayos y peruanos.

El reconocimiento a todos nuestros sponsors que han hecho posible organizar nuestro más importante congreso. ¡¡Muchas Gracias!!

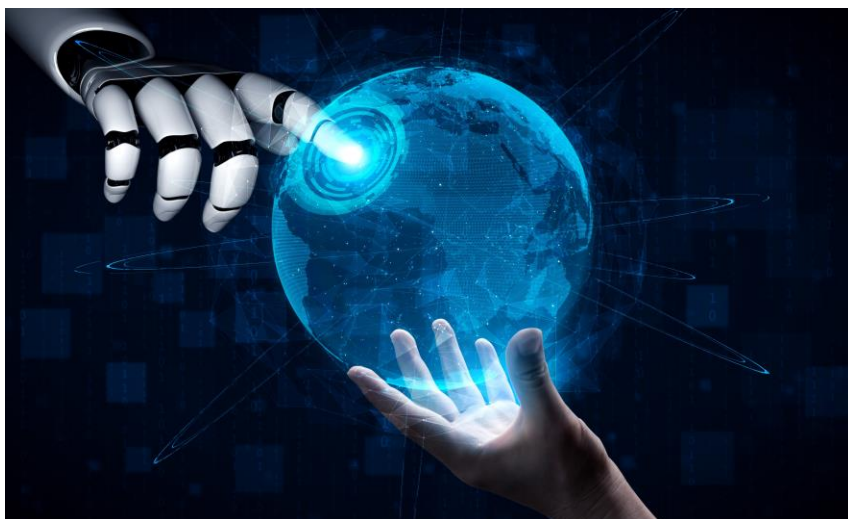
Me despido de Ustedes, simplemente agradeciendo a todos los miembros de esta valiosa y amistosa comisión y secretaria, el haber compartido varios años y lindos momentos.

Hasta siempre.



Dr. Gustavo Ferraris
Presidente SATRO

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized, flowing letters that appear to be 'G. Ferraris'.





Comisión Directiva SATRO 2020 - 2022

Presidente

Dr. Gustavo Ferraris

Vicepresidente

Dra. Verónica Vázquez Balcarce

Secretario General

Dra. María Fernanda Díaz Vázquez

Secretario de Actas

Dr. José Máximo Barros

Prosecretario

Dra. Claudia Benavento

Tesorero

Dra. Carmen Castro

Protesorero

Dr. Oscar Gómez Orrego

Vocales Titulares

Dr. Jorge Palazzo

Dra. Luisa Rafailovici

Dra. Mabel Sardi

Dr. Carlos Cardiello

Dra. Patricia Bruno

Dra. Carolina Chacón

Vocales Suplente

Dr. Lucas Causa

Dr. Marcelo Andrade Irusta

Dra. María Cecilia Coll

Dr. Federico Díaz

Dra. María José Girola

Dra. Claudia De Angelis

Dr. Carlos Donoso

Órgano de fiscalización

Revisores de Cuentas Titulares

Dr. Javier Otero

Dr. Mauro Mattio

Dra. Vanesa Krakovsky

Revisor de Cuentas Suplente

Dr. Ignacio Sisamón

Dra. Luz Font Olivier

Comité de Ética

Dra. Ana Mabel Martínez

Dra. Estela Broda

Dr. Ricardo Alva

Dr. Hugo Donato

Comité Científico

Dra. Luisa Rafailovici

Dra. María Luisa Filomía

Dra. Mabel Sardi



VI Best of ASTRO

Inscribite en:

www.satro-radioterapia.com.ar

Informes Secretaría: Sra. Rosario Val

WhatsApp: +54911 63696348

e-mail: xina_arg@hotmail.com

MODALIDAD PRESENCIAL



12 y 13 de Mayo de 2022

Hotel Scala - Bernardo de Irigoyen 740

Buenos Aires - Argentina

Análisis Volumétrico de Dosimetría para Riesgo de Fractura en Cuerpo Vertebral después de Radioterapia Estereotáctica Corporal con Dosis Única

A Volumetric Dosimetry Analysis of Vertebral Body Fracture Risk After Single Fraction Spine Stereotactic Body Radiation Therapy

Maxwell Y. Lee, et al.

Cleveland Clinic Lerner College of Medicine, Ohio, USA

Practical Radiation Oncology (2021) 11, 480–487



Dr. Lucas Caussa
Médico Radioncólogo

Centro de Radioterapia Dean Funes, Córdoba
Resumen y Comentarios

Objetivos: Estimar la incidencia de fractura vertebral y factores asociados en paciente que recibieron radioterapia estereotáctica corporal (SBRT) en única dosis.

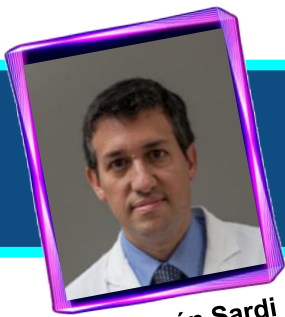
Material y métodos: Entre noviembre 2015 y agosto 2016, se analizaron tratamientos realizados en 173 vértebras de 85 pacientes. El protocolo de SBRT incluía imágenes tomográficas y resonancia magnética en condiciones de estereotaxia. Para la planificación se utilizó software específico con acelerador lineal dedicado. El cuerpo vertebral completo fue definido como CTV y la médula espinal se delineó dos cortes (1.5 cada corte) por encima y debajo del volumen target. Se prescribió 16-18Gy en dosis única al CTV y la dosis máxima a la médula espinal, definido como 0.03cc, fue de 14Gy. En la región de la cauda equina la dosis máxima permitida fue 16Gy y menos del 10% debía recibir dosis máxima de 12Gy.

Resultados: De todos los casos analizados, 21 (12.1%) de 173 vértebras presentaban fracturas nuevas o progresivas. 7 fracturas fueron sintomáticas y 4 necesitaron intervención quirúrgica. 34 vertebras (19.7%) tenían fractura previa, de los cuales 9 progresaron a fractura. El tiempo medio desde finalizado el tratamiento hasta la fractura fue de 11 meses (0.8-31 meses). Discriminado por sector irradiado, fueron 22 cervical, 82 dorsal y 69 lumbar. Los tumores primarios más frecuentes eran pulmón (33), renal (28), próstata (23) y mama (15). La edad media en el grupo de fracturados fue de 66 años y de 61 años en los no fracturados. La dosis media prescrita fue de 18Gy para ambos grupos mientras que el volumen que recibió 20Gy fue 53% en grupo no fracturado y 55,8% para fracturado.

En el análisis univariado fueron factores significativos para fractura: oligometástasis, dolor y fractura previa. El análisis multivariado para riesgo del volumen de cuerpo vertebral que recibe más de 20 Gy y 24 Gy se asoció con un mayor riesgo de fractura vertebral (hazard ratio [HR], 1,036, 1,104; intervalo de confianza [IC], 1,004-1,07, 1,003-1,22; $p=0,029$, 0,044 respectivamente).

Conclusiones: En pacientes tratados con SBRT a dosis única en metástasis vertebrales, el riesgo de fractura está asociado a dosis >20 Gy y >24 Gy.

Comentarios: A pesar de la baja incidencia de fractura vertebral, el trabajo mencionado tiene sus limitaciones y hay información que no está detallada. Lo más llamativo es que para una dosis prescrita única de 18Gy han tratado con dosis máxima hasta 24 Gy, que en la práctica clínica no aceptamos. Sin embargo, la SBRT es una técnica eficaz, con poca toxicidad y cada vez más utilizada en nuestro ámbito. Hoy contamos con variadas plataformas tecnológicas que permiten tratamientos estereotácticos de todo tipo. Para ello es indispensable el personal entrenado y saber cuándo indicar este tipo de tratamientos.



Dr. Juan Sardi

Médico Ginecólogo
Hospital Británico

Asociación Argentina de Ginecología Oncológica

Resumen y Comentarios

Manejo postoperatorio del cáncer de vulva

Postoperative management of vulvar cancer

Lukovic J, Han K.

University of Toronto, Ontario, Canada.

Int J Gynecol Cancer 2022;32:338–343.

El tratamiento primario para el cáncer de vulva resecable incluye escisión local amplia del tumor primario y valoración quirúrgica de los ganglios linfáticos. Después de la cirugía, hasta un 40 a 50% de las pacientes desarrollan una recurrencia local. Históricamente, el predictor más fuerte de recurrencia local es la proximidad con el margen de resección (definido como <8 mm), aunque estudios recientes cuestionan la importancia del estado del margen postoperatorio.

Se recomienda la radioterapia en la vulva para todas las pacientes con un margen positivo donde la re-escisión no es posible.

La radioterapia también se puede considerar en el contexto del riesgo de factores de recidiva local: margen estrecho, invasión linfovascular, tamaño tumoral grande y/o profundidad de invasión >5 mm.

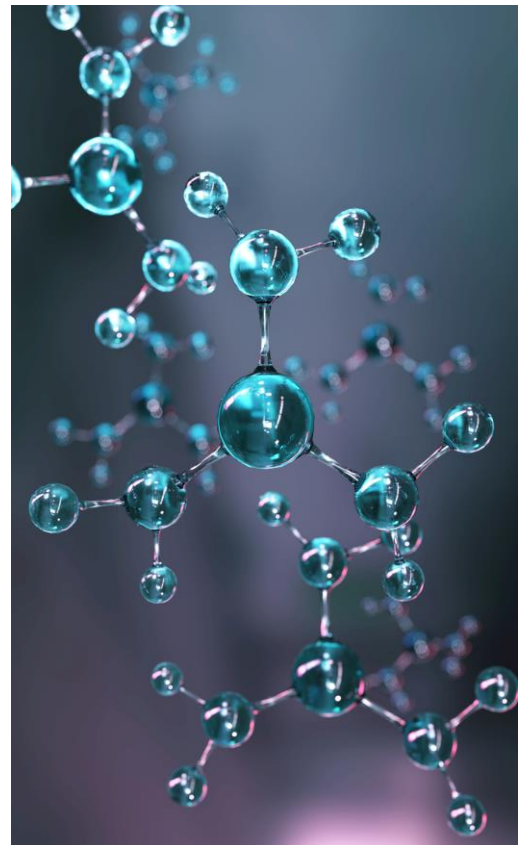
La evaluación ganglionar es un componente importante en el manejo del cáncer de vulva. Un ganglio centinela negativo es asociado con un bajo valor predictivo como falso negativo (2% en pacientes con tumor vulvar <4 cm en GOG 173), con una tasa de recurrencia inguinal a 2 años del 2,3 % y una tasa de supervivencia del 97% a 3 años en pacientes con tumores de vulva <4 cm en el Estudio Internacional GROINSS, sobre los ganglios centinela en el cáncer de vulva (GROINSS-V).

Por lo tanto, las pacientes con un tamaño tumoral <4 cm (sin factores de riesgo locales) y el ganglio centinela negativo pueden ser controladas sin adyuvancia.

Pacientes con metástasis en ganglio centinela ≤ 2 mm se puede tratar con radioterapia adyuvante (la tasa de recurrencia inguinal aislada a 2 años es del 1,6 % en GROINSS-V II) como una alternativa segura a la linfadenectomía.

Pacientes con metástasis en ganglio centinela >2 mm, debe someterse a linfadenectomía inguinofemoral seguido de radioterapia adyuvante, dado que la recurrencia aislada inguinal es del 22% con radioterapia solamente. Los estudios retrospectivos sugieren que la adición de quimioterapia concurrente a la radioterapia puede mejorar la supervivencia. El GROINSS-VIII tiene como objetivo investigar la quimioterapia y la radioterapia concurrentes en diferentes de dosis.

El objetivo principal de los tratamientos adyuvantes es reducir el riesgo de recidiva local, y especialmente las inguinales, por su alta tasa de morbilidad.



Efecto de la irradiación electiva de los ganglios mamarios internos sobre la supervivencia libre de enfermedad en mujeres con cáncer de mama con ganglios positivos. Un ensayo clínico aleatorizado de Fase III

Effect of Elective Internal Mammary Node Irradiation on Disease-Free Survival in Women With Node-Positive Breast Cancer A Randomized Phase 3 Clinical Trial

Yong Bae Kim, et al.

Bundang CHA Medical Center, CHA University, Republic of Korea

JAMA Oncol. Published online October 25, 2021



Dr. Miguel Castiglioni
Médico Radioncólogo
Instituto de Tumores Rosario "ITR",
Rosario - Santa Fe
Resumen y Comentarios

Objetivos: Investigar si la inclusión de CMI en la irradiación ganglionar regional mejora la supervivencia libre de enfermedad (DFS) en mujeres con cáncer de mama con ganglios positivos.

Material y Métodos: Es un ensayo clínico aleatorizado multicéntrico de fase 3 que se llevó a cabo de 2008 al 2020 en 13 hospitales de Corea del Sur. Las mujeres con cáncer de mama con ganglios positivos después de una cirugía de conservación mamaria o una mastectomía con disección de ganglios linfáticos axilares fueron elegibles y se inscribieron entre noviembre de 2008 y enero de 2013. Las pacientes con metástasis a distancia y tratamiento neoadyuvante fueron excluidas. Se incluyeron en el análisis un total de 735 mujeres (edad media 49,0 años), de las cuales 373 recibieron irradiación ganglionar regional sin CMI y 362 recibieron irradiación ganglionar regional con CMI. Casi todas las pacientes recibieron tratamiento sistémico adyuvante. La mediana de seguimiento fue de 100,4 (89,7-112,1) meses. Las tasas de SLE a 7 años no difirieron significativamente entre los grupos tratados sin CMI y con CMI (81,9 % frente a 85,3 %; [HR], 0,80; IC del 95 %, 0,57-1,14; $p=0,22$). Sin embargo, un análisis de subgrupos mostró tasas de SLE significativamente más altas con CMI entre pacientes con tumores de localización mediocentral. En este subgrupo, las tasas de SLE a 7 años fueron 81,6 % sin CMI frente a 91,8 % con CMI (HR 0,42; IC 95 %, 0,22-0,82; $p=0,008$); y en la mortalidad por cáncer de mama a 7 años las tasas fueron del 10,2 % sin CMI frente al 4,9 % con CMI (HR 0,41; IC del 95 %, 0,17-0,99; $p=0,04$).

No se encontraron diferencias entre los 2 grupos en la incidencia de efectos adversos, incluidos los efectos tóxicos cardíacos y la neumonitis por radiación.

Conclusiones: Este ensayo clínico aleatorizado encontró que la inclusión de CMI en la irradiación ganglionar regional no mejoró la DFS en pacientes con cáncer de mama con ganglios positivos. Sin embargo, los pacientes con tumores ubicados medial o central pueden beneficiarse del uso de CMI.

Comentarios: La irradiación de la cadena mamaria interna siempre fue un tema de discusión, muchos trabajos fueron criticados a lo largo de la historia por la planificación y ubicación de la cadena mamaria interna, si era necesario realizar una linfografía para ubicarlos específicamente o marcar en los primeros arcos intercostales. Siempre fue discutida su indicación por la toxicidad en pulmón y fundamentalmente en el corazón, dado que son pacientes que generalmente realizan QT y sabemos que la combinación con RT aumenta el riesgo de toxicidad. Con las técnicas modernas que existen hoy en día para el diagnóstico, los planificadores y técnicas de tratamiento preciso (IMRT, VMAT) podemos minimizar las dosis en las regiones a riesgo. Este trabajo muestra con una simple aleatorización la importancia de irradiar la CMI en pacientes con tumores centrales o de cuadrantes internos cuando hay ganglios axilares comprometidos.



Dr. Gustavo Hauszpigiel
Médico Mastólogo
Hospital J. M. Penna, CABA
Sociedad Argentina de Mastología
Resumen y Comentarios

Ensayo aleatorio de fase III que evalúa la radiación tras la escisión quirúrgica para el carcinoma ductal in situ de bajo riesgo: Informe a largo plazo del NRG Oncology/RTOG 9804

McCormick B, et al.
Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York, NY
J Clin Oncol. 2021 Nov 10;39(32):3574-3582

Propósito: Hasta donde sabemos, el NRG/RTOG 9804 es el único ensayo aleatorizado que evalúa el impacto de la irradiación de toda la mama (RT) frente a la observación (OBS) en mujeres con carcinoma ductal in situ (CDIS) de bajo riesgo, tras una tumorectomía. Se presentan los resultados a largo plazo centrados en la recidiva mamaria ipsilateral (RMI).

Pacientes y Métodos: Las pacientes elegibles se sometieron a una tumorectomía por un CDIS detectado por mamografía, con un tamaño $\leq 2,5$ cm, márgenes finales ≥ 3 mm y un grado nuclear bajo o intermedio. Las pacientes fueron asignadas aleatoriamente a RT u OBS. El uso de tamoxifeno fue opcional.

Resultados: Un total de 636 mujeres fueron asignadas aleatoriamente entre 1999 y 2006. La mediana de edad era de 58 años y el tamaño medio del CDIS patológico era de 0,60 cm. La intención de usar tamoxifeno estuvo equilibrada entre los brazos (69%); sin embargo, la recepción real de tamoxifeno varió, 58% RT frente a 66% OBS ($p=0,05$). Con una mediana de seguimiento de 13,9 años, la incidencia acumulada a los 15 años de RMI fue del 7,1% (IC del 95%, 4,0 a 11,5) con RT frente al 15,1% (IC del 95%, 10,8 a 20,2) con OBS ($p=0,0007$; HR = 0,36; IC del 95%, 0,20 a 0,66); y para la RMI invasora fue del 5,4% (IC del 95%, 2,7 a 9,5) con RT frente al 9,5% (IC del 95%, 6,0 a 13,9) con OBS ($P = 0,027$; HR = 0,44; IC del 95%, 0,21 a 0,91). En el análisis multivariable, sólo la RT (HR = 0,34; IC del 95%, 0,19 a 0,64; $p=0,0007$) y el uso de tamoxifeno (HR = 0,45; IC del 95%, 0,25 a 0,78; $p=0,0047$) se asociaron con una reducción de la RMI.

Conclusión: La RT redujo significativamente todas las RMI y las invasoras, con resultados duraderos a los 15 años. Estos resultados no son una indicación absoluta para la RT, sino que deberían informar las decisiones de tratamiento compartidas entre paciente y médico sobre la reducción del riesgo en la mama ipsilateral a largo plazo.

Comentarios: Uno de los efectos del uso generalizado de la mamografía de screening es la identificación de un gran número de CDIS de bajo riesgo. Ningún ensayo aleatorizado ha demostrado un beneficio en la supervivencia al añadir radioterapia o terapia endocrina adyuvante; las tasas de mortalidad específica por cáncer de mama a largo plazo son bajas y similares tanto si las pacientes son tratadas con mastectomía, tumorectomía o tumorectomía más radioterapia. Estos argumentos apoyan el desescalamiento del tratamiento. No obstante, en este estudio la adición de radioterapia del volumen mamario después de la cirugía retrasó y disminuyó significativamente el riesgo de eventos locales invasores y no invasores. La información aportada por el presente estudio apoya la decisión de tratar a las pacientes con CDIS de bajo riesgo, que buscan minimizar el riesgo de RMI, particularmente el de RMI invasora.

Consenso de Recomendaciones de la Sociedad Europea de Radioterapia y el Comité de Asesoramiento en Oncología Radioterápica sobre selección de pacientes, dosis y fraccionamiento para RT externa en cáncer de mama temprano



Dr. Guillermo Recinos
Médico Radioncólogo
Hospital San Juan de Dios
Costa Rica
Resumen y Comentarios

European Society for Radiotherapy and Oncology Advisory Committee in Radiation Oncology Practice consensus recommendations on patient selection and dose and fractionation for external beam radiotherapy in early breast cancer

Icro Meattini, et al. University of Florence, Florence, Italy
Lancet Oncol 2022; 23: e21–31

Objetivo: El objetivo principal fue armonizar la opinión de expertos en la selección de pacientes, dosis y fraccionamiento de Radioterapia de haz externo en cáncer de mama temprano, considerando control local, efectos secundarios a corto y largo plazo.

Métodos: Se formó un grupo de consenso entre presidentes de ESTRO (European Society for Radiotherapy and Oncology) y ACROP (Advisory Committee in Radiation Oncology Practice) y un panel de expertos constituido por Físicos Médicos y Oncólogos Radioterápicos, posteriormente el método de consenso consistió en tres fases, en la primera fase el grupo de presidentes hizo una revisión de literatura y selección de puntos clave en relación a la Radioterapia y cáncer de mama temprano, en la fase dos se hacen los borradores de las recomendaciones por consenso y en la fase tres se discutieron y aprobaron las recomendaciones. El acuerdo de cada recomendación se calificó utilizando una escala Likert de cinco puntos, que varió de estar muy en desacuerdo (puntuación 1) a estar totalmente de acuerdo (puntuación 5). Un consenso se definió a priori cuando más del 75% de los participantes indicaron estar de acuerdo/desacuerdo en alguna recomendación, un consenso unánime se definió con un 100%, un apoyo fuerte con 90-99% y de 75 a 89% se definió como apoyo a una recomendación.

Resultados:

1) Irradiación total de mama:

1a) Se debe de ofrecer Radioterapia hipofraccionada en todas las pacientes independientemente de la edad al momento del diagnóstico (91.3%), estadio patológico (91.3%), biología tumoral (91.3%),

Estado del margen (100%), necesidad de sobreimpresión de dosis (100%), tamaño de la mama (91.3%), que tenga asociado un carcinoma ductal in situ (91.3%), cirugía oncoplástica (91.3%) y el uso de terapia sistémica (95.6%).

1b) El esquema ultrahipofraccionado para Radioterapia a toda la mama (26Gy en 5 fracciones) se puede ofrecer como estándar de atención y dentro de un ensayo controlado aleatorio o cohorte de registro prospectivo (86.9%)

2) Irradiación de pared torácica:

2a) El hipofraccionamiento moderado puede ofrecerse para irradiación de pared costal sin reconstrucción de mama (95.6%)

2b) El hipofraccionamiento moderado puede ofrecerse para irradiación de pared costal sin reconstrucción de mama sin importar el tiempo o tipo de reconstrucción (86.9%)

2c) El esquema ultrahipofraccionado para pared costal (26Gy en 5 fracciones) se puede ofrecer como estándar de atención y dentro de un ensayo controlado aleatorio o cohorte de registro prospectivo (78.3%)

2d) El esquema ultrahipofraccionado para pared costal y reconstrucción mamaria (26Gy en 5 fracciones) se puede ofrecer como estándar de atención y dentro de un ensayo controlado aleatorio o cohorte de registro prospectivo (90.5%)

3) Irradiación ganglionar

3a) El hipofraccionamiento moderado se puede ofrecer para irradiación ganglionar (82.6%)

3b) El esquema ultrahipofraccionado no se recomienda para irradiación ganglionar (87.0%)

Consenso de Recomendaciones de la Sociedad Europea de Radioterapia y el Comité de Asesoramiento en Oncología Radioterápica sobre selección de pacientes, dosis y Fraccionamiento para RT externa en cáncer de mama temprano



European Society for Radiotherapy and Oncology Advisory Committee in Radiation Oncology Practice consensus recommendations on patient selection and dose and fractionation for external beam radiotherapy in early breast cancer

Icro Meattini, et al. University of Florence, Florence, Italy
Lancet Oncol 2022; 23: e21–31

Dr. Guillermo Recinos
Médico Radioncólogo
Hospital San Juan de Dios
Costa Rica
Resumen y Comentarios

4) Irradiación parcial de mama: Selección adecuada de pacientes para Radioterapia de Haz externo:

Tumores luminales menores o iguales a tres centímetros (91.3%), márgenes libres idealmente mayor a 2 milímetros (95.6%), Ganglios negativos (100%), Ganglios negativos inclusive células tumorales aisladas (82.6%), ausencia de Invasión linfovascular, Carcinoma no lobulillar invasor (87%), Grado uno o dos (91.3%), Carcinoma ductal infiltrante de bajo grado o de grado intermedio menor o igual a 2.5 centímetros y márgenes libres de al menos tres milímetros (78.2%), edad mayor a 50 años (87%), unicéntrico o unifocal (100%), uso de quimioterapia neoadyuvante o adyuvante es un criterio de exclusión para irradiación parcial de mama (78.2%)

5) Dosis y fraccionamiento para irradiación parcial de mama

5a) El hipofraccionamiento moderado (40Gy en 15 fracciones) o el esquema ultrahipofraccionado (26-30Gy en cinco fracciones) representan esquemas aceptables para irradiación parcial de mama con haz externo. (91.6%)

5b) El esquema de irradiación parcial de mama utilizado en el ensayo RAPID (38.5Gy en 10 fracciones dos veces al día) no se debe de ofrecer (86.9%)

Conclusiones: El esquema normofraccionado (50Gy en 25 fracciones) dejó de ser el estándar de tratamiento de Radioterapia para cáncer de mama estadio clínico temprano, los esquemas hipofraccionados y ultrahipofraccionados han demostrado ser equiparables en efectos secundarios y control tumoral en prácticamente cualquier escenario, (Irradiación a toda la mama, pared costal con o sin reconstrucción e irradiación ganglionar)

Las pacientes de bajo riesgo de recidiva son candidatas adecuadas para irradiación parcial de mama .

Comentarios: La estadificación adecuada es lo principal para definir el riesgo de recurrencia y basado en esto se individualiza la dosis y el fraccionamiento más apropiado.

El esquema normofraccionado ha sido reemplazado por los esquemas hipofraccionados, el esquema ultrahipofraccionado e irradiación parcial de mama debido a la no inferioridad en efectos secundarios y control local, lo que trae grandes beneficios en calidad de vida para las pacientes al disminuir la cantidad de sesiones.

También tiene beneficios para los diferentes centros de salud, más que todo los que tienen alto volumen de pacientes ya que les libera espacio "bajo máquina" y permite agendar mayor cantidad de pacientes.



Dr. Carlos Donoso
Médico Radioncólogo
Centro de Radioterapia CITO, San Isidro
Resumen y Comentarios

Quimioradioterapia neoadyuvante versus Cirugía para cáncer de páncreas borderline o resecable: Resultados a largo plazo del PREOPANC Trial

Neoadjuvant Chemoradiotherapy Versus Upfront Surgery for Resectable and Borderline Resectable Pancreatic Cancer: Long-Term Results of the Dutch Randomized PREOPANC Trial

Eva Versteijne, et al.

University of Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands

J Clin Oncol January 27, 2022

Introducción: Un 15% de pacientes con cáncer de páncreas se presentan con enfermedad resecable o borderline, siendo la cirugía seguida de quimioterapia adyuvante el estándar de tratamiento, llevando a una mejoría en la OS. PREOPANC, es un estudio fase III multicéntrico, cuyo objetivo es determinar si la quimioradioterapia neoadyuvante con gemcitabine, mejora la OS versus cirugía, seguida de QT adyuvante en pacientes con enfermedad resecable o borderline. Los resultados a 27 meses no mostraron una diferencia estadísticamente significativa en la OS. Por lo cual este trabajo presenta los resultados a largo plazo.

Métodos: PREOPANC participaron 16 centros de Holanda e iniciado por el Dutch Pancreatic Cancer Group (DPCG), en pacientes con cáncer de páncreas resecable o borderline, con PS 0-1, y buena función hematológica, hepática y renal. Tras laparoscopia estadificadora, fueron randomizados a neoadyuvancia seguidos de cirugía, versus cirugía y QT adyuvante. La QT-RT consistió en tres ciclos de gemcitabine y radioterapia hipofraccionada, 36 Gy en 15 fracciones durante el segundo ciclo. El endpoint primario de OS, definido como el tiempo entre la randomización y la muerte por alguna causa. Los endpoints secundarios fueron: DFS, LRFF, DMF, tasa R0, eventos adversos serios y complicaciones postoperatorias.

Resultados: 248 pacientes fueron enrolados. 120 a neoadyuvancia y 128 a cirugía y para el análisis final 119 en neoadyuvancia y 127 en cirugía. La tasa de resección R0 fue de 41% en neoadyuvancia y 28% en cirugía ($p=0.025$). La mediana de seguimiento fue 59 meses, 210 pacientes habían muerto.

La OS por Intención de Tratamiento fue de 15.7 meses en neoadyuvancia (95% CI, 12,9 a 20,6) y 14,3 meses cirugía (95% CI, 12,7 a 17,9) ($p=0.025$). La OS a 5 años, fue de 20.5%, para neoadyuvancia y 6.5% para cirugía upfront. La DFS, LRFF y DFM fue mejor en el grupo de neoadyuvancia. Los eventos adversos serios fueron de 52% en neoadyuvancia y 42% en cirugía [$p=0.096$]. Las complicaciones quirúrgicas fueron similares en ambos grupos

Conclusiones: Este ensayo fase III demostró un beneficio en la supervivencia a largo plazo de la neoadyuvancia en cáncer de páncreas resecable o borderline, con una mejoría a 5 años de un 14%.

Comentarios: A pesar de los diferentes trabajos en adyuvancia y neoadyuvancia, no está tan claro si la RT/QT lograra un beneficio importante en la OS de los pacientes con cáncer de páncreas. Creo que la RT, podría ser beneficiosa en un subgrupo de pacientes.

No todos los pacientes fueron cáncer de páncreas, lo que limitaría un poco los resultados.

Hay que esperar los resultados de trabajos que comparen otros esquemas mas nuevos de QT con RT en el set de neoadyuvancia

Uso y duración de la terapia de privación de andrógenos con RT definitiva para el cáncer de próstata localizado: un meta-análisis de datos de pacientes individuales

Androgen deprivation therapy use and duration with definitive Radiotherapy for localised prostate cancer: an individual patient data meta-analysis

Amar U Kishan, et al

University of California Los Angeles, CA, USA

Lancet Oncol 2022, Published Online



Dra. Naly Cruz Ventura
Medico Oncóloga Radioterapeuta
Centro de Radioterapia del Cibao
República Dominicana
Resumen y Comentarios

Objetivos: Este meta-análisis de ensayos randomizados tiene como fin cuantificar el beneficio (el efecto oncológico) de las intervenciones en conjunto y en subgrupos clínicos relevantes. Dígase en hombres con cáncer de próstata localizado y su supervivencia libre de metástasis.

Métodos: Búsqueda sistemática de la literatura circunscritas entre el 1 de enero 1962 al 30 de Diciembre de 2020. Ensayos randomizados multicéntricos eran elegidos si evaluaban: El uso o la prolongación del ADT (o ambos) en hombres con CA de próstata localizado recibiendo tratamiento definitivo de radioterapia, metástasis a distancia reportadas o colectadas, data de supervivencia. ADT usado para un protocolo definido con una duración finita. Los criterios de exclusión: Ensayos unicéntricos. Ensayos que utilizaban ADT de por vida (práctica que ya no es recomendada como opción standard en la actualidad)

Variable de valoración predefinida de mayor importancia (primary outcome): Supervivencia libre de metástasis (determinar el efecto oncológico de la intensificación del tratamiento sobre la supervivencia libre de metástasis)

Variables de valoración predefinida de menor importancia (secondary outcomes): Analizar los efectos de cada intensificación del tratamiento en los índices de recurrencia bioquímica, metástasis a distancia y sobrevivencia promedio.

Cociente de riesgo: se obtuvo por Cox Models para: Uso de ADT (radioterapia vs radioterapia + ADT).

Extensión de terapia neoadyuvante de ADT (de 3-4 meses a 6-9 meses), Prolongación de ADT adyuvante (de 4-6 meses a 18-36 meses). El estudio de interacción entre la intervención y la supervivencia libre de metástasis fueron realizados en subgrupos definidos por: la Edad, Grupo de riesgo del National Comprehensive Cancer Network (NCCN), Dosis de radioterapia

Hallazgos: 12 ensayos elegibles = 10,853 pacientes con un seguimiento medio de 11.4 años

ADT + Radioterapia = Mejoró significativamente la supervivencia libre de metástasis (HR 0.83 [95% CI 0.77-0.89], $p < 0.0001$).

La Prolongación de la terapia adyuvante de ADT también mejoró significativamente la supervivencia libre de metástasis (0.84 [0.78-0.91], $p < 0.0001$) lo que corresponde a 10 años de beneficio absoluto de un 7.7%. Este tratamiento también mejoró significativamente la supervivencia promedio, la recurrencia bioquímica y metástasis a distancia.

La Extensión de la terapia neoadyuvante de ADT no mejoró la supervivencia libre de metástasis (0.95 [0.83-1.09], $p = 0.50$). Tampoco se vio ninguna mejora en la supervivencia promedio del paciente o en la recurrencia bioquímica. Ojo: los efectos del tratamiento fueron similares no importando dosis de radioterapia, edad del paciente, el grupo de riesgo según el NCCN.

Interpretación: ADT + radioterapia o prolongar la sesión de ADT seguido de la Administración de la dosis de radioterapia administrada (terapia adyuvante) está asociado a la mejoría de la supervivencia libre de metástasis en hombres no importando su edad, la dosis de radioterapia administrada, ni el grupo de riesgo según el NCCN

Uso y duración de la terapia de privación de andrógenos con RT definitiva para el cáncer de próstata localizado: un metaanálisis de datos de pacientes individuales

Androgen deprivation therapy use and duration with definitive Radiotherapy for localised prostate cancer: an individual patient data meta-analysis

Amar U Kishan, et al

University of California Los Angeles, CA, USA

Lancet Oncol 2022, Published Online



Dra. Naly Cruz Ventura
Medico Oncóloga Radioterapeuta
Centro de Radioterapia del Cibao
República Dominicana
Resumen y Comentarios

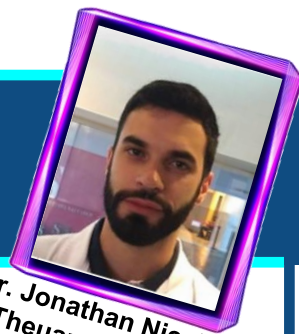
Comentarios: En este meta-análisis, con cerca de 11,000 pacientes con un seguimiento de mas de 11 años, se deja muy claro, que la ADT concomitante con radioterapia, seguido de ADT neoadyuvante 3-4 mo, mejora considerablemente la sobrevida libre de metástasis, la sobrevida libre de recaída bioquímica, en todos los grupos de edad, en todos los grupos de riesgo y es independiente de la dosis de radioterapia que se administre, sin embargo la extensión de la terapia neoadyuvante no demostró mejoría por lo que consideramos, que la prolongación de la ADT adyuvante posterior a ADT+TRX es una alternativa viable en todos los grupos de riesgo, no así la prolongación de la ADT neoadyuvante.





Dr. Marcelo De La Colina
Médico Oncólogo Clínico
Presidente Asociación Oncólogos
Clínicos de Córdoba
Resumen y Comentarios

Darolutamida y sobrevida en cáncer de próstata metastásico sensible a hormonas



**Dr. Jonathan Nicolás
Theuaux Leutgeb**
Médico Oncólogo Clínico
Sanatorio del Salvador, Córdoba
Resumen y Comentarios

Darolutamide and Survival in Metastatic, Hormone-Sensitive Prostate Cancer

Matthew R. Smith, et al
Massachusetts General Hospital
Cancer Center, Boston, MA, USA

New England Journal of Medicine, 386:1132-1142, 2022

Introducción: Darolutamida es un potente inhibidor de los receptores de andrógenos que se ha asociado con una mayor sobrevida global entre los pacientes con cáncer de próstata no metastásico resistente a la castración. Se desconoce si una combinación de Darolutamida, terapia de privación de andrógenos y Docetaxel aumentaría la sobrevida entre los pacientes con cáncer de próstata metastásico hormono sensible.

Método: ensayo internacional de fase 3, que asignó al azar a pacientes con cáncer de próstata metastásico hormono sensible en una proporción de 1:1 para recibir Darolutamida (en una dosis de 600 mg [dos tabletas de 300 mg] dos veces al día) o un placebo equivalente, asociado a privación de andrógenos, luego de tratamiento previo con Docetaxel y de privación de andrógenos por 6 ciclos. El objetivo primario fue la sobrevida global. Los objetivos secundarios fueron el tiempo hasta la resistencia a la castración, tiempo hasta la aparición del dolor, tiempo hasta el empeoramiento de los síntomas físicos, tiempo hasta el inicio de tratamiento con opioides por más de 7 días consecutivos, la sobrevida libre de eventos esqueléticos sintomáticos, tiempo hasta el inicio de tratamiento antineoplásico sistémico posterior y seguridad.

Resultados: El análisis primario involucró a 1306 pacientes (651 en el grupo de Darolutamida y 655 en el grupo de placebo). El 86,1% de los pacientes tenían enfermedad metastásica al momento del diagnóstico inicial. El riesgo de muerte fue significativamente menor, en un 32,5 %, en el grupo de Darolutamida que en el grupo placebo (razón de riesgo 0,68; intervalo de confianza del 95%, 0,57 a 0,80; $p < 0,001$). Darolutamida también se asoció con beneficios constantes con respecto a los criterios de valoración secundarios y subgrupos pre especificados. Los eventos adversos fueron similares en los dos grupos, y las incidencias de los eventos adversos más comunes ocurrieron en $\geq 10\%$ de los pacientes, siendo más

prevalentes durante el Docetaxel, período de tratamiento en ambos grupos. La frecuencia de eventos adversos de grado 3 o 4 fue 66,1% en el grupo de Darolutamida y 63,5% en el grupo de placebo; la neutropenia fue el evento adverso de grado 3 o 4 más común (en 33,7% y 34,2%, respectivamente).

Conclusiones: en este ensayo en el que participaron pacientes con cáncer de próstata metastásico hormono sensible, la sobrevida global fue significativamente mayor con la combinación de Darolutamida, terapia de privación de andrógenos y Docetaxel que con placebo más terapia de privación de andrógenos y Docetaxel, y la adición de Darolutamida condujo a una mejoría en objetivos secundarios claves. La frecuencia de eventos adversos fue similar en los dos grupos

Comentarios: En cuanto al tratamiento de cáncer de próstata metastásico hormono sensible, surgieron múltiples moléculas con resultados favorables en sobrevida global. Ante la ausencia de marcadores moleculares, un ensayo comparador directo y la marcada diferencia sobre el manejo de los “pacientes del mundo real” surge la hipótesis de cuál de dichos tratamientos es el óptimo. En el ensayo ARASENS no se responde a esta hipótesis, pero se obtuvo la respuesta de que la secuenciación con Docetaxel y Darolutamida asociado al tratamiento con privación androgénica es una opción superadora. Aunque la extrapolación de datos de distintos estudios es riesgosa, debido a los diferentes criterios de selección de pacientes, en el estudio PEACE-1 muestran resultados igualmente alentadores a ARASENS.

Irradiación craneal profiláctica (PCI), protección del hipocampo (HA), radioterapia en Holocráneo (WBRT) y radiocirugía estereotáctica (SRS) en el cáncer de pulmón de células pequeñas (SCLC): ¿Dónde nos encontramos?



Prophylactic cranial irradiation (PCI), hippocampal avoidance (HA) whole brain radiotherapy (WBRT) and stereotactic radiosurgery (SRS) in small cell lung cancer (SCLC): Where do we stand?

Cathryn Crockett, et al.

The Christie NHS Foundation Trust, Manchester, United Kingdom

Lung Cancer 162 (2021) 96–105

Dra. Elena Casco
Médica Radioncóloga
Centro Oncológico Pergamino
Buenos Aires
Resumen y Comentarios

El SCLC es agresivo con una historia natural que implica un crecimiento tumoral rápido, diseminación temprana, resistencia al tratamiento y malos resultados (supervivencia general a 5 años [SG] <10%). Ensayos controlados aleatorizados (ECA) han demostrado la efectividad de PCI, para pacientes con enfermedad en etapa limitada (LS) y etapa extensa (ES) que respondieron a las terapias de inducción. PCI en SCLC de etapa limitada informó una reducción significativa en el riesgo relativo de muerte con un aumento de 5,4 % en la SG a los tres años. La recomendación actual de la dosis de PCI es 25Gy en 10 fracciones. La incidencia de metástasis cerebrales (BM). BM es alta en ES SCLC, afectando al 70 % de los pacientes. La EORTC abordó el papel de la PCI exclusivamente en pacientes con ES. PCI redujo la incidencia de deterioro cerebral sintomático con una SG más larga en pacientes que tenían alguna respuesta a la quimioterapia inicial. PCI reduce el riesgo de desarrollar BM por 2-3 veces.

Toxicidad de PCI: Aunque existe una fuerte base de evidencia que apoya los beneficios de PCI, el riesgo de toxicidad a corto y largo plazo debe tenerse en cuenta al hablar de este tratamiento con los pacientes. Estos incluyen fatiga, alopecia y retraso del crecimiento del cabello, eritema del cuero cabelludo y síntomas de aumento de la presión intracraneal, atrofia cerebral, cambios en la corteza subcortical, insular y temporal superior cambios en la materia gris de la circunvolución. En algunos casos, puede haber síntomas asociados a deterioro intelectual, cognitivo y ataxia. Al analizar la toxicidad de PCI es importante considerar los tratamientos sistémicos, el timing en relación al PCI, la dosis total y por fracción utilizada, así como factores de deterioro neurológico vinculados a la enfermedad en sí misma.

El papel de la protección del hipocampo (HA) es importante en la regulación del aprendizaje, codificación de memoria y consolidación de memoria. La irradiación del hipocampo se ha relacionado con alteración del aprendizaje y la formación de la memoria y podría haber una justificación para HA para reducir la toxicidad de PCI.

Contraindicaciones: Debido a los efectos potencialmente nocivos sobre la neurovasculatura, no se recomienda para pacientes con antecedentes de accidente cerebrovasculares, malformaciones vasculares o aneurismas. Pacientes con epilepsia activa también puede estar en riesgo de una mayor actividad convulsiva. La entrega temprana de PCI después de terminar la terapia de inducción se asoció con una reducción en la incidencia de BM, pero no afectó significativamente la SG. La cirugía tiene un papel limitado en el manejo de pacientes con SCLC con enfermedad de etapa temprana. La edad avanzada se debe tener en cuenta en la decisión de realizar PCI. En los pacientes con mal estado funcional se ha informado como un factor pronóstico independiente. La supervivencia inferior observada dentro de este subgrupo puede resultar en una menor incidencia de BM y resta valor a cualquier beneficio de PCI. Faltan aún datos sobre el uso de PCI junto con la inmunoterapia. El uso de fármacos para ayudar a reducir la toxicidad neurocognitiva de la PCI y WBRT sigue sin estar claro. El uso de la resonancia magnética cerebral ha facilitado la detección temprana de un número limitado de BM asintomáticas que podrían ser elegibles para SRS. En los últimos años, SRS se ha administrado cada vez más en el contexto de SCLC como una alternativa a WBRT.

Conclusiones: Se requieren ECA para pacientes dentro de subgrupos controvertidos. Tales como el MAVERICK y el PRIMALung que podrán ofrecer evidencia para muchos de éstos subgrupos.



Dra. Gabriela Genovese
Médica Radioncóloga
Hospital Oncológico Provincial
Córdoba
Resumen y Comentarios

Estrategias de Tratamiento Sistémico y Radioterapia para el Cáncer de Pulmón No células Pequeñas localmente avanzado

Systemic and Radiation Therapy Approaches for Locally Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer

Kristin A. Higgins, et al.

Winship Cancer Institute of Emory University, Atlanta, USA
J Clin Oncol, January 5, 2022

Objetivos: El tratamiento del NSCLC en estadio III ha evolucionado, con datos recientes que demuestran un aumento en la SVG con inmunoterapia de consolidación. Teniendo en cuenta estos avances, la revisión de los tratamientos sistémicos y de radioterapia actuales son importante para la práctica clínica.

Estrategias de Quimioterapia concurrente:

A partir del beneficio en SV demostrado por varios estudios clínicos la CCRT es el standard-of-care para el NSCLC localmente avanzado irresecable. Múltiples esquemas con Platino y Radioterapia están actualmente aprobados con un perfil de toxicidad aceptables: Cisplatino-Etoposido con 61 Gy, Carboplatino semanal y Paclitaxel con 63 Gy y Cisplatino y Pemetrexed con 60-66 Gy en reciente estudio.

Avances en Radioterapia: El estándar establecido para RT torácica es de 60 Gy/2 Gy día, la CCRT con escalación de dosis a 74 Gy no mostró mejoría en SV. Datos retrospectivos demostraron que la dosis media cardíaca menor a 10 Gy, y de la arteria descendente anterior izquierda 15 Gy < 10%, reducen los eventos cardíacos. La implementación del PET es útil en la delimitación de los volúmenes. La IMRT ha demostrado reducir las toxicidades y mejorar la SV. En estudio el valor de la protonterapia y del hipofraccionamiento con inmunoterapia.

Inmunoterapia de consolidación y nuevos ensayos: El estudio Pacific demostró beneficio en SVG a 5 años con Durvalumab de consolidación por 12 meses con un perfil de toxicidad aceptable. Los estudios actuales están dirigidos a evaluar el tiempo óptimo de.

la inmunoterapia, concurrente con CCRT o consolidación; la incorporación de inmunoterapia dual, la indicación en pacientes con PS2, y en pacientes con mutación EGFR. Actualmente no existen biomarcadores que permitan guiar la elección del tratamiento al momento de la progresión. El estudio de ADN circulante emerge como un biomarcador prometedor para detectar recurrencia o predecir la respuesta a la inmunoterapia.

Conclusiones: El tratamiento del NSCLC Estadio III irresecable ha evolucionado incorporando la inmunoterapia de consolidación, con resultados en SVG favorables. Futuros avances científicos en terapia sistémica y en radioterapia serán útiles con el objetivo final de curar más pacientes.

Comentarios: En el nuevo estándar de tratamiento para NSCLC localmente avanzado restan algunas interrogantes por resolver: la inmunoterapia concurrente, el perfeccionamiento de técnicas de radioterapia que permitan disminuir toxicidades, el tratamiento óptimo para pacientes con mutaciones y el uso de ADN circulante en el seguimiento.

Manejo práctico del Cáncer de Pulmón No Células Pequeñas, Oligometastático

Practical Management of Oligometastatic Non-Small-Cell Lung Cancer

Katie Jasper, et al.

Western University, London Health Sciences Centre, Canada

J Clin Oncol January 5, 2022



Dr. Gastón Lemoine
Médico Radioncólogo
Instituto de Radiaciones, Salta
Resumen y Comentarios

Objetivos: Se resume la evidencia randomizada reciente Fase II y de estudios fase III en curso, avalando los beneficios en SLP y SG, de la ablación local, en pacientes con NSCLC oligometastático. La aparición de terapias altamente efectivas, ha extendido la SV de pacientes con Ca de pulmón incurable y proveen una oportunidad para su combinación con tratamientos ablativos locales, en pacientes con cáncer oligometastático.

Materiales y Métodos: La enfermedad metastásica es un espectro que se extiende desde enfermedad local temprana hasta enfermedad metastásica ampliamente diseminada. Dentro de este se encuentra el estado oligometastático, donde el tratamiento radical de la enfermedad metastásica inicial limitada puede tener potencial curativo. En los últimos 5 años, han surgido datos randomizados para probar directamente la hipótesis oligometastática. Ashworth et al, realizaron una revisión sistemática y un meta-análisis de la terapia ablativa local para el NSCLC oligometastático. Gómez et al, realizaron un ensayo controlado randomizado (ECR) de fase II que incluyó a 49 pacientes con una a tres lesiones oligometastáticas sincrónicas, que no progresaron después de la terapia sistémica de primera línea. Lyengar et al, realizaron un ECR fase II que involucró a 29 pacientes con NSCLC con una a cinco lesiones oligometastáticas sincrónicas con respuesta parcial o enfermedad estable después del tratamiento inicial. Un tercer ensayo, SABR-COMET, fue un ECR de fase II que incorporó 99 pacientes con múltiples histologías, incluidos 18 con NSCLC. En estos estudios, todas las lesiones fueron tratadas con metastasectomía quirúrgica, SABR, radiocirugía estereotáctica (SRS) o radioterapia convencional y recibieron tratamiento con intención curativa de su NSCLC primario.

Resultados: En todos los trabajos se observó un aumento en la SG y en algunos en la SLP, estadísticamente significativos, a favor de los brazos que realizaban tratamientos ablativos. Se espera que la evidencia randomizada, se amplíe rápidamente en los próximos años, con múltiples ECA actualmente reclutando pacientes con hasta 10 metástasis.

Conclusiones: Los pacientes con cáncer que probablemente tengan altas tasas de respuesta a la terapia sistémica pueden ser los mejores candidatos para las terapias ablativas en el contexto oligometastático. La evidencia apoya mejor el uso de la terapia sistémica primero. La elección de la modalidad para la terapia de ablación local en el tratamiento de las oligometástasis está guiada por la ubicación del tumor, el estado físico del paciente, la experiencia local disponible y la elección del paciente. La resección quirúrgica brinda las ventajas de confirmar la histología y obtener tejido para pruebas moleculares integrales. Cuando sea factible, la cirugía debe realizarse de manera mínimamente invasiva. SABR tiene la ventaja de poder administrarse en múltiples ubicaciones, lo que permite una interrupción mínima de la terapia sistémica. En conclusión, el uso de terapias ablativas en NSCLC oligometastático, está respaldado por evidencia de fase II que muestra beneficios en SLP y SG. Datos Fase III deberían establecer mejor las condiciones ideales para el tratamiento. Mientras tanto, las decisiones deben idealmente tomarse en un entorno multidisciplinario, centrándose en características individuales del paciente, carga tumoral y agresividad biológica, minimización de la toxicidad del tratamiento, respuesta a la terapia sistémica y opciones para otras líneas de tratamiento.



Dra. Romina Ventimiglia
Médica Radioncóloga
INTECNUS, Bariloche, Río Negro
Resumen y Comentarios

Criterios para el uso apropiado de RT en pacientes con enfermedad oligometastásica u oligoprogresiva en cáncer de pulmón no pequeñas células según la Sociedad Americana de Radio

American Radium Society Appropriate Use Criteria for Radiation Therapy In Oligometastatic or Oligoprogresive Non-Small Cell Lung Cancer

Arya Amini, et al.

City of Hope National Medical Center, Duarte, California, USA
Int J Radiat Oncol Biol Phys, Vol. 112, No. 2, pp. 361–375, 2022

Introducción: Hay varias razones para utilizar terapias ablativas locales (LAT) como SBRT, radioterapia hipofraccionada y cirugía en NSCLC en estadio IV. La evidencia demuestra que la mayoría de las áreas de progresión en el NSCLC estadio IV ocurren en los sitios de compromiso inicial. Por lo tanto, la reducción de la carga tumoral global puede contribuir a mejorar la sobrevida libre de progresión y retrasar la aparición de nuevas lesiones metastásicas, si se consideran puntos de partida. La terapia local para áreas de progresión limitada luego de la terapia sistémica puede tratar clones resistentes a las drogas administradas, prolongando la duración de la terapia sistémica antes de avanzar a líneas adicionales. En la era de la inmunoterapia, múltiples estudios han demostrado interacciones abscopales entre la SBRT y la inmunoterapia, con respecto a la modulación del microambiente tumoral y el desencadenamiento de una respuesta sistémica por parte del sistema inmunitario para atacar el cáncer.

Objetivos: Establecer criterios sobre el uso apropiado de SBRT como parte del tratamiento local de consolidación en pacientes con NSCLC en el escenario oligometastático, ya que estudios recientes aleatorizados sugieren mejoras en la sobrevida libre de progresión y sobrevida global agregando SBRT en pacientes oligometastáticos.

Materiales y Métodos: La Sociedad Americana de Radio (ARS) seleccionó 15 expertos multidisciplinarios para realizar una extensa y exhaustiva revisión de la literatura desde el 1 de enero de 2008 hasta el 25 de diciembre de 2020, mediante una búsqueda sistemática en la base de datos de PUBMED para recopilar un conjunto de artículos relevantes utilizando palabras claves específicas.

Resultados: Según los ensayos randomizados existentes, el panel definió el término “oligometástasis” como ≤ 3 metástasis (sin incluir el tumor primario) que no se hayan tratado

previamente o posterior al tratamiento sistémico de primera línea luego del diagnóstico inicial, “oligoprogresión” también se refiere a ≤ 3 áreas metastásicas con discreta progresión en el contexto previo o cuando está en curso la terapia sistémica y 1-3 lesiones aumentan de tamaño o avidez en comparación con la situación inicial previa al tratamiento. En todos los pacientes seleccionados, se recomienda la inscripción en un ensayo clínico siempre que esté disponible. Para la enfermedad oligometastásica, se recomienda administrar radioterapia de consolidación luego de la terapia sistémica de primera línea (a todos los sitios metastásicos que puedan ser irradiados y luego también sobre el tumor primario/compromiso ganglionar loco-regional). Debido a la escasez de datos, la ARS recomienda que la radioterapia de consolidación se considere caso por caso cuando hay 4 o 5 sitios de enfermedad oligometastásica, así como también en enfermedad oligometastásica con mutación driver que no ha progresado a la terapia dirigida inicial y en los casos oligoprogresivos.

Conclusión: Aunque la SBRT parece ser segura y efectiva en el tratamiento de pacientes con sitios metastásicos limitados de enfermedad, existen muchas situaciones clínicas que requieren un manejo individualizado y una fuerte discusión multidisciplinaria por los limitados datos existentes.

Comentarios: La utilización de SBRT en diferentes escenarios clínicos fue cobrando relevancia rápidamente en distintas patológicas oncológicas en la última década, destacándose según este artículo en el escenario oligometastático / oligo-progresivo en NSCLC. Es importante tener presente a diario estas recomendaciones para interpretar adecuadamente que pacientes se van a beneficiar de SBRT en el contexto oligometastático / oligoprogresivo.



Resultados de Sobrevida a 5 años del ensayo PACIFIC: Durvalumab luego de Quimioradioterapia en Cáncer de Pulmón No Células Pequeñas estadio III

Five-Year Survival Outcomes From the PACIFIC Trial: Durvalumab After Chemoradiotherapy in Stage III Non-Small-Cell Lung Cancer

David R. Spigel, et al.

Sarah Cannon Research Institute, Tennessee Oncology, TN, USA

J Clin Oncol February 2, 2022

Dra. Crista M. Zelada Mencos
Médica Radioncóloga
Centro de Radioterapia Dean Funes
Córdoba
Resumen y Comentarios

Introducción: La mayoría de pacientes con cáncer de pulmón no células pequeñas (NSCLC) son localmente avanzados e irresecables. Es por ello que este ensayo fase III pretende demostrar la efectividad del durvalumab como una terapia consolidativa frente al placebo en pacientes que no presentaron progresión de la enfermedad luego de la CTRT. Presentamos una actualización y análisis de los objetivos primarios de sobrevida global (SG) y la sobrevida libre de progresión (SLP) a los 5 años de seguimiento.

Materiales y Métodos: Se reclutaron 713 pacientes y se estratificaron por edad, sexo o historial de tabaquismo. Se incluyeron pacientes con PS de 0 o 1 sin restricción por la expresión PD-L1. Es importante recalcar que ambos ramas realizaron dosis de RT torácica entre 54 a 66 Gy con una dosis media a pulmón <20Gy, V20 <35% y CT en varios regímenes permitidos. Se asignaron aleatoriamente (2:1) 476 pacientes a durvalumab (10 mg/kg vía intravenosa, administrado semanalmente cada 2 semanas por 12 meses) o placebo 237 pacientes. Los análisis de tiempo para un evento se realizaron utilizando el test de estratificación por log-rank. Las medias y las tasas de sobrevida se estimaron con el método de Kaplan-Meier.

Resultados: Al 11 de enero de 2021 con un seguimiento actualizado medio de 34,2 meses se obtuvo una SG mediana de 47,5 frente a 29,1 con HR 0.72; y una mediana del PLE de 16,9 frente a 5,6 meses con HR 0.55; ambas con IC 95% de durvalumab frente al placebo respectivamente. Los resultados a 5 años permanecieron consistentes con el análisis primario. Con una tasa estimada de SG a 5 años de 42.9% para durvalumab frente a 33.4% para placebo y una SLE de 33.1% frente al 19% respectivamente.

Conclusiones: La actualización de estos análisis presenta una SG robusta y un PLE sostenido respecto a los resultados de los análisis primarios demostrando un beneficio en el uso del durvalumab después de la quimiorradioterapia. Un estimado de 42,9% de los pacientes con durvalumab siguen vivos a los 5 años y el 33,1% persisten vivos y libres de progresión a la enfermedad, estableciendo un nuevo estándar de tratamiento en este grupo de pacientes

Comentarios: El cáncer de pulmón hoy en día aun representa la principal causa de mortalidad por cáncer alrededor del mundo. La inmunoterapia ha surgido como una terapia prometedora en el grupo mayoritario de NSCLC teniendo un potencial curativo de este grupo de pacientes. El estudio PACIFIC demostró que la administración secuencial de la inmunoterapia a la quimioradioterapia mejoró significativamente el control local y sobrevida de la enfermedad así como la sobrevida libre de enfermedad tanto local como a distancia con un perfil aceptable de toxicidad. Por lo que esta combinación de quimioradioterapia e inmunoterapia abre nuevas ventanas de estudio como la dosis de radioterapia, fraccionamientos, intervalos terapéuticos y perfiles de seguridad con la finalidad de potencializar una respuesta inmune anti tumoral mayor. Por último, el estudio sostiene un posible rol de la inmunoterapia en pacientes con estadios más tempranos.

Acerca de SATRO

- Nuestra Sociedad se creó en 1994.
- Dieciseis años realizando la reunión informativa post congreso de la American Society for Radiation Oncology "A.S.T.R.O."
- Dieciocho años realizando anualmente la recertificación en la especialidad de Radioterapia Oncológica.
- Ocho años realizando el Curso de Actualización en Protección Radiológica para Médicos Radioterapeutas, obligatorio para la renovación de los permisos de los especialistas ante la Autoridad Regulatoria Nuclear "ARN".
- Cinco años (2016 al 2019 y 2021) realizando el Best of ASTRO en Argentina con licencia de la American Society for Radiation Oncology "A.S.T.R.O."
- Segundo Capítulo SATRO de Radiocirugía, Septiembre 2018, II Jornadas de actualización de SRS y SBRT y I Jornadas de Física Médica, realizado en Córdoba
- Seminarios web: 2020 y 2021: RT CHICAGO, Jornadas de Actualización para Jóvenes. 2020→ SBRT y Radiocirugía, Radioterapia Lattice, Cáncer de Mama

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

Secretaría - Informes: Sra. Rosario Val – Celular / Whatsapp: +54911 6369-6348
e-mail: satro@fibertel.com.ar - xina_arg@hotmail.com

Facebook: Sociedad Argentina de Terapia Radiante Oncológica

Instagram: socterapiaradiante

Youtube: Satro Radioterapia (Suscribite al canal de YouTube)

AMA - Av. Santa Fe 1171 - CP 1059 - C.A.B.A. - Argentina



Si quieres participar en el Boletín

La Sociedad Argentina de Terapia Radiante Oncológica "SATRO" te invita a participar en el Boletín Bibliográfico Digital, que se publica en la página web, Facebook, e Instagram de "SATRO" y se difunde vía e-mail y WhatsApp.

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

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

Si estás interesado en participar no dudes en solicitar el listado a la Sra. Rosario Val, Secretaria de "SATRO".

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

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

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

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

Debe incluir:

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

El resumen debe estar organizado en:

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

No incluir: Gráficos, Imágenes, Tablas o Curvas

Muchas Gracias



Diseño
Gráfico



+54911 6369 6348



<https://berovadigital.com.ar>

Página 20