

Comentarios Post Primer Congreso De Prevención Y Genómica

Juan Lacava, Héctor Cutuli, Andrea Odzak, Carla Nicolini, Stella Drago, Matías Tosso, Mariana Salatino, Juan Manuel O'Connor, Marcelo Zylberman, Nicolás Fernández, Martín Fernández, Paola Morello, Pablo Kalfayan, Ignacio Casarini, José Morero, Carolina Bolino, Flavia Sarquis, Gastón Berman, Daniel Allemand, Aníbal Núñez De Pierro, María Cecilia Riggi, Federico Cayol, Gerardo Arroyo, Javier A. Calienni, Roberto N. Pradier, Astrid Margossian, Yanina Powazniak, Claudia Rey, y Vilma Tripodoro

Buenos Aires, mayo 2017

Palabras introductorias

Estimados colegas,

Durante los días 12 y 13 de mayo se llevó a cabo el Primer Congreso de Prevención y Genómica organizado por la Asociación Argentina de Oncología Clínica y que contó con los auspicios de 12 ONGs, 14 sociedades científicas (hechos inéditos en una actividad académica), organismos oficiales como el Instituto Nacional del Cáncer, Ministerios de Salud de las Provincias de Córdoba y Neuquén, y declarado de interés sanitario por la Legislatura Porteña.

La actividad académica fue superlativa, con expertos en áreas de prevención primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria; incluyendo debates sobre recomendaciones en tamizaje, vías de difusión alternativas, periodismo en salud, preservación económica del sistema, disertaciones en temas diversos como controles de calidad diagnóstica, recomendaciones en vacunación, nutrición, rehabilitación, estrés, epigenética, epidemiología, fertilidad, etc., todos con evidencia científica y con conclusiones prácticas para aplicar desde el día lunes en los consultorios. Fueron horas donde los asistentes ni se movieron de sus asientos por el enorme y calificado caudal educativo.

Se contó con la participación de colegas y representantes de sociedades científicas nacionales e internacionales en áreas de cesación tabáquica (Uruguay es un país de avanzada mundial) y del Dr. Josep Tabernero como presidente electo de ESMO, jerarquizando el evento con su conferencia sobre optimización de tratamientos en tumores gastrointestinales. También participaron representantes de organismos oficiales, empresarios de la salud, periodistas y figuras mediáticas. Las diversas ONGs actuaron como secretarías de mesa, aportando su mirada desde el punto de vista del paciente.

En épocas donde las razones económicas son determinantes en la reducción de gastos diagnósticos y terapéuticos de bajo impacto, son imprescindibles la implementación de medidas de prevención y la calificación de tratamientos y sus consecuencias para preservar el sistema.

No tengan dudas que la prevención en todos sus niveles es el futuro y será la razón primaria de consultas oncológicas en los próximos años. Nuestra función como oncólogos será primordialmente la ejecución de medidas preventivas y terapéuticas consensuadas con los otros actores de la salud.

Coincidirán conmigo que en el tema prevención tenemos mucho que aprender.

A todos los asistentes a este evento educativo les agradecemos su participación pues entendemos las dificultades que han tenido que sortear, entre ellas las económicas. Seguramente otros colegas no pudieron hacerlo por razones diversas, entendibles todas, salvo la indiferencia o la ceguera ante la necesidad categórica de aplicar acciones preventivas, más allá de las terapéuticas, para disminuir el flagelo del cáncer.

Felicito a la Asociación Argentina de Oncología Clínica y a todos los que han colaborado para el entendimiento de esta problemática.

Con este nuevo precedente se reforzó en forma irreversible la continuidad en la educación en niveles de prevención y que jamás dejará de estar presente en esta sociedad madura.

Comentarios Post Primer Congreso De Prevención Y Genómica

Juan Lacava, Héctor Cutuli, Andrea Odzak, Carla Nicolini, Stella Drago, Matías Tosso, Mariana Salatino, Juan Manuel O'Connor, Marcelo Zylberman, Nicolás Fernández, Martín Fernández, Paola Morello, Pablo Kalfayan, Ignacio Casarini, José Morero, Carolina Bolino, Flavia Sarquis, Gastón Berman, Daniel Allemand, Aníbal Núñez De Pierro, María Cecilia Riggi, Federico Cayol, Gerardo Arroyo, Javier A. Calienni, Roberto N. Pradier, Astrid Margossian, Yanina Powazniak, Claudia Rey, y Vilma Tripodoro

De ahora en más se ampliará la brecha entre estos dos tipos de oncólogos: aquellos que sólo se interesen por la terapéutica y otros que sin desmerecer la optimización responsable de tratamientos, implementarán medidas preventivas para llegar antes y mejor a la cura de la enfermedad.

En Argentina se diagnostica un paciente con cáncer cada 5 minutos y cada 8 algún argentino fallece por este motivo.

Ya es tiempo que los oncólogos hagan educación y prevención todos los días.

Juan Lacava

Presidente Asociación Argentina de Oncología Clínica

PREVENCIÓN NUTRICIONAL EN ONCOLOGÍA

Héctor Cutuli

Servicio de Medicina Interna, Hospital Dr. Carlos Bocalandro, Buenos Aires, Argentina

Las evidencias científicas respecto a la participación en la oncogénesis y en la prevención de la aparición de ciertos tumores, por parte de determinados principios nutritivos, son en general controversiales.

Es relevante destacar que la carencia o disminución de determinados niveles séricos de algunos de esos principios nutritivos relacionados a la aparición de ciertos tumores, no redundan en que su suplementación en la dieta resulte beneficiosa respecto a la prevención de esos cánceres.

A pesar de ello, podemos afirmar que el 35% de los cánceres reconocen una comprobable relación de aparición con los hábitos de vida; en particular con aquellos que refieren al consumo de alcohol, dietas ricas en grasas e hidratos de carbono refinados, balance calórico positivo que provoca obesidad, y en el escaso consumo de fibras, vegetales, frutas, legumbres y cereales integrales.

La carne vacuna debería limitarse en su consumo, promoviendo una dieta variada y saludable.

Se deben monitorear los efectos de aditivos, conservantes y edulcorantes.

Conclusiones

La prevención nutricional de la aparición de los cánceres pasa por mantener una dieta variada y con alto contenido de fibras.

OBESIDAD Y CÁNCER

Andrea Odzak

Servicio de Clínica Médica, Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, Buenos Aires, Argentina

Comentarios Post Primer Congreso De Prevención Y Genómica

Juan Lacava, Héctor Cutuli, Andrea Odzak, Carla Nicolini, Stella Drago, Matías Tosso, Mariana Salatino, Juan Manuel O'Connor, Marcelo Zylberman, Nicolás Fernández, Martín Fernández, Paola Morello, Pablo Kalfayan, Ignacio Casarini, José Morero, Carolina Bolino, Flavia Sarquis, Gastón Berman, Daniel Allemand, Aníbal Núñez De Pierro, María Cecilia Riggi, Federico Cayol, Gerardo Arroyo, Javier A. Calienni, Roberto N. Pradier, Astrid Margossian, Yanina Powazniak, Claudia Rey, y Vilma Tripodoro

La obesidad es un claro problema de salud pública. En nuestro país, con datos de 2013, se sabe que el 57.9% de la población tiene exceso de peso (37.1% sobrepeso y 20.8% obesidad). Se debe hacer cribado de obesidad en atención primaria y categorizar al paciente según su índice de masa corporal como normopeso (entre 18.5 y 24.9), sobrepeso (25-29.9), obesidad grado I (30-34.9), obesidad grado II (35-39.9) y obesidad grado III (>40). La medición del perímetro de cintura identifica a los pacientes con mayor riesgo cardiovascular (cintura >102 cm en hombres y 88 cm en mujeres).

Más de mil trabajos publicados comprueban la relación exceso de grasa/riesgo de cáncer. La grasa ectópica es un tejido metabólicamente activo en la producción de citoquinas y hormonas que conducen a un estado inflamatorio sistémico crónico ("adiposopatía"), el cual puede facilitar la proliferación de ciertos tipos de células y la angiogénesis.

En atención primaria se deben promover conductas saludables de alimentación (porciones más pequeñas, 5 porciones de frutas/vegetales al día, consumir más fibras, orden de las comidas, leer las etiquetas de los alimentos), ejercicio físico (150' x semana), un descanso adecuado y reducir el estrés laboral.

El paciente obeso con cáncer padece dificultades múltiples en el abordaje quirúrgico, curación de heridas, infecciones, dosificación de terapia radiante y drogas quimioterápicas, mayor riesgo de enfermedad tromboembólica venosa y la ganancia de peso durante el tratamiento.

La mujer obesa con cáncer de mama tiene 33% de aumento en mortalidad relacionada al cáncer y global (pre y post menopáusicas) con estadio temprano y el pronóstico es peor en obesas con esquemas con antraciclinas y taxanos + inhibidores de aromatasas vs. no obesas.

En cáncer colorrectal, recientemente se ha descripto una significativa peor supervivencia global en quimioterapia adyuvante en estadios II y III en hombres con BMI \geq 35 y en mujeres con BMI \geq 30. Los obesos con cáncer de próstata tienen enfermedad más agresiva, estadios más avanzados al debut, mayor recurrencia, mayor mortalidad y menor respuesta al tratamiento. Los niños obesos con leucemia tienen probablemente menos supervivencia y mayor rechazo injerto vs. huésped.

La Guía sobre Obesidad y Cáncer publicada recientemente por la ASCO insta a los oncólogos a tratar el tema del peso en la consulta, remarcando que el momento del diagnóstico y tratamiento del cáncer puede ser una oportunidad invaluable para que el paciente cambie sus hábitos para obtener una mejor salud (teachable moment).

Del mismo modo, la ASCO ha publicado guías para los pacientes, recalcando que el descenso de peso se logra mejorando la cantidad y calidad de lo que se ingiere y realizando un plan de ejercicio físico regular, aun durante el tratamiento del cáncer. Los beneficios son claros: mejor calidad de vida, menor fatiga durante y después del tratamiento, mejor imagen corporal, mejor entrenamiento cardiovascular, menor incidencia de comorbilidad (infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular, diabetes), mejoría en el pronóstico del cáncer y disminución del riesgo de segunda neoplasia.

Comentarios Post Primer Congreso De Prevención Y Genómica

Juan Lacava, Héctor Cutuli, Andrea Odzak, Carla Nicolini, Stella Drago, Matías Tosso, Mariana Salatino, Juan Manuel O'Connor, Marcelo Zylberman, Nicolás Fernández, Martín Fernández, Paola Morello, Pablo Kalfayan, Ignacio Casarini, José Morero, Carolina Bolino, Flavia Sarquis, Gastón Berman, Daniel Allemand, Aníbal Núñez De Pierro, María Cecilia Riggi, Federico Cayol, Gerardo Arroyo, Javier A. Calienni, Roberto N. Pradier, Astrid Margossian, Yanina Powazniak, Claudia Rey, y Vilma Tripodoro

PREVENCIÓN PRIMARIA. ALCOHOL Y CÁNCER

Carla Nicolini

Servicio de Medicina Interna, Instituto Alexander Fleming, Buenos Aires, Argentina

Introducción

- Consumo a nivel mundial
- Categorías de consumo
- Estadísticas de consumo en Argentina y en el mundo

Metabolismo del alcohol

Carcinogénesis (efectos locales y sistémicos)

Cánceres relacionados al alcohol

- Tracto aerodigestivo alto (cavidad bucal/ faringe/laringe)
- Epidermoide de esófago
- Colorrectal
- Mama
- Hígado

Resumen

Los cánceres relacionados a la ingesta de alcohol se encuentran dentro de los más prevalentes.

El alcohol como carcinógeno esta subestimado. Se ha observado un incremento en los últimos años de los cánceres relacionados al alcohol siendo actualmente el 6% de todos los cánceres a nivel mundial, e incluyen cánceres de cabeza y cuello, colorrectales, mama, hígado y páncreas.

Recomendaciones

- Ingesta en mujeres menor a una bebida alcohólica/día
- Ingesta en hombres menor a dos bebidas alcohólicas/día
- Personas con antecedentes de cáncer de mama se debería recomendar NO ingerir bebidas alcohólicas
- Limitar la recomendación de consumo de alcohol para prevención cardiovascular
- Enfatizar en políticas de salud pública sobre los riesgos relacionados a la ingesta de alcohol, especialmente acerca del incremento de los cánceres relacionados al mismo

Comentarios Post Primer Congreso De Prevención Y Genómica

Juan Lacava, Héctor Cutuli, Andrea Odzak, Carla Nicolini, Stella Drago, Matías Tosso, Mariana Salatino, Juan Manuel O'Connor, Marcelo Zylberman, Nicolás Fernández, Martín Fernández, Paola Morello, Pablo Kalfayan, Ignacio Casarini, José Morero, Carolina Bolino, Flavia Sarquis, Gastón Berman, Daniel Allemand, Aníbal Núñez De Pierro, María Cecilia Riggi, Federico Cayol, Gerardo Arroyo, Javier A. Calienni, Roberto N. Pradier, Astrid Margossian, Yanina Powazniak, Claudia Rey, y Vilma Tripodoro

ADICCIONES Y CÁNCER

Stella Drago

Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones Lic. Laura Bonaparte, Buenos Aires, Argentina

El consumo problemático de sustancias adictivas es un factor de riesgo en sí mismo para el desarrollo de algún tipo de cáncer e incide negativamente tanto en la evolución clínica como en el tratamiento, siendo causa de interacciones farmacológicas, alteraciones en la inmunidad y fallas en la adherencia al tratamiento oncológico.

Resulta difícil determinar la prevalencia de los trastornos por consumo de sustancias adictivas en los pacientes con cáncer y viceversa, debido a la complejidad y heterogeneidad de los patrones de consumo.

El consumo de sustancias durante el tratamiento oncológico es un factor de peor pronóstico de la enfermedad neoplásica. Se registran mayor número de hospitalizaciones, mayor riesgo de complicaciones agudas (p.e.: infecciones oportunistas), peor control del dolor con mayor requerimiento de analgesia y menor tolerancia al estrés.

Es importante la información y promoción de la salud para prevenir tempranamente el consumo de sustancias adictivas, especialmente en la adolescencia, teniendo en cuenta los cambios neurohormonales y la inmadurez neurobiológica, como así también el contexto y las nuevas tendencias socioculturales de los jóvenes.

La prevención es una herramienta fundamental para la salud de las personas si es integral, sistemática y se sostiene en el tiempo.

FACTORES AMBIENTALES

Matías I. Tosso

Hospital Gobernador Centeno, General Pico, La Pampa, Argentina

La incidencia de cáncer en el mundo es de 12 millones de casos al año. Se prevé que estos números crecerán rápidamente debido al envejecimiento y al estilo de vida de la población.

El 90% de los casos de cáncer están relacionados con factores ambientales, y uno de cada tres son evitables con hábitos de vida saludables.

Existen varios factores en el medioambiente capaces de provocar carcinogénesis, algunos naturalmente, y otros por el impacto del hombre.

La OMS ha determinado como agentes carcinógenos para seres humanos a 119 sustancias, clasificándolos como "categoría 1".

La contaminación ambiental, fue clasificada en 2013 como categoría 1. Las fuentes principales de contaminación son el transporte, la producción de energía, las emisiones industriales, agrícolas y la calefacción residencial.

Comentarios Post Primer Congreso De Prevención Y Genómica

Juan Lacava, Héctor Cutuli, Andrea Odzak, Carla Nicolini, Stella Drago, Matías Tosso, Mariana Salatino, Juan Manuel O'Connor, Marcelo Zylberman, Nicolás Fernández, Martín Fernández, Paola Morello, Pablo Kalfayan, Ignacio Casarini, José Morero, Carolina Bolino, Flavia Sarquis, Gastón Berman, Daniel Allemand, Aníbal Núñez De Pierro, María Cecilia Riggi, Federico Cayol, Gerardo Arroyo, Javier A. Calienni, Roberto N. Pradier, Astrid Margossian, Yanina Powazniak, Claudia Rey, y Vilma Tripodoro

La exposición a la contaminación es causante de cáncer de pulmón y existe una "asociación positiva" con mayor riesgo de cáncer de vejiga.

Según una publicación de la revista *Lancet* del año 2015, la OMS sugiere que cada año ocurren en el mundo 34.000 muertes vinculadas al aspecto cancerígeno de una dieta en la que abundan los productos de charcutería. Hay 1.000.000 de fallecimientos atribuidos al cáncer por consumo de tabaco, 600.000 por bebidas alcohólicas y 200.000 por contaminación del aire de las ciudades.

Se ha vinculado a las radiaciones ionizantes con diferentes tipos de enfermedades, entre ellas las oncológicas, y no se ha demostrado aún relación directa entre radiaciones no ionizantes y cáncer, aunque existen algunas teorías.

Ha aumentado un 1000% el uso de agroquímicos entre 2005 y 2015 en Argentina, convirtiéndonos en el país con mayor uso por habitante de todo el planeta.

La OMS, en marzo de 2015, clasificó al glifosato como "probablemente cancerígeno" (2A IARC - *International Agency for Research on Cancer*).

Debería prohibirse el uso de glifosato para fumigaciones aéreas y establecer una zona de protección para la población de 5 kilómetros para las fumigaciones terrestres.

La alimentación es la principal vía de exposición para aquellos que no fumigan.

El arsénico ha sido clasificado como un carcinógeno tipo 1 por la IARC. Proviene de la disolución de minerales, la erosión y desintegración de rocas y la deposición atmosférica. La mayor parte de la exposición proviene del agua de bebida extraída de pozos excavados.

En Argentina hay más de dos millones de personas expuestas a la ingestión de aguas con más de 50 ppb de arsénico.

En 2004 la IARC confirmó que la exposición al arsénico causa cáncer de piel, pulmón y vejiga, y que el período de latencia es de aproximadamente 40 años.

A continuación, algunas estrategias de prevención para disminuir los riesgos de cáncer relacionado a causas ambientales:

- Se deberían publicar los últimos datos científicos sobre los vínculos entre el medio ambiente y las enfermedades, y cuantificar los riesgos ambientales
- La OMS debería hacer convenios para comenzar a controlar el consumo de tabaco
- Implementación de políticas serias para erradicar las enfermedades relacionadas con el amianto
- Mejorar la calidad del aire que respiramos y del agua que bebemos, haciendo los controles y mediciones correspondientes, sobre todo en la población de riesgo
- Consejos e información sobre los efectos de la exposición a las radiaciones ultravioleta
- Generar un programa internacional de seguridad contra las sustancias químicas
- Promoción mundial de la "Agricultura Ecológica", con inversiones adecuadas

Comentarios Post Primer Congreso De Prevención Y Genómica

Juan Lacava, Héctor Cutuli, Andrea Odzak, Carla Nicolini, Stella Drago, Matías Tosso, Mariana Salatino, Juan Manuel O'Connor, Marcelo Zylberman, Nicolás Fernández, Martín Fernández, Paola Morello, Pablo Kalfayan, Ignacio Casarini, José Morero, Carolina Bolino, Flavia Sarquis, Gastón Berman, Daniel Allemand, Aníbal Núñez De Pierro, María Cecilia Riggi, Federico Cayol, Gerardo Arroyo, Javier A. Calienni, Roberto N. Pradier, Astrid Margossian, Yanina Powazniak, Claudia Rey, y Vilma Tripodoro

MICROBIOTA INTESTINAL

Mariana Salatino¹, Juan O' Connor², Marcelo Zylberman³

¹Instituto de Biología y Medicina Experimental (CONICET), ²Departamento de Oncología Clínica, Instituto Alexander Fleming, ³Departamento de Medicina Interna, Instituto Alexander Fleming, Buenos Aires, Argentina

La microbiota se instala definitivamente en el organismo a los tres años, pero está influida desde el nacimiento de acuerdo al modo de parto, natural o cesárea.

La disrupción de una mucosa sin adecuada reparación, permite a las bacterias de la microbiota penetrar y dañar células generando proliferación e impactando en el metabolismo celular.

Gérmenes como E. Coli que expresan colibactanos, son capaces de generar daño en el ADN celular, así como la toxina del *Bacteroides fragilis* (BTF) que libera sustancias reactivas de oxígeno (ROS). El *Helicobacter pylori* y el *Fusobacterium nucleatum* desregulan la vía de la B-catenina y deben ser considerados la "mala microbiota", ya que invade y activa nuevas citoquinas.

La respuesta a tratamientos con oxaliplatino, ciclofosfamida e inmunoterapia puede estar influenciada por su acción sobre la microbiota.

Se comentó un artículo publicado recientemente en *Gut* donde se demostró que el uso de antibióticos por dos meses o más, por década entre los 20-39 y los 40-59, aumenta el riesgo de adenomas colorrectales.

HPV Y CÁNCER DE ANO

Nicolás Fernández

Equipo Multidisciplinario de HPV, Servicio de Cirugía, Hospital San Martín, Paraná, Entre Ríos, Argentina

El virus del papiloma humano (HPV) es un pequeño virus perteneciente a la familia *Papillomavirus* que carece de envoltura y posee ADN de doble cadena. Existen aproximadamente unos 150 tipos, de los cuales 40 pueden infectar la zona anogenital. Se clasifican según su poder oncogénico como de bajo riesgo (6, 11, etc.) y alto riesgo (16, 18, etc.). La infección persistente de algunos de estos tipos puede conducir al desarrollo de cáncer del tracto genital inferior femenino (TGI), pene, ano y orofaringe.

Globalmente, se le atribuyen al HPV 570.000 casos anuales de cáncer en mujeres y 60.000 casos en hombres. La comprensión de los mecanismos de oncogénesis inducidos por el HPV se basa en los modelos del cáncer de cérvix: progresión de una lesión escamosa intraepitelial (SIL) de bajo o alto grado a cáncer escamoso. El HPV se encuentra involucrado en un 65% a un 89% de todos los cánceres de ano y es implicado como causa de la enfermedad.

El cáncer de ano constituye el 1.5% a 2% de todos los cánceres del tracto digestivo inferior, con una incidencia en la población general de 2/100.000 habitantes. En ciertos grupos de riesgo, la incidencia mundial es mucho mayor,

Comentarios Post Primer Congreso De Prevención Y Genómica

Juan Lacava, Héctor Cutuli, Andrea Odzak, Carla Nicolini, Stella Drago, Matías Tosso, Mariana Salatino, Juan Manuel O'Connor, Marcelo Zylberman, Nicolás Fernández, Martín Fernández, Paola Morello, Pablo Kalfayan, Ignacio Casarini, José Morero, Carolina Bolino, Flavia Sarquis, Gastón Berman, Daniel Allemand, Aníbal Núñez De Pierro, María Cecilia Riggi, Federico Cayol, Gerardo Arroyo, Javier A. Calienni, Roberto N. Pradier, Astrid Margossian, Yanina Powazniak, Claudia Rey, y Vilma Tripodoro

incluso más alta que la incidencia de cáncer de cérvix: hombres que tienen sexo con hombres, HIV+, mujeres con lesiones por HPV del TGI, inmunocomprometidos. Dentro de los factores de riesgo se pueden identificar además el hábito tabáquico, las múltiples parejas sexuales y el coito anal.

La prevención del cáncer de ano tiene que ser dirigida principalmente a estos grupos de riesgo a través de cambios de hábitos, detección temprana de lesiones (SIL) y tratamiento, vacunación e investigación continua. Hasta el momento no hay ensayos clínicos aleatorizados que documenten el valor de la detección temprana de SIL en ano sino que la justificación se basa en las similitudes entre el ano y el cuello uterino, y el éxito establecido de la citología cervical en la reducción de la incidencia de cáncer de cuello uterino. Se utiliza la realización de PAP anal y la anoscopia de alta resolución (AAR), con técnicas similares pero no idénticas al tamizaje de cáncer de cérvix. Esto permite a través de la AAR, identificar lesiones asintomáticas, tomar biopsia y realizar tratamientos sencillos evitando así su evolución a cáncer.

Las vacunas contra el HPV demostraron ser muy eficaces, principalmente cuando no se ha tenido exposición al virus y se convierten así en la única medida eficaz contra la infección.

Conclusiones

Existe una población de alto riesgo de cáncer de ano que debe beneficiarse con un estricto seguimiento. La detección temprana del cáncer anal sigue siendo controvertida debido a que la eficacia y la metodología de la pesquisa aún no se han establecido y los efectos a largo plazo (con respecto a la eventual disminución en la incidencia del cáncer anal) todavía no se pueden evaluar. Se debe continuar la investigación en búsqueda de evidencia científica, que guíe nuestro accionar en prevención.

EXPOSICIÓN OCUPACIONAL Y CÁNCER DE PULMÓN

Martín Fernández

Servicio de Neumonología, Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer, Buenos Aires, Argentina

Si bien el tabaquismo es la causa principal de cáncer de pulmón, aproximadamente 5 al 15% de los cánceres de pulmón son debidos a exposición ocupacional.

Más de 40 agentes, mezclas y sustancias de exposición en el entorno laboral son consideradas carcinógenas a nivel humano y están clasificadas como carcinógenos ocupacionales.

A nivel control gubernamental, un ejemplo de este escenario lo aporta EE. UU., donde menos del 10% de más de 80.000 químicos actualmente utilizados, fue evaluado para la seguridad.

La IARC (*International Agency of Research Cancer*) establece 118 agentes con riesgo comprobado, con datos claros y confirmados para desarrollar cáncer de pulmón. Los más importantes incluyen: partículas α , rayos gamma y rayos X, de los cuales aproximadamente el 48% son producto de las prácticas médicas. El radón es un gas incoloro que se

Comentarios Post Primer Congreso De Prevención Y Genómica

Juan Lacava, Héctor Cutuli, Andrea Odzak, Carla Nicolini, Stella Drago, Matías Tosso, Mariana Salatino, Juan Manuel O'Connor, Marcelo Zylberman, Nicolás Fernández, Martín Fernández, Paola Morello, Pablo Kalfayan, Ignacio Casarini, José Morero, Carolina Bolino, Flavia Sarquis, Gastón Berman, Daniel Allemand, Aníbal Núñez De Pierro, María Cecilia Riggi, Federico Cayol, Gerardo Arroyo, Javier A. Calienni, Roberto N. Pradier, Astrid Margossian, Yanina Powazniak, Claudia Rey, y Vilma Tripodoro

encuentra en la tierra, motivo por el cual es fundamental realizar mediciones antes de realizar construcciones, no importa el tamaño de las mismas.

La radiación ionizante es otro agente causal, el 24% se debe a las tomografías.

Los trabajadores del carbón y coque, ampliamente utilizados en la producción energética y empresas siderúrgicas, se encuentran en este grupo del alto riesgo, así como los trabajadores de la pintura, con exposición a isocianatos.

Aquellos trabajadores que se encuentran expuestos a fueles de biomasa, especialmente motores diesel, como trabajadores portuarios, mecánicos, maquinaria pesada e incluso mecánicos y empleados de estacionamientos, tienen mayor incidencia de enfermedad oncológica pulmonar.

Conclusiones

Las causas secundarias del cáncer de pulmón están subestimadas. El cáncer de pulmón en los que nunca fumaron, representaría la séptima causa principal de mortalidad por cáncer en los Estados Unidos. Es fundamental indagar trabajos actuales y previos, así como vivienda y pasatiempos. El objetivo principal es el reconocimiento de esta población de riesgo, la toma de conciencia por parte de las autoridades sanitarias para la protección de la población (ambiental) y de los trabajadores (ocupacional).

TABAQUISMO. CAMPAÑAS DE COMUNICACIÓN

Paola Morello

Programa Nacional de Control del Tabaco, Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires, Argentina

El tabaquismo es la principal causa de muerte prevenible en el mundo y también en nuestro país, donde más de 44.000 personas mueren cada año por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. El tabaquismo es una enfermedad pediátrica, ya que más del 90% de los fumadores comienza a fumar antes de los 18 años. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la considera una enfermedad "transmisible" en la cual el vector es la industria tabacalera y su estrategia de *marketing*.

El Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS define las intervenciones mínimas que tiene que tener un programa de control del tabaco para ser efectivo. Entre ellas, las campañas de comunicación tienen un rol fundamental cuando son integradas con las otras estrategias. Las campañas pueden tener como objetivo la prevención primaria (evitar que los jóvenes comiencen a fumar, proteger la salud con espacios cerrados 100% libres de humo y cambiar las "normas" de la sociedad (en cuanto al consumo) o la prevención secundaria (promover la cesación entre los fumadores). En general, se complementan. Estudios en otros países han demostrado que, dadas ciertas pautas, las campañas pueden ser costo-efectivas. Para esto, es importante definir la población objetivo, encontrar algún nombre atractivo para la campaña, hacer grupos focales para evaluar la mejor estrategia, implementar la campaña durante un lapso prolongado y con amplia difusión y evaluar el impacto. Las campañas fuertes que muestran el rol de la industria en el inicio del consumo, los efectos graves en la salud (de manera

Comentarios Post Primer Congreso De Prevención Y Genómica

Juan Lacava, Héctor Cutuli, Andrea Odzak, Carla Nicolini, Stella Drago, Matías Tosso, Mariana Salatino, Juan Manuel O'Connor, Marcelo Zylberman, Nicolás Fernández, Martín Fernández, Paola Morello, Pablo Kalfayan, Ignacio Casarini, José Morero, Carolina Bolino, Flavia Sarquis, Gastón Berman, Daniel Allemand, Aníbal Núñez De Pierro, María Cecilia Riggi, Federico Cayol, Gerardo Arroyo, Javier A. Calienni, Roberto N. Pradier, Astrid Margossian, Yanina Powazniak, Claudia Rey, y Vilma Tripodoro

gráfica) y los testimoniales, han demostrado ser los más efectivos.

En nuestro país, el Programa Nacional de Control del Tabaco del Ministerio de Salud, ha implementado desde el año 2003 varias campañas de comunicación, tanto de prevención primaria (para jóvenes y sobre hogares y automóviles 100% libres de humo) como secundarias (abandone y gane, promoción de la cesación). Además, desde el año 2011 que todos los paquetes de cigarrillos tienen advertencias sanitarias con imágenes que rotan cada dos años. Hasta la fecha ninguna ha sido evaluada de manera sistemática.

Conclusiones

- Las campañas de comunicación son un componente importante de todo programa de control del tabaco
- Es importante definir los destinatarios, el canal que se va a utilizar y el tipo de estrategia
- Las campañas deben ser evaluadas

¿QUIÉN ASESORA GENÉTICAMENTE EN ARGENTINA?

Pablo Kalfayan

Programa Nacional de Tumores Familiares y Hereditarios, Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires, Argentina

El Asesoramiento Genético en Oncología (AGO) es una disciplina realizada por profesionales capacitados de diversas especialidades.

Inicialmente se practicaba de forma dispersa y aislada en centros de referencia de enfermedades específicas y/o dentro de servicios de genética médica. Los profesionales generalmente se entrenaban en instituciones fuera del país.

A partir del año 2011 se crea el Plan Nacional de Tumores Familiares y Hereditarios (PROCAFA) del Instituto Nacional del Cáncer (INC), con el objetivo de mejorar la detección, manejo y prevención de la población de alto riesgo de cáncer en Argentina.

Una de sus principales líneas de acción es la capacitación profesional a través de cursos virtuales, becas cortas y foros de discusión de casos y actualización bibliográfica. Por otra parte, se realiza difusión no sólo a través de jornadas de capacitación en las distintas provincias del país, sino también de la elaboración de material destinado tanto para población general como para los profesionales de diversas especialidades. Entre dichos materiales figuran el manual de Asesoramiento Genético en Oncología y otras guías de enfermedades específicas de alto riesgo, elaboradas por el PROCAFA junto con otros programas dentro y fuera del INC.

En el año 2013 se elaboró el primer Censo Nacional de Recursos Humanos y Moleculares en Cáncer Hereditario.

Comentarios Post Primer Congreso De Prevención Y Genómica

Juan Lacava, Héctor Cutuli, Andrea Odzak, Carla Nicolini, Stella Drago, Matías Tosso, Mariana Salatino, Juan Manuel O'Connor, Marcelo Zylberman, Nicolás Fernández, Martín Fernández, Paola Morello, Pablo Kalfayan, Ignacio Casarini, José Morero, Carolina Bolino, Flavia Sarquis, Gastón Berman, Daniel Allemand, Aníbal Núñez De Pierro, María Cecilia Riggi, Federico Cayol, Gerardo Arroyo, Javier A. Calienni, Roberto N. Pradier, Astrid Margossian, Yanina Powazniak, Claudia Rey, y Vilma Tripodoro

Entre otros datos se observó una distribución desigual de los consultorios de AGO a nivel nacional, con prevalencia del sector privado, heterogeneidad de especialistas y profesionales (no médicos) que realizaban consultas, y más de la mitad de las provincias del país no contaban con consultorio de AGO.

A fines del año 2013 se crea la Red Argentina de Cáncer Familiar (RACAF), conformada por profesionales e instituciones incluidas en el censo nacional de recursos. Asimismo, se identificaron nodos temáticos prioritarios, con estrategias de abordaje a implementación en forma progresiva según las necesidades y déficits de cada nodo participante. Actualmente cuenta con 39 profesionales de 39 instituciones.

Conclusiones

- Profesionales de diversas especialidades realizan Asesoramiento Genético en Oncología
- Es imprescindible que el profesional interesado se capacite en esta temática

EXPERIENCIA DE UN ONCÓLOGO CLÍNICO

Ignacio Casarini

Oncología Clínica, Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina

La ciudad o el municipio pueden considerarse como un ecosistema orgánico que debe hallarse en equilibrio social, económico, ecológico y político.

Durante mi residencia de Clínica Médica, en un hospital público, descubrí los efectos de ese desequilibrio, pacientes con enfermedades prevenibles (por lo menos a esas edades de presentación), ausentismo laboral, familias desestructuradas por la pérdida de un familiar en edad productiva, un estado quebrado gastando cifras exorbitantes en paliar y un desconocimiento global alarmante.

De ese desequilibrio surge la búsqueda de una estrategia, partiendo de una idea ejecutada en un país nórdico, a su aplicación en una ciudad latinoamericana, socialista y equilibrada, pese a una limitación de recursos aún mayor que la nuestra.

Los municipios saludables son una estrategia de la promoción de la salud que pretende que los ciudadanos, como actores sociales, identifiquen sus necesidades y prioricen las actividades encaminadas para mejorar su bienestar y su calidad de vida.

(Presentación de la experiencia personal en el Proyecto Global Cienfuegos)

Comentarios Post Primer Congreso De Prevención Y Genómica

Juan Lacava, Héctor Cutuli, Andrea Odzak, Carla Nicolini, Stella Drago, Matías Tosso, Mariana Salatino, Juan Manuel O'Connor, Marcelo Zylberman, Nicolás Fernández, Martín Fernández, Paola Morello, Pablo Kalfayan, Ignacio Casarini, José Morero, Carolina Bolino, Flavia Sarquis, Gastón Berman, Daniel Allemand, Aníbal Núñez De Pierro, María Cecilia Riggi, Federico Cayol, Gerardo Arroyo, Javier A. Calienni, Roberto N. Pradier, Astrid Margossian, Yanina Powazniak, Claudia Rey, y Vilma Tripodoro

PROGRAMA DE DETECCIÓN DE CÁNCER DE PULMÓN. UNA EXPERIENCIA NACIONAL

José Morero

Servicio de Neumonología, Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer, Buenos Aires, Argentina

El primer hito en cribado de cáncer de pulmón fue en 1964, cuando estudios epidemiológicos establecieron la relación entre tabaquismo y cáncer de pulmón. Luego pasaron décadas de estudios infructuosos con radiografía de tórax y examen de esputo, hasta la aparición de la tomografía computada y la publicación en *The New England Journal of Medicine* 2011 de los resultados del ensayo clínico nacional de cribado de cáncer de pulmón en EE. UU. (*National Lung Screening Trial*, NLST). Con la evidencia de este ensayo que enroló 53.454 pacientes en dos ramas: tomografía computada de baja dosis (TCBD) vs. radiografía de tórax, se constató una disminución en la rama de TCBD de la mortalidad por cáncer de pulmón del 20% y se alcanzó una recomendación grado B en diciembre de 2013, emitida por un panel de expertos de EE. UU. (USPSTF). A partir de 2015 los seguros médicos de EE. UU. reconocen los costos.

Europa espera la conclusión de estudios en marcha y en Argentina se iniciaron programas en 2016.

Las dificultades para reproducir en la práctica las condiciones del NLST fueron expuestas en distintas publicaciones, poniendo en dudas la relación costo beneficio del cribado y advierten sobre los posibles riesgos: irradiación, complicación de los procedimientos diagnósticos y ansiedad.

Un hecho fundamental es que el cribado de cáncer de pulmón no es para todas las personas y la selección de la población de riesgo es un tema de investigación. Por otra parte, para cumplimentarlo se debe realizar en una institución médica que conste con profesionales dedicados, equipo radiológico de baja dosis, médicos radiólogos entrenados, equipo multidisciplinario, informatización para el seguimiento de los pacientes y la firma de un consentimiento informado donde se les explique los beneficios y posibles efectos adversos.

En noviembre de 2016 en el Instituto Alexander Fleming de la ciudad de Buenos Aires, comenzamos un Programa de *Screening* de Cáncer de Pulmón, incorporando además del grupo de riesgo clásico del NLST, a un grupo de pacientes de menor carga tabáquica: 20 paquetes/año y factores de riesgo adicional: enfermedad pulmonar previa, antecedentes familiares, exposición ocupacional. De acuerdo a las actuales evidencias, en este último grupo aumentará el número de hallazgos de cáncer de pulmón en estadios tempranos, mejorando la relación costo-efectividad.

Como conclusión podemos decir que la implementación de un Programa de *Screening* produce beneficios para el paciente: reducción de la mortalidad por cáncer de pulmón y prevención al realizar intervención en cesación tabáquica. Por otra parte, promueve la formación del personal interviniente y prestigia a la Institución patrocinante.

MÉTODOS DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER COLORRECTAL

Carolina Bolino

Servicio de Gastroenterología, Instituto Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica (Gedyt), Buenos Aires, Argentina

Comentarios Post Primer Congreso De Prevención Y Genómica

Juan Lacava, Héctor Cutuli, Andrea Odzak, Carla Nicolini, Stella Drago, Matías Tosso, Mariana Salatino, Juan Manuel O'Connor, Marcelo Zylberman, Nicolás Fernández, Martín Fernández, Paola Morello, Pablo Kalfayan, Ignacio Casarini, José Morero, Carolina Bolino, Flavia Sarquis, Gastón Berman, Daniel Allemand, Aníbal Núñez De Pierro, María Cecilia Riggi, Federico Cayol, Gerardo Arroyo, Javier A. Calienni, Roberto N. Pradier, Astrid Margossian, Yanina Powazniak, Claudia Rey, y Vilma Tripodoro

Epidemiología:

Globlamente, es el tercer cáncer de incidencia (23.8/100.000 habitantes), luego de mama (71.2) y próstata (44); y el segundo de mayor mortalidad por tumores malignos (11.4%), luego del de pulmón (15.3%)

- La historia natural del cáncer colorrectal (CCR) lo transforma en un tumor prevenible, pues su lesión precursora –el pólipo adenomatoso– es de lento crecimiento
- El 5% de los pólipos adenomatosos progresarán a un cáncer invasor en un período de 10 años
- En el momento del diagnóstico sólo en el 10% de los casos la enfermedad está localizada (estadio I)
- La supervivencia a 5 años depende del estadio al momento del diagnóstico:
 - 90%: enfermedad localizada en la pared -68%: enfermedad regionalmente avanzada (metástasis ganglionares)
 - 10%: metástasis a distancia

Factores de riesgo:

- Edad: >50 años
 - Hereditarios
 - Antecedentes personales de CCR: 1 a 7.6% de CCR sincrónico y 1.1 a 4.7% de CCR metacrónico
 - Antecedentes personales de adenomas: N (>3), tamaño (>1 cm) e histología (componente vellosa): > 2 a 4 veces riesgo de adenoma avanzado en la próxima video colonoscopia
 - Antecedentes familiares de CCR o adenomas avanzados: 2 a 3 veces > riesgo de CCR o adenomas (>riesgo> n de familiares afectados, familiar más joven y familiar más directo)
 - Ell: > riesgo a los 7 años del diagnóstico y luego 10% por década, hasta llegar al 30% luego de los 25 años

Factores ambientales:

- Síndrome metabólico/obesidad: existe relación entre $IMC \geq 30$ m/kg² y CCR (RR: 1.75)
- Tabaquismo: factor de riesgo para adenomas avanzados y CCR (1/5 pacientes con CCR sería fumador; RR 1.46 a 1.89)
- Enfermedad coronaria: asociado a otros factores de riesgo como el tabaquismo, la circunferencia de cintura, diabetes y otras
- Diabetes: la resistencia a la insulina incrementa el riesgo de neoplasia (RR:1.39)

Existen diversos métodos disponibles para su detección

Tabla. Resumen de las recomendaciones más recientes realizadas por los siguientes grupos de trabajo y sociedades

Comentarios Post Primer Congreso De Prevención Y Genómica

Juan Lacava, Héctor Cutuli, Andrea Odzak, Carla Nicolini, Stella Drago, Matías Tosso, Mariana Salatino, Juan Manuel O'Connor, Marcelo Zylberman, Nicolás Fernández, Martín Fernández, Paola Morello, Pablo Kalfayan, Ignacio Casarini, José Morero, Carolina Bolino, Flavia Sarquis, Gastón Berman, Daniel Allemand, Aníbal Núñez De Pierro, María Cecilia Riggi, Federico Cayol, Gerardo Arroyo, Javier A. Calienni, Roberto N. Pradier, Astrid Margossian, Yanina Powazniak, Claudia Rey, y Vilma Tripodoro

| | Joint Guidelines | USPSTF 2016¹ | ACG 2012² | ACS 2017³ |
|----------------------------|-----------------------------|------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| FSC | Cada 5 años | Cada 5 años, c/ SOMF cada 3 años | Cada 5-10 años | Cada 5 años |
| VCC | Cada 10 años | Cada 10 años | Cada 10 años | Cada 10 años |
| CXE | Cada 5 años | Not rec | Not rec | Cada 5 años |
| Colonografía por TC | Cada 5 años | Cada 10 años | Cada 5 años | Cada 5 años |
| SOMFg | Anual | Anual | Anual | Anual (SENSA) |
| SOMFi | Anual | Anual | Anual | Anual |
| ADN | Incierto | Cada 3 años | Cada 3 años | Cada 3 años (multipanel) |

¹Screening for CRC US Preventive Services Task Force Recommendation Statement 2016

²Guidelines for colonoscopy surveillance after screening and polypectomy: a consensus update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer 2012

³Guidelines CRC screening, 2017: A Review of Current American Cancer Society

Se recomienda el rastreo en individuos asintomáticos, a partir de los 50 (riesgo promedio), hasta los 75 años

- Entre los 76 y 85 años debe ser individual, teniendo en cuenta la historia general de la salud; en aquellos que no han realizado rastreo previamente, esta estrategia sería beneficiosa
- En mayores de 86 años no está recomendado

¿Qué método elegir?

- Riesgo individual
- Preferencias personales
- Acceso
- ¿Rastreo poblacional u oportunista?

Comentarios Post Primer Congreso De Prevención Y Genómica

Juan Lacava, Héctor Cutuli, Andrea Odzak, Carla Nicolini, Stella Drago, Matías Tosso, Mariana Salatino, Juan Manuel O'Connor, Marcelo Zylberman, Nicolás Fernández, Martín Fernández, Paola Morello, Pablo Kalfayan, Ignacio Casarini, José Morero, Carolina Bolino, Flavia Sarquis, Gastón Berman, Daniel Allemand, Aníbal Núñez De Pierro, María Cecilia Riggi, Federico Cayol, Gerardo Arroyo, Javier A. Calienni, Roberto N. Pradier, Astrid Margossian, Yanina Powazniak, Claudia Rey, y Vilma Tripodoro

Conclusiones

Al implementar las guías debe tenerse en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Se asume que la colonoscopia previa (basal) fue completa y que la preparación fue adecuada (detección pólipos >5mm)
- Repetir el estudio al año, si la limpieza fue inadecuada
- El endoscopista debería informar al médico de cabecera la fecha de la próxima colonoscopia de control o vigilancia
- El examen de sangre oculta en materia fecal (SOMFi) es desaconsejado en pacientes que estén en seguimiento post polipectomía
- El mejor método de rastreo es el que está disponible
- Para pesquisa poblacional, la prueba de detección de SOMF anual puede representar la alternativa más deseable
- VCC es muy efectiva pues permite hacer diagnóstico y tratamiento al mismo tiempo
- La máxima efectividad de VCC inicial (limpieza, técnica y tpo.salida) y el seguimiento de los intervalos entre procedimientos es la estrategia más costo efectiva y segura en la prevención de CCR
- Los IV óptimos serían una combinación de las guías, evidencia clínica y juicio clínico
- Es necesario optimizar la educación en el ámbito médico, financiero, y población general (puente entre guías y pacientes)

Bibliografía

Smith RA, Andrews KS, Brooks D, et al. Cancer screening in the United States, 2017: A review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. *CA Cancer J Clin* 2017; 67:100-21.

Lin JS, Piper MA, Perdue LA, et al. Screening for colorectal cancer: Updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2016; 315:2576-94.

Cesare H, Quintero E, Dumonceau JM, et al. Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy* 2013; 45: 842-51.

Lieberman DA, Rex DK, Winawer SJ, et al. Guidelines for colonoscopy surveillance after screening and polypectomy: a consensus update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Gastroenterology* 2012; 143:844-57.

Espinola N, Maceira D, Palacios A. Costo-efectividad de las pruebas de tamizaje del cáncer colorrectal en la Argentina. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2016; 46:8-17.

ESTRATEGIAS Y NUEVOS MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO EN LA DETECCIÓN DE PATOLOGÍA MAMARIA

Flavia Sarquis

Diagnóstico e Intervencionismo Mamario, Diagnóstico Maipú, Buenos Aires, Argentina

- La mamografía es el primer y único test de elección para la detección temprana de cáncer de mama en mujeres asintomáticas. Los mejores resultados se obtienen en la actualidad con la mamografía digital directa (FDM). La denominada CAD es la detección asistida por computadora.
- La combinación de mamografía digital de alta resolución con los atributos funcionales obtenidos con realce de

Comentarios Post Primer Congreso De Prevención Y Genómica

Juan Lacava, Héctor Cutuli, Andrea Odzak, Carla Nicolini, Stella Drago, Matías Tosso, Mariana Salatino, Juan Manuel O'Connor, Marcelo Zylberman, Nicolás Fernández, Martín Fernández, Paola Morello, Pablo Kalfayan, Ignacio Casarini, José Morero, Carolina Bolino, Flavia Sarquis, Gastón Berman, Daniel Allemand, Aníbal Núñez De Pierro, María Cecilia Riggi, Federico Cayol, Gerardo Arroyo, Javier A. Calienni, Roberto N. Pradier, Astrid Margossian, Yanina Powazniak, Claudia Rey, y Vilma Tripodoro

contraste ofrece otra aplicación potencial derivada de la mamografía digital: la mamografía digital con contraste.

- La DBT- Mamografía 3D-Tomosíntesis es una técnica mamográfica en evolución que permite la evaluación en 3D de la mama, reduciendo las tasas de re-citaciones, mejorando la visualización de las lesiones no calcificadas y su localización y, consecuentemente, aumenta la precisión diagnóstica y el flujo de trabajo.
- La utilización de nuevas tecnologías de ultrasonido mejora la caracterización de las lesiones mamarias, disminuyen las biopsias innecesarias y permite la mejor conciliación con las otras modalidades de evaluación mamaria. En la actualidad contamos con herramientas accesorias tales como: ecografía Doppler, con contraste, elastografía y sistemas de ecografía automatizada en 3D.
- La resonancia magnética con contraste endovenoso es la prueba más sensible para diagnosticar el cáncer de mama. Posee una amplia gama de especificidad (37-97%). Existe evidencia inicial sobre la utilización de la RM en pacientes de alto riesgo y sus posibles beneficios en la supervivencia.
- Imágenes mamarias moleculares (MBI): producen una imagen funcional, pues los tumores absorben el radiomarcador. La sensibilidad de la MBI y de la RM con contraste es similar.
- Las nuevas tecnologías para complementar la mamografía digital pueden mejorar la detección y el diagnóstico del cáncer de mama.

CIRUGÍA PROFILÁCTICA EN ALTO RIESGO DE CÁNCER DE MAMA. SÍ vs. NO

Gastón Berman¹, Daniel Allemand²

¹Cirugía Oncológica y Reconstructiva Mamaria, Instituto de Oncología Ángel H. Roffo; ²Departamento de Cirugía, Hospital Juan A. Fernández, Buenos Aires, Argentina

-Sí- Dr. Berman: La mastectomía de reducción de riesgo (MMR) de cáncer de mama (CM) lo reduce al 90%, pero no totalmente. La incidencia de CM es de 0.6 al 2% porque es imposible no dejar glándula sin comprometer la vitalidad de los colgajos.

En pacientes con alto riesgo BRCA1/2+, el riesgo actuarial a 15 años de un segundo cáncer primario ipsilateral es del 16%, y el riesgo acumulado de CM contralateral a los 70 años con BRCA1+ es de 57-65%, y BRCA2+ es de 45-57% (3% anual).

Hay que recordar que estas son mujeres sanas portadoras de la mutación BRCA, no son mujeres enfermas, por lo cual es muy importante considerar el aspecto psicológico y emocional de las mismas. Por lo mismo, en ellas (mujeres candidatas para MRR sin enfermedad evidente) existe un algoritmo de evaluación que se llama Protocolo de Manchester, que implica un mínimo de dos sesiones con un genetista/oncólogo, una sesión con un psiquiatra y dos sesiones con un cirujano plástico y reconstructivo, con el apoyo de una enfermera de cuidado de la mama.

Asimismo, hay que considerar los efectos físicos irreversibles de la MMR sin enfermedad evidente: mamas sin sensibilidad de consistencia no natural, trastornos corporales y emocionales secundarios.

Por todo lo expuesto, la indicación tiene que ser cuidadosamente considerada, en casos con antecedentes familiares de cáncer de mama o alto riesgo genético, con una correcta evaluación del riesgo, una decisión personalizada y consejo genético y psicológico oportuno.

Comentarios Post Primer Congreso De Prevención Y Genómica

Juan Lacava, Héctor Cutuli, Andrea Odzak, Carla Nicolini, Stella Drago, Matías Tosso, Mariana Salatino, Juan Manuel O'Connor, Marcelo Zylberman, Nicolás Fernández, Martín Fernández, Paola Morello, Pablo Kalfayan, Ignacio Casarini, José Morero, Carolina Bolino, Flavia Sarquis, Gastón Berman, Daniel Allemand, Aníbal Núñez De Pierro, María Cecilia Riggi, Federico Cayol, Gerardo Arroyo, Javier A. Calienni, Roberto N. Pradier, Astrid Margossian, Yanina Powazniak, Claudia Rey, y Vilma Tripodoro

-NO- Dr. Allemand: La MMR debería ser considerada por riesgo aumentado en portadoras documentadas de BRCA1/2, fuerte historia familiar aunque la paciente no haya realizado el test (estas pacientes tienen más del 25% de riesgo de CM contralateral), y en aquellas con antecedentes de radioterapia del manto antes de los 30 años de edad.

Las opciones ante el alto riesgo: con la determinación de BRCA1 y 2, y otros oncogenes (CHECK2, ATM) sólo se ha logrado establecer riesgo, pero no soluciones. Las decisiones a tomar son personales, complejas y de fuerte carga emocional.

Las estrategias de detección precoz se basan en el seguimiento estricto, y las conductas de disminución de riesgo, en la modificación del estilo de vida, quimioprevención y cirugías de reducción de riesgo.

En la MMR, la cantidad de tejido residual depende del procedimiento efectuado y la meticulosidad de la técnica quirúrgica. En la mastectomía subcutánea se deja hasta un 5-10% de parénquima residual en conductos retroareolares y prolongación axilar. Tanto en la mastectomía subcutánea como en la mastectomía total puede quedar tejido mamario adherido a los colgajos cutáneos y sobre la fascia pectoral (5-10%).

La reducción del riesgo es real y debería ser reservada exclusivamente para las pacientes de alto riesgo. El impacto en la supervivencia no ha sido todavía demostrado, la preservación del complejo areola-pezones tiene, de acuerdo a varias publicaciones, menos impacto en la calidad de vida, pero el aspecto preventivo a largo plazo no es un tema cerrado.

QUIMIOPREVENCIÓN EN CÁNCER DE MAMA

Aníbal R. Núñez De Pierro

Sociedad Argentina de Mastología, Buenos Aires, Argentina

Por sus características intrínsecas, los factores que condicionan la probabilidad de padecer cáncer de mama (CM) son en general poco modificables. La quimioprevención es una estrategia para reducir el riesgo de presentar este tipo de enfermedad, administrando agentes farmacológicos a mujeres sanas.

Bases conceptuales

Alrededor de 75-80% de los CM expresan receptores hormonales (HR) y reciben alguna forma de endocrinoterapia adyuvante. En este contexto, diversos estudios oncológicos y no-oncológicos, mostraron que más allá de los efectos terapéuticos, los fármacos usados disminuían la incidencia de cáncer contralateral. Se desarrollaron entonces estudios clínicos para evaluar esta capacidad preventiva. Si bien son muy numerosos los agentes ensayados a efectos quimiopreventivos, las calificaciones de eficiencia, o de eficacia, o los perfiles de seguridad, han determinado que en la práctica clínica actual los fármacos electivos sean los moduladores selectivos de los receptores de estrógeno (SERMs), particularmente dos de ellos: tamoxifeno y raloxifeno. El esquema empleado es tamoxifeno 20mg/día (TAM) o raloxifeno 60mg/día (RAL), en ambos casos durante 5 años. TAM puede indicarse tanto en mujeres premenopáusicas como en postmenopáusicas, pero raloxifeno solamente en postmenopáusicas.

Comentarios Post Primer Congreso De Prevención Y Genómica

Juan Lacava, Héctor Cutuli, Andrea Odzak, Carla Nicolini, Stella Drago, Matías Tosso, Mariana Salatino, Juan Manuel O'Connor, Marcelo Zylberman, Nicolás Fernández, Martín Fernández, Paola Morello, Pablo Kalfayan, Ignacio Casarini, José Morero, Carolina Bolino, Flavia Sarquis, Gastón Berman, Daniel Allemand, Aníbal Núñez De Pierro, María Cecilia Riggi, Federico Cayol, Gerardo Arroyo, Javier A. Calienni, Roberto N. Pradier, Astrid Margossian, Yanina Powazniak, Claudia Rey, y Vilma Tripodoro

Eficacia

Los resultados de un metaanálisis publicado en 2013 por Cuzick J y col., permiten la siguiente síntesis respecto a estas dos drogas:

- La disminución en la incidencia alcanza sólo a tumores HR-positivos
- El pequeño aumento en tumores HR- negativos no es significativo
- Con ambos, la incidencia de CM invasor, HR- positivos, se redujo 44% (beneficio absoluto 2% ($p < 0.0001$))
- Con TAM, la incidencia de carcinomas in situ disminuyó 31% ($p = 0.006$). RAL no generó beneficio en la frecuencia de carcinomas no invasores
- No se detectó cambio en la mortalidad específica (BCSM), ni en la supervivencia global
- El efecto positivo se mantuvo por lo menos hasta 5 años luego de finalizada la administración del fármaco elegido (efecto *carry-over*)

Efectos secundarios

Los SERMs pueden provocar los siguientes efectos secundarios desfavorables:

- Aumento en la frecuencia de endometriopatías. Con TAM se observa un aumento del riesgo para cáncer de endometrio (de 0.1% a 0.28%). El incremento se observa en mujeres postmenopáusicas, y se mantiene elevado sólo durante la administración de la droga. RAL carece de este efecto adverso.
- Ambos elevan 50% el riesgo de fenómenos tromboembólicos. Estos eventos se registran también particularmente en postmenopáusicas.
- Son frecuentes los síntomas vasomotores, y en premenopáusicas también las alteraciones del ciclo menstrual. TAM está contraindicado durante el embarazo.
- Con TAM se observó un leve incremento en la incidencia de cataratas en postmenopáusicas.

Indicaciones

Visto que se trata de mujeres sanas, la ecuación de riesgos-beneficios debe ser óptima. En la práctica clínica se recomienda y discute esta indicación a mujeres con alto riesgo para presentar CM. La Sociedad Argentina de Mastología publicó en un consenso elaborado en 2014, los siguientes elementos para caracterizar alto riesgo:

- Antecedente personal de: carcinoma lobulillar in situ o de hiperplasia atípica de mama
- Cáncer de ovario
- Antecedentes de dos familiares o más con CM o cáncer de ovario
- Riesgo personal para CM entre 15-20% determinado por modelo matemático basado en la historia familiar y/o antecedentes personales (Gail, Claus, etc.)
- No hay experiencia suficiente en la subpoblación con mutaciones genéticas. Hay indicios que esta estrategia puede ser de alguna utilidad en portadoras de mutaciones BRCA2, pero no en las de BRCA1.

Comentarios Post Primer Congreso De Prevención Y Genómica

Juan Lacava, Héctor Cutuli, Andrea Odzak, Carla Nicolini, Stella Drago, Matías Tosso, Mariana Salatino, Juan Manuel O'Connor, Marcelo Zylberman, Nicolás Fernández, Martín Fernández, Paola Morello, Pablo Kalfayan, Ignacio Casarini, José Morero, Carolina Bolino, Flavia Sarquis, Gastón Berman, Daniel Allemand, Aníbal Núñez De Pierro, María Cecilia Riggi, Federico Cayol, Gerardo Arroyo, Javier A. Calienni, Roberto N. Pradier, Astrid Margossian, Yanina Powazniak, Claudia Rey, y Vilma Tripodoro

CÁNCER DE OVARIO Y ENDOMETRIO: ¿HAY ALGÚN ROL DE LA PREVENCIÓN?

María Cecilia Riggi

Sección Oncología Ginecológica, Programa de Cáncer Hereditario, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

El cáncer de ovario (CO) y el cáncer de endometrio (CE) no tienen, en la actualidad, un método de cribado útil en la población general. Ni la ecografía transvaginal (TV) ni el dosaje del CA 125 periódico han demostrado un aumento del diagnóstico precoz ni disminución de la mortalidad por CO.

En población de alto riesgo, como el CO asociado a BRCA y el CO y CE asociados a síndrome de Lynch (SL), sí es posible hacer prevención, siempre que identifiquemos a estas pacientes y/o familias en riesgo.

El riesgo de CO en portadoras de una mutación en BRCA es entre el 20-40% a lo largo de la vida. Aproximadamente el 25%-30% de los CO asociados a BRCA se presenta en mayores de 60 años y sin antecedentes familiares.

Las guías actuales sugieren que toda mujer con diagnóstico de cáncer de ovario epitelial invasor, debe ser derivada a una consulta de asesoramiento genético para evaluación y eventual estudio molecular.

Los tumores mucinosos, los tumores *borderline*, y los no epiteliales de ovario no estarían asociados a mutaciones de BRCA.

En las pacientes de alto riesgo para CO, se demostró que la salpingooforectomía bilateral (SOB) ha logrado disminuir el riesgo de CO un 90% aproximadamente, dejando a estas pacientes con un riesgo de 5% o menor de padecer CO. Actualmente la SOB es la medida de prevención recomendada. Se sugiere alrededor de los 35-40 años para portadoras de mutación en BRCA1 y 40-45 años para BRCA2, una vez cumplida su paridad (NCCN 2017).

Si bien no está demostrada su utilidad, en pacientes que no hayan cumplido su paridad o no deseen la cirugía, se podría considerar la ecografía TV y CA 125, pero se desconoce su beneficio.

El SL es la primera causa de CE hereditario (3-5% de todos los CE) y la segunda de CO hereditario. El riesgo de CE en pacientes con SL puede llegar hasta un 60%, precediendo muchas veces al CCR y al CO alrededor del 15%.

Los tipos histológicos más frecuentemente descritos son el adenocarcinoma endometroide y el adenocarcinoma de células claras. Existen características histomorfológicas del CE descritas asociadas al SL, estas son: heterogeneidad tumoral, TILS (linfocitos intratumorales), infiltración linfocitaria tipo Crohn, localización ístmica del tumor y el tumor sincrónico de ovario.

La edad (menor a 50 años), las características histomorfológicas y/o los antecedentes familiares, son criterios de sospecha y estas pacientes deberían ser derivadas a la consulta de asesoramiento genético para evaluación y eventual estudio molecular.

La recomendación para la prevención de CE y CO asociado a SL es la anexohisterectomía total de reducción de riesgo alrededor de los 40 años, o una vez cumplida la paridad. Se sugiere histeroscopia anual con biopsia a partir de los 30-35 años hasta la cirugía y educar a la mujer con respecto a la sintomatología para una consulta precoz.

Comentarios Post Primer Congreso De Prevención Y Genómica

Juan Lacava, Héctor Cutuli, Andrea Odzak, Carla Nicolini, Stella Drago, Matías Tosso, Mariana Salatino, Juan Manuel O'Connor, Marcelo Zylberman, Nicolás Fernández, Martín Fernández, Paola Morello, Pablo Kalfayan, Ignacio Casarini, José Morero, Carolina Bolino, Flavia Sarquis, Gastón Berman, Daniel Allemand, Aníbal Núñez De Pierro, María Cecilia Riggi, Federico Cayol, Gerardo Arroyo, Javier A. Calienni, Roberto N. Pradier, Astrid Margossian, Yanina Powazniak, Claudia Rey, y Vilma Tripodoro

Es fundamental el trabajo interdisciplinario por un equipo entrenado para el manejo de estas pacientes y familias desde la sospecha, el diagnóstico clínico y molecular, las medidas de prevención y la vigilancia de alto riesgo.

CRIBADO DE CÁNCER DE PRÓSTATA

Federico Cayol

Departamento de Oncología Clínica, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

De acuerdo a la reciente modificación de la *US Preventive Service Task Force*, se recomienda, con grado C, el cribado de cáncer de próstata

Es decir, discutir con el paciente sobre el riesgo de sobre-diagnóstico, aumento de la necesidad de intervenciones (ej.: biopsias, tratamientos eventuales), sin disminución de la mortalidad.

Existen nuevas modalidades de cribado que podrían mejorar la selección de pacientes candidatos a procedimientos agresivos (biopsias): PSA ajustado por edad, utilización de monogramas de riesgo, resonancia multiparamétrica.

Se aclaró que hay grupos de mayor riesgo de muerte por cáncer de próstata, en donde el cribado presentaría mejor relación riesgo/beneficio: BMI > 35, BRCA mutado, origen africano.

CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR

Gerardo Arroyo

Servicio de Oncología Clínica, Sanatorio del Carmen, Salta, Argentina

- El cáncer de la vesícula biliar (CVB) debe prevenirse con las mismas medidas de prevención primaria que se indican para el cáncer en general, especialmente la disminución de peso.
- Siendo la litiasis el factor de riesgo más relevante para el CVB, debería practicarse la colecistectomía a todos los casos con litiasis sintomática. Para casos de litiasis asintomática se debe considerar la colecistectomía profiláctica en grupos de riesgo en zonas con alta mortalidad por CVB.
- En zonas con alta mortalidad por CVB debería estudiarse la posibilidad del tamizaje, considerando sus ventajas y desventajas.

CARCINOMA DE CAVIDAD BUCAL

Javier A. Calienni

Sección de Estomatología, Servicio de Odontología, Hospital San Martín, Paraná, Entre Ríos, Argentina

En nuestra área de influencia, al carcinoma de cavidad bucal lo observamos en íntima relación con factores externos que actúan crónicamente sobre el epitelio mucoso, el cigarrillo y alcohol. Además, agentes microbianos y virales lo

Comentarios Post Primer Congreso De Prevención Y Genómica

Juan Lacava, Héctor Cutuli, Andrea Odzak, Carla Nicolini, Stella Drago, Matías Tosso, Mariana Salatino, Juan Manuel O'Connor, Marcelo Zylberman, Nicolás Fernández, Martín Fernández, Paola Morello, Pablo Kalfayan, Ignacio Casarini, José Morero, Carolina Bolino, Flavia Sarquis, Gastón Berman, Daniel Allemand, Aníbal Núñez De Pierro, María Cecilia Riggi, Federico Cayol, Gerardo Arroyo, Javier A. Calienni, Roberto N. Pradier, Astrid Margossian, Yanina Powazniak, Claudia Rey, y Vilma Tripodoro

pueden complementar favoreciendo su desarrollo.

Las zonas de más fácil observación en la práctica odontológica general, como la lengua y los maxilares, son las predominantes en la localización.

Los estadios de diagnóstico son muy avanzados, con la consecuente corta supervivencia y de mala calidad.

Estas puntualizaciones son semejantes a las publicadas por el Dr. Grinspan hace más de 50 años.

Esto son algunos de los motivos que nos comprometen a realizar campañas de prevención, con el objetivo de informar a la población reduciendo los factores coadyuvantes, con el compromiso profesional para eliminarlos y realizar diagnósticos precoces.

Así aspiramos a que la supervivencia y su calidad sean superadas en el futuro.

¿CÓMO SE HA OPTIMIZADO EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO A TRAVÉS DE LAS DÉCADAS?

Roberto N. Pradier

Instituto Nacional del Cáncer, Buenos Aires, Argentina

Los tratamientos quirúrgicos se han optimizado por una serie de factores, algunos propios de la cirugía y otros debidos al progreso de las distintas disciplinas médicas que se podrían resumir de la siguiente forma:

1. Mejores métodos de diagnóstico, particularmente de imágenes.
2. Avances tecnológicos que han permitido la cirugía endoscópica y la robótica, mejor control de la hemostasia, mejores procedimientos reconstructivos, *stents* en cirugía digestiva, cirugía de las metástasis y eventual trasplante de órganos, posibilitados en buena medida por los progresos en anestesia y en los cuidados pre y posoperatorios.
3. Integración de los tratamientos médicos, radiantes y quirúrgicos.
4. Surgimiento de indicaciones de cirugías menos agresivas en lesiones preneoplásicas o tempranas vinculadas con los progresos en la detección temprana y tamizaje, así como en los avances en imágenes, endoscopia, etc.
5. Mejores diagnósticos histopatológicos (inmunopatología, técnicas especiales) y conocimiento de la historia natural y evolución de los tumores hereditarios y familiares.
6. Progreso en las punciones dirigidas y en la citopatología.
7. Consulta multidisciplinaria y esencial en la obtención de mejores resultados en el tratamiento del cáncer. Reconocimiento de los centros de alto volumen como factor de disminución de la morbilidad temprana y tardía.

En suma, la cirugía ha evolucionado por: mejores indicaciones, integración con otras disciplinas terapéuticas, procedimientos quirúrgicos más acotados por mejores conocimientos y recursos, y se han logrado tratamientos igualmente efectivos con menor daño tisular.

Comentarios Post Primer Congreso De Prevención Y Genómica

Juan Lacava, Héctor Cutuli, Andrea Odzak, Carla Nicolini, Stella Drago, Matías Tosso, Mariana Salatino, Juan Manuel O'Connor, Marcelo Zylberman, Nicolás Fernández, Martín Fernández, Paola Morello, Pablo Kalfayan, Ignacio Casarini, José Morero, Carolina Bolino, Flavia Sarquis, Gastón Berman, Daniel Allemand, Aníbal Núñez De Pierro, María Cecilia Riggi, Federico Cayol, Gerardo Arroyo, Javier A. Calienni, Roberto N. Pradier, Astrid Margossian, Yanina Powazniak, Claudia Rey, y Vilma Tripodoro

PLATAFORMAS GENÓMICAS EN CÁNCER DE MAMA: ¿PARA QUIÉN?

Astrid L. Margossian

Breast Center Institute, Buenos Aires, Argentina

¿Qué es una plataforma o signatura genómica o test multigenéticos?

Son test pronósticos que se realizan en el tejido del tumor mamario y analizan la expresión (ARN) de un grupo de genes. Han sido diseñados para seleccionar pacientes con determinadas características y para definir tratamientos.

En la actualidad disponemos de tres plataformas comercializadas en la Argentina:

- ONCOTYPE DX 21 GENES (desde 2011)
- SYMPHONY : MAMMAPRINT 70 GENES y BLUEPRINT 56 GENES (desde 2013)
- ENDOPREDICT 12 GENES (desde 2016)

Oncotype DX y **MammaPrint** son plataformas de primera generación, o sea que fueron diseñadas, y sus datos publicados y validados sin tomar en cuenta la clasificación molecular del cáncer de mama de 2001 que divide los tumores en luminales, Her2 y basales. Existen en el mundo sólo dos plataformas de segunda generación, **PAM 50** o **Prosigna** y **EndoPredict**, las cuales tienen un diseño, selección de pacientes y validación acordes a la clasificación molecular. **EndoPredict** informa un *score* molecular y un *score* híbrido que combina el *score* molecular con datos de la clínica (tamaño tumoral y axila).

Los test genómicos pueden predecir el riesgo de metástasis a distancia dentro de los primeros 10 años para mujeres con cáncer de mama (Her+, Her-2 -, n0, n1-3), y pueden identificar a aquellas con un riesgo < 10% .

¿En qué pacientes es conviene indicar una plataforma genómica?

Carcinoma invasor primario, receptor estrógeno y/o progesterona positivo Her2/neu negativo, 0 a 3 ganglios positivos, T 1-3, G1-3

¿Es el Ki 67 importante para tomar la decisión de indicar una plataforma?

Hay gran evidencia publicada por todas la plataformas que pacientes con Ki 67 bajo pueden tener tumores de alto riesgo de recurrencia.

Ninguno de los test actualmente disponibles son predictivos de quimio respuesta

Numerosas publicaciones y las guías NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*) del Reino Unido, consignan que los datos publicados por Oncotype DX no fueron suficientemente robustos en cuanto a la habilidad del test para predecir el beneficio de la quimioterapia.

Comentarios Post Primer Congreso De Prevención Y Genómica

Juan Lacava, Héctor Cutuli, Andrea Odzak, Carla Nicolini, Stella Drago, Matías Tosso, Mariana Salatino, Juan Manuel O'Connor, Marcelo Zylberman, Nicolás Fernández, Martín Fernández, Paola Morello, Pablo Kalfayan, Ignacio Casarini, José Morero, Carolina Bolino, Flavia Sarquis, Gastón Berman, Daniel Allemand, Aníbal Núñez De Pierro, María Cecilia Riggi, Federico Cayol, Gerardo Arroyo, Javier A. Calienni, Roberto N. Pradier, Astrid Margossian, Yanina Powazniak, Claudia Rey, y Vilma Tripodoro

¿Cuáles plataformas pronostican más eficientemente las metástasis tardías de 5 a 10 años?

Según los últimos consensos y evidencias publicadas, PAM 50 y EndoPredict. Esto podría tener un impacto en la toma de decisiones para endocrinoterapia extendida.

Conclusiones

Las plataformas genómicas son de gran ayuda para las decisiones de tratamiento inmediato y endocrinoterapia extendida en pacientes con cáncer de mama luminales A y B, y están disponibles en Argentina.

Bibliografía

1. Buss R, Sestak I, Kronenwett R. Comparison of EndoPredict and EPclin with Oncotype DX recurrence score for prediction of risk of distant recurrence after endocrine therapy. *J Natl Cancer Inst* 2016; 108:djw149.
2. Michiels S, Ternès N, Rotolo F, et al. Statistical controversies in clinical research: prognostic gene signatures are not (yet) useful in clinical practice. *Ann Oncol* 2016; 27:2160-7.
3. Ioannidis JP. Is molecular profiling ready for use in clinical decision making? *Oncologist* 2007; 12:301-11.
4. Based on NCCN Guidelines. Retrieved Jan 2017. En: https://www.nccn.org/patients/guidelines/stage_ii_breast/index.html#54/z
5. National Institute for Health and Care Excellence. Diagnostic Guidance (DG10). Sep 2013. Retrieved Jan 2017. En: <https://www.nice.org.uk/guidance/dg10/chapter/6-considerations>

PANEL GENÓMICO MÁXIMO EN CÁNCER DE PULMÓN. ¿CÓMO OBTENER TEJIDO PARA TODO?

Yanina Powazniak

Departamento de Biología Molecular, Biomarkers Molecular Pathology & Research, Buenos Aires, Argentina

El cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) es la causa de la mayoría de todos los casos de cáncer de pulmón. Dependiendo de la estadificación, los pacientes son elegibles para ciertos tratamientos que van desde la cirugía a la radiación y la quimioterapia, así como también la terapia dirigida.

Con el avance de las pruebas de genética y biomarcadores, se han identificado mutaciones específicas para mejorar el tratamiento de cada paciente. La medicina personalizada dirigida a *targets* moleculares en tumores, ha ayudado a mejorar la supervivencia en pacientes con CPCNP. Existen agentes *target* que han tenido éxito contra las mutaciones del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) y los reordenamientos de la quinasa de linfoma anaplásico (ALK).

A través de pruebas genómicas se han encontrado otros cambios moleculares, incluyendo reordenamientos genéticos de ROS1 y RET, amplificación de MET y mutaciones activadoras en genes BRAF, HER2 y KRAS, que podrían

Comentarios Post Primer Congreso De Prevención Y Genómica

Juan Lacava, Héctor Cutuli, Andrea Odzak, Carla Nicolini, Stella Drago, Matías Tosso, Mariana Salatino, Juan Manuel O'Connor, Marcelo Zylberman, Nicolás Fernández, Martín Fernández, Paola Morello, Pablo Kalfayan, Ignacio Casarini, José Morero, Carolina Bolino, Flavia Sarquis, Gastón Berman, Daniel Allemand, Aníbal Núñez De Pierro, María Cecilia Riggi, Federico Cayol, Gerardo Arroyo, Javier A. Calienni, Roberto N. Pradier, Astrid Margossian, Yanina Powazniak, Claudia Rey, y Vilma Tripodoro

ser blancos potenciales para futuras terapias, así como también los biomarcadores en inmunoterapia (PDL1).

Esta revisión discute los tratamientos actuales de medicina de precisión y uno de los mayores desafíos que concierne a cómo optimizar una muestra de biopsia de pulmón, un flujo de trabajo o un cambio de tipo de muestra (biopsia líquida) para poder obtener una evaluación del perfil de biomarcadores actuales.

¿HAY SEXO DESPUÉS DE UN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO?

Claudia Rey

Endocrinología Ginecológica y Reproductiva, Medicina Ginecológica, Buenos Aires, Argentina

Muchas mujeres y hombres continúan siendo sexualmente activos hasta el resto de sus días, pero el desempeño y la respuesta sexual cambian con el transcurso del tiempo. Los años generan cambios sexuales, las comorbilidades y las enfermedades también los generan.

Ante una enfermedad oncológica surgen disfunciones sexuales que pueden estar causadas por factores psicológicos y físicos, consecuencia de todos los tratamientos oncológicos: cirugía, radioterapia, quimioterapia, o un tratamiento hormonal.

Factores psicológicos: el diagnóstico de una enfermedad oncológica produce una gran repercusión emocional, que se evidencia por un impacto negativo, producto de la ansiedad, depresión, enojo y temor.

Factores físicos: los tratamientos oncológicos pueden producir cambios como: alteraciones anatómicas, alteraciones funcionales y reducción de niveles hormonales, que conspiran contra la potencia sexual y la satisfacción. Incluso efectos secundarios de los tratamientos, como cansancio, decaimiento, náuseas, vómitos, diarrea, caída del cabello, pérdida de peso, cicatrices dolorosas y molestas, hacen que el paciente se sienta tan agotado, incómodo y molesto, que el sexo es en lo último en lo cual piensa. De hecho el cambio sexual más frecuente en los pacientes con cáncer es la disminución del deseo sexual, por lo tanto, la vida sexual se ve amenazada por el conjunto de todos estos factores, que en varios casos provocan el cese de la vida sexual.

¿Cómo sobrellevar los problemas sexuales?

- Correcto asesoramiento médico
- Psicoterapia de apoyo
- Tratamiento del síndrome climatérico: terapias alternativas (uso de antidepresivos, IRSS e IRSN) o terapia hormonal menopáusica, en el caso de pacientes con tumores no hormonodependientes y con una clara indicación de uso.
- Tratamientos locales, vulvovaginales: las pacientes con cáncer sufren sequedad vaginal y dispareunia en forma más temprana y por mayor tiempo que la población general, con síntomas más graves, molestos y angustiosos.

Los consejos sobre estilo de vida y el uso de lubricantes vaginales son el primer paso, pero no llegan a aliviar

Comentarios Post Primer Congreso De Prevención Y Genómica

Juan Lacava, Héctor Cutuli, Andrea Odzak, Carla Nicolini, Stella Drago, Matías Tosso, Mariana Salatino, Juan Manuel O'Connor, Marcelo Zylberman, Nicolás Fernández, Martín Fernández, Paola Morello, Pablo Kalfayan, Ignacio Casarini, José Morero, Carolina Bolino, Flavia Sarquis, Gastón Berman, Daniel Allemand, Aníbal Núñez De Pierro, María Cecilia Riggi, Federico Cayol, Gerardo Arroyo, Javier A. Calienni, Roberto N. Pradier, Astrid Margossian, Yanina Powazniak, Claudia Rey, y Vilma Tripodoro

completamente los síntomas atróficos graves.

La evidencia científica apoya el uso de estrógenos locales vaginales, que no tengan absorción sistémica. El promestriene utilizado en forma intravaginal para aliviar los síntomas derivados de la atrofia vaginal, es un estrógeno localmente eficaz que no ha mostrado efectos estrogénicos sistémicos. Promestriene sólo posee un efecto intramucoso. El cumplimiento se mejora comenzando con una dosis muy baja y se aumenta gradualmente hasta alcanzar la dosis efectiva más baja.

Es necesario hablar sobre sexualidad con nuestros pacientes. Ellos tienen derecho a saber qué trastornos sexuales van a tener, luego o durante el tratamiento. Muchas veces es de gran valor terapéutico decirles que es normal sentirse así, cuáles disfunciones sexuales presentan y por qué, y dar consejos para solucionarlas.

Deben continuar con una vida sexual placentera, y es fundamental no subestimar las disfunciones sexuales.

Es necesario brindar una información adecuada con un enfoque interdisciplinario. Hay recursos terapéuticos médicos con altos índices de éxito para el correcto abordaje de estos pacientes, cuya finalidad será mejorar los índices de satisfacción sexual con la correspondiente mejoría de la calidad de vida. Los pacientes deben ser informados de todas las opciones de tratamiento disponibles y, con la ayuda de su médico, elegir la intervención que sea más adecuada a sus necesidades y circunstancias individuales.

Nuestro correcto asesoramiento podrá ayudar a mejorar la calidad de vida de un importante número de mujeres bajo tratamiento oncológico.

PRIMUM NON NOCERE: DEL DICHO A LA PRÁCTICA

Vilma Tripodoro

Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari (UBA), Buenos Aires, Argentina

Si aceptamos que el fundamento de la actividad médica es el *primum non nocere*, la prevención cuaternaria debería primar sobre otro tipo de prevención. Estamos en una época de medicalización de la vida y de la muerte, donde la enfermedad se vive como fallo de la prevención y la muerte, como fracaso vital y médico. Michel Foucault decía que «esta medicalización es en realidad un aspecto de un fenómeno más amplio que es la medicalización de la existencia»

La medicina NO es una ciencia pura. Forma parte de un sistema económico y de un sistema de poder. Por lo tanto, es necesario desentrañar los vínculos que existen entre la medicina, la economía, el poder y la sociedad. Existen vínculos estrechos entre la medicina, las ciencias básicas y los modelos económicos que determinan las políticas de salud a aplicar en la sociedad.

La prevención cuaternaria, en pocas palabras, es algo así como que «el remedio no sea peor que la enfermedad». Y se trata de decir no y de tener pensamiento crítico.

Comentarios Post Primer Congreso De Prevención Y Genómica

Juan Lacava, Héctor Cutuli, Andrea Odzak, Carla Nicolini, Stella Drago, Matías Tosso, Mariana Salatino, Juan Manuel O'Connor, Marcelo Zylberman, Nicolás Fernández, Martín Fernández, Paola Morello, Pablo Kalfayan, Ignacio Casarini, José Morero, Carolina Bolino, Flavia Sarquis, Gastón Berman, Daniel Allemand, Aníbal Núñez De Pierro, María Cecilia Riggi, Federico Cayol, Gerardo Arroyo, Javier A. Calienni, Roberto N. Pradier, Astrid Margossian, Yanina Powazniak, Claudia Rey, y Vilma Tripodoro

La “prevención cuaternaria” es un término aún no incluido entre los MeSH. En PubMed la búsqueda de “quaternary prevention” arrojó solamente 52 artículos. Sin embargo, desde 1990 se vienen publicando artículos importantes sobre la integración de los cuidados paliativos a la oncología como cuarta fase de la prevención en cáncer.

En Canadá, MacDonald N ya lo incluía en 1991, así como el *Expert Panel on Palliative Care, The Cancer 2000 Task Force* (1991) y en la definición de la OMS en mayo de 2002. Cuidado paliativo es un abordaje que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familiares frente a los problemas asociados a enfermedades que amenazan la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, mediante la temprana identificación, evaluación precisa y resolución del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.

Si los cuidados son completamente implementados en oncología, el enfoque de cuidados paliativos integrados resultará en prevención cuaternaria, ejemplo: “prevención del sufrimiento”. Asimismo, la rehabilitación paliativa puede beneficiar a los niveles de angustia del paciente mejorando la función y la calidad de vida.

En pacientes con cáncer no se trata solamente de no dañar, se trata de prevenir: paliar síntomas impecablemente, rehabilitar, mejorar la calidad de vida, adecuar tratamientos fútiles, participación ciudadana (paciente experto), aliviar el sufrimiento y por supuesto consolar siempre.

En 2016 se creó el Programa Nacional de Cuidados Paliativos en el Instituto Nacional del Cáncer. Este programa es estratégico, no asistencial, y promueve la atención continua e integrada a lo largo de la enfermedad para prevenir el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de pacientes y familias en todo el territorio nacional. Sin embargo, entre sus acciones no se establecen los mecanismos para la identificación temprana de la población diana.

En Latinoamérica sólo el 5 al 10% de las personas no acceden al cuidado paliativo que necesitan. En Argentina aún no hay una Ley Nacional de Cuidados Paliativos (en algunas provincias hay leyes no reglamentadas desde hace muchos años), y en la CABA existe un programa que no está en funcionamiento (res 587/MSGC10). No se enseña en las facultades de medicina, o sólo en algunas, y en algunas de enfermería. En 2015 se reconoció la especialidad médica (aún no reglamentada por el Ministerio de Salud de la Nación).

Dejo una pregunta abierta para generar la prevención cuaternaria en oncología:

¿Cuándo vamos a legalizar los cuidados paliativos?

Bibliografía

1. De Vito EL. Prevención cuaternaria. Un término aún no incluido entre los MeSH. *Medicina (BAires)* 2013; 73:187-90.
2. Gérvas J, Pérez Fernández M. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. *Gac Sanit* 2006; 20 Suppl 3: 66-71.
3. Gérvas J. Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. *Gac Sanit* 2006; 20 Suppl 1: 127-34.
4. Foucault M. Estrategias de poder. Volumen II, Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 1999.

Comentarios Post Primer Congreso De Prevención Y Genómica

Juan Lacava, Héctor Cutuli, Andrea Odzak, Carla Nicolini, Stella Drago, Matías Tosso, Mariana Salatino, Juan Manuel O'Connor, Marcelo Zylberman, Nicolás Fernández, Martín Fernández, Paola Morello, Pablo Kalfayan, Ignacio Casarini, José Morero, Carolina Bolino, Flavia Sarquis, Gastón Berman, Daniel Allemand, Aníbal Núñez De Pierro, María Cecilia Riggi, Federico Cayol, Gerardo Arroyo, Javier A. Calienni, Roberto N. Pradier, Astrid Margossian, Yanina Powazniak, Claudia Rey, y Vilma Tripodoro

5. Starfield B, Hyde J, Gérvas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? J Epidemiol Community Health 2008; 62: 580-3.
6. Gérvas Camacho J, Gavilán Moral E, Jiménez de Gracia L. Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. Actualización en Medicina de Familia 2012; 8: 312-7.
7. MacDonald N. Palliative care: the fourth phase of cancer prevention. Cancer Detect Prev 1991; 15: 253-5.
8. Mac Donald N. Palliative care: an essential component of cancer control. CMAJ 1998; 158: 1709-16.
9. Expert Panel on Palliative Care. The Cancer 2000 Task Force (1991).
10. Cancer Pain Relief and Palliative Care: Report of a WHO Expert Committee. Geneva: World Health Organization; 1990.
11. Weinstein SM. Integrating palliative care in oncology. Cancer Control 2001; 8: 32-5.
12. Feldstain A, MacDonald N, Bhargava R, Chasen M. Reported distress in patients living with advanced cancer: changes pre-post interdisciplinary palliative rehabilitation. Support Care Cancer 2017; doi: 10.1007/s00520-017-3728-2. [Epub ahead of print].
13. Pastrana T, De Lima L, Wenk R, et al. Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica. Houston, TX: IAHP Press, 2012.
14. Tripodoro VA, Rynkiewicz MC, Llanos V, Padova S, De Lellis S, De Simone G. Atención paliativa en personas con enfermedades crónicas avanzadas. Medicina (B Aires) 2016; 76:139-47.