

# SEOM 2018

MADRID

COMUNICACIONES

ENLAZANDO  
CONOCIMIENTO

**25 AL 28/SEPTIEMBRE**  
**HOTEL MELIA CASTILLA**

[WWW.CONGRESOSEOM.ORG](http://WWW.CONGRESOSEOM.ORG)

**#SEOM2018**

Fundación  
**SEOM**

**SEOM**  
Sociedad Española  
de Oncología Médica

GRACIAS A LA COLABORACIÓN SIN RESTRICCIONES:

janssen  Oncology

PHARMACEUTICAL COMPANIES OF *Johnson & Johnson*

<b>SESIONES PLENARIAS</b>	3
---------------------------	---

**COMUNICACIONES ORALES**

MAMA PRECOZ	5
CÁNCER HEREDITARIO Y PREVENCIÓN	9
TROMBOSIS	13
MAMA AVANZADA	18
GINECOLÓGICO	22
NO COLORRECTAL	26
GENITOURINARIO	32
COLORRECTAL	36
CUIDADOS CONTÍNUOS	40
CABEZA Y CUELLO	46
PULMÓN PRECOZ	51
NEUROENDOCRINOS	55
LINFOMAS	57
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	59
MISCELÁNEA	61
INMUNOTERAPIA	62
ONCOLOGÍA TRASLACIONAL	65
PULMÓN AVANZADO	67
SARCOMAS	71
MELANOMA	73
CICOM (DATA MANAGER)	75

<b>COMUNICACIONES PÓSTERS DESTACADOS</b>	77
--	----

<b>COMUNICACIONES ePOSTER</b>	129
-------------------------------	-----

<b>COMUNICACIONES A LIBRO</b>	398
-------------------------------	-----

Viernes, 28 de Septiembre de 2018

09.30-11.15h

Auditorio

## CÁNCER HEREDITARIO

## PLE 1

**Rendimiento de la ampliación a un estudio basado en un panel de genes en familias con Cáncer de Mama y Ovario Hereditario (CMOH) y resultado previo de BRCA1 y BRCA2 no informativo.**

**Esther Darder Bernabeu** – Institut Català d'Oncologia, Girona. **Sara Torres-Esquius** – Hospital Vall d'Hebron, Barcelona. **Lidia Feliubadaló** – Institut Català d'Oncologia, L'Hospitalet de Llobregat. **Orland Díez** – Hospital Vall d'Hebron, Barcelona. **Neda Stjepanovic** – Hospital Vall d'Hebron, Barcelona. **Alex Teulé** – Institut Català d'Oncologia, L'Hospitalet de Llobregat. **Mònica Salinas** – Institut Català d'Oncologia, L'Hospitalet de Llobregat. **Conxi Lázaro** – Institut Català d'Oncologia, L'Hospitalet de Llobregat. **Judith Balmaña** – Hospital Vall d'Hebron, Barcelona. **Joan Brunet** – Institut Català d'Oncologia, Girona

**Introducción y Objetivos:** El desarrollo de nuevas tecnologías de secuenciación masiva ha permitido ampliar el número de genes a estudiar ante la sospecha de síndrome de predisposición hereditaria a cáncer. Los centros de la Red Oncológica de Catalunya (ROC) incorporaron a partir de 2015 en la rutina diagnóstica el análisis mediante paneles de genes relacionados con el fenotipo. El objetivo de este estudio es determinar el rendimiento obtenido con un panel de genes en familias sin variantes patogénicas detectadas previamente en los genes BRCA1/2 .

**Material y Métodos:** Estudio de 307 familias visitadas en las unidades de consejo genético de la ROC con criterios de sospecha clínicos a predisposición a CMOH y con estudio previo de los genes BRCA1/2 no informativo (NI) o con variante de significado desconocido (VSD), en las que se ha realizado un estudio posterior basado en un panel de genes que incluía: BRCA1, BRCA2, PALB2, ATM, CHEK2, TP53, BRIP1, RAD51C, RAD51D, MLH1, MSH2, MSH6 y añadiendo en caso de fenotipo sugestivo CDH1, PTEN, CDKN2A o STK11. Se seleccionaron los probandos de familias según los siguientes criterios: familiares en seguimiento con alto riesgo de desarrollar cáncer de mama al largo de la vida (LTR >20%), aparición de nuevos casos, cumplimiento de nuevos criterios de estudio o indicación terapéutica.

**Resultados:** Se identificaron 39 (13%) variantes patogénicas, 18 de ellas (46%) en genes considerados de alto riesgo (PALB2 14, MSH6 2, TP53 1, MLH1 1) y 21 en genes de riesgo moderado (ATM 7, RAD51D 7, RAD51C 4, CHEK2 2, BRIP1 1). Se detectaron VSDs en 29% de los casos. Se reportarán los características clínicas de las familias y los resultados de los estudios en cascada realizados junto con la accionabilidad clínica.

**Conclusión:** La ampliación del estudio con paneles de genes ha identificado un 13% de variantes patogénicas en genes de predisposición a CMOH en familias con estudio previo de los genes BRCA1/2 no informativo. En estas familias se ha podido ofrecer asesoramiento genético a los familiares y ajustar las opciones en medidas de prevención. Estos resultados han ido acompañados de un incremento en la detección de VSD.

ONCOLOGÍA TRASLACIONAL

PLE 2

**Clasificación Molecular del Colangiocarcinoma Extrahepático.**

**Robert Montal** – Hospital Clínic – IDIBAPS (Barcelona). **Wei Qiang Leow** – Icahn School of Medicine at Mount Sinai (New York). **Carla Montironi** – Hospital Clínic – IDIBAPS (Barcelona). **Laia Bassaganyas** – Hospital Clínic – IDIBAPS (Barcelona). **Agrin Moeini** – Hospital Clínic – IDIBAPS (Barcelona). **Daniela Sia** – Icahn School of Medicine at Mount Sinai (New York). **Roser Pinyol** – Hospital Clínic – IDIBAPS (Barcelona). **Judit Peix** – Hospital Clínic – IDIBAPS (Barcelona). **Augusto Villanueva** – Icahn School of Medicine at Mount Sinai (New York). **Josep Maria Llovet** – Hospital Clínic – IDIBAPS (Barcelona)

**Introducción y Objetivos:** El colangiocarcinoma (CCA) es la segunda neoplasia maligna hepática primaria más común. En función de su ubicación anatómica, puede dividirse en intrahepático (iCCA) o extrahepático (eCCA), con diferencias en cuanto a etiología, patogénesis y tratamiento clínico. Avances genómicos recientes han permitido el desarrollo clínico de fármacos prometedores en iCCA. Sin embargo, el eCCA no se ha caracterizado molecularmente en profundidad aún en cohortes occidentales. Entender las principales clases moleculares de eCCA conducirá a un enfoque terapéutico más preciso para esta neoplasia.

**Material y Métodos:** Un total de 189 eCCA primarios tratados mediante resección quirúrgica se han recolectado retrospectivamente en siete centros internacionales entre 1995 y 2015. Por medio de array de expresión (Affymetrix) se desarrolló una clasificación molecular no supervisada (NMF consensus). Las diferentes clases moleculares identificadas se correlacionaron

con datos clínico-patológicos y se caracterizaron en función de activación de vías de señalización tanto por expresión génica (GSEA/IPA) como por inmunohistoquímica (HER2, PD1/PDL1). Actualmente se están determinando mediante targeted-exome-sequencing las mutaciones somáticas, amplificaciones y deleciones más frecuentes.

**Resultados:** Se han identificado cuatro clases moleculares distintas de eCCA (coeficiente=0.995). Los tumores clasificados dentro la clase Metabólica (18.7%) se caracterizan por tener un alto metabolismo biliar y de ácidos grasos (p<0.001) así como por presentar sobreexpresión de marcadores de hepatocitos, con HNF4A siendo el principal factor de transcripción activo (p<0.001). La clase Proliferación (22.5%) se asocia con histología papilar (p=0.004) y con activación de vías de señalización de MYC (p<0.001), mTOR (p=0.018) y HER2 (p= 0.024). La clase Mesenquimal (47.3%) se define por firmas de expresión de transición epitelio-mesénquima (p<0.001) y de activación de estroma (p<0.001), lo que correlaciona con su mayor desmoplasia observada en el análisis patológico (p=0.046) y con su peor pronóstico en términos de supervivencia global (33.2 vs 55.5 meses, HR=2.02, p=0.022). Finalmente, los tumores clasificados como clase Inmune (11.5%) se caracterizan por el enriquecimiento de señalización PD1/PDL1 (p=0.001) y por presentar un aumento de linfocitos infiltrando el tumor en comparación con los otros tres subtipos (p<0.001).

**Conclusión:** La clasificación del eCCA basada en transcriptoma identifica cuatro clases moleculares distintas (Metabólica, Proliferación, Mesenquimal e Inmune) que se correlacionan con características clínico-patológicas. Estos hallazgos aumentan las oportunidades para el desarrollo terapéutico en este tumor con un pronóstico desfavorable y sin tratamientos moleculares aprobados.

	Metabolic (18.7%)	Proliferation (22.5%)	Mesenchymal (47.3%)	Inmune (11.5%)
<b>Activated signaling pathways</b>	Bile acid receptors	RTK/mTOR Myc	Hedgehog	PD1-PDL1
	CTNNB1	Cell cycle DNA repair	TNF-alpha	IL6-JAK-STAT3
<b>Tumor microenvironment</b>	Inmune excluded		Active Stroma (CAFs)	Inmune exhausted (CD8 TILs)
<b>Clinical- pathological characteristics</b>		Papillary histology	Metastasis	
		Precursor lesions (IPNB)	Poor outcome	
<b>Potential targeted therapies</b>	Nuclear receptor modulators	ERBB2 mab	Hedgehog inh.	Inmune checkpoint inh.
		mTOR inh.	BCL-2 inh (CAFs)	
	Wnt antagonists	CDK4/6 inh.		IL6-JAK-STAT3 Inh.
		PARP inh.	HA degradation	

Características clínicas, patológicas y moleculares de las 4 clases de eCCA



## MAMA PRECOZ

## PLE 3

### LA CLASIFICACIÓN EN “INTEGRATIVE CLUSTERS” DEL CÁNCER DE MAMA PREDICE LA RESPUESTA PATOLÓGICA COMPLETA A QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE.

**Emilio Alba Conejo** – Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. Centro de Investigación Biomédica en Red de Oncología, CIBERONC-ISCIII. GEICAM. **Ana Lluch** – Hospital Clínico Universitario de Valencia, Universidad de Valencia, INCLIVA, CIBERONC-ISCIII. GEICAM. **Joan Albanell** – Hospital del Mar, Barcelona. Centro de Investigación Biomédica en Red de Oncología, CIBERONC-ISCIII. GEICAM. **Jose Ignacio Chacón López-Muñiz** – Hospital Virgen de la Salud, Toledo. GEICAM. **Lourdes Calvo** – Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. GEICAM. **Juan De la Haba-Rodríguez** – Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. Centro de Investigación Biomédica en Red de Oncología, CIBERONC-ISCIII. GEICAM. **Ángela Santonja** – Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. **Massimo Chiesa** – GEICAM, San Sebastián de los Reyes, Madrid. **Federico Rojo** – Fundación Jiménez Díaz, Madrid. Centro de Investigación Biomédica en Red de Oncología, CIBERONC-ISCIII. GEICAM. **Carlos Caldas** – Cancer Research UK Cambridge Institute, Li Ka Shing Centre, University of Cambridge. UK.

**Introducción y Objetivos:** Los “Integrative Clusters” (IntClust) constituyen un sistema de clasificación del cáncer de mama (CM) en 10 grupos caracterizados por perfiles moleculares y evolución clínica diferentes (Curtis et al., Nature 2012). En este estudio, hemos explorado el valor pronóstico de esta clasificación en una cohorte de tumores pre- y post-tratamiento (ttm) de los ensayos neoadyuvantes GEICAM/2006-03 (NCT00432172) y GEICAM/2006-14 (NCT00841828).

**Material y Métodos:** Las pacientes (pts) HER2-negativas (GEICAM/2006-03) se trataron según el subtipo tumoral: las triple negativas (TN) recibieron quimioterapia estándar

basada en antraciclinas/taxanos (AT-QT) +/- carboplatino, y las luminales se aleatorizaron a AT-QT vs hormonoterapia. Las pts HER2+ (GEICAM/2006-14) recibieron AT-QT y terapia anti-HER2. Secuenciamos el genoma completo de 204 tumores parafinados (100 pre- y 104 post-ttm), mediante HiSeq4000 (Illumina), y segmentamos los datos para identificar Alteraciones en el Número de Copias (ANC) y, con ello, clasificar las muestras en los 10 IntClust. Realizamos una clasificación funcional, considerando los IntClust-1/2/6/9 “Luminales con mal pronóstico” (LMP), los IntClust-3/4/7/8 “Luminales con buen pronóstico” (LBP), el IntClust-10 “Basal-like” y el IntClust-5 “HER2+”. Analizamos su distribución entre tumores pre- y post-ttm (test de Fisher) y exploramos mediante regresión logística la asociación de los IntClust con la respuesta patológica completa (pCR) en mama y axila tras el ttm neoadyuvante, en presencia de otras variables clínico-patológicas (grado, Ki67, subtipo [TN/Luminal/HER2+]).

**Resultados:** Observamos una diferencia significativa ( $p=0,01$ ) en la distribución de IntClust entre muestras pre- y post-ttm, con un aumento del grupo funcional LBP en los tumores residuales post-ttm (32% vs 55%), debido al incremento de los IntClust 3 y 4 (ambos caracterizados por bajos niveles de inestabilidad genómica) y a la disminución en los demás grupos. La clasificación IntClust en tumores pre-ttm se asoció significativamente con pCR ( $p=0,0015$ ), independientemente del grado ( $p=0,75$ ), Ki67 ( $p=0,03$ ) y subtipo tumoral ( $p=3,3e-06$ ).

**Conclusión:** Nuestros resultados sugieren que la clasificación de los tumores en IntClust en pts con CM precoz que reciben terapia neoadyuvante tiene valor pronóstico en términos de pCR, independientemente a otras características clínico-patológicas clásicas (grado, Ki67 y subtipo tumoral). En nuestro estudio, los tumores residuales post-ttm son principalmente de fenotipo luminal, caracterizados por bajos niveles de inestabilidad genómica.



## INMUNOTERAPIA

### PLE 4

#### QUIMIO/INMUNOTERAPIA PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN NO CÉLULA PEQUEÑA (CPNCP) ESTADIO IIIA RESECABLE: ESTUDIO EXPLORATORIO FASE II MULTICÉNTRICO. ESTUDIO NADIM (GECP).

**Mariano Provencio** – Hospital Universitario PUerta de Hierro-Majadahonda. **Amelia Insa** – Hospital Clínico Univ. de Valencia. **Ernest Nadal** – Institut Català d'Oncologia Hospitalet. **Rosario García Campelo** – C. Hospitalario Univers. A Coruña. **Martín Lázaro Quintela** – C. Hospitalario Univers. Vigo. **Manuel Dómine** – Hospital Fundación Jiménez Díaz. **Margarita Majem** – Hospital Santa Creu i Sant Pau. **Delvys Rodríguez Abreu** – C. Hospitalario Univ. Insular de Gran Canaria. **Bartomeu Massutí** – Hospital Universitario de Alicante. **Alex Martínez** – Hospital Univers. Vall d'Hebron

**Introducción y Objetivos:** La combinación de quimioterapia e inmunoterapia (QT-IT) tiene una alta tasa de respuesta y mayor supervivencia en pacientes (pts) no seleccionados con cáncer de pulmón no célula pequeña (CPNCP) metastásico. Sin embargo, no hay datos de esta combinación en el contexto del tratamiento neoadyuvante.

**Material y Métodos:** Estudio fase II, de un brazo único, multicéntrico, de pacientes diagnosticados de CPNCP estadio IIIA (N2) resecable tratados con QT e IT (Nivolumab) en neoadyuvancia, cirugía y posterior tratamiento adyuvante con Nivolumab durante 1 año. Tratamiento neoadyuvante: tres ciclos de Nivolumab

360mg IV cada 3 semanas + Paclitaxel 200mg/m<sup>2</sup> + Carboplatino AUC 6 IV cada 3 semanas. Después del tratamiento neoadyuvante, se evalúa la respuesta tumoral previo a la cirugía. La cirugía se realiza en la 3ª o 4ª semana después del día 21 del tercer ciclo del tratamiento neoadyuvante. Tratamiento adyuvante: Nivolumab 240mg IV cada 2 semanas durante 4 meses y Nivolumab 480mg IV cada 4 semanas durante 8 meses (total un año) después de la resección quirúrgica. El estudio ha reclutado los 46 pts planeados. El objetivo primario es la supervivencia libre de progresión (SLP) a los 24 meses y la eficacia de la combinación. La eficacia se explora utilizando criterios de respuesta patológica.

**Resultados:** En el momento de la presentación, 20 habían sido intervenidos quirúrgicamente. La combinación de QT-IT fue bien tolerada y la cirugía no se retrasó en ningún paciente. Ninguno de los pts se retiró del estudio antes de la cirugía debido a progresión o toxicidad. Se realizaron 20 cirugías y todos los tumores se consideraron resecables. 13 casos (65%) lograron respuesta patológica completa (RPC) (IC 95%: 40-86%) y 3 tuvieron una respuesta patológica mayor (RPM), definida como <10% de células tumorales viables en la muestra de resección. Teniendo en cuenta tanto la RPC como la RPM, la tasa de respuesta global fue del 80% (IC 95%: 56.3-94.3).

**Conclusión:** Este es el primer estudio multicéntrico que evalúa la combinación de QT-IT en el contexto neoadyuvante con actividad antitumoral prometedora. La QT-IT neoadyuvante con Nivolumab en el CPNCP estadio IIIA resecable produce una tasa de respuesta patológica completa que nunca se había visto previamente. Los datos se actualizarán en el momento del congreso. Número EudraCT: 2016003732-20.

Miércoles, 26 de Septiembre de 2018

08.30-10.00h

Auditorio

## MAMA PRECOZ

O 1

**Aplicación del gel vaginal de estriol 0.005% en mujeres postmenopáusicas con cáncer de mama en estadio precoz y receptores hormonales positivos, en tratamiento adyuvante con inhibidores de aromatasa. Estudio fase II, prospectivo, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo – Estudio BLISSAFE-**

**Pedro Sánchez Rovira** – Complejo hospitalario de Jaén. GEICAM. **Angelica Lindén Hirschberg** – Karolinska University Hospital, Estocolmo, Suecia. **Miguel Gil Gil** – Institut Català D' Oncologia (I.C.O.), Barcelona. GEICAM. **Silvia Antolín Novoa** – Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. GEICAM. **Laura García Estévez** – MD Anderson Cancer Center. Madrid. GEICAM. **Begoña Bermejo de las Heras** – Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia. Centro de Investigación Biomédica en Red de Oncología, CIBERONC-ISCIII. GEICAM. **Isabel Sánchez Vigil de la Villa, Javier Suárez Almarza, María Palma Santisteban, Concepción Nieto Magro** – ITF Research Pharma S.L.U, Madrid

**Introducción y Objetivos:** El gel vaginal estriol 0,005% (GVE) es una formulación para el tratamiento local de la atrofia vaginal postmenopáusica. Evaluamos la eficacia y seguridad del GVE en el tratamiento de los síntomas de atrofia vaginal causados por inhibidores de aromatasa (IA)

**Material y Métodos:** 70 mujeres con cáncer de mama que padecían síntomas moderados/severos de atrofia vaginal se

aleatorizaron para recibir 1g de GVE o placebo (4:1) diariamente, durante 3 semanas (S) y dos veces a la semana hasta 12S. Resultados de la fase inicial en 10 mujeres tratadas durante 3S, sugirieron que GVE no tenía ninguna influencia sobre el eje hipotálamo-hipofisario ni sobre los estrógenos sistémicos. En una segunda fase realizada en 61 mujeres, se midieron estriol (E3), estradiol (E2), estrona (E1), la hormona folículo estimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH) en B y en S1, 3, 8 y 12; FSH y LH también en la fase de selección. Se evaluó la sequedad vaginal y otros signos/síntomas con una escala de severidad en B, 3S y 12S. Se evaluaron cambios en los niveles hormonales y parámetros vaginales, así como efectos adversos

**Resultados:** De 61 mujeres (análisis ITT), 1/3 referían sequedad vaginal moderada y 2/3 severa. 50 recibieron GVE y 11 placebo. Las que recibieron GVE incrementaron ligeramente los niveles de E3 [mediana (Q25-Q75)] a 3.9 (0.5-12.1) y 1.9 (0.5-6.8), pg/ml en S 1 y 3 respectivamente. E2 y E1 se mantuvieron por debajo de límite de cuantificación excepto en una muestra en S12. La variación de FSH entre B y S12 no fue diferente de la variación antes del tratamiento ( $p=0.11$ ). Se observaron pequeñas oscilaciones entre el B-S1 y B-S3 comparado con la variación de FSH antes del tratamiento ( $p<0.05$ ). Al final del tratamiento se observó una mejoría en las mujeres que habían recibido GVE, tanto en la sequedad vaginal ( $p<0.01$ ), valor de maduración ( $p=0.01$ ) y puntuación de signos vaginales ( $p<0.01$ ) respecto de las que recibieron placebo.

**Conclusión:** Los resultados aportan confianza sobre la seguridad y eficacia del GVE en mujeres con cáncer de mama y síntomas molestos vaginales, con una absorción insignificante y transitoria de estriol en las semanas iniciales y con una variación no significativa de FSH después de 12 semanas de tratamiento

02

## ¿ES LA CAPTACIÓN MÁXIMA DE LA TUMORACIÓN DE MAMA PRIMARIA EN PET-TC UN BUEN PREDICTOR DE LA RESPUESTA PATOLÓGICA A NEOADYUVANCIA?

**Martín Núñez Abad, Milagros Franco** -Department of Medical Oncology, Hospital General Universitario de Valencia, Spain. **Ángel Garay** – Department of Preventive Medicine, Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, Spain. **Laura Castellá** – Pathology Department, Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, Spain. **Ihsan Shaheen, Lauren Condori, Maria Concepción Godes** – Department of Medical Oncology, Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, Spain. **Vega Irazo** – Department of Medical Oncology, Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, Spain Centro de Investigación Biomédica en Red de Cáncer (CIBEROnC), Madrid, Spain. **Mireia Gil** – Department of Medical Oncology, Hospital General de Requena, Valencia, Spain. **Carlos Camps** – Department of Medical Oncology, Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, Spain Centro de Investigación Biomédica en Red de Cáncer (CIBEROnC), Madrid, Spain Department of Medicine, Universitat de València, Valencia, Spain

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de mama es la neoplasia con mayor incidencia y prevalencia en mujeres. Existen diferentes opciones terapéuticas siendo la neoadyuvancia un pilar fundamental. Cada vez se utilizan más técnicas de imagen para su diagnóstico y estadificación como es el caso del PET-TC. Evaluar la relación existente entre la captación máxima tumoral (SUV) en PET-TC y la respuesta patológica tras neoadyuvancia es el objetivo principal del presente estudio.

**Material y Métodos:** Se trata de un estudio observacional retrospectivo en el que se incluyen pacientes diagnosticadas en el HGUV de cáncer de mama entre los años 2011 y 2018, a las cuales se les realizó un PET-TC basal previo al inicio de neoadyuvancia y posteriormente se reevaluó la respuesta patológica mediante el sistema Miller y Payne. Los cálculos estadísticos se realizaron con el programa Stata 12.0. Se ha llevado a cabo un análisis descriptivo con medidas de tendencia central y dispersión para la variable cuantitativa. Para estimar la relación entre las variables de captación del PET-TAC y la respuesta anatomo-patológica posterior a la neoadyuvancia, se ha aplicado un test de Kruskal-Wallis.

**Resultados:** Se analizan 37 pacientes de 44 incluidas en el estudio con una edad media de 54 años (38-79) siendo un 9% estadio I, 48% estadio II, 27% estadio III y el 16% estadio IV. Dentro de los subtipos el 34% de las pacientes eran de tipo luminal (SUV medio 5.6), el 32% HER-2 positivo (SUV medio 7.9) y el 34% fueron triple negativo (SUV medio 9.6) (p-valor 0.083). Según el sistema Miller y Payne el 43% presentó respuesta completa, el 46% una respuesta parcial y el 11% no respondió a neoadyuvancia con los esquemas de quimioterapia administrados. Las enfermas no respondedoras tuvieron un SUV

(Standardized Uptake Value) medio de 10.93 (desviación 8,6), las que presentaron respuesta parcial un SUV de 6,48 (desviación 3,4) y las de respuesta completa un SUV de 8,3 (desviación 5,4) siendo el p-valor de la distribución de los tres grupos 0.61.

**Conclusión:** En la población analizada no existe una correlación entre la captación máxima de la tumoración mamaria en PET-TC y la respuesta patológica en cáncer de mama tras neoadyuvancia. El tamaño muestral limita potencialmente los resultados, siendo necesario ampliar el número de pacientes.

03

## ANÁLISIS DE LINFOCITOS INFILTRANTES DEL TUMOR (TIL) Y RECEPTOR DE ANDROGENOS (AR) EN EL CANCER DE MAMA TRIPLE NEGATIVO (CMTN).

**Luis Felipe Sánchez-Cousido, Ana Lopez-Gonzalez, Mariana López-Flores, Irene Delgado-Sillero, Mariam Stephanie Rojas-Piedra, Emiliano Honrado, Andrés García-Palomo** – Complejo Asistencial Universitario de León

**Introducción y Objetivos:** El tratamiento para el CMTN es la quimioterapia. La inmunoterapia y la terapia antiandrogénica muestran resultados positivos. AR se expresa en un 53% de los CTMN asociándose con mayor supervivencia libre de enfermedad y supervivencia global. La relación TIL-AR se estudió en cánceres uroteliales. El objetivo es establecer si existe relación entre los TIL y AR en el CMTN.

**Material y Métodos:** Se analizaron 50 pacientes con estadio III y CMTN diagnosticadas entre 2008-2013. El tiempo mínimo de seguimiento fueron 57 meses o hasta fallecimiento. Las muestras se fijaron en formalina al 10% e incluidas en parafina. La evaluación del AR, los CD20, CD4 y CD8 se hizo con inmunohistoquímica. AR+ se consideró con expresión >1%. Los linfocitos fueron evaluados según recomienda el consenso internacional de expertos. Analizamos el total de linfocitos como alto o bajo según fuesen mayores o menores del 80%. Los datos fueron analizados con SPSS versión 23.

**Resultados:** La media de edad era de 61 años y el 68% eran postmenopáusicas. El 74% de los pacientes no recayeron y la SLE fue de 95,6 meses. Las características principales del tumor fueron Ki67>20%, 67,3%; T1-T2 88%; alto grado 67,4%; ganglios (N) positivos 51%. Estadio localizado (estadio II) 80%. Total de linfocitos alto (HiL) en el 70%. AR+ (26%) se asoció a pacientes jóvenes (p=0,009), bajo Ki67 (p=0,014) y N+ (p=0,025). No se obtuvo relación entre AR y TIL, tamaño tumoral, grado, estadio o supervivencia. CD8+ fue más común en AR+ (p=0,002) así como la proporción CD4/CD8 (CD8>CD4 en AR+; CD4>CD8 en AR-. p=0,026). HiL se relaciona con un Ki67 más alto (p=0,021) y grado 3 (p=0,029). Aún así, se observaron menos recaídas y fallecimientos (15.4% vs 84.6%; 21.4% vs 78.6%). En los HiL, el porcentaje de CD8+ fue inversamente proporcional (p=0,021 media 27,7%).

## Mama Precoz

**Conclusión:** Tumores de alto grado y alto Ki67 desencadenan mayor respuesta inmune, protegiendo de peor pronóstico. Los linfocitos CD8 se relacionan con la expresión de AR. Se necesitan más estudios para entender la relación entre el AR y los TIL, el rol del bloqueo androgénico en el CMTN y su papel en la lisis inmuno-mediada.

## O 4

### MODULACIÓN DINAMICA DE LA INESTABILIDAD GENÓMICA POR TERAPIA NEOADYUVANTE EN CÁNCER DE MAMA PRECOZ (GEICAM/2006-03\_2006-14).

**Emilio Alba Conejo** – Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. Centro de Investigación Biomédica en Red de Oncología, CIBERONC-ISCIII. GEICAM. **Ana Lluch** – Hospital Clínico Universitario de Valencia, Universidad de Valencia, INCLIVA, Centro de Investigación Biomédica en Red de Oncología, CIBERONC-ISCIII. GEICAM. **Joan Albanell** – Hospital del Mar, Barcelona. Centro de Investigación Biomédica en Red de Oncología, CIBERONC-ISCIII. GEICAM. **Jose Ignacio Chacón López-Muñiz** – Hospital Virgen de la Salud, Toledo. GEICAM. **Lourdes Calvo** – Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. GEICAM. **Juan De la Haba-Rodríguez** – Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. Centro de Investigación Biomédica en Red de Oncología, CIBERONC-ISCIII. GEICAM. **Pedro Sánchez Rovira** – Complejo Hospitalario de Jaén. GEICAM. **Massimo Chiesa** – GEICAM, San Sebastián de los Reyes, Madrid. **Federico Rojo** – Fundación Jiménez Díaz, Madrid. Centro de Investigación Biomédica en Red de Oncología, CIBERONC-ISCIII. GEICAM. **Carlos Caldas** – Cancer Research UK Cambridge Institute, Li Ka Shing Centre, University of Cambridge. UK.

**Introducción y Objetivos:** La inestabilidad genómica (IG) está ligada al avance de la progresión tumoral. En este estudio, hemos calculado un índice de IG basado en el análisis de Alteraciones en el Número de Copias (ANC) cromosómicas en tumores pre- y post-tratamiento (ttm) de los ensayos neoadyuvantes GEICAM/2006-03 y GEICAM/2006-14, con el objetivo de analizar el impacto del tratamiento y explorar su relación con el fenotipo tumoral

**Material y Métodos:** Las pacientes (pts) HER2-negativas (GEICAM/2006-03, NCT00432172) se trataron según el subtipo tumoral: aquellas con tumores triple negativos (TN) recibieron quimioterapia estándar basada en antraciclina/taxanos (AT-QT) +/- carboplatino, y las luminales se aleatorizaron a AT-QT vs hormonoterapia. Las pts HER2+ (GEICAM/2006-14, NCT00841828) recibieron AT-QT y terapia anti-HER2. Secuenciamos el genoma completo de 204 tumores paraafinados (100 pre- y 104 post-ttm), mediante HiSeq4000 (Illumina), y segmentamos los datos para identificar las ANC. El índice de IG se calculó para cada tumor como el área bajo la curva de

segmentación (suma de las medias segmentadas, normalizadas por el número de ANC). La variación en el índice de IG entre tumores pre- y post-ttm se analizó mediante el test de Wilcoxon

**Resultados:** Se observó una reducción significativa del índice de IG entre muestras pre- y post-ttm ( $p=5.1e-07$ ), que se confirmó en el subgrupo de tumores pareados pre/post-ttm ( $N=39$ ,  $p=0,0034$ ). Los tumores luminales (61%) mostraron una disminución significativa del índice IG, tanto en la población global (mediana índice IG: 0,141 pre-ttm vs 0,068 post-ttm,  $p=1e-09$ ) como en los tumores pareados (0,126 vs 0,072,  $p=0,00013$ ). Se observó una tendencia similar de reducción del índice de IG en los tumores residuales HER2+ (9%)(0,143 vs 0,079,  $p=0,085$ ), al contrario que en los TN (30%)(0,132 pre- vs 0,17 post-ttm,  $p=0,68$ )

**Conclusión:** Nuestros resultados sugieren que la IG puede representar una diana de la terapia neoadyuvante en cáncer de mama. En tumores luminales y HER2+, el ttm podría estar eliminando selectivamente aquellas células con un alto número de aberraciones genómicas, lo que se traduciría en una reducción del índice IG en los tumores residuales. Por el contrario, en tumores TN, y de acuerdo con publicaciones anteriores, la IG podría representar un mecanismo adaptivo de resistencia a QT

## O 5

### Resultados finales de NeoMONARCH: estudio de fase 2 neoadyuvante de abemaciclib en mujeres postmenopáusicas con cáncer de mama (CM) receptores hormonales positivos (HR+) y HER2 negativos.

**Miguel Martín** – Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España. **Sara Hurvitz** – University of California, Los Angeles, CA, Estados Unidos. **David Chan** – Cancer Care Associates, Redondo Beach, CA, Estados Unidos. **María Fernández-Abad** – Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España. **Edgar Petru** – Medical University Graz, Graz, Austria. **Regan Rostorfer** – UF Health Cancer Center at Orlando Health, Orlando, FL, Estados Unidos. **Valentina Guarneri** – University of Padova, Istituto Oncologico Veneto IRCCS, Padova, Italia. **Chiun-Sheng Huang** – National Taiwan University Hospital, Taipei, Taiwan. **Michael F. Press** – University of Southern California, Los Angeles, CA, Estados Unidos. **Dennis Slamon** – University of California, Los Angeles, CA, Estados Unidos

**Introducción y Objetivos:** Abemaciclib es un inhibidor de CDK4 y CDK6 que se administra en pauta continua. NeoMONARCH (ensayo fase 2 en mujeres con CM HR+/HER2- en estadio I-IIIb) alcanzó su objetivo principal mostrando que abemaciclib, solo o en combinación con anastrozol (ANZ), redujo significativamente





la expresión de Ki67 frente a ANZ solo después de 2 semanas (sem) de tratamiento neoadyuvante. Se presentan los resultados finales.

**Material y Métodos:** Se aleatorizaron 223 pacientes (1:1:1) a recibir durante 2 sem abemaciclib (150 mg PO Q12H) + ANZ (1 mg PO QD), abemaciclib o ANZ solo seguido de un tratamiento combinado de 12 sem. Las pacientes se trataron con loperamida (2 mg PO Q12H) durante 4 sem mientras recibían abemaciclib. Se recogieron biopsias tumorales en basal, sem 2 y 16. El objetivo principal fue el cambio en Ki67 desde basal hasta la sem 2. Los objetivos secundarios fueron respuestas radiológicas/patológicas/clínicas, seguridad y farmacocinética en la sem 16. Los análisis mutacionales en basal fueron objetivos exploratorios.

**Resultados:** La tabla 1 muestra los análisis de subgrupos que evaluaron el cambio porcentual en Ki67 desde basal hasta la sem 2 en función del estadio de la enfermedad, afectación de nódulos

linfáticos (NL) en basal, grado tumoral y tamaño tumoral en la población con Ki67 evaluable (KE) (Ki67 basal  $\geq 5\%$ ) comparando la combinación con ANZ solo. Los datos del brazo de abemaciclib se mostrarán en el congreso. 185 pacientes completaron el tratamiento; la tasa de respuesta radiológica fue del 46,4%, calibre 53,6% y pCR 3,7% (pacientes que completaron la evaluación de la cirugía del CM). Se presentarán el análisis de Ki67 de final del tratamiento en 138 pacientes y resultados adicionales para los objetivos secundarios/exploratorios. Los acontecimientos adversos más frecuentes fueron diarrea, estreñimiento y náuseas.

**Conclusión:** Abemaciclib + ANZ es un tratamiento eficaz con toxicidades manejables en pacientes con CM HR+/HER2-temprano. El cambio en Ki67 provocado por abemaciclib no se asoció con el estadio de la enfermedad, la afectación de NL en basal, el grado tumoral o el tamaño tumoral. Co-authors: Costigan TM(EU), Caldwell CM (EU), Wijayawardana S(EU), Turner PK (EU), Barriga S (España)

	Combinación		ANZ		Comparación de los tratamientos de subgrupos	
	Pacientes, n	RG % Cambio	Pacientes, n	RG % Cambio	RGM (IC 95%)	P
<b>Población KE</b>	59	-92,86	56	-62,78	0,19 (0,13, 0,28)	<0,001
<b>Estadio de la enfermedad</b>						
I/II	51	-92,56	46	-65,84	0,22 (0,14, 0,34)	<0,001
III	7	-95,28	8	-54,91	0,10 (0,04, 0,27)	<0,001
<b>Afectación de NL en basal</b>						
No	29	-93,18	26	-62,21	0,18 (0,11, 0,31)	<0,001
Sí	29	-92,75	28	-69,02	0,23 (0,13, 0,42)	<0,001
<b>Grado tumoral</b>						
1 o 2	33	-92,88	37	-69,61	0,23 (0,15, 0,36)	<0,001
3	16	-92,79	10	-59,68	0,18 (0,05, 0,60)	0,011
<b>Tamaño tumoral</b>						
< 2 cm	9	-93,25	8	-65,46	0,20 (0,08, 0,50)	0,004
$\geq 2$ cm y < 5 cm	39	-91,22	29	-62,16	0,23 (0,14, 0,40)	<0,001
$\geq 5$ cm	11	-94,24	19	-59,73	0,14 (0,07, 0,28)	< 0,001

Tabla 1: Análisis de subgrupos de la población con KE en la sem 2  
Abreviaturas: RG, razón geométrica; RGM, razón geométrica media

Miércoles, 26 de Septiembre de 2018

08.30-10.00h

Sala Castilla

## CÁNCER HEREDITARIO Y PREVENCIÓN

06

### Carcinoma adrenocortical y Síndrome de Lynch (SL).

**Marta Domenech Viñolas, Elia Grau, Matilde Navarro, Jesús del Valle, Leyre Banyoles** – Institut Català d'Oncologia.  
**Pablo Moreno** - Hospital Germans Trias i Pujol. **Ares Solanes, Marta Pineda, Joan Brunet, Gabriel Capellà** – Institut Català d'Oncologia

**Introducción y Objetivos:** El SL es el síndrome de predisposición hereditaria a Cáncer colorrectal(CCR) más frecuente, causado por mutaciones germinales en los genes reparadores del DNA (MMR). El riesgo a lo largo de la vida para CCR es del 35-80% y 40-60% para ca. uterino. El SL se asocia a otros cánceres de menor prevalencia (gástrico, páncreas y vías urinarias). Se han descrito tumores raros como el ca. adrenocortical (CAC), neoplasia endocrina de curso agresivo e incidencia muy baja (<1/millón). En niños se asocia a síndromes hereditarios como el S. de Li-Fraumeni. En adultos es menos conocida su asociación a síndromes hereditarios. Está descrita una prevalencia de SL entre pacientes con CAC del 3,2%. El objetivo del estudio es conocer la incidencia de CAC en una población con S. de Lynch así como sus características moleculares e histológicas.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes con SL pertenecientes a 220 familias con estudio genético y seguimiento realizado en 2 centros ICO (1999-2018). Se describen los casos de CAC detectados, gen mutado, características e inmunohistoquímica (IHQ) realizada para evaluar la deficiencia reparadora.

**Resultados:** Se han revisado 634 pacientes Lynch (286 MLH1, 180 MSH2, 112 MSH6, 41 PMS2 y 15 EPCAM), 287 H/347 M. En el seguimiento, se han detectado 3 pacientes con CAC (0.47%) y mutación en el gen MSH2 (3/180, 1.7%). Los 3 pacientes fueron sometidos a adrenalectomía+/-nefrectomía. El caso 1, el CAC fue diagnosticado a los 34 años en estadio III y fue el primer tumor detectado. Los casos 2 y 3 (estadios II a los 65 y 78 años respectivamente), eran metacrónicos a tumores del espectro Lynch. El estudio patológico mostraba áreas de necrosis con estructura trabecular o difusa, invasión vascular y pleomorfismo nuclear. En la IHQ, las células tumorales eran positivas para vimentina, melanina (excepto el caso 2) y synaptofisina y negativas para cromogranina y otros marcadores epiteliales y melánicos. Los 3 casos perdían MSH2/MSH6. En el caso 1, el análisis en DNA tumoral detectó pérdida de heterocigosidad de la mutación germinal.

**Conclusión:** Nuestros hallazgos apoyan los datos previos que consideran el CAC como un tumor del espectro Lynch. Dada su rareza, el cribado inmunohistoquímico de todos los CAC podría ser una estrategia efectiva para identificar pacientes con SL.

07

### El síndrome de PTEN-tumores hamartomatosos: estudio clínico y molecular en una serie de pacientes españoles.

**Laura Pena** – Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO). **María Ercibengoa** – Instituto de Investigación

Sanitaria Biodonostia, Hospital Universitario de Donostia. **Fátima Mercadillo** – Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO). **Almudena Hernández, David Gutiérrez** – Hospital Universitario de Fuenlabrada. **Joan Brunet** – Instituto Catalán de Oncología, Hospital Universitario Josep Trueta. **Pablo Carbonell** – Centro de Bioquímica y Genética Clínica, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. **Miguel Urioste** – Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO) y Centro de Investigación Biomédica en Red-Enfermedades Raras (CIBERER)

**Introducción y Objetivos:** El síndrome de PTEN-tumores hamartomatosos (PHTS) es una enfermedad autosómica dominante que incluye varias entidades, principalmente Cowden, Bannayan-Riley-Ruvalcaba y Proteus. Se caracteriza por síntomas multisistémicos con amplia variabilidad, y un mayor riesgo para desarrollar cáncer. Las mutaciones germinales heterocigotas en el gen PTEN son las responsables del PHTS, aunque en el 20-90% de los pacientes no se identifican mutaciones en PTEN. La enfermedad es rara y en buena medida desconocida, con muy pocas series de pacientes publicadas, en especial a nivel nacional. Nuestro objetivo es describir clínica y molecularmente la enfermedad de PHTS en pacientes españoles, comprobar la validez en nuestra población de los criterios diagnósticos establecidos en otras poblaciones, y analizar correlaciones genotipo-fenotipo.

**Material y Métodos:** Estudiamos 145 pacientes con sospecha de PHTS, derivados a nuestro centro desde hospitales de todo el país. La revisión de las características clínicas se realizó mediante un cuestionario diseñado específicamente para este proyecto. Los estudios moleculares consistieron en el análisis de la secuencia de PTEN mediante PCR y secuenciación Sanger, así como de grandes reordenamientos mediante MLPA y aCGH.

**Resultados:** Los hallazgos clínicos en general, son superponibles a los descritos en otras poblaciones, si bien hemos detectado un sesgo en la selección de pacientes derivados para estudio genético. Los criterios clínicos son útiles en nuestra población, pero alguno de ellos resulta excesivamente restrictivo. En el 46% de los pacientes se detectó una mutación en el gen PTEN que se localizaban en los exones 5 al 8 principalmente. Pero encontramos un número significativamente más elevado de mutaciones en el exón 1 y una posible correlación entre las mutaciones en este exón y el riesgo de cáncer renal. Un total de 79 individuos (54%) resultaron negativos para el estudio de PTEN. Actualmente llevamos a cabo la búsqueda de otros factores genéticos que puedan estar implicados en la enfermedad de PHTS.

**Conclusión:** Nuestro estudio, la cuarta serie en número de pacientes descrita hasta la fecha, mejora el conocimiento clínico del PHTS, y permite definir una serie de signos clínicos prioritarios para la indicación del estudio genético en nuestra población. Respecto a sus bases moleculares, hemos identificado una mayor frecuencia de mutaciones en el exón 1, y una relación significativa de las mutaciones en esa localización con el desarrollo de cáncer renal.

08

## Programa de genética del cáncer infantil: Experiencia pionera del Hospital Universitario Vall d'Hebron (HUVH), Barcelona.

**Neda Stjepanovic, Estela Carrasco** – Unidad de Genética Clínica del Cáncer, Departamento de Oncología Médica, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona. **Anna Maria Cueto** – Departamento de Genética Clínica, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona. **Orland Diez** – Laboratorio de Oncogenética, Departamento de Genética Clínica y Molecular, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona. **Raquel Hladun** – **Luis Gros, Anna Llor, Soledad Gallego, Constantino Sabado** – Departamento de Oncología y Hematología Pediátricas, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona. **Judith Balmaña** – Unidad de Genética Clínica del Cáncer, Departamento de Oncología Médica, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona

**Introducción y Objetivos:** La identificación de pacientes con síndromes de predisposición al cáncer infantil (SPCI) puede optimizar los tratamientos oncológicos y establecer programas de prevención de cáncer en familiares. Presentamos la organización y actividad de la unidad de genética del cáncer infantil del HUVH.

**Material y Métodos:** La unidad está formada por un oncólogo médico especializado en SPCI, un genetista clínico y un asesor genético. El objetivo es estimar la probabilidad de padecer un SPCI, establecer recomendaciones de detección precoz y prevención del cáncer y proporcionar asesoramiento reproductivo. La unidad cuenta con un algoritmo de derivación, basado en la historia personal y familiar, así como el tipo histológico y molecular del cáncer. Los estudios genéticos se realizan de forma secuencial en función de la sospecha clínica.

**Resultados:** Desde Noviembre 2016 hasta Marzo 2018, 23 pacientes con sospecha de SPCI fueron evaluados: dieciséis afectos de cáncer, tres con historia personal y familiar de cáncer, y cuatro individuos sanos de familias con SPCI conocido. Dos pacientes con cáncer fueron derivados a raíz de identificación de mutaciones germinales en proyectos de investigación. La mediana de edad al diagnóstico de cáncer fue de 6 años (0-16), con diagnósticos más frecuentes: hepatoblastoma (4 pacientes, 21%), tumores del espectro Li-Fraumeni (4 pacientes, 21%), meduloblastoma (2 pacientes, 10%) y cáncer de tiroides (2 pacientes, 10%). Mediana de edad en el momento de derivación fue de 10 años (0-28). Se han completado 16 estudios genéticos, con identificación de SPCI en 5 pacientes: tres procedentes de estudios directos de mutación conocida en la familia (MEN1, TP53 y SDHD) y dos derivados por hallazgo secundario de mutación germinal en TP53 identificadas en proyectos de investigación. Ninguno de los 11 pacientes con sospecha clínica de SPCI (Anemia de Fanconi, APC x 3, DICER1, MEN1 x2, NF2, TP53 x2, WT1) han sido confirmados a nivel molecular. Actualmente están en marcha los estudios directos de portadores en familiares de pacientes con SPCI no conocidos previamente.



**Conclusión:** La secuenciación masiva de tejido tumoral y normal, puede revelar SPCI no sospechados clínicamente. Los criterios de derivación para valoración de SPCI requieren revisiones continuas para incrementar el rendimiento de los estudios genéticos. Se requiere un seguimiento más largo para valorar el impacto de los estudios de SPCI en población pediátrica.

09

### USO DE PANELES MULTIGÉN. IMPACTO EN UNA CONSULTA DE CÁNCER DE MAMA OVARIO HEREDITARIO.

**Ana Herrero Ibáñez** – Hospital Miguel Servet Zaragoza. Servicio de Oncología Médica. **Dolores Miramar Gallart** – Hospital Miguel Servet de Zaragoza. Unidad de genética médica. Servicio de Bioquímica clínica. **Ana Rodríguez Valle** – Hospital Miguel Servet de Zaragoza. Unidad de genética médica. Servicio de Bioquímica clínica. **Ana Nuño Alvéz** – Hospital Miguel Servet de Zaragoza. Servicio de Oncología Médica. **Ana Comín Orce** – Hospital Miguel Servet de Zaragoza. Servicio de Oncología Médica. **Pilar Felices Lobera** – Hospital Miguel Servet de Zaragoza. Servicio de Oncología Médica. **Ibón Gurruchaga Sotés** – Hospital Miguel Servet de Zaragoza. Servicio de Oncología Médica. **Belen Lopez Roldán** – Hospital Miguel Servet de Zaragoza. Servicio de Oncología Médica

**Introducción y Objetivos:** El estudio de familias con criterios de sospecha de cáncer mama ovario hereditario (HBOC) pone de manifiesto que solo en un limitado número de casos es posible detectar una mutación en los genes BRCA1-2 que lo justifique. La aparición de paneles multigén que permiten estudiar de manera simultánea un elevado número de genes ha creado grandes expectativas en cuanto a su capacidad de incrementar el número de mutaciones patogénicas detectadas en estas familias

**Material y Métodos:** Evaluamos de manera retrospectiva las últimas 400 familias con criterios de HBOC vistas en nuestra consulta. 200 de estas familias (grupo A) fueron estudiadas mediante el procedimiento de secuenciación completa mediante DHPLC (denaturing high performance liquid chromatography) y secuenciación directa. Estudio de grandes deleciones -reordenamientos – duplicaciones mediante MLPA (multiplex ligation-dependent probe amplification) en BRCA1-2 así como el estudio del gen CHECK2. Otras 200 familias (grupo B) han sido estudiada mediante el uso de un panel multigén NGS evaluando un total de 24 genes.

**Resultados:** En el grupo A se detectaron un total de 21 mutaciones patogénicas, 9 de ellas en BRCA1 y 12 en BRCA2. En el grupo B se detectaron 37 mutaciones patogénicas con la siguiente distribución:

-12 en BRCA1	-3 en PALB2	-1 en RAD51D
-12 en BRCA2	-3 en ATM	-1 en RAD 51C
-3 en BRIP1	-1 en CHEK2	-1 en MUTYH

**Conclusión:** Mientras que el número de mutaciones en BRCA1-2 presenta valores similares en ambos grupos, en el grupo B se han detectado un total de 12 mutaciones patogénicas que no se hubieran identificado con las técnicas anteriormente empleadas. Esto supone que en el grupo B un 6% de pacientes estudiadas con criterios de HBOC y sus familias, se han beneficiado de la incorporación de los paneles multigén y han podido optar a un asesoramiento genético específico a cada situación.

010

### Sobrealimentación y riesgo de cáncer de mama por subtipo histológico en el estudio EPIGEICAM.

**Marina Pollán, Virginia Lope** – Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III. Consorcio de Investigación Biomédica en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid. GEICAM. **Amparo Ruiz** – Instituto Valenciano de Oncología. GEICAM. **Ana Mª Casas** – Hospital Virgen del Rocío, Sevilla. GEICAM. **José Manuel Baena-Cañada** – Hospital Puerta del Mar, Cádiz. Instituto de Investigación en Biomedicina de Cádiz (INIBICA). GEICAM. **Silvia Antolin** – Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. GEICAM. **Manuel Ramos Vázquez** – Centro Oncológico de Galicia, A Coruña. GEICAM. **José Angel Garcia-Saénz** – Hospital Clínico San Carlos, Madrid. Centro de Investigación Biomédica en Red de Oncología, CIBERONC-ISCIII. GEICAM. **Susana Bezares** – GEICAM. **Miguel Martín** – Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón. Universidad Complutense, Madrid. Centro de Investigación Biomédica en Red de Oncología, CIBERONC-ISCIII. GEICAM.

**Introducción y Objetivos:** La sobrealimentación puede ser la principal causa evitable de cáncer en no fumadores. La obesidad incrementa el riesgo de cáncer de mama (CM) en la postmenopausia. La restricción de calorías en la dieta reduce la incidencia de CM en animales. Evaluamos la asociación entre riesgo de CM en mujeres y el consumo de calorías en la dieta.

**Material y Métodos:** EpiGEICAM es un estudio multicéntrico de 1017 casos de CM y controles sanos en 14 regiones en España. Las participantes rellenaron un cuestionario estructurado. La media de calorías consumidas (cals) durante los 5 años previos al diagnóstico (casos) y entrevistas (controles) fueron estimadas utilizando un cuestionario semi-



cuantitativo validado de 117 ítems. Las calorías consumidas esperadas (cals esp) fueron calculadas con un modelo de regresión lineal teniendo en cuenta la tasa basal metabólica y la cantidad de ejercicio físico realizado. El intervalo predictivo (99%) de cals esp se consideró como "normal" (NCI) (cals en el intervalo – grupo referente-), "excesivo" (ECI) (cals > límite superior del intervalo) o "restringido" (RCI) (cals < límite inferior del intervalo). La asociación de ECI y RCI con CM, el subtipo histológico y global fueron evaluados utilizando modelos de regresión logística, ajustados por edad y región, educación, índice de masa muscular (IMC), fumadores, edad de menarquia y del primer parto, estatus menopáusico, historia previa de enfermedad benigna en el pecho, historia familiar de CM, terapia hormonal sustitutiva (THS), actividad física y la adherencia a modelos de dieta Mediterránea u Occidental.

**Resultados:** Se consideraron 973 casos y controles con suficiente información. El número medio de calorías fue mayor en los casos de CM (1990 kcals) que en los controles (1897 kcals),  $p=0.001$ . Mujeres con RCI (cals < 80% del límite) tenían menor riesgo de CM (OR=0.52,  $P=0.001$ ), siendo este efecto más marcado en mujeres premenopáusicas (OR=0.36; Pheterogeneity=0.001). Mujeres con ECI (cals > 40% del límite) mostraron un incremento del riesgo de CM (OR=1.92;  $p=0.001$ ), siendo éste mayor en mujeres postmenopáusicas (OR=2.81; Pheterogeneity=0.001). Por subtipo histológico, no hubo diferencias estadísticamente significativas. No se observaron diferencias en el efecto de ECI o RCI en función a los niveles de IMC, tabaco o THS.

**Conclusión:** Teniendo en cuenta el (IMC), la ingesta excesiva de energía incrementa el riesgo de CM, mientras que la restricción calórica parece tener un efecto protector

Miércoles, 26 de Septiembre de 2018

08.30-10.00h

Sala Hidalgo

## TROMBOSIS

O 11

### TENDENCIA ACTUAL Y RESULTADOS DEL MANEJO AMBULATORIO DEL PACIENTE CON TROMBOEMBOLISMO DE PULMÓN Y CÁNCER: Datos del estudio EPIPHANY.

**Carmen Beato Zambrano** – Hospital Universitario Virgen Macarena. **Carme Font Puig** – Hospital Clinic Barcelona. **Paula Jiménez Fonseca** – Hospital Universitario Central de Asturias. **Alberto Carmona-Bayonas** – Hospital Morales Meseguer. **Ángel Domínguez Pérez** – Hospital Vithas-Nisa Sevilla Aljarafe. **Maite Antonio** – Instituto Catalán de Oncología. **Merce Biosca** – Hospital Valle Hebrón. **Olga Madridiano** – Hospital Universitario Infanta Sofía. **Juan Antonio Virizuela Echaburu** – Hospital Universitario Virgen Macarena. **Remedios Otero Candelera** – Hospital Universitario Virgen del Rocío

**Introducción y Objetivos:** El paciente con tromboembolismo pulmonar (TEP) y cáncer se ha tratado tradicionalmente en el hospital. Sin embargo, un buen número de estudios en población general y algunos estudios pequeños y retrospectivos en población oncológica sugieren que el tratamiento ambulatorio en pacientes de bajo riesgo podría ser tan seguro como el hospitalario. Actualmente, las principales guías clínicas reconocen que el tratamiento ambulatorio es una alternativa en pacientes seleccionados de bajo riesgo, sin embargo, el nivel de evidencia es bajo y las propias guías advierten la necesidad de métodos de clasificación más fiables y efectivos. Nuestro objetivo es exponer la incidencia y distribución de complicaciones graves asociadas en los primeros 15 días desde su diagnóstico.

**Material y Métodos:** Exponemos datos del estudio EPIPHANY: multicéntrico, observacional, ambispectivo y sin intervención.

**Resultados:** Se analizaron 790 pacientes, 513 (64.9%) recibieron tratamiento hospitalario y 277 (35.06%) ambulatorio. La edad media fue de  $64.88 \pm 11.84$ . La distribución por sexo y tipo tumoral estuvo bien balanceada. En el grupo hospitalario, las causas de ingreso más frecuentes fueron la presencia de síntomas (49.9%), necesidad de oxigenoterapia (35.3%) e insuficiencia respiratoria (32.2%) y las dudas sobre la seguridad del alta (25.1%). En la población de pacientes que recibió el alta de manera precoz (9.2%) ésta última fue la causa más frecuente de ingreso (57.4%). Caracterizaron al grupo de tratamiento ambulatorio ( $p < 0.001$ ) una mayor proporción de pacientes con ECOG 0-1, tratamiento activo, ausencia de síntomas e inestabilidad hemodinámica y hallazgo incidental del TEP. La tasa de complicaciones fue de 14.8% (20.9% en hospitalizados vs 3.6% en ambulatorios,  $p < 0.001$ ). La mortalidad a 15 días fue de 6.1% (8.8% vs 1.1%,  $p < 0.001$ ). En la tabla 1 se muestra la distribución de las complicaciones en ambos grupos.

**Conclusión:** Nuestros resultados respaldan la seguridad del manejo ambulatorio del paciente con TEP y cáncer, definen el perfil del paciente candidato y muestran una baja tasa de complicaciones y mortalidad a 15 días.

## Trombosis

	TOTAL n=790	INGRESADOS n=513 (64.94%)	NO INGRESADOS n=277 (35.06%)	p-valor
comp en los primeros 15 días	117 (14.8%)	107 (20.9%)	10 (3.6%)	<0.001
comp hipotensión	36 (4.6%)	36 (7.0%)	0 (0.0%)	<0.001
comp insuficiencia respiratoria	60 (7.6%)	60 (11.7%)	0 (0.0%)	<0.001
comp fibrinólisis	5 (0.6%)	5 (1.0%)	0 (0.0%)	0.115
comp sangrado relevante	19 (2.4%)	14 (2.7%)	5 (1.8%)	0.292
comp fallo derecho	17 (2.2%)	17 (3.3%)	0 (0.0%)	0.001
comp insuficiencia renal	13 (1.6%)	13 (2.5%)	0 (0.0%)	0.003
comp ingreso en uci	15 (1.9%)	15 (2.9%)	0 (0.0%)	0.001
comp necesidad de RCP	2 (0.3%)	2 (0.4%)	0 (0.0%)	0.421
comp ventilación no invasiva	5 (0.6%)	5 (1.0%)	0 (0.0%)	0.115
comp intubación orotraqueal	3 (0.4%)	3 (0.6%)	0 (0.0%)	0.273
comp muerte	48 (6.1%)	45 (8.8%)	3 (1.1%)	<0.001
comp otra	28 (3.5%)	25 (4.9%)	3 (1.1%)	0.003
reingreso si tto ambulatorio	8 (1.0%)	4 (0.8%)	4 (1.4%)	0.294

Distribución de las complicaciones a 15 días en pacientes tratados en el ámbito hospitalario vs ambulatorio

## O 12

### Nomograma predictor de trombosis en pacientes con cáncer gástrico avanzado. Datos del estudio AGAMENON.

**Alberto Carmona-Bayonas\*** – Hospital Universitario Morales Meseguer, Murcia. **Javier Gallego** – Hospital General Universitario de Elche, Elche. **Ana Fernández Montes** – Complejo Hospitalario Universitario de Orense, Orense. **Aitziber Gil-Negrete Laborda** – Hospital Universitario de Donostia, San Sebastián. **Paola Pimentel** – Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena. **Alicia Hurtado** – Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid. **Miguel Marín** – Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. **Raquel Serrano** – Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. **Raquel Hernández** – Hospital Universitario de Canarias, Tenerife. **Paula Jiménez-Fonseca** – Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

**Introducción y Objetivos:** El objetivo de este análisis ha sido construir un nomograma con factores predictivos y conocer el efecto pronóstico de la enfermedad tromboembólica en pacientes con cáncer gástrico avanzado (CGA) durante el tratamiento con una primera línea de quimioterapia.

**Material y Métodos:** Los datos proceden del registro nacional AGAMENON de CGA en el que participan 32 centros. La trombosis fue analizada como variable dependiente del tiempo, mediante un modelo de Markov estratificado (multivariante). El desarrollo de eventos trombóticos se modelizó mediante regresión

de riesgos competitivos de Fine&Gray (RFG), y se representó gráficamente como nomograma. Se evaluaron 38 covariables basales (datos demográficos, comorbilidad, histopatología, variables de laboratorio, Khorana, quimioterapia). El método de Aalen-Johansen fue usado para estimar la incidencia acumulada de trombosis. El análisis se realizó con RStudio, incluyendo los paquetes rms, mstate, survival y cmprsk.

**Resultados:** Se notificaron 212 eventos de trombosis grado  $\geq 2$  durante el transcurso de la primera línea de quimioterapia, en 2064 pacientes. Los eventos se registraron tras una mediana de 82 días desde el inicio del tratamiento (rango, 1-910 días). La incidencia acumulada de trombosis a 3 y 6 meses fue del 8.0% (IC 95%, 6.8-9.2%) y 9.3% (IC 95%, 8.0-10.6%). La trombosis fue incidental: 47%, y sintomática: 53%, siendo las localizaciones más frecuentes: embolia pulmonar (48%), extremidad inferior (24%), esplácnica (9%), catéter (6%), otras (13%). El tratamiento fue heparina en todos los pacientes. En el transcurso de la primera línea se observó una retrombosis: venosa en el 4.2% (n=9), y arterial en el 1.4% (n=3). Tras ajustar por factores de confusión, la trombosis se asoció con un incremento en el riesgo de muerte (hazard ratio [HR] 1.95, IC 95%, 1.67-2.27, p25% (sHR, 1.46), y antecedentes de trombosis (sHR, 2.04) (Tabla 1).

**Conclusión:** La trombosis es relativamente frecuente en pacientes con CGA que reciben una primera línea de quimioterapia y se asocia con mal pronóstico. El uso de modelos predictivos de trombosis o nomogramas puede contribuir al desarrollo de estrategias de trombopprofilaxis en estos pacientes.

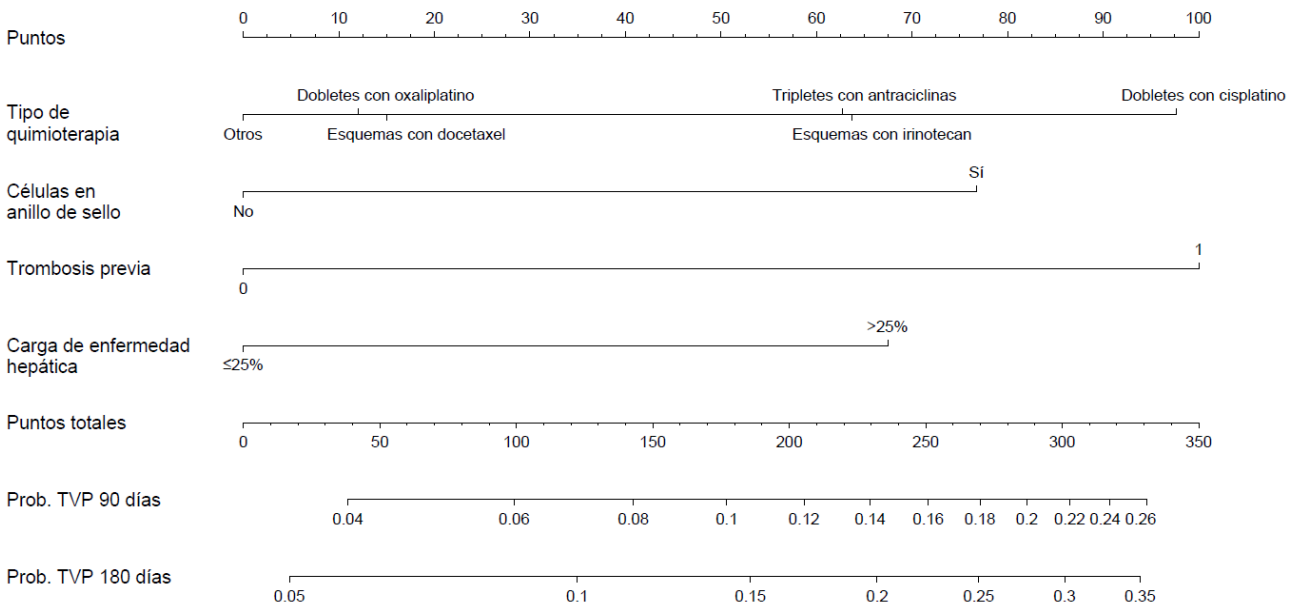


Tabla 1. Nomograma predictor de trombosis en presencia de riesgos competitivos

O 13

**Análisis retrospectivo de la implicación de IDH 1 en el riesgo de trombosis en pacientes con tumores cerebrales.**

**Julia Villamayor Sánchez, Virginia Martínez, Juan Pablo Pérez, Sara Martínez, Laura Gutiérrez, David Viñal, Sergio Martínez** – Hospital La Paz

**Introducción y Objetivos:** Los tumores cerebrales son conocidos por su mayor capacidad trombogénica. Artículos recientes sugieren que parece haber una relación entre el estatus de IDH-1 y la incidencia de ETEV (enfermedad tromboembólica venosa) en pacientes con tumores cerebrales. El objetivo de este estudio es analizar las características de la ETEV en pacientes con neoplasias cerebrales malignas de estirpe glial.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo analizándose 148 pacientes diagnosticados desde Enero de 2006 a Diciembre de 2017 de tumores gliales malignos en el Hospital Universitario La Paz. Se utilizaron variables sociodemográficas, anatomopatológicas, características inmunohistoquímicas y tratamiento recibido. Se compararon esos datos en función de la presencia o no de trombosis.

**Resultados:** El 16, 2% de los pacientes presentaron trombosis (n=24) y de ellos el 58,3% fueron mujeres y 41.7% hombres (p=0.398). El tratamiento anticoagulante recibido fue con heparinas de bajo peso molecular: Enoxaparina 29%, Bemiparina 33,3%, Tinzaparina 8,3% y el 8.3% precisó un filtro de vena cava. La mediana de tiempo de anticoagulación fue de 4 meses. Del total de pacientes que tuvieron trombosis al 29% se le realizó una resección total y al 66.7% una resección subtotal (p=0.167). Se analizó también la presencia de IDH-1, siendo el 46% no valorados, 4.1% mutados y 50% no mutados. En el grupo de IDH-1 mutado hubo una incidencia de ETEV del 33,3% y en el de IDH no mutado del 16,1%(p=0.4). Del total de pacientes con trombosis un 12,5% (n=3) sufrió un segundo episodio tromboembólico y ninguno de ellos tenían IDH mutado. Los pacientes sin trombosis tienen una mediana de supervivencia de 14.3 meses (IC 95% 10.8-17.7), siendo la de los pacientes con trombosis de 22 meses (IC 95% 12.8-32.8) no habiendo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos..

**Conclusión:** La incidencia de ETEV es elevada en pacientes con tumores cerebrales. La ausencia de mutación en IDH-1 podría estar relacionado con el riesgo de ETEV. Sin embargo, se necesitarían estudios de mayor tamaño muestral e incluir más muestras anatomopatológicas con IDH-1 valorado, para obtener resultados estadísticamente significativos.



## O 14

### Niveles elevados de fibrinógeno como predictores del desarrollo de cáncer tras un infarto isquémico cerebral.

**Jacobo Rogado, Vilma Pacheco-Barcia, Rebeca Mondéjar Solís** – Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. **Maria Dolores Fenor de la Maza** – Centro Integral Oncológico Clara Campal, Madrid. **Berta Obispo** – Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid. **Sonia Quintas, Julio Dotor García-Soto** – Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. **Pedro Gullon** – Universidad de Alcalá, Madrid. **José Vivancos, Ramon Colomer** – Hospital Universitario de La Princesa, Madrid

**Introducción y Objetivos:** La asociación entre el desarrollo de cáncer tras ictus es controvertida. En un estudio realizado por nuestro grupo, observamos cinco factores de riesgo asociados con el diagnóstico de cáncer en pacientes con ictus: edad avanzada, tabaquismo, enfermedad renal crónica, niveles bajos de hemoglobina y fibrinógeno elevado (Quintas S, Rogado J, et al. J Neuroncol, 2018). En este estudio, nuestro objetivo es establecer la magnitud de la asociación entre cáncer e ictus, analizando la incidencia de cáncer en una población control.

**Material y Métodos:** Restrospectivamente revisamos 1219 historias clínicas de 381 pacientes diagnosticados de ictus en la sala de emergencias de nuestro centro, y 838 pacientes controles con enfermedades neurológicas en seguimiento en

la consulta de Neurología de nuestro Hospital. Hemos analizado la incidencia acumulada de cáncer en las dos poblaciones durante un seguimiento de 18 meses en todos los pacientes, comparándose mediante su riesgo relativo. También se han comparado las características clínico-demográficas de ambas cohortes, en búsqueda de factores de riesgo asociados al desarrollo de cáncer tras el ictus isquémico.

**Resultados:** 28 pacientes con ictus isquémico fueron diagnosticados de cáncer durante el periodo de seguimiento, frente a 22 pacientes en la población control (7.6% vs 2.6%, RR 2.90,  $p=0.001$ ). La mediana de edad fue similar en las dos cohortes (77 años en los pacientes con ictus vs 76 años en los controles), y tampoco existieron diferencias significativas en cuanto a los antecedentes de enfermedad renal crónica (5 pacientes vs 1), niveles de hemoglobina (13.5 g/dl vs 14 g/dl) y el hábito tabáquico (13 pacientes vs 7). Por el contrario, observamos que los pacientes con ictus isquémico que desarrollaban cáncer, presentaban valores más elevados de fibrinógeno que los que lo desarrollaban en la población control (452 mg/dl vs 401 mg/dl,  $p=0.003$ ).

**Conclusión:** Los pacientes diagnosticados de ictus tienen 3 veces más riesgo de ser diagnosticados de un cáncer que una población control. Estos pacientes, a su vez, presentan niveles de fibrinógeno significativamente superiores a nuestra población control, lo que podría estar relacionado con el desarrollo de un cáncer subyacente. Nuevos estudios prospectivos en pacientes diagnosticados de ictus isquémico, evaluando los niveles de fibrinógeno y el posterior diagnóstico de cáncer, son prioritarios.

Características	Ictus	Controles	p valor
<b>Casos de cáncer/total%</b>	29/381 (7.6%)	22/838 (2.6%)	<b>0.001</b> (RR 2.90)
<b>Edad (mediana)</b>	77	76	0.49
<b>Enfermedad renal crónica (N)</b>	5 (17.2%)	1 (4.5%)	0.18
<b>Hábito tabáquico (N)</b>	13 (44.8%)	7 (31.8%)	0.34
<b>Hemoglobina (g/dl, mediana)</b>	13.5	14	0.18
<b>Fibrinógeno (mg/dl, median)</b>	452	401	<b>0.003</b>

Tabla. Características clínico-demográficas de los pacientes diagnosticados de cáncer.

## O 15

### CAPECITABINA Y NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES (NACOs): ¿AMIGOS O ENEMIGOS?.

**Belén Cigarral García** – Hospital Universitario de Salamanca.  
**Juana Obreo Pintos** – Gerencia de Atención Primaria de Salamanca.  
**Julia Ayuso Martín-Romo, Roberto A. Escala Cornejo, María García Muñoz, Beatriz Barrios Collado, Emilio Fonseca, Germán Martín, Luis Miguel Navarro, Juan Jesús Cruz** – Hospital Universitario de Salamanca

**Introducción y Objetivos:** El uso de los NACOs en eventos tromboembólicos, así como en la fibrilación auricular (FA) está extendido entre la población general. La ausencia de datos de seguridad de su uso en la población con cáncer y las posibles interacciones con los fármacos antineoplásicos, implican la necesidad de scores de riesgo validados en este ámbito. Debido a la interacción reportada acerca del uso de capecitabina y anticoagulantes derivados de cumarina (alteración de los parámetros de la coagulación y/o sangrado), nuestro objetivo es determinar la existencia de algún evento adverso en pacientes en tratamiento con capecitabina y anticoagulados con algún NACO en el Hospital Universitario de Salamanca (HUSA).

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo incluyendo los pacientes en tratamiento activo con capecitabina entre el 1-Enero-2017 y 31-Marzo-2018 (registro facilitado por el S. Farmacia Hospitalaria del HUSA). Se identificó a los pacientes en tratamiento activo con algún NACO (dabigatrán, apixabán, rivaroxabán, edoxabán) en la provincia de Salamanca durante el mismo período (registro facilitado por el S.Farmacia de la Gerencia Regional de Atención Primaria). Se evaluó: edad, sexo, diagnóstico histológico, fecha inicio/fin del tratamiento con capecitabina e intención del mismo, fecha inicio del NACO (tipo, dosis y motivo de prescripción), existencia de evento adverso (trombótico, hemorrágico u otro) durante el tratamiento.

**Resultados:** Se identificaron 537 pacientes en tratamiento con capecitabina, de los cuales 21 recibieron además tratamiento con algún NACO. La mediana de edad fue de 79 años, siendo en su mayoría pacientes con cáncer colo-rectal (90%) en tratamiento adyuvante o en 1ª línea. La mediana de duración del tratamiento con capecitabina fue de 5 meses. Todos los pacientes incluidos recibían tratamiento por FA con algún NACO al inicio del tratamiento con capecitabina, siendo el más utilizado apixabán (Tabla.1). Como eventos adversos reportados, únicamente hubo 1 caso: hemorragia cerebral intraparenquimatosa en una paciente con apixabán 5mg/12h y capecitabina en asociación con bevacizumab (recuperación posterior sin secuelas).

**Conclusión:** En nuestra serie no se han descrito complicaciones relevantes durante el uso de capecitabina y NACOs a excepción de un caso, no siendo posible atribuir la etiología del evento hemorrágico reportado al estar en combinación con terapia antiangiogénica. Dado el tamaño de nuestra serie, se necesitaría realizar sucesivos análisis.

<b>SEXO:</b>	
- Hombres	12 (57%)
- Mujeres	9 (43%)
<b>EDAD años (mediana)</b>	79 (62-86)
<b>DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO:</b>	
- Colo-rectal	19 (90%)
- Mama	2 (10%)
<b>USO DE CAPECITABINA:</b>	
- Neoadyuvancia	1 (5%)
- Adyuvancia	9 (43%)
- 1L metastásico	9 (43%)
- 2L metastásico	2 (9%)
<b>CAPECITABINA:</b>	
- En monoterapia	15 (71%)
- En combinación	6 (29%)
+oxaliplatino	4 (67%)
+bevacizumab	2 (33%)
<b>DURACIÓN TRATAMIENTO CAPECITABINA meses (mediana)</b>	5 (1-25)
<b>DURACIÓN TRATAMIENTO NACO (mediana)</b>	23 (4-77)
<b>TIEMPO CONCOMITANCIA CAPECITABINA-NACOS meses (mediana)</b>	5 (1-25)
<b>NACO:</b>	
- Dabigatrán	6 (29%)
- Apixabán	7 (33%)
- Rivaroxabán	6 (29%)
- Edoxabán	2 (9%)

Características de los pacientes



Miércoles, 26 de Septiembre de 2018

13.00-14.30h

Auditorio

## MAMA AVANZADA

O 16

**MONARCH 3: Abemaciclib como terapia inicial para pacientes con cáncer de mama avanzado HER2- y receptores hormonales positivos (HR+) – Resultados del análisis final pre-planificado de la SLP.**

**Luis Manso** – Hospital 12 de Octubre, Madrid, España. **Matthew P. Goetz** – Mayo Clinic, Rochester, MN, Estados Unidos. **Miguel Martin** – Instituto De Investigacion Sanitaria Gregorio Marañon, Ciberonc, Geicam; Universidad Complutense, Madrid, España. **Angelo Di Leo** – Hospital of Prato, Prato, Italia. **Seock-Ah Im** – Seoul National University College of Medicine, Seúl, Corea del Sur. **Ahmad Awada** – Jules Bordet Institute, Bruselas, Bélgica. **Susana Barriga** – Eli Lilly and Company, Madrid, España. **Masakazu Toi** – Kyoto University, Kyoto, Japón. **Hiroji Iwata** – Aichi Cancer Center Hospital, Nagoya, Japón. **Stephen Johnston** – The Royal Marsden NHS Foundation Trust, Londres, Reino Unido

**Introducción y Objetivos:** Abemaciclib es un inhibidor de CDK4 y 6 que se administra en pauta continua. En el análisis intermedio de MONARCH-3, abemaciclib más un inhibidor de la aromatasas no esteroideo (IANE) mejoró significativamente la supervivencia libre de progresión (SLP) (hazard ratio [HR], 0,543; intervalo de confianza [IC] 95%, 0,409, 0,723;  $p=0,000021$ ) y la tasa de respuesta objetiva (TRO) (enfermedad cuantificable: abemaciclib, 59,2%; placebo (pbo), 43,8%;  $p=0,004$ ) con un perfil de seguridad generalmente tolerable. Presentamos los resultados del análisis final pre-planificado de la SLP de MONARCH-3.

**Material y Métodos:** MONARCH-3 es un estudio de fase 3, doble ciego de abemaciclib/pbo (150 mg dos veces al día) + IANE (1 mg de anastrozol o 2,5 mg de letrozol al día) en mujeres postmenopáusicas con cáncer de mama avanzado (CMA) HER2-, HR+ que no habían recibido tratamiento sistémico previo para la enfermedad avanzada. Se aleatorizaron 2:1 pacientes (pts) no expuestas previamente a terapia endocrina (TE) y con recidiva de la enfermedad >12 meses después de la TE (neo)adyuvante. El objetivo principal fue la SLP evaluada por el investigador. La TRO, la tasa de beneficio clínico (TBC), la duración de la respuesta (DR), la supervivencia global (SG), la seguridad y la tolerabilidad fueron objetivos adicionales. El estudio tenía un poder del 80% con  $\alpha$  unilaterial=0,025, asumiendo un HR de 0,67 a favor de abemaciclib + IANE en 240 acontecimientos de SLP (análisis final).

**Resultados:** Los pacientes se aleatorizaron a recibir abemaciclib + IANE ( $n=328$ ) o pbo + IANE ( $n=165$ ). Al final del análisis de SLP hubo 246 acontecimientos de SLP. Abemaciclib + IANE prolongó la SLP (HR, 0,540; IC 95%, 0,418, 0,698;  $p=0,000002$ ; mediana: abemaciclib, 28,18 vs pbo, 14,76 meses). La SLP mejoró en todos los subgrupos. En los pts con enfermedad cuantificable, la TRO fue del 61,0% (abemaciclib) frente al 45,5% (pbo) ( $p=0,003$ ) y la TBC, del 79,0% (abemaciclib) frente al 69,7% (pbo) ( $p=0,037$ ). La DR mediana fue de 27,39 meses (abemaciclib) frente a 17,46 meses (pbo). Los datos de SG eran inmaduros en este momento. Los acontecimientos adversos fueron consistentes con publicaciones previas.

**Conclusión:** Abemaciclib + IANE demostró un perfil de seguridad generalmente tolerable y fue un tratamiento inicial eficaz para pts con CMA HR+, HER2-, mejorando significativamente la SLP y la TRO. Forrester T (EE.UU.), Frenzel M (Reino Unido), Cox J (Reino Unido)



## O 17

### Concordancia de alteraciones genéticas en DNA tumoral circulante (ctDNA) y DNA de células tumorales circulantes (CTC) en cáncer de mama metastásico (CMM) luminal.

**Esther Navarro Manzano, María Piedad Fernández Pérez, Alejandra Ivars Rubio, Ginés Luengo Gil, Pilar de la Morena Barrio** – Hospital G. Universitario Morales Meseguer, Murcia. Universidad de Murcia. IMIB-Arrixaca. **Enrique González Billalabeitia** - Universidad Católica San Antonio de Murcia. **Elena García Martínez, Ana Fernández Sánchez, Raul Teruel Montoya, Francisco Ayala de la Peña** – Hospital G. Universitario Morales Meseguer, Murcia. Universidad de Murcia. IMIB-Arrixaca

**Introducción y Objetivos:** El desarrollo de la biopsia líquida puede facilitar el estudio de biomarcadores de resistencia y el abordaje clínico de la heterogeneidad tumoral en el cáncer de mama metastásico (CMM) a partir del estudio del ctDNA y las CTC en sangre periférica. Nuestro objetivo fue comparar el perfil mutacional de las CTCs y el ctDNA de pacientes con CMM con distintos niveles de resistencia a hormonoterapia, para determinar el valor de cada técnica y su grado de concordancia.

**Material y Métodos:** Estudio unicéntrico retrospectivo en pacientes con CMM RE+/HER2- en las que se extrajo de forma simultánea muestra de sangre periférica para ctDNA (5 mL plasma) y CTC (7,5 mL). El aislamiento de ctDNA se realizó

con QIAamp Circulating Nucleic Acid Kit. Las CTC se aislaron por enriquecimiento inmunomagnético, con comprobación mediante AdnaTest Breast Cancer Detect (EpCAM, MUC-1, HER2, RE y RP). Ambas muestras fueron secuenciadas en paralelo utilizando el panel Oncomine Breast cfDNA Assay (10 genes, 150 hotspots). Se analizó la concordancia de las mutaciones detectadas en ctDNA y en CTC.

**Resultados:** Se incluyeron 47 pacientes: aislamiento de ctDNA en 38 y de CTC en 8. La secuenciación del ctDNA mostró mutaciones en el 68,4% (26/38) de pacientes; las más frecuentes en TP53 (61,5%), PIK3CA (34,6%) y ESR1 (23,1%). La secuenciación del DNA de CTC mostró mutaciones en el 87,5% (7/8) de las pacientes, con mutaciones en TP53 en el 100% de casos (7/7) y de PIK3CA en el 25%. Ningún caso con CTC+ mostró concordancia completa de mutaciones conl ctDNA y solo el 20% (3/15) de las mutaciones en CTC fueron detectadas simultáneamente en ctDNA. La presencia de mutaciones detectables en ctDNA aumentó, aunque de forma no significativa ( $p=0,15$ ), con el grado de resistencia endocrina (33% en no resistencia, 1 mut/paciente; 59% en resistencia secundaria, 1,8 mut/paciente; 85% en resistencia primaria, 2,4 mut/paciente).

**Conclusión:** La baja concordancia de las alteraciones genéticas entre CTC y cfDNA en el CMM luminal sugiere que los datos procedentes de la secuenciación de ambos tipos de muestras probablemente corresponden a distintas subpoblaciones tumorales. El bajo porcentaje de aislamiento de CTC en el CMM luminal (17%) es una limitación adicional para su utilización como fuente de DNA en estudios de secuenciación.

Paciente	Mutaciones encontradas en cfDNA	Mutaciones encontradas en CTC
P003	PIK3CA (c.1624G>A), TP53 (c.517G>A), TP53 (c.817C>T)	PIK3CA (c.1624G>A) TP53 (c.853G>A)
P015	TP53 (c.412T>C)	TP53 (c.524G>T)
P016	SF3B1 (c.2098A>G), ESR1 (c. 1613A>G), ESR1 (c.1610A>C), AKT1 (c.49G>A)	SF3B1 (c.2098A>G), AKT1 (c.49G>A), TP53 (c.734G>T)
P017	–	FBXW7 (chr4_15245446) TP53 (chr17_7577082)
P022	PIK3CA (chr3_178952073)	–
P025	–	TP53 (c.756G>T), TP53 (c.711G>T), TP53 (c.452C>A)
P027	AKT1 (c.49G>A)	PIK3CA (c.3129G>T), ERBB3 (c.310G>T), ERBB3 (c.889G>T), TP53 (c.722C>A)
P031	PIK3CA (c.3140A>G) AKT1 (c.49G>A) TP53 (c.523C>T)	TP53 (c.725G>T)

Tabla 1. Concordancia de mutaciones entre CTC y cfDNA de pacientes con CMM luminal detectadas con el panel Oncomine Breast cfDNA Assay (hotspots de AKT1, EGFR, ERBB2, ERBB3, ESR1, FBXW7, KRAS, PIK3CA, SF3B1 y TP53).

O 18

### PERFIL EPIGENÉTICO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON MODIFICACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL SECUNDARIA A TRATAMIENTO CON ANTI-VEGF.

**Juan de la Haba** – Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. Centro de Investigación Biomédica en Red de Oncología, CIBERONC-ISCIII. GEICAM. **Teresa Morales-Ruiz** – Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC); Departamento de Genética, Facultad de Ciencias, Universidad de Córdoba; Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. **Pilar García-Alfonso** – Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, Madrid. **José Ponce Lorenzo** – Hospital General de Alicante. GEICAM. **Lourdes Calvo** – Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. GEICAM. **Antonio Antón** – Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. GEICAM. **María Victoria García-Ortiz** – Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC); Departamento de Genética, Facultad de Ciencias, Universidad de Córdoba; Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. **Nuria Martín** – GEICAM. **Javier Gallego** – Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. GEICAM. **Álvaro Rodríguez-Lescure** – Hospital General Universitario de Elche. GEICAM.

**Introducción y Objetivos:** Un efecto secundario del tratamiento antiangiogénico, considerado de clase, es la Hipertensión Arterial (HTA). Aparece en más del 50% de los pacientes tratados con terapia antiangiogénica. Con independencia del tipo de tumor tratado, se ha observado en la mayoría de ensayos clínicos una asociación entre la HTA y una mejor evolución y respuesta al tratamiento antiangiogénico, incluyendo supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG). La preeclampsia es uno de los modelos biológicos que más se asemeja a la acción antiVEGF/VEGFR de las terapias antiangiogénicas. Entre los mecanismos epigenéticos potencialmente relacionados con variaciones en la susceptibilidad a la hipertensión gestacional está la metilación de ADN. El objetivo de nuestro estudio es definir un perfil epigenético predictor de HTA secundaria a tratamiento antiangiogénico, en pacientes (pts) tratados con bevacizumab en el estudio BRECOL.

**Material y Métodos:** Los pts (n=113) del estudio BRECOL (GEICAM/2011-04, NCT01733628) recibieron bevacizumab en combinación con Oxaliplatino o Irinotecan y Fluoropirimidinas para el cáncer colorrectal metastásico (n=49), y en combinación con Paclitaxel o Capecitabina para el cáncer de mama metastásico (n=64). El análisis de metilación se llevó a cabo en muestras de ADN extraído de sangre periférica de 32 pts (28%) englobados en 4 grupos experimentales de 8 pts, clasificados según sus antecedentes de HTA y la variación de su Tensión Arterial (TA) tras el tratamiento con bevacizumab:

- Grupo A: pts con antecedentes de HTA que incrementan su TA.
  - Grupo B: pts con antecedentes de HTA que no modifican sus TA.
  - Grupo C: pts sin antecedentes de HTA que incrementan su TA.
  - Grupo D: pts sin antecedentes de HTA y que no modifican su TA.
- El estudio de metilación se realizó mediante array de Illumina (Illumina Infinium MethylationEPIC Array Analysis)

**Resultados:** De los 850.000 sitios de metilación analizados, distribuidos por todo el genoma, se identificaron 27 (18 de ellos correspondientes a los genes FMNL2, METTL3, ACOT6, SCARNA20, PREX1, DNAI2, RAET1G, KCNJ8, GDF7, SYNPO2, CUGBP1, FRMD8, MKL2, HIF1A, TMEM177, UTP23, PXX y TNPO1) que se relacionaron con la aparición de HTA secundaria a bevacizumab (Grupos A y C).

**Conclusión:** Modificaciones en el estado de metilación del ADN se relacionan con la aparición de HTA secundaria a tratamiento con bevacizumab

O 19

### CIRUGÍA DE RESECCIÓN DE METÁSTASIS HEPÁTICAS DE CÁNCER DE MAMA: ¿MEJORA LA SUPERVIVENCIA DE LAS PACIENTES? EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU.

**Silvia Daniela Camacho Arellano, Cristina Arqueros Núñez, Vicens Artigas, Ariadna Tibau, Teresa Ramon y Caja, Paula Gomila Pons, Luis Paul Del Carpio Huerta, Sara Moron Asensio, Manuel Rodriguez, Agusti Barnadas Molins** – Santa Creu i Sant Pau

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de mama con metástasis hepáticas (CMMH) se considera un escenario de mal pronóstico con tasas de supervivencia a 5 años inferiores al 12%. Hoy en día el papel de la cirugía hepática en estas pacientes sigue siendo controvertido. El presente estudio tiene como objetivos determinar los resultados a corto y largo plazo de la cirugía de las metástasis hepáticas del cáncer de mama y estudiar posibles factores pronósticos que nos permitan seleccionar mejor las pacientes.

**Material y Métodos:** Entre enero 1989 y diciembre 2013 un total de 828 mujeres fueron diagnosticadas de CMMH en nuestro centro y se analizaron las que fueron sometidas a resección hepática. Se estimó la supervivencia (SLP) y (SG) desde la cirugía hepática según las curvas de Kaplan-Meier. Se compararon mediante el test de log-rank y el análisis de Cox para las hazard ratio.

**Resultados:** Durante el periodo de análisis 12 pacientes (1,4% de CMMH) fueron sometidas a resección hepática, 9 pacientes (75%) presentaban tumores positivos para receptor de estrógeno mientras que otras 9 (75%) fueron positivas para receptor de progesterona; se detectaron 6 pacientes (50%) HER 2 positivas. En 4 pacientes (34%) las metástasis hepáticas sincrónicas y en 8 pacientes (66%) metacrónicas. Recibieron quimioterapia previa a la cirugía 8 pacientes (66%). Se practicó hepatectomía mayor ( $\geq 3$  segmentos) 2 pacientes (16%) y hepatectomía menor (<3 segmentos) 10 pacientes (84%). Se alcanzó una cirugía radical R0 en la mayoría de las pacientes (92%). Tras una mediana de seguimiento de 16.5 años (2.7 – 30.3) la mediana de SLP fue de 4,6 años. La mediana de SG fue de 16.5 años. La tasa de SLP a 3,

5 y 10 años fue de 33%, 50 % y 50 % respectivamente. La tasa de SG a los 3 – 5 – 10 años fue 84%, 84 y 59% respectivamente. La variable asociada de forma independiente con una tendencia a mejor pronóstico fue la presencia de un receptor de progesterona positivo (HR 0.47, 95% IC 0'086-2,6; p: 0,001).

**Conclusión:** En pacientes seleccionadas, la resección de las metástasis hepáticas del cáncer de mama debe valorarse en el contexto de un comité multidisciplinar. En nuestro medio la mediana de supervivencia global fue de más de 15 años tras ésta cirugía.

O 20

**Diagnóstico por síntomas o por seguimiento de la recaída a distancia del cáncer de mama (CM): cuestionando el estándar.**

**Francisco Ayala de la Peña** – Hospital G. Universitario Morales Meseguer. **Marina Tortosa Cabañas** – Universidad de Murcia. **Alejandra Ivars Rubio, Ana Fernández Sánchez, Pilar de la Morena Barrio, Manuel Sánchez Cánovas, Elisa García Garre, Esmeralda García Torralba, Gema Marín Zafra, Elena García Martínez** – Hospital G. Universitario Morales Meseguer

**Introducción y Objetivos:** El paradigma actual de seguimiento del CM descarta la realización de estudios analíticos y de imagen dirigidos a la detección de la recaída metastásica. Sin embargo, las evidencias en las que se basa este estándar son anteriores al concepto de enfermedad oligometastásica (EOM) y a la disponibilidad de tratamientos con impacto importante en la supervivencia del cáncer de mama metastásico (CMM). Nuestro objetivo fue evaluar si una estrategia de seguimiento estratificada por riesgo es capaz de detectar un porcentaje mayor de EOM y de permitir mejores tratamientos y resultados que la detección por síntomas.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo unicéntrico de pacientes consecutivas con diagnóstico de recaída metastásica de CM incluídas en un protocolo de seguimiento con marcadores tumorales y estudios de imagen estratificados por riesgo y subtipo. Se analizó el patrón diagnóstico de la recaída, la presencia de síntomas, la presencia de EOM y el tipo de tratamiento. Se generaron curvas de Kaplan-Meier para supervivencia global (SG) y modelos de Cox univariantes y multivariantes.

**Resultados:** Se incluyeron 136 pacientes, con diagnóstico de CMM tras recaída (confirmación con biopsia: 84%). Edad (mediana): 57 años. ECOG 0-1: 89,7%. Subtipos: RE+HER2-, 60,3%; RE+ HER2+, 14,7%, RE-HER2+ 5,1%; triple negativo, 19,1%. Enfermedad visceral: 62,5%. ILE<2 años: 32,4%.

SG (mediana): 29,5 meses. Diagnóstico de la recaída a distancia: síntomas (Dco-S), 51,5%; estudios programados seguimiento (Dco-EPS), 43,4% (20,6% analítico, 22,8% imagen). No hubo diferencias entre Dco-S y Dco-EPS en subtipo (p=0,38), localizaciones de metástasis (p=0,82) o ECOG (p=0,4). El 20,6% correspondió a EOM, sin diferencias en tipo de diagnóstico (Dco-S o Dco-EPS) o cirugía o RT radical de lesiones metastásicas (24/28 pacientes). El Dco-S se asoció a peor SG que el Dco-EPS (26,2 vs 40,5 meses; p=0,01) (Figura1). En el análisis multivariante, la EOM fue un factor independiente para la SG en el grupo de Dco-EPS (HR: 0,32, IC95%:0,11-0,96; p=0,04), pero no en pacientes con Dco-S.

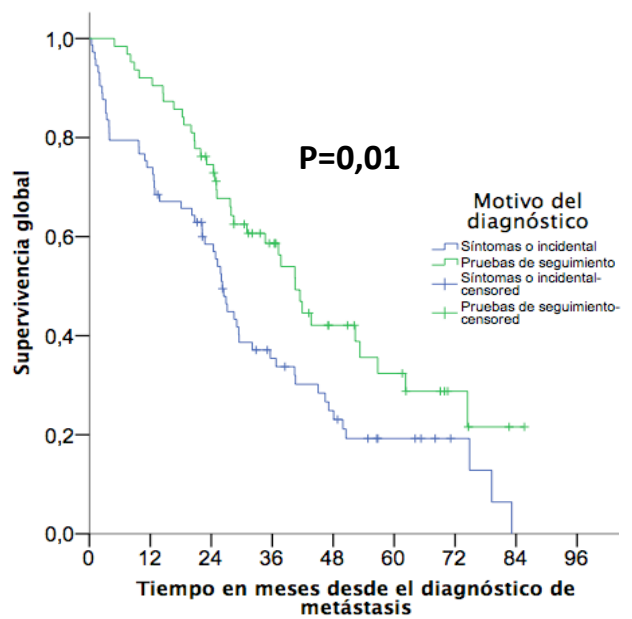


Figura 1. Curvas de Kaplan-Meier para supervivencia global en función del tipo de diagnóstico (síntomas vs estudios programados de seguimiento)

**Conclusión:** La mitad de las recaídas metastásicas del CM pueden ser diagnosticadas con EPS en estado asintomático. Aun con la misma frecuencia de EOM y de tratamiento radical, el Dco-EPS se asocia a mayor supervivencia global. La no realización de estudios diagnósticos de seguimiento para detectar enfermedad metastásica debería ser evaluada nuevamente de forma prospectiva.

Miércoles, 26 de Septiembre de 2018

18.00-19.30h

Auditorio

## GINECOLÓGICO

O 21

### Bevacizumab en la recaída del cáncer de ovario: ¿Podría ser especialmente activo en pacientes con carcinoma de células claras?.

**Jesús Brenes Castro** – Hospital Universitario Insular Gran Canaria. **Alejandro Gallego Martínez, Beatriz Castelo, Pilar Zamora, Lorena Ostios, Marta Mendiola, Alberto Berjón, Gema Casado, Alicia Hernández, Andrés Redondo** – Hospital Universitario La Paz-IdiPAZ

**Introducción y Objetivos:** La adición de bevacizumab a quimioterapia ha mostrado aumentar la supervivencia libre de progresión (SLP) en la recaída del cáncer de ovario (CO), pero se desconoce si pudiera ser más activo en ciertos subtipos histológicos. El carcinoma de células claras (CCC) se asocia a peor pronóstico y menor quimiosensibilidad que el carcinoma seroso de alto grado (HGSC). Analizar la eficacia de bevacizumab en combinación con quimioterapia en una serie de pacientes con recaída de CO, específicamente en las cohortes de CCC y HGSC, y compararla con la eficacia conseguida por el esquema de quimioterapia anterior, mediante el Growth Modulation Index (GMI).

**Material y Métodos:** Se recogieron datos de una serie de 39 pacientes que habían recibido bevacizumab en combinación con quimioterapia para la recaída del CO, en el Hospital Universitario La Paz, desde junio 2010 hasta abril 2018. Variables recogidas: subtipo histológico, edad, SLP con el esquema de bevacizumab, SLP con la línea anterior a bevacizumab, el GMI, definido como la relación entre la SLP de dos líneas de tratamiento consecutivas (calculada como  $SLP_n/SLP_{n-1}$ , donde n es la línea en la que se

usó bevacizumab) y SG desde el uso de bevacizumab. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS version 20°.

**Resultados:** La media de edad fue 55.8 años (35-76). Subtipos histológicos: 24 HGSC, 11 CCC, 2 endometrioides, 1 mucinoso, 1 indiferenciado. La mediana de SLP para el esquema de bevacizumab fue de 18.3 meses, siendo 21.7 meses en CCC [95% 18.9-24.3] y 17.1 en HGSC [95% 15.3-19.2] (p0.063). La SLP en el esquema previo a la utilización de bevacizumab había sido de 18.9 meses: 12.7 en CCC, y 21 en HGSC. El GMI en la serie global fue de 1.33, 2.71 en CCC [95% 2.32-3.35], y 1.03 en HGSC [IC 95% 0.89-1.28] (p0.043). La SG fue 28.8 meses: 22.3 en CCC, y 34.7 en HGSC.

**Conclusión:** En nuestra serie, la adición de bevacizumab en la recaída del CO consigue mejorar la SLP con respecto a la línea de tratamiento precedente, especialmente en la cohorte de CCC, en la que la SLP es también superior a la conseguida en HGSC. Por tanto, podemos concluir que la magnitud de beneficio conseguido añadiendo bevacizumab a la quimioterapia podría ser superior en pacientes con CCC.

O 22

### Determinantes en la expresión génica de TP53 en pacientes con carcinoma seroso alto grado de ovario.

**Jerónimo Martínez-García** – HCU Virgen de la Arrixaca. **Edith Rodríguez Braun** – HU Santa Lucía. **Anabel Anton García**

– Departamento Genómica – IMIB. **Asunción Soto, Ana Puertes Boix, Pilar Sanchez Henarejos, Miler Andres Cuellar Rivas, Alicia Cano Jimenez, David Collado Martinez, Jose Luis Alonso Romero** – HCU Virgen de la Arrixaca

**Introducción y Objetivos:** El gen supresor TP53 se encuentra mutado en la mayoría de carcinoma de ovario seroso de alto grado (COSAG), pero no se conocen los determinantes de su expresión.

**Material y Métodos:** Estudio prospectivo observacional entre noviembre/2013 y febrero/2017 en pacientes con COSAG para analizar la expresión génica de TP53 en plasma (cTP53) y en tejido tumoral paraafinado (pTP53) y relacionarlo con características clínicas y biomarcadores plasmáticos. Se ha diseñado un panel custom Ampliseq para secuenciar TP53 en DNA libre circulante (cfDNA) en la plataforma PGM Ion Torrent, utilizando la química Hi-Q view sequencing en un chip 318 (Life Technologies). Los datos generados se alinearon frente a la secuencia de referencia GRCh38 con TMAP4, incluido en el paquete software Torrent Suite 5.8, alcanzando coberturas medias para cada muestra superiores a 2000x. El estudio fue aprobado por el comité de ética.

**Resultados:** Se han analizado 30 pacientes con muestras válidas, 16 platino-sensibles y 14 platino-resistentes. En todos los pacientes hubo mutación de TP53. La mutación más frecuente en tejido tumoral fue Pro72Arg (28/30 pacientes) y en plasma fue Pro72Arg (29/30 pacientes) y Thr312Ser (24/30 pacientes). Las mutaciones de cTP53 fueron halladas en tejido tumoral en el 61% de pacientes, y las mutaciones en pTP53 fueron halladas en plasma en el 38% de pacientes. La medida plasmática de Pro72Arg ha sido mayor en pacientes en recaída vs primario (p 0,009), ascitis leve vs severa (p 0,001), tumor peritoneal <2 cm (p 0,038), tumor ovárico < 5 cm (p 0,07) y en cirugía R0 (p 0,014). Pro72Arg se ha correlacionado con el nivel de Pro72Arg tisular (p 0,001), plaquetas (p 0,003) y CA125 (p 0,007), pero no con albúmina, LDH, PMN, células tumorales circulantes ni cfDNA. No se hallado relación con la sensibilidad a platino, el estado general, estadio tumoral, presencia de adenopatías, extensión peritoneal.

**Conclusión:** La mayoría de mutaciones de TP53 circulante están presentes en tejido tumoral ovárico. La mutación Pro72Arg podría ser un buen candidato plasmático de la mutación de TP53 tisular. Pro72Arg plasmático es mayor en recaída tumoral y cuando hay menor volumen de enfermedad, relacionándose con cirugía R0.

## O 23

### Estratificación del riesgo en el cáncer de endometrio en estadios iniciales: ¿Es útil en la práctica clínica?.

**Jorge Luis Ramón Patiño, Luis Eduardo García de la Calle, Ignacio Ruz Carancuel, Alejandro Gallego Martínez, Alberto Berjón, Alicia Hernández, Marta Mendiola, David Hardisson, Jaime Feliú Battle, Andrés Redondo Sánchez** – Hospital Universitario La Paz

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de endometrio es el tumor ginecológico más frecuente en países desarrollados. La supervivencia global a 5 años es muy variable en función del estadio: estadio I 80-90%, estadio II 70-80%, y estadio III-IV 20-60%. El objetivo de este estudio es analizar la tasa de recaídas (TR) y la supervivencia global (SG) de las pacientes con estadios iniciales (I y II) en función de los grupos de riesgo establecidos en el consenso ESMO-ESGO-ESTRO 2017.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo observacional sobre 351 pacientes diagnosticadas en nuestro centro entre 2003 y 2015 de un cáncer de endometrio en estadio I o II. El análisis estadístico se realizó con el software STATA IC versión 15.

**Resultados:** La mediana de edad fue de 64 años (57-74). La distribución de subtipos histológicos fue: endometriode (84,9%), seroso (6,6%), carcinosarcoma (3,4%) y células claras (0,9%). El 15,4% de las pacientes sufrió una recaída (32,1% a nivel loco-regional y 67,9% a distancia). La tasa de mortalidad a 3 años fue del 27%, con una mediana de seguimiento de 72 meses. La TR en las pacientes con tumores considerados de alto riesgo según criterios ESMO fue del 44,4%, significativamente superior a la del grupo de bajo riesgo, que fue del 13% (OR: 7,39 (IC 95% 3,33 – 16,41). Sin embargo, inesperadamente, la TR en el grupo intermedio fue superior que la del intermedio-alto (24% vs 16,7%, respectivamente). Mientras que la gran mayoría de recaídas del grupo de bajo riesgo fueron a nivel loco-regional (83,3% vs 16,7% a distancia), en el resto de grupos de riesgo predominaron las recaídas a distancia (intermedio: 84,6% vs 15,4%, intermedio-alto: 77,8% vs 22,2%, alto: 66,7% vs 33,3%). La mortalidad fue también superior en el grupo de alto riesgo (36,3%) que en el resto: intermedio-alto 13,7%, intermedio 20% y bajo riesgo 30%. En la figura adjunta se muestran las curvas Kaplan-Meier de la supervivencia libre de recaída en los 4 grupos de riesgo analizados.

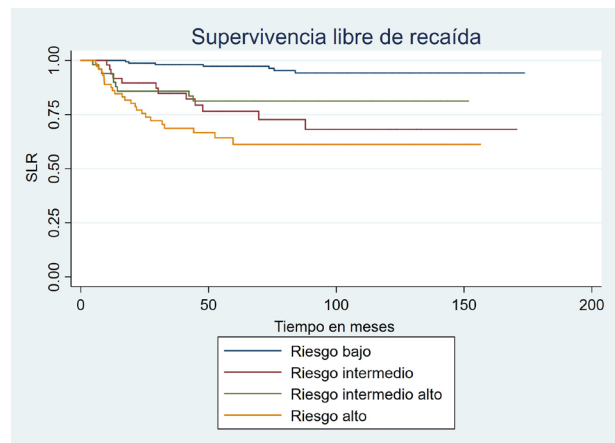


Figura 1. Curvas Kaplan Meyer para la SLR

**Conclusión:** La estratificación por grupos de riesgo es útil para identificar las pacientes con cáncer de endometrio con mayor y menor probabilidad de sufrir una recaída y muerte. Sin embargo, en nuestra serie, existen discrepancias en cuanto al riesgo de recaída entre los grupos intermedios.



## O 24

**Valor pronóstico de la ratio neutrófilo/linfocito en cáncer de ovario avanzado.**

**Alejandra Ivars Rubio, Manuel Sánchez Cánovas, Francisco Ayala de la Peña – Pilar De la Morena Barrio, Elisa García Garre, Gema Marín Zafra, Ana Fernández, Elena García-Martínez – Hospital Morales Meseguer**

**Introducción y Objetivos:** La ratio neutrófilo/linfocito (RNL) representa la relación del equilibrio inflamación-respuesta inmune del huésped. Se ha publicado el valor pronóstico de RNL en varios tumores, incluidos el cáncer de ovario (CO). Pero no hay datos que exploren el valor de RNL en diferentes líneas de tratamiento de una misma paciente. El objetivo de este trabajo fue evaluar el impacto de este índice en la supervivencia de las pacientes y su relación con la SLP y SG en las diferentes líneas de QT.

**Material y Métodos:** Análisis retrospectivo pacientes diagnosticadas de CO estadios III-IV en nuestro centro. Se han recogido los datos analíticos previos a la administración de cada ciclo de QT de las tres primeras líneas de tratamiento recibidas por cada paciente (QT1, QT2, QT3). Se ha calculado la RNL como la relación entre el recuento de neutrófilos y linfocitos en sangre periférica y establecido el punto de corte de RNL en 3,6 basándonos en los datos del meta-análisis publicados en el 2017. Se ha estudiado la supervivencia global (SG) con curvas Kaplan-Meier. Además se han generado modelos de Cox.

**Resultados:** Se han incluido 90 pacientes. Mediana de edad 65 años. La mediana de seguimiento fue de 40,32 meses (2,56-154m) Supervivencia global (SG) 53,3 meses (34-72,5), SLP1=13,5m + 0,9m; SLP2=8,21m + 1,49m; SLP3=6,57 + 2,08m. CO estadio III 71% y estadio IV 21,5%. Datos RNL: 1ºcicloQT1 Mediana RNL: 2,95 SD 1,83 (0,48 – 9,86); 1ºcicloQT2 Mediana RNL: 2,34 SD 1,91 (0,59 – 13); 1ºcicloQT3 Mediana RNL: 2,02 SD 1,38 (0,50 – 6,82). Las pacientes con RNL>3,6 al diagnóstico, tiene una supervivencia global menor (53 vs 25 meses) que las pacientes con ratios menores ( $p=0,029$ ). Más allá de la primera línea de tratamiento existen diferencias en la supervivencia próximas a la significación estadística, tanto en segunda (34 vs 16 meses,  $p=0,152$ ) como en tercera línea (42 vs 18 meses,  $p=0,081$ ).

**Conclusión:** Nuestros datos sugieren que el RNL puede ser un factor pronóstico interesante no sólo al diagnóstico del cáncer de ovario, como señalan datos publicados, sino también, en sucesivas recaídas del cáncer de ovario.

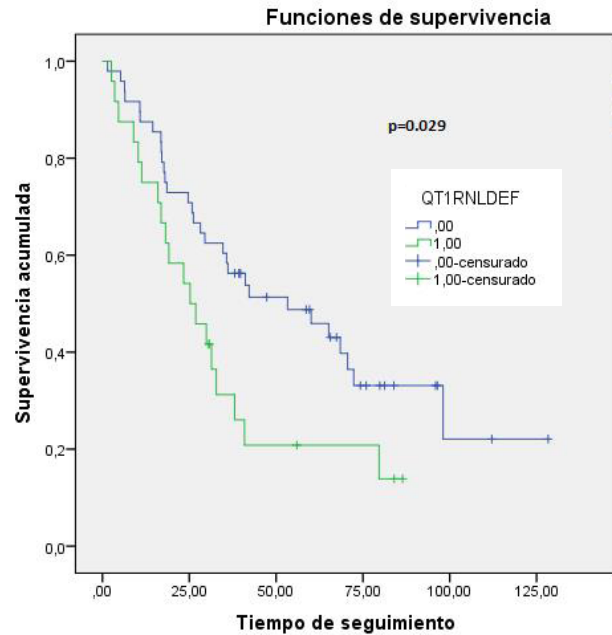


Figura 1. SG en función de la RNL previa a la QT de 1ª línea.

## O 25

**Análisis Coste Utilidad de la determinación de la mutación BRCA1/2 en línea germinal en mujeres con cáncer de ovario epitelial en España. SEOM 2011 vs SEOM 2015.**

**Ana Beatriz Sánchez Heras – Hospital General Universitario de Elche. Antonio González Martín – Clínica Universidad de Navarra. Eloisa Bayo Lozano – Hospital Universitario Virgen Macarena. Carlota Moya Alarcón – AstraZeneca. Margarita Jiménez Torres – Weber. Susana Simon Colina – AstraZeneca. Almudena González Domínguez – Weber**

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de ovario (CO), en España, es el quinto cáncer más frecuente en la mujer, con una incidencia anual de 3.412 mujeres en 2017. El CO y el cáncer de mama (CM) se asocian a mutaciones genéticas BRCA1 y/o BRCA2 (BRCA1/2). El objetivo del trabajo es estimar la eficiencia relativa a largo plazo de la realización del test mutacional BRCA1/2 en línea germinal a mujeres con CO epitelial (COE) de alto grado no mucinoso sin antecedentes familiares de CM y/o CO (población inicial), y a sus familiares.



**Material y Métodos:** Se realizó un modelo de simulación a nivel de paciente con ciclos anuales. En aquellas pacientes con mutación BRCA1/2 y en sus familiares de primer y segundo grado, se simuló el riesgo de desarrollo de COE o de CM, la tasa de mortalidad, los costes y los años de vida ajustados por calidad (AVAC) en un horizonte temporal de 50 años. Los costes directos sanitarios fueron los asociados al COE y CM expresados en euros de 2017. Se aplicó una tasa de descuento del 3% tanto a los costes como en los AVACs. La perspectiva utilizada fue la del Sistema Nacional de Salud (SNS) español. Considerando la población inicial, los dos escenarios comparados se basaron en las recomendaciones SEOM 2015 (realizar el test) vs. SEOM 2011 (no realizarlo). Los resultados se expresaron utilizando el ratio coste-utilidad incremental (RCUI). También se realizó un análisis de sensibilidad probabilístico de 5.000 simulaciones variando cada parámetro un  $\pm$  25%.

**Resultados:** Los costes totales tras la implantación del test BRCA1/2 ascienden a 13.437.897,43€ mientras que si no se implanta serían de 12.053.291,17€. Los AVACs son de 2.107,8 y 2.064,0 respectivamente. El RCUI es de 31.621,33€/AVAC. La prueba es coste-efectiva en el 60,56% de los casos con umbral de 37.000€/AVAC.

**Conclusión:** Realizar el test genético de mutación BRCA1/2 en línea germinal en mujeres con COE no mucinoso de alto grado sin antecedentes familiares es altamente coste-efectiva frente a los umbrales europeos. El cribado en familiares no sólo reducirá la incidencia del CM y COE sino que, además, permitirá dirigir el tratamiento de los nuevos casos detectados mejorando tanto su calidad de vida como su supervivencia libre de progresión y supervivencia global.

Parámetros	Sin realización del test genético	Con realización del test genético	Diferencia
Test germinal	0,00 €	792.505,45 €	792.505,45 €
Consejo Genético	0,00 €	208.055,19 €	208.055,19 €
Mastectomía bilateral	0,00 €	98.900,89 €	98.900,89 €
Salpingooforectomía bilateral	0,00 €	297.229,85 €	297.229,85 €
Terapia hormonal sustitutiva	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Vigilancia	0,00 €	291.974,47 €	291.974,47 €
Cáncer de ovario	10.918.562,82 €	10.846.439,40 €	-72.123,43 €
Cáncer de mama	680.468,21 €	468.388,46 €	-212.079,76 €
Cuidados paliativos	454.260,13 €	434.403,73 €	-19.856,40 €
<b>Total costes</b>	<b>12.053.291,17 €</b>	<b>13.437.897,43 €</b>	<b>1.384.606,26 €</b>
<b>AVAC</b>	<b>2.064,0</b>	<b>2.107,8</b>	<b>43,8</b>

<b>RCUI</b>	<b>31.621,33 €/AVAC</b>
-------------	-------------------------

Costes sanitarios de la población total del periodo de 50 años según la realización de test genético

Miércoles, 26 de Septiembre de 2018

18.00-19.30h

Sala Castilla

## NO COLORRECTAL

O 26

### Cabozantinib (C) versus placebo (P) en pacientes (pts) con carcinoma hepatocelular (CHC) avanzado que recibieron sorafenib previo: resultados del ensayo aleatorizado fase 3 CELESTIAL.

Luis Cabezón Gutiérrez – Hospital Universitario de Torrejón

**Introducción y Objetivos:** C ha mostrado previamente actividad clínica en pts con CHC avanzado. Este ensayo fase 3 (NCT01908426) evaluó C vs P en pts con CHC avanzado previamente tratados.

**Material y Métodos:** En este estudio doble ciego, global, de fase 3, los pts fueron aleatorizados 2:1 con C (60 mg una vez al día) o con P y estratificados por etiología, región geográfica y presencia de diseminación extrahepática y/o invasión macrovascular (EHS/MVI). Los pts tenían diagnóstico de CHC, Child-Pugh A, ECOG PS  $\leq$ 1, habían recibido sorafenib previo, hasta 2 líneas de terapia sistémica y debían haber progresado después de al menos una de ellas. La variable principal del estudio fue SG. Las variables secundarias fueron SLP evaluada por investigador y TRO por RECIST 1.1. El estudio fue diseñado para detectar una HR para SG de 0,76 (90% de potencia,  $\alpha=0,05$ ) en el análisis final con 2 análisis pre-especificados al 50% y 75% de los 621 eventos planificados.

**Resultados:** A 1 de junio de 2017, se aleatorizaron 707 pts y ocurrieron 484 muertes (317 de 470 para C, 167 de 237 para

P). Las características basales fueron equilibradas entre los brazos: mediana de edad 64 años, 82% hombres, 38% con HBV, 24% con HCV, 25% de Asia, 85% con EHS/MVI y 27% con 2 tratamientos previos. El estudio cumplió la variable principal en el segundo análisis interino con una mediana de SG de 10,2 meses para C vs 8,0 para P (HR 0,76, 95% CI 0,63–0,92;  $p=0,0049$ ). La mediana de SLP fue 5,2 meses para C vs 1,9 para P (HR 0,44, IC 95% 0,36–0,52;  $p<0,0001$ ) y la TRO 4% vs 0,4% ( $p=0,0086$ ). Los acontecimientos adversos grado 3/4 más comunes con mayor incidencia en el brazo C vs P incluyeron síndrome mano-pie (17% vs 0%), hipertensión (16% vs 2%), incremento de AST (12% vs 7%), fatiga (10% vs 4%) y diarrea (10% vs 2%).

**Conclusión:** C mejoró significativamente la SG y la SLP vs P en pts previamente tratados con CHC avanzado. Los acontecimientos adversos fueron consistentes con el perfil de seguridad conocido de C.

O 27

### Duración del tratamiento de primera línea en cáncer gástrico avanzado. Datos del estudio AGAMENON.

Ismael Macías – Hospital Universitario Parc Taulí, Sabadell.  
Javier Gallego Plazas – Hospital General Universitario de Elche, Elche. Alejandra Lacalle – Complejo Hospitalario de



Navarra, Pamplona. **Gema Aguado** – Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid. **Federico Longo** – Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. **Alfonso Martín Carnicero** – Hospital San Pedro, Logroño. **Avinash Ramchandani** – Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria. **María Luisa Limón** – Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. **Paula Jiménez-Fonseca** – Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. **Alberto Carmona-Bayonas** – Hospital Universitario Morales Meseguer, Murcia

**Introducción y Objetivos:** Se desconoce la duración óptima de la primera línea de quimioterapia para pacientes con cáncer gástrico avanzado (CGA). Los ensayos clínicos disponibles han propuesto diferentes estrategias que incluyen tratamiento limitado a unos meses, mantenimiento de algunos fármacos, o tratamiento hasta la progresión. El objetivo de este análisis fue describir los criterios para la toma de decisiones sobre mantener o detener la quimioterapia, los factores pronósticos y la supervivencia libre de progresión (SLP) en relación con cada estrategia.

**Material y Métodos:** La población estudiada son pacientes con CGA tratados con quimioterapia basada en platino y fluoropirimidina y sin progresión en la segunda evaluación de respuesta con imagen (TC) pertenecientes a 32 hospitales. Se construyó un modelo multi-estado para evaluar el efecto de las modificaciones de la terapia y se usó un modelo de riesgos proporcionales de Markov.

**Resultados:** Se analizaron 415 pacientes que se dividieron en tres estratos: 1) discontinuaron el platino e hicieron mantenimiento con fluoropirimidina hasta progresión (30%, n=123), 2) discontinuaron el tratamiento completo antes de la progresión (52%, n=216) y 3) mantuvieron el tratamiento hasta progresión (18%, n=76). No se encontró evidencia estadística de que suspender el tratamiento se asociara con SLP diferente, tanto cuando se paró el platino solo: HR 0.92 (IC95%, 0.54-1.58), P=0.782, como cuando se detuvo el tratamiento completo: HR 1.16 (0.70-1.92), P=0.544, con respecto a tratar hasta progresión. La duración de la terapia tampoco tuvo efectos significativos en SLP ni en supervivencia global y la estimación no difirió en función del estatus HER2. Los factores pronósticos más relevantes para SLP fueron: el estado general ECOG2 (HR2.48, IC5%, 0.98-6.29), la presencia de  $\geq 3$  localizaciones metastásicas (HR1.86, IC95%, 1.19-2.90), la respuesta tumoral por criterios RECIST en la segunda TC (HR0.59, IC95%, 0.33-1.09), y la existencia de metástasis óseas (HR 1.65, IC95%, 1.14-2.40) (tabla 1). En aquellos que mantuvieron el tratamiento hasta progresión se constató más toxicidad grado 3/4 cuando se continuó con toda la quimioterapia respecto al mantenimiento solo con fluoropirimidina (16% vs 6%), P=0.018.

**Conclusión:** En este estudio, el tratamiento hasta la progresión no impactó en supervivencia y si se asoció con una mayor toxicidad. La consideración de diferentes factores pronósticos puede ser útil en la toma de decisiones sobre cuando detener la quimioterapia en primera línea de CGA.

Transición		Modelo de Markov		Modelo de Markov	
		HR (IC 95%)	P	HR (IC 95%)	P
1 -> 2 transición (Inicio -> discontinuación platino previo a progresión)	Estado general ECOG, ≥2	0.35 (0.04-2.56)	0.303	0.32 (0.04-2.37)	0.268
	Grado 1 vs otros	0.96 (0.44-2.08)	0.925	1.02 (0.48-2.16)	0.954
	HER2 + tratado con trastuzumab	1.49 (0.85-2.61)	0.159	NA	-
	Localizaciones metastásicas, ≥3	0.62 (0.32-1.19)	0.154	0.60 (0.32-1.13)	0.116
	Metástasis óseas	1.65 (1.14-2.40)	0.007**	1.59 (1.10-2.31)	0.013*
	RECIST Estabilización Respuesta completa Respuesta parcial	Ref. 0.91 (0.27-3.04) 1.12 (0.63-1.99)	- 0.88 0.67	Ref. 0.81 (0.25-2.68) 1.02 (0.59-1.73)	- 0.742 0.941
	Ascitis	1.12 (0.64-1.76)	0.730	1.01 (0.51-1.99)	0.961
1 -> 3 transición (Inicio -> toda la quimioterapia detenida antes de progresión)	Estado general ECOG, ≥2	1.85 (0.92-3.69)	0.080	1.97 (0.99-3.95)	0.052
	Grado 1 vs otros	0.77 (0.42-1.41)	0.415	0.74 (0.40-1.36)	0.340
	HER2 + tratado con trastuzumab	0.94 (0.60-1.47)	0.812	NA	-
	Localizaciones metastásicas, ≥3	1.47 (0.99-2.19)	0.054	1.54 (1.04-2.30)	0.030*
	Metástasis óseas	1.65 (1.14-2.40)	0.007**	1.59 (1.10-2.31)	0.013*
	RECIST Estabilización Respuesta completa Respuesta parcial	Ref. 0.92 (0.07-1.27) 1.16 (0.77-1.74)	- 0.86 0.45	Ref. 0.98 (0.41-2.31) 1.26 (0.84-1.89)	- 0.965 0.256
	Ascitis	1.06 (0.64-1.76)	0.802	1.10 (0.66-1.83)	0.700
1 -> 4 transición (Inicio-> mantenimiento de quimioterapia hasta progresión)	Estado general ECOG, ≥2	3.89 (1.29-11.72)	0.015*	4.06 (1.40-11.7)	0.009**
	Grado 1 vs otros	0.59 (0.27-1.29)	0.188	0.57 (0.27-1.22)	0.151
	HER2 + tratado con trastuzumab	0.79 (0.39-1.60)	0.528	NA	-
	Localizaciones metastásicas, ≥3	1.27 (0.69-2.31)	0.43	1.22 (0.68-2.20)	0.491
	Metástasis óseas	1.65 (1.14-2.40)	0.007**	1.59 (1.10-2.31)	0.013*
	RECIST Estabilización Respuesta completa Respuesta parcial	Ref. 0.29 (0.07-1.27) 0.60 (0.33-1.09)	- 0.10 0.09	Ref. 0.29 (0.06-1.24) 0.69 (0.39-1.22)	- 0.096 0.207
	Ascitis	0.83 (0.38-1.82)	0.650	0.82 (0.38-1.75)	0.616
2 -> 4 transición (Stop platino -> progresión o muerte)	Estado general ECOG, ≥2	2.48 (0.98-6.29)	0.054	2.13 (0.85-5.33)	0.104
	Grado 1 vs otros	0.88 (0.47-1.65)	0.707	1.10 (0.60-2.02)	0.733
	HER2 + tratado con trastuzumab	1.04 (0.65-1.65)	0.867	NA	-
	Localizaciones metastásicas, ≥3	1.86 (1.19-2.90)	0.006**	1.65 (1.06-2.56)	0.024*
	Metástasis óseas	1.65 (1.14-2.40)	0.007**	1.59 (1.10-2.31)	0.013*
	RECIST Estabilización Respuesta completa Respuesta parcial	Ref. 0.09 (0.07-1.27) 0.59 (0.33-1.09)	- <0.001** 0.016*	Ref. 0.12 (0.03-0.41) 0.66 (0.44-1.01)	- <0.001** 0.054
	Ascitis	0.90 (0.55-1.48)	0.704	0.92 (0.56-1.50)	0.752
3 -> 4 transición (Stop toda la quimioterapia-> progresión o muerte)	Estado general ECOG, ≥2	1.48 (0.78-2.82)	0.226	1.51 (0.78-2.91)	0.210
	Grado 1 vs otros	0.93 (0.57-1.54)	0.800	0.73 (0.45-1.20)	0.224
	HER2 + tratado con trastuzumab	0.67 (0.44-1.01)	0.058	NA	-
	Localizaciones metastásicas, ≥3	1.29 (0.93-1.79)	0.116	1.33 (0.96-1.85)	0.084
	Metástasis óseas	1.65 (1.14-2.40)	0.007**	1.59 (1.10-2.31)	0.013*
	RECIST Estabilización Respuesta completa Respuesta parcial	Ref. 0.33 (0.02-0.32) 0.83 (0.39-0.90)	- <0.001** 0.26	Ref. 0.31 (0.16-0.57) 0.86 (0.62-1.20)	- <0.001** 0.387
	Ascitis	0.78 (0.51-1.20)	0.273	0.80 (0.52-1.23)	0.320
Estados de transición	Brazo tratamiento Tratamiento hasta progresión Fin de platino antes de progresión	ND	-	Ref. 0.92 (0.54-1.58)	- 0.782
	Brazo de tratamiento Tratamiento hasta progresión Tratamiento detenido antes de progresión	ND	-	Ref. 1.16 (0.70-1.92)	- 0.544
	Tiempo a la segunda TC	ND	-	0.89 (0.80-0.99)	0.033*

Modelo multiestado: análisis multivariante para supervivencia libre de progresión



O 28

**Estudio de fase I y 2 de escalado de dosis abierto de irinotecán liposomal (nal-IRI) más 5-fluorouracilo/leucovorina (5-FU/LV) y oxaliplatino (OX) en pacientes con cáncer de páncreas metastásico no tratado previamente (CaPam).**

**Floris de Jong** – Shire International GmbH. **Patrick Boland** – Roswell Park Comprehensive Cancer Center. **Ramesh Ramanathan** – Mayo Clinic Cancer Center. **Zev A. Wainberg** – University of California Los Angeles. **Kabir Mody** – Mayo Clinic, Jacksonville. **Bruce Belanger** – Ipsen Bioscience, Inc. **Bin Zhang** – Ipsen Pharma. **Andrew Dean** – St John of God Subiaco Hospital

**Introducción y Objetivos:** nal-IRI+5-FU/LV es efectivo para pacientes con CaPam tras la progresión con terapia de gemcitabina. Este estudio (NCT02551991) se diseñó para evaluar la seguridad, tolerabilidad y toxicidad limitante de dosis (TLD) de nal-IRI+5-FU/LV+OX (NAPOX) para el tratamiento de pacientes con CaPam en primera línea.

**Material y Métodos:** NAPOX es evaluado en pacientes >18 años con CaPam no tratados previamente con un estado funcional ECOG ≤1 y un funcionamiento orgánico adecuado.

Se han iniciado 3 de las 4 cohortes de escalado de dosis de NAPOX, dosificadas el día 1 y 15. Los criterios de valoración principales del estudio son la seguridad y la tolerabilidad, con una evaluación exploratoria de signos de eficacia.

**Resultados:** A partir del 10 de noviembre de 2017, 24 pacientes (Cohorte A:n = 7; Cohorte B:n = 7; Cohorte C:n = 10) recibieron ≥1 dosis de NAPOX (mediana de edad: 66,0 años, rango: 44-78 años). Cinco pacientes reportaron ≥1 TLD (cohorta A: n = 2/7, cohorte B: n = 1/7, cohorte C: n = 2/10). Los efectos adversos (EEAA) derivados del tratamiento más frecuentes fueron los trastornos gastrointestinales (GI) (Cohorte A:71%; Cohorte B:71%; Cohorte C:60%). Los EEAA relacionados con nal-IRI de grado 3 o 4 fueron trastornos gastrointestinales (cohorta A:43%, cohorte B:14%, cohorte C:50%) y neutropenia (cohorta A:43%; cohorte B:29%; cohorte C:40%). La mejor respuesta global fue la respuesta parcial (RP) en 6/24 pacientes (cohorta B:n=3/7, cohorte C:n=3/10). En la cohorte B (con la dosis más baja y tolerable), n=5/7 pacientes alcanzaron el control de la enfermedad (RP o enfermedad estable >16 semanas), con n=4/7 pacientes tratados durante ≥24 semanas.

**Conclusión:** El análisis inicial sugiere una dosis bien tolerada y una actividad antitumoral clínica prometedora de NAPOX. El escalado de dosis y la expansión están en curso de análisis.

Cohorte	Dosis			Pacientes Actuales		Grado 3/4 EEAA (relacionados con nal-IRI)			
	nal-IRI (mg/m <sup>2</sup> )	Oxaliplatino (mg/m <sup>2</sup> )	5-FU/LV (mg/m <sup>2</sup> )	Dosis (n)	En curso (n)	Neutropenia (n)	Diarrea (n)	Vómitos (n)	Nauseas (n)
A	80	60	2,400 / 400	7	0	3	3	1	0
B	60	60	2,400 / 400	7	2	2	1	0	0
C	60	85	2,400 / 400	10	3	4	3	3	2
D*	65	70	2,400 / 400	-	-	-	-	-	-

\* Cohorte no iniciada

Tabla 1: Estudio de fase I y 2 de escalado de dosis abierto de irinotecán liposomal (nal-IRI) más 5-fluorouracilo/leucovorina (5-FU/LV) y oxaliplatino (OX) en pacientes con cáncer de páncreas metastásico no tratado previamente (CaPam)

## O 29

### Importancia del esquema de Quimioterapia (QT) de inducción y del esquema de mantenimiento en combinación con Trastuzumab (T) en el tratamiento del adenocarcinoma gástrico o de la UGE metastásica HER2 positivo (HER2+ mGC/UGE) dentro de la práctica clínica habitual.

**Nieves Martínez Lago** – Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. **Sonia Candamio Folgar** – Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. **Carlos Grande Ventura** – Hospital Universitario Alvaro Cunqueiro. **Mercedes Salgado Fernandez** – Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. **Marta Carmona Campos** – Hospital Universitario Lucus Augusti. **Juan De La Cámara Gómez** – Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. **Jose Carlos Mendez Mendez** – Centro Oncológico de Galicia. **Francisca Vázquez Rivera** – Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. **Maria Elena Brozos Vazquez** – Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. **Margarita Reboredo Lopez** – Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

**Introducción y Objetivos:** El estudio TOGA establece el uso de 6 ciclos de T en combinación con QT basada en cisplatino y 5-fluorouracilo(5-FU)/capecitabina (FP-T/XP-T) seguido de T de mantenimiento como estándar de primera línea de HER2+ mGC/UGE. Sin embargo, carecemos de datos sobre la QT de inducción basada en oxaliplatino o el mantenimiento con T-fluoropirimidinas, de amplio uso en la práctica clínica habitual.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, multicéntrico, de pacientes con HER2+ mGC/UGE tratados con QT basada en platino, fluoropirimidina y trastuzumab en 7 hospitales del Grupo Gallego de Investigación de Tumores Digestivos (GITuD). Los datos clinicopatológicos fueron recogidos retrospectivamente y correlacionados con la Supervivencia Global (SG) y la Supervivencia Libre de Progresión (SLP).

**Resultados:** Análisis de 92 pacientes tratados entre Mayo 2010 y Enero 2018. Mediana de edad 68 años (rango 38-84 años), 75 % varones, el 37% localizados en la UGE, el 80.5% del subtipo intestinal, el 62.1% con tumores bien-moderadamente diferenciados, el 81.5% sincrónicos y el 23.9% con resección del tumor primario. Esquemas de tratamiento utilizados: FP-T 5.4%, XP-T 26.1%, CAPOX-T 34.8% y FOLFOX-T 33.7%. Con una mediana de seguimiento de 47.8 meses, la mediana de SG fue 15.2 meses (IC 95% 12.8-17.6 meses) y la mediana de SLP fue 8.1 meses (IC 95% 6.8-9.5 meses). La tasa de respuestas fue del 58.7% y la tasa de control de enfermedad del 78.3%. Mediana de 6 ciclos de inducción (rango 1-18). No hubo diferencias en SLP de acuerdo al tipo de platino ( $p=0.229$ ) o de fluoropirimidina ( $p=0.811$ ) utilizados. De los 50 pacientes libres de progresión a los 6 meses, 40 recibieron tratamiento de mantenimiento, durante

una mediana de 6 ciclos (rango 2-77), con T+/-fluoropirimidina (23 y 17 pts. respectivamente), mientras que 10 no realizaron mantenimiento. Se observó una mayor SLP postinducción a favor del mantenimiento: 7.6 vs. 5.0 meses ( $p=0.033$ ); sin diferencias entre los distintos esquemas ( $p=0.751$ ).

**Conclusión:** Los esquemas basados en oxaliplatino parecen tener una efectividad equivalente al estándar. El mantenimiento ofrece un beneficio en SLP independiente de la inducción con T, sin beneficio adicional al mantener la fluoropirimidina.

## O 30

### El Silenciamiento Específico de Cada Isoforma de AKT tiene un Efecto Diferencial en Proliferación, Apoptosis y Sensibilidad a Quimioterapia en Adenocarcinoma de Páncreas.

**Hugo Arasanz Esteban** – Complejo Hospitalario de Navarra / Navarrabiomed. **Miren Zuazo Ibarra, María Gato Cañas, Joaquín Fernández Irigoyen, María Ibáñez Veá** – Navarrabiomed. **Gonzalo Fernández Hinojal** – Complejo Hospitalario de Navarra. **Grazyna Kochan, Enrique Santamaría** – Navarrabiomed. **Ruth Vera García** – Complejo Hospitalario de Navarra. **David Escors Murugarren** – Navarrabiomed

**Introducción y Objetivos:** AKT es una de las moléculas más importantes en el desarrollo y progresión del cáncer, dado que múltiples vías oncogénicas convergen en ella. Se conocen 3 isoformas: AKT1/PKB $\alpha$ , AKT2/PKB $\beta$  y AKT3/PKB $\gamma$ . Las funciones específicas de cada una de ellas no son bien conocidas, aunque la evidencia actual apoya que pueden variar según el tipo tumoral. En nuestro proyecto realizamos un silenciamiento específico de cada isoforma en adenocarcinoma de páncreas in vitro. Esta es la actualización de los resultados comunicados en SEOM 2017.

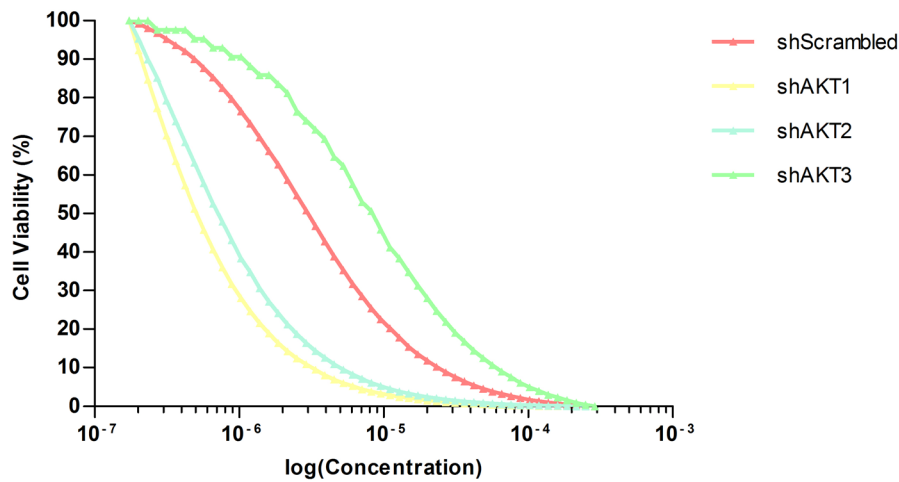
**Material y Métodos:** Partiendo de una línea celular de adenocarcinoma de páncreas metastásico (AsPC-1), hemos silenciado de forma individual cada una de las isoformas de AKT mediante shRNA transducido por vectores lentivirales. Como control hemos utilizado un short hairpin contra un gen irrelevante (shSCR). Hemos analizado los resultados de proteómica cuantitativa diferencial, y llevado a cabo estudios de proliferación, apoptosis, citotoxicidad y expresión proteica.

**Resultados:** Aunque sólo un 10% de las proteínas con incremento de expresión eran comunes para las 3 isoformas, muchas de las vías a las que pertenecían eran similares, incluyendo metabolismo de aminoácidos, metabolismo de ácidos grasos y el espiiceosoma. Respecto a las proteínas con

expresión disminuida, un 2% eran comunes. En este caso había más similitud entre las vías alteradas al silenciar AKT2 y AKT3 en comparación con AKT1, con tendencia a la inhibición de la glicolisis en estas dos últimas. La proliferación medida por expresión de Ki67 no fue diferente al silenciar cada isoforma de AKT, aunque sí que se vió una disminución de la apoptosis medida por expresión de Annexin V en cada una de las 3 en comparación con la línea control (shSCR 58.0%, shAKT1 19.2%, shAKT2 22.5%, shAKT3 26.2%;  $p < 0.01$ ). La IC50 para 5-FU fue

menor en shAKT1 ( $1.6 \times 10^{-1} \mu\text{M}$ ) y shAKT2 ( $3.65 \times 10^{-1} \mu\text{M}$ ), en comparación con shAKT3 ( $8.35 \mu\text{M}$ ) y shSCR ( $2.68 \mu\text{M}$ ).

**Conclusión:** Cada isoforma de AKT tiene una función diferencial en adenocarcinoma de páncreas, aunque las vías afectadas son comunes. Su silenciamiento disminuye la apoptosis medida por Annexin V. El silenciamiento de AKT1 y AKT2 aumenta la sensibilidad a 5-FU en comparación con el de AKT3 y con las células control.



IC50 para 5-FU en líneas de adenocarcinoma de páncreas con silenciamiento de cada isoforma de AKT en comparación con control (shScrambled)

Jueves, 27 de Septiembre de 2018

08.30-10.00h

Auditorio

## GENITOURINARIO

O 31

**Ensayo clínico de fase II que investiga la seguridad y eficacia de atezolizumab neoadyuvante en el cáncer de vejiga músculo-invasivo (ABACUS).**

**Alejo Rodriguez-Vida** – Hospital del Mar. **Daniel E Castellano** – Hospital 12 de Octubre. **Ignacio Duran** – Hospital Marqués de Valdecilla. **Albert Font** – Institut Català d'Oncologia Badalona. **Urbano Anido Herranz** – Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. **Maria Jose Mendez** – Hospital Universitario Reina Sofía. **Montserrat Domenech** – Althaia – Xarxa Assistencial de Manresa. **Cristina Suarez** – Hospital Vall d'Hebron. **Kelly Mousa** – Bart's Hospital London. **Thomas Powles** – Bart's Hospital London

**Introducción y Objetivos:** El atezolizumab (Atezo) es un inhibidor de PD-L1 aprobado en cáncer urotelial metastásico. Este estudio investiga la eficacia y la seguridad de Atezo neoadyuvante en pacientes (pts) con carcinoma urotelial de vejiga músculo-invasivo (CUVMI) operable.

**Material y Métodos:** Estudio fase 2 de brazo único en el que se administraron 2 ciclos de Atezolizumab (1200mg trisemanal) previo a la cistectomía en pts con CUVMI (T2-4N0M0). El objetivo primario fue la tasa de respuesta completa patológica (RCp) en  $\geq 20\%$  de los pts. El análisis de biomarcadores en muestras secuenciales fue un objetivo co-primario. Se realizaron pruebas de imagen al inicio del estudio y antes de la cistectomía, que se produjo de 4 a 8 semanas después de iniciar Atezo. Los eventos adversos (EA)

y las complicaciones quirúrgicas se evaluaron utilizando los criterios CTCAE v4.03 y la clasificación de Clavien-Dindo, respectivamente. Se evaluó también la respuesta radiológica. Se presentan datos de un análisis actualizado de 69 pts.

**Resultados:** La mediana de edad fue de 73 años (rango 54-88). La distribución por estadios fue pT2, T3 y T4 en el 77%, 16% y 7% de los pts respectivamente. 14 pts (20%) sólo recibieron 1 ciclo (8 por EAs). 7 pts no fueron sometidos a cistectomía (1 por progresión, 2 por EAs). La tasa de RCp fue de 29% (18/62) [IC 95%: 18% a 42%] (pT0 23%, Tis 6%, T1 10%, T2 21%, T3 24%, T4 16%). El 39% de los pts presentaron un "down-staging" a enfermedad no músculo-invasiva. El 17% con RCp (3/18) tenían tumores pT3/4 al inicio. 30 pts tenían imágenes secuenciales y enfermedad medible al inicio del estudio. El 23% [IC 95%, 10% a 42%] y el 13% [IC 95%, 4% a 31%] de estos respondieron y progresaron, respectivamente. Las toxicidades y complicaciones quirúrgicas grado 3/4 relacionadas con el tratamiento ocurrieron en el 12% y 31% de los casos respectivamente. Un pt falleció por un evento cardiovascular durante el período perioperatorio potencialmente relacionado con el tratamiento.

**Conclusión:** Atezolizumab neoadyuvante es seguro y se asocia a una tasa de RC patológica significativa. Está justificada la exploración adicional en esta indicación.

O 32

**PREVALENCIA DE MUTACIONES GERMINALES EN GENES REPARADORES DEL ADN E IMPACTO DE LA HISTORIA FAMILIAR EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN METASTÁSICO (CPRCm) DENTRO DEL ESTUDIO PROREPAIR-B.**

**Rebeca Lozano Mejorada** – Unidad de Investigación Tumores Genitourinarios, CNIO-IBIMA. **Nuria Romero-Laorden** – Hospital Universitario La Princesa, Madrid. **Jose Ángel Arranz** – Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. **Lucía de las Heras** – Hospital Moises Broggi, Barcelona. **Susana Hernando** – Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid. **Esther Martínez** – Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén. **María José Méndez** – Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. **Rosa Querol** – Hospital de Mataró, Barcelona. **Francisco Zambrana** – Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid. **Elena Castro** – Unidad de Investigación Clínica en Cáncer de Próstata, Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO), Madrid.

**Introducción y Objetivos:** Las mutaciones germinales en genes reparadores del ADN se han descrito de forma más frecuente en CPRCm (12%) que en enfermedad localizada (5%). Por ello, las guías NCCN recomiendan el screening genético de estos pacientes. Sin embargo, la frecuencia real de estas alteraciones y el impacto de los antecedentes familiares en población española no han sido estudiados. **Objetivos:** i) Comparar la frecuencia de mutaciones en ATM/BRCA1/BRCA2/PALB2 por separado y como grupo, así como del panel completo de 107 genes con otras bases de datos de individuos sin cáncer en población española (CSVS) e internacional (ExAC). ii) Comparar los antecedentes familiares de cáncer en los grupos mencionados.

**Material y Métodos:** PROREPAIR-B (NCT03075735) es un estudio de cohorte prospectivo multicéntrico. Pacientes diagnosticados de CPRCm, con estado mutacional desconocido y candidatos a iniciar primera línea de tratamiento para CPRCm fueron elegibles. Se evaluó la presencia de mutaciones germinales en un panel de 107 genes reparadores del ADN. El filtrado de los datos de individuos sin cáncer en población española (CSVS, n=1551) e internacional (ExAC, n=53105) se realizó siguiendo los mismos criterios utilizados para clasificar las variantes patogénicas (ANNOVAR, ClinVar, consenso ACMG). Se recogieron datos de las historias familiares de cáncer.

**Resultados:** Considerando el panel de 107 genes, un total de 68/419 pacientes (16.2%) presentaron mutaciones en 28 de los genes estudiados. El riesgo de presentar mutaciones germinales en el panel de 107 genes fue significativamente superior en CPRCm vs población española (OR=3.2; 95% IC 2.3-4.5, p<0.0001) o ExAC (OR=1.4; 95% IC 1.1-1.8, p=0.0206), siendo particularmente alto para BRCA2 (Figura1). La presencia de historia familiar de cáncer fue significativamente más prevalente en portadores de mutaciones germinales vs no portadores (60% vs 16%, p<0.0001), siendo especialmente frecuente en pacientes BRCA2+ (85% vs 20%; p<0.0001). La prevalencia de cáncer de próstata en familiares de primer o segundo grado fue reportada en 39 pacientes (17% portadores vs 7% no portadores, p=0.0194).

**Conclusión:** Este es el primer estudio que reporta prevalencia de mutaciones germinales en genes reparadores del ADN en una cohorte de pacientes con CPRCm mediterráneos. Considerando la alta frecuencia de estas alteraciones, y el 14% de portadores de mutación en BRCA2 sin historia familiar de cáncer, se apoya la recomendación de realizar screening genético a todos los pacientes con CPRCm.

Gen	PROREPAIR-B n=419 %	ExAC n=53,105 %	PROREPAIR-B vs ExAC		CSVS n=1,551 %	PROREPAIR-B vs CSVS	
			OR (CI-95%)	p-valor		OR (CI-95%)	p-valor
<b>ATM</b>	1.91%	0.26%	7.4 (3.6-15.2)	<0.0001	0.19%	10.0 (2.7-38.0)	0.0004
<b>BRCA1</b>	0.95%	0.18%	5.3 (1.9-14.4)	<0.0001	0.13%	7.5 (1.4-40.9)	0.0210
<b>BRCA2</b>	3.34%	0.30%	11.5 (6.6-20.1)	<0.0001	0.26%	13.4 (4.4-40.8)	<0.0001
<b>PALB2</b>	0%	0.12%	-----	1.000	0.13%	-----	1.000
<b>ATM/BRCA1/ BRCA2/PALB2</b>	6.21%	0.87%	7.6 (5.0-11.4)	<0.0001	0.71%	9.3 (4.5-18.9)	<0.0001
<b>Panel 107 genes</b>	16.23%	12.15%	1.4 (1.1-1.8)	0.0206	5.67%	3.2 (2.3-4.5)	<0.0001

Figura 1: Comparativa de la prevalencia de mutaciones germinales identificadas en PROREPAIR-B y en poblaciones sin cáncer internacional (ExAC) y española (CSVS).



O 33

**DETERMINACIÓN Y CUANTIFICACIÓN DE AR-V7 EN PLASMA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A CASTRACIÓN METASTÁSICO (CPRCm).**

**Belén Cigarral García** – Hospital Universitario de Salamanca.  
**Juan Luis García** – Instituto de Biología Molecular y Celular del Cáncer de Salamanca.  
**Irena Misiewicz-Krzeminska** – Instituto de Biología Molecular y Celular del Cáncer de Salamanca.  
**Rebeca Lozano** – Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas.  
**Aline Rodrigues Françoso** – Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca.  
**Julia Ayuso Martin-Romo, Diego Casado Elía** – Hospital Universitario de Salamanca.  
**Rogelio González Sarmiento** – Instituto de Biología Molecular Y Celular del Cáncer de Salamanca.  
**Rocío García** – Hospital Universitario de Salamanca.  
**Juan Jesús Cruz** – Hospital Universitario de Salamanca

**Introducción y Objetivos:** A pesar de que el cáncer de próstata es un tumor hormonodependiente, la mayoría de los pacientes progresarán a la terapia inicial antiandrogénica. El estudio de mutaciones del receptor de andrógenos (AR) y en concreto la variante 7, ha sido estudiada en la detección de células tumorales circulantes y su expresión se ha visto relacionada con una menor respuesta a abiraterona y enzalutamida. **Objetivo:** Determinar y cuantificar la expresión de AR-V7 en plasma mediante técnicas de nanofluidos en pacientes con CPRCm y su correlación con características clínicas y analíticas en el Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

**Material y Métodos:** 23 muestras de plasma obtenidas a partir de 19 pacientes con diagnóstico de CPRCm. 10 ml de sangre total fueron recolectados en tubos con EDTA. Tras una centrifugación a 1.600 rpm a 4°C se recolectó el plasma y se congeló a -80°C en alícuotas de 1 ml. En un primer paso se realizó la depleción de Albúmina e IgG utilizando las columnas Pierce™ Top 2 (ThermoFisher Scientific). Posteriormente se llevó a cabo la detección de proteína AR-V7 mediante un método de Inmunoensayo por electroforesis capilar, utilizando el sistema automatizado WES™ machine (ProteinSimple Santa Clara, CA). El anticuerpo utilizado fue el Anti-Androgen Receptor antibody[EPR15656]. Mediante Bradford se realizó la cuantificación de las proteínas totales en plasma. La normalización de los datos se realizó utilizando la relación entre intensidad de quimioluminiscencia y concentración de proteína total. Controles: plasma de 4 mujeres sanas.

**Resultados:** Los controles sanos presentaron una ratio promedio de 21.3. El punto de corte establecido fue la mediana ± 3D. Por lo tanto, los casos con una ratio superior a 63 se considerarían AR-V7(+). Así de las 23 muestras analizadas, tendríamos 7/23 (30%). Para establecer una correlación clínica, se seleccionaron pacientes Naive de tratamiento (N=14), de los cuales el 36% eran AR-V7(+). La presencia de AR-V7(+) se asoció con valores superiores para PSA, LDH, FA e inferiores para Hb y Albúmina (Tabla.1) p<0.05.

**Conclusión:** Mediante el método de Inmunoensayo por electroforesis capilar podemos determinar y cuantificar la presencia de AR-V7 en plasma de pacientes con CPRCm. Aquellos Naive de tratamiento con AR-V7(+) parecen estar asociados con variables de peor pronóstico. Son necesarios posteriores estudios para la validación de datos.

	CPRCm NAIVE N=14	AR-V7 (-) N=9	AR-V7 (+) N=5
<b>EDAD (mediana, rango)</b>	73 (62-84)	76 (69-84)	70 (62-76)
<b>Histología</b>			
• <b>ADC</b>	14 (100%)	9 (100%)	5 (100%)
- Gleason≤7	6 (43%)	4 (44%)	2 (40%)
- Gleason≥8	8 (57%)	5 (56%)	3 (60%)
<b>Estadio IV desde el diagnóstico de ADC</b>	9 (64%)	5 (56%)	4 (80%)
<b>Localización metástasis</b>			
• <b>Ósea</b>	13 (93%)	8 (89%)	5 (100%)
• <b>Ganglionar</b>	7 (50%)	4 (44%)	3 (60%)
• <b>Visceral</b>	3 (21%)	1 (11%)	2 (40%)
<b>PSA (mediana, rango) ng/ml</b>	121 (11-899)	33,4 (11-251)	558 (74-899)
<b>FA (mediana, rango) U/L</b>	104 (27-1068)	77 (27-154)	519 (192-1068)
<b>Albúmina (mediana, rango) g/dL</b>	4 (2,9-4,9)	4,6 (2,9-4,9)	3,6 (3,4-3,8)
<b>LDH (mediana, rango) U/L</b>	226 (142-861)	192 (142-303)	541 (246-861)
<b>Hb (mediana, rango) g/dL</b>	13 (8,8-15,2)	14,1 (9,7-15,2)	10,1 (8,8-13)

Tabla 1. Características de los pacientes





O 34

### Los pacientes con tumores de células germinales en estadio III muestran una elevada incidencia de eventos tromboembólicos asociados a mal pronóstico.

**M<sup>a</sup> Isabel Luengo Alcázar** – H. U. Santa Lucía (Cartagena, Murcia). **Enrique González Billalabeitia, Renato Salguero Aguilar, Inmaculada Ballester Navarro** – H. U. Morales Meseguer (Murcia). **M<sup>a</sup> José Martínez Ortiz** – H. U. Santa Lucía (Cartagena, Murcia). **José Balsalobre Yago** – H. U. Santa Lucía (Cartagena, Murcia). **Pablo Cerezuela Fuentes** – H. U. Virgen de la Arrixaca (Murcia). **Alejandra Ivars Rubio** – H. U. Morales Meseguer (Murcia). **Teresa García García** – H. U. Santa Lucía (Cartagena, Murcia). **Francisco Ayala de la Peña** – H. U. Morales Meseguer (Murcia)

**Introducción y Objetivos:** Más del 80% de los pacientes con tumores de células germinales (TCG) llegan a ser largos supervivientes, pero presentan efectos secundarios del tratamiento, como el aumento de la incidencia de eventos tromboembólicos (ETE), que pueden añadir una importante morbilidad. En este estudio se intentan evaluar la incidencia de ETE en pacientes con TCG en estadios avanzados tratados con quimioterapia (QT) con cisplatino, e identificar factores de riesgo.

**Material y Métodos:** Tras una revisión retrospectiva de las historias clínicas, se incluyeron los pacientes diagnosticados de TCG estadio III y tratados con quimioterapia, entre junio de 1999 y octubre de 2015 en los tres hospitales públicos de la Región de Murcia (Hospital JM Morales Meseguer, H. Virgen de la Arrixaca y H. Santa Lucía). Los datos fueron analizados con SPSS 22. Se describe la serie clínica y los principales factores pronósticos relacionados.

**Resultados:** Se diagnosticaron 85 pacientes con TCG estadio III tratados con quimioterapia con etopósido y cisplatino (con o sin bleomicina). La mediana de edad fue de 29 años. El 96% (N=82) recibieron BEP y 4% (N=3) EP. 17% fueron seminomas y 73% no seminomas o mixtos. 20% fueron estadio IIIA, 42% estadio IIIB y 38% estadio IIIC. 17 pacientes (20%) tuvieron un tumor primario extragonadal. 20 pacientes (24%) presentaron eventos tromboembólicos (16 ETE venosos y 4 ETE arteriales). El 70% (N=14) de los ETE ocurrieron durante la QT. 8 pacientes tuvieron una trombosis venosa profunda; 4, tromboembolismo pulmonar; 3, trombosis de vena cava; 1, trombosis iliaca; 3 pacientes tuvieron un ictus isquémico y un paciente cardiopatía isquémica. 1 ETE fue mortal. Los pacientes con ETE tuvieron un descenso en la supervivencia libre de progresión (SLP) del 75% al 42% ( $p < 0.01$ ), 2 años después del diagnóstico y un descenso en la supervivencia global (SG) a los 5 años del 79% al 47% ( $p < 0.039$ ). Todos los pacientes con ETE al diagnóstico habían fallecido a los 8 meses del diagnóstico ( $p < 0.01$ ).

**Conclusión:** Los pacientes con TCG estadio III tienen una elevada incidencia de ETE. La edad mayor de 31 años y las metástasis hepáticas y mediastínicas se asocian con mayor riesgo de ETE. Los pacientes que presentaron un ETE al diagnóstico muestran peor pronóstico.

O 35

### TRATAMIENTO Y EVOLUCION DE LOS PACIENTES CON TUMORES GERMINALES TESTICULARES EN ESTADIO I-S. ESTUDIO RETROSPECTIVO DEL GRUPO GERMINAL (GG).

**Jorge Aparicio Urtasun** – H. Universitario y Politécnico La Fe (Valencia). **Alfonso Sánchez Muñoz** – HH. Universitarios Regional y Virgen de la Victoria (Málaga). **Sebastián Ochendusko** – H. Universitario Dr Peset (Valencia). **Josep Gumà Padró** – H. Universitario Sant Joan, URV, IISPV (Reus). **Antonio Fernández Aramburo** – Complejo Hospitalario Universitario (Albacete). **Xavier García del Muro Solans** – Institut Català d'Oncologia, IDIBELL (L'Hospitalet de Llobregat). **Vanessa Quiroga García** – Institut Català d'Oncologia (Badalona). **Javier Sastre Valera** – H. Clínico Universitario San Carlos (Madrid). **Teresa Alonso Gordo** – H. Ramón y Cajal (Madrid). **Naiara Sagastibelza Mariñelarena** – H. Universitario Donostia (San Sebastián)

**Introducción y Objetivos:** El estadio I-S se define como la persistencia de marcadores tumorales elevados tras la orquiectomía, sin evidencia radiológica (TAC) de enfermedad metastásica. El tratamiento estándar actual es la quimioterapia (QT) basada en cisplatino, pero las recomendaciones proceden de pequeñas series retrospectivas.

**Material y Métodos:** En la base de datos del GG (1994-2014) el estadio I-S representa < 9% de los tumores avanzados (II-IV). Analizamos los datos de 110 pacientes tratados entre 1994 y 2016 en 25 centros nacionales del GG. La mediana de edad fue 27 años (extremos, 16-49). Los marcadores elevados pre-QT eran AFP (47.7%), BHCG (13.8%) o ambos (38.5%), con medianas de elevación de AFP 71 ng/ml (5-3.100) y BHCG 80 mU/ml (6-5.076). Clasificación por grupos pronóstico IGCCCG: bueno (93.6%) e intermedio (6.4%). Clasificación histológica: TGNS mixto (78.2%), TGNS de un solo tipo histológico (20.9%); el más frecuente, carcinoma embrionario) y seminoma (0.9%). La mediana del tamaño tumoral fue 50 mm (8-120) y había invasión vascular en 50.9%.

**Resultados:** El estudio de extensión practicado (durante la monitorización de los marcadores) fue: 1 TAC (pre o postorquiectomía, 14.5%), 2 TACs (pre y postorquiectomía, 65.5%), 3 TACs (confirmación, 16.4%) y otros (PET o estudio de SNC, 3.6%). Todos recibieron QT: BEP (71.8%), BEP-EP (24.5%), otros (3.6%), generalmente 3 ciclos (60.0%) o 4 (32.7%). Esta se inició con una mediana de 40 días tras la orquiectomía (14-120). Alcanzaron respuesta completa (RC) 103 pacientes (93.6%); el resto progresó (casi siempre con marcadores negativos) y pudo rescatarse con cirugía (5 linfadenectomías retroperitoneales, 1 cirugía pulmonar) o QT (TIP x 3 en 1 caso). Ocho pacientes (7.3%) recidivaron tras la RC inicial y se trataron con cirugía (6 casos de teratoma maduro) o QT (2 casos). En la actualidad, 108 pacientes viven sin enfermedad y 2 han fallecido (1 por tumor germinal, 1 por mesotelioma pleural).

**Conclusión:** Los tumores germinales en estadio I-S son infrecuentes y habitualmente TGNS mixtos de buen pronóstico IGCCCG. La mayoría de pacientes alcanza la RC con 3 ciclos de BEP. Sin embargo, un 13.7% precisan tratamiento adicional, en general mediante cirugía retroperitoneal y/o pulmonar, por la aparición de lesiones en forma de teratoma maduro. La evolución a largo plazo es excelente.

Jueves, 27 de Septiembre de 2018

08.30-10.00h

Sala Castilla

## COLORRECTAL

O 36

### Ultra-selección de pacientes con cáncer colorrectal metastásico (CCRm) usando la plataforma de secuenciación de última generación para mejorar la eficacia clínica de la terapia anti-EGFR.

**Joana Vidal Barrull** – Medical Oncology, Hospital del Mar, CIBERONC. Barcelona. **Mayra Orrillo** – Molecular Biology Laboratory Hospital del Mar, Barcelona. **M<sup>o</sup> José Safont** – Medical Oncology, Hospital General Universitario, Valencia. **Vicente Alonso Orduña** – Medical Oncology, Hospital Miguel Servet, CIBERONC, Zaragoza. **Mar Varela** – Translational Research Laboratory, Institut Català d'Oncologia-IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat. **Elena Élez** – Medical Oncology, Hospital Universitari Vall d'Hebrón. CIBERONC Barcelona. **Ramón Salazar** – Medical Oncology, ICO Hospital Duran i Reynals, CIBERONC, Hospitalet. **Enrique Aranda** – Medical Oncology, IMIBIC, Reina Sofía Hospital, University of Córdoba, CIBERONC, Instituto de Salud Carlos III. **Elisabeth Gaye** – Molecular Biology Laboratory Hospital del Mar, Barcelona. **Clara Montagut** – Medical Oncology, Hospital del Mar, CIBERONC. Barcelona

**Introducción y Objetivos:** El análisis extendido de RAS y BRAF en pacientes (ptes) con CCRm es obligatorio para establecer la mejor estrategia terapéutica. Estudios recientes tuvieron como objetivo determinar el umbral óptimo de subclones RAS mutados para identificar a aquellos con mayor probabilidad de beneficiarse del tratamiento anti-EGFR (Laurent-Puig, CCR 2015; Santos C. Molec Can Ther 2017). Nuestro objetivo es evaluar la relevancia clínica de la tecnología de secuenciación de última generación (NGS) para detectar mutaciones (mut) en KRAS, NRAS,

BRAF y EGFRS492R en tejido tumoral y su correlación clínica en supervivencia libre de progresión (SLP), tasa de respuesta global (TRG) y supervivencia global (SG) en ptes con CCRm tratados con quimioterapia más anti-EGFR o anti-VEGF.

**Material y Métodos:** Se recogieron 580 muestras de tejido CCRm basales en series retrospectivas y ensayos clínicos de TTD / RTICC. El análisis mutacional se realizó mediante pirosecuenciación utilizando la plataforma NGS454GS Junior (Roche Applied Science, Mannheim, Alemania) con sensibilidad inferior al 1%. Definimos dos límites de detección de fracción alélica mutada (FAM), 5% y 1%.

**Resultados:** Después de la evaluación de calidad, 442 muestras se han secuenciado con Junior 454 con cobertura suficiente para evaluar los resultados de 399 muestras. Usando un 5% de corte de sensibilidad, detectamos 161 mutaciones KRAS (40.6%), 33 mut NRAS (8.27%) y 16 de BRAF (4%). El rango de FAM fue entre 71.55% y 5.13%; Usando un 1% de corte de sensibilidad, detectamos 210 mut KRAS (52.63%), 80 en NRAS (20.05%) y 23 en BRAF (5.76%). La menor FAM fue del 1.02%. Como era de esperar, la mayoría de mut se detectaron en el exón 2 de KRAS independientemente del punto de corte (33.58% y 42.86% en 5% y 1% respectivamente). No se detectaron mut de EGFRS492R. El seguimiento de los ptes está en marcha, se presentará la correlación entre el perfil mutacional y el resultado clínico.

**Conclusión:** Este estudio analiza el impacto del uso de una plataforma NGS para el diagnóstico molecular de ptes con CCRm. Aumentando la sensibilidad del límite de FAM de 5% a 1% identificamos mut en RAS / BRAF en 27.63% más de ptes. Confirmando los resultados de nuestros informes previos, no se detectaron mut en EGFR en muestras no tratadas.

O 37

### Valor pronóstico del índice neutrófilo-linfocitos (INL) en la Respuesta Global (RG), Supervivencia Libre de Progresión (SLP) y Tasa de Control de la Enfermedad en pacientes con cáncer colorrectal metastásico (CCRm) del estudio RECURSE.

**Guillem Argiles** – Hospital Universitario Vall d'Hebron. **Takayuki Yoshino** – Hospital Centro Nacional del Cáncer, Kashiwa, Japón. **Atsushi Ohtsu** – Hospital Centro Nacional del Cáncer, Chiba, Japón. **Robert J. Mayer** – Instituto Oncológico Dana-Farber, Boston, M. **Robert Winkler** – Taiho Oncology, Inc., Princeton, NJ. **Nadia Amellal** – Instituto de Investigación Internacional de Servier, Suresnes, Francia. **Ronan Fougeray** – Instituto de Investigación Internacional de Servier, Suresnes, Francia. **Akira Kanehisa** – Instituto de Investigación Internacional de Servier, Suresnes, Francia. **Erik Van Cutsem** – Hospitales Universitarios Gasthuisberg Leuven y KU Leuven, Leuven, Bélgica

**Introducción y Objetivos:** Un elevado INL podría actuar como marcador de respuesta inmune subóptima al tumor y se ha correlacionado con el pronóstico en múltiples tipos de cáncer. En el fase III RECURSE en pacientes con CCRm refractario, Trifluridina/Tipiracilo (FTD/TPI) mejoró significativamente la Supervivencia Global (SG) vs. placebo (mediana 7,1 vs. 5,3 meses, HR= 0,68,  $p < 0,0001$ ), la Supervivencia Libre de Progresión (SLP), y la Tasa de Control de la Enfermedad (TCE). Se realizó un análisis post-hoc del RECURSE para evaluar la correlación entre el INL basal en sangre y los resultados clínicos.

**Material y Métodos:** Se revisaron retrospectivamente 782/800 pacientes con INL medible, y se evaluó la SG, SLP y TCE. Se evaluaron dos subpoblaciones, una con bajo INL ( $< 3$ ) y otra con elevado INL ( $\geq 3$ ) basal. De acuerdo a la literatura, se eligió el punto de corte de 3 ya que el número de pacientes fue similar en cada subgrupo. Se compararon los grupos mediante el modelo estratificado de Cox para SG y SLP, y el test exacto de Fisher para TCE.

**Resultados:** La mediana de INL basal fue similar en ambos grupos, FTD/TPI (N=519),  $4,4 \pm 6,3$ ; placebo (N = 263):  $4,7 \pm 6,5$ . Casi 60% de los pacientes en cada grupo tuvieron un valor elevado de INL. En el grupo de bajo vs. alto INL, hubo diferencias en los niveles basales debido a diferencias étnicas (Asiáticos: 45% vs. 29%), ECOG PS 0 (69% vs. 49%), número de metástasis  $\geq 3$  (32% vs. 46%). La mediana de SG fue significativamente mayor en el subgrupo de bajo INL vs. alto, 8,4 vs. 5,3 meses (HR = 0,49;  $p < 0,0001$ ). Independientemente del INL, todos los pacientes se beneficiaron de FTD/TPI vs. placebo. Los resultados de SLP y TCE fueron significativamente mejores en el subgrupo de bajo INL vs. alto. El análisis multivariado de Cox para la SG, con la prueba de interacción entre grupos de tratamiento y el INL, mostró que INL no es un factor predictivo.

**Conclusión:** En este estudio retrospectivo en el que se analizaron pacientes con CCRm, se determinó que el INL es un factor pronóstico independiente. Se requieren más estudios para evaluar si el INL podría ser un factor de estratificación en ensayos clínicos. Información del ensayo clínico: NCT01607957

O 38

### Reducción temprana del tumor (ETS) y su impacto en los síntomas asociados al tumor en pacientes con cáncer colorrectal metastásico (CCRm) y RAS no mutado (WT) sin tratamiento previo: análisis retrospectivo de tres estudios de panitumumab.

**Fernando Rivera** – Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Spain. **Julien Taieb** – Sorbonne Paris Cité, Paris Descartes University, Georges Pompidou European Hospital, Paris, France. **Michael Geissler** – Klinikum Esslingen, Cancer Center Esslingen, Esslingen am Neckar, Germany. **Meinolf Karthaus** – Department of Hematology and Oncology, Städtisches Klinikum München, Klinikum Neuperlach, Munich, Germany. **Richard Wilson** – Centre for Cancer Research and Cell Biology, Queen's University Belfast, Belfast, UK. **Fotios Loupakis** – Veneto Institute of Oncology, Padova, Italy. **Timothy Price** – Queen Elizabeth Hospital/University of Adelaide, Woodville South, Adelaide, Australia. **Michael Tracy** – Biostatistics, Amgen Ltd, Cambridge, UK. **Peter Burdon** – European Medical, Amgen (Europe) GmbH, Zug, Switzerland. **Marc Peeters** – Department of Oncology, Antwerp University Hospital, Edegem, Belgium

**Introducción y Objetivos:** Los inhibidores EGFR±quimioterapia pueden reducir el tumor en pacientes con CCRm RAS-WT, facilitando cirugías potencialmente curativas. Actualmente no existe una evaluación estándar de los síntomas tumorales que ayude en las decisiones terapéuticas. Este análisis retrospectivo investigó si la ETS se relaciona con el tiempo hasta la aparición de nuevos síntomas tumorales durante el tratamiento de primera línea.

**Material y Métodos:** Se analizaron retrospectivamente tres estudios de pacientes con CCRm sin tratamiento previo: PRIME (fase III, FOLFOX4±panitumumab[NCT00364013]); PEAK (fase II; mFOLFOX6±panitumumab o bevacizumab[NCT00819780]); y '314 (fase II; panitumumab+FOLFIRI[NCT00508404]). Únicamente se incluyeron pacientes CCRm RAS-WT. Se calculó el porcentaje de pacientes con los siguientes síntomas durante el tratamiento: disminución ECOG; primera toma de opiáceos; primera pérdida de peso; anemia de novo; y astenia de novo (grado  $> 1$ ). Se definió la ETS como  $\geq 30\%$  disminución en el tamaño de las lesiones en la semana 8. Se analizó el tiempo conjunto hasta la aparición de nuevos síntomas según estado ETS (análisis KM) y una variable compuesta que incluyó cualquier síntoma de los anteriores, excepto el ECOG (influenciado por el resto).

**Resultados:** Se analizaron 659 pacientes clasificados según ETS $< 30\%$  (n=330)/ETS $\geq 30\%$  (n=329). En el análisis conjunto, la mediana (IC95%) de tiempo hasta disminución del ECOG fue numéricamente mayor para ETS $\geq 30\%$  vs. ETS $< 30\%$  (13,9[8,6-no estimable (NE)] vs. 7,9 meses [6,3-14,3], HR[IC95%]: 0,87[0,69-1,08];  $p=0,204$ ). Una ETS $\geq 30\%$  se asoció significativamente con mayor tiempo hasta toma de opiáceos (HR:0,71[0,55-0,92];  $p=0,009$ ), pérdida de peso (HR:0,64[0,48-0,85];  $p=0,002$ ), anemia (HR:0,60[0,41-0,88];  $p=0,008$ ) y astenia (HR:0,77[0,60-1,00];  $p=0,049$ ) de novo. No se alcanzó la mediana de tiempo hasta ningún evento excepto toma de opiáceos en ETS $< 30\%$  (27,4[10,8-NE] meses). Para la variable

compuesta, una ETS $\geq$ 30% se asoció con un retraso en la mediana de tiempo hasta el inicio de cualquier síntoma (5,0[3,9-7,0] vs. 3,4[2,8-4,6] meses para ETS<30%, HR:0,80[0,66-0,97];p=0,021). Más pacientes ETS $\geq$ 30% vs. ETS<30% no habían experimentado síntomas a los 6 (46,1% vs. 39,6%) y 12 meses (35,0% vs. 28,6%).

**Conclusión:** Hubo un retraso en la aparición de nuevos síntomas tumorales en pacientes con CCRm RAS-WT que alcanzaron una ETS $\geq$ 30% con respecto a los que no la alcanzaron. Estos datos son consistentes con un mejor control sintomático y mayor calidad de vida en presencia de respuesta y reducción tumoral temprana. Los regímenes con elevado potencial citorreductor podrían retrasar los síntomas.

## O 39

### Concordancia en el estado mutacional de RAS entre biopsias líquidas y sólidas en pacientes con cáncer colorrectal metastásico (CCRm) con RAS no mutado en tratamiento de primera línea en España. Estudio PERSEIDA (NCT02792478).

**Manuel Valladares-Ayerbes** – Departamento de Oncología Médica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. CIBERONC Instituto de Salud Carlos III, Córdoba. **Pilar García-Alfonso** – Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. **Jorge Muñoz Luengo** – Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres. **Paola Pimentel Cáceres** – Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena. **José María Viéitez** – MD Anderson Cancer Center. Madrid. **Juan J. Cruz-Hernández** – Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. **Marta Llanos** – Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz

de Tenerife, Spain. **Carlos Garcia Girón** – Hospital Universitario de Burgos. Burgos. **LLuís Cirera** – Hospital Universitario Mutua Terrassa. Terrassa. **Ariadna Lloansí Vila** – Amgen S.A. Barcelona

**Introducción y Objetivos:** Las biopsias tumorales se usan ampliamente en la práctica clínica para evaluar el estado mutacional de RAS en pacientes con CCRm. Sin embargo, las nuevas técnicas de genotipado basadas en el ADN tumoral circulante (tc) presentan mayor sensibilidad y comodidad para el paciente. Hemos estudiado la concordancia entre las evaluaciones del estado mutacional RAS basadas en biopsias de tejido y de sangre en pacientes con CCRm sin tratamiento previo, así como las mutaciones de RAS adicionales detectadas por la biopsia líquida.

**Material y Métodos:** PERSEIDA es un estudio prospectivo, observacional, multicéntrico en curso, que incluyó 119 pacientes con CCRm y RAS no mutado según la biopsia sólida realizada en el momento de la inclusión según práctica clínica en 20 centros españoles. Se recogieron muestras de sangre antes del inicio del tratamiento de primera línea y se enviaron a Sysmex Inostics GmbH (Hamburgo) para el análisis BEAMing. Se realizarán biopsias líquidas adicionales a las 20  $\pm$  2 semanas y en la progresión del CCRm. Se consideró una fracción alélica mutada (MAF)  $\geq$  0,02% como el límite inferior para la definición de tumor mutado.

**Resultados:** La Tabla 1 muestra el porcentaje de pacientes con mutaciones en diferentes exones de KRAS y NRAS y la tasa de detección global de RAS mutado según BEAMing (12,6%) en la visita basal. El porcentaje de concordancia negativa entre las biopsias sólidas y líquidas fue del 87,4% (IC del 95%: 80,1% -92,8%).

**Conclusión:** A pesar de una elevada concordancia entre las biopsias, se observaron mutaciones adicionales de RAS en el ADNtc, aunque mayoritariamente en el límite inferior de la MAF. Sin embargo, aún no se ha definido el límite óptimo de MAF para BEAMing. El seguimiento longitudinal de las mutaciones RAS en ADNtc podría ayudarnos a comprender mejor sus implicaciones clínicas y biológicas.

	Exón	Fracción alélica mutada (límite)		
		$\geq$ 1%	$\geq$ 0,1%	$\geq$ 0,02%
<b>KRAS mutado, n (%)</b>	2	3 (2,5)	5 (4,2)	11 (9,2)
	3	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	4	0 (0)	0 (0)	1 (0,8)
	<b>Total</b>	<b>3 (2,5)</b>	<b>5 (4,2)</b>	<b>12 (10,1)</b>
<b>NRAS mutado, n (%)</b>	2	0 (0)	1 (0,8)	2 (1,7)
	3	0 (0)	1 (0,8)	2 (1,7)
	4	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	<b>Total</b>	<b>0 (0)</b>	<b>2 (1,7)</b>	<b>4 (3,4)</b>
<b>Tasa de detección de RAS mutado, % (IC 95%)</b>		2,5 (0,5 – 7,2)	5,0 <sup>1</sup> (1,9 – 10,7)	12,6 <sup>1</sup> (7,2 – 19,9)
<b>Porcentaje de concordancia negativa<sup>2</sup>, % (IC 95%)</b>		97,5 (92,8 – 99,5)	95,0 (89,4 – 98,1)	87,4 (80,1 – 92,8)

Tabla 1. Resultados de las biopsias líquidas en la visita basal en pacientes con RAS no mutado según biopsia sólida.

<sup>1</sup>Un (n=1) paciente tuvo mutaciones en ambos genes, KRAS y NRAS

<sup>2</sup>Porcentaje de pacientes con resultado concordante entre biopsia sólida y líquida (no mutados con ambas técnicas)  
IC, intervalo de confianza

O 40

## WATCH & WAIT EN CÁNCER DE RECTO LOCALMENTE AVANZADO; ¿NOS PERMITE LA RESONANCIA MAGNÉTICA CON DIFUSIÓN ÉSTE ABORDAJE TERAPÉUTICO?.

**Xavier Hernández-Yagüe, Eugeni Canals Subirats** – Institut Català Oncologia Girona. **Albert Maroto Genover** – Institut de Diagnòstic Per La Imatge Girona. **Pere Planellas Gine. Gemma Mateu Esquerda, Walter Carbajal, Raquel Liñán** – Hospital Universitari de Girona Dr Josep Trueta. **Sergi Juanpere** – Institut de Diagnòstic Per La Imatge Girona. **Bernardo Queralt Merino** – Institut Català Oncologia Girona. **Ramón Farrés Coll** – Hospital Universitari de Girona Dr Josep Trueta

**Introducción y Objetivos:** En el tratamiento del Cáncer de Recto Localmente Avanzado (LARC) los datos crecientes de respuesta completa patológica (pCR) post-QRT han llevado a algunos grupos científicos (A Habr-Gamma, M Mass) a postular una estrategia quirúrgica más conservadora; Watch & Wait, consistente en no operar sistemáticamente pacientes con respuesta clínica completa (cCR). Esta estrategia se basa, fundamentalmente, en el diagnóstico cuidadoso de la respuesta clínica completa y su posible correlación con la respuesta patológica completa. En nuestro hospital el grado de respuesta clínica se establece a partir de datos de Resonancia Magnética (yrTyrN) con técnica de Difusión (RMN-DW) y deben ser evaluados en comparación al "gold standard"; que sigue siendo la respuesta patológica completa, antes de adoptar una estrategia Watch & Wait en LARC.

**Objetivo:** Evaluar la correlación entre respuesta radiológica y patológica completa, a partir de los datos de la RMN-DW en LARC post-tratamiento QRT, en términos de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y tasa de falsos negativos.

**Material y Métodos:** Selección de casos consecutivos afectos de LARC entre los años 2014 y 2017 de forma retrospectiva/prospectiva.  $cCR=yrT0yrN0$ .  $pCR=ypT0ypN0$ . Sensibilidad=pacientes con yrT0yrN0/pacientes con ypT0ypN0, Especificidad=pacientes sin yrT0yrN0/pacientes sin ypT0ypN0; valor predictivo positivo= pacientes con ypT0ypN0/pacientes con yrT0yrN0, tasa falsos negativos= pacientes con yrT0yrN0/pacientes sin ypT0ypN0. El análisis de datos se realiza con el software SPSS v20.0.

**Resultados:** Se seleccionan 151 casos afectos de LARC. Sensibilidad= $(15/40) \times 100 = 37.5\%$ , Especificidad= $(106/111) \times 100 = 95\%$ , Valor predictivo positivo= $(20/15) \times 100 = 75\%$ , Tasa falsos negativos= $(5/111) \times 100 = 4.5\%$ . Características falsos negativos: 2 casos ypT1ypN0, 3 casos ypT3ypN0.

**Conclusión:** La RMN-DW post-QRT permite detectar 1 de cada 3 casos de respuesta patológica completa y descartar el 95% de los pacientes que no la presentan. Su elevada especificidad nos permitirá NO realizar Watch & Wait en pacientes con persistencia de enfermedad. El 75% de pacientes con respuesta clínica completa presenta respuesta patológica completa y solo un 4.5% de pacientes con respuesta clínica completa no presentan una respuesta patológica completa (todos ellos con enfermedad mucosa en el estudio patológico). Los datos de RMN-DW nos permiten plantearnos con cautelosa seguridad la estrategia Watch & Wait evaluando la respuesta además, con estudio endoscópico y examen digital rectal.



Jueves, 27 de Septiembre de 2018

08.30-10.00h

Sala Hidalgo

## CUIDADOS CONTINUOS

O 41

### Toma de decisión compartida entre paciente y oncólogo médico sobre la conveniencia de tratamiento adyuvante.

**Raquel Hernández** – Hospital Universitario de Canarias, Tenerife. **Paula Jiménez-Fonseca** – Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. **María Mar Muñoz** – Hospital Virgen de La Luz, Cuenca. **Avinash Ramchandani** – Hospital Universitario Insular de Canaria, Las Palmas de Gran Canaria. **Sara García** – Hospital Universitario Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. **Margarita Magem** – Hospital Universitario Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. **Vilma Pacheco** – Hospital Universitario La Princesa, Madrid. **Caterina Calderón** – Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona, Barcelona. **Carlos Jara** – Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid. **Alberto Carmona-Bayonas** – Hospital Universitario Morales Meseguer, Murcia

**Introducción y Objetivos:** La participación del paciente en la toma de decisiones compartidas (shared decision-making, SDM) forma parte de una atención oncológica de calidad. El objetivo de este estudio fue analizar el proceso de SDM en pacientes con cáncer resecado, no metastásico y elegibles para quimioterapia adyuvante.

**Material y Métodos:** Estudio multicéntrico, prospectivo, transversal del grupo de Cuidados Continuos de la SEOM. Los pacientes respondieron al cuestionario SDM-Q-9 después de visitar a su oncólogo, quien completó el SDM-Q-Doc. Se estudiaron: fiabilidad, estructura factorial [análisis

factorial exploratorio (EFA), análisis factorial confirmatorio (CFA)] y validez convergente de las puntuaciones del SDM-Q-9.

**Resultados:** Se reclutaron 568 pacientes con una mediana de edad de 59.1 años (rango, 26-84) y un 59.8% de mujeres. Un 40.5% eran tumores de colon y un 33.5% de mama. Participaron 30 oncólogos médicos de 14 hospitales; 78.1% eran mujeres; la mediana de edad fue de 35 años (rango 28-62) con una mediana de 11.9 años (rango 3-37) trabajando. El 68.8% de ellos estaban especializados y el 53.1% trabajaba en un hospital universitario. La escala SDM-Q-9 mostró una estructura factorial clara, compatible con un factor general fuerte y replicable y un factor de grupo secundario. La puntuación del factor general mostró una buena fiabilidad en términos de coeficiente omega: 0.90. Los hombres tendieron a mostrarse más satisfechos con la SDM que las mujeres ( $F(1,566)=10.960$ ,  $p<0.001$ ) más que los  $<60$  años ( $F(1,556)=5.196$ ,  $p=0.023$ ). El análisis post-hoc de Bonferroni mostró diferencias significativas en función del género y edad ( $p<0.005$ ), las mujeres  $<60$  años mostraron menos satisfacción con SDM en comparación a hombres de su misma edad, o mujeres más mayores (figura 1). Se encontró correlación entre el cuestionario SDM-Q-9 del paciente y SDM-Q-Doc del médico ( $r=0.142$ ,  $p<0.001$ ) en mujeres ( $r=0.213$ ,  $p<0.001$ ), pero no en hombres ( $r=-0.049$ ,  $p=0.464$ ) ni en la percepción del riesgo de recurrencia ( $r=0.045$ ,  $p=0.289$ ).

**Conclusión:** El cuestionario SDM-Q-9 puede ayudar en la evaluación de la SDM desde la perspectiva de los pacientes con cáncer y como indicador del grado de calidad y satisfacción en la relación médico-paciente.



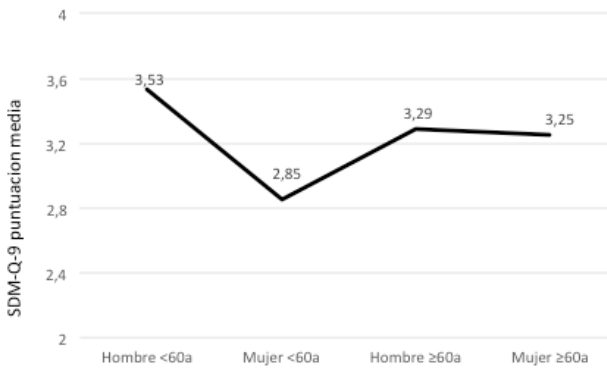


Figura 1: Horizontalmente, la figura muestra los pacientes agrupados por sexo (hombre o mujer) y por edad ( $\geq$  o  $<60$  edad) y verticalmente, la puntuación del cuestionario de toma de decisión (SDM-Q-9).

## O 42

### Correlación de variables clínicas con las herramientas de predicción de riesgo nutricional NUTRISCORE y CONUT.

**Oscar Alfredo Castillo Trujillo, Felipe Álvarez Manceño, Marta Izquierdo, Clara Iglesias, Sara Fernández Arrojo, Alfonso Revuelta, Jorge del Río, David Gómez, Sena Valcárcel, Paula Jiménez-Fonseca**  
– Hospital Universitario Central de Asturias

**Introducción y Objetivos:** La herramienta NUTRISCORE (pérdida de peso, pérdida de apetito, localización del cáncer y tipo de tratamiento) y la herramienta CONUT (álbumina, linfocitos y colesterol) permiten clasificar a los pacientes oncológicos según su riesgo de desnutrición calculado a través de la suma de la puntuación que otorga el valor de cada variable del modelo. El objetivo fue identificar variables clínicas predictoras de desnutrición.

**Material y Métodos:** Estudio prospectivo, observacional y unicéntrico. Se consideraron como pruebas diagnósticas de referencia para detectar riesgo de desnutrición las herramientas NUTRISCORE y CONUT. Se desarrolló una nueva herramienta basada en variables clínicas y se calculó su sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN) y su probabilidad de clasificación correcta. Se utilizó la regresión logística para el análisis estadístico.

**Resultados:** Se reclutaron 206 pacientes con cánceres digestivos que acudieron a una primera visita al servicio de oncología médica entre noviembre de 2017 y abril de 2018. La mediana de edad fue de 69 años, hombres (72%), estado general ECOG $>1$  (5%), cáncer primario gastroesofágico (23%), pancreatobiliohepático (17%) y sobrepeso en el momento del diagnóstico del cáncer (índice masa corporal (IMC) $>25$ ) (23%). El NUTRISCORE identificó un 43% de pacientes en riesgo de desnutrición y el CONUT un 62%, 5% en riesgo severo y 19% en riesgo moderado. De las variables estudiadas, el estado general ECOG $>1$  y la localización tumoral en esófago o estómago se asociaron con riesgo de desnutrición mientras que el sobrepeso tuvo efecto protector (tabla 1). El modelo que agrupó estado general y localización tumoral fue el que se asoció con mejor discriminación con un c-index de 0.94 (intervalo de confianza (IC) del 95%, 0.89-0.98,  $p<0.0001$ ), sensibilidad 86%, especificidad 91%, VPP 88%, VPN 89% y una probabilidad de clasificación correcta del 89% comparado con el NUTRISCORE (tabla 1). Su poder de discriminación fue menor respecto al CONUT, c-index 0.71 (IC95%, 0.62-0.81,  $p 0.004$ ) y probabilidad de clasificación correcta del 65% (tabla 1).

**Conclusión:** El estado general ECOG y la localización tumoral parecen predecir el riesgo de desnutrición en pacientes oncológicos digestivos, con buena discriminación cuando los comparamos con el NUTRISCORE. En futuros estudios multicéntricos de modelos predictivos riesgo de desnutrición serían interesante incluir la variable estado general.

Tabla 1. Variables predictoras de desnutrición

NUTRISCORE de riesgo	OR	Str. Err.	Intervalo confianza 95%		P
			Mínimo	Máximo	
Edad > 65 años	0.99	0.02	0.96	1.03	0.96
Sexo: mujer	0.40	0.19	0.16	1.02	0.04
ECOG>1	6.40	2.83	2.70	15.22	<0.0001
IMC: >25 (sobrepeso)	0.22	0.09	0.09	0.51	0.0003
Localización					
Esófago-gástrico (ref.)	1				
Páncreas-biliar-hígado	0.18	0.21	0.02	1.78	<0.0001
Colon-recto	0.005	0.01	0.0006	0.047	<0.0001
ECOG>1 + Localización esófago-gástrico	10.57	8.72	2.10	53.22	<0.0001
CONUT de riesgo	OR	Str. Err.	Intervalo confianza 95%		p
Edad > 65 años	1.04	0.21	1.01	1.09	0.02
Sexo: mujer	0.28	0.13	0.11	0.69	0.005
ECOG>1	4.29	1.93	1.78	10.34	0.0007
IMC: >25 (sobrepeso)	0.43	0.18	0.19	0.98	0.04
Localización					
Esófago-gástrico (ref.)	1				
Pancreas-biliar-hígado	0.78	0.56	0.18	3.22	0.06
Colon-recto	0.28	0.16	0.09	0.85	0.06
ECOG>1 + Localización esófago-gástrico	3.72	1.74	1.49	9.33	0.003
Modelo propuesto: estado general ECOG + localización tumoral comparado con NUTRISCORE					
Sensibilidad	VP/VP+FN (enfermos)= 86.36%				
Especificidad	VN/VN+FP (sanos)= 91.07%				
VPP	VP/VP+FP (positivos)= 88.37%				
VPN	VN/VN + FN (negativos)= 89.47%				
Modelo propuesto: estado general ECOG + localización tumoral comparado con CONUT					
Sensibilidad	74.19%				
Especificidad	51.28%				
VPP	70.77%				
VPN	55.56%				

Abreviaturas: OR: odd ratio, IMC: índice de masa corporar, ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group, VPP: valor predictivo positivo, VPN: valor predictivo negativo, VP: verdadero positivo, VN: verdadero negativo, FP: falso positivo, FN: falso negativo.

O 43

**Factores psicológicos asociados con ansiedad y depresión en pacientes con cáncer que van a iniciar quimioterapia adyuvante.**

Jacobo Rogado – Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. Alberto Carmona-Bayonas – Hospital Universitario Morales Meseguer, Murcia. Ismael Ghanem – Hospital Universitario La Paz, Madrid. María Carmen Soriano – Hospital Virgen de la Luz, Cuenca. Sonal Varma Bhatia –

Hospital Universitario de Canarias, Tenerife. Carmen Beato – Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla. Pilar de la Morena – Hospital Universitario Morales Meseguer, Murcia. Caterina Calderón – Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona, Barcelona. Carlos Jara – Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid. Paula Jiménez-Fonseca – Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

**Introducción y Objetivos:** No existen estudios que hayan analizado la relación entre factores psicológicos positivos (esperanza, optimismo y apoyo social percibido), factores



sociodemográficos y factores clínicos en pacientes españoles con cáncer que iniciarán tratamiento adyuvante. Nuestro objetivo fue analizar la influencia de estos factores en la presencia de la ansiedad/depresión.

**Material y Métodos:** Estudio multicéntrico, prospectivo, nacional, participando 600 pacientes con cáncer no metastásico resecao y 13 servicios de oncología médica. Los pacientes cumplimentaron, antes de iniciar la quimioterapia adyuvante, 4 cuestionarios: 1) Brief Symptom Inventory (BSI) de ansiedad y depresión; 2) Mental Adjustment Cancer (MAC) de afrontamiento, 3) Life Orientation Scale-Revised (LOT-R) de optimismo y 4) Measuring perceived social support (MSPSS) de apoyo social percibido. Aquellas variables sociodemográficas y clínicas que se relacionaron significativamente con ansiedad o depresión en el análisis univariante se introdujeron en la regresión logística como variables de ajuste.

**Resultados:** La prevalencia de ansiedad fue del 49.8% (IC95%, 46.5-54.5%), de depresión del 36.6% (IC 95%, 32.0-40.5%). Las mujeres (59% de la muestra) y los jóvenes presentaron más ansiedad y depresión que los hombres y los mayores de 70 años,

$p < 0.001$ . Los que trabajaban (41.8% de la muestra) presentaron más ansiedad que jubilados,  $p = 0.025$  y los solteros (23% de la muestra) más depresión que los casados o los que vivían en pareja,  $p = 0.009$ . Los pacientes con cáncer de mama (33.7% del total) presentaron mayor ansiedad que aquellos con cáncer de colon,  $p = 0.006$ , y los pacientes con cáncer de colon (40.3%) menos depresión que los que tenían cáncer de mama,  $p = 0.004$ , o estómago (6.3%),  $p = 0.011$ ). Los pacientes tratados con quimio y radioterapia adyuvante (35.3%) presentaron más ansiedad y depresión que aquellos tratados solo con quimioterapia,  $p = 0.023$ . En el análisis de regresión logística, la esperanza, el optimismo, el apoyo social, ser hombre y ser mayor se asociaron con menor riesgo de presentar ansiedad y depresión ( $p < 0.001$ ), tabla 1.

**Conclusión:** Ante la alta prevalencia de ansiedad y depresión entre los pacientes españoles con cáncer que inician tratamiento con quimioterapia adyuvante se muestra una necesidad de recibir más atención en los hospitales. Estos pacientes podrían beneficiarse de intervenciones que incrementen los factores positivos como esperanza, optimismo y apoyo social para reducir niveles de ansiedad y depresión.

Variable	Ansiedad				Depresión			
	$\beta$	Wald test (z-ratio)	Odds ratio	IC 95%	$\beta$	Wald test (z-ratio)	Odds ratio	IC 95%
MAC. Esperanza	.024	19.544	.976	.96-.99	.026	22.369	.974	.96-99
LOT-R. Optimismo	.116	21.018	.890	.85-.64	.145	28.107	.865	.82-92
MSPSS. Apoyo social percibido	.023	4.767	.978	.96-99	.047	18.708	.954	.93-98
Edad	.035	18.315	.966	.95-.98	.036	17.508	.965	.95-.98
Sexo: hombre	.881	20.219	.414	.28-.61	.623	8.741	.536	.35-.81
Colon	--	--	--	--	--	--	--	--
Mama	--	--	--	--	--	--	--	--
Trabajo	--	--	--	--	--	--	--	--
Estado civil	--	--	--	--	--	--	--	--
Tratamiento	--	--	--	--	--	--	--	--
<b>Hosmer- Lemeshow`s test</b>	3.842					8.698		

Tabla 1. Análisis de regresión logística para determinar factores protectores frente a la ansiedad y depresión.

Aclaraciones: sexo categorizado como mujeres vs hombres, estado civil como casado o con pareja vs sin pareja, tratamiento como quimioterapia vs quimio y radioterapia y trabajo como sin trabajo vs con él.

O 44

**Influencia del sufrimiento psicológico y el estado funcional en el arrepentimiento de la decisión de recibir quimioterapia adyuvante.**

**Alejandra Ivars Rubio** – Hospital Morales Meseguer. **Carlos Jara** – Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid. **Alberto Carmona Bayonas** – Hospital Morales Meseguer. **Diego Cacho Lavin** – Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. **Sara García** – Hospital Universitario Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. **Alba Rosa Díaz** – Hospital Universitario de Canarias, Tenerife. **Beatriz Castelo, Oliver Higuera** – Hospital Universitario La Paz, Madrid. **Caterina Calderón** – Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. **Paula Jimenez Fonseca** – Hospital Universitario Central de Asturias

**Introducción y Objetivos:** La toma de decisión sobre la conveniencia de recibir quimioterapia adyuvante tras la resección de un cáncer estadio I-III es compleja para los pacientes. El arrepentimiento sobre dicha decisión incluye el remordimiento por aceptar un tratamiento que no produce los resultados esperados y culpa por haber aceptado el tratamiento. Los objetivos de este estudio son, 1) evaluar las propiedades psicométricas de la Escala de Arrepentimiento de la Decisión tomada (Decision Regret Scale, DRS) en relación con la quimioterapia adyuvante y 2) analizar el efecto moderador del sufrimiento psicológico sobre el estado funcional y el arrepentimiento tras adyuvancia.

**Material y Métodos:** Neocoping es un estudio prospectivo y multicéntrico del Grupo de Cuidados Continuos de SEOM llevado a cabo en pacientes que reciben tratamiento adyuvante tras la resección de un cáncer estadio I-III. Los pacientes completaron 3 escalas: 1) DRS de arrepentimiento, 2) EORTC QLQ-C30 de calidad de vida, y 3) BSI de distrés psicológico, al finalizar la adyuvancia.

**Resultados:** Se incluyeron 403 pacientes de 13 hospitales españoles entre enero/2016 y enero/2018. La mediana de edad fue 58 años, el 55% eran mujeres, los tumores más frecuentes fueron colorrectal (44%) y mama (31%) y los estadios, I-II (54%) y III (44%). Más del 80% de los pacientes experimentaron algún grado de toxicidad con la quimioterapia siendo las más frecuente la astenia (77%). Finalizado el tratamiento, el 52% de los pacientes no experimentaron arrepentimiento por haber optado por recibir quimioterapia, el 34% mostraron un arrepentimiento moderado y el 14% mostraron niveles elevados de arrepentimiento. La versión española del cuestionario DRS mostró buenas propiedades psicométricas en la población estudiada con una estructura factorial fuerte, clara y unidimensional. El arrepentimiento con la decisión se asoció con puntuaciones bajas en los tres cuestionarios, es decir, se asoció con peor funcionalidad, mayor sintomatología, peor calidad de vida y mayor nivel de distrés psicológico (p=0.001), tabla 1. El sufrimiento psicológico tuvo un efecto moderador entre el estado funcional y el arrepentimiento con la decisión.

**Conclusión:** La versión española de la escala DRS es una herramienta fiable y válida para evaluar el arrepentimiento de los pacientes con cáncer no metastásico sobre la decisión de recibir quimioterapia adyuvante. Esta escala muestra la influencia del sufrimiento psicológico en el estado físico y el arrepentimiento

ESCALAS	Media	Desviación	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1.DRS	10.6	15.4	1						
2.EORTC: subescala de funcionalidad	78.0	18.9	-0.316**	1					
3.Subescala de síntomas	80.3	17.0	-0.278**	0.842**	1				
4.Subescala de salud global	67.2	24.0	-0.086	0.309**	0.287**	1			
5.Subescala de calidad de vida	75.2	15.9	-0.257**	0.847**	0.834**	0.727**	1		
6.BSI: sufrimiento psicológico	64.4	7.1	0.297**	-0.719**	-0.684**	-0.278**	-0.663**	1	
7.Grados de toxicidad	0.98	0.61	0.041	-0.192**	-0.208**	-0.187**	-0.252**	0.164**	1
*p<0.05;**p<0.001									

Tabla 1. Correlación de Pearson entre las escalas: DRS de arrepentimiento, EORTC QLQ-C30 de calidad de vida, 3) BSI de distrés psicológico y 4) grados de toxicidad de la quimioterapia



## O 45

**ESTREÑIMIENTO INDUCIDO POR OPIOIDES EN PACIENTES ONCOLÓGICOS: EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA. PROYECTO EIO-50.**

**Yolanda Escobar** – Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid. **Vicente Guillem** – Instituto Valenciano de Oncología, Valencia. **Margarita Feyjoo** – Hospital Universitario La Moraleja, Sanitas, Madrid. **Enrique Aranda** – Hospital Reina Sofía, Córdoba. **Carlos Camps** – Hospital General de Valencia. **Alfredo Carrato** – Hospital Ramón y Cajal, Madrid. **Rafael López** – Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. **Begoña Soler** – E-C-BIO, S.L. **Salvador Bofill** – Hospital Virgen del Rocío, Sevilla

**Introducción y Objetivos:** El estreñimiento inducido por opioides (EIO) es uno de los efectos adversos más frecuentes de este tratamiento pudiendo afectar hasta a un 94% de los pacientes oncológicos. El objetivo principal de este estudio, iniciativa científica de la Fundación ECO (Fundación para la Excelencia y la Calidad de la Oncología), era conocer cómo maneja el profesional sanitario el EIO en pacientes oncológicos.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio de opinión que completaron 135 investigadores: 122 oncólogos médicos y 13 especialistas en cuidados paliativos. El cuestionario incluía 50 preguntas sobre el manejo del EIO.

**Resultados:** El 97% de los investigadores consideraba el EIO un problema de salud importante. Según los investigadores, la proporción de pacientes que desarrollan EIO es mayor cuando se tratan con opioides mayores (54,5%) que con opioides menores (29,8%). El 61% consideraba que sus pacientes estaban bien diagnosticados, aunque solo el 14,8% utilizaba algún algoritmo diagnóstico. Para el tratamiento del EIO un 85,5% recomendaba medidas higiénico-dietéticas como primera línea, aunque consideraba que el 53% de los pacientes no respondía adecuadamente a esta medida. El 99,3% de los investigadores recomendaba laxantes para el tratamiento del EIO, pero solo el 38,3% de ellos lo hacía durante todo el tiempo del tratamiento con opioides y, además, estimaba que el 33% de los pacientes no respondía a ellos. A diferencia de los tratamientos tradicionales más utilizados, percibidos como ineficaces en gran porcentaje de casos, las nuevas terapias farmacológicas, cuyo mecanismo de acción va dirigido al origen del EIO, los PAMORA (Peripherally Active  $\mu$ -Opioid Receptor Antagonist) fueron considerados el tratamiento más eficaz para el EIO con una puntuación de 8 sobre 10.

**Conclusión:** Estos resultados sugieren la necesidad de nuevas recomendaciones clínicas que ayuden a mejorar el manejo del EIO de los pacientes oncológicos en España. En este sentido, limitar el uso de los tratamientos tradicionales a las situaciones en las que estén indicados, incluir el tratamiento con fármacos específicos para el EIO y mantener su uso tanto tiempo como dure el tratamiento con opioides son medidas que podrían ayudar a lograr dicho objetivo.

**Jueves, 27 de Septiembre de 2018**

**16.00-17.00h**

**Sala Hidalgo**

## CABEZA Y CUELLO

**O 46**

### UTILIDAD DE ISOFLUX EN LA DETECCIÓN Y AISLAMIENTO DE CÉLULAS TUMORALES CIRCULANTES (CTCs) EN PACIENTES CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO.

**Santiago Cabezas Camarero, Virginia de la Orden García, Beatriz Mediero Valeros, Vanesa García Barberán, Isabel Díaz Millán, Eduardo Díaz Rubio, Pedro Pérez Segura** –  
*Hospital Clínico San Carlos*

**Introducción y Objetivos:** La biopsia líquida apenas ha sido explorada en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello (CCC). El objetivo fue describir el comportamiento de IsoFlux, un sistema de detección y aislamiento de CTCs, en pacientes con CCC, entidad en la que nunca ha sido empleado con anterioridad.

**Material y Métodos:** Se seleccionó de manera prospectiva a pacientes con CCC en fase recurrente o metastásica (R/M). Se extrajeron 20 ml de plasma en uno o más momentos a lo largo de la enfermedad. La primera determinación se realizó siempre antes de iniciar una nueva línea de tratamiento o coincidiendo con el de la progresión radiológica. Se realizó la detección y aislamiento mediante anticuerpos (Ab) anti-EpCAM o mediante anticuerpos anti-EpCAM + anti-EGFR.

**Resultados:** Se incluyó a 13 pacientes, 9 con carcinoma epidermoide de cabeza y cuello (CECC), 1 con adenocarcinoma (ADCA) de tipo intestinal de origen nasosinusal, 1 con carcinoma ex-adenoma pleomorfo y 2

con ADCA ductal salivar. Se realizaron 20 determinaciones de CTCs, 12 con Ab anti-EpCAM y 8 con Ab anti-EpCAM + anti-EGFR. En 5 pacientes se realizaron extracciones seriadas para monitorización. Se detectaron CTCs en 16/20 determinaciones (80%), tanto en enfermedad local recurrente como metastásica y tanto en histología epidermoide como ADCA. Mediana de CTCs fue 6 (0-49). De las 12 determinaciones por EpCAM no hubo CTCs en 3 casos. De las 8 determinaciones por EpCAM + EGFR no hubo CTCs en 1 caso. En los dos únicos estudios moleculares realizados hasta el momento se encontró en CTCs una mutación en KRAS y otra en PI3K, confirmadas en tumor primario y en ADN libre circulante, respectivamente. Tabla 1.

**Conclusión:** Las CTCs son detectadas mediante el sistema IsoFlux en la mayoría de los pacientes con CCC en fase avanzada, independientemente del tipo histológico. IsoFlux permite el aislamiento de CTCs para su estudio molecular en pacientes con CCC. El estudio sigue en curso con la finalidad de confirmar estos resultados en una muestra mayor y de aportar datos sobre su valor pronóstico y como fuente de información molecular en pacientes con CCC.



Caso	Tipo histológico	Sub-localización	R/M	Determinación	Momento extracción	Método detección	Nº CTCs	Estudios moleculares en CTCs
1	CECC	Seno maxilar	M	1	T1: Pre-2ª línea (PD a ERBITAX)	EpCAM	7	ND
				2	T2: Pre-3ª línea (PD a anti-PD1)	EpCAM + EGFR	4	ND
2	CECC	Cavidad oral	M	3	T1: Pre-2ª línea (PD a anti-PDL1)	EpCAM	4	ND
				4	T2: Pre-4ª línea (PD a anti-PD1)	EpCAM + EGFR	0	ND
3	CECC	Laringe	M	5	T1: Pre-2ª línea (PD a cetuximab)	EpCAM	49	ND
4	CECC	Laringe	M	6	T1: 3ª línea (PD lenta a anti-PD1)	EpCAM	0	ND
				7	T2: 3ª línea (PD lenta a anti-PD1)	EpCAM + EGFR	1	ND
5	CECC	Orofaringe	R	8	T1: PD a 1ª línea (Extreme)	EpCAM	2	ND
6	CECC	Laringe	M	9	T1: PD a 1ª línea (ERBITAX)	EpCAM	4	ND
7	CECC	Cavidad oral	M	10	T1: pre-4ª línea (PD a ERBITAX)	EpCAM	8	ND
8	CECC	Cavidad oral	R	11	T1: pre-1ª línea	EpCAM + EGFR	29	ND
9	CECC	Laringe	M	12	T1: pre-3ª línea (PD a anti-PD1)	EpCAM + EGFR	7	ND
10	ADCA tipo intestinal	Nasosinusal	R	13	T1: Pre-1ª línea	EpCAM	26	Mutación KRAS pG12A (confirmada en tumor primario)
11	Carcinoma ex – adenoma pleomorfo	Glándula submaxilar	M	14	T1: pre-1ª línea	EpCAM	0	ND
12	ADCA ductal salivar	Glándula parótida	M	15	T1: pre-1ª línea (BAC)	EpCAM	8	ND
				16	T2: 12 wk post-T1 (Enf estable)	EpCAM + EGFR	2	ND
13	ADCA ductal salivar	Glándula parótida	M	17	T1: pre-1ª línea (BAC)	EpCAM	7	Detección mutación PI3K en CTCs y en ADNtc
				18	T2a: 5 wk post-T1	EpCAM	0	ND
				19	T2b: 5 wk post-T1	EpCAM + EGFR	1	ND
				20	T3: 12 wk post-T1 (Resp parcial)	EpCAM + EGFR	6	ND

Tabla 1

ADCA: adenocarcinoma, BAC: bloqueo androgénico completo, CECC: carcinoma epidermoide de cabeza y cuello, EGFR: anticuerpo anti-EGFR, EpCAM: anticuerpo anti-EpCAM, ERBITAX: cetuximab-paclitaxel semanal, EXTREME: cisplatino + 5FU + cetuximab, ND: no determinado, PD: progresión, R/M: enfermedad recurrente o metastásica, T1: 1ª determinación, T2: 2ª determinación, T3: 3ª determinación, wk: semanas.

O 47

### Factores pronósticos del cáncer de cavidad oral: Influencia de la localización del tumor primario.

**Julia Villamayor Sánchez, Sergio Martínez Recio, Sara Martínez Fernández, Beatriz Castelo Fernández, Laura Gutiérrez Sáinz, David Viñal Lozano, Juan Pablo Pérez Wert** – Hospital Universitario La Paz

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de cavidad oral es una neoplasia de supervivencia variable en función de ciertos aspectos de la anatomía patológica del tumor, así como del estadio. Algunas localizaciones del tumor primario también se han asociado a diferente pronóstico, si bien no es un factor a considerar en la toma de decisiones. Este estudio tiene como objetivo evaluar la frecuencia de cada localización y la evolución de los pacientes en función de esta.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo incluyendo a pacientes diagnosticados de cáncer de cavidad oral en un hospital de tercer nivel en un período de 5 años. Se recogieron datos sobre factores pronósticos clásicos, la localización del tumor y la evolución. Se compararon estos datos según la localización.

**Resultados:** Se evaluaron 118 pacientes, con tumor primario localizado en la lengua (34% en lengua móvil y 8% en cara ventral), en la encía (18%), en el suelo de la boca (15%), en el triángulo retromolar (11%), en la mucosa yugal 10% y en el paladar duro (4%). Se observaron diferencias en la mediana de supervivencia libre de progresión (SLP) con tiempos en torno a 10 meses (triángulo retromolar y mucosa yugal), valores medios de 25 a 35 meses (paladar duro, encía y cara ventral de lengua) y otros con más de 66 meses (borde de lengua y suelo de la boca). En supervivencia global (SG) se observaron medianas cerca de los 16 meses (triángulo retromolar y mucosa yugal) y 52 meses (en caso de la encía), sin alcanzar mediana en el resto de localizaciones. El nivel de significación, ajustando por otros factores pronósticos (estadio, afectación perineural, linfovascular, extranodal y de márgenes quirúrgicos), fue de  $p=0.02$  en SLP y de  $p=0.04$  en SG.

**Conclusión:** La localización del tumor primario dentro de la cavidad oral podría ser un factor pronóstico de importancia en el cáncer de dicha localización. Serían de interés posteriores evidencias que explorasen si sería preciso modificar el manejo de la patología en función de este aspecto.

O 48

### Hipotiroidismo en cáncer epidermoide de cabeza y cuello.

**María José Martínez-Ortiz, Álvaro Martínez-Orti, José Balsalobre-Yago, Mónica Martínez-Penella, María Isabel Luengo, Pedro Pablo Escolar, Pablo Cerezuela, Amparo Esteban, Teresa García-García** – H.U. Santa Lucía. Cartagena (Murcia)

**Introducción y Objetivos:** La incidencia de hipotiroidismo en pacientes con cáncer epidermoide de cabeza y cuello (CECC) se sitúa entre el 7 y 63% según las series publicadas, heterogéneas en cuanto a localización, intención y tipos de tratamiento. No hay consenso en guías internacionales sobre la evaluación de la toxicidad tiroidea, pero en la de nuestro comité se incluye en la valoración tras quimio-radioterapia (QRT) la determinación de TSH y T4 libre, antes de iniciar QRT, trimestral durante 2 años y semestral hasta el 5º año. El objetivo de este estudio es evaluar la incidencia de hipotiroidismo en pacientes que han completado en nuestro centro tratamiento con QRT tras diagnóstico de CECC.

**Material y Métodos:** Análisis retrospectivo para evaluar la incidencia de hipotiroidismo subclínico, definido como la elevación de TSH por encima del valor normal (4.200 uUI/ml) con T4 libre normal, en pacientes que hayan recibido QRT por CECC localmente avanzado, entre 2005 y 2017, con posterior seguimiento. La selección de individuos se ha realizado mediante acceso a la plataforma de tratamiento citostático (Farmis Oncofarm 3.0 v.12.100) y la historia clínica electrónica (Selene v5.3.3), incluyendo aquellos que completaron el tratamiento descrito.

**Resultados:** Se incluyeron 149 pacientes, con media de edad de 58.63 años (mín 30, máx 89), siendo el 20.3% mujeres y el 79.7% hombres. Los tumores primarios más frecuentes fueron orofaringe 28.2%, supraglotis 21.5% y cavidad oral 14.1%, con estadio IVA el 66.4% y el 19.5% estadio III. El 75.2% recibieron QRT con intención radical y en un 24.8% adyuvante. Con mediana de seguimiento de 84 meses (mín 3, máx 156), se objetivó hipotiroidismo en un 29.5%, siendo el 95.5% subclínico. Las tasas de hipotiroidismo a 3 y 5 años se situaron en el 20.8% y 25.5% respectivamente. Las características de la muestra analizada por desarrollo de hipotiroidismo se reflejan en la Tabla 1.

**Conclusión:** La incidencia de hipotiroidismo subclínico en nuestra serie con un máximo de seguimiento de 156 meses se sitúa en algo más del 29%, con una media al diagnóstico de 34.9 meses, precisando tratamiento sustitutivo el 70% de estos pacientes. Los resultados son análogos a los reportados otras series con población similar a la nuestra (28.9%) si bien la mediana de seguimiento de dichas publicaciones es inferior (48 meses).



<b>Características del paciente</b>			
Edad	Media 57.9 años (min 30, máx 78, mediana 56, DE 11)		
Género	Mujeres 11 (25%), hombres 33 (75%).		
<b>Tumor</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Localización	Primario desconocido	1	<b>2.3</b>
	Cavum	7	<b>15.9</b>
	Cavidad oral	2	<b>4.4</b>
	Orofaringe	9	<b>20.5</b>
	Supraglotis	14	<b>31.8</b>
	Laringe	9	<b>20.5</b>
	Hipofaringe	1	<b>2.3</b>
	Otros	1	<b>2.3</b>
Estadio	II	3	<b>6.8</b>
	III	14	<b>31.8</b>
	IVA	24	<b>54.6</b>
	IVB	3	<b>6.8</b>
<b>Tratamiento</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Cirugía + QTR adyuvante		13	<b>29.6</b>
QT (CDDP) RT radical		21	<b>47.7</b>
CetuximabRT radical		10	<b>22.7</b>
<b>Seguimiento</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Tasa hipotiroidismo subclínico	29.53% (44 pacientes)		
Tiempo aparición	Media 34.9 meses (mín 5, máx 83, DE 23.3, mediana 24)		
Valor TSH (VN 0.270- 4.200 uUI/ml)	Media 18.104 (mín 4.220, máx 150.000, DE 32.176, mediana 8.835)		
Tratamiento sustitutivo	Si	31	<b>70.5</b>
	No	13	<b>29.5</b>
Dosis de levotiroxina (mcg)	Mediana 25 (mín 25, máx 137, media 43.7)		
Especialista	Endocrino	30	<b>68.2</b>
	Oncología médica	13	<b>29.5</b>
	Médico de familia	1	<b>2.3</b>

Tabla 1. Características de la muestra con hipotiroidismo

O 49

### Resultados de supervivencia y toxicidad con nivolumab en cáncer de cabeza y cuello avanzado.

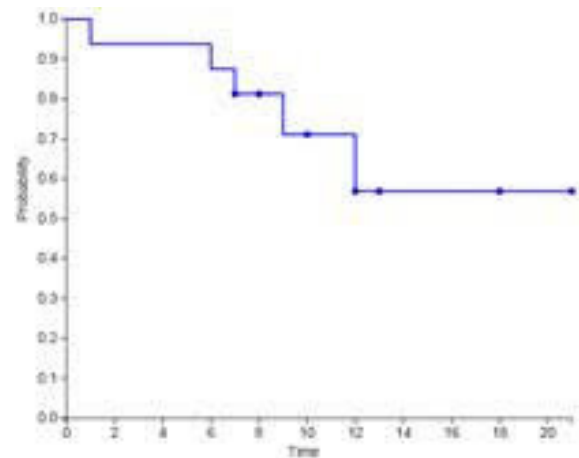
Ana Laura Ortega Granados, Nuria Cárdenas Quesada, Natalia Caro Luque, Juan Francisco Marín Pozo, Mónica Fernández Navarro, Capilla de la Torre Cabrera, María Ruiz Sanjuan, Leticia Díaz Beltrán, Miguel Ángel Moreno Jiménez, Pedro Sánchez Rovira – Complejo Hospitalario de Jaén

**Introducción y Objetivos:** Todos los pacientes diagnosticados de cáncer de cabeza y cuello (CCyC) escamoso avanzado o recidivado progresan tras el tratamiento de primera línea con un esquema de quimioterapia basado en cisplatino. Con los fármacos disponibles hasta 2016, la supervivencia estaba en torno a los 6 meses. Desde el estudio CheckMate 141, disponemos de una nueva opción terapéutica.

**Material y Métodos:** Presentamos los resultados de un estudio observacional y retrospectivo, en el que la muestra está formada por todos los pacientes de nuestro centro diagnosticados de CCyC escamoso avanzado o recidivado y tratados durante 1 año (junio 2016-junio 2017) con nivolumab en uso compasiv, seguidos hasta abril de 2018; 12 pacientes, 11 varones y 1 mujer, con una edad mediana de 60.8 años (37-45; 4 pacientes mayores de 65 años).

**Resultados:** La localización tumoral más frecuente es la laringe (50%), seguida por la orofaringe (18.75%) y la hipofaringe (12.5%). La mayoría de los pacientes (81.2%) fueron diagnosticados por primera vez en estadio I-III, y por tanto habían recibido algún tratamiento local (cirugía y/o radioterapia). En la mayoría de los casos, el nivolumab se indicó como tratamiento de segunda línea (68.75%); en un 18.75% se usó como tercera línea, y como cuarta línea en el 12.5%. La mejor respuesta (por criterios RECIST)

fue progresión en 8.3%, respuesta parcial en el 41.7%, estabilización en el 41.7% y se consiguió 1 respuesta completa (8.3%). La supervivencia global mediana no se ha alcanzado aún [NA (26-52 m)], y la duración media del tratamiento es de 8.65 meses. La supervivencia libre de progresión mediana es de 8.48 meses (6-20 m) y la supervivencia desde el inicio del tratamiento con nivolumab es de unos 12 meses. No se ha producido ninguna hiperprogresión ni toxicidad severa. En 3 pacientes se detectó alguna toxicidad, todas ellas grado 1-2 (2 pacientes con xerosis y 1 paciente con hipotiroidismo).



Supervivencia global

**Conclusión:** A pesar de la limitación de nuestro tamaño muestral, nuestros resultados sugieren que el tratamiento con nivolumab es una buena opción de tratamiento tras la progresión a quimioterapia basada en platino, tanto en términos de supervivencia como en toxicidad, por lo cual, podría constituir el tratamiento estándar tras la progresión a la primera línea en cáncer de cabeza y cuello avanzado.

Jueves, 27 de Septiembre de 2018

18.30-20.00h

Sala Castilla

## PULMÓN PRECOZ

O 50

### Establecimiento de una firma de genes capaces de identificar células madre tumorales en adenocarcinoma de pulmón.

**Alejandro Herreros-Pomares** – Laboratorio Oncología Molecular, Fundación Investigación Hospital General de Valencia – CIBERONC. **Silvia Calabuig Fariñas** – Laboratorio Oncología Molecular, Fundación Investigación Hospital General de Valencia – CIBERONC; Departament de Patologia, Universitat de València. **Juan Diego De Maya** – Laboratorio Señalización Oncogénica, Centro de Investigación Príncipe Felipe. **Eva Escorihuela** – Laboratorio Oncología Molecular, Fundación Investigación Hospital General de Valencia – CIBERONC. **Atilio Navarro** – Servicio de Anatomía Patológica, Hospital General Universitario de Valencia. **Eva García del Olmo** – Servicio de Cirugía Torácica, Hospital General Universitario de Valencia. **Rut Lucas** – Departament d'Història de la Ciència i Documentació Universitat de València. **Rosa Farràs** – Laboratorio Señalización Oncogénica, Centro de Investigación Príncipe Felipe. **Eloísa Jantus-Lewintre** – Laboratorio Oncología Molecular, Fundación Investigación Hospital General de Valencia – CIBERONC; Departament de Biotecnologia, Universitat Politècnica de València. **Carlos Camps** – Laboratorio Oncología Molecular, Fundación Investigación Hospital General de Valencia – CIBERONC; Servicio de Oncología Médica, Hospital General Universitario de Valencia; Departament de Medicina, Universitat de València

**Introducción y Objetivos:** La resistencia a los tratamientos en cáncer ha sido vinculada a una población de células tumorales con capacidad de autorenovación denominadas células madre tumorales (CMTs). El objetivo de este estudio es aislar y caracterizar CMTs a partir de líneas celulares y de tejido tumoral de pacientes resecaados con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM).

**Material y Métodos:** El estudio fue realizado en células tumorales obtenidas a partir de 8 pacientes con CPNM y de 12 líneas celulares. Para aislar las CMTs, se cultivaron células tumorales en suspensión (tumoresferas 3D), mientras que las células tumorales diferenciadas fueron cultivadas en adherencia (2D). La capacidad de diferenciación, proliferación y resistencia a quimioterapia in vitro y la capacidad para iniciar tumores in vivo fueron evaluadas. La expresión de 60 genes relacionados con las CMTs fue analizada mediante RTqPCR. Los resultados fueron validados a nivel proteico mediante inmunoblot e inmunofluorescencia.

**Resultados:** De los 20 cultivos primarios, 8 fueron establecidos satisfactoriamente en adherencia y en suspensión, formando tumoresferas compactas o agregados laxos. Las tumoresferas mostraron capacidad de diferenciación, crecimiento exponencial ilimitado, resistencia a tratamiento con cisplatino, paclitaxel, vinorelbina y pemetrexed y elevado potencial para formar tumores. El análisis de expresión génica reveló gran variabilidad entre líneas celulares y cultivos primarios y que los cultivos 2D son más homogéneos que los 3D. Las tumoresferas compactas presentan mayor expresión de CDH1 (E-cadherina) que las laxas. Además, las tumoresferas de pulmón presentan una sobreexpresión significativa de genes relacionados con las CMTs (ALDH1A1, KLF4, NANOG, CD44, CD90, CDKN1A, JUNB, MDM2) promotores de la invasividad (MMP9, SNAI1, ITGA6), ligandos y receptores de Notch (NOTCH1, NOTCH3, DLL4, JAG1), y componentes de Wnt (CTNNB1 y GSK3B) comparadas con sus correspondientes cultivos 2D. CD44, NANOG, CDKN1A, SNAI1, ITGA6 y NOTCH3 fueron elegidos para constituir una firma génica en base a su sobreexpresión constante y significativa en las tumoresferas. Los análisis proteicos mostraron sobreexpresión y localizaciones diferentes de las proteínas codificadas por estos genes en las tumoresferas de los pacientes con adenocarcinoma (ADC).

## Pulmón Precoz

**Conclusión:** Las tumoresferas son una plataforma adecuada para la caracterización de las CMTs de pulmón. La firma génica propuesta podría suponer la base para el desarrollo de nuevas terapias para el tratamiento del ADC de pulmón.

## O 51

### Biopsia Líquida Térmica: una técnica innovadora para el diagnóstico de pacientes con Cáncer de Pulmón.

**Alberto Rodrigo Cáceres** – Hospital Arnau de Vilanova (Lleida). **Olga Abián Franco** – IACS-ISS Aragón (Zaragoza). **Adrián Velázquez Campoy** – Fundación ARAID (Zaragoza). **Ana Callejo Pérez** – Hospital Universitario Vall d'Hebrón (Barcelona). **Sonia Vega Sánchez** – Instituto BIFI-Universidad de Zaragoza. **Alexia Fernández Ruiz, Patricia Iranzo Gómez, Mara Cruellas Lapeña, Elisa Quilez Bielsa, Dolores Isla Casado** – Hospital Clínico Lozano Blesa (Zaragoza)

**Introducción y Objetivos:** Biopsia Líquida Térmica (BLT) se basa en la Calorimetría Diferencial de Barrido (DSC, análisis calorimétrico por termograma de muestras de suero) como un nuevo enfoque clínico para la evaluación diagnóstica en diferentes enfermedades. DSC es altamente sensible y estudia las transiciones de despliegue en proteínas por desnaturalización térmica. Nuestro principal objetivo es determinar la capacidad de BLT para diferenciar entre Controles Sanos (CS) y pacientes con Cáncer de Pulmón (PCP).

**Material y Métodos:** Se analizaron muestras de sangre de ambos grupos (CS y PCP) con un microcalorímetro de alta sensibilidad VP-DSC (MicroCal-Malvern). Los datos fueron procesados con Origin 7. Los termogramas se analizaron con un método multiparamétrico desarrollado por nuestro grupo de investigación, obteniendo algunos indicadores para interpretar los resultados. Se analizó el Área bajo la curva (AUC) y se obtuvo el índice de Youden a partir de las curvas ROC, lo que nos permitió construir las tablas de contingencia. También se calculó la Odds Ratio (OR) mediante regresión logística binaria.

**Resultados:** 117 pacientes diagnosticados de Cáncer de Pulmón (edad media  $64.6 \pm 8.7$ , 83.0% hombres) con una distribución por estadios de (II: 5.2%, III: 25.9%; IV: 69.0%), hábito tabáquico (63.8% fumadores, 6.5% no fumadores), distribución histológica (37.1% adenocarcinoma, 28.4% escamoso, 30.2% microcíticos) se compararon con 123 CS con distribución homogénea procedentes de un banco de sangre. 10 de los 28 parámetros de nuestro método multiparamétrico mostraron diferencias estadísticas entre CS y PCP. Se calculó las curvas ROC, observando AUC superior a 0,75 en estos 10 parámetros, superando 0,85 en 3 de ellos. El índice de Youden se calculó para todos ellos, encontrando valores de sensibilidad y especificidad superiores al 75.0-90.0% (para el mejor parámetro, ambos fueron más del

85.0%). Comparando CS con PCP, calculamos OR obteniendo 10 parámetros con valores por encima de 10, mostrando una alta asociación positiva entre los parámetros clínicos y los resultados de DSC.

**Conclusión:** Se observa una asociación positiva muy alta entre los grupos clínicos y los parámetros de BLT ofreciendo ventajas sobre las técnicas de diagnóstico actuales, proporcionando un enfoque de diagnóstico potente con una prueba mínimamente invasiva y de bajo costo para PCP. Futuras aplicaciones prometedoras, como los programas de screening, podrían desarrollarse a partir de BLT.

## O 52

### Estudio retrospectivo sobre el valor del PET al diagnóstico como factor pronóstico de supervivencia global en cáncer de pulmón no célula pequeña potencialmente resecable.

**Ramón Aguado Noya** – Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. **María Auxiliadora Brenes Fernández** – Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. **Fundación Carolina.** **Jorge García Guemes, María Torrente Regidor, Consuelo Parejo Rico, Lourdes Gutierrez Sanz, Mar Cordoba, Mariano Provencio Pulla** – Hospital Universitario Puerta De Hierro Majadahonda

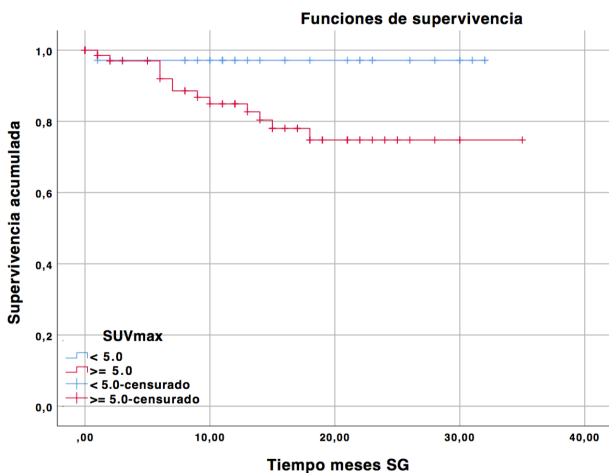
**Introducción y Objetivos:** El cáncer de pulmón es la principal causa de muerte por cáncer en países occidentales. La tomografía por emisión de positrones (PET) en cáncer de pulmón no célula pequeña (CPNPC) representa una herramienta eficaz tanto en el estudio inicial y estadiaje como en la respuesta al tratamiento, demostrándose una relación inversa entre la captación tumoral de glucosa y la supervivencia global de los pacientes. El propósito de este estudio es determinar el papel pronóstico del PET en términos de supervivencia global en pacientes con CPNPC.

**Material y Métodos:** Se analizaron retrospectivamente 132 pacientes con CPNPC atendidos en el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (España) entre mayo del 2014 y octubre del 2017. En todos ellos se realizó PET previo a la cirugía. Además, se recogieron los datos de la historia clínica del paciente, tipo histológico, tamaño tumoral, datos de la cirugía, progresión y supervivencia global (SG). Para establecer la relación entre las diferentes variables se utilizó el test exacto de Fisher. Los datos de supervivencia fueron estimados mediante el método de Kaplan-Meier y comparados utilizando el test log Rank. Para identificar los factores pronósticos se utilizó la regresión de Cox, obteniendo una hazard ratio (HR) y intervalo de confianza (IC) al 95%.

**Resultados:** De los 132 pacientes estudiados, la mayoría fueron varones (73%), con una edad mediana al diagnóstico de 67 años, la mayoría eran exfumadores (65.20%). Las histologías más



frecuentes fueron adenocarcinoma (49%) y escamoso (39%). La localización del tumor primario más frecuente fue el hemitórax derecho (53%). La distribución por estadios fue: estadio I (56.80%), estadio II (25%) y estadio IIIA (18.20%). El test exacto de Fisher demostró una asociación entre la probabilidad de muerte y un valor del SUVmax  $\geq 5.0$  ( $p=0,035$ ). En el análisis univariante, el test de log Rank evidenció diferencias en la SG entre los pacientes con SUVmax  $\geq 5.0$  ( $p=0,035$ ); y la regresión de Cox demostró que con cada unidad del SUVmax al diagnóstico, la SG disminuye en un 11% (HR 1,112; IC 95%: 1.024-1.208;  $p=0.012$ ).



Supervivencia global

**Conclusión:** El SUVmax resultó ser el factor pronóstico más útil. El aumento del uso de PET podría contribuir a la selección correcta de pacientes y optimización su pronóstico.

## O 53

### Registro de tumores torácicos del Hospital la Paz.

Patricia Cruz Castellanos – Universitario La Paz. Isabel Esteban –  
María Delia Romera – Javier de Castro –

**Material y Métodos:** Se recogieron retrospectivamente todos los casos de neoplasia torácica maligna diagnosticada en nuestro centro en los últimos 3 años, englobando un total de 1002 pacientes en el estudio. En nuestro registro, se documentaron las siguientes variables: sexo, edad, topografía y morfología del tumor, fecha de diagnóstico y de primer tratamiento, lateralidad y primer tratamiento administrado.

**Resultados:** Se incluyeron 1002 pacientes diagnosticados con cáncer de pulmón entre los años 2013 y 2017. La mediana de edad al diagnóstico fue de 67 años +/- 10 años. El 68.1% de

los casos incluidos fueron varones y el 31.9% correspondían a mujeres. El adenocarcinoma fue el subtipo histológico más frecuente (51.3%), seguido de carcinoma de células escamosas (23.1%) y del carcinoma de células pequeñas (13.6%). La localización más frecuente al diagnóstico se documentó como desconocida, seguida de lóbulo superior (24.3%), lóbulo inferior (12.5%) y lóbulo medio (2.3%). La lateralidad tumoral se registró como desconocida (43%), derecha (14%) e izquierda (41%). El 52,1% de los casos debutaron como enfermedad diseminada, mientras que el 26.1% lo hicieron como enfermedad localizada y el 11.1% como enfermedad regional. La quimioterapia fue el primer tratamiento que con más frecuencia recibieron los pacientes (50.3%). El intervalo en días entre el diagnóstico y el tratamiento fue de 30 días +/- 10 días.

**Conclusión:** Los registros hospitalarios de tumores permiten establecer con precisión el perfil de la población atendida, lo que puede contribuir a delinear la mejor estrategia diagnóstico-terapéutica y ser de utilidad en la investigación clínica.

## O 54

### Alteraciones en JAK2, B2M y otros mecanismos genéticos que contribuyen en la inmunovigilancia en cáncer de pulmón (CP).

Maria Saigí – Institut Català d'Oncologia. Juan José Alburquerque-Béjar, Eva Pros – Programa de epigenética i biologia del càncer-IDIBELL. Isabel Català – Hospital Universitari de Bellvitge. Elisabeth Brambilla – Hôpital Universitaire Grenoble, CHU. Ernest Nadal – Institut Català d'Oncologia. Montse Sánchez-Céspedes – Programa de epigenética i biologia del càncer-IDIBELL

**Introducción y Objetivos:** Mutaciones inactivadoras en B2M, una proteína necesaria para el ensamblaje de HLA-1 en la membrana celular y una correcta presentación antigénica, han sido descritas como mecanismo de resistencia adquirida a inmunoterapia mediada por linfocitos T citotóxicos (ICI), en pacientes con cáncer de pulmón no célula pequeña (CPNCP). El propósito de este trabajo es caracterizar alteraciones genéticas involucradas en la vía del IFN $\gamma$  que condicionen la respuesta inmunológica antitumoral.

**Material y Métodos:** Se testaron un panel de 42 líneas celulares de CPNCP (32 comerciales de ATCC y 10 derivadas de pacientes con tumor metastásico) para evaluar la respuesta in vitro a IFN $\gamma$ . 76% eran adenocarcinoma (ADC) y 24% carcinoma escamoso (SCC). Se determinó la expresión diferencial de algunos genes incluidos en la firma de IFN $\gamma$  como IRF1, TAP1, CD274 (PD-L1) o PDCD1LG2 (PD-L2), mediante expresión de proteína (western-blot) y/o mRNA (qPCR). En aquellas líneas sin incremento de expresión (ausencia de respuesta a IFN $\gamma$ ), se determinó la localización del complejo mayor de histocompatibilidad MHC-1 (HLA-1/B2M) mediante inmunofluorescencia, como elemento

### Pulmón Precoz



indicador del buen funcionamiento de la vía. El perfil genético de las líneas comerciales se obtuvo de bases de datos (Cancer Cell Line Encyclopedia, CCLE) o se caracterizó mediante next generation sequencing (NGS) para las líneas derivadas.

**Resultados:** Cinco de las líneas (12%) presentaron ausencia de respuesta a IFN $\gamma$ , todas ADC y sin tratamiento previo a ICI. En 3 de ellas se identificaron mutaciones homocigotas con pérdida de función en JAK2; 1 delección intragénica, y 2 mutaciones nonsense previamente descritas en la CCLE. En las 2 líneas restantes se evidenció falta de respuesta a IFN $\gamma$ , de causa desconocida por el momento. La inmunofluorescencia de las 5 mostró afectación

en la localización del MHC-I sobre la membrana celular, tras IFN $\gamma$ . El análisis genómico, identificó otras mutaciones adicionales en principales drivers oncogénicos de CP, como amplificación de MET o déficit de STK11, que eran concurrentes con el déficit de JAK2.

**Conclusión:** La inactivación de JAK2 afecta a la respuesta inmunológica antitumoral mediada por IFN $\gamma$ , y no es mutuamente excluyente con otros drivers oncogénicos en CP. Estas alteraciones constituyen potenciales mecanismos genéticos de resistencia a ICI. Finalmente, sugerimos que la expresión del complejo HLA-1/B2M en la membrana celular puede servir para determinar el estado funcional de la vía de IFN $\gamma$ .

Jueves, 27 de Septiembre de 2018

18.30-20.00h

Sala Hidalgo

## NEUROENDOCRINOS

O 55

**Valor adicional del "Tumour Growth Rate (TGR)" en pacientes con Tumores Neuroendocrinos (TNEs), bien o moderadamente diferenciados (G1/G2), en situación de enfermedad estable (EE) según criterios RECIST.**

**Carlos Lopez Lopez, Hector Vidal Trueba** – H.U. Marqués de Valdecilla Santander, Spain. **Joakim Krona** – Uppsala University, Sweden. **Maxime Ronot** – Beujon University Hospital, Clichy, France. **Marta Opalinska** – Krakow University Hospital, Poland. **Daniela Pezzuti** – Israelita Albert Einstein Hospital, Sao Paulo, Brazil. **Frederico Costa** – Sirio-Libanes Hospital, Sao Paulo, Brazil. **Marianne Pavel** – Universitätsklinikum Erlangen, Germany. **Clarisse Dromain** – CHUV University Hospital, Lausanne, Switzerland. **Angela Lamarca** – The Christie NHS Foundation Trust, Manchester, United Kingdom

**Introducción y Objetivos:** La respuesta tumoral según RECIST presenta limitaciones en neoplasias de lento crecimiento y bajas tasas de respuesta a los tratamientos. Este es el caso de pacientes (pts) con TNEs, cuyas terapias sistémicas (TS) habitualmente obtienen estabilizaciones prolongadas como mejor respuesta. El TGR es un parámetro que representa el porcentaje de cambio del volumen tumoral a lo largo del tiempo y podría ser útil para superar muchas de estas limitaciones.

**Material y Métodos:** Se han evaluado pts de 7 hospitales con TNEs G1/G2 de origen pancreático (P) o intestino delgado (ID) que, independientemente de que hubiesen comenzado TS o se hubiese optado por "esperar y ver" (W&W), alcanzasen EE según

RECIST como "mejor respuesta". Se revisaron retrospectivamente los escáneres basales y del seguimiento de los enfermos para calcular el TGR (%/mes) a los 3 meses (+/-1) de la inclusión en el estudio (TGR3m). Se aplicó un punto de corte previamente determinado para TGR3m de 0,8%/mes para evaluar el valor pronóstico de este parámetro como predictor de supervivencia libre de progresión (SLP) en esta población.

**Resultados:** Se analizaron datos de 81 pts: 54.3% ID, 45.7% P; 87.6% enfermedad metastásica; 61.7% G2; 70.4% sin tratamiento previo. Las TS fueron; análogos de somatostatina o interferón 34.6%, quimioterapia 22.2%, "terapias diana" 12.4%, radionúclidos 4.9%; W&W 25.9%. Con seguimiento mediano de 39.8 meses, la mediana (med) de SLP fue 22.9m (95%CI 17.3-30.6). El valor medTGR3mfue 0 (95%CI -28.7-71.5). El punto de corte de 0.8%/m clasificó a los pts con EE en dos subgrupos con diferente pronóstico: pts con TGR3m<0.8 (67.9%; medTGR3m-0.8[95%CI -1.7-0]) tuvieron una mayor medSLP 27.4m (95%CI 19.7-39.1) vs pts con TGR3m≥0.8 (32.1%; medTGR3m3.8 [95%CI 2.9-6.2]; medSLP 9.8m (95%CI 6.4-23.6); p0.003. TGR3m y el tratamiento con análogos de somatostatina o interferón fueron factores con significación estadística en el análisis multivariante. TGR3m≥0.8 (HR 3.6 [95%CI 1.9-6.6]; p<0.001) fue un factor independiente relacionado con peor SLP, mientras la terapia con análogos de somatostatina o interferón asocia mayor SLP (HR 0.3 [95%CI 0.1-0.6]; p0.001).

**Conclusión:** TGR3mes capaz de clasificar a pts con EE por RECIST en subgrupos con diferente pronóstico. Estos pacientes con mayor riesgo de progresión temprana, TGR3m≥0.8, pudiesen requerir un seguimiento más estrecho con vistas a detectar precozmente una progresión tumoral y plantear consecuentemente un inicio o cambio del TS.

O 56

**Desarrollo y validación interna de un nomograma predictivo de supervivencia libre de progresión en tumores neuroendocrinos gastroenteropancreáticos bien diferenciados estadio IV. Estudio GETNE-TRASGU.**

**Alberto Carmona-Bayonas\*** – Hospital Universitario Morales Meseguer, Murcia. **Vicente Alonso** – Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. **María del Carmen Riesco** – Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid. **Manuel Sánchez Cánovas** – Hospital Universitario Morales Meseguer, Murcia. **Cristina Saavedra** – Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. **Marta Benavent** – Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. **Ana Custodio** – Hospital Universitario La Paz, Madrid. **Jorge Hernando Cubero** – Hospital Universitario Vall d’Hebron, Barcelona. **Carlos López** – Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. **Paula Jiménez-Fonseca** – Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

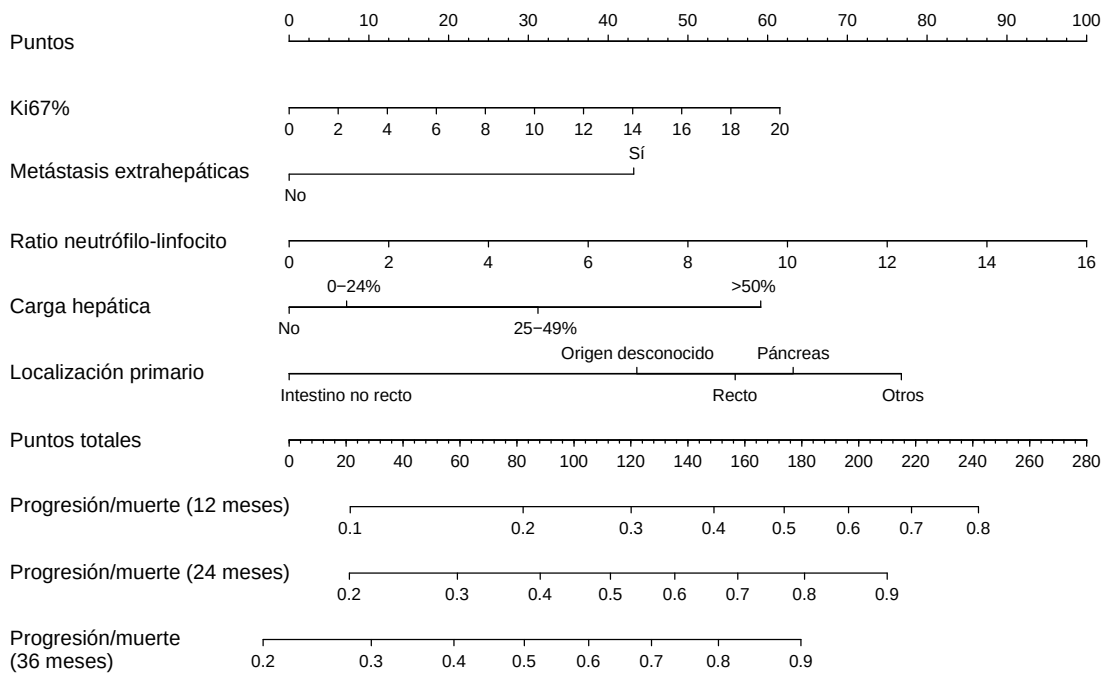
**Introducción y Objetivos:** El tratamiento con análogos de somatostatina (ASS) en monoterapia es la opción más atractiva para la mayoría de pacientes con tumores neuroendocrinos gastroenteropancreáticos (TNE-GEP) estadio IV irresecables bien diferenciados. Sin embargo, alrededor de un 25% no obtienen beneficio con esta terapia. El objetivo es desarrollar y validar internamente una herramienta para predecir supervivencia libre de progresión (SLP) durante el tratamiento con ASS.

**Material y Métodos:** El estudio GETNE-TRASGU es un subanálisis del registro del Grupo Español de Tumores Neuroendocrinos (R-GETNE). La cohorte actual contiene 309 pacientes de 19 centros

españoles tratados entre 2000 y 2017 con ASS en primera línea de enfermedad avanzada. Los datos de SLP se evaluaron mediante regresión de riesgos proporcionales de Cox, y fueron representados como nomograma. Los datos perdidos fueron controlados mediante imputación múltiple. El c-index de Harrell computado mediante bootstrap en 150 replicaciones fue utilizado para evaluar la discriminación.

**Resultados:** La mediana de SLP de la serie completa fue de 25.5 meses (IC 95%, 20.8-30.8). El nomograma (imagen 1) contiene 5 covariables asociadas significativamente con riesgo de progresión: índice Ki67%, ratio neutrófilo-linfocito (RNL), metástasis extrahepáticas, carga tumoral hepática y localización del tumor primario. La mediana de SLP fue de 3.7 meses (IC 95%, 2.5-no computable) en el grupo de mal pronóstico, 8.3 meses (IC 95%, 6.0-30.0) en el grupo de pronóstico intermedio-malo, 18.4 meses (IC 95%, 14.3-23.6) en el grupo de pronóstico intermedio-bueno, y 37.1 meses (IC 95%, 30.8-53.5) en el grupo de buen pronóstico. El ki67% (variable continua) se asoció con una HR 1.03 (IC 95%, 1.01-1.06), la RNL (variable continua) con HR 1.08 (IC 95%, 1.01-1.16), las metástasis extrahepáticas con HR 1.70 (IC95% 1.23-2.32), la carga hepática >50% con HR 2.07 (IC95%, 1.28-3.34); en comparación con intestino no recto (referencia), el tumor primario de páncreas se asoció con HR 2.18 (IC 95%, 1.56-3.04), el de recto con HR 1.99 (IC95%, 1.11-3.58), el de origen desconocido con HR 1.71 (IC95%, 1.02-2.85), y otros tumores, con HR 2.58 (IC 95%, 1.22-5.43). El modelo muestra una calibración adecuada, con aceptable capacidad de discriminación [optimism-corrected c-index de 0.641 (IC 95%, 0.603-0.678)].

**Conclusión:** El nomograma GETNE-TRASGU permite la estratificación de pacientes con TNE-GEP avanzados irresecables y bien diferenciados en cuatro grupos pronóstico, con potenciales implicaciones para la selección de tratamientos.



Nomograma GETNE-TRASGU predictor de supervivencia libre de progresión

Jueves, 27 de Septiembre de 2018

18.30-20.00h

Sala Hidalgo

## LINFOMAS

O 57

### Impacto en supervivencia global de la adición de Rituximab en la primera línea de tratamiento del linfoma folicular, un estudio del Grupo Oncológico para el Tratamiento y Estudio de Linfomas (GOTEL).

**Fernando Franco** – Hospital Universitario Puerta de Hierro. **Antonio Rueda** – Hospital Costa del Sol. **José Gómez-Codina** – Hospital Universitario La Fe. **Marta Llanos** – Hospital Universitario de Canarias. **Josep Gumà** – Hospital Universitario San Joan de Reus. **Cristina Quero** – Hospital Universitario Virgen de la Victoria. **David Aguiar** – Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. **Delvys Rodríguez-Abreu** – Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. **Luis De la Cruz-Merino** – Hospital Universitario Virgen de la Macarena. **Mariano Provencio** – Hospital Universitario Puerta de Hierro

**Introducción y Objetivos:** El linfoma folicular (LF) es el segundo más común en Europa, con una incidencia de 5.7 casos por 100,000 en 2009. La mediana de edad al diagnóstico es 60 años y a pesar de las mejoras recientes en supervivencia global (SG) con esquemas de quimioterapia (QT) asociados a Rituximab (R), sigue siendo incurable. Este estudio evalúa el impacto de la adición de R al tratamiento del LF en SG.

**Material y Métodos:** Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional de pacientes con LF del grupo GOTEL diagnosticados entre 1999-2009. Se analizaron las

características demográficas, clínico-patológicas, factores pronósticos (FLIPI y estadio), tratamiento, tipo de respuesta y SG. El análisis estadístico se realizó con STATA versión 12.

**Resultados:** Se incluyeron 1076 pacientes en el periodo 1999-2009, la mediana de seguimiento fue 54.9 meses. El 53 % eran mujeres con una edad media al diagnóstico de 58 años. El FLIPI fue 0-1 en el 38.4 %, 2 el 29 % y  $\geq 3$  el 31.7 %. El 20 % era de origen extraganglionar. Al cierre del estudio, 19.2 % de los pacientes están vivos con enfermedad, 59.4 % vivos sin enfermedad y 21.5 % fallecidos. El tratamiento de 1ª línea en 69 % incluyó QT+R (59 % antraciclinas), 24% QT sin R (15 % antraciclinas) y 3,4 % R en monoterapia. La adición de R al régimen de QT se asoció a una mejoría significativa en SG (p 60 años (p = 0,05); ECOG > 1 (p = 0,002); Estadio III-IV (p = 0.004); mayor afectación ganglionar y extraganglionar (p = 0.003); > LDH (p = 0.007); y mayor FLIPI (p = 0.02), aunque la mayoría mejoran con R.

**Conclusión:** Nuestros datos respaldan que la adición de R a la QT en el tratamiento del LF se asocia a mejoría en términos de SG en población no seleccionada y por tanto debe incluirse en los esquemas de primera línea de estos pacientes.

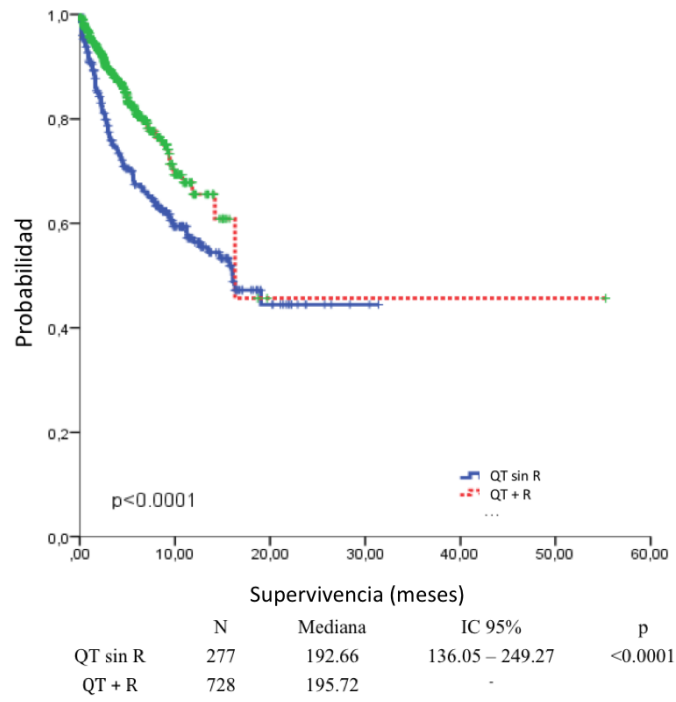


Figura 1. Curva de Kaplan-Meier para ambos grupos de tratamiento del Linfoma folicular.



**Jueves, 27 de Septiembre de 2018**

**18.30-20.00h**

**Sala Hidalgo**

## **SISTEMA NERVIOSO CENTRAL**

**O 58**

### **CORRELACIÓN ENTRE EL ESTATUS DE IDH1 EN EL TUMOR PRIMARIO Y EL PLASMA EN PACIENTES CON GLIOMAS: UTILIDAD EN EL DIAGNÓSTICO Y MONITORIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD.**

**Santiago Cabezas Camarero, Rebeca Pérez Alfayate, Vanesa García Barberán** – Hospital Clínico San Carlos. **María Luisa Gandía, José María Roda** – Hospital Universitario La Paz. **Yanire Sánchez Medina** – Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. **Mario García Conde** – Hospital Universitario de Canarias. **Pablo García Feijóo** – Hospital Universitario La Paz. **Isabel Díaz Millán, Pedro Pérez Segura** – Hospital Clínico San Carlos

**Introducción y Objetivos:** Los gliomas difusos (OMS grados II-IV) se clasifican, entre otras alteraciones, en base al estatus de IDH, definiendo dos entidades clínicas con pronósticos y tratamientos diferentes. Los riesgos y dificultades inherentes a la biopsia cerebral y el éxito de la biopsia líquida en otras entidades, invitan a buscar su aplicabilidad a los tumores del sistema nervioso central. El objetivo fue estudiar la correlación del estatus mutacional de IDH1 entre el tumor primario y el plasma.

**Material y Métodos:** Se seleccionó de manera prospectiva a pacientes con gliomas grados II-IV, en 4 hospitales españoles de 3er nivel. Se extrajeron 20 ml de plasma antes y después de la cirugía y se estudió la mutación R132H de IDH1 en el tumor primario (inmunohistoquímica y PCR digital) y el

plasma (PCR digital).

**Resultados:** Entre febrero de 2017 y abril de 2018, se incluyó a 26 pacientes con gliomas, 9 IDH1-mutados (IDH1MUT) y 17 IDH1-nativos (IDH1NAT) en el tumor primario. Se detectó la mutación en plasma en 4/9 pacientes IDH1MUT y en 3/17 pacientes IDH1NAT en el tumor primario. De los 4 casos IDH1MUT en plasma, en 3 pacientes la mutación en plasma se pudo detectar en varias ocasiones a lo largo del curso de la enfermedad. Todos los casos IDH1MUT positivos en plasma, coincidieron con enfermedad activa en pruebas de imagen (Tabla 1).

**Conclusión:** La biopsia líquida podría suponer una alternativa a la biopsia convencional en los pacientes con gliomas, ayudando en el diagnóstico y monitorización de la enfermedad. El presente estudio continua abierto con la intención de confirmar estos resultados en una muestra mayor.



PACIENTE		TIPO HISTOLÓGICO	GRADO OMS	IDH1 R132H				
				IHQ	PCR digital			
					Parafina	Tumor fresco	Plasma T0	Plasma T1
1	HCSC-02	Oligodendroglioma	II	+	+	-	-	ND
2	HCSC-04	Astrocitoma	III	+	-	+	+	ND
3	HCSC-05	Glioblastoma	IV	-	-	-	-	ND
4	HCSC-06	Astrocitoma	II	+	+	-	-	ND
5	HCSC-07	Glioblastoma	IV	+	-	-	-	ND
6	HCSC-08	Glioblastoma	IV	-	-	-	-	ND
7	HCSC-09	Astrocitoma	II	-	-	-	-	ND
8	HCSC-10	Glioblastoma	IV	+	ND	+	+	ND
9	HCSC-11	Astrocitoma	II	-	ND	+	ND	ND
10	HCSC-12	Glioblastoma	IV	-	-	-	ND	ND
11	HCSC-13	Glioblastoma	IV	-	-	-	ND	ND
12	HCSC-16	Glioblastoma	IV	+	-	+	+	+
13	HCSC-17	Astrocitoma	II	+	ND	+	ND	ND
14	HCSC-19	Astrocitoma	II	-	ND	-	-	-
15	HCSC-20	Astrocitoma	II	+	ND	-	-	-
16	HCSC-25	Glioblastoma	IV	+	+	-	ND	ND
17	HULP-02	Glioblastoma	IV	-	-	+	ND	ND
18	HULP-03	Glioblastoma	IV	-	-	-	ND	ND
19	HULP-04	Glioblastoma	IV	-	ND	-	ND	ND
20	HULP-05	Glioblastoma	IV	-	ND	-	ND	ND
21	HULP-06	Glioblastoma	IV	-	ND	-	ND	ND
22	HULP-07	Glioblastoma	IV	-	ND	-	ND	ND
23	HUNSC-01	Glioblastoma	IV	ND	-	-	ND	ND
24	HUNSC-02	Astrocitoma	III	ND	-	-	ND	ND
25	HUC-01	Glioblastoma	IV	ND	ND	+	ND	ND
26	HUC-02	Glioblastoma	IV	ND	ND	-	ND	ND

HCSC: Hospital Clínico San Carlos, HUC: Hospital Universitario de Canarias, HULP: Hospital Universitario La Paz, HUNSC: Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, ND: no determinado, T0: precirugía, T1: postcirugía pre-radioterapia (RT), T2: post-cirugía y post-RT, (+): positivo, (-): negativo.

Jueves, 27 de Septiembre de 2018

18.30-20.00h

Sala Hidalgo

## MISCELÁNEA

O 59

### EVALUACIÓN DEL CONTROL LOCAL DE LA RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA EN ENFERMEDAD OLIGOMETASTÁSICA.

**Lucía Gómez González, Luis Fernández Fornos, Roberto Morales Giménez, Elena Asensio Martínez, Rocío Ramírez Belloch, Marta Llopis Cuquerella, Vicente Boix Aracil, Francisco Pelegrín Mateo, Marian Fernández Cruz, Javier Bosque Moreno** –  
*Hospital General Universitario de Elche*

**Introducción y Objetivos:** La radioterapia estereotáxica fraccionada (RTEF) es un tratamiento local efectivo en enfermedad oligometastásica. El objetivo de este estudio es evaluar la tasa de control local a 2 años (CL) y tiempo de duración de respuesta (TDR) al tratamiento RTEF, y sus diferencias en función de las características del tumor primario, tipo de metástasis y tratamiento recibido.

**Material y Métodos:** Se revisan retrospectivamente los datos de pacientes oligometastásicos tratados con RTEF entre 2011 y 2016. Se realiza un análisis descriptivo (Chi-cuadrado y T de Student) y de supervivencia mediante Kaplan-Meier (Log-Rank).

**Resultados:** Se analizaron 92 pacientes, el tumor primario más frecuente fue adenocarcinoma pulmonar (36%), seguido del cáncer colorrectal (CCR) (26%), melanoma (7%) y cáncer de mama (6,5%). La metástasis tratada fue

intracraneal en el 48,9% frente al 51,1% de localización extracraneal (21,7% pulmonares, 13% ganglionares, 7,6% hepáticas). La CL global fue 41,5%, con un TDR de 30 meses (IC95%=8,52–51,48). En cuanto al tipo de metástasis, las intracraneales presentaron peor control local frente a extracraneales (CL 26 y 52,6%,  $p=0,031$ ; TDR 10 y 34 meses,  $p=0,047$ ). Excluyendo intracraneales, las de localización ganglionar presentaron mayor CL (60%), frente al 33% en hepáticas y 41% en pulmonares ( $p>0,05$ ). La CL para metástasis menores de 3 cm fue de 47% frente a 33% ( $p>0,05$ ). Con respecto al tumor primario, se objetivó mejor control local en pacientes con tumor primario controlado (CL 47,25 vs 10%,  $p=0,028$ ; TDR 35 vs 7 meses,  $p=0,015$ ) e histología de adenocarcinoma (CL 43,8%, vs 25%,  $p>0,05$ ). El tumor primario con mejor CL fue CCR (57% vs 29% para adenocarcinoma pulmonar,  $p>0,05$ ), y la forma de presentación metacrónica se mostró superior a la sincrónica (44 vs 36%,  $p>0,05$ ). La combinación de quimioterapia con RTEF (adyuvante, neoadyuvante o peritratamiento) obtuvo mayor LC y TDR (56,5 vs 33%,  $p>0,05$ ; 36 vs 11 meses,  $p=0,021$ ). Esquemas con dosis equivalente biológica mayor de 100Gy se relacionaron con mayor LC (48% vs 36%,  $p>0,05$ ).

**Conclusión:** Los pacientes oligometastásicos tratados con RTEF que tienen metástasis extracraneales, el tumor primario controlado y reciben tratamiento combinado con quimioterapia presentan mejor control local (CL y TDR) en nuestro medio. Además se objetiva un beneficio no significativo en tumores metacrónicos, histología adenocarcinoma y origen colorrectal.

Viernes, 28 de Septiembre de 2018

08.00-09.30h

Sala Hidalgo

## INMUNOTERAPIA

O 60

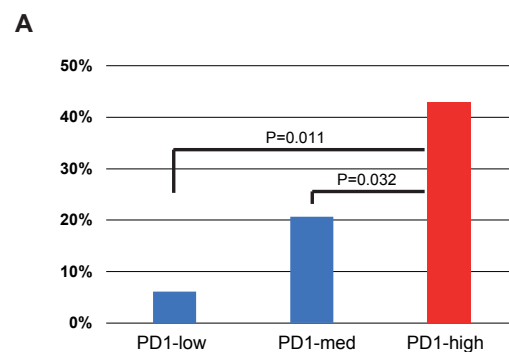
**Asociación entre el ARNm de PD1 y la respuesta a tratamiento con anti-PD1 en monoterapia en múltiples tipos de cánceres.**

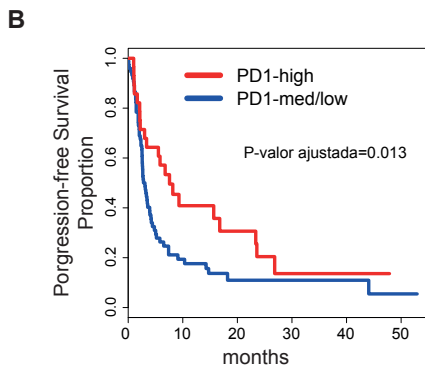
**Tomás Pascual Martínez** – Hospital Clinic de Barcelona. **Laia Paré Brunet** – IDIBAPS August Pi i Sunyer Biomedical Research Institute. **Elia Seguí Solis. Adela Rodríguez Hernandez, Oscar Reig Torras, Joan Maurel Santasusana, Javier García Corbacho, Cristina Teixido Febrero, Ana Arance Fernández, Aleix Prat Aparicio** – Hospital Clinic de Barcelona

**Introducción y Objetivos:** En cáncer metastásico, la tasa de respuesta global (TRG) tras tratamiento con anti-PD1 en monoterapia es variable (0% a 50%). Nuestra hipótesis es que esta observación se explica, en parte, por la expresión diferente de la diana terapéutica (PD1) en el tumor.

**Material y Métodos:** Se obtuvieron datos de RNA-seq del TCGA de 10.078 tumores que representaban 34 tipos de cáncer. Se evaluó la expresión de PD1 y 566 genes/firmas relacionados con el sistema inmune. Se calcularon las correlaciones entre cada gen/TRG reportada. Se incluyeron solo estudios de anti-PD1 en monoterapia que incluyeran al menos 20 pacientes no seleccionados por biomarcador. Para traducir estos hallazgos al entorno clínico, analizamos la expresión de PD1 utilizando la plataforma nCounter en 773 muestras tumorales fijadas en parafina (FFPE) de 17 tipos de cáncer. Finalmente, evaluamos el ARNm de PD1 en FFPE a partir de una cohorte independiente de 102 pacientes con tumores sólidos metastásicos tratados con anti-PD1 en monoterapia.

**Resultados:** En el TCGA, la expresión de PD1 varió significativamente entre los diferentes tipos de cáncer, y la proporción de tumores con alta expresión (PD1-H) (definidos como percentil 80) en cada cáncer varió del 0% a 84% ( $p < 0,001$ ). Las proporciones de PD1-H se encontraron fuertemente correlacionados con las TRG reportadas en la literatura (coeficiente de correlación [CC] = 0,91), sugiriendo que el 83% de las diferencias en las TRG entre los distintos tipos de cáncer podrían explicarse por la expresión de PD1. Se exploraron diferentes puntos de corte de PD1, otros genes/firmas y la carga mutacional tumoral, y los CC obtenidos fueron inferiores. Para traducir estos hallazgos en muestras clínicas, se evaluó la expresión de PD1 en 773 muestras FFPE de 17 tipos de cáncer mediante la plataforma nCounter. Usando el punto de corte más óptimo (percentil 80), se identificaron proporciones similares de tumores PD1-H en cada tipo de cáncer en comparación con el TCGA (CC=0,92). Finalmente, el punto de corte óptimo basado en FFPE PD1 se encontró significativamente asociado con TRG (PD1-H 42,8% vs. PD1-Low 17,6%;  $p = 0,018$ ) en 102 pacientes con cáncer avanzado tratados con anti-PD1 en monoterapia.





Cohorte de 102 pacientes tratados con anti-PD1 en monoterapia: (A) Tasas de respuesta global basadas en la expresión de ARNm de PD1. (B) Supervivencia libre de progresión (SLP) basada en Expresión de ARNm de PD1

**Conclusión:** Nuestros resultados sugieren una fuerte relación entre la expresión de ARNm de PD1 y la actividad de la monoterapia con anti-PD1.

## O 61

### El bloqueo profiláctico de TNF $\alpha$ como clave en la reducción de la toxicidad y en la mejora de la eficacia ante el empleo de la combinación de ipilimumab más nivolumab.

**Elisabeth Perez-Ruiz** – Hospital Costa Del Sol. **Pedro Berraondo, Luna Ridan, M<sup>c</sup>armen Ochoa** – Centro de Investigación Médica Aplicada. **María Rodríguez-Ruiz** – Clínica Universitaria De Navarra. **Ivan Márquez** – Hospital Gregorio Marañón. **Lorenzo Alonso** – Hospital Virgen de la Victoria. **Carlos de Andrea** – Clínica Universitaria de Navarra. **Vanesa de Luque** – Centro De Investigación Medico-Sanitarias. **Ignacio Melero** – Centro De Investigación Médica Aplicada

**Introducción y Objetivos:** La combinación de ipilimumab y nivolumab (DIT) ha mejorado la supervivencia de pacientes con cáncer a cambio de un aumento de la toxicidad, principalmente gastrointestinal, provocando el cese del tratamiento en un tercio de los pacientes y la necesidad de reducir las dosis de estos fármacos cuando se usan en combinación. El factor de necrosis tumoral alfa (TNF- $\alpha$ ) es un mediador en la enfermedad inflamatoria intestinal y su bloqueo con anticuerpos monoclonales se ha recomendado para tratar la colitis resistente a esteroides. Hemos estudiado si el bloqueo profiláctico de TNF- $\alpha$  es capaz de reducir la toxicidad gastrointestinal asociada al empleo de DIT sin alterar la actividad antitumoral.

**Material y Métodos:** Los experimentos se realizaron en ratones C57BL/6 que albergaban tumores subcutáneos derivados de las líneas celulares MC38 y B16OVA. La colitis inmune fue inducida por la exposición al dextrano sulfato de sodio al 3% (DSS) en agua durante 3 días. Para el bloqueo del TNF $\alpha$ , se usaron etanercept (quimera hTNFR2-IgG) o un anticuerpo monoclonal anti-TNF- $\alpha$  de ratón. La eficacia antitumoral se valoró midiendo los tamaños mientras que la severidad de la colitis se evaluó y puntuó por peso diario, grosor intestinal medido por ecografía e histología.

**Resultados:** Observamos que la eficacia antitumoral del bloqueo PD-1 + CTLA-4 contra MC38 o B16OVA no se redujo con la asociación profiláctica del bloqueo del TNF- $\alpha$ . Curiosamente, se observó una mejora de la actividad antitumoral en aquellos ratones en los que se indujo colitis DSS y se administró el bloqueo de TNF- $\alpha$ . De manera importante, en ratones que padecen colitis inducida por DSS que se co-trataron con DIT y bloqueo de TNF- $\alpha$ , la toxicidad digestiva mejora como se muestra por el peso corporal, la ecografía y la histología. De forma paralela, muestras de colon normal, colon afecto de colitis ulcerosa y colon con colitis inmunomediada procedentes de pacientes fue analizada mediante tecnología nCounter, comprobándose la expresión de TNF $\alpha$  en las muestras de colitis inmunomediada y de colitis ulcerosa y no en el colon normal.

**Conclusión:** Por lo tanto, el bloqueo de TNF- $\alpha$  puede asociarse profilácticamente con DIT para prevenir la toxicidad sin reducir la eficacia antitumoral. Estos resultados en modelos de ratón justifican un ensayo clínico que evalúe el bloqueo profiláctico TNF $\alpha$ .

## O 62

### VALIDACIÓN DEL ÍNDICE PRONÓSTICO INMUNOLÓGICO DEL PULMÓN (LIPI) EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN PREPRETADO QUE RECIBEN INMUNOTERAPIA.

**Jorge Silva Ruiz** – HUFA. **María Sereno** – Hospital Infanta Sofía. **Luis Enrique Chara** – Hospital Universitario Guadalajara. **Miguel Sotelo** – Hospital Infanta Cristina. **Rafael Lopez** – Hospital Universitario Clínico Valladolid. **Judit Rubio** – Hospital Universitario de Móstoles. **Clara Olier** – HUFA. **Alejandro Velastegui** – Hospital Universitario Rey Juan Carlos. **Ana Cardeña, Xabier Mielgo** – HUFA

**Introducción y Objetivos:** Se ha correlacionado el cociente entre neutrófilos y leucocitos (dNLR) y el nivel de lactato deshidrogenasa (LDH) con la respuesta a los inhibidores de PD-1. El grupo francés desarrolló un índice pronóstico inmunológico pulmonar (LIPI) en base a estos 2 indicadores que permite clasificar a los pacientes en 3 grupos pronóstico: bueno (0 factores); intermedio (1 factor) y pobre (2 factores).

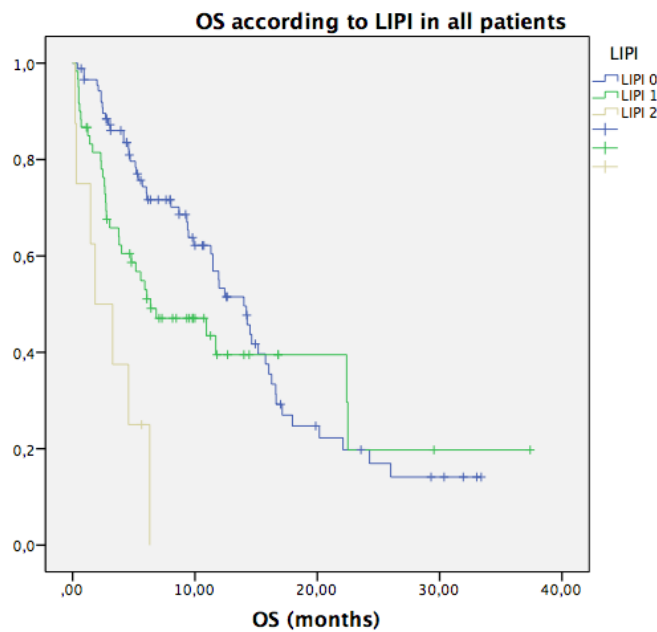
**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo multicéntrico que pretende validar el índice pronóstico LIPI en cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) estadio avanzado tratado a partir de 2<sup>a</sup> línea con anti-PD1. Se han incluido pacientes tratados con nivolumab o pembrolizumab entre marzo 2015 y abril 2018 en 7 hospitales españoles. Se revisaron retrospectivamente los datos clínicos y se calculó el índice LIPI previo al tratamiento. Objetivo primario: su correlación con supervivencia global (SG).

**Resultados:** Se incluyeron 168 pacientes. Edad media de 65 años (rango 39-85). 134 (79,8%) eran varones y 121 (72%) tenían PS  $\leq$  1. La mayoría fueron adenocarcinoma (50%) y carcinoma epidermoide (42,9%). 92,3% recibieron

nivolumab y 7,7% pembrolizumab. Mediana de líneas previas: 1 (1-5). Número medio de ciclos: 11 (1-68). La mayoría eran fumadores o ex fumadores (94,6%). Un 2,3% tenían mutaciones de EGFR y un 0,6% tenían reordenamiento de ALK. La inmunohistoquímica PD-L1 estaba disponible en el 25% (<1%:36,6%, 1-49%:39%; ≥50%:24,4%). Según el índice LIPI, el 56,4% fue LIPI 0 (buen pronóstico), el 38,5% LIPI 1 (intermedio) y el 5,1% LIPI 2 (pobre). Tasa de respuesta (TR) del 30,4% y tasa de control de enfermedad (TCE) del 52%. Mediana de SLP y SG de 5,6 meses (3,9-7,3) y 11,4 meses (9,4-13,5). Mediana de SG para grupo pronóstico bueno, intermedio y pobre de 14 meses (IC95%, 11,2-16,7), 6,3 meses

(IC95%, 0,6-12) y 1,8 meses (IC95%, 0-4,3), respectivamente (p=0,0001). LIPI mostró correlación con la SG tanto con PDL-1 conocido como desconocido. Un LIPI de 2 se asoció con peor SG (HR 4,9, IC95%, 2,18-11,1). También se correlacionó con la SLP (p=0,004).

**Conclusión:** Nuestros resultados apoyan el valor pronóstico de LIPI pretratamiento. dNLR>3 y LDH>ULN se correlacionó con peores resultados para anti-PD1, independientemente de PD-L1. Es una herramienta útil, basada en criterios clínicos, que puede ayudarnos en la práctica diaria para identificar quienes se beneficiarán de anti-PD1.



Supervivencia global segun indice LIPI



Viernes, 28 de Septiembre de 2018

08.00-09.30h

Sala Hidalgo

## ONCOLOGÍA TRASLACIONAL

O 63

**Evaluación de los niveles de expresión de CD5 y CD6 como biomarcadores pronóstico en estadios reseables de cáncer de pulmón no microcítico.**

**Andrea Moreno Manuel** – Laboratorio de Oncología Molecular Fundación para la Investigación, Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, Spain. **Silvia Calabuig Fariñas** – Laboratorio de Oncología Molecular, Fundación para la Investigación Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, Spain; Centro de Investigación Biomédica en Red Cáncer, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España; Departamento de Patología, Universitat de València, Valencia, Spain. **Fernando Aranda** – Immunoreceptors of the Innate and Adaptive System, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer, Barcelona, Spain. **Inés Simoes** – Immunoreceptors of the Innate and Adaptive System, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer, Barcelona, Spain. **Esther Carreras** – Immunoreceptors of the Innate and Adaptive System, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer, Barcelona, Spain. **Ana Blasco** – Servicio de Oncología Médica, Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, Spain; Centro de Investigación Biomédica en Red Cáncer, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España. **Carlos Camps** – Laboratorio de Oncología Molecular, Fundación para la Investigación Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, Spain; Centro de Investigación Biomédica en Red Cáncer, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España; Servicio de Oncología Médica, Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, Spain; Departament de Medicina, Universitat de València, Valencia, Spain. **Francisco Lozano** – Immunoreceptors of the Innate and Adaptive System, Institut d'Investigacions Biomèdiques

August Pi i Sunyer, Barcelona, Spain; Servei d'Immunologia, Centre de Diagnòstic Biomèdic, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, Spain; Departament de Biomedicina, Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona, Barcelona, Spain. **Rafael Sirera** – Departament de Biotecnologia, Universitat Politècnica de València, Valencia, Spain **Eloisa Jantus-Lewintre** – Laboratorio de Oncología Molecular, Fundación para la Investigación Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, Spain; Centro de Investigación Biomédica en Red Cáncer, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España; Departament de Biotecnologia, Universitat Politècnica de València, Valencia, Spain

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) representa más de un 80% de los casos de cáncer de pulmón. Este trabajo consiste en el análisis de dos genes inmunoreguladores, CD5 y CD6, como posibles biomarcadores pronóstico en estadios reseables de CPNM.

**Material y Métodos:** El estudio se realizó en una cohorte de prueba compuesta por 201 pacientes de CPNM en estadios reseables con muestras pareadas de tejido fresco normal y tumoral, en los que se analizó la expresión de CD5 y CD6 mediante RTqPCR, y se calculó la expresión relativa utilizando la fórmula de Pfaffl. Posteriormente se utilizó la base de datos The Cancer Genome Atlas (TCGA) para obtener una cohorte de validación independiente con datos de expresión génica en tejido normal y tumoral. La supervivencia se determinó mediante análisis de regresión de Cox y se curvas Kaplan-Meier (test log-rango) tras dicotomizar los datos tomando la mediana como valor de corte.

**Resultados:** La cohorte de prueba estaba compuesta por 201 pacientes, principalmente hombres, fumadores o exfumadores, con buen estado funcional (PS=0). Los análisis de supervivencia revelaron un aumento de la supervivencia global (SG) en pacientes

## Inmunoterapia

con mayores niveles de expresión de CD5 (53.3 vs. NA meses,  $p=0.011$ ). Un análisis multivariante confirmó que la expresión de CD5 tenía valor pronóstico como biomarcador independiente para SG en estadios tempranos de CPNM [HR=0.539; 95% CI, 0.329-0.883;  $p=0.014$ ]. Los análisis de supervivencia realizados en los 97 pacientes de la cohorte de validación confirmaron que mayores niveles de expresión de CD5 y CD6 tenían valor pronóstico significativo para supervivencia libre de recaída (34.98 vs. 75.57 meses,  $p=0.033$ ; 25.31 vs. 75.57 meses,  $p=0.020$ , respectivamente) y SG (40.49 vs. 77.97 meses,  $p=0.038$ ; 39.02 vs. 77.97 meses,  $p=0.034$ , respectivamente). Por lo tanto, estos análisis apoyan que los pacientes de CPNM con mayores niveles de expresión de CD5 están asociados con mejor pronóstico, y, además, sugieren que CD6 podría ser un biomarcador pronóstico.

**Conclusión:** Estos análisis han permitido el establecimiento de CD5 como un biomarcador pronóstico independiente en estadios resecables de CPNM. Financiado con fondos de Fundació La Marató TV3 (201319-30), ISCIII (PI12-02838 and PI15-00753), MECD (SAF2016-80535-R) -co-financiado por FEDER. FA e IS son beneficiarios de becas de ISCIII (Programa Sara Borrell; CD15/00016) y PFCT (SFRH/BD/75738/2011), respectivamente.

O 64

### Perfiles diferenciales de expresión génica (EG) en pacientes (p) con pobre (PR) vs buena respuesta (BR) al mantenimiento con vinflunina (mV) en p con carcinoma urotelial avanzado (CUa): resultados preliminares del análisis de biomarcadores del estudio MAJA (SOGUG 2011/02).

**Albert Font** – ICO Badalona. **Jesús García Donas** – Centro Integral Oncológico HM Clara Campal. **José Luis Ramírez Serrano** – ICO Badalona. **Begoña Pérez Valderrama** – H.U. Virgen del Rocío. **Itziar de Aguirre Egaña** – ICO Badalona. **Lara Nonell** – Institut Hospital del Mar d'investigacions Mèdiques. **Vicenç Ruiz de Porras**

– *Germans Trias i Pujol Health Sciences Research Institute. José Antonio Virizuela* – H.U. Virgen de la Macarena. **Urbano Anido** – C.H.U. de Santiago. **Joaquim Bellmunt** – H.U. del Mar

**Introducción y Objetivos:** Vinflunina es un agente antimicrotúbulo aprobado por la EMA para el tratamiento tras fallo a platinos en p con CUa. No disponemos de biomarcadores moleculares para predecir la respuesta a la vinflunina. En el estudio fase II aleatorizado MAJA (NCT01529411), p con CUa que presentaron un control de la enfermedad tras un doblete de platino, el mV confirió una mejora significativa en la SLP en comparación con el mejor tratamiento de soporte (García-Donas et al. Lancet Oncol 2017). Un análisis de EG pre-planificado pretende identificar biomarcadores para predecir la respuesta al mV.

**Material y Métodos:** 44 p recibieron vinflunina. Hemos comparado los perfiles de EG de 8 PR a vinflunina (12 ciclos). El ARN fue aislado del tejido tumoral FFPE recogido durante el cribado usando el kit Covaris, y se analizaron los niveles de EG con el array Clariom S. (Thermo Fisher). La expresión diferencial (ED), definida como  $p1.5$ , fue determinada con modelos lineales de datos de microarray incluidos en los paquetes de limma y sva. Se utilizó el Análisis de Enriquecimiento del Conjunto de Genes (GSEA) precalificado para la clasificación funcional de la ED de los genes.

**Resultados:** La agrupación jerárquica de genes mostró una ED entre BR y PR. La ED se encontró en 31 genes, 13 de ellos presentaban bajos niveles de expresión, y 18 estaban sobreexpresados en BR, comparados con PR. En los BR, la GSEA reveló una sobreexpresión de 72 genes relacionados con el punto de control G2M y de 61 genes relacionados con el factor de transcripción E2F. En los PR, estaban disminuidos 73 genes relacionados con la transición epitelio-mesénquima y 39 relacionados con IL6/JAK/STAT3. Estamos validando estos genes mediante qPCR para determinar un perfil de EG asociado con la respuesta al mV.

**Conclusión:** Los resultados preliminares sugieren que el análisis de microarray podría identificar una firma de EG que prediga la respuesta al mV. Esto será útil para seleccionar el tratamiento de los p con CUa. Se presentarán los resultados completos.

Viernes, 28 de Septiembre de 2018

11.45-13.15h

Auditorio

## PULMÓN AVANZADO

O 65

**Implementación de tecnologías genómicas en el diagnóstico molecular asistencial del cáncer de pulmón no microcítico Hospital Clínic de Barcelona.****Pedro Jares Gerboles, Cristina Teixido Febrero, Sandra Lopez Prades, Giancarlo Castellano, Roxana Reyes Cabanillas, Laia Pare Brunet, Carlos Cabrera Galvez, Daniel Martinez Hernandez, Nuria Viñolas Segarra, Noemi Reguart Aransay** – Hospital Clínic Barcelona

**Introducción y Objetivos:** La introducción de terapias dirigidas en el algoritmo terapéutico del cáncer de pulmón ha supuesto un gran avance en el manejo de esta enfermedad. Actualmente, uno de los principales retos reside en la integración de las tecnologías genómicas para la estratificación de los pacientes en el ámbito asistencial. Presentamos el primer análisis de incidencia de alteraciones genéticas en el cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) tras la implementación asistencial de dos tecnologías de nueva generación en nuestro centro hospitalario.

**Material y Métodos:** Se incluyen los pacientes con CPNM avanzado analizados en nuestro centro durante el periodo comprendido entre 2016-2018. La presencia de mutaciones somáticas se estudió en ADN genómico extraído de muestras parafinadas mediante secuenciación masiva con el panel OncoPrint Tumor DNA kit (ThermoFisher Scientific) que interroga 22 genes relacionados con cáncer.

Mediante cuantificación digital con un panel customizado de nCounter (NanoString Technologies) se evaluó la existencia de genes de fusión ALK/ROS1/RET/NTRK1 y de la mutación METex14 a partir de ARN total. Los análisis moleculares se realizaron en las instalaciones del Core de Biología Molecular del Hospital Clínic Barcelona.

**Resultados:** Entre 2016 y 2018, un total de 343 pacientes con CPNM fueron evaluados mediante secuenciación masiva (n=305) y nCounter (n=126). En nuestra serie un total de 66 muestras (22%) fueron no aptas para el estudio de secuenciación. Un total de 190 pacientes (79.5%) fueron portadores de una alteración genética, identificándose un total de 62 pacientes (26%) tributarios de terapias personalizadas. Los genes con mayor prevalencia mutacional fueron TP53(47%), KRAS(26%), EGFR(18%), BRAF(5%) y PIK3CA(3%). Otros genes identificados con menor incidencia (<2%) fueron: NRAS, PTEN, ERBB4, DDR2, AKT y FGFR3. En el 57% de las muestras se detectó una única mutación. El estudio de ARN mediante tecnología nCounter permitió identificar un total de 13 alteraciones oncogénicas: 9 reordenamientos en ALK(7%), 2 ROS1(2%) y 2METex14(2%), de las cuales 6 fueron identificadas mediante técnicas de cribado habituales (FISH/IHC-ALK).

**Conclusión:** En nuestra serie el 79.5% de los CPNM presentan una alteración genética, resultados similares a los reportados en otras series largas (Lung Cancer Mutation Consortium). La caracterización molecular integral del CPNM avanzado mediante tecnologías genómicas es viable en la práctica clínica asistencial en nuestro ámbito y permite identificar hasta un 26% de pacientes tributarios de terapias personalizadas.

O 66

### Primer análisis retrospectivo de pacientes(p) con Cáncer de Pulmón de Célula No Pequeña (CPCNP) estadio IV del Registro de Tumores Torácicos (RTT) del Grupo Español de Cáncer de Pulmón (GCEP).

**Bartomeu Massutí Sureda** – Hospital General Universitario de Alicante. **Miguel Angel Muñoz** – Instituto Valenciano de Oncología. **Julia Calzas** – Hospital Universitario de Fuenlabrada. **Juana Oramas** – Hospital Universitario de Canarias. **David Aguiar** – Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrin. **Ana Laura Ortega** – Complejo Hospitalario de Jaen. **Pilar Diz** – Hospital Universitario de Leon. **Pilar Lianes** – Consorci Sanitari del Maresme – Hospital de Mataró. **Laia Capdevila** – Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. **Mariano Provencio** – Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda

**Introducción y Objetivos:** En septiembre de 2016 el GCEP inició un RTT en 53 hospitales españoles. En este estudio retrospectivo presentamos los datos de los p con CPCNP con enfermedad avanzada.

**Material y Métodos:** El estudio incluye todos los p incluidos en el RTT desde septiembre de 2016 con estadio IV. La Supervivencia Libre de Progresión (SLP) y la Supervivencia Global (SG) se evaluaron mediante las curvas Kaplan-Meier y los grupos se compararon mediante Log-rank test. Las variables relacionadas con el p que se analizaron incluyeron: edad, sexo, hábito tabáquico, comorbilidades, Performance Status (PS) por ECOG y histología del tumor. Se analizó también el análisis molecular realizado en el grupo de p con enfermedad avanzada. Analizamos también el tratamiento recibido en esta cohorte de pacientes

**Resultados:** Del total de 2361 p incluidos, con diagnóstico entre julio de 1991 y abril 2018, 1194 presentaban CPCNP con estadio IV. La edad media fue de 63.2 años, 824 (69%) varones, 473 (39.6%) fumadores activos y 475 (39.8%) exfumadores. La histología más frecuente fue adenocarcinoma, en 894 p (74.9%), y escamoso en 220 p (18.4%). El 78.6% (938) de los p presentaban algún tipo de comorbilidad: HTA (38.5%), dislipemia (28.1%), diabetes mellitus (16.3%) y EPOC (14.7%). 978 p (81.9%) de los p se sometieron a algún tipo de análisis molecular. El análisis de EGFR se realizó en 900 p (75.4%), siendo positivo en el 25.6%. ALK se analizó en 763 p (63.9%), mayoritariamente por IHQ (44.7%), siendo positivo por IHQ en el 5.2%. El 13.2% (158 p) no recibieron ningún tratamiento, 530 p (44.4%) recibieron 1 línea de tratamiento, 295 p (24.7%) dos líneas 128 p (10.7%), tres líneas 30 p (2.5%), 4 o más líneas de tratamiento. El 60.9 % de los pacientes recibieron un doblete de platino en primera línea, siendo el más usado la combinación de platino con pemetrexed (34%) en primera línea de tratamiento. 1171 pacientes son evaluables para supervivencia global, con una mediana de supervivencia de 17.4 m (IC 95% 14.6-20.2 m).

**Conclusión:** En esta cohorte de pacientes las características clínicas son las esperadas para este grupo de pacientes con enfermedad avanzada, sin embargo, aparece un mayor porcentaje del esperado de mutaciones de EGFR, quizá debido a una supraselección poblacional.

O 67

### ESTUDIO GCEP 1605/NIVEX. Experiencia del programa de acceso expandido de Nivolumab en pacientes con carcinoma pulmonar no microcítico avanzado previamente tratados (NCT03132493).

**Margarita Majem** – Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. **Juana Campillo** – Hospital Virgen de la Arrixaca. **Francisco Grau** – Hospital de la Vall d'Hebron. **Enric Carcereny** – Institut Català d'Oncologia Badalona. **Reyes Bernabé** – Hospital Universitario Virgen del Rocío. **Yolanda García** – Corporació Sanitaria Parc Taulí. **Angel Artal** – Hospital Miguel Servet. **Maria Gonzalez Cao** – Hospital Universitari Dexeus. **Mariano Provencio** – Hospital Universitario Puerta de Hierro. **Delvys Rodríguez-Abreu** – Hospital Insular De Gran Canaria

**Introducción y Objetivos:** Nivolumab es un tratamiento estándar en pacientes (ptes) con CPNM avanzado previamente tratados. El objetivo de este trabajo es describir la eficacia y la toxicidad de Nivolumab en los ptes incluidos en el programa de acceso expandido en España.

**Material y Métodos:** Analizamos 665 ptes del programa de acceso expandido, que incluyó pacientes con CPNM pretratados que habían recibido  $\geq 1$  dosis de Nivolumab de 01/2015 (histología escamosa) y 06/2015 (histología no escamosa), hasta 11/2017.

**Resultados:** La mediana de edad fue de 61 (32-85) años, el 73% eran hombres, el 85% presentaban un ECOG 0-1, el 88% eran fumadores/exfumadores y el 15% presentaban M1 cerebrales. 128 (19,2%) ptes presentaban histología escamosa y 537 (80,8%) no escamosa. PD-L1 fue  $\geq 1\%$  en 33% de los ptes analizados. Nivolumab se administró como 2<sup>a</sup>/ $\geq 3$ <sup>a</sup> línea en 33%/67% de los ptes, respectivamente. Se administró tratamiento post-Nivolumab en 25% de los ptes que recibieron Nivolumab en 2<sup>a</sup> línea y 23% de los que lo recibieron en 3<sup>a</sup> línea. Tras una mediana de seguimiento de 8,2 meses, la mediana de supervivencia global (SG) fue 8,97 (IC95%: 7,69-10,24) meses, y la mediana de supervivencia libre de progresión (SLP) 3,23 (IC95%: 2,77-3,70) meses. La SG estimada a 1 año fue 42,4% (IC95%: 38,5-42,8%) y la SLP estimada a 1 año 22,2% (IC95%: 19,1-25,3%). No se observaron diferencias en eficacia según histología. En los ptes que recibieron Nivolumab en 2<sup>a</sup> línea, la mediana de SG fue 9,8 (IC95%: 7,3-12,0) meses y la mediana de SLP 3,3 (IC95%: 2,4-4,2) meses. En ptes que recibieron Nivolumab en 3<sup>a</sup> línea, la mediana

de SG fue 8,6 (IC95%: 7,2-10,0) meses y la mediana de SLP 3,1 (IC95%: 2,6-3,7) meses. Los ptes que recibieron tratamiento de 3ª línea post-Nivolumab presentaron una mediana de SG de 9,3 (95CI% 7,0-11,6) meses. 296 (44,5%) ptes presentaron toxicidad por Nivolumab, siendo grado  $\geq 3$  en 69 (10,4%) ptes. La mediana de SG fue 14,57 (IC95% 8,45-20,68) meses para los ptes con toxicidad grado  $\geq 3$  y 8,73 (IC95% 7,50-9,96) meses para los ptes sin toxicidad grado  $\geq 3$  ( $p=0,074$ ).

**Conclusión:** La eficacia y seguridad de Nivolumab en los ptes del programa de acceso expandido fue similar a la reportada previamente. Hubo una tendencia a una mejor SG en pacientes que presentaron toxicidad grado  $\geq 3$ .

## O 68

### Asociación entre la eficacia y los efectos inmunomediados (irAEs) en pacientes con cáncer de pulmón no célula pequeña (CPNCP) tratados con inhibidores de los inmune-checkpoint (ICIs).

**Mariona Riudavets Melià** – Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. **Consolación Moltó Valiente, Daniela Camacho Arrellano, Sara Morón Asensio, Paula Gomila Pons, Luís del Carpio Huerta, Ivana Gabriela Sullivan, Andrés Barba Joaquín, Agustí Barnadas Molins, Margarita Majem Tarruella**

**Introducción y Objetivos:** Los ICIs son un tratamiento estándar en CPNCP avanzado. Sin embargo, pueden inducir irAEs que pueden interrumpir el tratamiento. Describimos aquí la incidencia de los irAEs y su correlación con la eficacia.

**Material y Métodos:** Analizamos retrospectivamente 101 pacientes con CPNCP avanzado tratados con ICIs en nuestro centro de 3/2014 a 1/2018. Los irAEs se clasificaron según los criterios CTCAE v4.0. El análisis de la supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG) se realizó mediante los tests de Kaplan Meier y log-rank, utilizando el programa SPSS v24.

**Resultados:** La mediana de edad fue de 66,4 [37-85] años, 74,3% hombres. 33 (32,7%) pacientes con histología escamosa y 68 (67,3%) no escamosa. Los ICIs más utilizados fueron nivolumab (50%), pembrolizumab (31%) y atezolizumab (16%), usados en monoterapia (79,2%) o en combinación con quimioterapia (20,8%). La mediana de duración del tratamiento fue de 2,7 [0,6-26,2] meses. 61 (60,4%) pacientes presentaron 106 irAEs, media de 1,02 [0-4] irAEs/paciente. Los irAEs más frecuentes fueron rash (24,5%), prurito (22,6%), diarrea (21%), disfunción tiroidea (10,5%), artritis (8,5%), hepatitis (2,9%) y neumonitis (2%). 8 (7,5%) pacientes presentaron irAEs grado 3-4: 1 neumonitis,

4 diarrea, 1 mucositis, 1 nefritis y 1 anemia hemolítica. Hubo una muerte relacionada con el tratamiento debido a una neumonitis. 47 (46,5%) pacientes recibieron corticoides sistémicos durante el tratamiento, 29,8% para el manejo de irAEs. 11 (10,9%) pacientes suspendieron el tratamiento por toxicidad. En el momento de éste análisis, el 86,8% de los irAEs había mejorado. Con una mediana de seguimiento de 8,9 [IC95%, 0,6-48,2] meses, la mediana de SG fue superior en pacientes que desarrollaron irAEs: no alcanzado (NR) vs 7,8 [IC95%, 5,2-10,5] meses ( $p=0,001$ ). De forma similar, la SLP fue significativamente más larga: 6,2 [IC95%, 2,3-10,1] vs 2,7 [IC95%, 1,8-3,5] meses ( $p<0,0001$ ). La SG fue mayor en los pacientes que no recibieron esteroides: NR vs 9,9 [IC95%, 6,8-13,0] meses ( $p=0,024$ ). No se encontró relación entre la eficacia y el uso de antibióticos en los 3 meses previos al inicio o durante el tratamiento con ICIs.

**Conclusión:** La presencia de irAEs en pacientes con CPNCP tratados con ICIs se asoció con su eficacia. Se encontró una correlación negativa entre el uso de corticoides sistémicos y los resultados.

## O 69

### Actividad clínica de afatinib en una cohorte de pacientes (p) con adenocarcinoma de pulmón y mutaciones infrecuentes de EGFR (m-i-EGFR): estudio español retrospectivo multicéntrico.

**Luis Cabezón Gutiérrez** – Hospital Universitario de Torrejón, Madrid. **Oscar Juan** – Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia. **Raquel Marse** – Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca. **Silvia Muñoz** – Hospital General de Granollers, Barcelona. **Georgia Anguera** – Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. **Joaquim Bosch-Barrera** – Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta, ICO-Girona. **Silvia Catot** – Fundació Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa. **Yolanda Garcia** – Parc Taulí Hospital Universitari. Insitut d'Investigació i innovació PARC Taulí I3PT, Sabadell. **Inmaculada Ramos** – Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. **Teresa Moran** – Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, ICO-Badalona, Barcelona

**Introducción y Objetivos:** Las m-i-EGFR en los exones 18-21 representan el 12-15% del total de las mutaciones de EGFR (m-EGFR) en el carcinoma no microcítico de pulmón (CNMP). Afatinib ha demostrado actividad en algunas m-i-EGFR, especialmente el G719X, L861Q y S768I, mientras que otras m-i-EGFR (Ins20, de novo T790M) presentan una probabilidad de respuesta menor. Las m-i-EGFR se han reportado también como mutaciones complejas con otras m-EGFR. Hemos examinado las características clínicas y moleculares y la eficacia de afatinib en una cohorte de p con CNMP avanzado con m-i-EGFR en población española.



**Material y Métodos:** Hemos revisado las historias clínicas de 67 p con m-i-EGFR tratados con afatinib entre 2012 y 2017 en 23 centros españoles. Las m-i-EGFR has sido analizadas como mutaciones complejas (grupo A), ins20 (grupo B) y m-i-EGFR simples (grupo C). Los datos de eficacia se han evaluado en términos de respuesta y supervivencia global (SG).

**Resultados:** El 96% de los p fueron caucásicos, todos adenocarcinoma, el 46% nunca fumadores y el 37% ex-fumadores, el 79% presentaron estadio IV inicial, y el 79% presentó un ECOG PS 0-1. El grupo A incluyó las siguientes combinaciones de mutaciones: G719X+E709F, G719X+S768I, G719X+ L861Q, L858R+T790M, L858R+S768I, Del19+S768I, Del19+L747S, o R776C+L861Q. No se observaron diferencias entre las características clínicas entre los grupos A (n=20), B (n=23) y C (n=24). Afatinib fue el primer tratamiento en el 80%

de los p. La mediana (me) de tiempo en tratamiento fue de 4,2 m (rango 2,0-12,9). El 18% de los p inició el tratamiento a dosis reducida y el 24% requirió una reducción de dosis debida a efectos adversos. La respuesta a afatinib fue significativamente superior en los grupos A y C (70% y 54%) comparado con el grupo B (13%; p<0,001 y 0,0013, respectivamente) La me-SG para la cohorte completa fue de 19,9 m (9,7-30,1). La razón de riesgo para la SG fueron de 0,27 (IC95% 0,10-0,71, p=0,009) y 0,40 (IC95% 0,17-0,95, p=0,037) para los grupos A y C comparado con el grupo B, respectivamente.

**Conclusión:** En la práctica clínica, afatinib demuestra actividad en las m-i-de EGFR en p con CNMP, especialmente en las mutaciones complejas y simples. Se precisan de estrategias adicionales para las ins20, un subgrupo con una probabilidad menor de beneficio clínico asociado al tratamiento con afatinib.

m-i-EGFR	Grupo A (complejas) n=20	Grupo B (Ins20) n=23	Grupo C (simples) n=24
<b>Respuesta a afatinib, n (%)</b>			
Respuesta completa	1 (5.0)	0 (0)	1 (4.2)
Respuesta parcial	13 (65.0)	3 (13.0)	12 (50.0)
Enfermedad estable	3 (15.0)	8 (34.8)	5 (20.8)
Progresión de enfermedad	0 (0)	10 (43.5)	3 (12.5)
No evaluable	3 (15.0)	2 (8.7)	3 (12.5)
<b>mSG (IC95%), meses</b>	28.8 (20.7, 36.8)	10.7 (6.2, 15.3)	19.9 (10.8, 29.0)
p=0.014			

Eficacia de afatinib en p con m-i-EGFR



Viernes, 28 de Septiembre de 2018

13.15.14.15h

Sala Castilla

## SARCOMAS

O 70

**Olaratumab tras el tratamiento con Olaratumab +Doxorubicin: Efectos de la monoterapia (mono) en el ensayo clínico de fase II JGDG.**

**Javier Martín-Broto** – Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. **William Tap** – Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, NY, Estados Unidos. **Bartosz Chmielowski** – UCLA Melanoma Sarcoma Program, Los Angeles, CA, Estados Unidos. **Scott Barker** – Eli Lilly and Company, Indianapolis, IN, Estados Unidos. **Patrick M. Peterson** – Eli Lilly and Company, Indianapolis, IN, Estados Unidos. **Damien Cronier, Ashwin Shahir** – Eli Lilly and Company, Windlesham, Reino Unido. **Robert L Ilaria Jr.** – Eli Lilly and Company, Indianapolis, IN, Estados Unidos. **Mark Agulnik** – Northwestern University, Chicago, IL, Estados Unidos

**Introducción y Objetivos:** En un estudio fase Ib/II en pacientes (pts) con sarcoma de tejidos blandos metastásico (STBm) o inoperable avanzado olaratumab (olara)+doxorubicin (dox) demostró un beneficio significativo en la supervivencia libre de progresión (SLP) y la supervivencia global (SG) frente a dox. Pts sin progresión de la enfermedad (PE) tras 8 ciclos de olara+dox continuaron recibiendo olara mono. A los pts en el brazo de dox se les permitió recibir olara mono después de la PE. En este estudio se presentan los resultados del análisis para el subgrupo de pacientes tratados con olara mono.

**Material y Métodos:** Pts elegibles recibieron olara mono 15 mg/kg IV (días 1 y 8, ciclo de 21 días) hasta la PE o presencia de otros criterios de discontinuación. El objetivo primario fue SLP. Objetivos adicionales incluyeron SG, seguridad y PK. SLP and SG fueron medidos desde la aleatorización. La respuesta del tumor fue evaluada según los criterios RECIST(v1.1).

**Resultados:** 64 pts (de 133 reclutados) recibieron olara mono (34 pts tras olara+dox; 30 pts tras dox). Las características basales fueron similares a las de la población total del estudio. Los Pts que recibieron olara mono tras olara+dox recibieron una mediana de 4,5 ciclos de olara mono; 10 pts recibieron  $\geq 12$  ciclos. La tasa de supervivencia a los 2 años fue de 67,6% (IC95%; 49,2, 80,6); La mediana de SLP fue de 9.8 meses (m) (IC95%, 7,2, 13,2) y la mediana de SG fue de 31.7 m (IC95%, 23,3, NE). 25 pts discontinuaron debido a PE y sólo 2 debido a AA. Los AA más frecuentes (>2 pts) incluyeron diarrea (n=4) y fatiga (n=3). Los pts que recibieron olara mono después de dox recibieron una mediana de 2,0 ciclos de olara mono; 3 pts recibieron  $\geq 10$  ciclos. La tasa de supervivencia a los 2 años fue de 28,7% (IC95%; 13,6, 45,7). La mediana de SG fue de 13,5 m (IC95%, 8,4, 21,7). El único AA relacionado comunicado en >2 pts fue náusea (n=3).

**Conclusión:** Olara mono fue seguro y bien tolerado. Pts tratados con olara mono tras olara+dox tuvieron resultados de eficacia más largos que cualquier SG históricamente comunicada para pacientes con STBm o avanzado. Ninguna característica basal pareció predecir que pacientes podían continuar con olara mono.

O 71

## Análisis del impacto económico del empleo sistemático de la secuenciación génica en pacientes con tumores del estroma gastrointestinal en España y Asturias.

**Pablo Álvarez Ballesteros** – Residente de Oncología Médica en el Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. **Helena Fernández Rodríguez** – Residente de Pediatría en el Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón. **Luisa Sánchez Lorenzo** – Médico Adjunto en la CUN Madrid, Madrid. **Milagros Balbín Felechosa** – Jefe del Servicio de Oncología Molecular del Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. **Ana Gutiérrez Fernández** – Departamento de Bioquímica y Biología Molecular de la Universidad de Oviedo, Oviedo

**Introducción y Objetivos:** Una de las principales limitaciones para la estandarización de la secuenciación génica de ciertos tumores en la práctica clínica habitual es la controversia generada por la baja rentabilidad económica del conocimiento del estado mutacional del paciente. En los tumores del estroma gastrointestinal (GIST), la mutación D.842V del gen PDGFRA es conocida por ser resistente al tratamiento con inhibidores de la tirosín quinasa (ITK). A pesar de esto, se sigue administrando este tratamiento de una manera empírica en estos pacientes, desaprovechando una cantidad considerable de recursos. **Objetivos:** Evaluar el ahorro económico que supondría el empleo sistemático de la secuenciación de tumores GIST en España y Asturias, buscando la mutación resistente a ITK D.842V del gen PDGFRA.

**Material y Métodos:** Hemos tomado como referencia un estudio de la universidad de Leuven, donde analizaron el ahorro que supondría para el sistema de salud belga la supresión del tratamiento con ITK en pacientes con la mutación D.842V del gen PDGFRA, frente al coste de secuenciar los genes C-KIT y PDGFRA en todos los pacientes diagnosticados de GIST durante un año. Este análisis lo hemos extrapolado a la población española, con un cálculo teórico a partir de los datos de incidencia anual de GIST, la prevalencia de D.842V, el coste del tratamiento con imatinib y el coste de secuenciación de C-KIT y PDGFRA en España. A su vez, hemos realizado el mismo estudio para la población de pacientes GIST diagnosticada en Asturias entre los años 2010-2016, a los que el servicio de Oncología Molecular del Hospital Universitario Central de Asturias realizó secuenciación de C-KIT y PDGFRA, descartándose todos aquellos que no fuesen valorados por el servicio de Oncología Médica del centro.

**Resultados:** Ver tabla 1

**Conclusión:** Podemos observar que hay indicios evidentes de que el empleo sistemático de la secuenciación genética en tumores GIST puede suponer una alternativa más eficiente al manejo actual de estos tumores. Si bien los resultados de este estudio no se podrían considerar concluyentes, siendo necesario realizar más estudios que incluyan a la población real de tumores GIST secuenciados en España, además de otras variables que intenten mejorar la selección de aquellos grupos de pacientes en los que la secuenciación puede ser más beneficiosa.

	Bélgica*	España	Muestra a estudio
<b>Incidencia de GIST</b>			
Por cada 100.000 habitantes/año	1,9	1,1	-
Total/año	200	500	32
<b>Pacientes operables (50%)</b>	100	250	24
<b>Pacientes no operables (50%)</b>	100	250	8
<b>Pacientes operados que reciben tratamiento adyuvante por alto riesgo (22%)</b>	22	55	11
<b>Prevalencia de la mutación D.842V de PDGFRA</b>			
En tratamiento adyuvante de alto riesgo	4-14% (0,88-3,08)	5-7%*** (2,75-3,85)	2/32 1/11
En tratamiento sistémico	(4-14)	(12,5-17,5)	-
<b>Coste de secuenciar C-KIT y PDGFRA</b>			
Por paciente	260€	400€	400€
Total	52.000€	200.000€	12.800€
<b>Coste del tratamiento con imatinib por paciente**</b>			
Mensual	2.666€	2.520€	2.520€
Anual	32.000€	30.240€	30.240€
<b>Ahorro estimado excluyendo pacientes D.842V de PDGFRA</b>			
En tratamiento adyuvante de alto riesgo****	84.480-295.680€	249.480-349.272€	30.240€
En tratamiento sistémico*****	64.000-224.000€	189.000-264.600€	-
Total	148.480-519.680€	438.480-613.872€	30.240€
<b>Ahorro neto en caso de secuenciación de todos los pacientes</b>	<b>96.480-467.680€</b>	<b>238.480-413.872€</b>	<b>17.440€</b>

**Tabla 1. Análisis de coste económico de la secuenciación de GIST en la mutación D.842V de PDGFRA**

\*País donde se realiza el estudio económico en que nos basamos (Schoffski et al. Overcoming Cost Implications of Mutational Analysis in Patients with Gastrointestinal Stromal Tumors: A Pragmatic Approach. *Oncol Res Treat* 2016;39:811-816). \*\*Información obtenida de Novartis®. \*\*\*González-Campora, R et al. Tumores del estroma gastrointestinal: breve actualización y consenso de la SEAP-SEOM sobre diagnóstico patológico y molecular *Rev Esp Patol.* 2017;50(2):89-99. \*\*\*\*La adyuvancia se realiza durante 3 años, luego hay que considerar tres generaciones de pacientes en el ahorro anual. \*\*\*\*\*El tratamiento sistémico con imatinib se suspende al no haber respuesta en un tiempo medio de 6 meses.

Viernes, 28 de Septiembre de 2018

13.15.14.15h

Sala Castilla

## MELANOMA

072

**Impacto de factores clínicos y monitorización de la LDH en pacientes (pts) con melanoma metastásico (MM) tratados con inmunoterapia (IT).****Alberto Hernando, Alejandro García Alvarez, Carolina Ortiz, Guillermo Villacampa Javierre, Rodrigo Dienstmann, Vicente Garcia-Patos Briones, Paolo Nuciforo, Domingo Bodet Castillo, Berta Ferrer Fabregas, Eva Muñoz-Couselo** – Hospital Vall D'Hebron**Introducción y Objetivos:** Niveles elevados de LDH y número de metástasis se asocian con mal pronóstico en pts con MM tratados con IT. Se desconoce el impacto de factores de riesgo cardiovascular (FRC) y la evolución de la LDH en la supervivencia libre de progresión (SLP) en pts con MM tratados con IT.**Material y Métodos:** Se analizaron 52 pts con MM tratados en VHIO con Anti-PD-1 (Nivolumab o Pembrolizumab) o Anti-CTLA-4 (Ipilimumab) fuera de ensayo clínico. Se recogieron variables clínico-patológicas, número de FRC, obesidad (OB) así como los valores de LDH previos al inicio de tratamiento y a cada dosis del fármaco hasta la progresión. Se correlacionaron número de FRC y la dinámica de LDH con la SLP.**Resultados:** De 52 pts, la mediana de edad fue de 62.8 años, 49 pts (96%) ECOG  $\leq 1$ , tratados con Ipilimumab n=14 (27%), Nivolumab n=20 (38%) o Pembrolizumab n=18

(35%). 19 pts (37%) fueron BRAF mutados. La mediana de tratamientos previos fue de 1 (0-3), con una mediana de seguimiento de 14.4 meses. Se estableció un punto de corte para LDH de 1.5xULN. Entre los pts que progresaron (n=19), 11 pts (58%) lo hicieron en los 3 primeros meses. Dentro del seguimiento analítico, un valor de LDH  $\geq 1.5xULN$  tras 1 mes de tratamiento con IT resultó el mejor discriminante como predictor negativo de SLP (HR:3.62; 1.25 – 10.5; p=0.02). La totalidad de pts (n=4) con incremento de LDH  $\geq 50\%$  al 1º mes respecto al valor basal, progresaron en los 3 primeros meses. 77% de las progresiones vinieron precedidas con un aumento de LDH respecto el control analítico previo. La presencia de OB se asoció a una tendencia favorable en SLP (HR:0.76; 0.29 – 2.01; p=0.59). En relación al número de FRC no hubo impacto en SLP (HR:1.18; 0.81 – 1.74; p=0.39).

**Conclusión:** Valores elevados de LDH basal se asocian a peor pronóstico, sin embargo, en nuestra cohorte un valor de LDH  $\times 1.5ULN$  tras un mes de tratamiento resultó mejor predictor de SLP. Destaca la ausencia de impacto negativo en SLP de la OB y el número de FRC poniendo de manifiesto la seguridad de estas terapias en este subgrupo de pacientes.

O 73

**TOXICIDAD RELACIONADA CON NIVOLUMAB. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA.**

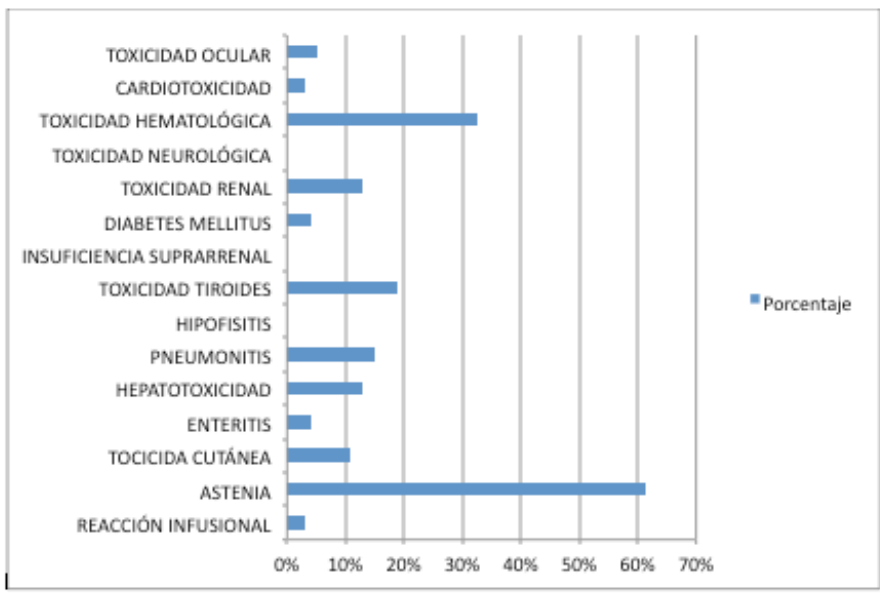
**M<sup>a</sup> Ángeles Díaz Gallego** – H. U. Donostia. **Jenifer Gómez Mediavilla** - *Onkologikoa*. **María Aranzazu Bujedo Martínez**, **María Otaño Ariño**, **Ana Landa Magdalena**, **Beatriz Sánchez Casi**, **Ibone de Elejoste Echeverría**, **Naiara Sagastibelza Mariñelarena**, **Alfredo Paredes Lario**, **Laura Basterretxea Badiola** – H. U. Donostia

**Introducción y Objetivos:** Nivolumab, un anticuerpo monoclonal humano de tipo IgG4 que actúa sobre el receptor de membrana de muerte programada-1. Esta vía potencia la respuesta de los linfocitos T, favoreciendo la acción antitumoral y activación del sistema inmune. Es un fármaco con múltiples indicaciones terapéuticas, bien tolerado, pero debido a su mecanismo de acción, se asocian con un espectro particular de toxicidad, con posible afectación a múltiples órganos. La mayoría de estos efectos adversos relacionados con el sistema inmune son reversibles, si se detectan y tratan de forma adecuada. El objetivo de este estudio fue revisar las toxicidades producidas por Nivolumab en los pacientes que lo han recibido como tratamiento de tumores sólidos en el Hospital Universitario Donostia, desde Julio de 2015 a Abril 2017.

**Material y Métodos:** Análisis retrospectivo de las toxicidades de 101 pacientes. Se procede al análisis de datos realizada con programa informático Access 2007-2010 y el programa estadístico elegido para el análisis fue el SPSS versión 23.

**Resultados:** El 76.2% de los pacientes fueron hombres que presentaban como comorbilidades más frecuentes, cardiovascular (26.7%), Diabetes Mellitus (13.9%) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (18.8%). Respecto a la distribución por tumor, el 80.2% presentan carcinoma de pulmón no célula pequeña, el 10.9% carcinoma renal, 6.9% con melanoma y 2% con carcinoma del canal anal; siendo el 68.3% de los pacientes con un diagnóstico inicial de estadio IV. Las toxicidades más frecuentes fueron astenia (61.4%), toxicidad hematológica (32.7%) y Toxicidad tiroidea (18.8%). Con respecto al grado de astenia, presentaron grado 1 19.8%, grado 2 el 46.8% y grado 3 el 21%; obligando a suspender el tratamiento en el 20.8%. La gradación de toxicidad hematológica fue de grado 1 (32.7%) y grado 2 (67.3%) sin necesidad de suspender el tratamiento por la misma. En el caso de la toxicidad tiroidea, lo más frecuente fue grado 1 (11.9%) con suspensión del tratamiento en el 2% de los casos.

**Conclusión:** Se observan incidencias y grado de toxicidades similares a las observadas en los ensayos clínicos, no se han reportado toxicidades grado 4 en ninguna categoría, siendo el mayor porcentaje reversible con tratamiento corticoideo.



Porcentaje de toxicidades

Viernes, 28 de Septiembre de 2018

13.15.14.15h

Sala Escorial

## CICOM (DATA MANAGERS)

O 74

**“STUDY COORDINATOR: ¿QUÉ SOMOS ? , ¿QUÉ HACEMOS ?”.****Marian Lavin Lanza, Gema Gimeno Mateu, Carmina Rodrigo Jarque, Encarna Rama Galdón, Maria Teresa Giralt Ferrer, Andreu Martínez** – Hospital La Fe Valencia

**Introducción y Objetivos:** El objetivo del presente trabajo de investigación fue analizar el nivel de conocimiento de los facultativos del servicio de Oncología Médica del Hospital la Fe de Valencia respecto a la figura y funciones del Coordinador de Ensayos Clínicos, con el fin de proponer distintas estrategias para incrementar el conocimiento y mejorar el desarrollo de las funciones de esta figura.

**Material y Métodos:** Para ello se diseñó un cuestionario de 8 preguntas abiertas básicas sobre dicha temática contestado por los 20 médicos del servicio. Cada respuesta correcta fue validada por 1 punto y se realizó un sumatorio para obtener la puntuación total del cuestionario. Para el análisis final de los datos se calculó la media para el grupo completo de médicos, teniendo en cuenta la categoría profesional (Residente vs Adjunto) y se realizó un análisis cualitativo de los datos.

**Resultados:** Tras el análisis de los datos se pudo observar que el nivel de conocimiento de los médicos del servicio sobre la figura del Coordinador fue de 5.75 de los 8 puntos posibles. Al separar entre residentes y adjuntos los resultados mostraron una diferencia de hasta 3 puntos en las medias entre grupos.

**Conclusión:** Se llegó a la conclusión de que el conocimiento de la figura del Coordinador en el Servicio de Oncología no era el esperado y partiendo de estos resultados se han diseñado las siguientes medidas a adoptar con el fin de mejorar la puntuación en conocimiento y así lograr el objetivo a largo plazo de optimizar la gestión de Ensayos Clínicos:

1. Realizar sesiones informativas a los Residentes sobre las funciones del Coordinador, requisitos para colaborar en ensayo clínico (CVs, BPCs), instrucciones para adaptar la historia clínica a las exigencias del protocolo.
2. Creación de recursos electrónicos dedicados a los médicos Residentes para que se cumplan dichos requisitos.
3. Diseño de un póster ilustrativo de distintas temáticas relacionadas con el Ensayo Clínico y procedimientos a realizar ante pacientes para mejorar la gestión del ensayo.

O 75

**IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA TIC DE GESTIÓN Y TRAZABILIDAD DE ENSAYOS CLÍNICOS PARA COORDINADORES DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.****Jose Garcia Ruiz, Miquel Cruel Niebla, Irene López Rico, Mercè Abad Herrero, Anna Esquerra Gonzalez, Óscar Revilla Pérez, Ivón Fernández Álvarez, Enrique Gallardo Díaz** – Hospital Universitari Parc Taulí

**Introducción y Objetivos:** El Hospital Universitario Parc Taulí gestiona anualmente más de 200 ensayos clínicos con

medicamentos, de los cuales aproximadamente el 50% corresponde a ensayos del área Oncológica. Dentro del contexto de la optimización de la gestión de los ensayos clínicos con medicamentos que se llevan a cabo en los centros hospitalarios, y con la intención de aportar un valor añadido para la seguridad del paciente y la monitorización integral por las partes implicadas, en nuestro área se ha implementado un módulo de gestión y trazabilidad de EC Lug-Trial, específico para coordinadores de investigación clínica (CIC). Este proyecto se alinea con el nuevo RD 1090/2015 y el reglamento (UE) No 536/2014 del Parlamento Europeo sobre los EC de medicamentos de uso humano. OBJETIVOS: Utilizar la funcionalidad del aplicativo específico de CIC integrándose con la prescripción electrónica y el software de gestión y trazabilidad de ensayos clínicos Lug-Trial. Facilitar la labor de seguimiento del ensayo clínico adaptado a las funciones de cada actor participante (Investigadores, CIC, Farmacia, Enfermería), y monitorización por parte del promotor.

**Material y Métodos:** Seguimiento durante 6 meses utilizando como variable predictora la implantación

del proceso y como variables resultado los indicadores cualitativos y cuantitativos generados por el aplicativo. Intervención: puesta en marcha de la nueva aplicación informática.

**Resultados:** Se ha optimizado la gestión del ensayo clínico a los CIC al tener una única herramienta con la información del EC. Se ha obtenido la trazabilidad desde la preparación hasta la administración mejorando el seguimiento del fármaco y la seguridad del paciente en la administración. La información obtenida permite la monitorización de los datos de manera remota reduciendo las visitas de monitorización al centro.

**Conclusión:** La implantación del sistema Lug-Trial permite a los CIC, la gestión y trazabilidad de EC según las características del entorno investigación/seguridad, relación y automatización de los procesos críticos en la gestión de la medicación en fase de investigación. Ha mejorado las prestaciones sanitarias al paciente en calidad, seguridad y cumplimiento de los patrones establecidos en cada EC, teniendo en cuenta la complejidad del circuito en un entorno de actividad asistencial intensa.





Miércoles, 26 de Septiembre de 2018

09:00-19:00h

MAMA PRECOZ

P. DEST 1

**Incremento de la tasa de respuesta completa patológica en los distintos subtipos intrínsecos moleculares de cáncer de mama HER2+ con la adición de pertuzumab al tratamiento neoadyuvante con quimioterapia y trastuzumab.**

**Tamara Díaz Redondo** – Unidad de Gestión Clínica Intercentros de Oncología – Hospitales Universitarios Regional y Virgen de la Victoria de Málaga. **Rocio Lavado Valenzuela** – Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA) – Hospitales Universitarios Regional y Virgen de la Victoria de Málaga. Laboratorio de Biología Molecular del Cáncer – Centro de Investigaciones Médico-Sanitarias (CIMES) – Universidad de Málaga. **Begoña Apellidos Jimenez** – Unidad de Gestión Clínica Intercentros de Oncología – Hospitales Universitarios Regional y Virgen de la Victoria de Málaga. **Tomas Pascual** – Hospital Clinic de Barcelona – Translational Genomics and Targeted Therapeutics in Solid Tumours Lab (IDIBAPS) – Barcelona. **Fernando Galvez Montosa** – Hospital Complejo hospitalario ciudad de Jaén. **Alejandro Falcón** – Hospital Universitario Virgen del Rocío – Sevilla. **Maria del Carmen Álamo** – Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. **Marta Ámerigo** – Hospital Juan Ramón Jiménez – Huelva. **Aleix Prat** – Hospital Clinic de Barcelona – Translational Genomics and Targeted Therapeutics in Solid Tumours Lab (IDIBAPS) – Barcelona. **Emilio Alba Conejo** – Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), Hospitales Universitarios Regional y Virgen de la Victoria de Málaga. Unidad de Gestión Clínica Intercentros de Oncología, Hospitales Universitarios Regional y Virgen de la Victoria de Málaga. Laboratorio de Biología Molecular del Cáncer, Centro de Investigaciones Médico-Sanitarias (CIMES), Universidad de Málaga

**Introducción y Objetivos:** El objetivo es describir el beneficio de añadir pertuzumab (P) al tratamiento estándar neoadyuvante con trastuzumab (T) y quimioterapia en pacientes (pt) con cáncer de mama HER2+ precoz definido por inmunohistoquímica (IHC) en los diferentes subtipos moleculares intrínsecos definidos por la plataforma génica PAM50.

**Material y Métodos:** Doscientos diecinueve pts con cáncer de mama HER2+, estadio I-IIIc, diagnosticadas en 8 hospitales españoles se trataron consecutivamente con quimioterapia neoadyuvante (NAC) y tratamiento antiHER2. La cohorte A (n = 128) recibió NAC + T y la cohorte B (n =91) recibió NAC + T + P. Todas las pacientes se clasificaron en subtipos moleculares intrínsecos basados en la firma PAM50® realizada en las biopsias diagnósticas. La tasa de respuesta patológica completa en mama y axila (pCR) en los diferentes subtipos PAM50 se comparó mediante la prueba de Chi cuadrado y test de Fisher. Se utilizó un modelo de regresión logística multivariante para analizar los efectos potenciales de las covariables sobre las tasas de pCR.

**Resultados:** Las características de las pacientes y los subtipos moleculares intrínsecos se muestran en la Tabla 1. La tasa global de pCR fue significativamente mayor en la cohorte B frente a A (66% frente a 39%, p = 0,0002). La tasa de pCR en el HER2E fue 50% para T y 77% para T + P (p = 0,002) y 11% para T y 54% para T + P (p = 0,0007) en el subtipo luminal. En el análisis multivariado, la mejoría de las tasas de pCR estuvo muy asociada con el tipo de tratamiento (cohorte) (p = 0,00015, OR: 3,22) y no se relacionó con covariables clinicopatológicas (estadio tumoral, grado histológico, FC) (p > 0,05). Estos resultados se confirmaron para el subtipo HER2 enriquecido (p = 0,00168, OR: 3,11) y aún más fuertemente para el subtipo luminal (p = 0,0045, OR: 23,35).

Mama Precoz

**Conclusión:**

1. La mayor tasa de pCR fue alcanzada por los pacientes PAM50 HER2E tratados con T + P.

2. En el subtipo Luminal, la mejoría de la pCR está fuertemente asociada con el uso de P y esta asociación es independiente de las covariables clínicas.

	Trastuzumab + QTN (Grupo A; n=128)	Trastuzumab + Pertuzumab + QTN (Grupo B; n=91)
<b>Mediana edad, años (rango)</b>	52 (29-83)	51 (30-77)
<b>Estatus menopáusico</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
Pre- menopáusica	54 (42)	42 (46)
Post-menopáusica	49 (38)	39 (43)
Desconocido	25 (20)	10 (11)
<b>Grado Histológico</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
Grado 1	2 (2)	2 (2)
Grado 2	58 (45)	20 (22)
Grado 3	43 (34)	37 (41)
Desconocido	25 (19)	32 (35)
<b>Ki 67</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
<14%	11 (9)	4 (4)
15-50%	58 (45)	61 (67)
>50%	24 (19)	22 (24)
Desconocido	35 (27)	4 (4)
<b>Receptores Hormonales</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
Positivos	89 (70)	56 (62)
Negativos	39 (30)	35 (38)
<b>Tamaño tumoral</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
T1	23 (18)	12 (13)
T2	75 (59)	50 (55)
T3	12 (9)	19 (21)
T4	10 (8)	10 (11)
Tx	8 (6)	
<b>Afectación axilar</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
Negativa	54 (42)	31 (34)
Positiva	74 (58)	60 (66)
<b>Esquema de Qt</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
Taxanos	9 (7)	11 (12)
Taxanos y antraciclinas	119 (93)	80 (88)

Tabla1. Características Clínico-patológicas de las pacientes. QTN:Quimioterapia neoadyuvante.

**P. DEST 2**

**Diferencias en el ratio neutrófilo linfocito según momento del diagnóstico en una cohorte de pacientes con cáncer de mama gestacional.**

**J. Alejandro Pérez Fidalgo** – Hospital Clínico Universitario de Valencia. INCLIVA. CIBERONC. **Jose Montón, Santiago Moragón, Belen Ortega, Valentina Gambardella** – Hospital Clínico Universitario de Valencia. INCLIVA. **Ana Lluch** – Hospital Clínico Universitario de Valencia. INCLIVA. CIBERONC

**Introducción y Objetivos:** RANKL es un miembro de la superfamilia de TNF que tiene como función estimular la presentación antigénica y la respuesta inmune. RANKL se ha relacionado con el desarrollo del cáncer de mama gestacional (CMG). El objetivo de nuestro estudio es valorar si los parámetros de inflamación sistémica como el ratio neutrófilo-linfocito (RNL) difieren según el momento de presentación del cáncer en el embarazo.

**Material y Métodos:** Se procedió a realizar un análisis retrospectivo de pacientes (pts) diagnosticadas de CMG infiltrante (diagnosticado entre el 1er trimestre de embarazo y el 1er año postparto) tratadas en nuestra institución entre 1992 y 2018. Se procedió a obtener parámetros de los neutrófilos y linfocitos realizados antes del inicio de cualquier tratamiento de los datos de la historia clínica. Se realizó un test T para comparar las variables continuas y chi cuadrado para las categóricas.

**Resultados:** Se incluyeron 23 pacientes (pts) diagnosticadas de CMG con una edad mediana de 34 años (rango 28-40 años). 11 pts fueron diagnosticadas antes del parto y 12 en el postparto. Los subtipos de cáncer de mama fueron luminal A/B en 6 pts (26%) , HER2 en 7 (30%) y Triple negativo 10 (43%). EL Ki67 medio fue 53% (13 pts). Los estadios fueron I en 5pt (2 preparto y 3 postparto), II en 5 pts (4 y 1), III en 9 pts (4 y 5) y IV 3 ( 2 y 1 respectivamente). 4 pts han fallecido (2 en el grupo preparto y otras 2 en el postparto). El valor RNL medio fue 2,78 (desviación estándar 1.1). No existieron diferencias en términos de edad y subtipo (luminal vs no luminal) entre las pacientes diagnosticadas durante el embarazo frente al posparto (p=0.61 y p=0.18). El valor medio del RNL fue significativamente superior en las pacientes diagnosticadas durante la gestación (antes del parto) frente a las diagnosticadas en el postparto (Valor RNL medio en el embarazo 3.42 vs 2.19 en el postparto, valor p=0.0056).

**Conclusión:** El RNL fue significativamente superior en las pacientes diagnosticadas antes del parto frente a aquellas en las que el diagnóstico se realiza en el postparto. Estos datos sugieren un importante papel del microambiente en el CMG y un potencial papel de la inmunoterapia.

**P. DEST 3**

**Experiencia clínica del test Prosigna® en el Hospital Clínic de Barcelona en cáncer de mama en estadio precoz.**

**Teresa Gorriá Puga, Tomás Pascual Martínez, Blanca González-Farre, María Vidal Losada, Bárbara Adamo, Pedro Jares Gerboles, Sergi Ganau Macias, Immaculada Alonso Vargas** – Hospital Clínic de Barcelona. **Laia Paré Brunet** – Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer. **Montserrat Muñoz Mateu** – Hospital Clínic de Barcelona

**Introducción y Objetivos:** Prosigna es una prueba genómica utilizada en el cáncer de mama (CM) en estadio precoz. Permite identificar el subtipo intrínseco (SI) del tumor así como el riesgo de recaída (ROR) a los 10 años (bajo, intermedio, alto).

**Material y Métodos:** Se incluyó una cohorte retrospectiva, consecutiva y asistencial del Hospital Clínic de Barcelona desde Mayo de 2014 hasta Marzo de 2018 y se recogieron los datos clínico-patológicos y resultados de Prosigna. Los casos sin expresión de receptores hormonales (RH) o HER2-positivos fueron descartados. Se evaluó la concordancia existente entre inmunohistoquímica (IHC) y Prosigna. También se describió la correlación entre los datos basados en Prosigna y la respuesta completa patológica al tratamiento neoadyuvante con quimioterapia. Finalmente, se exploró la supervivencia libre de enfermedad. Los análisis estadísticos se realizaron mediante R code v3.0.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 251 pacientes con CM RH+/HER2- en estadio precoz. Los subtipos Luminal A, Luminal B, Basal-like y HER2-enriched representaron 57,4%, 40,2%, 1,2% y 0,8% de casos, respectivamente. Ki-67 y los niveles de positividad del receptor de estrógeno se encontraron significativamente asociados con SI. Se observó una concordancia débil (kappa=0,375) entre el subtipo mediante Prosigna vs. el subtipo basado en IHC. El 47,9% de los tumores identificados como Luminal A habían sido identificados como Luminal B-like por IHC. El 9,1%, 46,9%, y 93,3% de los pacientes con ROR-bajo, intermedio y alto recibieron quimioterapia (neo)adyuvante respectivamente. De los 47 pacientes que recibieron neoadyuvancia tras el resultado de Prosigna, 3 pacientes presentaron respuesta patológica completa. El ROR-score en variable categórica se asoció significativamente a la RCBO/1 (p=0.018). Finalmente, con una mediana de seguimiento de 7,7 meses, se observaron 5 recurrencias locales/distantes (1.2%). Los SI y ROR en el tumor primario de las 5 recurrencias fueron: 1 HER2-enriched (ROR-alto), 1 Basal-like (ROR-intermedio), 1 Luminal A (ROR-bajo) y 2 Luminales B (ROR-intermedio y ROR bajo).

**Conclusión:** El subtipo intrínseco y el resultado de Prosigna no se puede recapitular utilizando la IHC. Desde su implementación, obtener información sobre el ROR y el subtipo intrínseco mediante este test, ayuda a tomar una decisión respecto al uso de la quimioterapia tanto en adyuvancia como en neoadyuvancia. Es necesario un mayor seguimiento para valorar su asociación con la supervivencia global de las pacientes

Miércoles, 26 de Septiembre de 2018

09:00-19:00h

## MAMA AVANZADA

### P. DEST 4

#### Evaluación de las posibles interacciones farmacológicas entre Palbociclib y Exemestano – Resultados del subestudio farmacocinético del ensayo PEARL (GEICAM/2013-02).

**Miguel Gil-Gil** – Institut Catalá d'Oncologia (ICO), L' Hospitalet, Barcelona. GEICAM. **Justin Hoffman** – Pfizer, Inc. La Jolla, CA. Estados Unidos. **Manuel Ruiz-Borrego** – Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. GEICAM. **Montserrat Muñoz** – Hospital Universitari Clinic de Barcelona. GEICAM. **Lourdes Calvo** – Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. GEICAM. **Penelope Crownover** – Pfizer, Inc., Groton, CT. Estados Unidos. **J. Angel García-Sáenz** – Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid. IdISSC. CIBERONC-ISCIII. GEICAM. **Emilio Alba** – Hospital Universitario Regional y Virgen de la Victoria. IBIMA, Málaga. Centro de Investigación Biomédica en Red de Oncología, CIBERONC-ISCIII. GEICAM. **Nuria Martín** – GEICAM **Miguel Martín** – Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón. Universidad Complutense Madrid. Centro de Investigación Biomédica en Red de Oncología, CIBERONC-ISCIII. GEICAM.

**Introducción y Objetivos:** Palbociclib (PAL) es un inhibidor oral de quinasas dependientes de ciclina (CDK) 4/6, aprobado para su uso en combinación con inhibidores de aromatasa (IA) o fulvestrant (FUL) en pacientes con cáncer de mama metastásico (CMM) o localmente avanzado, con receptores hormonales positivos (RH+) y HER2-negativo. PEARL es el primer estudio que investiga la interacción farmacológica de PAL con exemestano (EXE) administrados en combinación

**Material y Métodos:** Se incluyeron pacientes con CMM RH+/HER2-negativo que recibieron PAL en combinación con EXE (PAL: 125mgx3 semanas y una de descanso; EXE: 25mg continuo). EXE se administró durante 7 días previos al Ciclo1/ Día1, momento del inicio de la coadministración con PAL. Se analizaron 2 muestras de plasma predosis en el periodo "EXE solo" para determinar EXE, y 2 muestras por analito durante la coadministración PAL+EXE, para la determinación de EXE y PAL. Las concentraciones plasmáticas de PAL y EXE se midieron mediante cromatografía líquida y espectrometría de masa en tándem (LC-MS/MS) y se calcularon las concentraciones medias en el estado estacionario (ee) intra paciente (WPM-Ctrough, del inglés). Para evaluar el efecto de la co-administración de PAL en la PK de EXE, se comparó la WPM-Ctrough de EXE intra-paciente entre los periodos "PAL+EXE" y "EXE solo", utilizando un modelo de análisis de varianza (ANOVA) considerando el tratamiento "efecto fijo" y al paciente "efecto aleatorio". Para evaluar el efecto de la co-administración de EXE en la PK de PAL, se comparó la WPM-Ctrough de PAL entre el periodo "PAL+EXE" y los datos históricos mediante ANOVA. Se utilizaron modelos de análisis de la covarianza para evaluar el impacto de las diferencias demográficas entre poblaciones, en covariables que afectaran a la PK de PAL en el modelo ANOVA.

**Resultados:** Se incluyeron 26 pacientes, de las cuales 23 cumplieron los criterios de aceptación para el ee. El ratio de las medias ajustadas para la WPM-Ctrough de EXE fue 106.9% (90% CI: 82.4-138.8), cuando EXE se administró con PAL, en comparación con EXE solo. Asimismo, los modelos para evaluar la potencial interacción de EXE en la PK de PAL mostraron ratios de 102.4% (90%CI: 82.0-127.9) y 111.6% (90%CI: 90.3-137.8), tras el ajuste con las covariables.

Mama Avanzada

**Conclusión:** Nuestros resultados muestran una ausencia de interacción farmacológica entre PAL y EXE cuando ambos fármacos se administran conjuntamente

**P. DEST 5**

**EXPERIENCIA CON INHIBIDORES DE CDK4/6 EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO RECEPTOR HORMONAL-POSITIVO (HR+)/HER2-NEGATIVO EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE BARCELONA (HCB).**

**Adela Rodríguez Hernández** – Hospital Clínico de Barcelona. **Tomás Pascual** – Hospital Clínico de Barcelona. **Laia Paré** – IDIBAPS. **Maria Vidal, Montse Muñoz, Bárbara Ádamo** – Hospital Clínico de Barcelona. **Anna Rodríguez, Patricia Galván** – IDIBAPS. **Blanca González, Aleix Prat** – Hospital Clínico de Barcelona

**Introducción y Objetivos:** En noviembre 2017, palbociclib y ribociclib, dos inhibidores de CDK4/6, fueron introducidos en nuestro sistema de salud. El objetivo de este trabajo es estudiar una serie consecutiva de pacientes metastásicas tratadas con dichos fármacos en nuestro centro para evaluar su seguridad y eficacia.

**Material y Métodos:** Presentamos un estudio retrospectivo, unicéntrico y descriptivo, en el que se incluyeron todas las pacientes con cáncer de mama metastásico HR+/HER2-tratadas con ribociclib o palbociclib (dentro de ensayo clínico), en asociación a hormonoterapia (exemestano, fulvestrant o letrozol) entre 2014 y 2018 en el HCB. Los eventos adversos se clasificaron mediante el CTCAE v.4.0. La eficacia del tratamiento se determinó cada 6-12 semanas usando Criterios RECIST v.1.1.

**Resultados:** Un total de 51 pacientes fueron incluidas en el estudio. La tabla 1 resume las características principales previas al inicio del tratamiento. Las tasas de respuesta global (TRG), enfermedad estable y de progresión fueron del 32% (16/50), 64% (30/50) y 4% (2/50) respectivamente, sin observarse diferencias según la línea de tratamiento. La supervivencia mediana libre de progresión (SLP) fue de 17,26 meses (95% CI 10,93-28,03). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en SLP entre recibir inhibidor de CDK en 1ª línea (19,63 meses) o líneas posteriores (10,93 meses) (HR 0.63; 95IC 0.25-1.62). Las toxicidades grado 3/4 se produjeron en un 72% (37/51), siendo la más frecuente la neutropenia afebril (89%). Se observaron dos casos de elevación de AST y amilasa grado 3 en relación a ribociclib. No se registraron muertes tóxicas. En el 37% (19/51) se registró una 1ª reducción de dosis, el 19% (10/51) una 2ª reducción. En el momento del corte de datos, el 46% (24/51) habían suspendido el tratamiento, el 30% (7/24) por toxicidad, el 54% (13/24) por progresión y otro 16% (4/24) por decisión del paciente o el investigador.

Variable	N (%)
<b>Sexo</b>	
Mujer	51 (100%)
<b>Edad</b>	
Media (rango)	53.4 (24-77 años)
<b>Estado menopáusico</b>	
Pre-menopáusico	6 (12%)
Post-menopáusico	45 (88%)
<b>Localización metastásica</b>	
No visceral	23 (45%)
Visceral	28 (55%)
<b>Tratamientos neo/adyuvantes previos</b>	
Quimioterapia neo/adyuvante	31 (60%)
Hormonoterapia neo/adyuvante	34 (66%)
Estadio IV de novo	16 (31%)
<b>Fármaco</b>	
Palbociclib	19 (37%)
Ribociclib	32 (63%)
<b>Tratamiento en estadio metastásico</b>	
1ª línea para enfermedad metastásica	29 (56%)
Hormonoterapia previa para enfermedad metastásica	14 (27%)
Quimioterapia previa para enfermedad metastásica	12 (23%)
<b>CDK en combinación con:</b>	
Letrozol	25 (48%)
Exemestano	11 (21%)
Fulvestrant	14 (27%)

Tabla 1: características de los pacientes al inicio del tratamiento con anti CDK 4/6

**Conclusión:** Los resultados son concordantes con los datos publicados hasta la fecha. Sin embargo, no se observaron diferencias significativas entre el uso de inhibidores de CDK entre 1º línea y líneas posteriores, seguramente por falta de potencia estadística.

Miércoles, 26 de Septiembre de 2018

09:00-19:00h

## CÁNCER HEREDITARIO

### P. DEST 6

#### ABORDAJE TERAPÉUTICO DEL CM EN PORTADORAS DE MUTACIÓN EN BRCA1/2 ADHERIDAS AL PROGRAMA DE CRIBADO CON RESONANCIA.

**Teresa Ramón y Cajal Asensio** – Santa Cruz y San Pablo. **Gemma Lloret Pursals** – Parc Tauli. **Consorti Sanitari Terrassa.** **Paula Gomila Pons** – Santa Cruz y San Pablo. **Andrea Pérez Vidal** – Parc Tauli. **Consorti Sanitari Terrassa.** **Consol Lopez San Martin** – Santa Cruz y San Pablo. **Carmen Yague Muñoz** – Consorti Sanitari Terrassa. **Luis Fernández Morales** – Parc Tauli. **Raul Teres Lleida, Alexandra Gisbert Beamud, Nuria Calvo Verges** – Santa Cruz y San Pablo

**Introducción y Objetivos:** Las portadoras de mutación en BRCA1 y BRCA2 tienen un riesgo a los 70 años de CM del 65% y 45%, respectivamente. Como alternativa a la prevención quirúrgica, el cribado anual de resonancia mamaria confiere mayor probabilidad de diagnóstico de estadios iniciales e impacto en supervivencia libre de enfermedad metastásica en portadoras de BRCA1. Análisis descriptivo de características clínicas y supervivencia libre de enfermedad.

**Material y Métodos:** Análisis descriptivo del tratamiento y supervivencia del CM incidente en una cohorte prospectiva de 227 portadoras sanas en el momento del diagnóstico genético identificadas en la Consulta de Cáncer Hereditario del Consorti Sanitari de Terrassa, Parc Tauli y Hospital Sant Pau.

**Resultados:** Tras una mediana de tiempo de cribado con resonancia de 79 meses (17-215), 25 portadoras son diagnosticadas

de CM (9 BRCA1 y 16 BRCA2). La mediana de edad al diagnóstico es 41 años (29-71). 10p presentan un tumor luminal (8 BRCA2), 10p triple negativo (7 BRCA1) y 5p un DCIS. De las 20p con cáncer invasivo, 10p tenían estadio I (7 BRCA2/ 3 BRCA1), 10p estadio II (6 BRCA1/4 BRCA2) y un 6p (24%) afectación axilar (3 BRCA1/3 BRCA2). 17p(68%) completaron mastectomía (5 VA) y 8p(32%) una tumorectomía (2 VA). 17p(68%) recibieron QT neo/adyuvante (10 BRCA1/7 BRCA2). 7p(28%) fueron tratadas con radioterapia y 11p(44%) con hormonoterapia adyuvantes. La mediana de supervivencia libre de enfermedad es de 59 meses (3-164m).

**Conclusión:** El programa de cribado con resonancia en portadoras de mutación en BRCA1/2 permite un diagnóstico precoz (DCIS y estadio I) pero una proporción elevada de pacientes requieren tratamiento de quimioterapia. La mayoría de portadoras que inicialmente optan por el cribado con resonancia deciden mastectomía bilateral al diagnóstico.

### P. DEST 7

#### Asociación de los rasgos de personalidad con el impacto psicológico inmediato del resultado del test genético de susceptibilidad al cáncer.

**Adrià López Fernandez** – Unidad de Alto Riesgo y Prevención del Cáncer, Hospital Universitario Vall d'Hebron, VHIO. **Elia Grau** – Programa de Cáncer Hereditario, Hospital Duran i Reynals, Instituto Catalán de Oncología. **Sara Torres-Esquiús** – Unidad de Alto



Cáncer Hereditario y Prevención

*Riesgo y Prevención del Cáncer, Hospital Universitario Vall d'Hebron, VHIO, Esther Darder – Programa de Cáncer Hereditario, Hospital Josep Trueta, Instituto Catalán de Oncología. Estela Carrasco, Neus Gadea – Unidad de Alto Riesgo y Prevención del Cáncer, Hospital Universitario Vall d'Hebron, VHIO. Ares Solanes – Programa de Cáncer Hereditario, Hospital Germans Trias i Pujol, Instituto Catalán de Oncología. Noemí Tuset – Unidad de Consejo Genético, Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Joan Brunet – Programa de Cáncer Hereditario, Hospital Josep Trueta, Instituto Catalán de Oncología. Judith Balmaña – Unidad de Alto Riesgo y Prevención del Cáncer, Hospital Universitario Vall d'Hebron, VHIO*

**Introducción y Objetivos:** La integración de los factores de personalidad (Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad) en el proceso de asesoramiento genético es clave para entender la medicina personalizada como una adaptación a las necesidades psicosociales de los individuos. Nuestro objetivo es investigar por primera vez la asociación entre los rasgos de personalidad y la dirección de intereses con el impacto psicológico del estudio genético.

**Material y Métodos:** Estudio prospectivo multicéntrico de individuos que realizan test genético (panel o estudio directo).

A nivel basal se analizan las escalas NEO-FFI (personalidad), escala de dirección de intereses DIQ, y Cancer Worry Scale (CWS), y a nivel longitudinal (inmediatamente, 3 y 12 meses post-entrega de resultados) las escalas MICRA y CWS. Evaluación del valor predictivo del NEO-FFI y DIQ en los resultados del MICRA y el CWS en función del resultado genético.

**Resultados:** Se incluyen 270 pacientes, 77% son mujeres y el 63% afectos de cáncer. Hay representación de todos los grupos de puntuación (muy bajo, bajo, medio, alto y muy alto) de cada rasgo de personalidad (gráfico 1). Neuroticismo (38% alto, 7% muy bajo), Apertura experiencia (7% muy alto y 11% muy bajo). En la escala DIQ, el 75% puntúan entre 8 y 20 (rango puntuación 0-28), el 11% correlaciona con individuos centrados en ideas, teorías, sentimientos, y el 14% en problemas prácticos y sentido común.

**Conclusión:** En nuestra población, hay representación de todas las características de personalidad. Se presentará la correlación entre estas características y el impacto psicológico del estudio genético para personalizar un modelo de asesoramiento genético en cáncer.

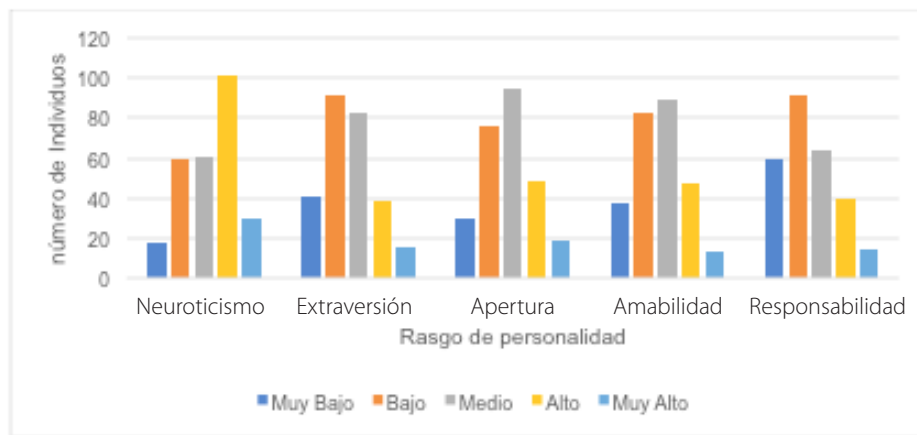


Gráfico 1. Distribución de los pacientes según la puntuación en cada rasgo de personalidad

## P. DEST 8

**Consejo genético en cáncer hereditario: Experiencia en un hospital universitario e implicaciones clínicas.**

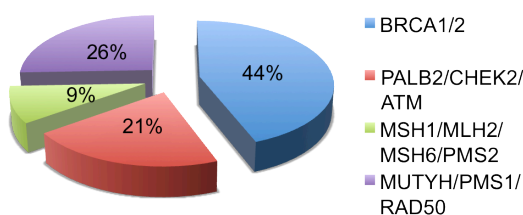
**Sara Custodio Cabello, Luis Cabezón Gutierrez** – Hospital Universitario de Torrejón. **Parham Khosravi Shahi** – Hospital Universitario Gregorio Marañón. **Magda Palka Kotlowska, Eduardo Oliveros Acebes** – Hospital Universitario de Torrejón

**Introducción y Objetivos:** Los paneles multigen (NGS) permiten la determinación eficiente de mutaciones germinales asociadas a distintos síndromes de cáncer hereditario. Analizamos los estudios genéticos (EG) realizados en pacientes y familias de alto riesgo en nuestro hospital.

**Material y Métodos:** Entre Enero 2014 y 2018, se realizaron 371 EG. Aportamos los resultados de los EG realizados con panel de 14 genes en pacientes con criterios para Síndrome de Lynch (SL) (Cohorte1=51), con panel de 21 genes en pacientes con criterios para síndrome de Cáncer de Mama y Ovario Hereditario (CMOH) exclusivamente o CMOH y SL (cohorte2=246) y por último los resultados de test Sanger para mutaciones específicas en miembros de familias con mutación conocida (cohorte3=74).

**Resultados:** En la cohorte1 se identificaron 6 variantes (11,8%) patogénicas o probablemente patogénicas (PV). La tasa de PV fue 13,5% en pacientes con historia personal de cáncer, frente 7,1% en individuos sanos. El 50% de PVs, no fueron en genes asociados a SL. En la cohorte2 se identificaron 43 PVs (17,5%) (Gráfica 1); la tasa de PVs fue 17,9% en pacientes afectados frente 15,6% en sanos. El 21,5% de los pacientes en cohorte2 cumplía criterios para CMOH y SL: se detectaron 12 mutaciones (22,6%), sólo 1BRCA+. El 52,7% de los familiares estudiados (cohorte3) presentaron PV conocida en su familia. Tras realizar las recomendaciones en consejo genético, 42,5% de las mujeres en cohorte1 y 2 y 23,8% de cohorte3 se sometieron a cirugías profilácticas. Una paciente con cáncer de endometrio, fue diagnosticada de cáncer de colon tras el diagnóstico de SL, y una paciente sana con historia familiar sugestiva de CMOH, fue diagnosticada de cáncer de mama tras detectar PV en PALB2.

**Figura 1. Mutaciones germinales Cohorte2**



Mutaciones germinales en Cohorte 2

**Conclusión:** Los paneles multigen pueden ser útiles no sólo en pacientes con cáncer de mama, ovario o colon, sino también en pacientes sanos con historia familiar de riesgo. Más del 50% de las PVs no hubiesen sido detectadas con EG dirigidos. 21,5% de los pacientes cumplían criterios para EG de más de un síndrome. Estos resultados sugieren que el uso de NGS supone un beneficio clínico frente al EG tradicional. Todos los pacientes iniciaron el seguimiento establecido en consulta de consejo genético y/o realizaron cirugías profilácticas recomendadas, y dos fueron diagnosticados de cáncer tras iniciar dichas medidas.

## P. DEST 9

**Síndrome de Birt-Hogg-Dubé y cáncer renal.**

**Nuria Dueñas Cid** – Programa de Cáncer Hereditario, Institut Català d'Oncologia, IDIBELL, Hospitalet de Llobregat. **Adrià López** – Servicio de Oncología Médica, H. Vall d'Hebron, VHIO, Barcelona. **Dolors Sitjàs** – Servicio de Dermatología, H. Josep Trueta, Girona. **Alex Teulé** – Programa de Cáncer Hereditario, Institut Català d'Oncologia, IDIBELL, Hospitalet de Llobregat. **Noemí Tuset** – Servicio de Oncología Médica, H. Arnau de Vilanova, Lleida. **Àngel Izquierdo, Àngela Velasco** – Programa de Cáncer Hereditario, Institut Català d'Oncologia, IDIBGI, Girona. **Sílvia Iglesias, Mireia Menéndez** – Programa de Cáncer Hereditario, Institut Català d'Oncologia, IDIBELL, Hospitalet de Llobregat. **Joan Brunet** – Programa de Cáncer Hereditario, Institut Català d'Oncologia, IDIBELL, Hospitalet de Llobregat. Programa de Cáncer Hereditario, Institut Català d'Oncologia, IDIBGI, Girona

**Introducción y Objetivos:** El síndrome de Birt-Hogg-Dubé (BHD) es una enfermedad hereditaria infrecuente (1/100.000 individuos) que comporta aumento de riesgo de presentar tumores benignos y malignos en adultos. Está causado por mutaciones en el gen FLCN, aunque en un 7-9% de los casos pueden presentarse las manifestaciones clínicas sin mutación genética conocida. Se caracteriza por la presencia de tumores cutáneos benignos (>90%) (fibrofolículos, tricodiscosomas, fibromas perifoliculares y acrocordones), quistes pulmonares bilaterales (80%), neumotórax (25%) y aumento del riesgo de tumores renales.

El objetivo es presentar las características clínicas y moleculares de nuestra serie.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de 68 individuos pertenecientes a 20 familias diagnosticadas en el Institut Català d'Oncologia y el Hospital Vall d'Hebrón entre 2005 y 2017. Todos los pacientes portadores de una mutación en FLCN han sido seguidos con RM abdominal bianual o ecografía anual.

**Resultados:** Se identificaron 68 individuos de 20 familias portadores de una mutación patogénica en el gen FLCN (50% hombres, 50% mujeres), con una edad media de 55.4 años. Las mutaciones identificadas correspondían a deleciones

### Cáncer Hereditario y Prevención

(4.4%), alteraciones del marco de lectura (38.2%), cambio de sentido (33.8%), sin sentido (1%), cambios de nucleótido (5.9%) y mutaciones afectando al splicing (13.2%), varias de ellas compartidas entre distintas familias. Respecto a las manifestaciones clínicas: 34 pacientes presentaban afectación cutánea (50% fibrofoliculomas, 9% tricodiscomas, 3% acrocordones, 38% con confirmación clínica sin AP). 15 individuos presentaban quistes pulmonares y 15 presentaron neumotórax únicos o de repetición. 14 individuos (20.6%) presentaron uno o más cánceres renales a una edad media de 50.3 años (34-70). Las histologías fueron las siguientes: 7.1% cromóforos, 14.3% oncocitomas, 21.4% mixtos (cromóforos + oncocitoma), 14.3% células claras y 42.8% con histología

desconocida). 4 pacientes se diagnosticaron durante el seguimiento, 3 de los cuales fueron intervenidos con cirugías parciales y estaban todos vivos en el último seguimiento. 18 individuos (26.5%) desarrollaron otras neoplasias, como cáncer de endometrio (1), colorrectal (3), gástrico (2), mama (3), basocelular (1), neurinoma del acústico (1), Linfoma de Burkitt (1), laringe (1), carcinoma seroso de ovario (1), tiroides (1) y suprarrenal (3).

**Conclusión:** El seguimiento de estos individuos con RM o ecografía abdominal puede detectar tumores renales en etapas iniciales y permitir cirugías conservadoras. La alta tasa de otros tumores, como por ejemplo CCR, requiere estudios específicos.

Miércoles, 26 de Septiembre de 2018

09:00-19:00h

## PREVENCIÓN

### P. DEST 10

#### PREVENCIÓN PRIMARIA EN FUMADORAS PORTADORAS DE MUTACIÓN EN BRCA1/2: NO A LAS DESHABITUACIÓN Y SÍ A LA EXTIRPACIÓN.

**Patricia Cordeiro González** – *Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. Servicio de Oncología Médica.* **Carmen Cereijo Garea** – *Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. Unidad de Mama.* **Rocio Lesta Mellid, Cristina Reboredo Rendo, Javier Orlando Prato Varela, Aurea Molina Diaz, Joaquín Mosquera Martínez, Martín Igor Gomez-Randulfe, Luis M. Antón Aparicio, Begoña Graña Suárez** – *Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. Servicio de Oncología Médica.*

**Introducción y Objetivos:** El tabaquismo es la principal causa de muerte evitable en el mundo. Estudios prospectivos sugieren que el tabaco aumenta el riesgo de cáncer en mujeres con mutación BRCA1/2. No disponemos de datos en nuestro país sobre el hábito tabáquico entre portadoras. El objetivo principal del estudio es conocer la prevalencia del tabaquismo en mujeres BRCA1/2, y determinar si las portadoras que se someten a cirugías reductoras de riesgo abandonan el tabaco como parte de las estrategias de prevención primaria.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo observacional de una muestra consecutiva de 198 portadoras de mutación en BRCA1/2 seguidas prospectivamente en la consulta de cáncer familiar del Complejo Hospitalario de A Coruña, entre abril 2014 y marzo 2018. Se realiza un seguimiento semestral de las

portadoras informando y aplicando medidas de prevención primaria y secundaria según guías de práctica clínica estándar.

**Resultados:** La muestra incluye 136 afectas de cáncer (84% mama, 19% ovario) y 62 mujeres sanas (X=47 años). En el seguimiento (X=22, 1-43 meses), 85 portadoras se sometieron a cirugías reductoras de riesgo [QXRR] (29% mamaria, 54% salpingooforectomía profiláctica, 16% ambas). En la primera visita 46 eran fumadoras activas, 47 ex-fumadoras, 77 no fumadoras y 18 no precisaron hábito.

El porcentaje de fumadoras y nunca-fumadoras en la 1ª consulta es similar entre enfermas y sanas (Fig1&2), presentando una mayor proporción de ex-fumadoras entre afectas, y de tabaquismo activo entre sanas ( $p>0.5$ ). No hay diferencias significativas ( $p>0.5$ ) entre el abandono del tabaco por parte de portadoras que realizan QXRR vs. mujeres BRCA1/2 que realizan prevención secundaria radiográfica exclusivamente (Fig3&4).

#### Conclusión:

-En nuestro medio el hábito tabáquico es elevado (55%) entre mujeres de alto riesgo portadoras de mutación en BRCA1 y/o BRCA2 que consultan en una unidad de referencia de cáncer familiar.

-Un 23% de mujeres BRCA1/2 son fumadoras activas a pesar de un diagnóstico previo de cáncer

-La realización de cirugías reductoras de riesgo agresivas no se asocia a un mayor abandono del tabaco en mujeres portadoras, persistiendo en el hábito un 18% de las mujeres operadas.

-Es imprescindible mejorar las estrategias de afrontamiento del tabaquismo en las consultas de cáncer familiar si queremos ser eficientes en el manejo de individuos de alto riesgo portadores de mutaciones deletéreas heredadas de predisposición al cáncer.



### P. DEST 11

#### **Proyecto Tansolo5minutos: Hábitos y factores de riesgo relacionado con el cáncer en España.**

**Juan de la Haba-Rodríguez** – Hospital Universitario Reina Sofía. IMIBIC. Córdoba. **Ventura Sebastian** – Departamento de Informática y Análisis Numérico. Universidad de Córdoba. **Jose Luis González** – Facultad de Medicina. Universidad de Córdoba. **David Serrano** – Departamento de Informática y Análisis Numérico. Universidad de Córdoba. **Eugenia Navarro, Julia Luque** – Facultad de Medicina. Universidad de Córdoba. **Angel Cañadillas** – Fundación Cajasur Córdoba

**Introducción y Objetivos:** Tansolo5minutos (<http://tansolo5minutos.es/>) es el primer registro epidemiológico que aprovecha las TICs (Tecnología de Información y Comunicación) para establecer la incidencia geolocalizada de factores y hábitos de riesgo relacionados con la incidencia de tumores de riesgo. En la actualidad es el mayor registro epidemiológico actualizado, en él han participado, hasta el momento de realizar el análisis, 202.306 personas en España.

**Material y Métodos:** Analizar la frecuencia de los hábitos y factores relacionados con un incremento en el riesgo de cáncer, y su distribución por áreas geográficas en España. Para el análisis

de los datos se ha empleado el software de análisis estadístico SPSS v20.0 utilizado frecuencia y porcentaje para el análisis descriptivo y tablas de contingencia y el test de Chi cuadrado para el análisis inferencial.

**Resultados:** La media de edad de los participantes es de 40 años, siendo un 81.7% mujeres. Con respecto a los principales hábitos y factores de riesgo de cáncer, encontramos obesidad (IMC>30) en el 11.8% siendo esta más frecuente en hombres (14,3%) y en el subgrupo de edad mayor de 50 años. El consumo de alcohol (al menos 3 dosis diarias) esta presente en el 13,9% de la población general, en el 21,3% de los hombres, para el consumo activo de tabaco encontramos que es un factor de riesgo presente en el 25,6% de la población siendo en este caso la mujer (26,2%) y el rango de edad 17-30 años lo más frecuentes. La inactividad física esta presente en el 31,9% de la población general, con mayor frecuencia en mujeres (33,9%) y en el rango de edad entre los 31-50 años. El análisis geográfico de los datos muestran diferencias significativas entre las diferentes provincias para algunos de los factores de riesgo.

**Conclusión:** El tabaco, el consumo de alcohol, la obesidad y la inactividad física son los principales factores de riesgo evitables relacionados con el cáncer en España. Existen diferencias geográficas importantes que deben ser tenidas en cuenta en las campañas concienciación y formación.

Miércoles, 26 de Septiembre de 2018

09:00-19:00h

## TROMBOSIS

### P. DEST 12

#### Evaluación de los factores de riesgo e impacto en supervivencia de los eventos tromboembólicos arteriales en pacientes con tumores de células germinales tratados con quimioterapia basada en platino.

**M<sup>a</sup> Isabel Luengo Alcázar** – H. U. Santa Lucía (Cartagena, Murcia). **Enrique González Billalabeitia, Renato Salguero Aguilar, Inmaculada Ballester Navarro** – H. U. Morales Meseguer (Murcia). **M<sup>a</sup> José Martínez Ortiz, José Balsalobre Yago** – H. U. Santa Lucía (Cartagena, Murcia), **Pablo Cerezuela Fuentes** – H. U. Virgen de la Arrixaca (Murcia). **Alejandra Ivars Rubio** – H. U. Morales Meseguer (Murcia). **Teresa García García** – H. U. Santa Lucía (Cartagena, Murcia). **Francisco Ayala de la Peña** – H. U. Morales Meseguer (Murcia)

**Introducción y Objetivos:** El tumor de células germinales (TCG) en una enfermedad curable en la mayoría de los pacientes. Los eventos tromboembólicos se asocian con el cáncer y con la quimioterapia (QT), y pueden suponer un empeoramiento en la supervivencia. El objetivo del estudio fue conocer la incidencia y caracterizar los eventos tromboembólicos arteriales en pacientes con TCG tratados con QT, identificar factores de riesgo y el impacto en supervivencia.

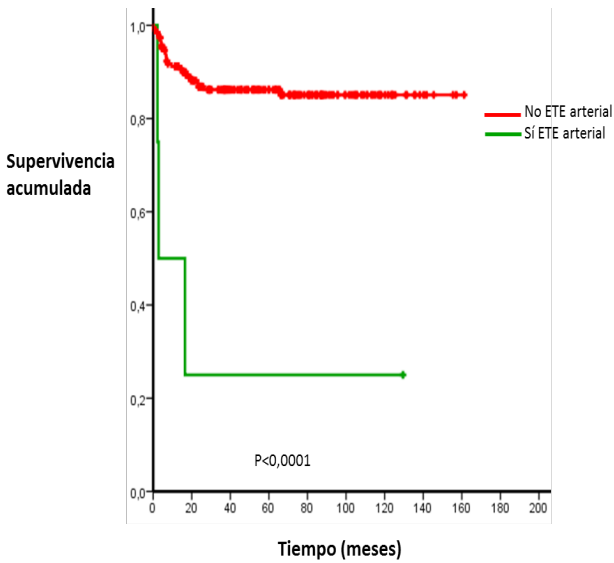
**Material y Métodos:** Se incluyeron, de forma retrospectiva, todos los pacientes diagnosticados de TCG y tratados con los esquemas BEP (bleomicina, etopósido y cisplatino) o EP entre enero de 1998 y diciembre de 2015 en los tres hospitales

públicos de la Región de Murcia (JM Morales Meseguer, Virgen de la Arrixaca y Santa Lucía). La supervivencia libre de progresión (SLP) y la supervivencia global (SG) se analizaron mediante test log-rank y el modelo de Cox.

**Resultados:** Se incluyeron 195 pacientes consecutivos con TCG tratados con (B)EP. 22 pacientes tuvieron eventos tromboembólicos: 18 fueron eventos venosos y 4 eventos tromboembólicos arteriales. Para los pacientes con trombosis arteriales, la mediana de edad fue de 43 años. 25% fueron seminoma y 75% no seminoma. 3 de los 4 pacientes tuvieron un tumor mediastínico primario. Todos debutaron en estadio III. 3 pacientes (75%) tuvieron un ictus y uno cardiopatía isquémica. Ninguno de ellos falleció por el evento tromboembólico arterial pero 2 de ellos fallecieron por progresión de la enfermedad. En el análisis univariante, la edad (HR 1.1; p=0.005), el tabaquismo (HR 3.79; p=0.046), la localización extragonadal del tumor primario (HR 20.8; p=0.01) y las metástasis en hueso (HR 20.88; p=0.01), mediastino (HR 19.03; p=0.01), pleura (HR 20.88; p=0.01) y glándulas suprarrenales (HR 19; p=0.001) se asociaron con un aumento del riesgo tromboembólico. En los pacientes con trombosis arterial, la supervivencia libre de progresión (SLP) y la supervivencia global (SG) disminuyeron, respectivamente, al 25% (p<0.0001) y 50% (p=0.05) a los 20 meses del diagnóstico.

**Conclusión:** Los eventos tromboembólicos arteriales en pacientes con TCG podrían estar asociados con la edad, el tabaquismo, la localización extragonadal del tumor primario, y las metástasis óseas, mediastínicas, pleurales y suprarrenales. Los pacientes con trombosis arterial mostraron un descenso significativo en SLP y SG.

Trombosis



Supervivencia libre de progresión en pacientes que presentaron un evento arterial vs aquellos que no lo presentaron. El desarrollo de la trombosis arterial supone un impacto negativo estadísticamente significativo en la supervivencia libre de progresión

resultan en buscar pacientes para satisfacer las necesidades del fármaco), GRADE es una evaluación centrada en el paciente, que busca las intervenciones con y sin fármacos para las necesidades del paciente, en el marco de sus valores y preferencias.

**Resultados:** Se ofrecen al final en la tabla adjunta.

**Conclusión:** Para pacientes con cáncer activo e incidencia de TEV, de 64 años (DE 11), cuya opción estándar sea dalteparina, según la calidad de la evidencia y la magnitud y precisión de los resultados de este único ensayo clínico que compara edoxabán frente a dalteparina, hacemos una recomendación débil a favor de utilizar edoxabán cuando prevalezca el riesgo embólico sobre el hemorrágico, y dalteparina cuando prevalezca el hemorrágico sobre el embólico.

**P. DEST 13**

**Evaluación GRADE del Housaki VTE Cancer Trial: “Edoxaban for the Treatment of Cancer-Associated Venous Thromboembolism (Gary E. Raskob et al; N Eng J Med 2018; 378: 612-24).**

**Eduardo Ceballos Barbancho** – San Pedro de Alcántara (Cáceres). **Galo A. Sánchez Robles** – Oficina de Evaluación de Medicamentos (SES)

**Introducción y Objetivos:** La enfermedad tromboembólica venosa es una complicación muy frecuente en el paciente con cáncer, constituyendo una de sus principales causas de morbimortalidad. Las heparinas de bajo peso molecular son el tratamiento recomendado por las guías de práctica clínica. El Housaki VTE Cancer Trial es un estudio de no inferioridad que compara Edoxabán (inhibidor del factor Xa) frente Dalteparina (una heparina de bajo peso molecular) para el tratamiento de la enfermedad tromboembólica venosa en el paciente con cáncer, mediante las variables de resultados embólicos y hemorrágicos en 6 y 12 meses de tratamiento y seguimiento.

**Material y Métodos:** Evaluación GRADE del ensayo clínico Housaki VTE Cancer Trial, para graduar la validez de la evidencia y extraer la magnitud y precisión de los resultados en salud que importan al paciente autónomo e informado para estimar a día de hoy un balance de beneficios, riesgos, inconvenientes y costes. A diferencia de las evaluaciones centradas en el fármaco (que



**Tabla: Resultados en salud en pacientes con cáncer activo de Tromboembolismo Venoso, de 64 años (De 11).**

Seguimiento 6 meses y 1 año	Grupo Edoxabán, n=522 Nº eventos (%)	Grupo Dalteparina, n=524, Nº eventos (%)	Medidas del efecto calculadas por incidencias acumuladas en 6 meses y 1 año			
			RR (IC95%)	RAR (IC 95%)	NNT (IC 95%)	Potencia
<b>Recurrencia de Trombosis Venoso (TEV)</b>						
A los 6 meses	34/522 (6,51%)	46/524 (8,78%)	0,74 (0,48-1,14)	2,27% (-1,02% a 5,51%)	44 (18 a -98)	28%
A los 12 meses	41/522 (7,85%)	59/524 (11,26%)	0,7 (0,48-1,02)	3,41% (-0,2% a 6,98%)	29 (14 a -496)	46,45%
<b>Recurrencia de Trombosis Venosa Profunda (TVP)</b>						
A los 6 meses	15/522 (2,87%)	25/524 (4,77%)	0,6 (0,32-1,13)	1,9% (-0,55% a 4,26%)	53 (23 a -181)	35,88%
A los 12 meses	19/522 (3,64%)	35/524 (6,68%)	0,54 (0,32-0,94)	3,04% (0,25% a 5,74%)	33 (17 a 398)	60,23%
<b>Recurrencia de Trombolismo Pulmonar (TP)</b>						
A los 6 meses	23/522 (4,41%)	24/524 (4,58%)	0,96 (0,55-1,68)	0,17% (-2,42% a 2,76%)	575 (36 a -41)	3,41%
A los 12 meses	27/522 (5,17%)	28/524 (5,34%)	0,97 (0,58-1,62)	0,17% (-2,6% a 2,94%)	584 (34 a -38)	3,32%
<b>Hemorragia Mayor</b>						
A los 6 meses	29/522 (5,56%)	17/524 (3,24%)	1,71 (0,95-3,08)	-2,31% (-4,83% a 0,3%)	-43 (399 a -21)	44,48%
A los 12 meses	36/522 (6,9%)	21/524 (4,01%)	1,72 (1,02-2,91)	-2,89% (-5,66% a -0,03%)	-35 (-2915 a -18)	53,83%
<b>Hemorragia Mayor o No Mayor clínicamente relevante</b>						
A los 6 meses	83/522 (15,9%)	56/524 (10,69%)	1,49 (1,08-2,04)	-5,21% (-9,33% a -1,08%)	-19 (-92 a -11)	69,89%
A los 12 meses	97/522 (18,58%)	73/524 (13,93%)	1,33 (1,01-1,76)	-4,65% (-9,13% a -0,18%)	-22 (-557 a -11)	53,06%
<b>Hemorragia No Mayor clínicamente relevante</b>						
A los 6 meses	64/522 (12,26%)	43/524 (8,21%)	1,49 (1,04-2,16)	-4,05% (-7,74% a -0,34%)	-25 (294 a -13)	57,99%
A los 12 meses	76/522 (14,56%)	58/524 (11,07%)	1,32(0,96-1,81)	-3,49% (-7,55% a 0,58%)	-29 (172 a -13)	39,26%
<b>Muerte por cualquier causa</b>						
A los 6 meses	140/522 (26,82%)	127/524 (24,24%)	1,11 (0,9-1,36)	-2,58 (-7,87% a 2,68%)	-39 (37 a -13)	15,80%
A los 12 meses	206/522 (39,46%)	192/524(36,64%)	1,08 (2,92-1,26)	-2,82% (-8,7% a 3,03%)	35 (33 a -11)	15,37%
<b>Supervivencia libre de eventos</b>						
A los 6 meses	354/522 (67,82%)	360/524 (68,7%)	0,99 (0,91-1,07)	0,89% (-4,74% a 6,52%)	113 (15 a -21)	4,92%
A los 12 meses	287/522 (54,98%)	296/524 (56,49%)	0,97 (0,87-1,08)	1,51% (-4,48% a 7,51%)	66 (13 a -22)	7,08%
<b>Recurrencia de Tromboembolismo Venoso o Hemorragia Mayor</b>						
A los 6 meses	55/522 (10,54%)	56/524 (10,69%)	0,99 (0,69-1,4)	0,15% (-3,61% a 3,91%)	664 (26 a -28)	3%
A los 12 meses	67/522 (12,84%)	71/524 (13,55%)	0,95 (0,69-1,29)	0,71% (-3,41% a 4,84%)	104 (21 a -29)	5,27%

Abreviaturas: **HemMay**: Hemorragia Mayor; **HR**: hazard ratio; **IC 95%**: intervalo de confianza al 95%; **NNT**: número necesario a tratar para evitar 1 evento; **RAR**: reducción absoluta del riesgo; **RR**: riesgo relativo; **TE**: tromboembolismo; **TEV**: tromboembolismo venoso; **TP**: tromboembolismo pulmonar; **TVP**: trombosis venosa profunda

Miércoles, 26 de Septiembre de 2018

09:00-19:00h

## GINECOLÓGICO Y HEREDITARIO-GINECOLÓGICO

### P. DEST 14

#### Estudio del valor pronóstico de la reducción de dosis en el tratamiento de quimioterapia en el cáncer de ovario.

**Alejandra Ivars Rubio, Manuel Sánchez Cánovas, Francisco Ayala de la Peña, Pilar De la Morena Barrio, Elisa García Garre, Maribel Luengo Alcazar, Gema Marín Zafra, Ana Fernández Sánchez, Elena García Martínez** – Hospital Morales Meseguer

**Introducción y Objetivos:** Existen algunos datos en la literatura sobre el efecto negativo de la reducción de dosis de la quimioterapia (QT). Pero no existen datos del impacto de reducciones en diferentes líneas de tratamiento de la misma paciente. Nuestro objetivo es determinar el valor pronóstico de la reducción de dosis realizada en pacientes con cáncer de ovario avanzado al diagnóstico y en líneas sucesivas de tratamiento.

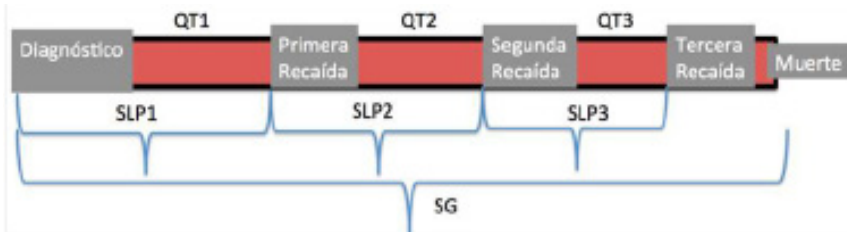
**Material y Métodos:** Análisis retrospectivo de 90 pacientes con cáncer de ovario estadios III-IV. Se han recogido los datos al diagnóstico de la enfermedad, de la cirugía realizada y de la principal toxicidad reportada (hematológica, neurotoxicidad, hepatotoxicidad reacciones de hipersensibilidad) en cada ciclo de quimioterapia (QT) de las tres primeras líneas de tratamiento (QT1,QT2,QT3) recibidas por cada paciente. Han sido analizadas las reducciones de dosis en relación con la supervivencia global (SG), supervivencia libre de progresión en 1ª, 2ª y 3ª recaída (SLP1,SLP2,SLP3). Tabla 1.

**Resultados:** Edad media al diagnóstico 65 años (36-84a). La mediana de seguimiento fue de 40,3 meses (2,56-154m). Supervivencia global (SG) fue 53,3 meses (34-72,6m), SLP1=13,5m + 0,9m; SLP2=8,21m + 1,49m; SLP3=6,57 + 2,08m. Tasa de Neutropenia GIII-IV 26,7% (QT1), 24,4 (QT2). El ECOG 2-3 al inicio del tratamiento, la edad mayor de 70 años y la reducción de la dosis de la quimioterapia realizada tanto al diagnóstico como en la primera recaída han sido factores pronósticos adversos para la SG, SLP1 y SLP2. El análisis de las pacientes con ECOG<2 al inicio del tratamiento mostró que la reducción de dosis es un factor pronóstico adverso independiente en primera y segunda línea de tratamiento (tabla 1).

**Conclusión:** Las reducciones en la dosis de la QT administrada al diagnóstico (QT1) y en la primera recaída (QT2) impactan negativamente en la supervivencia de las pacientes diagnosticadas de cáncer de ovario avanzado. El mantenimiento de dosis en todo momento de la evolución de la enfermedad crea la necesidad de un mayor consenso en el manejo de toxicidad de nuestras pacientes.

Tabla 1

A.



B.

Pacientes con ECOG 0-1 en QT1		Pacientes con ECOG 0-1 en QT2	
SG	N 72 72,3 vs 18m p:0,00002	SG	N=48 56,1 vs 31,4m p:0,58
SLP1	N 57 14 vs 12,6 p:0,025	SLP2	N=43 10 vs 5m p:0,04
Multivariante SG	<b>Reducción QT1</b> HR 3,76 IC95% (1,78-7,905) P=0,00047 <b>Reducción QT2</b> HR 1,23 IC95% (0,57-2,65) P=0,58	Multivariante SG	<b>Reducción QT1</b> HR 2,75 IC95% (1,19-6,26) P=0,017 <b>Reducción QT2</b> HR 1,05 IC95% (0,46-2,40) P=0,89
Multivariante SLP1	<b>Reducción QT1</b> HR 1,86 IC95% (0,91-3,79) P=0,086 <b>Reducción QT2</b> HR 1,41 IC95% (0,70-2,80) P=0,328	Multivariante SLP2	<b>Reducción QT1</b> HR 1,55 IC95% (0,70-3,43) P=0,27 <b>Reducción QT2</b> HR 2,06 IC95% (0,88-4,83) P=0,094

Análisis multivariante de SLP y SG.

**P. DEST 15**

**Factores clínico-patológicos asociados a eficacia al tratamiento en pacientes (pts) con carcinosarcomas (CS) ginecológicos (GIN).**

**Alberto Hernando, Victor Rodriguez Freixinos, Fiorella Ruiz, Rodrigo Dienstmann, Lorena Fariñas Madrid, Guillermo Villacampa Javierre, Angel García, Ramona Verges Cardona, Antonio Gil-Moreno, Ana Oaknin** – Hospital Vall D´Hebron

**Introducción y Objetivos:** Los CS son neoplasias poco frecuentes y agresivas que comparten elementos sarcomatoides y epiteliales, sin tratamiento estándar en la actualidad.

**Material y Métodos:** Se realizó una revisión de CS GIN uterinos (UT) y ováricos (OC) tratados en Vall D´Hebron 2009-2017. Se correlacionaron características clínico-patológicas y tratamientos recibidos con supervivencia global (SG) y supervivencia libre de progresión (SLP) mediante modelos Kaplan-Meier y multivariante (MV).

**Resultados:** Un total de 41 pts con CS (UT n=33 (80.5%), OC n=8 (19.5%)) fueron identificados. La mediana de edad al diagnóstico fue de 68 años (44-91), incluyendo 15 pts (36.6%) estadio I/II y 26 (64%)

estadio III/IV. 12 pts (30%) presentaron componente heterólogo (CHE). El tratamiento inicial consistió en cirugía en 37 pts (90%), 7 pts (19%) recibieron adyuvancia con quimio-radioterapia (QT/RT), 7 pts (19%) RT y 9 pts (24%) QT única. Con una mediana de seguimiento de 46 meses (mo), 18 pts (47%) recurrieron con una mediana de 7.8 mo (CI95% 4.3-25.8) sin asociación con factores clínico-patológicos o tipo de tratamiento adyuvante recibido. 12 pts (29%) recibieron 1º línea de tratamiento (92% basada en platino) con una tasa de respuesta del 50% (17% RC y 33% RP). La mediana de SLP resultó en 11.2 mo (CI95% 6.3-na) y la mediana de duración de respuesta fue 22.0 mo (CI95% 7.7-na). Tendencia favorable en términos de SLP se observó en 9 pts con CS GIN y componente homólogo (CHO) vs 3 pts con CHE (17.0 mo vs 6.3 mo; p=0.08). Hasta 5 pts (42 %) recibieron una 2º línea. La mediana de SG fueron 18.6 mo (CI95% 9.4-na). El MV mostró una asociación favorable en SG para CS OC vs. UT (HR=0.18; p=0.06) y CS-CHO vs. CS-CHE (HR=0.3; p=0.08).

**Conclusión:** En nuestra serie, los pts con CS GIN presentaron un pronóstico ominoso con recurrencias a menos de un año desde el diagnóstico sin identificarse asociación con factores clínico-patológicos. En enfermedad metastásica o recurrente, el tratamiento basado en platino en 1º línea resultó eficaz identificándose largos respondedores. El conocimiento del perfil molecular de los pts con CS GIN podría permitir una mayor optimización terapéutica.



**P. DEST 16**

**Seguridad, cumplimentación y eficacia de la quimioterapia adyuvante intravenosa/ intraperitoneal tras cirugía citoreductora primaria óptima en cáncer de ovario estadio III.**

**Marcos Melián, Carmen Salvador, Octavio Ballesta, Asunción Albert, Carmela Borrell, Helena De La Cueva, Laura Palomar, Ana Santaballa** - *Hospital La Fe, Valencia*

**Introducción y Objetivos:** La quimioterapia intraperitoneal (QIP) mejora la supervivencia en pacientes con cirugía óptima debulking. Sin embargo, la elevada toxicidad durante el tratamiento ha limitado su utilización y su cumplimiento. Se han desarrollado esquemas modificados como el de GEICO, consiguiendo mejor tolerancia y tasas de cumplimiento. Nuestro objetivo ha sido evaluar la toxicidad, la cumplimentación y analizar la supervivencia de las pacientes tratadas con el esquema de GEICO.

**Material y Métodos:** Revisamos historias clínicas de 60 pacientes con cáncer de ovario estadio FIGO III tratadas entre junio de 2009 y diciembre 2016 con el régimen de GEICO de QIP. Recibieron Paclitaxel intravenoso (175 mg/m<sup>2</sup>) día 1, IP Cisplatino (100 mg/m<sup>2</sup>) día 2, y Paclitaxel IP (60 mg/m<sup>2</sup>) día 8 cada 21

días, un máximo de 6 ciclos. Consideramos cumplimentadora aquella que recibió  $\geq 85\%$  de las dosis teóricas planeadas (DTP), completando 6 ciclos.

**Resultados:** La edad media fue de 52 años (IC95%: 49,5-54,5). El 97,4% presentaban ECOG 0-1. A 57 (95%) se colocó catéter IP en la cirugía citoreductora primaria. La mayoría diagnosticadas de carcinoma seroso de alto grado (76,7%), y estadio IIIC (83,1%). En 29 de ellas (48,6 %) se determinó la mutación BRCA. Se encontraron 8,7% mutaciones en BRCA 1 y 6,7% mutaciones BRCA 2. Toxicidad grado 3-4 más prevalente: astenia (5 pacientes; 8,5%) neurotoxicidad (5 pacientes; 8,5%). Baja tasa de neutropenia: 3,4 % grado 3-4 y solamente 1 paciente con fiebre neutropénica grado 4. No observamos complicaciones graves relacionadas con catéter. 41 pacientes (68,3%) completaron los 6 ciclos planeados. 38 ptes (63,3%) fueron cumplimentadoras. Con una mediana de seguimiento de 90 meses, mediana de supervivencia libre de recidiva fue de 75 meses (95% IC [62,6 – 87,4]). 24 ptes (40,7%) han recaído; la mayoría de estas son metástasis a distancia, ganglionares (38,1 %) hepáticas (21,4%) pulmonares (19%).

**Conclusión:** La administración de este régimen tiene un buen perfil de seguridad y una alta tasa de cumplimentación. Parece que tiene menor toxicidad que regímenes IP previamente descritos. No obstante, la correcta selección de las pacientes es primordial.



Miércoles, 26 de Septiembre de 2018

09:00-19:00h

**NO COLORRECTAL**

**P. DEST 17**

**Análisis de subgrupos por líneas previas de terapia metastásica (txm) en NAPOLI-1, un estudio global aleatorizado de fase 3 de irinotecán liposomal (nal-IRI)±5-fluorouracilo y leucovorina (5 FU/LV), frente a 5 FU/LV en pacientes con adenocarcinoma ductal pancreático metastásico (ADPm) que ha progresado a terapia basada en gemcitabina.**

**Teresa Macarulla Mercadé** – Hospital Universitario Vall d’Hebron. **Jens T Siveke** – West German Cancer Center. **Chung-Pin Li** – Hospital General de Veteranos de Taipei. **György Bodoky** – Szent László. **Andrew Dean** – St. El Hospital John of God. **Yan-Shen Shan** – Hospital Universitario Nacional Cheng Kung. **Kyung-Hun Lee** – Departamento de Medicina Interna e Instituto de Investigación del Cáncer. **Jean-Frédéric Blanc** – Hôpital Haut-Lévêque. **Li-Tzong Chen** – Institutos Nacionales de Investigación en Salud (INDH). **Floris A de Jong** – Shire International GmbH

**Introducción y Objetivos:** En el estudio NAPOLI-1, nal-IRI+5-FU/LV aumentó significativamente la mediana de SG versus control 5-FU/LV (6,1 vs 4,2 meses, HR no estratificada = 0,67 [0,49-0,92], p = 0,012). Este es un análisis de subgrupos por líneas previas de txm.

**Material y Métodos:** La metodología del estudio ha sido publicada (Wang-Gillam; Lancet 2016). Este análisis exploratorio de subgrupos comparó los resultados en pacientes con 0-1 vs. ≥2 líneas de mtx previas, según los datos

principales del análisis de supervivencia (finalizado en febrero de 2014) de la población por ITT.

**Resultados:** Se demuestran las tasas de respuesta de SG, SLP y CA19-9 en pacientes con 0-1 (65,8% de los pacientes) o ≥2 (34,2%) líneas de txm previas (ver Tabla). La mediana de SG para nal-IRI+5-FU/LV mejoró frente a 5-FU/LV en 2,1 meses a 6,2 meses (HR = 0,66; p = 0,03) en pacientes con 0-1 líneas txm previas y en 1,1 meses a 5,4 meses (HR = 0,68; p = 0,18) en pacientes con ≥2 líneas de txm previas. El perfil de seguridad fue similar entre los subgrupos con nal-IRI+5-FU/LV (EEAA relacionados con el fármaco de ≥grado 3: 43 [55%] con 0-1 y 20 [51%] con ≥2 líneas de txm previas).

**Conclusión:** Este análisis de subgrupos a posteriori muestra aumentos significativos en SG, SLP y CA 19-9 para nal-IRI+5-FU/LV contra 5-FU/LV en pacientes con 0-1 líneas de txm previas. La mediana del beneficio en SG es menos prominente en líneas posteriores, pero las conclusiones están restringidas por el limitado número de pacientes.



**Tabla1: Análisis de subgrupos por líneas previas de terapia metastásica (txm) en NAPOLI-1**

	0-1 líneas txm previas		
	nal-IRI+5-FU/LV (n = 77 [65.8%])	5-FU/LV (n = 82 [68.9%])	HR (95%IC) no estratificado; p-valor
<b>Mediana SG, meses (95%IC)</b>	6.24 (4.70-8.97)	4.17 (3.35-5.82)	0.66 (0.45-0.96); p=0.03
<b>Mediana SLP, meses (95%IC)</b>	2.89 (2.40-4.34)	1.46 (1.38-1.87)	0.51 (0.35-0.73); p<0.001
<b>Ratio de respuesta CA19-9, n/N (%)</b>	21/68 (30.9)	6/56 (10.7)	p<0.01
	≥2 líneas mtX previas		
	nal-IRI+5-FU/LV (n = 40 [34.2%])	5-FU/LV (n = 37 [31.1%])	
<b>Mediana SG, meses (95%IC)</b>	5.42 (4.44-9.30)	4.34 (2.63-6.37)	0.68 (0.38-1.20); p=0.18
<b>Mediana SLP, meses (95%IC)</b>	4.01 (1.41-4.53)	1.56 (1.35-2.66)	0.65 (0.37-1.14); p=0.13
<b>Ratio de respuesta CA19-9, n/N (%)</b>	7/29 (24.1)	1/25 (4.0)	p=0.06

Análisis de subgrupos por líneas previas de terapia metastásica (txm) en NAPOLI-1, un estudio global aleatorizado de fase 3 de irinotecán liposomal (nal-IRI)±5-fluorouracilo y leucovorina (5 FU/LV), frente a 5 FU/LV en pacientes con adenocarcinoma ductal pancreático metastásico (ADPm) que ha progresado a terapia basada en gemcitabina.

**P. DEST 18**

**Factores predictivos y pronósticos en el tratamiento del adenocarcinoma gástrico o de la UGE metastásico HER2 positivo (HER2+ mGC/UGE) tratados con trastuzumab (T) y quimioterapia (QT) basada en platino y fluoropirimidina dentro de la práctica clínica habitual.**

**Nieves Martínez Lago** – Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. **Sonia Candamio Folgar** – Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. **Carlos Grande Ventura** – Hospital Universitario Alvaro Cunqueiro. **Mercedes Salgado Fernandez** – Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. **Marta Covela Rua** – Hospital Universitario Lucus Augusti. **Juan De La Cámara Gómez** – Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. **Jose Carlos Mendez Mendez** – Centro Oncológico de Galicia. **Yolanda Vidal Insua** – Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. **Javier Prato Varela** – Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. **Ana Fernandez Montes** – Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

**Introducción y Objetivos:** La sobreexpresión/amplificación de HER2 ha demostrado ser un factor predictivo en HER2+ mGC/UGE tratados en primera línea con T-QT basada en cisplatino y fluoropirimidinas. Sin embargo, carecemos de otros factores predictivos/pronósticos en dicha subpoblación.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, multicéntrico, de pacientes HER2+ mGC/UGE tratados en primera línea con T-QT basada en cisplatino y fluoropirimidinas en 7 hospitales del Grupo Gallego de Investigación en Tumores Digestivos (GITuD). Los datos clinicopatológicos fueron recogidos retrospectivamente y correlacionados con la Supervivencia Global (SG) y la Supervivencia Libre de Progresión (SLP).

**Resultados:** 92 pacientes tratados entre Mayo 2010 y Enero 2018 fueron recogidos en este estudio. La mediana de edad fue de 68 años (rango 38-84 años), 75 % varones, el 37% localizados en la UGE, el 80.5% del subtipo intestinal de Lauren, el 62.1% con tumores bien-moderadamente diferenciados, el 81.5% con presentación sincrónica y el 23.9% con resección del tumor primario. Con una mediana de seguimiento de 47.8 meses, la mediana de SG fue de 15.2 meses (IC 95% 12.8-17.6 meses). La cirugía del primario (HR 0.482, p=0.015) y el ratio neutrófilo/linfocito <5 (HR 0.456, p=0.004) se asociaron con una SG más prolongada. La mediana SLP 1 línea fue de 8.1 meses (IC 95% 6.8-9.5 meses). Nuevamente, la cirugía del primario (HR 0.514; p=0.013) y el ratio neutrófilo/linfocito <5 se asoció con una SLP más prolongada (HR 0.492; p=0.007). Sin embargo, no se observó impacto en la SG en función del sexo (p=0.546), el ECOG PS (p=0.366), el grado histológico (p=0.753), la localización tumoral (p=0.938), la presentación tumoral (p=0.273), el ratio plaqueta/linfocito (p=0.147) o la presencia de hipoalbuminemia (p=0.296).

**Conclusión:** Nuestra serie confirma el impacto pronóstico y predictivo del ratio neutrófilo/linfocito y la resección del tumor primario en el HER2+ mGC/UGE.





**P. DEST 19**

**REACH-2: Estudio Fase 3 aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo de ramucirumab frente a placebo como tratamiento de segunda línea en pacientes con carcinoma hepatocelular (CHC) avanzado y alfa-fetoproteína (AFP) basal elevada después del tratamiento de primera línea con sorafenib.**

**Javier Sastre Valera** – Hospital Clínico Universitario San Carlos, Servicio de Oncología Médica. **Andrew Zhu** – Department of Medicine, Harvard Medical School, Massachusetts General Hospital, Boston, MA, Estados Unidos. **Yoon-Koo Kang** – Asan Medical Center, University of Ulsan, Corea del Sur. **Chia-Jui Yen** – National Cheng Kung University Hospital, College of Medicine, National Cheng Kung University, Tainan, Taiwan. **Richard Finn** – University of California Los Angeles, Los Angeles, CA, Estados Unidos. **Peter Galle** – Universitätsmedizin, Langenbeckstrasse 1, Mainz, Alemania. **Josep M. Llovet** – Mount Sinai School of Medicine, New York, NY, Estados Unidos, and Hospital Clínic Barcelona, Barcelona, España. **Eric Assenat** – CHU de Montpellier, Montpellier, Francia. **Giovanni Brandi** – University Hospital S. Orsola, Malpighi Bologna, Italia. **Ho Yeong Lim** – Samsung Medical Center, Irwon-ro, Gangnam-gu, Seoul, Corea del Sur

**Introducción y Objetivos:** Una mayor expresión de VEGF y VEGFR2 está asociada con una alta expresión de AFP en los tumores CHC. Ramucirumab (RAM), un anticuerpo monoclonal IgG1 humano, inhibe la activación de VEGFR2. REACH-2 fue diseñado para confirmar el beneficio del tratamiento con RAM observado en el estudio REACH en pacientes con AFP basal  $\geq 400$  ng/ml.

**Material y Métodos:** Los pacientes elegibles tenían  $\geq 18$  años, CHC con BCLC en estadio C o B, enfermedad refractaria o no susceptible al tratamiento locorregional, AFP basal  $\geq 400$  ng/ml, Child-Pugh A, EF ECOG 0 o 1, parámetros hematológicos y bioquímicos adecuados y mostraron progresión durante o después del tratamiento con sorafenib o no lo toleraron. Los pacientes se aleatorizaron (2:1) a RAM 8 mg/kg iv o placebo (PL) Q2W más el mejor tratamiento de apoyo hasta progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable. La variable principal fue la supervivencia global (SG). Los objetivos secundarios incluyeron supervivencia libre de progresión (SLP), tasa de respuesta objetiva (TRO) mediante RECIST v1.1 y seguridad.

**Resultados:** Se aleatorizaron 292 pacientes a RAM (197) o PL (95). Las características basales fueron similares entre los grupos. El tratamiento con RAM mejoró significativamente la SG (mediana 8,5 meses vs. 7,3 meses con PL; HR 0,710; IC 95% 0,531, 0,949;  $p=0,0199$ ) y la SLP (mediana 2,8 meses vs 1,6 meses con PL; HR 0,452; IC 95% 0,339, 0,603;  $p<0,0001$ ). La TRO fue del 4,6% con RAM vs 1,1% con PL ( $p=0,1156$ ). Los acontecimientos adversos de grado  $\geq 3$  que aparecieron en

$\geq 5\%$  de los pacientes del grupo RAM fueron hipertensión (12,2% RAM, 5,3% PL) e hiponatremia (5,6%, 0%).

**Conclusión:** REACH-2 alcanzó su variable principal mostrando un beneficio significativo de supervivencia, reduciendo el tratamiento con RAM el riesgo de muerte (29%) en los pacientes con CHC y AFP  $\geq 400$  ng/ml que progresaron con sorafenib o no lo toleraron. El tratamiento fue bien tolerado, con un perfil de seguridad consistente con el perfil establecido para RAM como agente único. REACH-2 es el primer estudio de fase 3 positivo realizado en una población de pacientes con CHC seleccionada por biomarcadores. Pracht M(Francia), Rau KM(Taiwan, ROC), Merle P(Francia), Motomura K(Japón), Ohno I(Japón), Daniele B(Italia), Shin DB(República de Corea), Gerken G(Alemania), Abada P(E.E.UU.), Hsu Y(E.E.UU.), Kudo M(Japón)

**P. DEST 20**

**Tratamiento de 2ª línea en el adenocarcinoma gástrico o de la unión gastroesofágica metastásico HER2 positivo (HER2+ mGC/UGE) tras progresión a un esquema de quimioterapia (QT) basado en trastuzumab (T), platino y fluoropirimidina dentro de la practica clínica habitual.**

**Nieves Martínez Lago** – Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. **Sonia Candamio Folgar** – Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. **Carlos Grande Ventura** – Hospital Universitario Alvaro Cunqueiro. **Mercedes Salgado Fernandez** – Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. **Marta Covela Rua** – Hospital Universitario Lucus Augusti. **Juan De La Cámara Gómez** – Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. **Jose Carlos Mendez Mendez** – Centro Oncológico de Galicia. **David Arias Ron** – Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. **Begoña Graña Suarez** – Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. **Paula Gonzalez Villarroel** – Hospital Universitario Alvaro Cunqueiro

**Introducción y Objetivos:** El tratamiento en segunda línea del HER2+ mGC/UGE, tras progresión a una combinación de platino, fluoropirimidina y trastuzumab, es controvertido. Estudios prometedores con fármacos antiHER2 (Gatsby, Tytan) han resultado negativos y la evidencia para ramucirumab +/- paclitaxel se basa en análisis retrospectivos no planificados.

**Material y Métodos:** Análisis retrospectivo, observacional, multicéntrico, de pacientes HER2+ mGC/UGE tras progresión a 1ª línea estándar en 7 hospitales del Grupo Gallego de Investigación de Tumores Digestivos (GITuD). Los datos clinicopatológicos fueron recogidos retrospectivamente y correlacionados con la Supervivencia Global (SG) y la Supervivencia Libre de Progresión (SLP).

### No Colorrectal

**Resultados:** De los 92 pacientes iniciales, se analizaron 49 pacientes que iniciaron QT de segunda línea entre Julio 2011 y Enero 2018. Edad mediana de 64 años (rango 38-84 años), 73.5 % varones, el 30.6% localizados en la UGE, el 81.8% del subtipo intestinal, el 67.6% con tumores bien-moderadamente diferenciados, el 83.7% sincrónicos y el 26.5% con resección del tumor primario. La mediana SLP 1º línea fue de 8.1 meses (IC 95% 6.8-9.5 meses). La mediana de ILP desde el fin de la QT de inducción fue de 3.9 meses (IC 95% 3.1-4.7 meses) y el 50% presentaron un ILP mayor a 4 meses. Los esquemas de segunda línea fueron: QT-Trastuzumab 42.4%, Irinotecan 22.4%, Taxanos 20.4% y Paclitaxel-Ramucirumab 14.3%. La mediana SLP

segunda línea fue de 2.9 meses (IC 95% 1.6-4.1 meses) y la mediana de SG fue de 7.6 meses (IC 95% 5.4-9.9 meses). La tasa de respuestas fue del 16.3% y la tasa de control de enfermedad del 40.8%. La mediana SLP en función del tratamiento: 5.3 meses QT-trastuzumab vs 6.4 meses Paclitaxel-Ramucirumab vs. 2.0 meses para taxanos/irinotecan en monoterapia ( $p=0.022$ ); sin diferencias entre la QT-trastuzumab y paclitaxel-ramucirumab ( $p=0.740$ ). No hubo diferencias en función de ILP 4 meses ( $p=0.459$ ).

**Conclusión:** Los esquemas de QT-Trastuzumab y Paclitaxel-Ramucirumab son opciones de segunda línea en HER2+ mGC/UGE.

Jueves, 27 de Septiembre de 2018

09:00-19:00h

## GENITOURINARIO

### P. DEST 21

#### IMPACTO DE LA SECUENCIA DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN METASTÁSICO (CPRCm) PORTADORES DE MUTACIÓN EN BRCA2: SUBANÁLISIS DEL ESTUDIO PROREPAIR-B.

**Rebeca Lozano Mejorada** – Unidad de Investigación Tumores Genitourinarios, CNIO-IBIMA. **Elena Almagro** – Hospital Universitario Quironsalud, Madrid. **Rocío García** – Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca. **M<sup>a</sup> Belén González Gragera** – Hospital de Son Llatzer, Mallorca. **Amaia Hernández** – Onkoloikoa, Donostia. **Nuria Laínez** – Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. **Raquel Luque** – Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. **Rosa María Villatoro** – Hospital Costa del Sol, Marbella. **Elena Castro** – Unidad de Investigación Clínica en Cáncer de Próstata, Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO), Madrid. **David Olmos** – Unidad de Investigación Tumores Genitourinarios, CNIO-IBIMA.

**Introducción y Objetivos:** Las mutaciones germinales en BRCA2 se han descrito en un 3-5% de pacientes con CPRCm. PROREPAIR-B (Castro et al ESMO 2017) es el primer estudio prospectivo que ha demostrado peor supervivencia asociada a esta mutación en CPRCm. Se ha identificado una interacción significativa entre el tipo de tratamiento (nuevo agente hormonal NAH/taxano) y el estado de BRCA2 para supervivencia causa específica (SCE) desde 1ª línea (1L;p=0.015) y 2ª línea (2L;p=0.006). Objetivo: Subanálisis exploratorio para determinar la evolución de pacientes con CPRCm de acuerdo al estado de BRCA2 y la secuencia de tratamiento.

**Material y Métodos:** PROREPAIR-B (NCT03075735) es un estudio de cohorte prospectivo multicéntrico. Pacientes naïve para taxanos y NAH al diagnóstico de CPRCm, y candidatos a iniciar tratamiento con alguna de las siguientes secuencias: a)1L NAH, 2L taxano; o b)1L taxano, 2L NAH, fueron elegibles. Endpoints del subanálisis: evaluación del impacto de BRCA2 en SCE y supervivencia libre de progresión (SLP) desde el inicio de 1L a la progresión clínica/radiológica en 2L o muerte (SLP2). Los análisis fueron estratificados de acuerdo a la secuencia de tratamiento.

**Resultados:** Del total de 419 pacientes, 348 fueron elegibles: 190 (7 BRCA2) para la secuencia NAH-taxano y 158 (7 BRCA2) para la secuencia taxano-NAH. Comparados con la secuencia NAH-taxano, en la cohorte taxano-NAH los pacientes presentaron peor ECOG (p=0.002), menor edad (p <0.001), PSA más elevado (p=0.007), mayor LDH (p<0.001) y FA (p=0.01). Sin embargo, no se observaron diferencias significativas entre los pacientes portadores de mutación en BRCA2 y controles de ambos grupos. No se observaron diferencias significativas entre portadores y no portadores de BRCA2 en la secuencia NAH-taxano: SCE (mediana 24.0 vs 31.1 meses, p=0.9) y SLP2 (18.9 vs 21.1 meses, p=0.6). Sin embargo, para la secuencia taxano-NAH, BRCA2 se asoció con peor SCE (10.7 vs 28.4 m, p<0.001) y SLP2 (8.6 vs 17.1 m, p<0.001). En el análisis multivariable, BRCA2 se mantuvo como factor pronóstico independiente para SCE (HR 2.95; 95% IC 1.21-7.17) y SLP2 (HR 5.50; 95% IC 2.35-12.89) (Figura 1).

**Conclusión:** Estos resultados sugieren que la evolución de los pacientes portadores de mutación en BRCA2 pueden diferir según la secuencia de tratamiento administrada. Esto contribuye a explicar las diferencias observadas en series previas.

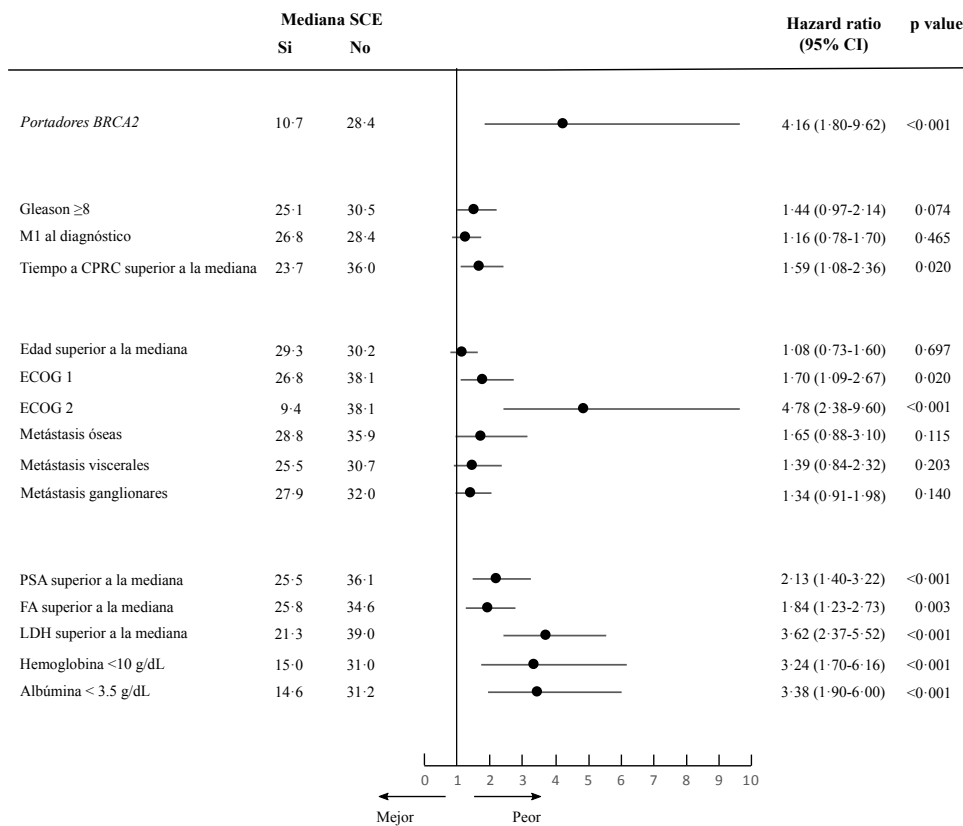


Figura 1: Análisis univariable para la secuencia Taxanos-Nuevos Agentes Hormonales (NAH)

P. DEST 22

Valor predictivo de polimorfismos de un solo nucleótido en pacientes con cáncer de próstata resistente a la castración metastásico (CPRCm) tratados con cabazitaxel.

**Daniel Herrero Rivera** – Departamento de Oncología Médica, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, ES. **Laura Marcos** – TERABIO, Instituto de Biomedicina de Sevilla, IBI/ Hospital Universitario Virgen del Rocío/CSIC/Universidad de Sevilla, Sevilla, ES. **Ana Salinas** – TERABIO, Instituto de Biomedicina de Sevilla, IBI/ Hospital Universitario Virgen del Rocío/CSIC/Universidad de Sevilla, Sevilla, ES. **Javier Puente** – Departamento de Oncología Médica, Hospital Clínico San Carlos, Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos (IdISSC), CIBERONC, Madrid, ES. **Begoña Mellado** – Departamento de Oncología Médica, Hospital Clinic y Provincial de Barcelona, Barcelona, ES. **Enrique Grande** – Departamento de Oncología Médica, MD Anderson Cancer Center España, Madrid, ES. **Juan Antonio Virizuela** – Departamento de Oncología Médica, Hospital Virgen Macarena, Sevilla, ES. **Juan Francisco Rodríguez** – Servicio de Oncología Médica, Centro

Integral Oncológico Clara Campal, Madrid, ES. **Ignacio Duran** – TERABIO, Instituto de Biomedicina de Sevilla, IBI, Departamento de Oncología Médica, Hospital Marqués de Valdecilla, Santander, ES. **Carmen Garrigós Vacas** – TERABIO, Instituto de Biomedicina de Sevilla, IBI/ Hospital Universitario Virgen del Rocío/CSIC/ Universidad de Sevilla, Sevilla, ES

**Introducción y Objetivos:** Cabazitaxel es un taxano aprobado para el tratamiento de pacientes con CPRCm después del fracaso de docetaxel. A pesar de su eficacia demostrada existe variabilidad en la respuesta, supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG) de los pacientes. Uno de los factores que podría explicar esta variabilidad son los polimorfismos de un solo nucleótido (SNP) en genes críticos para el metabolismo y el mecanismo de acción de este fármaco. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar el impacto predictivo de dichos SNP en una cohorte de pacientes tratados con cabazitaxel.

**Material y Métodos:** Se recogieron datos clinicopatológicos de 51 pacientes con CPRCm tratados con cabazitaxel entre marzo de 2011-octubre de 2016. El ADN se aisló a partir de muestras de tumor incluidas en parafina. Se eligieron 59 SNP en función de la frecuencia de su alelo menor, desequilibrio de ligamiento



e información previa y fueron analizados por TaqMan OpenArray (Lifetech). La presencia-ausencia de los SNP seleccionados se correlacionó con las características clínicas, la SLP y la SG. SPSS v20 se usó para el análisis estadístico.

**Resultados:** La mediana de edad fue de 67 años (rango, 48-82). El 71% de los pacientes tenía un ECOG de 0-1, el 56% tenía un grado de Epstein IV-V y el 91% había recibido anteriormente docetaxel. Diecinueve SNP en cinco genes (CYP3A4, CYP3A5, ABCB1, TUBB1, CYP2C8) se asociaron con variables como el tiempo de progresión a docetaxel, el número de metástasis, Gleason, Epstein o la respuesta radiológica (no se muestran los datos). Con respecto a SLP y SG, se muestran los resultados de los SNPs significativamente estadísticos en la tabla.

SNP(gen)	SLP cabazitaxel (meses) (Presente vs No presente)
	Progresión bioquímica
rs1934953(CYP2C8)	18,75 vs 11,5 (p=0,022)
rs1934952(CYP2C8)	9,82 vs 17,53 (p=0,015)
rs151352(TUBB1)	18,75 vs 11,79 (p=0,031)
rs151337(TUBB1)	18,65 vs 12,79 (p=0,04)
	Progresión radiológica
rs776746(CYP3A5)	4,67 vs 14,65 (p=0,033)
rs4646449(CYP3A5)	2 vs 15,96 (p=0,025)
rs1419745(CYP3A5)	2 vs 14,96 (p=0,026)
rs4646447(CYP3A5)	2 vs 15,46 (p=0,025)
rs3823812(CYP3A5)	2 vs 16,46 (p=0,025)
rs1128503(ABCB1)	18,25 vs 11,97 (p=0,047)
rs1202184(ABCB1)	18,09 vs 10,63 (p=0,020)
rs10276036(ABCB1)	17,82 vs 11,18 (p=0,033)
	SG (meses) (Presente vs No presente)
Rs11773597(CYP3A4)	32,88 vs 22,83 (p=0,064)

SNPs significativos para SLP y SG

**Conclusión:** La presencia de determinados SNPs en genes críticos para el metabolismo y el mecanismo de acción del cabazitaxel podría tener un valor predictivo de respuesta en estos pacientes resultando una herramienta valiosa en la selección de terapias en este contexto clínico.

P. DEST 23

**VALOR PRONÓSTICO DEL ESTADO HER2/EGFR EN EL CARCINOMA UROTELIAL AVANZADO.**

**Lucía Carril-Ajuria, Ana Sánchez, Flora López, Juan Sepúlveda, Guillermo de Velasco, Daniel Castellano – Hospital 12 De Octubre**

**Introducción y Objetivos:** El objetivo de este estudio es determinar el valor pronóstico del estado HER2/EGFR en pacientes con carcinoma urotelial metastático.

**Material y Métodos:** Se revisaron de forma retrospectiva pacientes con carcinoma urotelial avanzado tratados entre 2012-2017 en los que se había determinado la presencia y/o ausencia de alteraciones en HER2/EGFR. Los pacientes se estratificaron según el estado HER2/EGFR, determinado por FISH y/o inmunohistoquímica. Se analizó la relación entre el perfil molecular y la supervivencia global (SG).

**Resultados:** Se incluyeron 32 pacientes con carcinoma urotelial metastático. 27 pacientes (84%) eran hombres y 5 (16%) eran mujeres. Todos los pacientes presentaban un estadio IV. 24 (75%) pacientes recibieron doblete de quimioterapia basada en platino como tratamiento de primera línea y 8 (25%) pacientes recibieron inmunoterapia. Los resultados del estado HER2/EGFR se muestran en la siguiente Tabla 1

HER 2 +++/+++	5
HER3+	0
EGFR+	4
Cualquier alteración de la familia ERBB	9

La mediana de SG fue 17,5 meses (IC 95%: 5,1-30-5). Los pacientes portadores de alteración HER2/EGFR, presentaron un peor pronóstico con una SG de 16.1 meses frente 29 meses en pacientes sin alteraciones (p=0.03). La presencia de alteraciones en HER2/EGFR supuso un factor pronóstico adverso, independiente del tipo de tratamiento, quimioterapia o inmunoterapia.

**Conclusión:** Los resultados obtenidos confirman el valor pronóstico negativo de la presencia de alteraciones moleculares en HER2/EGFR en pacientes con carcinoma urotelial metastático.

**Jueves, 27 de Septiembre de 2018**

**09:00-19:00h**

## COLORRECTAL

### P. DEST 24

#### **Análisis del status mutacional de RAS en la práctica clínica en cáncer colorrectal metastásico: método Idylla versus PCR cuantitativa y Pirosecuenciación.**

**Trinidad Caldes Llopis, Inmaculada Bando Polaino, Patricia Llovet Rodriguez, Miguel De La Hoya Mantecon, Javier Sastre Valera, Eduardo Diaz Rubio, Vanesa Garcia Barberan** – Hospital Clinico San Carlos. Idisc. Ciberonc

**Introducción y Objetivos:** El cáncer colorrectal (CCR) fue el tumor más frecuentemente diagnosticado en ambos sexos en el año 2015 en España. Un tercio de los pacientes se diagnostican en fase avanzada y el 20-50% de los pacientes con enfermedad localizada recaerán. En el CCR se dispone de marcadores útiles para seleccionar el tratamiento quimioterápico. Las mutaciones de RAS conllevan un peor pronóstico en CCR metastásico (CCRM) y su presencia predice la no respuesta a los tratamientos dirigidos contra el EGFR, siendo estos tratamientos restringidos a aquellos tumores RAS nativos. En el presente estudio se ha evaluado la concordancia entre el estatus de KRAS y NRAS (exones 2, 3 y 4 en ambos genes) analizado mediante diferentes metodologías en pacientes con CCRM.

**Material y Métodos:** Se han reclutado 2993 pacientes desde octubre de 2013 hasta la actualidad. Muestras parafinadas del tumor primario de 1595 (53.3%) casos fueron analizadas de acuerdo al protocolo habitualmente empleado en la práctica asistencial (PCR cuantitativa y Pirosecuenciación), y 1398

(46.7%) por PCR cuantitativa usando la nueva metodología de Idylla. Protocolo estándar: extracción de ADN con el kit "QIAmp DNA FFPE Tissue"; análisis de mutaciones mediante los kits "Cobas KRAS mutation test" y "Therascreen KRAS RGQ PCR" (exón 2 de KRAS), y el kit "Therascreen RAS extensión Pyro Kit" (exones 3 y 4 de KRAS y exones 2, 3 y 4 de NRAS). Tecnología Idylla: la extracción de ADN y la PCR cuantitativa se realiza con único kit en un proceso completamente automatizado. Se usó el kit "Idylla KRAS Mutation Test" y el kit "Idylla NRAS-BRAF Mutation Test" para todos los exones de KRAS y NRAS, respectivamente.

**Resultados:** No se han observado cambios significativos en la detección de mutaciones tanto en KRAS como en NRAS en función de la metodología aplicada. Ver Figura

**Conclusión:** Los resultados obtenidos con la metodología Idylla son equiparables a los obtenidos por el protocolo estándar. Pero además, aporta una mejora tanto en el tiempo de manipulación necesario para llevar a cabo estos análisis, como en la simplificación en la interpretación de los resultados, y por lo tanto no es necesario personal altamente cualificado. Además, se reduce la cantidad de muestra tumoral necesaria para llevar a cabo el análisis.



KRAS	EXON			Protocolo estándar
	EXON 2 12★13	EXON 3 59★61	EXON 4 117★146	
50,07%	44,6%	2,5%	3,5%	
49,2%	41,7%	3,5%	4%	Idylla
0,430	0,106	0,109	0,477	$p$ ( $\chi^2$ test)

NRAS	EXON			Protocolo estándar
	EXON 2 12★13	EXON 3 59★61	EXON 4 117★146	
4,4%	1,7%	2,6%	0,1%	
3,9%	1,9%	1,8%	0,1%	Idylla
0,471	0,625	0,119	0,488	$p$ ( $\chi^2$ test)

Frecuencias de RAS (total y por exones) detectadas por Idylla y el protocolo estándar.

**P. DEST 25**

**Datos de la vida real en cáncer colorrectal: análisis de la supervivencia global en pacientes con cáncer colorrectal metastásico tratados en España entre 2011-2015. Resultados finales (Estudio RWD-ACROSS).**

**Carles Pericay** – Hospital Parc Tauli-Sabadell. **Ana Fernández-Montes** – Complejo Hospitalario de Ourense. **Javier Gallego-Plazas** – Hospital General Universitario de Elche. **Helena Oliveres** – Hospital Parc Tauli-Sabadell. **Elena Asensio-Martínez** – Hospital General Universitario de Elche. **José María García-Gómez** – Complejo Hospitalario de Ourense. **Julen Fernández-Plana** – Hospital Universitari Mútua de Terrassa. **María Marín-Alcalá** – Hospital Parc Tauli-Sabadell. **María Ballester-Espinosa** – Hospital General Universitario de Elche. **Lluís Cirera** – Hospital Universitari Mútua de Terrassa

**Introducción y Objetivos:** No conocemos los resultados en protocolos asistenciales, de la aplicación de tratamientos de los estudios randomizados en pacientes(pt) con cáncer colorrectal metastásico (CCRm). Objetivo: Presentar los resultados finales del estudio RWD-ACROSS

**Material y Métodos:** Pacientes y métodos: Se incluyeron pt de 4 hospitales de España. Criterios de inclusión: 18 años o superior, confirmación histológica de CCRm, al menos 1 ciclo de quimioterapia(QT) para la primera línea de tratamiento, CCRm diagnosticado entre 01/2011-12/2015. La supervivencia global(SG) se calculó desde el diagnóstico hasta la muerte o último seguimiento. Se utilizaron las curvas de Kaplan-Meier para estimar la mediana de supervivencia. El estudio fue aprobado por los comités éticos de los 4 hospitales.

**Resultados:** Se analizaron 804pt. Edad: 65,7años. Hombre/mujer: 64,9%/35,1%. RAS-mutado: 50,1%, BRAF-mutado: 1,6%, RAS/BRAF natural: 48,3%. Inestabilidad de microsatélites: 3,4%. Localización Derecho/Izquierdo: 26,1%/73,4%. Localización de metástasis al diagnóstico: hígado 36,6%, pulmón 8,6%, peritoneal 8,7%. Al final del seguimiento, 601pt (74,8%) habían muerto. QT: 2 líneas(L) 63,8%, 3L 28,5%, 4L 9,1%. Mediana de ciclos administrados: 6,16. Colon Derecho 5,31, Colon Izquierdo: 6,49. -SLP(Supervivencia Libre de Progresión): 1ªL: 9,6 meses(m), 2ªL: 7,6m y 3ªL: 6,7m. 1ªL Derecho/Izquierdo: 8,2m/10,6m. Derecho: RASmutado/natural: 8,97m/6,89m; CT/CT+Biológicos: 7,10m/9,92m; Bevacizumab/AntiEGFR: 11,82m/7,94m; Izquierdo: RASmutado/natural: 9,81m/10,61m; CT/CT+Biológicos: 8,94m/12,06m; Bevacizumab/AntiEGFR: 12,37m/11,53m; -SG: 23,4m. SG derecho/izquierdo: 16,24m vs 25,78m (HR:0,634, P<,001). Derecho: RASmutado/natural: 22,19m/13,57m; Izquierdo: RASmutado/natural: 25,20m/26,30m. -Secuencias de tratamiento: 1ªL-2ªL(m): Derecho: AntiEGFR-AntiVEGF: 17,86m, AntiVEGF-AntiEGFR: 18,67m, AntiVEGF-AntiVEGF: 65,62m, CT-Biológicos: 23,72m, Biológicos-CT: 15,99m, CT-CT: 12,18m. Izquierdo: AntiEGFR-AntiVEGF: 32,42m, AntiVEGF-AntiEGFR: 26,30, AntiVEGF-AntiVEGF: 31,85, CT-Biológicos: 26,73m, Biológicos-CT: 26,46m, CT-CT: 20,81m. SG Metacrónico/Sincrónico(m): 29,26/18,67. Derecho 22,59/14,16; Izquierdo: 31,04/21,60. SG metástasis resecaadas sí/no(m): 61,39/16,86. Derecho sí/no: 38,40/13,40; Izquierdo sí/no: 61,39/19,33

**Conclusión:** La localización derecha o izquierda tiene valor pronóstico y predictivo en el CCRm. Los CCRm metacrónicos tienen mejor pronóstico. Las secuencias de tratamiento AntiEGR-AntiVEGF y AntiVEGF-AntiVEGF son las que mejor supervivencia aportan para el CCRm. Patrocinado por Merck, D.L., afiliada de Merck KGaA, Darmstadt, Alemania.



**P. DEST 26**

**Estudio observacional retrospectivo sobre el tratamiento del cáncer colorrectal metastásico (CCRm) en España.**

**Enrique Aranda Aguilar** – Hospital Reina Sofía, Universidad de Córdoba, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Red Temática Investigación Cooperativa en Cáncer (RTICC). **Antonio Antón Torres** – Hospital Miguel Servet. **Carlos Camps Herrero** – Hospital General Universitario de Valencia. **Alfredo Carrato Mena** – Hospital Ramón y Cajal. **Eduardo Díaz Rubio** – Hospital Clínico San Carlos. **Vicente Guillén Porta** – Instituto Valenciano de Oncología. **Rafael López López** – Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. **Luciana Báez** – Bayer Hispania, S.L.. **Eduardo Polo Marqués** – Hospital Miguel Servet

**Introducción y Objetivos:** El cáncer colorrectal (CCR) es el cáncer más común en España. Las guías nacionales y europeas describen los tratamientos a administrar a los pacientes (pt) con CCRm en primera (1L), segunda (2L) y tercera (3L) líneas. El objetivo del presente estudio es describir los tratamientos que se administran a los pt con CCRm en la práctica clínica habitual en España. Valorar posibles diferencias entre las comunidades autónomas participantes y el cumplimiento de las guías son objetivos secundarios.

**Material y Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico. Durante un mes y de manera consecutiva, los centros incluyeron pt ≥ 18 años, ambulatorios, que habían recibido tratamiento para el CCRm.

**Resultados:** Se han analizado 873 pt reclutados en 33 hospitales españoles de 14 CCAA. Los pacientes fueron incluidos en el estudio entre noviembre de 2016 y abril de 2017. El 63.7% de los pt eran varones, la mediana de edad fue 65.5 años (15% ≥ 75 años), el 42.5% tenían enfermedad localizada al diagnóstico y el 68.2% la tenían en el colon izquierdo; el 69.9% tenía metástasis hepáticas y el 32.8% pulmonares. En el 11.9% y el 73.1% de los pt se desconocía el estado RAS y BRAF respectivamente, encontrándose diferencias entre CCAA (rango RAS 0-31%; rango BRAF: 44-96%). Los tratamientos administrados mas frecuentemente se detallan en la tabla 1. Se encontraron diferencias entre CCAA en cuanto a la administración de TD en primera línea (rango TD 1L: 86%-35%).

**Conclusión:** En general, el seguimiento de las guías de ESMO es variable y mejorable. El uso de oxaliplatino es mayoritario en 1L y el de irinotecan en 2L. Llama la atención el elevado número de retratamientos en 3L y 4L, lo que podría ser la causa de que no se utilice mas regorafenib y TAS-102, así como la baja proporción de pt que reciben TD en 1L. Se debe hacer un esfuerzo para determinar el estado mutacional de todos los pt (RAS y BRAF) antes de tratarlos y administrar TD según recomendaciones de las guías.

	Primera línea	Segunda línea	Tercera línea	Cuarta línea
<b>Quimioterapia</b>	Total: 873/100%	Total: 507/58.1%	Total: 235/26.9%	Total: 106/12.1%
	FOLFOX/CAPOX: 66.2% FOLFIRI/CAPIRI/irinotecan: 22.7%	FOLFIRI: 48.9% FOLFOX/CAPOX: 21.5%	FOLFIRI: 26.0% FOLFOX 21.7% TAS-102: 3.4%	FOLFOX/CAPOX: 26.1% FOLFIRI: 25.0% TAS-102: 4.7%
<b>Terapias dirigidas</b>	Total: 536/61.4%	Total: 352/69.4%	Total: 138/58.7%	Total: 56/52.8%
<i>(Los % se han calculado sobre el total de pacientes que reciben TD en cada línea)</i>	Bevacizumab: 63.2% Cetuximab: 17.9% Panitumumab: 17.9%	Bevacizumab: 43.7% Cetuximab: 20.2% Aflibercept: 17.9% Panitumumab: 16.8% Regorafenib: 1.4%	Bevacizumab: 43.3% Cetuximab: 22.7% Panitumumab: 17.7% Regorafenib: 13.5% Aflibercept: 2.8%	Bevacizumab: 44.6% Regorafenib: 25.0% Cetuximab: 21.4% Panitumumab: 7.1% Aflibercept: 1.8%



P. DEST 27

**Activación de Src quinasa y su relevancia predictiva y pronóstica en pacientes con cáncer colorrectal metastásico (CCRm).**

**Julia Martínez Pérez** – Servicio Oncología Médica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. **Maria C. Riesco Martínez** – Servicio Oncología Médica. Hospital Universitario 12 Octubre. Madrid. **Beatriz Soldevilla** – Laboratorio de Oncología Traslacional y Nuevas Terapias, Instituto de Investigación i+12 y Centro Nacional de Investigación Oncológica (CNIO). Madrid. **Carmen Saez** – Servicio Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. **Rocio García-Carbonero** – Servicio Oncología Médica. Hospital Universitario 12 Octubre. Madrid.

**Introducción y Objetivos:** Src pertenece a una familia de proteínas receptores tirosina-quinasa citoplasmáticos que regulan procesos relacionados con la carcinogénesis y media la resistencia a determinados fármacos antineoplásicos. Su activación además se asocia con fenotipos tumorales más agresivos. La expresión de Src (pSrc) por inmunohistoquímica en pacientes con CCR estadio II-III realizada en nuestro laboratorio demostró que una alta expresión de pSrc se asocia de manera estadísticamente significativa a peor pronóstico en términos de supervivencia libre de enfermedad y supervivencia global (SG). El objetivo de este trabajo es evaluar el papel de Src en pacientes con CCRm.

**Material y Métodos:** Se evaluó la expresión tumoral de pSrc en matrices de tejido tumoral parafinado de 154 pacientes con

CCRm tratados entre 2007-2014 con quimioterapia de primera línea basada en dobletes de fluoropirimidinas y oxaliplatino(OX) o irinotecán(CPT11). La intensidad de expresión de pSrc se clasificó en: no determinado (ND), ausencia de señal(0), señal leve(1), moderada(2) e intensa(3). Mediante análisis univariante se evaluó la asociación entre pSrc y la tasa de respuesta objetiva(TRO), supervivencia libre de progresión(SLP) y SG.

**Resultados:** Características de la población: edad mediana 62a; 61% varones; 85% recibieron OX-15% CPT11. Expresión de pSrc: ND(2%), 0(45%), 1(28%) y 2(20%) y 3(5%). Con una mediana de seguimiento de 34 meses, los pacientes con expresión de pSrc (1-3) presentaron una tendencia no significativa a una menor TRO (43.5% vs 49%; p=0.52), una peor SLP a 1 año (65.3% vs 73.8%, HR=1.05, p=0.76) y SG a 3 años(51.6% vs 60.9% para expresión positiva vs negativa, respectivamente, HR=0.98; p=0.93), con diferencias más acusadas en pacientes RAS/BRAF nativo (SLP de 61.9% vs 74.2%, para expresión 1-3 vs 0, respectivamente, HR=0.93, p=0.80; SG de 56.9% vs 71.1% para expresión positiva vs negativa, respectivamente, HR=1.04; p=0.90). No se observó interacción con el tipo de quimioterapia administrada.

**Conclusión:** pSrc se expresa en más de la mitad de los pacientes con CCRm y se asocia a un peor pronóstico con independencia del tratamiento quimioterápico recibido. Este nuevo biomarcador pronóstico es de potencial interés clínico ya que es farmacológicamente manipulable, lo cual abre nuevos horizontes terapéuticos en un escenario en el que existen diversos inhibidores específicos de Src en desarrollo para tumores sólidos.

**Jueves, 27 de Septiembre de 2018**

**09:00-19:00h**

## CUIDADOS CONTINUOS

### P. DEST 28

#### **Oncología médica y atención primaria: resultados preliminares de un programa piloto de colaboración.**

**Rodrigo Lastra del Prado** – Hospital San Jorge, Huesca. **Ana Callejo Perez** – Hospital Vall d’Hebron. **Nieves Galan Cerrato** – Hospital General de Alcañiz. **Patricia Iranzo Gómez, Alexia Fernández, Elisa Quilez Bielsa, Mara Cruellas Lapeña, Pilar Bueso Inglán, Pilar Escudero Emperador, Dolores Isla Casado** – Hospital Clínico Lozano Blesa

**Introducción y Objetivos:** La colaboración coordinada entre especialistas es una de las claves en la lucha contra el cáncer. La atención primaria podría convertirse en una de las principales bases y ayudas en la atención de pacientes oncológicos, desde la prevención hasta los cuidados al final de la vida. **OBJETIVOS:** Mejorar y optimizar la atención de pacientes oncológicos, a través de un enfoque integrador entre un servicio de oncología, unidades de atención primaria y la administración del sistema de salud.

**Material y Métodos:** Se implementó un programa piloto de colaboración entre oncología y la atención primaria. El programa se compone de línea telefónica directa, reuniones en centros de salud y curso formativo anual y rotaciones cortas de médicos de familia por el circuito oncológico dentro del programa Foccus del Gobierno de Aragón

**Resultados:** De abril de 2016 a abril de 2017, hubo 125 (n) intervenciones a través de llamadas telefónicas. El área urbana realizó 45 (38,14%) mientras que el área rural realizó 60 (50,85%)

y 20 (16%) otros Hospitales y unidad de cuidados paliativos. Las principales razones de contacto fueron: diagnóstico de cáncer o sospecha de recaída 34 (27,20%), síntomas relacionados con cáncer 29 (23,20%), cuestiones administrativas 24 (19,20%), dudas farmacológicas / tratamiento 14 (11,20 %), toxicidad relacionada con los fármacos antitumorales 11 (8,80%), consejo genético 5 (4%), prevención 1 (0,80%) y otros temas 7 (5,60%). La mayoría de las intervenciones (65,60%) se resolvieron en el primer contacto. 29,60% de las intervenciones se derivaron a otras especialidades, admisión a urgencias o a oncología. Además, se han realizado ya tres ediciones del curso de oncología para atención primaria con un promedio de 94 asistentes. 12 médicos de atención primaria llevaron a cabo una rotación intensiva en el servicio de oncología del Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza.

**Conclusión:** Este programa podría optimizar los recursos socio-sanitarios mejorando la asistencia relacionada con pacientes con cáncer. Permite a nuestro equipo evitar derivaciones innecesarias y evaluar la prioridad en diferentes situaciones clínicas. Estas estrategias conducen a una integración entre la atención primaria y las unidades de oncología. Las vías de atención permanente, la educación y las herramientas de comunicación electrónica son las raíces del programa cooperativo.

### P. DEST 29

#### **Perfil y supervivencia del paciente crítico oncológico ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).**

**Juan David Assaf, Francis Javier Ros, Alejandro Garcia, Candido Diaz, Sandra Garcia, Guillermo Villacampa, Josep Taberero Taberero, Ricard Ferrer, Elena Elez** – Hospital Universitario Vall D'Hebron

**Introducción y Objetivos:** La mejoría en supervivencia de los pacientes (pts) oncológicas gracias a los avances terapéuticos, basados en terapias dirigidas y particularmente la inmunoterapia, han mejorado la supervivencia de los pts oncológicos. Esto ha implicado un cambio en el tipo de complicaciones que conllevan hospitalización e ingreso en la UCI. Objetivo: Evaluar los factores clínicos y patológicos asociados a mortalidad en esta población de pts.

**Material y Métodos:** Recopilamos retrospectivamente datos clínicos y analíticos de pts oncológicos que ingresaron en UCI entre 2010–2017. Evaluamos el impacto en supervivencia de las escalas SOFA [Sequential Organ Failure Assessment] y APACHE-II [Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II] tras el ingreso en UCI. Se desarrolló un modelo de regresión univariantes y multivariantes.

**Resultados:** Incluimos 209 pacientes aptos para análisis. El 52.6% eran hombres, con mediana de edad 61 (52-69) años, ECOG 0-1 58%. El 69% estadio IV con los diagnósticos más frecuentes de: pulmón (26%), colon (12%), mama (9%), ovario (7%) y cabeza y cuello (CyC) (7%). Las causas de ingreso en UCI fueron: shock séptico 145 pts (69%), complicaciones relacionadas con la neoplasia 48 pts (24%) y toxicidad del tratamiento 16 pts (7%) (Neumonitis 4 pts, colitis neutropénica 2 pts, shock anafiláctico 2pts hepatitis inmunomediada 1 pt, perforación intestinal 1pt, hemorragia alveolar 1pt y otras causas 5pts. La mortalidad durante el ingreso en UCI, al mes y a los 12 meses fue del 33%, 46% y 65% respectivamente. En el análisis univariante destaca como factor relacionado con la mortalidad el APACHE score (OR 1.1, IC95% 1-1.2, p=0.001). Desde el punto de vista oncológico, las variables significativas para supervivencia fueron: estadio IV (58%, p=0.006) y la localización tumoral pulmonar y CyC (60%, p=0.08). El ECOG y la presencia de neutropenia no resultaron significativas.

**Conclusión:** La mejoría en la supervivencia de nuestros pacientes implica de forma necesaria un consenso entre oncólogos e intensivistas que garantice la adecuada selección de enfermos que debe ingresar en la unidad de cuidados críticos. Esto no solo aceleraría el proceso de ingreso sino que además probablemente tenga un impacto en términos de supervivencia.

**P. DEST 30**

**PROCEDIMIENTOS DE ABLACIÓN RADIOGUIADA EN ENFERMEDAD OLIGOMETASTÁSICA: ¿UNA ALTERNATIVA DE CURACIÓN REAL Y ASUMIBLE?.**

**Ana Cardeña Gutiérrez, Maria García Ferrón, Jorge Silva Ruiz, Verónica Sotelo, Virginia Sánchez Becerra, Alfonso Cebrian, Sonia Chen, Carlos Alberto Machado,**

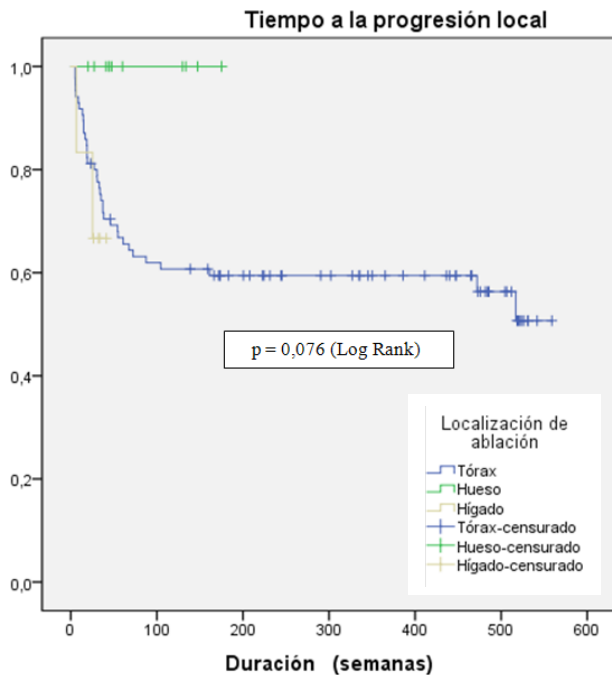
**Raúl de la Cruz Burgos, Carlos Jara Sanchez** – Hospital Universitario Fundación Alcorcón

**Introducción y Objetivos:** Las técnicas de ablación -radiofrecuencia (RF), crioablación (CA) y microondas (MO)- guiadas por imagen, se proponen como una opción de tratamiento radical alternativa a la cirugía en enfermedad oligometastásica. Objetivo primario: analizar eficacia y control a largo plazo y seguridad del procedimiento.

**Material y Métodos:** Se trata de un estudio retrospectivo de la experiencia en el H. Universitario Fundación Alcorcón e incluye pacientes que han sido sometidos a RF y CA entre Marzo 2007 y Noviembre 2017. Se analizan específicamente tipo de procedimiento, nº y diámetro de lesiones tratadas, margen obtenida, tratamiento oncológico subsiguiente, complicaciones, eficacia y control sintomático. La variable de resultado principal es tiempo hasta la progresión.

**Resultados:** Fueron analizados 110 procedimientos (7 no evaluables) en un total de 73 pacientes. Mediana de edad 67 años (31-88). El origen mayoritario del tumor primario fue el pulmón (51,9%), seguido del colorrectal (26,5%) y genitourinario (9,5%), siendo la frecuencia del resto <5%. La mediana del diámetro de las lesiones tratadas fue 2 cm (0.6-10) y la mediana del margen obtenido fue de 15 mm (10-20 mm), en su mayoría con técnica RF (n=96). El resto fueron CA (n=6), MO(n=5). En 11,6% fue tratada más de 1 lesión. En 18,02% los pacientes recibieron tratamiento sistémico concomitante (86% quimioterapia, 5,8% inmunoterapia y 5.8% inhibidores tirosin-kinasa). La localización de las lesiones fue pulmonar (82,5%), ósea (11.7%) y hepática (5.8%). Complicaciones: neumotórax (17%), hemotórax (14%), derrame pleural (2%), que en 32 casos motivó ingreso hospitalario, y que ocasionó la muerte en 2 pacientes. En el 74% no se registraron complicaciones. Eficacia: el procedimiento fue evaluado como completo en un 66% de los casos. En las metástasis óseas tratadas con intención antiálgica (n=6) hubo control del dolor (50%=3, 100%=1). Respuesta obtenida: 17,1% control de tumor sin progresión, mientras que el resto, presentaron progresión (36,9% lesión original, 24,8% otra lesión en el mismo órgano, y 15,2% a distancia). Mediana de tiempo hasta progresión local 29 semanas (14-55), siendo 32 semanas si ablación completa (19 semanas si incompleta). No diferencias significativas en función de tamaño de lesión o margen obtenido. No progresiones detectadas en los procedimientos sobre hueso.

**Conclusión:** Por su eficacia y tasa de complicaciones asumible, este estudio respalda a las técnicas de ablación tumoral radioguiada como una interesante opción terapéutica en enfermedad oligometastásica, en un genuino contexto de manejo multidisciplinar. La mejora de la selección de casos y la generalización de las nuevas técnicas (MO) permitirá aumentar la eficiencia del procedimiento. Sólo el desarrollo de estudios aleatorizados proporcionará resultados definitivos. Se proporcionarán resultados actualizados de supervivencia libre de progresión local y a distancia así como de coste-eficacia.



*Tiempo a la progresión según localización de ablación*

### P. DEST 31

## VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA.

**Elena Escalera Martín, Juncal Claros Ampuero, Roberto Escala Cornejo, Julia Ayuso Romo, María García Muñoz, Belen Cigarral García, Beatriz Barrios Collado, Diego Casado Elia, Elvira Del Barco Morillo, Juan Jesus Cruz Hernández** – Hospital Universitario Clínico de Salamanca

**Introducción y Objetivos:** Alrededor del 50% de los casos nuevos diagnosticados de cáncer ocurren en mayores de 65 años, y se espera un aumento del 70% para el 2030. Existe base científica que apoya la necesidad de que el paciente anciano con cáncer que vaya a recibir tratamiento oncoespecífico debe ser evaluado mediante una valoración geriátrica integral. Como objetivo pretendemos realizar una evaluación del paciente oncológico mediante escala de Valoración Geriátrica Integral y detectar pacientes con riesgo de fragilidad, que pueda ser llevado a cabo en el trabajo diario en las consultas de Oncología del Hospital de Día del Hospital Clínico de Salamanca.

**Material y Métodos:** Estudio transversal descriptivo, constituyendo la población diana pacientes ambulatorios del Hospital Clínico de Salamanca con edad igual o mayor a 65 años. Evaluación mediante Escala de Valoración Geriátrica Integral de aquellos pacientes en tratamiento activo quimioterápico. Criterios de inclusión: pacientes >65 años, ambulatorios en el Hospital de Día, en tratamiento activo con quimioterapia, inicio tratamiento o cambio de línea.

**Resultados:** La muestra se compone de 65 pacientes, 55% hombres y 45% mujeres, con una mediana de edad de 71 años. Las neoplasias representadas constituían un 27% Cáncer de Pulmón, 18% Colon, 11% Cáncer de Mama y 18% otros tumores. El 65% de los pacientes eran metastásicos y un 35% localizados. Toda la muestra fue subsidiaria de tratamiento quimioterápico, 36 de los cuales (45%) poliquimioterapia y 29 pacientes (35%) monoterapia. Entre los 65 pacientes 47 iniciaban tratamiento quimioterápico por 1ª vez, 18 constituían cambio de línea. El 40% de los pacientes presentaban un ECOG 0 al inicio del tratamiento. El 74% de la muestra presentaban independencia total. 27 pacientes eran usuarios de más de 3 medicamentos. El 66% no presentaba deterioro cognitivo, tan solo un paciente padecía deterioro cognitivo grave. Como dato relevante el 45% de la muestra presentaba riesgo de desnutrición.

**Conclusión:** La Valoración Geriátrica Integral es posible y necesaria, formando parte del trabajo diario en la consulta de Oncología Médica para definir pacientes con fragilidad y ajustar la toma de decisiones.



Jueves, 27 de Septiembre de 2018

09:00-19:00h

## CABEZA Y CUELLO

### P. DEST 32

#### EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS POST-INMUNOTERAPIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO: ¿EXISTE UNA SINERGIA DE LA SECUENCIA?.

**Santiago Cabezas Camarero, Fernando Puebla, Gonzalo Vázquez Masedo, Juan Antonio Corona, Pedro Pérez Segura** – Hospital Clínico San Carlos

**Introducción y Objetivos:** Se han descrito respuestas de mayor magnitud a tratamientos de quimioterapia tras progresión a inmunoterapia (IO) en pacientes (pts) con cáncer de pulmón. Apenas existen datos sobre la actividad y seguridad de los tratamientos post-IO en pacientes con cáncer de cabeza y cuello (CCC).

**Material y Métodos:** Se seleccionó retrospectivamente a pts con CCC que recibieron tratamientos de quimioterapia (QT) o radioterapia (RT) paliativas tras la progresión a IO. Se evaluaron la tasa de respuestas objetivas (TRO), duración de la respuesta (DR), % de reducción tumoral (PRT), y la toxicidad.

**Resultados:** Entre marzo 2016 y abril 2018 se identificó a 16 pacientes en los que se administraron 28 tratamientos de RT o QT tras progresar a IO. Anti-PD1: 8 pts, y anti-PDL1: 9 pts (1 pt recibió anti-PD1 y anti-PDL1 en momentos diferentes). RT post-IO: en 10 pts se radiaron 14 lesiones (12 RT externa, 2 SBRT, 8 post-antiPDL1, 6 post-antiPD1) sobre tumor 1º (3), adenopatías (3), masa partes blandas (5), ósea (1), cerebral (2). TRO (9 evaluadas): 6/9 (RP 2, RC: 4). DR (mediana): 5 meses

(2-16 m). PRT (mediana): 40% (20-100%). Toxicidad: G1-2 (radiodermatitis: 9/14), G3-4 (sangrado tumoral G4: 1/14). QT post-IO: en 12 pacientes se administraron 14 tratamientos (ERBITAX: 7 tras anti-PDL1, 5 tras anti-PD1; EXTREME: 2 tras anti-PD1), 5 en enfermedad recurrente y 7 en metastásica. Tras 11 evaluaciones: 8 RP y 3 EE. PRT (mediana): 45% (0-80%). DR (mediana): 10 semanas (2 – 16). Toxicidad G1-2 (astenia: 8/14, rash acneiforme: 11/14, alopecia: 10/14, sangrado tumoral: 1/14), G3-4 (sangrado tumoral G3: 1/14).

**Conclusión:** La RT y la QT post-IO parecen asociarse a respuestas de mayor magnitud a las históricamente comunicadas para la RT y QT en CCC. La RT post-IO se asoció con mayor frecuencia a respuestas completas duraderas de las lesiones radiadas. La RT o QT post-IO puede asociarse a eventos de sangrado graves por la rápida respuesta tumoral. Estos resultados invitan al diseño de estudios para dilucidar la mejor secuencia terapéutica en pacientes con CCC en la era de la IO.

### P. DEST 33

#### Factores moleculares predictivos de respuesta a tratamiento de inducción en pacientes con Cáncer de Cabeza y Cuello Epidermoide (CCCE) localmente avanzado.

**P Pérez Segura, J Sanz, MC Iglesias, M Cabrera, MA Bermúdez, S Cabezas Camarero, MA López Salcedo, J Roán Roán, C Sáez** – Hospital Clínico San Carlos. Madrid

## Cabeza y Cuello

**Introducción y Objetivos:** Aunque el papel de la quimioterapia de inducción es debatido, en todas las guías de manejo se plantea la posibilidad de su uso en pacientes con CCCE localmente avanzado. Una mejor selección de los mismos nos ayudaría a identificar qué pacientes se van a beneficiar de este tipo de tratamiento. El objetivo de este trabajo es intentar identificar alteraciones moleculares que nos permitan seleccionar a los pacientes que vayan a presentar más posibilidades de responder al tratamiento de inducción.

**Material y Métodos:** Se seleccionaron 40 pacientes consecutivos valorados en el Comité de Otorrinolaringología de nuestro centro con CCCE susceptible de recibir tratamiento de inducción. Se realizó una biopsia prequimioterapia y otra tras la finalización de la misma y previa al tratamiento local. Metodología del laboratorio: construcción tissue microarrays (TMA): con 2 cilindros de 1 mm. Genotipado HPV con Genomica CLART® HPV2 (identifica 35 tipos diferentes). Revisión histológica y marcaje de zona tumoral sobre H-E. Técnica de FISH: Sondas: PTEN, EGFR, CDKN2A/CEP9, c-met

de Vysis. IHQ DAKO : Anticuerpos: -ki67, CD8, EGFR, p53 y Ciclina D1 y p16. PDL1 22C3.

**Resultados:** 40 pacientes. Localización: 12 base de lengua y trigono retromolar; 8 seno piriforme y orofaringe; 12 supraglóticos; 8 glóticos. Tasa de respuestas postinducción: 30% respuesta completa, 44% respuesta parcial y 26% estabilización o progresión. Los esquemas de inducción utilizados fueron TPF y EXTREME (90%/10%).

**Conclusión:** La mayoría de los CCC presentaron respuesta a la inducción, 30% RC y 40% RP. La incidencia de HPV+ (12%) en CCC, es similar a la descrita. P16 buen marcador subrogado de HPV+. PTEN, ciclinaD1, CDKN2A, C-MET, ki67, CD8, PDL1 no son predictores de respuesta a inducción. Predictor negativo: amplificación de EGFR. Predictores positivos de respuesta: HPV, sobreexpresión IHQ de p53 >50% y de ciclina D1. PDL1 + 52%, sin asociaciones significativas.



Jueves, 27 de Septiembre de 2018

09:00-19:00h

## PULMÓN PRECOZ

### P. DEST 34

#### Células circulantes tumorales como factor pronóstico post cirugía en etapas tempranas del cáncer de pulmón.

**Jorge García Güemesa** – Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda **María Auxiliadora Brenes Fernández** - Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Fundación Carolina. **Ramón Aguado Noya, María Torrente Regidor, Consuelo Parejo Rico, Arantxa García Grande, Lourdes Gutierrez Sanz, María José Coronado, Mar Cordoba, Mariano Provencio Pulla** – Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de pulmón es la principal causa de muerte por cáncer en países occidentales. En los estadios iniciales, donde la mortalidad a los 5 años es superior a la esperada, es preciso buscar nuevas herramientas complementarias a las de la práctica clínica diaria que ayuden a determinar más detalladamente el pronóstico de estos pacientes. El propósito ha sido 1) establecer el papel pronóstico de las CTCs medidas después de la cirugía.

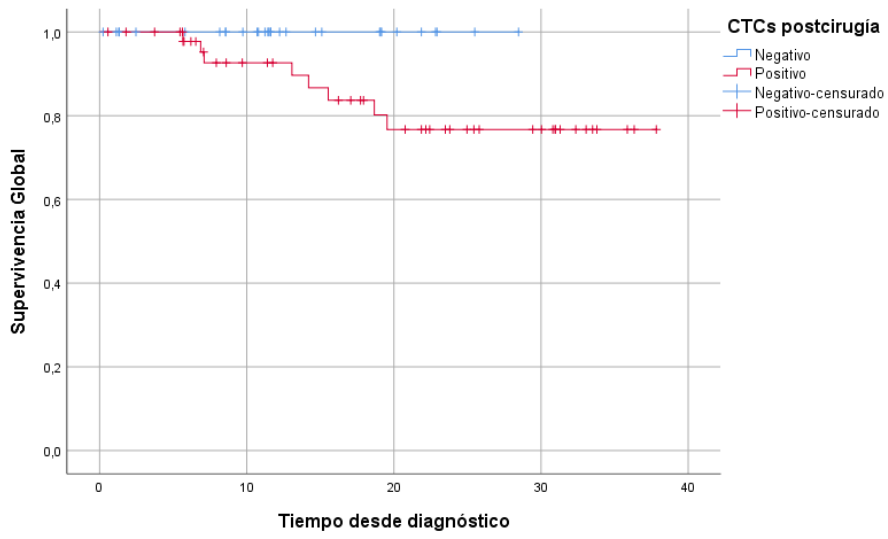
**Material y Métodos:** Se analizaron prospectivamente 79 pacientes con CPNP estadios operables I, II y III, entre mayo del 2014 y octubre del 2017, atendidos en el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (España). En todos ellos se realizó la determinación de CTCs previa y posterior a la cirugía. Los pacientes se consideraron CTC positivos (a riesgo) cuando al menos fue posible aislar una CTC postcirugía, considerándose por tanto, como

una variable cualitativa dicotómica (presencia o ausencia). Además se recogieron datos de la historia personal del paciente, tipo histológico tumoral, tamaño tumoral, datos de cirugía, progresión y supervivencia global (SG). Los datos de supervivencia fueron estimados mediante el método de Kaplan-Meier y comparados utilizando el test log Rank.

**Resultados:** La población estudiada son 79 pacientes, 69.6% varones, la edad mediana al diagnóstico son 67 años, ex fumadores 60%, adenocarcinoma 54%. Por estadios: Estadio I (IA: 27% y IB: 25%), II (IIA: 13%, IIB: 13%) y IIIA 24%. Se realizó un análisis de supervivencia en función de CTCs presentes o ausentes después de la cirugía. En 30 pacientes no se detectaron CTCs posteriores a la cirugía y en 49 se aisló al menos 1 CTC, falleciendo 8 pacientes del grupo de los positivos y ninguno del grupo de CTCs negativo. Sin embargo, no se apreciaron diferencias significativas en la curva de supervivencia global ( $p=0,063$ ) aunque con tendencia a la significación ni en la libre de recaída, aunque quizá el tamaño muestral sea el que impide sacar más conclusiones.

**Conclusión:** La detección de CTCs después de la cirugía pudiera ser una herramienta complementaria para determinar el pronóstico de los pacientes con CPNPC en estadios precoces, pero en nuestro estudio no encontramos diferencias significativas en SG ni en SLP.

Pulmón Precoz



Supervivencia global



**Jueves, 27 de Septiembre de 2018**

**09:00-19:00h**

**NEUROENDOCRINOS**

**P. DEST 35**

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA DE LOS TUMORES NEUROENDOCRINOS (TNE): EXPERIENCIA EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN (CAULE).**

**Mariana López Flores, Beatriz Nieto Mangudo, Luis Sánchez Cousid, Irene Delgado Sillero, Mariam Rojas Piedra, Ana López González, Manuela Pedraza Lorenzo, Ángel Rodríguez Sánchez, Pilar Diz Taín, Andrés García Palomo** – *Complejo Asistencial Universitario de León*

**Introducción y Objetivos:** Los TNE constituyen un grupo heterogéneo de neoplasias. Se originan de la cresta neural, glándulas endocrinas, islotes o sistema endocrino difuso y pueden localizarse en diversos órganos. Se reporta una incidencia anual de 5,25 casos por 100.000 habitantes. La mayoría son esporádicos y en algunos casos se relacionan con síndromes hereditarios. El objetivo de este estudio es analizar las características clínico-patológicas de los pacientes diagnosticados de TNE en nuestro centro.

**Material y Métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo, que incluyó a los pacientes diagnosticados de TNE remitidos al Servicio de Oncología Médica del CAULE, desde enero de 2009 hasta abril de 2018. Se analizaron las características clínico-patológicas de los pacientes y se calculó el intervalo libre de progresión (ILP) para la primera línea de tratamiento así como la supervivencia global (SG).

**Resultados:** 34 pacientes. 64% varones. Edad media 66 años (19-94). 79% tenían PS 0. 61.8% eran lesiones únicas. Localización del tumor primario: 47% intestino, 17.6% páncreas, 5.9% apéndice

cecal y 5.9% estómago. 5,9% ganglionar, 5,9% pulmón y en 14.7% desconocido. 82% eran estadio IV de debut. 47% de los tumores eran de alto grado (G), 11,8% G2 y 39% G1. 47% y 32,4% tenían cromogranina A y 5HIAA elevado, respectivamente al diagnóstico. El 29% eran tumores funcionantes. El 42% de los casos presentó síntomas, el 11.8% debutaron con cuadro de oclusión intestinal, el 11.8% con dolor abdominal y 5.9% con rubefacción o diarrea. En el 50% se realizó cirugía del tumor primario y en 32% la resección fue completa. El 70.6% recibió al menos una línea de tratamiento. 32.4% de los pacientes fueron tratados con análogos de somatostatina en primera línea, con una mediana ILP de 33 meses (1-68). El ILP de los pacientes tratado en primera línea con quimioterapia fue de 7.9 m. 50% habían fallecido en el momento de este análisis, 23% estaban libres de enfermedad y 27% vivos con enfermedad. La SG fue de 17 meses (1-45).

**Conclusión:** Los datos reportados en este análisis concuerdan con los reportados en otras revisiones publicadas, permitiéndonos una visión global de dicha patología en nuestro centro.

**P. DEST 36**

**Evaluación precoz de tumores neuroendocrinos pancreáticos tratados con sunitinib: datos del mundo real a través del estudio CRIPNET.**

**Maria del Pilar Solis-Hernandez** – *Hospital Universitario Central de Asturias. Oncología Médica.* **Ana Fernandez del Valle** – *Hospital Universitario Central de Asturias. Radiodiagnóstico.* **Ana**



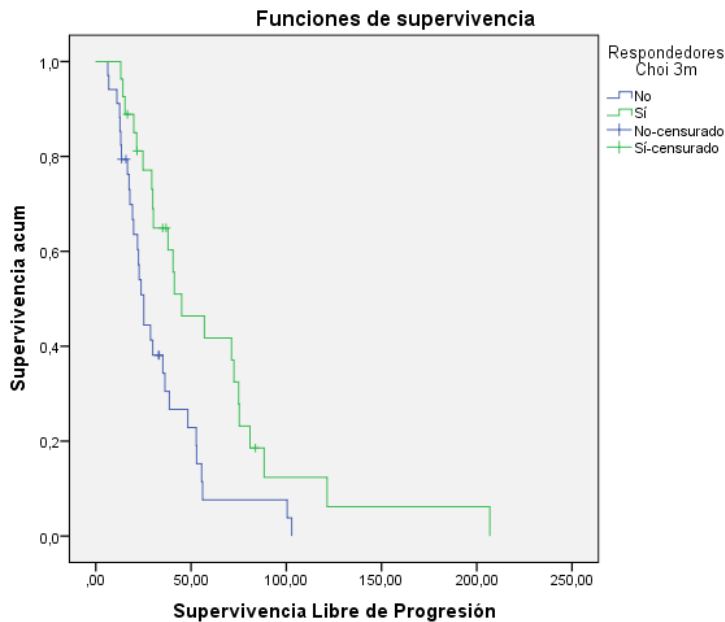
**Custodio** – Hospital Universitario La Paz. **Marta Benavent** – Hospital Universitario Virgen del Rocío. **Teresa Alonso** – Hospital Universitario Ramon y Cajal. **Rocio Garcia-Carbonero** – Hospital Universitario 12 de Octubre. **Ignacio Matos** – Hospital Universitario Vall d’Hebron. **Manuel Sanchez Canovas** – Hospital Universitario Morales Meseguer. **Antonio Viudez** – Complejo Hospitalario de Navarra. **Alberto Carmona-Bayonas** – Hospital Universitario Morales Meseguer

**Introducción y Objetivos:** Los tumores neuroendocrinos pancreáticos (TNEP) son tumores poco incidentes pero muy prevalentes. Sunitinib es un fármaco activo en el control los TNEP con un perfil de seguridad tolerable y manejable. Sin embargo, los distintos mecanismos de acción requieren evaluaciones específicas que se ajusten a los cambios morfológicos que producen. Esta serie pretende determinar el método de evaluación radiológica más precisa.

**Material y Métodos:** CRIPNET es un estudio prospectivo, multicéntrico (9 servicios de oncología médica pertenecientes a GETNE), nacional y observacional llevado a cabo entre 2015 y 2017. Se incluyeron pacientes con TNEP avanzado bien diferenciados tratados con sunitinib a fin de identificar el mejor método de evaluación de respuesta comparando criterios de Choi y los clásicos RECIST.

**Resultados:** Esta serie contiene 104 pacientes. La mediana de edad fue de 59 años ( $\pm 15$ ), 19% mayores de 70, 59% varones. El 70% de los tumores era grado 2, mediana de Ki67 8 ( $\pm 7$ ), 11% 3 o más órganos afectados, 94% afectación hepática y 4% pulmonar, 77% no funcionantes. El 69% fueron tratados con ASS previos, 14% con cirugía, 54% en primera línea con sunitinib y 64% ASS concomitantes. Mediana de supervivencia libre de progresión (SLP) 33,36 meses (IC95%27,66-44,99). Se asoció con mejor pronóstico la administración de Sunitinib en primera línea (41,92vs25,25m p0,04) y peor pronóstico la afectación pulmonar (15vs38m p0,011). No diferencias en función de la carga tumoral, el estatus funcionante, edad, sexo, cirugía previa, afectación hepática ni reducción de dosis. En la evaluación precoz, a los 3 meses, Sunitinib aporta un beneficio clínico del 68% vs el 74%, RP 44% vs 20%, EE 24% vs 54%, PE 31% vs 26% para Choi y RECIST respectivamente. De las EE RECIST, Choi reclasifica 45% y 9% como RP y PE. Los respondedores por Choi se asocian a una mayor SLP (45vs25m p0,007), no así los respondedores por RECIST (57vs29m p0,12).

**Conclusión:** Clásicamente a través de RECIST no se obtienen respuestas precoces durante el tratamiento antiangiogénico con sunitinib. Choi parece mostrar modificaciones morfológicas relevantes además de la reducción de tamaño de las lesiones diana que se traducen en la supervivencia libre de progresión de los pacientes.



“Supervivencia libre de progresión en los pacientes con TNEP tratados con sunitinib con respuesta por criterios Choi”

Jueves, 27 de Septiembre de 2018

09:00-19:00h

## SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

### P. DEST 37

#### Primer análisis del Registro Nacional de Tumores del Sistema Nervioso (RETSINE): Grupo Español de Investigación en Neurooncología (GEINO) y Grupo Español de Tumores Huérfanos e Infrecuentes (GETHI).

**Ramon De las Peñas** – Consorcio Hospital Provincial de Castellón. **Oscar Gallego** – Hospital Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. **Alejandra Ivars** – Hospital Morales Meseguer, Murcia. **Isaac Ceballos** – Hospital Universitario de Canarias. **Maria Teresa Quintanar** – Hospital General de Elche. **Miriam Alonso** – Hospital Virgen del Rocío, Sevilla. **Sonia Del Barco** – ICO, Girona. **Irene Moya** – Hospital General de Cataluña. **Rosario Sarabia** – Hospital Rio Hortega, Valladolid. **Pedro Perez-Segura** – Hospital Clinico San Carlos, Madrid

**Introducción y Objetivos:** GEINO y GETHI iniciaron en septiembre de 2017 el Registro Nacional de Tumores del Sistema Nervioso con el objetivo de evaluar los datos básicos epidemiológicos de esta patología oncológica a nivel nacional. La Agencia Española del Medicamento (AEMPS) catalogó el estudio como observacional no-EPA (código: GG-TIN-2017-01) y actuó de referencia el CEIC del Hospital Clínico San Carlos de Madrid (código: 17/214-E del 10/05/2017).

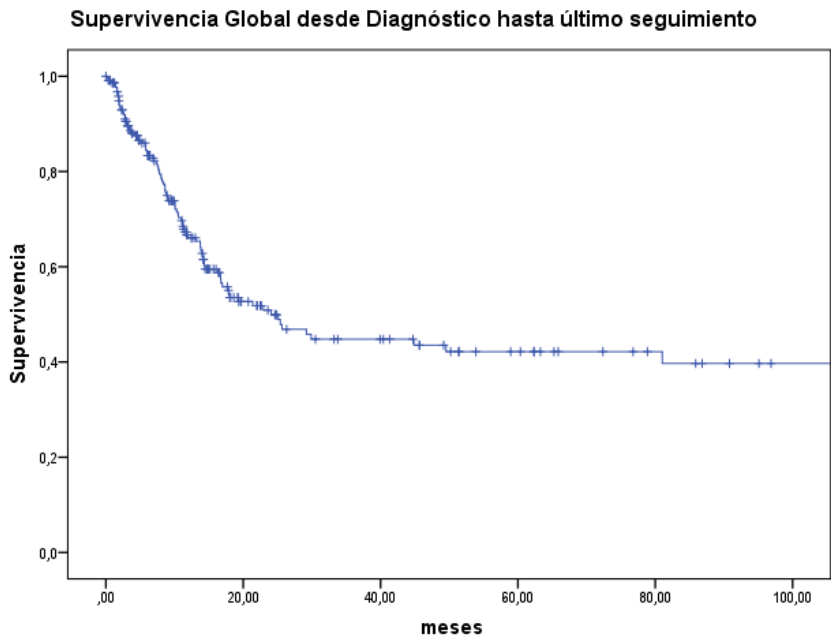
**Material y Métodos:** RETSINE recoge datos demográficos y relativos al diagnóstico y tratamiento de todos los hospitales que participan -los investigadores pueden pertenecer a GEINO o GETHI-. De forma secundaria cada investigador

indica si hay muestra tumoral disponible para futuros estudios que surjan del registro.

**Resultados:** Desde 9/17 a 5/18 se han incluido 356 pacientes de 17 hospitales. La media de inclusión ha sido de 45/ mes. 56,5% varones (196/356) y 43,5% mujeres (151/356); mediana de edad= 59 años (rango: 16-98). Histología aportada en 308 casos= 285/308 glioma (92,5%) [glioblastoma 199/285 (69.8%), astrocitoma anaplásico 24/285 (8.4%), oligodendroglioma 25/285 (8.7%)], 23/308 no glioma (7,5%). En los pacientes con glioma el tiempo transcurrido entre 1ª imagen radiológica y la cirugía ha sido de 3,5 sem de media (mediana 1,3 semanas; DS 10,8); el tiempo transcurrido entre la cirugía y el tratamiento adyuvante ha sido de 13 sem de media (mediana 6,3 semanas; DS 36,5). Tratamiento quirúrgico inicial= 73.9% exéresis (completa+subtotal) y 19.2% biopsia. Tratamiento complementario con radioterapia y monoquimioterapia= glioblastoma (92.5%), astrocitoma anaplásico (100%), oligodendroglioma (53.3%). En el tratamiento de las recurrencias registradas hay un predominio de la quimioterapia (37.8%) y cirugía (21.1%) con solo un 7.7% de casos tratados con antiangiogénicos. La mediana de supervivencia global es de 24 meses (IC95% 14,7-33,4). (figura). Se presentarán datos maduros de supervivencia y de biomarcadores.

**Conclusión:** RETSINE demuestra ser una herramienta muy útil para analizar la situación actual de los tumores del sistema nervioso en España. La posibilidad de realizar estudios clínicos en tumores de baja incidencia se verá acrecentada y mejorada con registros de casos con muestra biológica asociada. Las acciones de política asistencial y de salud publica también se verán influenciadas de forma positiva con registros como RETSINE.





Jueves, 27 de Septiembre de 2018

09:00-19:00h

## TUMORES DE ORIGEN DESCONOCIDO

### P. DEST 38

#### Experiencia de un Comité Multidisciplinar de cáncer de origen desconocido(COD) para un área poblacional de 1,5 millones. Resultados tras 2 años desde su creación.

**Gemma Soler González, Legido Raquel** – ICO L'Hospitalet. **Maria Pané, Xavier Matias-Guiu** – Hospital de Bellvitge. **Victoria Fusté** – Hospital Sant Pau. **Victor Fumaral** – Hospital Moisès Broggi. **Maria Pardo, Laura Rodriguez** – Hospital de Bellvitge. **Mari Luz Villegas, Ferran Losa** – Hospital Moisès Broggi

**Introducción y Objetivos:** El COD se define como un grupo heterogéneo de tumores que debutan en forma de metástasis y después de una evaluación diagnóstica adecuada no se identifica el origen. Estos pacientes tienen un pronóstico infausto. Objetivos: Revisión de nuestra experiencia tras dos años de funcionamiento del Comité, valorando resultados de los pacientes, y generar conocimiento científico.

**Material y Métodos:** El Comité Multidisciplinar de COD se creó en junio de 2016, con la participación de los Servicios de Oncología Médica, Medicina Interna, Anatomía Patológica, Radiodiagnóstico, Medicina Nuclear y Enfermería Clínica de los tres Centros Hospitalarios de L'Hospitalet-Baix Llobregat (ICO L'Hospitalet, Hospital Moisès-Broggi y Hospital de Bellvitge). Este año se incluyen investigadores del Programa contra la Resistencia Terapéutica y del Cancer Epigenetics and Cell Biology Program.

**Resultados:** Desde junio 2016 a abril 2018 se han presentado 43 pacientes. El 35% eran mujeres, con una mediana de 65 años. Por tipos histológicos, el más frecuente fue adenocarcinoma (44%). Recibieron tratamiento oncoespecífico el 46%. La supervivencia mediana fue de 4'5 meses, con una mediana de seguimiento de 4'1 meses y para el subgrupo de pacientes que ha recibido tratamiento oncoespecífico de 11'5 meses. Hemos identificado un perfil de pacientes, con un muy mal pronóstico, que en su mayoría fallecen durante el proceso diagnóstico (44%). Durante este periodo hemos participado en un ensayo clínico randomizado basado en plataformas moleculares diagnósticas (GEFCAPI04); y un proyecto traslacional basado en la creación de avatares con ratones atómicos asociado a una plataforma de diagnóstico molecular epigenética. En total hemos incluido 12 pacientes en el ensayo GEFCAPI y 9 en el estudio traslacional. En 2018 iniciaremos dos ensayos clínicos más, uno de validación de plataforma molecular diagnóstica y otro de selección terapéutica personalizada basado en secuenciación masiva del DNA.

**Conclusiones:** A pesar de ser una patología infrecuente y heterogénea, nuestra experiencia está siendo muy satisfactoria. Nos está permitiendo profundizar en la biología de estos tumores y acceder a planteamientos terapéuticos totalmente innovadores, y a la vez, nos permite ordenar y dirigir mucho mejor desde el primer momento a estos pacientes de cara al estudio diagnóstico y terapéutico en nuestro entorno de trabajo.



Jueves, 27 de Septiembre de 2018

09:00-19:00h

## TUMORES RAROS

### P. DEST 39

#### PREVALENCIA DE ALTERACIONES MOLECULARES DE LOS GENES NTRK1,2,3, ROS1 Y ALK EN TUMORES SÓLIDOS AVANZADOS O METASTÁSICOS DE DIVERSA HISTOLOGÍA: ANÁLISIS DE 229 CASOS ANALIZADOS.

**Carmen Beato Zambrano** – Hospital Universitario Virgen Macarena. **María Dolores Fenor** – Centro Integral Oncológico Clara Campal. **Xabier Mielgo Rubio** – Hospital Universitario Fundación Alcorcón. **Gema Bruixola** – Hospital Clínico de Valencia. **Nuria Lainez Milagro** – Complejo Hospitalario Navarro. **Juan Francisco Rodríguez Moreno** – Centro Integral Oncológico Clara Campal. **Mariló Mediano Rambla** – Hospital Universitario Virgen Macarena. **Elena Sevillano, Natalia Ramirez Merino, Jesús García Donas** – Centro Integral Oncológico Clara Campal

**Introducción y Objetivos:** Los reordenamientos en los genes NTRK1-3, ROS1 y ALK han sido identificados como “drivers” en numerosos tipos tumorales. Datos preliminares muestran respuestas de hasta el 72% en pacientes portadores tratados de manera dirigida. Su prevalencia no es bien conocida si bien se estima que puede estar entre 1-7% de los cánceres de pulmón de célula no pequeña, uno de los tumores en los que disponemos de más datos. Por otro lado, es llamativa su altísima prevalencia en dos tipos tumorales de muy baja frecuencia: tumores de glándulas salivares (prevalencia mutacional NTKR3 90-100% y el carcinoma secretor de la mama (92% de casos). Nuestro objetivo es describir la frecuencia de estas mutaciones en tumores sólidos de diferentes histologías en estadios avanzados o metastásicos.

**Material y Métodos:** Se trata de un estudio de muestras biológicas, observacional, retrospectivo, no intervencionista y multicéntrico. Fueron elegibles todos los pacientes adultos con tumor sólido localmente avanzado o metastásico. Se realizó screening molecular mediante inmunohistoquímica (IHC) para medir la expresión de las proteínas TrkA, TrkB, TrkC, ROS1, y ALK. Aquellos que mostraron sobreexpresión de alguna de estas proteínas se sometieron a un análisis de secuenciación de ARN mediante PCR Next Generation Sequencing (NGS). Se llevó a cabo además un estudio genómico extendido mediante tecnología Archer (Tabla 1). En paralelo se recogieron datos de las historias médicas para la valoración pronóstica y predictiva de respuesta.

**Resultados:** Se analizaron 229 muestras procedentes de 19 hospitales nacionales (Figura 2). Los tumores ginecológicos (28.7%) y los genito-urinarios (16.3%) fueron los tumores más frecuentes. La distribución por patologías se muestra en la Figura 3. No se detectaron mutaciones en los genes NTRK1-3, ROS1 y ALK en ninguna de las muestras. En el estudio extendido se encontraron alteraciones con relevancia biológica en 8 casos (Tabla 2) de los cuales 5 fueron tumores del sistema nervioso central (SNC), que de manera llamativa constituían sólo un 9.1% de la muestra.

**Conclusión:** Dado que en la actualidad, la determinación del perfil molecular no se realiza de forma rutinaria, sería importante definir un perfil clínico-patológico predictivo que nos permitiera seleccionar a los mejores candidatos para la determinación de estas alteraciones. Nuestro estudio contribuye a la caracterización molecular de diferentes subtipos tumorales.

Tumores Raros

ALTERATION	TYPE OF TUMOR
EGFR-A289V (in two cases)	Glioblastoma
EGFR-G598V (in two cases)	Glioblastoma
MET-T992I	Collecting duct carcinoma
Del BRAF	Glioblastoma
TMPRSS2-ERG fusion	Prostate
EWSR1-ERG fusion	Ewing Sarcoma
CAPZA2-MET fusion	Glioblastoma
PTPRZ1-MET fusion	High grade glial tumor

*Alteraciones con relevancia biológica reportadas.*

Jueves, 27 de Septiembre de 2018

09:00-19:00h

## MISCELÁNEA

### P. DEST 40

#### Aplicación de métodos y herramientas de Data Science al análisis del consumo de asistencias de urgencias de los pacientes con cáncer de pulmón en un hospital terciario en España.

**Juan Luis Cruz Bermúdez** – Departamento de Tecnología Informática. Hospital Puerta de Hierro. **Consuelo Parejo, Raquel Gómez Bravo, Juan Cristóbal Sánchez González** – Servicio de Oncología Médica. Hospital Puerta de Hierro. **Arturo Ramos Martín-Vegue** – Departamento de Admisión y Documentación Clínica. Hospital Puerta de Hierro. **Ana Royuela Vicente** – Departamento de Bioestadística. Hospital Puerta de Hierro. **Alejandro Rodríguez González** – Centro de Tecnología Biomédica. Universidad Politécnica de Madrid. **Ernestina Menasalvas Ruiz** – Centro de Tecnología Biomédica. Universidad Politécnica de Madrid. **Mariano Provencio Pulla** – Servicio de Oncología Médica. Hospital Puerta de Hierro

**Introducción y Objetivos:** El cáncer continúa siendo un problema de salud y económico de primera magnitud, siendo el cáncer de pulmón (CP) el de mayor número de muertes. Una adecuada gestión asistencial determina en gran medida los resultados, la calidad de vida y la eficiencia en costes para el sistema. El empleo de técnicas informáticas de procesamiento de información clínica podría mejorar la gestión hospitalaria. Nuestro objetivo es aplicar la metodología Cross Industry Standard Process for Data Mining (CRISP-DM) y las herramientas para la integración, depuración y análisis de los datos clínicos y asistenciales para mejorar el conocimiento del consumo de recursos en urgencias de pacientes con CP en el Hospital Universitario Puerta de Hierro (HUPH).

**Material y Métodos:** Hemos analizado datos clínicos de 522 pacientes con CP desde el 01/01/2009 al 25/10/2017, incluyendo su actividad asistencial en la historia clínica electrónica: actividad citada, asistencias en urgencias y episodios de hospitalización. Generamos 133 variables, incluyendo el índice de comorbilidad de Charlson y los costes asistenciales (Orden 731/2013 del SERMAS). Realizamos tres ciclos completos de CRISP-DM, empleando herramientas de análisis estadístico (Stata 12.0, Joinpoint 4.5.0.1 y Epidat 4.2), de visual analytics (Tableau 10.3) y de data mining (SPSS Modeler v18.0).

**Resultados:** Un 75.1% de los pacientes acudió al menos una vez a urgencias (mediana 2 asistencias, 0.336 urgencias por 100 días de seguimiento), generando un total de 1567 asistencias. Un 76.32% tuvieron un triaje urgente o muy urgente (Mánchester 1 a 3). La densidad temporal del consumo de asistencias urgentes está relacionada fundamentalmente con el estadio al diagnóstico, el número de ingresos hospitalarios por periodo de seguimiento, la comorbilidad del paciente (Charlson) y el performance status (ECOG-PS) (tabla1). No observamos diferencias por sexo o edad. El coste total para los 392 pacientes que tuvieron asistencias asciende a 282.060€, media por paciente 719.54€ (95% CI 659.48 – 779.60), mediana 540€. Para los 224 pacientes fallecidos, los costes de hospitalización suponen un 84.53% del total, 3.22% los de urgencias y 12.25% de consultas.

**Conclusión:** Comprobamos que el desarrollo de bases de datos estructuradas, que integran datos relevantes clínicos y de actividad asistencial, y su análisis mediante la metodología CRISP-DM, permiten estudiar la asistencia prestada desde un punto de vista cualitativo y cuantitativo, generando un conocimiento de interés para su gestión.



<b>ESTADIO</b>	IV -> 3.69 veces más que I
<b>ÍNDICE DE CHARLSON</b>	5-8 -> 3.96 veces más que 1-2
<b>ECOG-PS</b>	2 -> 1.96 veces más que 0

Tabla 1. Relación de consumo de asistencias en urgencias en función de factores clínicos al diagnóstico.



**Viernes, 28 de Septiembre de 2018**

**08.00-14.00h**

**INMUNOTERAPIA**

**P. DEST 41**

**Alteración de la eficacia de los inhibidores de PD-L1 en pacientes con cáncer de pulmón que reciben antibioterapia: la vía de administración importa.**

**Ana Cardaña, Clara Olier** – H. Universitario Fundación Alcorcón. **María Sereno** – H. Infanta Sofía. **Luis Enrique Chara** – H. Universitario Guadalajara. **Miguel Sotelo** – H. Infanta Cristina. **Rafael López** – H. Universitario Clínico de Valladolid. **Judit Rubio** – H. Universitario Móstoles. **Alejandro Sotelo** – H. Universitario Rey Juan Carlos. **Jorge Silva, Xabier Mielgo** – H. Universitario Fundación Alcorcón

**Introducción y Objetivos:** Estudios recientes han sugerido que recibir antibioterapia (ATB) durante el tratamiento con inhibidores de PD-1 puede reducir su eficacia, debido a una hipotética alteración de la microbiota intestinal. En el carcinoma no microcítico de pulmón (CNMP) se desconoce si la vía de administración, el tipo de ATB o el diagnóstico por el que se inicia ATB influye en la supervivencia global (SG) o supervivencia libre de progresión (SLP), siendo éste el objetivo primario de nuestro estudio.

**Material y Métodos:** Presentamos un estudio multicéntrico retrospectivo en el que incluimos pacientes con CNMP tratados con nivolumab o pembrolizumab en segunda línea o posterior entre Marzo 2015 y Abril 2018 en 7 hospitales españoles.

**Resultados:** Se han analizado 168 pacientes. Mediana de edad: 65 años (39-85). 134 (79.8%) hombres. 121 (72%) PS  $\geq$ 1. La histología predominante fue adenocarcinoma (50%) y carcinoma epidermoide (42.9%). 92.3% recibieron nivolumab y 7.7% pembrolizumab. La mediana de líneas previas fue 1 (1-5). Mediana de ciclos: 11 (1-68). Mediana de seguimiento: 6.3 meses. La mayoría tenía antecedente de tabaquismo (94.6%). Sólo 2.9% presentaba mutación driver. Se había analizado PD-L1 en el 25% de los pacientes (=50%: 24,4%). 47.9% recibieron ATB, 30% intravenoso y 70% oral. La SLP y SG mediana fue 5.6 meses (m) (95%CI, 3,9-7,3) y 11,4 m (95%CI, 9,4-13,5). Los pacientes que recibieron ATB tuvieron peor SG (8,1m (95%CI, 3,6-12,5) vs 11,9m (95%CI 9,1-14,7); p=0,026) y SLP (5m (95%CI,3,1-6,9) vs 7,3m (95%CI,2-12);p=0,028). Aquellos pacientes que recibieron ATB intravenosa tuvieron peor SG que si la vía de administración era oral (2,9m (95%CI, 1,6-4,1) vs 14,2m (95%CI, 7,9-20,6); p=0,0001) y menor SLP (2,2m (95%CI,0,6-3,7) vs 5,9m (95%CI,3,9-8);p=0,001). Pacientes tratados por una infección respiratoria de vías bajas o del tracto urinario presentaron también peor SG (6m (95%CI2,2-9,7) vs 26m (95%CI, 7,9-44); p=0,006).

**Conclusión:** Nuestros resultados sugieren que el uso de antibióticos durante el tratamiento con anti-PD-1 en pacientes con CNMP pretratados puede empeorar los resultados de supervivencia, sobre todo si la administración es vía intravenosa, y debido a infección respiratoria de vías bajas o urinaria.



## P. DEST 42

**ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE COCIENTE N/L Y LA SUPERVIVENCIA EN PACIENTES TRATADOS CON INMUNOTERAPIA EN CÁNCER DE PULMÓN.**

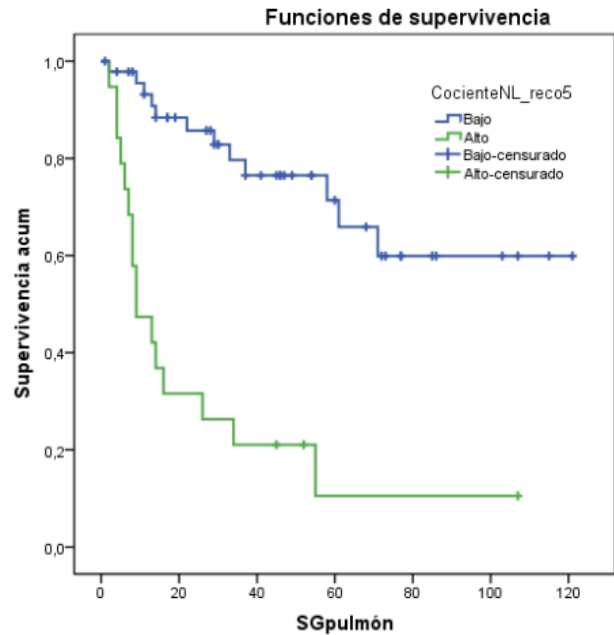
**Noemi de Dios Alvarez, Marinha Costa Rivas, Sara Agraso Busto, Diego Pereiro Corbacho, Ana Alonso Herrero, Carmé García Benito** – Hospital Alvaro Cunqueiro

**Introducción y Objetivos:** El cociente neutrófilo-linfocito (N/L) constituye un marcador de respuesta inmune ante situaciones de estrés, demostrándose una relación con la evolución de los pacientes tratados con inmunoterapia (IT), subrayando la importancia de la inflamación en estos pacientes.

**Material y Métodos:** Con el objetivo de evaluar dicha relación en contexto de práctica clínica se realizó una revisión retrospectiva de pacientes con neoplasia pulmonar que recibieron tratamiento con IT en primera línea o sucesivas, entre Noviembre de 2015 y Diciembre de 2017. Se recopilaron datos de la historia clínica, con atención a las cifras de neutrófilos y linfocitos basales, respuesta objetiva por criterios iRECIST 1.1 a los 3 meses de tratamiento y supervivencia global (SG) definida desde el inicio de tratamiento hasta muerte por progresión de la enfermedad.

**Resultados:** Se analizaron 66 pacientes, (22 mujeres y 44 hombres) con una media de edad de 64 años (44-78). El 9,1%, 9 pacientes (p) recibieron inmunoterapia como tratamiento de 1ª línea, 69,7% (46p) como 2ª línea y 21,2% (14p) como 3ª línea. La media de ciclos recibidos fue 12 (1-46). En cuanto al tipo de IT, 49p (74,2%) recibieron Nivolumab y 17p (25,8%) Pembrolizumab. Se definieron dos tramos de cocientes N/L basal 5 (alto). Se identificó bajo cociente N/L en 47p (71,2%) y alto en 19p (20,8%). De los 47 pacientes con cociente bajo: 22p (46,8%) presentaron algún tipo de respuesta o estabilización de su enfermedad, 15p (31,9%) presentaron progresión y 10p (21,3%) recibieron menos de tres meses de tratamiento, 5p por deterioro de PS y los otros 5p continúan con el tratamiento pendientes de reevaluarse. Entre los 19p con cociente N/L alto: 4p (21,1%) presentaron respuesta o estabilización de la enfermedad, 15p (78,9%) presentaron progresión o se interrumpió el tratamiento por deterioro del ECOG. La supervivencia media en el grupo con cociente N/L bajo fue de 87,85 semanas frente al grupo con cociente N/L alto 25,74 semanas ( $p < 0,05$ ).

**Conclusión:** El cociente N/L se ha identificado como factor pronóstico adverso en pacientes tratados con IT. Nuestros datos de la práctica clínica habitual apoyan esta teoría. De confirmarse estos hallazgos en futuros trabajos se podría utilizar como biomarcador de respuesta para una mejor selección de pacientes.



## P. DEST 43

**Correlación entre efectos adversos inmunomediados (irAEs) y eficacia de los inhibidores de inmune-checkpoint (ICIs) en pacientes con tumores sólidos.**

**Mariona Riudavets Melià, Consolación Moltó Valiente, Daniela Camacho Arrellano, Sara Morón Asensio, Paula Gomila Pons, Luís del Carpio Huerta, Ivana Gabriela Sullivan, Pablo Maroto Rey, Agustí Barnadas Molins, Margarita Majem Tarruella** – Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

**Introducción y Objetivos:** Los ICIs tienen como efecto de clase los irAEs. Describimos aquí la incidencia de los irAEs en los pacientes (pts) con tumores sólidos tratados con ICIs y su correlación con la eficacia.

**Material y Métodos:** Analizamos retrospectivamente 178 pts con tumores sólidos tratados con ICIs en nuestro centro de 3/2014 a 1/2018. Los irAEs se clasificaron según CTCAE v4.0. El análisis de la supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG) se realizó mediante los tests de Kaplan Meier y log-rank.

**Resultados:** La mediana de edad fue de 64.1 [33-88] años, 72% hombres. Los tumores más frecuentes fueron cáncer de pulmón (63.5%), vejiga (14.6%) y melanoma (11.8%), el 96% con enfermedad avanzada. Los fármacos más utilizados fueron nivolumab (38.2%), pembrolizumab (28.7%) y atezolizumab

Inmunoterapia

(17.4%), usados en monoterapia (74.7%) o en combinación con ICIs (3.4%), quimioterapia (17.4%) o terapia dirigida (4.5%). Mediana de duración del tratamiento de 2.1 [0.5-26.5] meses. 95 (53.4%) pts presentaron 158 irAEs, media de 1.2 [0-4] irAEs/paciente. Los irAEs más frecuentes fueron rash (24.7%), diarrea (17.7%), prurito (17.7%), disfunción tiroidea (13.3%), artritis (6.9%), hepatitis (3.8%) y neumonitis (3.2%). 12 (6.7%) pts presentaron irAEs grado 3-4: 4 diarreas, 2 hepatitis, 1 neumonitis, 1 hipopituitarismo, 1 mucositis, 1 artritis, 1 nefritis y 1 anemia hemolítica. 2 pts presentaron neumonitis G5. 82 (46%) pts precisaron de corticoides sistémicos durante el tratamiento, 31.7% para el manejo de irAEs. 15 (8.4%) pts suspendieron el tratamiento por toxicidad. En el momento del análisis, el 89.2% de los irAEs había mejorado. Con una

mediana de seguimiento de 7.0 [IC95%, 0.5-46.3] meses, la SG en pts con enfermedad avanzada fue superior en los que presentaron irAEs: 37.3 [IC95%, 19.2-51.4] vs 7.8 [IC95%, 4.9-10.8] meses ( $p < 0.0001$ ). De forma similar, la SLP fue mayor: 7.9 [IC95%, 4.4-11.4] vs 2.6 [IC95%, 2.0-3.2] meses ( $p < 0.0001$ ). La SG fue superior en los pts que no recibieron corticoides: 35.3 [IC95%, 13.5-57.1] vs 10.2 [IC95%, 4.7-15.7] meses ( $p 0.007$ ). No se encontró relación entre la eficacia y el uso de antibióticos en los 3 meses previos al inicio o durante la terapia con ICIs.

**Conclusión:** La presencia de irAEs en pts tratados con ICIs se asoció con su eficacia. Se encontró una correlación negativa entre el uso de corticoides sistémicos y los resultados.

**Viernes, 28 de Septiembre de 2018**

**08.00-14.00h**

## ONCOLOGÍA TRASLACIONAL

### P. DEST 44

#### **Estudio del receptor de Oncostatina M como nueva diana terapéutica en cáncer de mama Triple Negativo (TNBC).**

**María Muñoz Caffarel, Angela Araujo, Andrea Abaurrea** – Hospital Donostia – Biodonostia. **Ricardo Rezola, Ander Urruticoechea** – Fundación Onkologikoa, **Charles Lawrie, Isabel Álvarez López** – Hospital Donostia – Biodonostia

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de mama triple negativo (TNBC) supone el 15-20% de los casos diagnosticados, es el subtipo de peor pronóstico y para el que no existen terapias dirigidas. Por tanto, diseñar terapias específicas para el TNBC es una necesidad de alta relevancia clínica. Nuestra hipótesis es que OSMR, el receptor de la citoquina pro-inflamatoria Oncostatina M, es una diana terapéutica prometedora y hemos estudiado el papel de esta vía en la progresión del TNBC.

**Material y Métodos:** Hemos analizado la expresión de OSMR y su ligando OSM en muestras de carcinoma mamario en parafina y en las bases de datos de acceso público METABRIC (n = 1462) y TCGA (n = 547). Hemos empleado también cultivos celulares (líneas humanas de carcinoma mamario de distintos subtipos, fibroblastos derivados de carcinomas mamaros, y macrófagos) y modelos animales de cáncer (xenoinjertos ortotópicos de las células TN MDA-MB-231 y el modelo genético de cáncer de mama metastásico MMTV-PyMT).

**Resultados:** La citoquina pro-inflamatoria OSM está sobre-expresada en TNBC y que se asocia a menor supervivencia libre de

recidiva ( $p=0.0098$ ). La expresión de OSMR se asocia con menor supervivencia global en tumores ER negativos ( $p= 0.011$ ). La vía de OSMR parece mediar la comunicación entre el tumor y su microambiente ya que el receptor OSMR se expresa principalmente en células tumorales y en fibroblastos asociados al cáncer (CAFs), y la principal fuente del ligando OSM son los macrófagos. En modelos animales, hemos observado que la activación de OSM en células TNBC induce tumorigénesis y metástasis en modelos de xenoinjertos, y que la delección de OSMR en un el modelo MMTV-PyMT retrasa la aparición de tumores e inhibe la metástasis pulmonar.

**Conclusión:** Nuestros resultados muestran que la vía de OSMR parece tener un papel importante en la progresión del cáncer de mama y que podría ser una buena diana terapéutica en el TNBC. Además, nuestros estudios apoyan el estudio preclínico de anticuerpos bloqueantes de OSM:OSMR como potenciales agentes terapéuticos en este subtipo tumoral.

**AGRADECIMIENTOS:** Este trabajo ha sido financiado por la Beca SEOM/FontVella 2015, el Instituto de Salud Carlos III, co-financiado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional – FEDER (P115/00623), y Roche.

### P. DEST 45

#### **La E3 ubiquitina-ligasa Hakai como biomarcador de la progresión tumoral en cáncer de colon.**

**Angélica Figueroa, Olaia Martínez-Iglesias, Raquel Castosa, Daniel Roca-Lema, Alba Casas-Pais, Andrea Díaz-Díaz** – Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), Sergas. **Ángel Concha** – Pathology Department, INIBIC, CHUAC, Sergas. **Begoña Graña** – Clinical and Translational Oncology Group, INIBIC, CHUAC, Sergas. **Manuel Valladares-Ayerbes** – Department of Medical Oncology, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

**Introducción y Objetivos:** La metástasis es la principal causa de muerte relacionada con cáncer en tumores sólidos. En estadios tempranos de la progresión tumoral de carcinomas, las células epiteliales activan un proceso denominado transición epitelio-mesénquima (TEM), caracterizado por la pérdida de E-cadherina y la alteración de los contactos célula-célula. Hakai es una E3 ubiquitina-ligasa que interacciona con la E-cadherina fosforilada induciendo su degradación, y en consecuencia destruyendo las uniones celulares. Además, Hakai tiene un papel sobre la proliferación celular y la tumorigénesis in vitro, proponiéndose como potencial diana terapéutica contra el cáncer. El objetivo del presente trabajo es determinar el papel de la proteína Hakai durante la progresión tumoral in vivo, analizando por un lado su papel empleando ratones inmunodeprimidos así como su expresión en tejidos sanos, adenomas y en diferentes estadios TNM de cáncer de colon.

**Material y Métodos:** Analizamos la expresión de Hakai y sus sustratos descritos, E-cadherina y Cortactina, mediante inmunohistoquímica y mediante RT-PCR cuantitativa en biopsias humanas de adenomas, diferentes estadios TNM (I-IV) de adenocarcinomas de colon y en tejidos de colon sanos adyacentes. Empleando células epiteliales no transformadas y células epiteliales transformadas por Hakai analizamos su papel sobre la formación de tumores, la invasión y la metástasis in vivo. Los tumores formados fueron analizados mediante tinción con hematoxilina & eosina e inmunohistoquímica empleando marcadores EMT y sustratos Hakai. La formación de micrometástasis en pulmón se analizó mediante PCR cuantitativa.

**Resultados:** Nuestros resultados demuestran que la expresión de Hakai se incrementa gradualmente en adenomas y en los diferentes estadios TNM (I-IV) de adenocarcinomas de colon respecto a tejidos de colon sanos adyacentes. Además, empleando ratones inmunodeprimidos, observamos que las células epiteliales transformadas con Hakai inducen un crecimiento tumoral drástico así como invasión local e infiltración de vasos sanguíneos y músculo, observándose un fenotipo mesenquimal en dichas células tumorales. Aunque no se detectaron metástasis macroscópicas en pulmón, riñón o hígado se detectó la presencia de micrometástasis en el pulmón corroborándose el papel de Hakai en la progresión tumoral y la metástasis.

**Conclusión:** Nuestros resultados proponen que Hakai es un biomarcador para cáncer de colon humano y, empleando ratones inmunodeprimidos, demuestran su papel durante la progresión tumoral y la metástasis in vivo.

P. DEST 46

**Perfil de expresión de genes de diferenciación neuroendocrina en el ARNm de plaquetas de pacientes con cáncer de próstata metastásico (CPm).**

**Vicenç Ruiz de Porras Fondevila, Jose Luis Ramirez Serrano, Itziar De Aguirre Egaña** – Instituto de Investigación Germans Trias i Pujol (Badalona) – Institut Català d'Oncologia (ICO). **Begoña Mellado** – Hospital Clínic de Barcelona. **Mercedes Marin-Aguilera** – Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer (IDIBAPS) – Hospital Clínic de Barcelona. **Olatz Etzaniz Ulazia** – Hospital Universitario Germans Trias i Pujol (Badalona) – Institut Català d'Oncologia (ICO). **Eva Martínez-Balibrea** – Instituto de Investigación Germans Trias i Pujol (Badalona) – Institut català d'Oncologia (ICO). **Albert Font Pous** – Hospital Universitario Germans Trias i Pujol (Badalona) – Institut Català d'Oncologia (ICO)

**Introducción y Objetivos:** Al menos el 25% de los pacientes con CPm desarrollan una variante altamente heterogénea y agresiva de CP resistente a castración (CPRC) con fenotipo neuroendocrino (CPRC-NE) asociada a alteraciones genéticas específicas y a la resistencia a la terapia antiandrogénica (TAD). El diagnóstico del CPRC-NE es complejo y se basa en criterios clínico-patológicos. Sin embargo, debido a la dificultad para la obtención de tejido en etapas avanzadas de la enfermedad, el uso de biopsia líquida ha sido considerado para el diagnóstico de estos pacientes. Las plaquetas pueden incorporar el ARNm tumoral contenido en microvesículas secretadas por las células tumorales, representando una fuente de biomarcadores para el diagnóstico oncológico. El objetivo de este trabajo es demostrar la posibilidad de detectar la expresión de genes de diferenciación neuroendocrina en el ARNm de plaquetas (PL-ARNm) de pacientes con CPm.

**Material y Métodos:** Se recogieron muestras de sangre de 13 pacientes con CPm tratados con TAD y/o quimioterapia, y de 2 donantes sanos. Las plaquetas se aislaron y el ARNm se extrajo con el kit miRNeasy Serum/plasma. Tras Retrotranscripción mediante transcriptasa inversa MMLV y previa pre-amplificación, se analizó la expresión de los genes relacionados con el CPRC-NE, AURKA, EZH2, MYCN, SOX2, SSRM4 y PEG10 mediante qPCR (Taqman). La cuantificación relativa de la expresión génica se calculó de acuerdo con el método  $2^{-\Delta\Delta Ct}$  usando GAPDH como control endógeno.

**Resultados:** Se detectaron diferentes niveles de expresión de AURKA y EZH2 en el PL-ARNm de 11 de los 13 pacientes y de SOX2 y MYCN 12 de ellos. La expresión de PEG10 fue muy baja y solo detectable en 4 pacientes. SSRM4 solo se detectó en 1 paciente. Cabe destacar, la presencia de altos niveles de expresión de todos los genes, excepto PEG10, en 1 de los pacientes. No se detectó expresión de estos genes en el PL-ARNm de 1 de los donantes sanos pero sí niveles casi indetectables de SOX2 y PEG10 en el segundo. La expresión de GAPDH se detectó en todos los casos (Figura 1).

**Conclusión:** Estos resultados preliminares sugieren la posibilidad real de detectar la expresión de genes asociados al fenotipo neuroendocrino a partir del PL-ARNm y plantean su potencial aplicación como biomarcador pronóstico y/o predictivo en pacientes con CPRC-NE. Estamos realizando experimentos adicionales para confirmar estas observaciones.

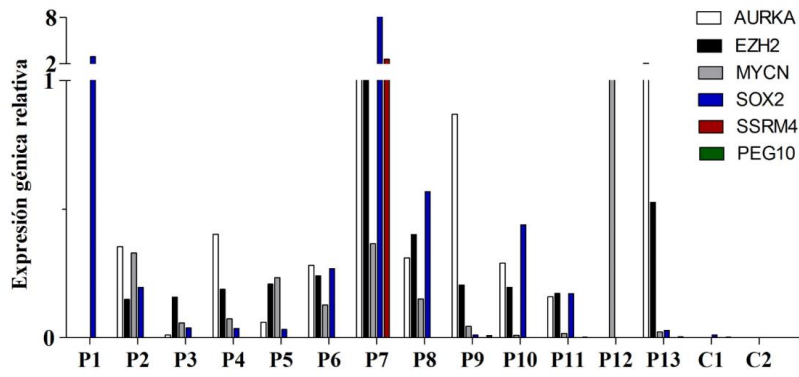


Figura 1. Representación gráfica de los niveles de expresión génica relativa de los genes de estudio en 13 pacientes afectados de CPm (P1-P13) y 2 donantes sanos (C1 y C2).

**Viernes, 28 de Septiembre de 2018**

**08.00-14.00h**

## PULMÓN AVANZADO

### P. DEST 47

#### **ASTRIS: estudio de práctica clínica real con osimertinib, un inhibidor tirosina quinasa de EGFR de tercera generación, en pacientes (p) con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM)-EGFR-T790M mutados: Seguridad y eficacia de los p incluidos en España.**

**David Vicente Baz** – Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla. **Alfredo Paredes** – Hospital Universitario de Donostia, Gipuzkoa. **Teresa Morán** – Institut Català d'Oncologia-Badalona – Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona. **Bartomeu Massuti** – Hospital General Universitario de Alicante, Alicante. **Noemí Reguard** – Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona. **Rosa Álvarez** – Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. **Amelia Insa** – Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia. **Oscar Juan-Vidal** – Hospital Universitario La Fe, Valencia. **Gloria Márquez** – AstraZeneca Spain, Madrid. **Mariano Provencio** – Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Madrid

**Introducción y Objetivos:** Osimertinib es un inhibidor tirosina quinasa (ITQ)-EGFR de tercera generación, activo en el sistema nervioso central, que inhibe de manera potente y selectiva tanto las mutaciones sensibles a ITQ-EGFR como las resistentes (T790M). Presentamos datos de seguridad y eficacia del segundo análisis intermedio de los p incluidos en España en el estudio ASTRIS.

**Material y Métodos:** ASTRIS es un ensayo clínico fase IIIb abierto, de un solo brazo, para evaluar la eficacia y la seguridad

de osimertinib en la práctica real. Fueron elegibles p con CPNM con estadio IIIB-IV con una mutación T790M determinada por una prueba validada localmente (no restringida por tipo de muestra), que habían recibido al menos un ITQ-EGFR previo, ECOG 0-2, sin historia de enfermedad pulmonar intersticial o prolongación QTc. Se permitió la inclusión de p con metástasis cerebrales asintomáticas y estables. La dosis de osimertinib fue de 80 mg/día.

**Resultados:** Iniciaron tratamiento 131p de los 132 incluidos. Al corte de datos (20/oct/2017), el 28% continuaba en tratamiento, mientras que el 42% había fallecido [mediana seguimiento 14,5 meses (<1-23)]. Mediana edad 66 (32-89) años, 69% mujeres, 98% caucásicos, 85% ECOG 0/1, 15% ECOG 2, 85% estadio IV, 35% (de los pacientes evaluados mediante TAC o RNM) metástasis cerebrales / leptomeníngicas, 43% quimioterapia previa, 35% radioterapia previa. ITQ-EGFR previos: gefinitib (42%), erlotinib (57%), afatinib (18%) y dacomitinib (2%). En los p evaluables para eficacia, la tasa de respuesta evaluada por el investigador fue de 56,8% (71/125; 95% IC 47,6 – 65,6). La mediana de la supervivencia libre de progresión fue 10,4 meses (95% IC 7,6 – 12,2), con 88 progresiones/fallecimientos (67,2%). Dieciocho p (13,7%) y 14 p (10,7%), requirieron una reducción de dosis o discontinuación de tratamiento debido a acontecimientos adversos (AA), respectivamente. Estos AA fueron graves en 42 p (32,1%), con AA de especial interés en forma de enfermedad pulmonar intersticial/pneumonitis en 7 p (5,3%), y prolongación de QTc en 2 p (1,5%).

**Conclusión:** En esta serie española del estudio ASTRIS, la eficacia y seguridad de osimertinib en p con CPNM-EGFR-T790M-positivos es similar a las observadas en la población global del estudio ASTRIS y a los datos del programa de desarrollo clínico de osimertinib.





**P. DEST 48**

**CheckMate 227: Nivolumab + ipilimumab frente a quimioterapia combinada con platino como tratamiento de primera línea para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) avanzado con elevada carga de mutación tumoral (TMB).**

**Luis Paz-Ares** – Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid, España. **Matthew D. Hellmann** – Memorial Sloan Kettering Cancer Center, Nueva York, NY, EE. UU. **Hossein Borghaei** – Fox Chase Cancer Center, Filadelfia, PA, EE. UU. **Suresh S Ramalingam** – Winship Cancer Institute, Emory University, Atlanta, GA, EE. UU. **Julie Brahmer** – Sidney Kimmel Comprehensive Cancer Center at Johns Hopkins, Baltimore, MD, EE. UU. **Kenneth J O’Byrne** – Princess Alexandra Hospital Brisbane, Queensland, Australia **Prabhu Bhagavatheeswaran, Faith Nathan** – Bristol-Myers Squibb, Princeton, NJ, EE. UU. **Martin Reck** – Lung Clinic Grosshansdorf, Airway Research Center North (ARCN), miembro del German Center for Lung Research (DZL), Grosshansdorf, Alemania

**Introducción y Objetivos:** CheckMate 227 (NCT02477826) es un estudio amplio, fase 3 que compara tratamientos con nivolumab vs quimioterapia en CPCNP avanzado. Presentamos los resultados de la parte 1, con un objetivo coprimario pre-planificado que evalúa la SLP de nivolumab + ipilimumab vs quimioterapia en pacientes con alto TMB $\geq$ 10 mut/Mb, seguridad y resultados reportados por pacientes (PRO).

**Material y Métodos:** Se aleatorizó (1:1:1) a pacientes (N=1739) con CPCNP en estadio IV/recurrente sin quimioterapia previa ni alteraciones sensibilizantes de EGFR/ALK a nivolumab (3 mg/kg cd2s) + ipilimumab (1 mg/kg cd6s), nivolumab (240 mg cd2s) o quimioterapia en pacientes con  $\geq$ 1% de expresión de PD-L1 y a nivolumab + ipilimumab, nivolumab (360 mg cd3s) + quimioterapia o quimioterapia en pacientes con <1% de expresión de PD-L1. Los objetivos coprimarios fueron la SG para nivolumab + ipilimumab vs quimioterapia en pacientes seleccionados por PD-L1 y la SLP para nivolumab + ipilimumab frente a quimioterapia con TMB $\geq$ 10 mut/Mb. La TMB se determinó en tejido tumoral utilizando (FoundationOne CDx™). Los análisis de seguridad incluyeron el tiempo a la aparición y resolución de los AART seleccionados (aquellos con una posible causa inmunológica) y el uso de corticoides. Los PRO se evaluaron con la escala de síntomas de cáncer de pulmón e instrumentos EQ-5D.

**Resultados:** El seguimiento mínimo fue de 11,2 meses. La SLP fue significativamente mayor con nivolumab + ipilimumab frente a quimioterapia en pacientes con TMB $\geq$ 10 mut/Mb; (HR=0.58 [97.5% CI: 0.41, 0.81]; P=0.0002); los resultados fueron consistentes entre subgrupos. Los AART que causan discontinuación fueron 17% frente al 9% con nivolumab + ipilimumab frente a quimioterapia y los AART grado 3-4, del 31% frente al 36%. Los AART grado 3-4 con nivolumab + ipilimumab fueron hepáticos (8%), endocrinos (4%) y cutáneos (4%); la

mediana del tiempo a la aparición fue de 2 a 15 semanas, y se resolvieron mayoritariamente. Se comunicarán los resultados relativos a PRO.

**Conclusión:** Nivolumab + ipilimumab en primera línea prolongó la SLP vs quimioterapia en pacientes con CPCNP y alta TMB $\geq$ 10 mut/Mb independientemente de la expresión de PD-L1. Esto validó el papel de TMB como biomarcador para el uso de nivolumab + ipilimumab en CPCNP en primera línea. La seguridad de nivolumab + ipilimumab a dosis bajas fue manejable.

**P. DEST 49**

**Detección de la mutación T790M mediante aproximaciones de PCR-ultrasensible como predictor de eficacia en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico tratados con inhibidores tirosina quinasa de EGFR.**

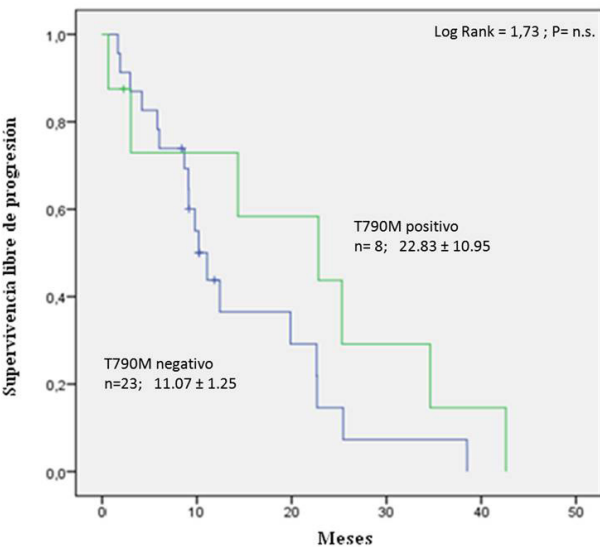
**Sarai Palanca Suela, Javier Simarro** – Unidad de Biología Molecular del S. Análisis Clínicos, HUyP La Fe, Valencia. **David Lorente** – Servicio de Oncología Médica, HUyP La Fe, Valencia. **Rosa Murria** – Unidad de Biología Molecular del S. Análisis Clínicos, HUyP La Fe, Valencia. **Nuria Mancheño** – Servicio de Anatomía Patológica, HUyP La Fe, Valencia. **Gema Pérez-Simó, Begoña Laiz** – Unidad de Biología Molecular del S. Análisis Clínicos, HUyP La Fe, Valencia. **Enrique Cases, Jose Gómez-Codina, Óscar Juan** – Servicio de Oncología Médica, HUyP La Fe, Valencia.

**Introducción y Objetivos:** Un 50-60% de los pacientes con cáncer de pulmón no microcítico avanzado (CPNM) que desarrollan resistencias a inhibidores tirosina quinasa (ITK) de EGFR albergan la mutación secundaria T790M. Esta mutación también ha sido identificada en pacientes no tratados con ITKs, con una tasa de detección controvertida y variable dependiendo de la sensibilidad de las técnicas utilizadas; consecuentemente, su presencia se ha tratado de dilucidar mediante los modelos de selección/adquisición. Este trabajo pretende caracterizar la mutación EGFR-T790M mediante métodos de PCR-ultrasensible, definir la prevalencia de ambos modelos y evaluar el impacto clínico en términos de supervivencia.

**Material y Métodos:** Se revisaron 127 tumores-FFPE de pacientes con CPNM-EGFR+ de los 949 pacientes diagnosticados de CPNM en el HUyP La Fe (Feb2010-Dic2017). Setenta y tres tumores presentaron calidad óptima para los ensayos EGFR-T790M al diagnóstico (31 tumores con enfermedad avanzada). Adicionalmente, se analizaron 17 muestras de biopsia líquida en la progresión a ITKs. Los estudios EGFR-T790M se realizaron mediante Cobas® EGFR Mutation Test v2 (Roche), ddPCR (BioRad) y PNA Clamp TaqMan Assay (ThermoFisher) en la Unidad de Biología Molecular (ISO-15189).



**Resultados:** La validación de las técnicas PCR-ultrasensible estableció el límite de detección en 0,134% para ddPCR y 0,071% para PNA-clamping PCR. El análisis de EGFR-T790M en 65 tumores-FFPE determinó una concordancia del 93.85% (61/65; 8 excluidos). En 31 tumores-FFPE al diagnóstico con enfermedad avanzada, EGFR-T790M se identificó en ocho casos (8/31;25.80%) definiéndose la prevalencia del modelo de selección en nuestra serie. Este valor fue contrastado al identificar dicha mutación en tan solo dos tumores primarios de nueve pacientes con T790M a la progresión (2/9;22.22%). Los estudios en biopsia líquida a la progresión identificaron la T790M en siete pacientes (7/17;41.18%) mediante Cobas y en nueve (9/17;52.94%) mediante ddPCR, permitiendo un mejor manejo clínico de los pacientes. Las medianas de supervivencia libre de progresión y supervivencia global fueron superiores para los pacientes con T790M detectados mediante PCR-ultrasensible al diagnóstico: 22.83±10.95 frente a 11.07±1.25 meses (p=0,188) y 47.97±25.82 frente a 19,87±4.62 meses (p=0,574), respectivamente (Fig1).



EGFR-T790M	Censurados (%)	Eventos	Total
Positivo	1 (12.5)	7	8
Negativo	5 (21.7)	18	23

Figura 1. Supervivencia libre de progresión (SLP) en función de la presencia de la mutación EGFR-T790M en tumor-FFPE al diagnóstico mediante técnicas ultrasensibles. n.s, no significativo

**Conclusión:** Nuestros resultados sugieren que las aproximaciones de PCR-ultrasensible validadas fueron efectivas para la detección de EGFR-T790M. La detección de EGFR-T790M pre-tratamiento sustenta el modelo de selección versus adquisición. La presencia de EGFR-T790M pre-tratamiento parece respaldar una progresión más indolente y un mejor pronóstico.

P. DEST 50

**Efectividad de los inhibidores tirosina quinasa en una cohorte de pacientes españoles con cáncer de pulmón no de célula pequeña ALK-positivo.**

**Joaquín Mosquera Martínez** – Hospital Universitario de A Coruña. **Laura Angelats Company** – Hospital Germans Trias i Pujol. **Miriam Alonso García** – Hospital Universitario Virgen del Rocío. **Virginia Calvo de Juan** – Hospital Puerta de Hierro. **Andrés Barba Joaquín** – Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. **Núria Viñolas Segarra** – Hospital Clinic. **María de los Llanos Gil Moreno** – Instituto Oncológico Dr. Rosell. **Laia Vilà Martínez** – Hospital Germans Trias i Pujol. **Oscar Juan Vidal** – Hospital Universitario y Politécnico La Fe. **Noelia Vilariño Quintela** – Hospital del Mar

**Introducción y Objetivos:** El descubrimiento de las alteraciones en oncogenes y el posterior desarrollo de terapias dirigidas contra éstas han sido avances claves en el tratamiento del cáncer de pulmón no de célula pequeña (CPNCP). El reordenamiento del gen ALK está presente en aproximadamente el 5% de CPNCP. En estos pacientes el tratamiento con el inhibidor de tirosin quinasa (ITQ) crizotinib es más efectivo que la quimioterapia estándar, pero dada la inevitable presencia de resistencias a crizotinib se han desarrollado inhibidores de ALK de segunda y tercera generación. El objetivo de nuestro estudio retrospectivo es analizar la efectividad de los ITQ en una cohorte de pacientes españoles con CPNCP avanzado ALK-positivo.

**Material y Métodos:** El estudio incluye datos de pacientes diagnosticados de CPNCP avanzado ALK-positivo en 15 Hospitales Españoles entre 2009 y 2017. La supervivencia global (SG) y la supervivencia libre de progresión (SLP) son evaluadas con la curva de Kaplan-Meier y los grupos se han comparado usando el test Log-rank. Las variables analizadas incluyen características del paciente (edad, sexo, hábito tabáquico, comorbilidades y ECOG), del tumor (histología, estadiaje y localización de las metástasis) y del tratamiento administrado.

**Resultados:** Se incluyeron 148 pacientes, el 75% eran estadio IV al diagnóstico con un 35,8% de metástasis en sistema nervioso central. Las características de los pacientes eran: edad mediana de 56 años, 50,7% de mujeres, 58,1% no fumadores y ECOG 0-1 del 83,8%. El 85,3% de los pacientes recibió ITQ en primera o segunda línea de tratamiento con una SG de 45,08 meses (IC 95% 37,81-52,34). 119 pacientes recibieron crizotinib con una SLP de 10,94 meses (IC 95% 8,06-13,82). Como mejor respuesta a este fármaco, 2% de los pacientes presentaron respuesta completa (RC), 39,2% respuesta parcial (RP), 16,9% enfermedad estable (ES) y 9,5% progresión de enfermedad (PE).

**Conclusión:** Los pacientes con CPNCP avanzado ALK-positivo reciben ITQ como primeras líneas de tratamiento. La SG en nuestra cohorte fue de 45,08 meses con una SLP a crizotinib de 10,94 meses y una tasa de respuesta objetiva (ORR) del 41,2%.



**P. DEST 51**

**Estudio de fase 1b/3 aleatorizado erlotinib + ramucirumab en CPNM estadio IV no tratados para mutaciones activadoras del EGFR: resultados de la fase 1b.**

**Santiago Ponce Aix** – Hospital Doce de Octubre, Madrid, España. **Kazuhiko Nakagawa** – Kindai University School of Medicine, Osaka, Japón. **Edward B. Garon** – UCLA Medical Center, Santa Monica, CA, EEUU. **Luis Paz-Ares** – Hospital Doce de Octubre, Madrid, España. **Jesus Corral Jaime** – Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España. **Oscar Juan Vidal** – Hospital Universitario La Fe, Valencia, España. **Ernest Nadal** – Institut Català d'Oncologia, L'Hospitalet, Barcelona, España. **Katsuyuki Kiura** – Okayama University Hospital, Okayama, Japón. **Keunchil Park** – Samsung Medical Center and Sungkyunkwan University School of Medicine, Seúl, Corea del Sur. **Martin Reck** – Lungen Clinic Grosshansdorf, Airway Research Center North (ARCN), German Center for Lung Research (DZL), Grosshansdorf, Alemania

**Introducción y Objetivos:** Aunque los pacientes con CPNM y una mutación activadora en EGFR pueden responder inicialmente a un TKI del EGFR, su enfermedad finalmente progresa. Los agentes antiangiogénicos en combinación con un TKI del EGFR pueden suponer un beneficio adicional en el CPNM con mutaciones del EGFR, aunque se necesitan estudios adicionales que lo confirmen.

**Material y Métodos:** En el estudio de fase 1b/3 en curso (NCT02411448;RELAY) se incluyeron pacientes con CPNM en estadio IV no tratado previamente, PS ECOG 0-1 y mutación activadora en EGFR (delección del exón 19 o sustitución L858R en el exón 21). En la fase 1b los pacientes recibieron ramucirumab (anti-VEGFR2) 10mg/kg i.v. Q2W y erlotinib oral 150mg/día. El tratamiento continuó hasta progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable. El objetivo principal de la fase 1b fue evaluar la seguridad y tolerabilidad en términos de toxicidades limitantes de dosis (TLD) durante los dos primeros ciclos terapéuticos y determinar la dosis recomendada para la fase 3. El corte de datos fue el 31/05/2017.

**Resultados:** Se incluyeron 14 pacientes en la fase 1b. Dos pacientes suspendieron el tratamiento antes de completar el ciclo 2 debido a acontecimientos adversos no TLD (neumonía intersticial grado 2; hemoptisis grado 1) y no fueron elegibles para la evaluación de la TLD. En los 12 pacientes evaluables la duración mediana de la terapia fue de 64,3 semanas (intervalo intercuartílico [IIC] 19,5-89,0) con ramucirumab y de 68 semanas (IIC 44-95) con erlotinib. Los acontecimientos adversos más comunes surgidos durante el tratamiento (TEAEs) fueron rash (100%), diarrea (92%), paroniquia (67%), hipertensión (58%) y piel seca (58%). Diez (83%) pacientes experimentaron TEAEs de grado 3 (hipertensión [n=4], rash [n=3] diarrea [n=2], neutropenia, conjuntivitis y aumento de alanina [TLD: se resolvió en 4 días] y de aspartato aminotransferasa). No hubo AA graves o de grado 4-5. La mediana de SLP fue de 17,1 meses (IC 95% 8,8-NR; 50% censurado) y la tasa de SLP a los 21 meses, del 46,9%. Cinco pacientes siguen con el tratamiento del estudio.

**Conclusión:** Ramucirumab más erlotinib en fase 1b demostró una actividad clínica prometedora sin toxicidades inesperadas. La aleatorización para el fase 3 comenzó en enero de 2016, manteniéndose la dosis de ramucirumab (10mg/kg Q2W) con erlotinib (150mg/día).

**P. DEST 52**

**Osimertinib frente al ITQ-EGFR estándar, como tratamiento de primera línea en pacientes con CPNM EGFRm avanzado no tratado: resultados post-progresión estudio FLAURA.**

**M. Cobo** – Hospital Carlos Haya de Málaga, España. **M. Boyer** – Chris O'Brien Lifehouse, Camperdown, Australia. **J-S. Lee** – National University Bundang Hospital, Seongnam, Republic of Korea. **A. Dechaphunkul** – Prince of Songkla University Faculty of Medicine, Songkla, Thailand. **P. Cheema** – William Osler Health System, University of Toronto, Toronto, ON, Canada. **T. Takahashi** – Shizuoka Cancer Center, Shizuoka, Shizuoka, Japan. **A. Todd** – AstraZeneca, Cambridge, UK. **A. McKeown** – AstraZeneca, Cambridge, UK. **Y. Ohe** – National Cancer Center Hospital, Tokyo, Japan. **D. Planchard** – Institut Gustave Roussy, Villejuif, France

**Introducción y Objetivos:** En el estudio fase 3 FLAURA, osimertinib, un ITQ-EGFR de tercera generación mejoró significativamente la supervivencia libre de progresión (SLP) frente a los ITQ-EGFR estándar (gefitinib o erlotinib) en pacientes (p) con CPNM avanzado no tratados Ex19del / L858R (EGFRm) (hazard ratio [HR] 0,46 [IC del 95%: 0,37; 0,57]; p <0,001). Los datos preliminares de supervivencia global (SG) fueron alentadores, pero no estadísticamente significativos (HR 0,63 [IC del 95%: 0,45 a 0,88]; p = 0,007). Presentamos resultados exploratorios posteriores a la progresión.

**Material y Métodos:** Los p fueron aleatorizados 1: 1 para recibir osimertinib (80 mg por vía oral [PO], una vez al día [In d.]) o el ITQ-EGFR estándar (SoC) (gefitinib 250 mg PO In d. o erlotinib 150 mg PO In d.). Se permitió el tratamiento más allá de la progresión de la enfermedad si el investigador juzgaba que el beneficio clínico continuaba; los investigadores determinaron la terapia posterior. Los p que reciben el SoC pudieron cruzar a osimertinib después de la progresión objetiva de la enfermedad documentando la mutación T790M positiva después de la progresión.

**Resultados:** Al corte de datos, 12/jun/2017, 138/279 (49%) y 213/277 (77%) p habían suspendido osimertinib y SoC, respectivamente; 82 (29%) y 129 (47%) recibieron un tratamiento posterior: que contenía un ITQ-EGFR, 29 (10%) y 97 (35%, 55 [20%] osimertinib); quimioterapia con platinos, 46 (16%) y 27 (10%). Tiempo medio (meses) hasta la interrupción del tratamiento del estudio o la muerte: osimertinib 20,8 (IC 95% 17,2, 24,1) – SoC 11,5 (10,3, 12,8). Tiempo medio hasta la

interrupción de cualquier ITQ-EGFR(tratamiento del estudio y posterior ITQ-EGFR, no interrumpido por terapia sin ITQ-EGFR) o muerte: osimertinib 23,0 (19,5, no calculable [NC]) – SoC 16,0 (14,8 ; 18,6). Las variables de tiempo post-progresión favorecieron a Osimertinib (Tabla).

**Conclusión:** El beneficio de SLP con osimertinib se mantuvo a lo largo de las variables de tiempo post-progresión. El aumento escalonado de las HRs estadísticamente significativas (SLP 0,46; TPTS 0,51; SLP2 0,58; TSTS 0,60) proporciona confianza en los datos del OS interino.

	Osimertinib (n= 279)	SoC (n = 277)
<b>Progresión de la enfermedad o muerte, n (%)</b>	136 (49)	206 (74)
<b>Permaneció con el tratamiento en estudio durante al menos 7 días después de que el investigador evaluó la progresión, n/N (%)</b>	91/136 (67)	145/206 (70)
<b>Mediana de la duración del tratamiento de estudio post-progresión (IC 95%), semanas<sup>a</sup></b>		
<b>TPTS</b>	8,1 (6,3; 12,3)	7,0 (5,9; 8,1)
<b>Pacientes que iniciaron PTS o murieron, n (%)</b>	115 (41)	175 (63)
<b>Inician PTS, n (%)</b>	82 (29)	129 (47)
<b>Mueren, n (%)</b>	33 (12)	46 (17)
<b>Mediana TPTS o muerte (IC 95%), meses<sup>a</sup></b>	23,5 (22,0; NC)	13,8 (12,3; 15,7)
<b>HR (95% CI)<sup>b</sup></b>	0,51 (0,40; 0,64), p < 0,0001	
<b>SLP2 (evaluado por investigador)</b>		
<b>Segunda progresión o muerte, n (%)</b>	73 (26)	106 (38)
<b>Mediana SLP2 (IC 95%), meses<sup>a</sup></b>	NC (23,7; NC)	20,0 (18,2; NC)
<b>HR (95% CI)<sup>b</sup></b>	0,58 (0,44; 0,78), p = 0,0004	
<b>TSTS</b>		
<b>Pacientes que iniciaron STS o murieron, n (%)</b>	74 (27)	110 (40)
<b>Inician STS, n (%)</b>	24 (9)	39 (14)
<b>Mueren, n (%)</b>	50 (18)	71 (26)
<b>Mediana TSTS o muerte (95% CI), meses<sup>a</sup></b>	NC (NC; NC)	25,9 (20,0; NC)
<b>HR (95% CI)<sup>b</sup></b>	0,60 (0,45; 0,80), p = 0,0005	

a. Calculado usando el método Kaplan-Meier.

b. HR e IC obtenidos directamente de las estadísticas U y V. El análisis ha sido realizado usando un log rang test estratificado por raza (Asiática / no-Asiática) y tipo de mutación (Ex19del / L858R). 2-sided p-value. IC, intervalo de confianza; PTS, primera terapia subsecuente (segunda línea de tratamiento); HR, hazard ratio; NC, no calculable; SLP2, segunda supervivencia libre de progresión (o muerte) tras el inicio de la segunda línea de tratamiento (tiempo desde aleatorización hasta la segunda progresión al tratamiento subsecuente); TPTS, tiempo hasta la primera terapia subsecuente o muerte; TSTS, tiempo hasta la segunda subsecuente terapia o muerte; SST, segunda terapia subsecuente; RECIST, Response Evaluation Criteria In Solid Tumors versión 1.1.



**Viernes, 28 de Septiembre de 2018**

**08.00-14.00h**

**MELANOMA**

**P. DEST 53**

**Análisis descriptivo de pacientes con melanoma ocular tratados con inmunoterapia en el Hospital Universitario Miguel Servet.**

**Juan Antonio Verdún Aguilar, María Alvarez Alejandro, Teresa de Jesus Puertolas Hernández, Ana Nuño Alves, Ibon Gurruchaga Sotes, María Irene Torrés Ramón, Ana María Comín Orce, María Pilar Felices Lobera, Susana Casado Cobo, Angel Fernando Artal Cortés** – Hospital Universitario Miguel Servet

**Introducción y Objetivos:** El tumor ocular es un tumor de baja incidencia con un pronóstico infausto en su etapa metastásica con escasa respuesta a los tratamientos citotóxicos convencionales. A pesar de la eficacia espectacular de la inmunoterapia en el melanoma cutáneo, solo se ha observado actividad limitada en el melanoma uveal.

**Material y Métodos:** Realizamos un análisis descriptivo de los pacientes tratados con inmunoterapia en pacientes diagnosticados de melanomas oculares desde 2004 hasta 2018 en el Hospital Universitario Miguel Servet.

**Resultados:** 7 pacientes tratados con inmunoterapia. Edad media al diagnóstico: 57,4 años. Sexo: 6 mujeres y 1 hombre. Localización tumoral: 5 en coroides, 2 en cuerpo ciliar e iris. Tratamiento inicial en la enfermedad localizada: 5 braquiterapia, 2 enucleaciones. 1 paciente intervenido mediante metastasectomía hepática. Mediana a la recaída

sistémica: 1,8 años (0.6 – 18 años). Inmunoterapia en primera línea: 6 pacientes (3 anti-PD-L1, 2 con anti-PD-1 – Anti-CTLA-4, 1 quimioterapia – interleuquina – interferón). 1 paciente inmunoterapia en segunda línea con virus oncolítico y posterior anti-PD-1. Toxicidad grado III-IV en los 2 pacientes tratados con el anti-PD-1 y anti-CTLA-4 precisando suspender su tratamiento sin mostrar respuesta al tratamiento. Mediana de tratamientos recibidos entre los pacientes tratados: 2 (1 – 3). Mediana de supervivencia global no madura: 9 meses (2 – 24 meses).

**Conclusión:** La inmunoterapia en el melanoma uveal tiene un efecto limitado comparado con el melanoma cutáneo. La mediana de supervivencia estimada (no madura) de nuestra serie es de 9 meses, similar a la publicada con tratamientos convencionales. La toxicidad con la combinación hizo suspender en los 2 pacientes a los que se le administró el tratamiento sin mostrar respuesta. Los datos reflejan una necesidad de seleccionar a nuestros pacientes y disponer de biomarcadores para determinar cuales son los que se van a beneficiar.

## CABEZA Y CUELLO

## ePóster 1

**“ERBITAX” COMO TRATAMIENTO DE INDUCCIÓN ALTERNATIVO EN CÁNCER ESCAMOSO DE CABEZA Y CUELLO EN PACIENTES “UNFIT” PARA PLATINO.**

**Paloma Peinado Martín** – Servicio de Oncología Médica, Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid. **Irene Delgado Sillero** – Servicio de Oncología Médica, Complejo Asistencial Universitario de León. **Gloria Marquina Ospina** – Servicio de Oncología Médica, Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid. **Santiago Cabezas Camarero** – Servicio de Oncología Médica, Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid. **María Cabrera** – Servicio de Medicina Nuclear, Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid. **M<sup>a</sup> Cruz Iglesias** – Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid. **Fernando Puebla** – Servicio de Oncología Radioterápica, Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid. **Manuel Gonzalo Vázquez** – Servicio de Oncología Radioterápica, Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid. **Pedro Pérez Segura** – Servicio de Oncología Médica, Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid

**Introducción y Objetivos:** La incidencia del Carcinoma Escamoso de Cabeza y Cuello (CECC) está en aumento en población anciana o con comorbilidades, en la que está a menudo contraindicado el uso de platinos. “ERBITAX” ha demostrado eficacia en primera línea de CECC recurrente o metastásico, esquema bien tolerado por pacientes “unfit” para platino. Se describe la eficacia y seguridad de este esquema como terapia de inducción en pacientes de nuestro centro.

**Material y Métodos:** Se analizaron de forma retrospectiva los pacientes con CECC localmente avanzado “unfit” para platino tratados en nuestra institución, con un esquema semanal de Paclitaxel (80 mg/m<sup>2</sup>) y Cetuximab (carga 400 mg/m<sup>2</sup>, mantenimiento 250 mg/m<sup>2</sup>). La evaluación de la respuesta tumoral se realizó según criterios RECIST v 1.1. Objetivos primarios: Tasa de Respuesta (TR) y Supervivencia Libre de Progresión (SLP). Objetivos secundarios: respuesta clínica, tasa de preservación de órgano y toxicidad. Los pacientes fueron categorizados por comorbilidades según la escala Charlson (EC) en riesgo bajo (0), intermedio (1-3) y alto (>3).

**Resultados:** Entre mayo de 2013 y abril de 2018 se seleccionaron 40 pacientes. Mediana de edad al diagnóstico: 76 años (49-88). El 88% eran varones. Estratificación por la EC: riesgo intermedio, 13 pacientes (32.5%) y riesgo alto, 27 pacientes (67.5%). Localizaciones más frecuentes del primario: laringe (43%) y faringe (25%). TR: 74% (RC 26%, RP 47%). Estabilización de la enfermedad: 12%. Progresión tumoral: 9%. Toxicidades más frecuentes: cutánea (82%), mucositis (50%), astenia (40%), neuropatía periférica (25%) y diarrea (15%). Un tercio de los pacientes presentó toxicidad grado 3, siendo la más relevante la cutánea (20%). Un paciente falleció por neumonitis. Tras finalizar la inducción, 31 pacientes recibieron radioterapia-cetuximab con intención radical. Dos pacientes fueron operados. La mediana de SLP fue de 18 meses (IC 95% 1.7-34.3 meses).

**Conclusión:** “ERBITAX” parece ser un esquema efectivo y seguro como tratamiento de inducción en pacientes ancianos y frágiles con CECC. La escala de Charlson podría ayudar a seleccionar a aquellos pacientes candidatos a una terapia menos tóxica como “ERBITAX”. Un estudio con mayor reclutamiento podría ser útil en este contexto.



## ePóster 2

### ¿Podemos evitar el platino en la quimioterapia de inducción (QTI) en cáncer de cabeza y cuello (CCC)? Análisis comparativo de la actividad de la QTI en CCC con y sin platinos en un centro de 3º nivel nacional.

**Pedro Perez-Segura** – Oncología Médica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. **María Nieves Cabrera Martín** – Medicina Nuclear. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. **Santiago Cabezas** – Oncología Médica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. **Maricruz Iglesias** – Otorrinolaringología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. **Gonzalo Vázquez** – Oncología Radioterápica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. **Fernando Puebla** – Oncología Radioterápica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. **María Pedrera Canal** – Medicina Nuclear. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. **Manuel Enrique Fuentes** – Unidad de Investigación. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

**Introducción y Objetivos:** La quimioterapia con esquemas basados en platino siguen siendo el gold standard en el manejo de la inducción en CCC. Sin embargo, hay un subgrupo de pacientes (p) unfit para platino que se excluyen de la QTI por esta razón. Se presentan los datos de 74 pacientes consecutivos con CCC localmente avanzado en los que se decidió utilizar QTI como primera herramienta terapéutica, valorados en un comité multidisciplinar de un centro de tercer nivel nacional. El 20,3% (15) de los p recibieron ERBITAX como QTI.

**Material y Métodos:** Se han recogido los datos de manera retrospectiva tomando la información de las historias clínicas. Se seleccionaron todos los pacientes que, de manera consecutiva, se habían presentado en el comité multidisciplinar de CCC de nuestro centro entre 2010 y 2018 y que recibieron QTI, independientemente del esquema utilizado. Se comparan los datos de actividad y supervivencia entre esquemas con y sin platinos.

**Resultados:** Desde enero 2010 a enero 2018 se han incluido 74 pacientes (p). 81,1% varones (60/74) y 18,9% mujeres (14/74); media de edad= 6.53 años (rango: 43-86). 37/74 orofaringe (50%) y 37/74 laringe (50%). Estadios: II, 2 (2.7%); III, 11 (14.8%); IV, 57 (77%). Tipo de QTI: esquemas con platino, 59 (79.7%); ERBITAX, 15 (20.3%). Tasa de respuestas: completa, 15 (20.2%); parcial, 54 (72.9%); estabilización, 2 (2.7%); progresión, 3 (4%). Recaídas: locorregional, 20; a distancia, 6; locorregional y a distancia, 2. Tasa de respuestas con ERBITAX/PLATINO: Respuesta Completa 53.3%/11.9%; Respuesta Parcial 40%/81.4%; Estabilización 6.7%/1.7%; Progresión 0%/5%. La mediana de supervivencia global no se ha alcanzado aún. La mediana de seguimiento es de 32.3 meses. Supervivencia libre de progresión mediana ERBITAX/PLATINO No Alcanzada/80 meses. Se presentarán datos maduros de supervivencia.

**Conclusión:** No se objetivan diferencias estadísticamente significativas en SLP y SG entre ambos grupos de tratamiento. La tasa de respuestas completas es mayor en el grupo de ERBITAX pero las diferencias no consiguen alcanzar la significación, probablemente por el tamaño muestral.

## ePóster 3

### Análisis de la actividad de la quimioterapia de inducción (QTI) en cáncer de cabeza y cuello (CCC) en un centro de referencia.

**Pedro Perez-Segura** – Oncología Médica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. **María Nieves Cabrera Martín** – Medicina Nuclear. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. **Santiago Cabezas** – Oncología Médica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. **Maricruz Iglesias** – Otorrinolaringología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. **Gonzalo Vázquez** – Oncología Radioterápica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. **Fernando Puebla** – Oncología Radioterápica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. **Eddison Armando Cala Zuloaga** – Medicina Nuclear. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. **Manuel Enrique Fuentes** – Unidad de Investigación. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

**Introducción y Objetivos:** La QTI sigue siendo un arma terapéutica debatida en el seno de los diferentes comités de CCC hospitalarios. Los datos de los ensayos clínicos son complejos de interpretar y controvertidos. Se presentan los datos de 74 pacientes consecutivos con CCC localmente avanzado en los que se decidió utilizar QTI como primera herramienta terapéutica, valorados en un comité multidisciplinar de un centro de tercer nivel nacional.

**Material y Métodos:** Se han recogido los datos de manera retrospectiva tomando la información de las historias clínicas. Se seleccionaron todos los pacientes que, de manera consecutiva, se habían presentado en el comité multidisciplinar de CCC de nuestro centro entre 2010 y 2018.

**Resultados:** Desde enero 2010 a enero 2018 se han incluido 74 pacientes (p). 81,1% varones (60/74) y 18,9% mujeres (14/74); mediana de edad= 61.2 años (rango: 43-86). 37/74 orofaringe (50%) y 37/74 laringe (50%). Estadios: II, 2 (2.7%); III, 11 (14.8%); IV, 57 (77%). Tipo de QTI: esquemas con platino, 59 (79.7%); ERBITAX, 15 (20.3%). Tasa de respuestas: completa, 15 (20.2%); parcial, 54 (72.9%); estabilización, 2 (2.7%); progresión, 3 (4%). Recaídas: locorregional, 20; a distancia, 6; locorregional y a distancia, 2. La mediana de supervivencia global no se ha alcanzado aún con una mediana de seguimiento de 32.3 meses. Se presentarán datos maduros de supervivencia.

**Conclusión:** Se presentan los datos de vida real del uso de QTI en CCC localmente avanzado en el seno de las decisiones tomadas en un comité multidisciplinar. Los datos son similares a los de otras series salvo por el uso en 1 de cada 5 pacientes de esquemas sin platino (ERBITAX).

## ePóster 4

**CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO LOCALMENTE AVANZADO. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 13 AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.**

**Beatriz Losada Vila, Jose Antonio Rueda Camino, Alba Hernández Piriz, Carmen Pantin Gonzalez, Begoña Caballero Perea, Blanca Ludeña Martínez, Guillermo Plaza Mayor, Antonio Zapatero Gaviria, Juan Antonio Guerra Martínez, David Gutierrez Abad** – Hospital Universitario de Fuenlabrada

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de cabeza y cuello es el 6º tumor más frecuente en el mundo con una incidencia superior en fumadores y 2/3 en estadio avanzado. Nuestro objetivo es describir las características de los pacientes diagnosticados de tumores de cabeza y cuello localmente avanzado en un hospital de segundo nivel.

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes diagnosticados de cáncer de cabeza y cuello localmente avanzado en el Hospital Universitario de Fuenlabrada en el período 2004-2017.

**Resultados:** Se incluyeron para análisis 160 pacientes: 88,2% hombres, edad media 58,4 años (DE 9,4 años). La localización más frecuente fue supraglotis (24,2%) seguido de orofaringe (23,6%), cavidad oral (18%), cavum (9,3%). El estadio inicial más prevalente era IV (59,5%), seguido de III (24,7%). Presentaban afectación ganglionar el 66% (N2 52,8%, N1 9,3%, N3 3,7%), siendo M1 sólo el 4,3% al diagnóstico. Se realizó intervención quirúrgica en un 48,8%, siendo la cirugía del tumor primario y vaciamiento ganglionar la opción preferida con un 32,5%. Un 92,4% recibió radioterapia de forma concomitante a la QT. Se realizó quimioterapia de inducción previa a quimiorradioterapia en un 24,8%. En cuanto al tipo de QT, el 95% recibió cisplatino (tratamiento de elección en enfermedad localmente avanzada), mientras que un 36% cetuximab. Docetaxel es la tercera opción en un 36%. La respuesta radiológica fue completa en un 65,8%, y parcial en 15,1%. Hasta la actualidad no han recaído el 44%. Respecto al corte realizado el año previo, ha recaído un 5% añadido en el último año. El restante 50% que ha recaído, ésta ha sido a distancia en primer lugar. Fallecieron un 48,4% de los pacientes (4% añadido respecto al corte del año previo). La mediana de supervivencia libre de enfermedad es 32 meses [13,5-65]. La mediana de supervivencia global es de 42 meses [17-75].

**Conclusión:** La localización más frecuente de tumores de cabeza y cuello fue en supraglotis. El estadio inicial más prevalente era IV. Menos de la mitad de los pacientes se operan al diagnóstico, prefiriéndose QTRT y solo en el 25% se realiza QT de inducción. El esquema de QT preferido es cisplatino, siendo a la progresión el más empleado Paclitaxel+Cetuximab (ERBITAX). Con una media de seguimiento de 56 meses, el 44% de los pacientes no han recaído.

## ePóster 5

**Cáncer de cabeza y cuello: Datos del esquema Cetuximab-Docetaxel en recurrencia y/o primera línea de enfermedad metastásica en pacientes con estado general intermedio en práctica clínica habitual.**

**Luis Felipe Sánchez-Cousido, Ángel Rodríguez-Sánchez, Mariana López-Flores, Irene Delgado-Sillero, Mariam Stephanie Rojas-Piedra, Ana López-Gonzalez, Carmen Castañón-López, Beatriz Nieto Mangudo** – Complejo Asistencial Universitario de León

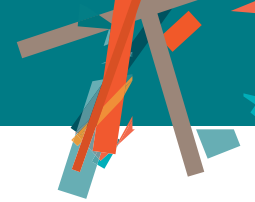
**Introducción y Objetivos:** El esquema Taxanos-Cetuximab en pacientes con cáncer de cabeza y cuello avanzado en primera línea metastásica y/o recurrencia con un pronóstico intermedio es habitual en los centros españoles en base a los resultados del estudio fase II del doctor Hitt. El 6 de septiembre del 2016 Doris Posch et al. presentaban los datos de un fase II que combinaba un agente de quimioterapia como los taxanos, y terapia molecular dirigida como el Cetuximab, mostrando efectividad en los pacientes con recurrencia o enfermedad metastásica. Comprobar la efectividad y seguridad del esquema Cetuximab-Docetaxel en pacientes con estado general intermedio y cáncer de cabeza y cuello tras recidiva y/o enfermedad metastásica. Analizar el intervalo libre de progresión (ILP) y el impacto en la supervivencia global (OS).

**Material y Métodos:** Análisis retrospectivo, incluyendo 39 pacientes con cáncer de cabeza y cuello tratados en el Servicio de Oncología Médica del Complejo Asistencial Universitario de León, desde enero 2010 hasta abril 2018. Se analizó la efectividad y seguridad del esquema Cetuximab-Docetaxel en práctica clínica habitual en nuestro servicio.

**Resultados:** Se analizaron 39 pacientes. 87,2% varones. Edad media 63 años. El PS fue 2 para todos los pacientes. 89,7% eran carcinoma epidermoide. Grado histológico: G3 35,9%, G2 35,9%, G1 28,2%. 84,6% con recidiva locoregional y 46,2% a distancia, 38,6% a nivel pulmonar, 28,2% a nivel ganglionar. Se utilizó el esquema Cetuximab 500mg/m<sup>2</sup>-Docetaxel 50mg/m<sup>2</sup> cada 15 días. 82,1% tuvieron algún grado de toxicidad. Presentaron toxicidad G3 25,6%. 66,7% presentaron algún grado de toxicidad cutánea, siendo esta la más frecuente. La tasa de respuestas objetivas fue del 71,8%, 25,6% respuesta parcial y 43,6% estabilización. El ILP fue de 7,6 meses (IC 95%: 5,0-10,3) y la OS de 12,2 meses.

**Conclusión:** El esquema de Cetuximab-Docetaxel quincenal mostró efectividad, con un perfil de toxicidad aceptable. Siendo los datos de ILP y SG mejores a los publicados por el doctor Posch.





## ePóster 6

### Cáncer de cabeza y cuello: Datos del esquema Cetuximab-Docetaxel-Cisplatino en recurrencia y/o primera línea de enfermedad metastásica en práctica clínica habitual.

**Luis Felipe Sánchez-Cousido, Ángel Rodríguez- Sánchez, Mariana López-Flores, Irene Delgado-Sillero, Mariam Stephanie Rojas-Piedra, Ana López-Gonzalez, Carmen Castañón-López, Beatriz Nieto Mangudo, Andrés García-Palomo** – Complejo Asistencial Universitario de León

**Introducción y Objetivos:** En septiembre de 2015 se publicaban los resultados del estudio EXTREME, que combinaba quimioterapia basada en platinos con terapia biológica como el Cetuximab como tratamiento en enfermedad metastásica en primera línea y/o recurrente en cáncer de cabeza y cuello, en pacientes con buen performance status (PS), mejorando la eficacia con respecto al doblete con platino. Valorar la efectividad y seguridad del esquema Cetuximab-Docetaxel-Cisplatino en pacientes con cáncer de cabeza y cuello en recurrencia y/o enfermedad metastásica. Analizar el intervalo libre de progresión (ILP) y el impacto en la supervivencia global (OS).

**Material y Métodos:** Análisis retrospectivo, de 22 pacientes con cáncer de cabeza y cuello tratados en el servicio de Oncología Médica del Complejo Asistencial Universitario de León, desde enero 2010 hasta abril 2018. Se analizó la efectividad y tolerancia del esquema Cetuximab-Docetaxel-Cisplatino, en práctica clínica habitual, el ILP y la OS.

**Resultados:** Se analizaron 22 pacientes. 86,4% varones. Edad media 57 años. El PS fue 1 para el 91% pacientes. 86,4% eran carcinomas epidermoides. Grado histológico: G3 45,5%, G2 27,3%, G1 18,2%. 68,2% tuvieron recidiva locoregional y 77,3% a distancia, 68,2% a nivel pulmonar y 27,3% a nivel ganglionar. Se utilizó el esquema Cetuximab 500mg/m<sup>2</sup>-Docetaxel 50mg/m<sup>2</sup> -Cisplatino 50mg/m<sup>2</sup> cada 15 días. El 90,9% tuvieron algún grado de toxicidad, presentando toxicidad G3 36,4%. La toxicidad más frecuente fue la cutánea, presente en 81,8%. La tasa de respuestas objetivas fue de 86,4%, 45,5% respuesta parcial, 36,4% estabilización. El ILP fue de 9,1 meses y la OS de 14,2 meses.

**Conclusión:** En nuestra práctica clínica habitual con este esquema de Cetuximab-Docetaxel-Cisplatino quincenal hemos obtenido efectividad, con un perfil de toxicidad aceptable y evitando una administración semanal del tratamiento.

## ePóster 7

### Comorbilidad y hábitos tóxicos como factores pronóstico en cáncer epidermoide de cabeza y cuello.

**María José Martínez-Ortiz, Álvaro Martínez-Ortiz, José Balsalobre-Yago, Manuel Acosta** – H.U. Santa Lucía. Cartagena (Murcia). **Alberto Raposo** – H.U. Los Arcos del Mar Menor. **Gema Marín-Zafra** – H.U. Morales Meseguer. **Ana Belén Piñera-Moreno** – F. Química. Universidad de Murcia. **María Isabel Luengo, Teresa García-García** – H.U. Santa Lucía. Cartagena (Murcia)

**Introducción y Objetivos:** Está reflejado en la literatura el papel de la comorbilidad como factor pronóstico en cáncer epidermoide de cabeza y cuello (CECC) demostrándose una mortalidad no específica del 15- 20%, en los 3 años siguientes a la finalización del tratamiento. El objetivo de este análisis es evaluar el impacto de la comorbilidad, en términos de supervivencia en los pacientes en tratamiento por CECC en nuestro centro.

**Material y Métodos:** Análisis retrospectivo en el que se incluyeron aquellos pacientes que con diagnóstico de CECC completaron tratamiento en nuestro centro, previa valoración del comité de tumores, entre 2005 y 2012, con seguimiento de al menos 2 años. Se revisaron en Historia clínica (Selene v5.3.2, ©UTE Siemens) la comorbilidad y hábitos tóxicos, además de edad y género. Se calcularon las tasas de supervivencia a 2 años y se realizó un análisis de regresión de Cox para identificar las características de nuestros pacientes que modificaron su supervivencia a 2 años.

**Resultados:** La muestra estaba constituida por 408 pacientes, con una media de edad de 64,22 años (mínimo 28; máximo 98), siendo el 82,6% hombres y con ECOG 0-1 el 89% de los pacientes. El 75,7% recibían tratamiento crónico por al menos una comorbilidad. El tabaquismo y el enolismo, estuvieron presentes de forma sincrónica en el 42,4% (173 pacientes), con ausencia de ambos en el 15,4% (63 casos). Se trató de un tabaquismo severo (más de 40 paq/año) en el 40,7% de los pacientes y el 18,9% presentaba hábito enólico severo (>60 g/día). Las tasas de supervivencia a 2 años se situaron en un 65%. Con el análisis de regresión de Cox para identificar las características de nuestros pacientes que modificaron su supervivencia a 2 años, incluyendo edad, género, hábitos tóxicos y número de comorbilidades, obtuvimos los datos que se muestran en la Tabla 1.

	Análisis univariante			Análisis multivariante		
	HR	95% IC	p	HR	95%IC	p
<b>PACIENTE</b>						
<b>Edad (años)</b>	1,023	(1,011-1,036)	<b>0,000</b>	1,029	(1,013-1,046)	<b>0,000</b>
<b>Género</b>						
Hombre	1,000			1,000		
Mujer	0,996	(0,691-1,436)	0,983	0,842	(0,542-1,309)	0,446
<b>Comorbilidades (n)</b>	1,145	(1,042-1,258)	<b>0,005</b>	1,100	(0,986-1,228)	0,087
<b>Tabaquismo</b>						
No fumador	1,000			1,000		
≤40paquetes/años	0,912	(0,589-1,410)	0,677	1,235	(0,730-2,090)	0,431
>40 paquetes/años	0,979	(0,651-1,474)	0,920	1,024	(0,587-1,786)	0,934
Exfumador	1,284	(0,790-2,088)	0,313	1,239	(0,677-2,269)	0,487
<b>Enolismo</b>						
No enolismo	1,000			1,000		
≤60g/día	0,751	(0,529-1,067)	0,110	0,765	(0,503-1,164)	0,211
>60g/día	1,690	(1,192-2,395)	<b>0,003</b>	1,614	(1,020-2,554)	<b>0,041</b>
Exenolismo	1,256	(0,511-3,090)	0,619	0,593	(0,215-1,636)	0,313

Tabla 1. Comorbilidad y hábitos tóxicos en CECC: análisis univariante y multivariante.

**Conclusión:** En nuestro estudio el análisis univariante ha identificado como posibles factores pronóstico en su-

pervivencia a 2 años, la edad, comorbilidad y enolismo mayor de 60g/día, manteniéndose además en el análisis multivariante significativos estadísticamente la edad y el enolismo.

## ePóster 8

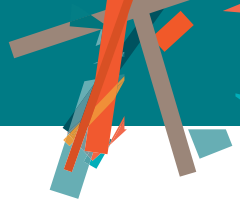
### Eficacia del tratamiento del cáncer de nasofaringe en el Hospital de León.

**Irene P. Delgado Sillero, Luis F. Sánchez Cousido, Mariana López Flores, Enrique Sánchez Aparicio, Mariam S. Rojas Piedra, Ángel Rodríguez Sánchez, Ana López González, Carmen Castañón López, José Reyes Rodríguez, Andrés García Palomo** – Complejo Asistencial Universitario de León

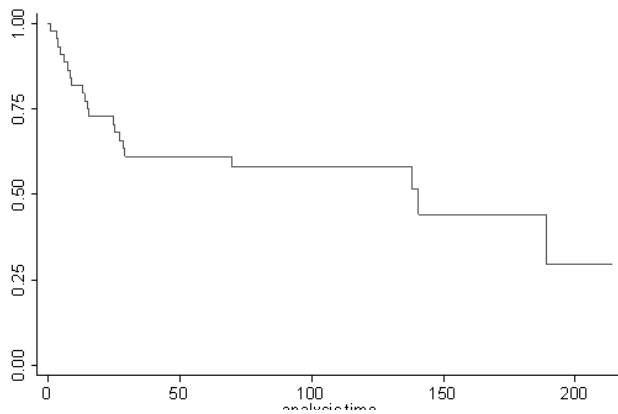
**Introducción y Objetivos:** El cáncer de cavum tiene una incidencia baja en España. Se trata de un tumor muy radiosensible, cuya estrategia terapéutica ha variado en los últimos años.

**Material y Métodos:** Se analizaron retrospectivamente los pacientes diagnosticados de carcinoma de nasofaringe entre los años 2000 y 2016 en el Hospital Universitario de León (CAULE). Se seleccionaron aquellos con confirmación histológica que hayan recibido tratamiento. Se excluyeron recidivas de un tumor previo (2), pacientes derivados de otros hospitales (20), y aquellos no tratados. Se analizó el tratamiento recibido por los pacientes, así como su evolución y supervivencia.

**Resultados:** Se trata de una muestra de 45 pacientes. La mediana de edad fue de 66 años. El 75,5% eran varones. El 33,3% presentaron estadios localizados (I-II), frente al 66,6% con estadios III-IV. El 77,7% recibieron radioterapia radical. El 42,2 % recibieron quimioterapia neoadyuvante. Los principales esquemas empleados fueron Al-Sarraf o cisplatino-docetaxel. El 27% se trataron con quimiorradioterapia concomitante con cisplatino por 3 ciclos. Un 31,85% experimentaron recidiva: un 50% local exclusivamente y del 50% a distancia, el pulmón fue la localización más frecuente. La mediana del tiempo a la recidiva fue de 22,54 meses. La tasa de mortalidad fue del 50% en los que recibieron quimioterapia de inducción, frente a un 38,46% en aquellos que únicamente recibieron tratamiento con concomitancia, en ambos grupos principalmente por progresión de la enfermedad. Sin embargo, estos resultados no fueron estadísticamente significativos ( $p=0,72$ ). Con un análisis de Cox, la HR: 1,07 (IC 95%: =0,35-3,29)  $p=0,90$ . La supervivencia libre de enfermedad a los 5 años fue del 68,3%, (IC 95%: 0,51-0,81), y la supervivencia global a 5 años fue del 59% (IC 95%: 0,43-0,72) empleando un análisis de Kaplan Meier.



**Conclusión:** Actualmente, no existe consenso claramente establecido en relación al abordaje terapéutico del cáncer de cavum, sobre todo en estadios localmente avanzados. En nuestro centro, no hemos observado un beneficio en supervivencia a favor de la quimioterapia de inducción frente a concomitancia. Dada la ausencia de datos publicados que comparen los esquemas principales, se precisan más estudios prospectivos de investigación en esta línea.



Curva de supervivencia global

**ePóster 9**

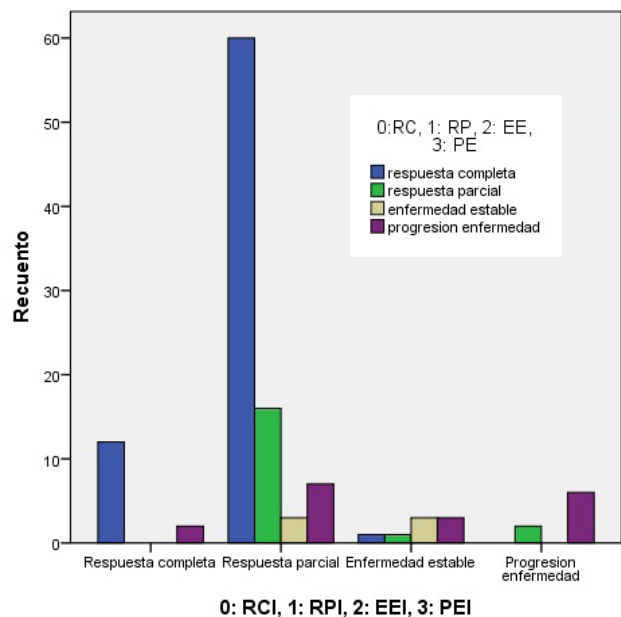
**Importancia de la respuesta a quimioterapia de inducción (QTI) en el carcinoma epidermoide de cabeza y cuello localmente avanzado (CYCLA).**

**Rocío Urbano Cubero, Irene Carrasco García** – Hospital Universitario Virgen Del Rocío. **Sonia García Rodríguez** – Hospital Virgen de Valme. **Miguel De Los Santos García Carrasco, Gala Martínez Bernal** – Hospital Universitario Virgen del Rocío. **María José De Miguel Luken** – HM Sanchinarro. **Jerónimo Pachón Ibáñez, Begoña Quintana Angel** – Hospital Universitario Virgen del Rocío. **María Luísa Sánchez Bernal, Manuel Chaves Conde** – Hospital Virgen de Valme

**Introducción y Objetivos:** Entre las alternativas terapéuticas del CYCLA, el tratamiento neoadyuvante y secuencial se utilizan, en práctica habitual, en pacientes sintomáticos a pesar de no existir un claro beneficio de la QTI y asumiendo la toxicidad de este esquema. Nuestro objetivo es analizar la eficacia de estos esquemas en nuestros pacientes, e identificar el posible papel de la respuesta a la QTI como predictor de RC al final del tratamiento. En una segunda fase, correlacionaríamos esta respuesta con biomarcadores, relacionados con reparación de daño al DNA, que nos ayuden en la selección de pacientes para estos esquemas.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes tratados, entre Febrero 2008 y Marzo 2017, en HUVRocío y HUVValme con CYCLA (oral, orofaringe, hipofaringe, laringe o metástasis de primario desconocido) con tratamiento secuencial o neoadyuvante usando como QTI DCF seguido de RT (cisplatino, carboplatino, cetuximab o no radiosensibilizante). Como datos de eficacia analizaremos RC al final del tratamiento, SLP y SG. Correlacionaremos las RC+RP tras QTI con la RC al final del tratamiento.

**Resultados:** Se revisan 116 pacientes (edad media 58 años, 80,2% estadios IV) tratados de forma secuencial el 79,3% (cisplatino 36,2%, carboplatino 25% y cetuximab 18,1%). La tasa de RC al final del tratamiento fue 62,9% siendo SLP mediana 24 meses y la SG 46 meses. RC al final del tratamiento se obtiene en el 72%(n:72) de respondedores a QTI (n:100) y en el 6,2% (n:1) de los no respondedores a QTI (n:16). Los pacientes que responden a QTI y se incluyen en un tratamiento secuencial (n:80) consiguen RC al final del tratamiento el 56,75% cisplatino, 77,77% carboplatino y 56,2% cetuximab.



Correlación entre pacientes respondedores a la inducción y la obtención de RC al final del tratamiento

**Conclusión:** La tasa de RC al final del tratamiento en nuestros pacientes es superior a la descrita en literatura (42,5%), sin embargo la SLP y SG son inferiores en posible relación con el tamaño muestral y el uso fuera de ensayo. Dada la diferencia en tasa de RC al final del tratamiento entre respondedores y no respondedores a QTI, nos parece un objetivo adecuado a usar en nuestra búsqueda de biomarcadores predictivos. En nuestros pacientes parece existir una mayor probabilidad de RC al final de tratamiento si se usa un platino como radiosensibilizante.

## ePóster 10

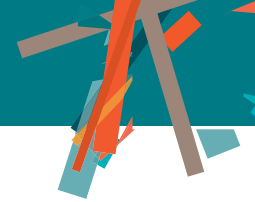
**INCIDENCIA DE CÁNCERES INFRECIENTES EN EL SÍNDROME BRCA: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN 23 FAMILIAS.****Santiago Cabezas Camarero, Carmen Sánchez Toro, Isabel Díaz Millán, Helena Olivera Pérez-Frade, Pedro Pérez Segura** – Hospital Clínico San Carlos**Introducción y Objetivos:** Existen pocos datos sobre la incidencia de tumores habitualmente no vinculados al síndrome BRCA. El objetivo fue describir la incidencia de neoplasias infrecuentemente asociadas a este síndrome.**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de familias atendidas en la Unidad de Consejo Genético del Servicio de Oncología Médica del Hospital Clínico San Carlos. Se seleccionaron los casos de portadores confirmados (PC) o portadores obligados (PO) de mutaciones patogénicas en BRCA, afectos de cánceres infrecuentes o habitualmente no vinculados al síndrome BRCA.**Resultados:** Entre los años 1999 y 2018 se identificó a 23 pacientes BRCA+ afectos de cánceres infrecuentes (CI) en este síndrome, 9 con mutación en BRCA1 (B1) y 14 en BRCA2 (B2). Desarrollaron 35 cánceres agrupables en 14 tipos de CI en este síndrome: pulmón (N=10 (B1: 3, B2: 7), Fumador: 4, No fumador: 6), vejiga (N=3 (B2), Fumador: 2, No fumador: 1), ORL (N=3 (B2), Fumador: 1, No fumador: 2), Cérvix (N=1 (B1)), Papilar de tiroides (N=2 (B1, B2)), Melanoma (N=3 (B1:2, B2:1)), Timoma (N=1 (B1)), Colangiocarcinoma (N=1 (B1)), Linfoma No Hodgkin (N=2 (B2)), TNE pancreático (N=1 (B2)), Adenocarcinoma endometrio (N=2 (B1, B2)), Glioblastoma (N=1 (B2)), Gástrico tipo intestinal (N=1 (B2), Fumador), Piel (N=2, Basocelular (B1), Epidermoide (B2)). Mediana de edad al diagnóstico de CI: 62 años (29-83). De los 23 pts afectos de CI, 12 desarrollaron segundos primarios, los más frecuentes mama (N=8) y ovario (N=2). Los 23 pts afectos de CI tenían <sup>3</sup> 1 familiar de 1er grado (PC ó PO) afecto de cáncer, y 9/23 tenían <sup>3</sup> 1 familiar de 2º grado (PC ó PO) afecto de cáncer, generalmente mama, ovario o próstata.**Conclusión:** El síndrome BRCA parece asociarse a varios tipos de cánceres históricamente no vinculados al síndrome, particularmente en familias con una alta penetrancia del mismo. Sería necesario confirmar esta posible asociación patogénica, así como conocer mejor los factores que condicionan el desarrollo de cada tipo de cáncer en el síndrome BRCA para elaborar medidas de prevención.

## ePóster 11

**Influencia de la edad en el pronóstico del cáncer de cavidad oral.****Julia Villamayor Sánchez, Sara Martínez, Sergio Martínez, Beatriz Castelo, David Viñal, Laura Gutiérrez, Juan Pablo Pérez** – Hospital La Paz**Introducción y Objetivos:** El cáncer de cavidad oral presenta como factores pronósticos establecidos el estadio y otros derivados de la anatomía patológica. Recientemente se ha teorizado que en pacientes de menor edad se da un comportamiento más agresivo. El objetivo de este estudio es analizar las diferencias en supervivencia y en la presencia de factores pronósticos en función del grupo de edad.**Material y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo incluyendo a los pacientes diagnosticados de carcinoma epidermoide de cavidad oral en un hospital de tercer nivel de 2010 a 2015. Se recogieron variables demográficas e histológicas y se analizó el tratamiento recibido y la evolución. Se analizó comparando pacientes menores y mayores de 45 años (desde ahora, 45).**Resultados:** Se incluyeron 118 pacientes, de los cuales el 7% fueron <45. Con una mediana de seguimiento de 42 meses la mediana de supervivencia global (SG) fue menor en los pacientes <45 (26 frente a 60 meses) así como la supervivencia libre de progresión (SLP; 14 frente a 35 meses), aunque sin significación estadística. En la distribución de los factores pronósticos entre grupos, ninguna de las comparaciones alcanzó significación estadística. Se observaron mayores porcentajes de consumo de tóxicos en <45 (8% más para el tabaco y 21% en el caso del alcohol), así como un 24% más de estadios avanzados (III y IV) al diagnóstico. La proporción de afectación perineural, linfovascular, extranodal y de márgenes quirúrgicos fue similar; tampoco hubo más incidencia de segundos tumores. En el grupo de <45 se dieron un 11% menos de tratamientos adyuvantes frente a un 30% más de tratamientos en caso de recaída.**Conclusión:** Los pacientes menores de 45 años muestran tendencia a una menor SLP y a menor SG, lo que apoya la influencia de una menor edad en el pronóstico de este tumor. Sin embargo, la proporción de estos pacientes es del 7%, lo que es concordante con lo previamente descrito; esto hace necesario un mayor tamaño muestral para buscar una explicación a este hecho.

## ePóster 12

**Perfil de comorbilidad en pacientes con cáncer epidermoide de cabeza y cuello en nuestro centro.****María José Martínez-Ortiz, José Balsalobre-Yago, Álvaro Martínez-Ortiz, Juan José Haro** – H.U. Santa Lucía. Cartagena (Murcia). **Gema Marín-Zafra** – HU Morales Meseguer. Murcia. **Vicente García-Martínez** – H.U. Santa Lucía. Cartagena (Murcia). **Ana Belén Piñera-Moreno** – F. Química. Universidad de Murcia. **María Isabel Luengo, Mónica Martínez-Penella, Teresa García-García** – H.U. Santa Lucía. Cartagena (Murcia)



**Introducción y Objetivos:** El cáncer epidermoide de cabeza y cuello (CECC) se presenta como enfermedad localmente avanzada en el 50-60% de los pacientes. La elección del tratamiento requiere una valoración multidisciplinar y está condicionada entre otras por las características del paciente, destacando la comorbilidad, cuyo papel está reflejado en la literatura como factor pronóstico de supervivencia. El objetivo de este análisis es evaluar el perfil de comorbilidad en los pacientes en tratamiento por CECC en nuestro centro.

**Material y Métodos:** Análisis retrospectivo en el que se incluyeron aquellos pacientes que con diagnóstico de CECC (conforme a base de datos de Anatomía Patológica), completaron tratamiento en nuestro centro, previa valoración por nuestro comité de tumores, entre 2005 y 2012. Se revisaron en historia clínica (Selene v5.3.2, ©UTE Siemens) la comorbilidad que presentaban y los fármacos que recibían por la misma. Se calcularon las tasas según número de comorbilidades sincrónicas en mismo paciente y las tasas por tipo de comorbilidad.

**Resultados:** La muestra estaba constituida por 408 pacientes, con una media de edad de 64,22 años (mínimo 28; máximo 98), siendo el 82,6% hombres y un 17,4% mujeres, con ECOG 0-1 el 89%. El 24,3% no presentaba ninguna comorbilidad, mientras que el 75,7% recibían tratamiento crónico por al menos una comorbilidad. El 29,7% (121 pacientes) tenían diagnosticada una comorbilidad previa al CECC y el 21,8% (89 pacientes) 2 comorbilidades, siendo las más frecuentes la HTA (37,5%), dislipemia (21,8%), DM (21,6%), cardiopatía (18,6%), enfermedad pulmonar, fundamentalmente EPOC (16,7%) y cáncer previo (8,8%). La Tabla 1 muestra la distribución según comorbilidades de nuestra serie y la comparativa con algunas publicaciones de características similares a la nuestra.

**Conclusión:** La muestra de pacientes de nuestro estudio está especialmente condicionada por una elevada comorbilidad, con tasas superiores al 75%, fundamentalmente por factores de riesgo cardiovascular, cardiopatía y EPOC, en muy probable relación con los hábitos tóxicos, cifra superior a otras series similares publicadas.

Cormobilidad	Nuestra serie N=408	Piccirillo 1998 N=193	Piccirillo 2004 N=17712
HTA	37,5%	0,6%	38%
DM	21,6%	7,9%	11%
Cardiopatía	18,6%	12%	-
Pulmonar	16,7%	17,9%	-
Hepática	6,4%	4,1%	-
Vascular	8,8%	8,9%	-
Cáncer previo	8,8%	8,6%	13%
Renal	2,5%	1,6%	-

Tabla 1. Distribución de comorbilidad en nuestra serie y otras publicadas

### ePóster 13

## Quimiorradioterapia concomitante con Cisplatino (CDDP) o Cetuximab para el carcinoma epidermoide de cabeza y cuello localmente avanzado.

**Vilma Pacheco-Barcia, Jacobo Rogado, Beatriz Vera, Alfonso Cruz-Conde, Antonio Barbosa, Ian Zylberberg, Nerea Bilbao, Ramon Colomer, Rebeca Mondéjar, Ana Isabel Ballesteros** – Hospital Universitario La Princesa

**Introducción y Objetivos:** El tratamiento estándar de los pacientes con carcinoma epidermoide de cabeza y cuello localmente avanzado es CDDP o Cetuximab concomitante con radioterapia definitiva (RT), pero no hay datos concluyentes sobre su comparación.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de 180 casos de cáncer de cabeza y cuello diagnosticados entre enero de 2013 y octubre de 2017. Se incluyeron 48 pacientes con enfermedad localmente avanzada. Las diferencias clínicas y demográficas y la toxicidad relacionada con el tratamiento se analizaron con la prueba de Chi cuadrado. La supervivencia libre de enfermedad (SLE) y la supervivencia general (SG) se evaluaron con análisis univariante y multivariable.

**Resultados:** 30 pacientes recibieron tratamiento con CDDP y 18 Cetuximab, la mediana de edad fue de 67 años. Los pacientes tratados con Cetuximab fueron mayores ( $p = 0,003$ ) y mostraron más comorbilidades ( $p = 0,08$ ). La cohorte de Cetuximab mostró un 83% de pacientes con ECOG PS 1 en comparación con un 26% en la cohorte de CDDP ( $p < 0,0001$ ) y un 16% de enfermedad renal en comparación con un 0% ( $p = 0,04$ ), respectivamente. No se observaron diferencias en la edad, el estadio o la dosis



de RT. Más pacientes interrumpieron el tratamiento con CDDP ( $p = 0,005$ ) relacionado con la toxicidad: insuficiencia renal ( $p = 0,0001$ ) y toxicidad hematológica ( $p = 0,01$ ). Dermatitis fue más frecuente con Cetuximab ( $p = 0,001$ ). Cetuximab tiene una menor SG comparado con CDDP (mediana de 39 frente a 19 meses,  $p = 0,005$ ), un hallazgo que persistió en el análisis multivariante (hazard ratio [HR] 7,83, intervalo de confianza [IC] 95% 1,53-40,12,  $p = 0,01$ ) Otros factores asociados con peor SG en univariante, que permanecieron como predictores independientes en el análisis multivariante son las comorbilidades (HR 5,11, IC95% 1,07-24,34,  $p = 0,04$ ) y cT3-4 (HR 5,34, IC95% 1,21-23,57,  $p = 0,01$ ). No se observaron diferencias en la SLE entre los tratamientos (HR 0,51; IC del 95%: 0,20 a 1,31;  $p = 0,16$ ).

	HR	95% CI	Valor p
Edad	0.98	0.91-1.05	0.70
ECOG PS (0 vs 1)	1.19	0.24-5.76	0.82
Comorbilidades (No vs Sí)	5.11	1.07-24.34	<b>0.04</b>
Enfermedad Renal (No vs Sí)	2.12	0.47-9.5	0.29
cT (0-2 vs 3-4)	5.34	1.21-23.57	<b>0.01</b>
Estadio (III vs IVa)	0.21	0.02-2.30	0.19
CDDP vs Cetuximab	7.83	1.53-40.12	<b>0.01</b>

Tabla 1. Análisis Multivariante de Factores Pronósticos para SG

**Conclusión:** CDDP es efectivo, pero muestra una mayor toxicidad en LASCCHN. Los pacientes de edad avanzada con bajo rendimiento, enfermedad renal o comorbilidades pueden beneficiarse de Cetuximab con un control aceptable de la enfermedad, teniendo en cuenta que el CDDP es el programa de referencia.

## ePóster 14

### Relación entre el rash cutáneo inducida por cetuximab y supervivencia en pacientes con cáncer de cabeza y cuello tratados en Cádiz.

**Petra Rosado Varela** – Unidad de atención integral al cáncer. Hospital de Puerto real y Puerta del Mar (Cádiz). **Alicia Quílez Cutillas** – Unidad de atención integral al cáncer. Hospital de Puerto real y Puerta del Mar (Cádiz). **María Pacheco Herrera** – Médico interno residente

**Introducción y Objetivos:** Los estadios III y IV del cáncer de cabeza y cuello pueden tratarse con cetuximab, un anticuerpo monoclonal cuyo efecto secundario más común es el exantema. La presencia de reacciones cutáneas se ha asociado a mayores tasas de respuesta al cetuximab en los tumores colorrectales, pancreáticos y otros tipos de cáncer. El objetivo de nuestro estudio es evaluar la relación entre la severidad del rash inducido

por cetuximab y su beneficio clínico en pacientes con carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello tratados con esta terapia.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo en el hospital de Puerto Real (Cádiz) en pacientes con cáncer de cabeza y cuello epidermoide irreseccable o metastásico tratados con cetuximab en monoterapia o combinado con quimioterapia entre junio de 2014 y junio de 2016. Dividimos a los pacientes en tres grupos: pacientes sin toxicidad cutánea, erupción cutánea de grado 1 o grado 2. Excluimos pacientes con enfermedades cutáneas previas que podrían interferir con la aparición de erupción cutánea inducida por cetuximab.

**Resultados:** Dieciséis hombres fueron analizados; ocho (50%) desarrollaron toxicidad grado 1 y cinco (31.3%) grado 2. Los restantes pacientes (3) no presentaron rash cutáneo. La mediana de supervivencia fue de 40.873 semanas en el grupo de erupción cutánea grado 2, 30.738 semanas en el grupo de erupción cutánea de grado 1 y 72.867 semanas en el grupo de pacientes sin toxicidad. Los datos no muestran una diferencia estadísticamente significativa entre estos grupos ( $p = 0,450$ ). Los pacientes que manifestaron erupción de grado 1 a 2 no se asociaron con mayor supervivencia libre de progresión ( $p = 0,802$ ) ni respuesta tumoral ( $p = 0,619$ ). Algo más de la mitad de los pacientes (56.3%) murieron durante el período de seguimiento del estudio.

**Conclusión:** La asociación entre las variables estudiadas no ha revelado significación estadística para ser aplicable en la práctica clínica. Sin embargo, es muy posible que el reducido tamaño grupal sea una limitación significativa en la investigación. Se necesitan más estudios para concluir una relación casual entre la gravedad de la erupción cutánea inducida por cetuximab y el resultado clínico en pacientes con cáncer de cabeza y cuello

## ePóster 15

### REVISIÓN DEL TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA Y CETUXIMAB EN EL CARCINOMA EPIDERMOIDE DE CABEZA Y CUELLO LOCALMENTE AVANZADO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ALAVA.

**Nuria Torrego Artola, Iosune Guillen Blanco, Mireia Martínez Kareaga** – Hospital Universitario de Alava. **Nerea Urbieto Macazaga** – Instituto de Investigación Sanitaria Biodonostia. **Alicia Narro Marin, Laura Puntí Brun, Garbiñe Unanue Oyarbide, Garbiñe Garcia Gomez, Iratxe Inchaurre Echevarria, Severina Dominguez Fernandez** – Hospital Universitario de Alava

**Introducción y Objetivos:** Cetuximab es un anticuerpo monoclonal antiEGFR que utilizado concomitante con la radioterapia (RT) ha demostrado aumento del control locoregional con aceptable tolerancia en los carcinomas

epidermoides de cabeza y cuello (CECC) localmente avanzados. Revisamos la experiencia de dicho tratamiento en nuestro centro.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo de 25 pacientes (p) diagnosticados de CECC localmente avanzados irresecables y tratados con RT y cetuximab entre enero 2007 y mayo 2018. Revisamos las características clínicas de los pacientes, estadios, localización, toxicidad y supervivencia.

**Resultados:** De los 25 p, la edad media al diagnóstico era 70.1 años. El 96% (24p) eran hombres y 64% presentaban ECOG 1 al inicio del tratamiento. Se realizó determinación del virus papiloma humano en 1p (4%), siendo positivo y 22p (88%) eran fumadores activos o exfumadores al diagnóstico. El tumor primario se localizaba en laringe en 14p (56%), orofaringe en 7p (28%), hipofaringe en 2p (8%), en seno maxilar 1p (4%) y 1p origen desconocido. El 100% se diagnosticó en enfermedad localmente avanzada, 40% (10p) estadio III, 36% (9p) estadio IVA y 24% (6p) estadios IVB. De los 25p, 1 recibió quimioterapia (QT) de inducción y los 24 restantes tratamiento con RT-cetuximab exclusivamente. En cuanto al tamaño del tumor, 36% (9p) presentaban T4, 44% (11p) T3, 16% (4p) T2 y 4% (1p) Tx y referente al número de ganglios afectados, 48% (12p) presentaban N2-N3 y 52% (13p) N0-N1. Se objetivó mucositis G3-G4 en 11p (44%) y rash G3-G4 en 4p (16%). Ninguno presentó dermatitis ni astenia G4. 60% completaron el tratamiento y a 4p (16%) se les realizó rescate quirúrgico. La supervivencia libre de progresión fue 16 meses (m) con un intervalo de confianza (IC) 95% 9.4 -22.6 m y la supervivencia global 20 m con IC 95% 11.9 -28.1 m

**Conclusión:** Los resultados concuerdan con la bibliografía, objetivándose un buen perfil de toxicidad y bajo porcentaje de efectos secundarios grado 3-4. El desarrollo de nuevos fármacos basados en la inhibición de dianas moleculares específicas en combinación con RT ha permitido disponer de una alternativa eficaz y segura a la QT -RT, en pacientes en los que el cisplatino esté contraindicado.

### ePóster 16

## SEGUIMIENTO DE 11 AÑOS DEL TRATAMIENTO DE QUIMIORADIOTERAPIA O QUIMIOTERAPIA DE INDUCCIÓN SEGUIDA DE QUIMIORADIOTERAPIA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.

**Beatriz Losada Vila, David Gutiérrez Abad, María Victoria De Torres Olombrada, Ignacio Juez Martel, Julia Calzas Rodriguez, Diego Malón Giménez, Laura Rodríguez Lajusticia, Begoña Caballero Perea, Blanca Ludeña Martínez, Juan Antonio Guerra Martínez – Hospital Universitario de Fuenlabrada**

**Introducción y Objetivos:** Los tumores de cabeza y cuello se diagnostican hasta en un 60% en un estadio avanzado. La quimioradioterapia (QTRT) es el tratamiento de elección si no hay signos de enfermedad a distancia, sin embargo existe controversia en casos de tumores localmente avanzados agresivos, en donde la quimioterapia de inducción (docetaxel, cisplatino, 5FU) previa a la QTRT puede ofrecer un mejor control de la enfermedad metastásica.

**Material y Métodos:** Presentamos un estudio retrospectivo de 49 pacientes diagnosticados de carcinoma epidermoide de cuello entre los años 2007-2015 (seguimiento actualizado en marzo 2018), tratados con QT de inducción seguido de QTRT (24 p, grupo A) vs QTRT concomitante (25 p, grupo B).

### Resultados:

☐ >70% fumadores+hábito enólico. Mayor número de comorbilidades (escala Charlson) en el grupo B (44%) vs 20.8% (más frágiles grupo B con peor tolerancia).

☐ Tolerabilidad:

◊ Grupo A 19/24 (79.2%) reciben los 3 ciclos de TPF, 12/24 (50%) finaliza QTRT concomitante.

◊ Grupo B aunque con retrasos de dosis, >80% reciben los 3 ciclos de QTRT. De los 5/25 p. (20%) con retrasos de dosis de RT, recaen 4/5.

☐ Supervivencia: (tabla 1): Superior en grupo A (66 meses vs 43.5 meses) con un seguimiento superior a 6 años, aunque con mayor tasa de recidiva ya que son pacientes más avanzados de entrada (72% T3-T4N2 vs 32% grupo B) y que no cumplen todo el tratamiento. Supervivencia libre de enfermedad desde fin de QTRT (SLE) superior en el grupo A (44.2 meses vs 29.5 meses), lo que nos indica que aunque en nuestra población recidiven más los pacientes del grupo de inducción (41.6% vs 32.3%) la enfermedad se controla durante más tiempo que en el grupo B.

### Conclusión:

-Nuestros grupos no son comparables dado que los pacientes del grupo de inducción presentan enfermedad más avanzada. La mayor tasa de recidiva puede ser debida a ello y a un peor cumplimiento del tratamiento de QTRT.

-A pesar de una mayor recaída, la supervivencia global y control de la enfermedad tras QTRT es superior en el grupo de inducción. Alta tasa de segundos primarios en una población fumadora y con hábito enólico.

-Debemos seleccionar mejor el perfil de pacientes donde realizar QT inducción y realizarla en centros con alta experiencia.



Variables	QT inducción + QTRT (grupo A)	QTRT( grupo B)
>2 comorbilidades (Charlson)	<b>20.8%</b>	<b>44%</b>
Radioterapia		
66-70 Gy	<b>69%</b>	<b>84%</b>
Desconocido	<b>21%</b>	<b>8%</b>
No terminado	<b>10%</b>	<b>8%</b>
Sexo ( hombre/mujer)	<b>85.7%/14.3%</b>	<b>92%/8%</b>
Edad(años)	<b>56.9 ( rango 43-73)</b>	<b>62.2 (rango 35-79)</b>
Tumor estadio		
Metacronico tumores	---	<b>4%</b>
T1 N2M0	---	<b>4%</b>
T2N1M0	<b>4.2%</b>	---
T2N2M0	<b>4.2%</b>	<b>12%</b>
T3N0M0	<b>4.2%</b>	<b>32%</b>
T3N2M0	<b>20.8%</b>	<b>16%</b>
T4N0M0	<b>12.5%</b>	<b>16%</b>
T4N1M0	<b>12.5%</b>	---
T4N2M0	<b>41.7%</b>	<b>16%</b>
Tumor recurrencia/persistencia	<b>(41.6%)</b>	<b>(32.3%)</b>
Recurrencia		
- Metastasis	<b>25%</b>	<b>2.9%</b>
- Local and metastasis	<b>8.3%</b>	<b>5.9%</b>
- Local	<b>8.3%</b>	<b>23.5%</b>
Persistencia	<b>25%</b>	<b>24%</b>
Segundos tumores primarios	<b>8%</b>	<b>8%</b>
No recaidas	<b>33%</b>	<b>29.4%</b>
No terminado tratamiento	----	<b>4%</b>
Respuesta por imagen		
Respuesta completa PET/CT	<b>16.7%</b>	<b>40%</b>
Respuesta parcial PET/CT	<b>25 %</b>	<b>36%</b>
Respuesta compl/parcial TC	<b>54.2%</b>	<b>12%</b>
Respuesta paradójica	---	<b>4%</b>
Progresión o exitus durante tratamiento	<b>3.8%</b>	<b>8%</b>
Supervivencia		
Intervalo libre enfermedad tras QTRT (meses)	<b>44.2</b>	<b>29.5</b>
Supervivencia global (meses)	<b>66</b>	<b>43.5</b>

Tabla 1: Tratamiento de QT de inducción vs QTRT

## ePóster 17

**TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE LARINGE EN UN SOLO CENTRO ENTRE LOS AÑOS 2008-2016.**

**Soledad Medina Valdivieso, María García Muñoz, María Jesús Baldeón Conde, Leydy M. Paredes Durán, Roberto A. Escala Cornejo, Belén Cigarral García, Arántzazu Amores Martín, Raquel Seijas Tamayo, Elvira Del Barco Morillo, Juan Jesús Cruz-Hernández** – Hospital Clínico Universitario de Salamanca

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de laringe es el segundo tumor maligno más frecuente del área otorrinolaringológica tras el cáncer de cavidad oral. Dentro de los tratamientos que mejoran la supervivencia en este grupo de pacientes encontramos cirugía, radioterapia (RT), quimioterapia (QT) y quimiorradioterapia (QTRT) que son usadas solas o en combinación según el estadije.

**OBJETIVO:** Evaluar los resultados del tratamiento del cáncer laríngeo por estadios de los pacientes tratados en el Hospital Clínico de Salamanca entre los años 2008 y 2016.

**Material y Métodos:** Estudio observacional descriptivo, retrospectivo. Se identificaron en la base de datos del Servicio de Anatomía Patológica y se revisaron las historias clínicas de aquellos pacientes con diagnóstico histológico de cáncer de laringe entre los años 2008 y 2016.

**Resultados:**

N=176. Hombres 96%, mujeres 4%.

Pacientes según estadio: Tis=11 (6.25%), I=66 (37.5%), II=31 (17.6%), el III=22 (12,5%), seguido por el IVa=43 (24.43%), IVb=1, IVc=2.

Tratamiento por estadios:

• Precoces: Cirugía=85.2%, RT=12.9%, QT= 1.8% (debido a otro primario con peor pronóstico).

• Localmente avanzados:

o Cirugía=66.2% (de las cuales el 73.3% cirugías mutilantes y el 63.2% precisó cirugía ganglionar). Preciso adyuvancia el 57.1% con RDT y el 14.3% QTRT con cisplatino.

o Otros tratamientos=33.8%.

• QT inducción=8 pac (6 TPF y 2 PF), de los cuales 7 con actitud preservadora. Tras QT inducción, 4 pac concomitaron RT con Cisplatino y los otros 4 con Cetuximab. Eficacia: 6 RC, 1 RP y 1 persistencia con rescate quirúrgico.

• QTRT/RT-Cetuximab=12 pac (1 pac Cetuximab, resto con cisplatino), de los cuales 10 con actitud preservadora. Eficacia: 5 RC, 4 RP y 1 persistencia con rescate quirúrgico

Tasa de recaída en avanzados resecables: ver tabla.

Se registró una mortalidad del 33.7% (55 pac) con una mediana de supervivencia global de 84 meses (estratificación de la supervivencia según estadio: 98 meses estadios precoces vs 34 meses estadios avanzados).

	Tasa de recaída (n)
<b>Cirugía ± tratamiento adyuvante</b>	23.9% (11)
<b>QTRT</b>	20% (2)
<b>QT de inducción</b>	42.9% (3)

*Tasa de recaída en avanzados resecables*

**Conclusión:** La mayoría de los enfermos en nuestro hospital se diagnostican en estadios precoces. En nuestro hospital existe una gran tendencia a realizar estrategias quirúrgicas en estadios localmente avanzados. Entre los estadios avanzados se registran cirugías mutilantes en más del 70% de los enfermos. El tratamiento de preservación de laringe en estadios localmente avanzados en nuestro centro es infrecuente.

## CÁNCER HEREDITARIO

### ePóster 18

#### ¿Es el cáncer de mama en el varón una entidad rara? A propósito de un varón portador de mutación BRCA2.

**Alicia Quílez Cutillas, Esperanza Arriola Arellano, Patricia Ramirez Daffós, Sara Estalella Mendoza, Rosario Marín, José Manuel Baena Cañada** – Hospital Universitario Puerta del Mar

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de mama en el varón es una entidad rara siendo las mutaciones en línea germinal de BRCA 2 la principal causa genética. Con el objetivo principal de concienciar sobre la necesidad de profundizar en el estudio de esta patología presentamos el caso de un varón de 66 años con cáncer de mama bilateral.

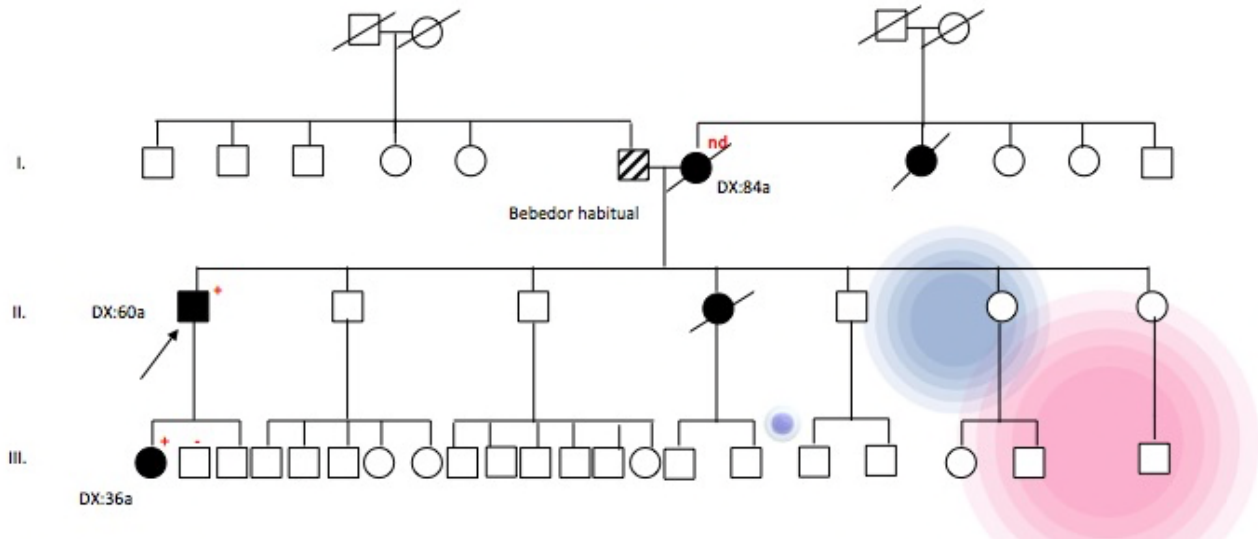
**Material y Métodos:** El caso se presenta en comité multidisciplinar de mama tomándose las decisiones pertinentes descritas según las recomendaciones actuales. El análisis anatomopatológico e inmunohistoquímico de las muestras nos apoya para realizar los tratamientos adyuvantes nombrados. La familia de nuestro paciente es estudiada en consulta de cáncer familiar analizándose el riesgo y aportándose las recomendaciones pertinentes pre y post test genético. (Figura 1)

**Resultados:** En mayo de 2012 nuestro paciente notó una tumoración y retracción del pezón de la mama izquierda. Se confirma el diagnóstico adenocarcinoma ductal infiltrante y se realiza mastectomía radical modificada izquierda siendo

el estadio patológico IIB y subtipo Luminal B. Recibió 4 ciclos adyuvante trisemanales de ciclofosfamida y doxorubicina seguido de radioterapia torácica y tratamiento con tamoxifeno. Desde Abril de 2013 asiste a visitas semestrales con anamnesis y exploración mamaria. En Junio de 2013 a partir del diagnóstico de cáncer de mama en su madre se realiza test genético BRCA 1 y 2 con resultado de portador de mutación patológica en BRCA 2. En Diciembre de 2017 consulta por palpase nódulo en mama derecha. Tras diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante de mama es intervenido mediante mastectomía derecha y BSGC siendo el estadiaje patológico IB. Actualmente continúa revisiones semestrales y tratamiento adyuvante con Letrozol con buena tolerancia

**Conclusión:** El cáncer de mama en el varón asociado a mutación del gen BRCA 2 presentan con más frecuencia un perfil inmunohistoquímico luminal. Esta característica les hace más susceptibles a ser tratados eficazmente en la adyuvancia con hormonoterapia siendo el tamoxifeno el tratamiento de elección. El abordaje está basado en recomendaciones con bajo nivel de evidencia. Presentamos este caso para concienciar de la necesidad de diseñar estudios de calidad y de llevar a cabo un mejor abordaje psicosocial en este grupo de riesgo de padecer un tumor fuertemente asociado al sexo femenino.

## Síndrome de mama y ovario hereditario BRCA2



Árbol genealógico de una familia con SCHMO. Caso índice: varón de 60 años portador de mutación en BRCA2 y diagnosticado de cáncer de mama bilateral, hija portadora y diagnosticada de cáncer de mama a los 36 años. Madre del caso índice diagnosticada de cáncer de mama a los 86 años y no realizado test genético.

## ePóster 19

## ¿POR QUÉ SON NECESARIAS LAS UNIDADES DE CONSEJO GENÉTICO EN CÁNCER?.

**María del Carmen Soriano Rodríguez, María José Molina Garrido, Faisal Abel Espinosa** – Hospital Virgen de la Luz de Cuenca. **Carmen Guillén Ponce** – Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid. **Sandra García Nieto** – Hospital General De Villarrobledo. **María Sol Sevilla Alonso, María del Mar Muñoz Sánchez, Jose Antonio Santiago Crespo, Amaya Olaverri Hernández** – Hospital Virgen de la Luz de Cuenca

**Introducción y Objetivos:** El cáncer constituye una de las principales causas de morbilidad del mundo. Las mejoras en supervivencia se deben a las actividades preventivas, al diagnóstico precoz y a los avances terapéuticos. Menos del 10% de las neoplasias se deben a mutaciones genéticas responsables de los síndromes hereditarios de predisposición al cáncer. Identificar a estos individuos es clave para iniciar medidas de prevención y diagnóstico precoz, con el objetivo de mejorar la supervivencia y disminuir la mortalidad asociada al cáncer

**Material y Métodos:** Hemos analizado de forma retrospectiva las características de pacientes diagnosticados de síndromes de predisposición hereditaria al cáncer en nuestro hospital, en 11 meses de funcionamiento de la Unidad de Consejo Genético en Cáncer.

**Resultados:** En el momento de análisis de los datos, disponemos de resultados de 70 estudios y han sido

diagnosticados 13 portadores de mutaciones genéticas de susceptibilidad al cáncer, lo que corresponde a un 19% de resultados informativos:

-10 pacientes con un síndrome de cáncer de mama y ovario hereditarios (6 mutaciones en gen BRCA1 y 4 mutaciones en gen BRCA2)

-3 individuos con un síndrome de Lynch (2 mutaciones en gen MLH1 y 1 en gen MSH6)

Siete pacientes son sanos (54%) y el motivo de iniciar estudio es el conocimiento de una mutación genética familiar, y seis (46%) presentan cáncer (3 de mama- 1 luminal y 2 triple negativo; 2 colorrectal, y 1 gástrico). (Ver figura resumen)

Todos ellos han sido informados de las medidas de prevención primaria y secundaria disponibles, y se está completando el estudio en familiares sanos en riesgo. Cuatro pacientes (31%) han decidido cirugías profilácticas reductoras de riesgos (mastectomías y ooforectomías) y una paciente ha sido remitida a una Unidad de Reproducción para realizar un diagnóstico genético preimplantacional (DGP) en su futura descendencia.

**Conclusión:** Es importante identificar a pacientes con síndromes de predisposición hereditaria al cáncer para planificar un seguimiento individualizado en función de su riesgo, informar de las opciones de cirugías profilácticas, del papel de la herencia y las opciones de DGP, y de continuar el estudio en familiares sanos en riesgo. Nuestra consulta es de reciente creación, pero ya hemos diagnosticado a un 19% de los pacientes de los que disponemos de resultados, esperamos mejorar el abordaje del cáncer y la supervivencia de nuestros pacientes.



Figura resumen de características de pacientes portadores de mutaciones genéticas

**Sd. Cancer de mama y ovario hereditarios**

ATM, BARD1, BLM, BRCA1, BRCA2, BRIP 1, CDH1, CHEK2, EPCAM, FAM175A, MEN1, MLH1, MSH2, MSH6, MRE11A, MUTYH, NBN, PALB2, PMS2, PTEN, RAD50, RAD51C, RAD51D, STK11, TP53, XRCC2.

**Sd. Digestivos, endocrinos, Urológicos, cutáneos**

AIP, ALK, APC, ATM, BAP1, BLM, BMPR1A, BRCA1, BRCA2, BRIP1, BUB1B, CDC73, CDH1, CDK4, CDKN1C, CDKN2A, CEBPA, CEP57, CHEK2, CYLD, DDB2, DICER1, DIS3L2, EGFR, EPCAM, ERCC2, ERCC3, ERCC4, ERCC5, EXT1, EXT2, EZH2, FANCA, FANCB, FANCC, FANCD2, FANCE, FANCF, FANCG, FANCI, FANCL, FANCM, FH, FLCN, GATA2, GPC3, HNF1A, HRAS, KIT, MAX, MEN1, MET, MLH1, MSH2, MSH6, MUTYH, NBN, NF1, NF2, NSD1, PALB2, PHOX2B, PMS1, PMS2, PRF1, PRKAR1A, PTCH1, PTEN, RAD51C, RAD51D, RB1, RECQL4, RET, RHBDF2, RUNX1, SBDS, SDHAF2, SDHB, SDHC, SDHD, SLX4, SMAD4, SMARCB1, STK11, SUFU, TMEM127, TP53, TSC1, TSC2, VHL, WRN, WT1, XPA, XPC.

Genes estudiados en ambos paneles.

**ePóster 20**

**¿QUÉ NOS PUEDEN OFRECER A DÍA DE HOY LOS PANELES MULTIGENES? EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE CONSEJO GENÉTICO.**

**Marta Zafra Poves, Alejandra Ivars Rubio, Pilar Moya Martínez, Jose Antonio Macias Cerrolaza, Francisco Ayala de la Peña – Morales Meseguer**

**Introducción y Objetivos:** La incorporación a la asistencia de los paneles multigenes ha supuesto un cambio radical en los protocolos y métodos de actuación de las unidades de consejo genético. En nuestro centro hemos consensuado una serie de criterios para su realización que hemos analizado como propuesta de ciclo de mejora.

**Material y Métodos:** Nuestra unidad trabaja con dos laboratorios públicos: uno especializado en síndrome de mama y ovario hereditario, con panel de 26 genes de susceptibilidad en familias de alta sospecha y BRCA no informativo, y otro laboratorio especializado en síndromes hereditarios digestivos, endocrinos y cutáneos (entre otros), con un panel de 94 genes implicados en síndromes de predisposición al cáncer (raros y comunes). Hemos recogido de forma retrospectiva la información clínica y molecular obtenida en estos estudios.

**Resultados:** Panel de mama-ovario: Desde mayo 2016 a febrero 2018 hemos realizado 60 estudios en familias de alta sospecha. Los criterios familiares se han dividido en 5 categorías: M1: ≥3 casos de CM/CO con 2 menores de 50 años (53%). M2: CM en varón + 2 casos CM /CO ó 1 caso CO/CM < 50 años (10%). M3: CM/CO en <25 años (5%). M4: CO <50 años + CM <35 años (8%). M5: ≥3 casos de CM/CO con uno bilateral y al menos uno <50 años (23%). Se han obtenido 5 resultados positivos (8.3% del total): 4 mutaciones patogénicas de ATM a 2 de ellas con criterios M2 (33%), 1 con M1 (3%), 1 con M5 (7%), y una mutación en MYH (en M1). Panel de digestivo-otros: Desde enero 2016 hasta marzo 2018 hemos realizado 41 paneles en familias de alta sospecha (27 de cáncer colon familiar, 5 de cáncer de páncreas familiar, 2 síndromes de Gorlin, 2 melanoma familiar, y 5 más con sospecha de diferentes síndromes raros). Se han obtenido 4 resultados positivos (10%): 2 mutaciones patogénicas en BRCA2 (ambas familias sin criterios de cáncer de mama-ovario hereditario), 1 mutación RET (sin clínica de MEN) y 1 MYH. A destacar que en ambas sospechas de Sd Gorlin hubo mutación positiva (1 BRCA 2 y 1 RET).

**Conclusión:** El análisis de los paneles multigenes realizados puede ayudar a orientar las indicaciones futuras de éstos para aumentar su rendimiento, y ampliará el estudio de síndromes más raros.

## ePóster 21

**ACTIVIDAD DE UNA UNIDAD DE CONSEJO GENÉTICO EN CÁNCER DE RECIENTE CREACIÓN.**

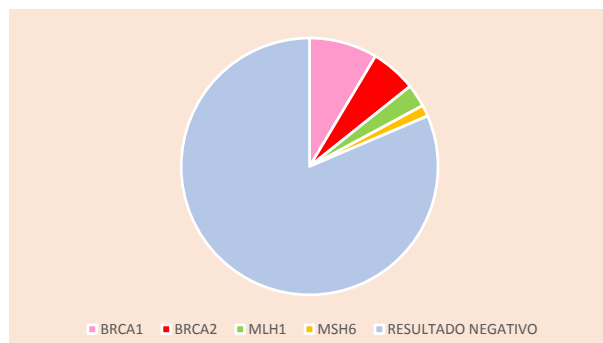
**María del Carmen Soriano Rodríguez, María José Molina Garrido** – Hospital Virgen de la Luz de Cuenca. **Carmen Guillén Ponce** – Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid. **Faisal Abel Espinosa, María Sol Sevilla Alonso, Jose Antonio Santiago Crespo, María del Mar Muñoz Sánchez, Amaya Olaverri Hernández, Milagros Recuenco Belmar** – Hospital Virgen de la Luz de Cuenca. **Sandra García Nieto** – Hospital General de Villarrobledo

**Introducción y Objetivos:** El consejo genético en predisposición hereditaria al cáncer es el proceso de informar y comunicar a familias en situación de riesgo de desarrollar neoplasias, de la probabilidad de presentar y transmitir este riesgo a su descendencia, su implicación, la posibilidad de realizar un estudio genético diagnóstico, y de las medidas disponibles para su prevención y diagnóstico precoz. Todo paciente con sospecha de un síndrome de predisposición hereditaria al cáncer, debe ser remitido a una Unidad de Consejo genético en Cáncer.

**Material y Métodos:** El Hospital Virgen de la Luz de Cuenca dispone de una Unidad de Consejo Genético en Cáncer desde junio de 2017, donde han sido valorados como primera visita médica 163 pacientes con sospecha de un síndrome de predisposición hereditaria al cáncer. Hemos analizado de forma retrospectiva los datos de los pacientes valorados en nuestra consulta, de reciente creación.

**Resultados:** De los 163 pacientes atendidos en una primera visita médica, se ha iniciado estudio sobre 157 que cumplían criterios de alto riesgo. El 26% eran sanos y han sido derivados por sus antecedentes familiares oncológicos (12%) o por la existencia de una mutación genética de susceptibilidad al cáncer (88%). El 74% presentaban cáncer: mama (41%), colorrectal (41%), ovario (6%), endometrio (4%), estómago (3%), páncreas (2%), glándula adrenal (1%), vejiga (1%) y sarcoma (1%). El estudio se ha iniciado a partir del análisis de una pieza tumoral en el 41% de los casos, y a través de una extracción sanguínea en el 59%. En el momento actual disponemos de resultados en 70 pacientes (45%): diagnosticando 13 pacientes (19%) de un síndrome de predisposición hereditaria al cáncer, y 57 individuos con resultados negativos (81%). De los 13 pacientes diagnosticados: 6 presentan mutaciones en el gen BRCA1, 4 en el gen BRCA2, 2 en MLH1 y 1 en MSH6 (Ver figura).

**Conclusión:** Gracias a la actividad de esta nueva Unidad en nuestro hospital, en menos de 1 año de funcionamiento, se han diagnosticado a 13 pacientes portadores de mutaciones genéticas de susceptibilidad al cáncer, en los que ya se ha iniciado un seguimiento individualizado en función de su riesgo, con estrategias de prevención y detección precoz, y se está continuando el estudio en familiares sanos en riesgo.



Resultados de estudios

## ePóster 22

**CAMBIOS EN LA CALIDAD DE VIDA ESPECÍFICA EN CÁNCER EN MUJERES EN SEGUIMIENTO POR ALTO RIESGO DE CÁNCER DE MAMA Y OVARIO HEREDITARIO.**

**Helena Olivera Pérez-Frade** – Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos, **María Eugenia Olivares Crespo, Santiago Cabezas Camarero, Juana María Brenes Sánchez, María Herrera De La Muela, Isabel Díaz Millan, María Jesus Merchán Morales, Jorge Ruíz Rodríguez, Miriam De La Puente Yagüe, Pedro Pérez Segura** – Hospital Clínico San Carlos

**Introducción y Objetivos:** El Consejo Genético en Oncología (CGO) es eficaz para detectar familias con alto riesgo de cáncer y facilitar prevención y detección precoz adecuadas. Estas familias acuden a consulta con historia personal/familiar de cáncer. El conocimiento de un posible incremento del riesgo oncológico puede suponer un impacto psicológico negativo. Una de las áreas de más relevancia en los últimos años es la calidad de vida. Existen instrumentos de evaluación que valoran calidad de vida específica en cáncer, de forma global (EORTC QLQ-C30) como específica en cáncer de mama (EORTC QLQ-BR23). El objetivo general es valorar el impacto en la calidad de vida específica en cáncer de mujeres con historia personal y/o familiar que se sometieron a estudio genético de genes de susceptibilidad al cáncer de mama y ovario hereditario (BRCA1/2).

Objetivos específicos:

- Determinar datos normativos, sociodemográficos, clínicos y calidad de vida.
- Identificar diferencias en calidad de vida específica en cáncer en el resultado y tras 1 año.
- Identificar diferencias en calidad de vida entre mujeres con ausencia/presencia de mutación BRCA.

**Material y Métodos:** La muestra está compuesta por 100 mujeres sometidas a estudio genético BRCA1/2 en seguimiento por riesgo elevado de cáncer de mama y ovario. Instrumentos:

- Entrevista semiestructurada
- Calidad de vida general en Oncología (EORTC QLQ-C30)
- Calidad de vida específica cáncer de mama (EORTC QLQ-BR23)



## Cáncer Hereditario

Se realizará una primera evaluación tras la recogida de resultado y una segunda tras un seguimiento de 1 año de mujeres no sometidas a cirugía reductora de riesgo.

**Resultados:**

- Análisis descriptivos de variables sociodemográficas y clínicas
- Diferencias en calidad de vida en cáncer en:
  - 1- Estatus de Salud Global
  - 2- Funcionamiento Físico, Emocional, Cognitivo, de Rol y Social.
  - 3- Síntomas: fatiga, náuseas, dolor, disnea, apetito, estreñimiento, económicos.
- Diferencias en calidad de vida en cáncer específica en cáncer de mama en:
  - 1- Imagen Corporal, Funcionamiento y Disfrute Sexual, Preocupación por Futuro.
  - 2- Síntomas: relacionados con tratamiento sistémico, con la mama, con el brazo, preocupación por futuro.

**Conclusión:** El CGO es muy beneficioso para la prevención, pero puede no estar exento de provocar impacto negativo en las personas estudiadas. La valoración de la calidad de vida con medidas a medio/largo plazo es fundamental para conocer el impacto de estos estudios.

## ePóster 23

**CÁNCER DE MAMA EN SÍNDROME DE BIRT-HOGG-DUBÉ: ¿HEREDITARIO O FENOCOPIA?**

**Raquel Bratos Lorenzo** – Hospital MD Anderson Cancer Center.  
**Paola Moyers** – Hospital Bitemédica Santa Fe. Ciudad de México.  
**Alejandro Rojo, Gema Moreno, Sonsoles Alonso, Virginia Corraliza, Pablo García, Mar López, Enrique Grande** – Hospital Md Anderson Cancer Center

**Introducción y Objetivos:** El Síndrome Birt-Hogg-Dubé (SBHD) es una genodermatosis autosómica dominante infrecuente de penetrancia completa y expresividad variable intra e interfamiliar debido a mutación en el gen de la foliculina (FLCN; cr17p11.2). Las principales manifestaciones clínicas son cutáneas, renales y pulmonares. Sin embargo, el cáncer de mama (CM) podría formar parte de su espectro fenotípico<sup>1</sup> (Alrededor del 5-10% del CM es hereditario). Objetivo: Resaltar la importancia de la historia clínica con antecedentes personales/familiares completos contrastados así como una minuciosa exploración física en la sospecha de cuadros infrecuentes. Valorar si nuestra probando obedece a un cáncer hereditario o esporádico.

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo de un CM derivado a la UCGCH en base a Antecedentes Familiares (AF). Posterior revisión bibliográfica para encuadrar el CM dentro del SBHD.

**Resultados:**

1. Descripción caso clínico:
 

Mujer sin antecedentes relevantes diagnosticada a los 41 años de un Carcinoma intraductal (CDi) G2 RRHH + tratado mediante mastectomía, BSGC derechas y RMI (DIEP) y quimioprofilaxis con Tamoxifeno.

A.F: (3 consultas)-Figura 1-

  - Padre: Adenocarcinoma células renales multicéntrico/bilateral G1/2 (diagnóstico: 57 años). Neumotórax postquirúrgico. Éxito: 70 años
  - Hermana: Oncocitoma parotídeo izquierdo (35 años). Neumotórax (x2; 39 años)
  - Tío paterno: CCC quístico-multilocular renal; G2-3; pT1aNxMx (70 años)
  - Primo segundo: C. renal bilateral (70 años)
  - Primas segundas (x2): CM (40/50 años)

EF: Múltiples pápulas milimétricas facies/tórax
2. Análisis molecular gen FLCN tras firma CI consultante (rechazo hermana):
 

FLCN: Exón 11.c.1285dupC\*; p.His429ProfsX27
3. Seguimiento:
 

Servicios neumología, urología, dermatología y oncología: Normal

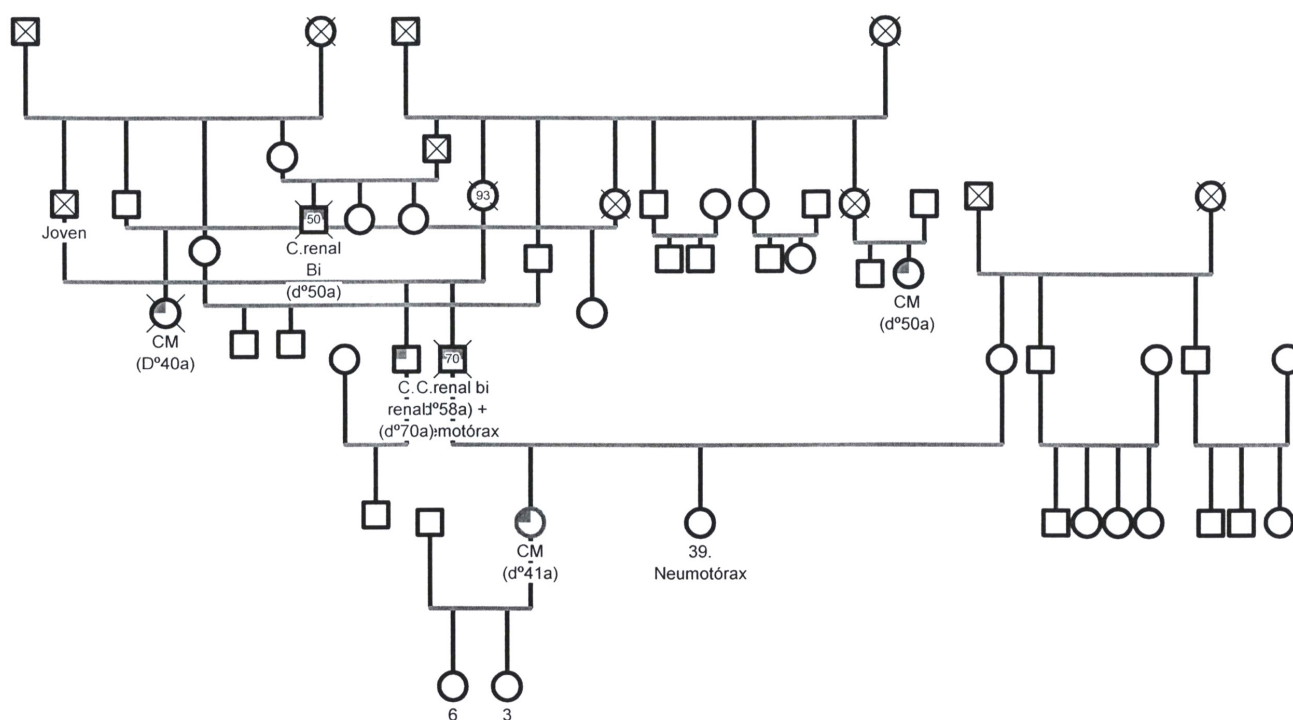
Hermana: Confirmado portador. Parotidectomía derecha (40 años)
4. Revisión bibliográfica<sup>2,3</sup>:
 

6 casos de CM con mutación germinal en FLCN.

Antecedentes de patología mamaria benigna en familias con SBHD.

**Conclusión:** En asesoramiento sobre cáncer hereditario es clave la historia clínica considerando antecedentes oncológicos y no oncológicos. El SBHD pudiera estar infradiagnosticado por la baja sospecha clínica con expresividad variable. Dada la prevalencia del cáncer de mama, nuestro caso podría corresponder con una fenocopia. Se requieren estudios adicionales.





Árbol genealógico

## ePóster 24

### Cáncer hereditario: Importancia del seguimiento estrecho en pacientes portadores.

**Ana Cardeña, Clara Olier, Susana Hernando, Diana Moreno, Alicia Hurtado, Juan Carlos Cámara, Xabier Mielgo, María García-Ferrón, Verónica Sotelo, Carlos Jara** – H. Universitario Fundación Alcorcón

**Introducción y Objetivos:** BRCA1 y BRCA2 son los genes que se asocian con una mayor proporción de casos al cáncer de mama y ovario hereditario. En este estudio analizaremos la epidemiología de los tumores asociados a pacientes portadores y la importancia del estudio de los familiares del caso índice y el seguimiento estrecho de los mutados para una detección precoz de neoplasias.

**Material y Métodos:** Se trata de un estudio retrospectivo en el que se incluyen pacientes BRCA1 y 2 positivos objetivados en consulta de cáncer familiar del H. Universitario Fundación de Alcorcón entre Junio 2006 y Abril 2015. Registramos datos demográficos, localización tumoral y características histológicas agrupados según la mutación descrita.

**Resultados:** Se analizaron 29 pacientes portadores de mutación (55% BRCA1 y 44% BRCA2). En esta serie hay dos varones, en concreto en la rama de BRCA2, siendo el resto mujeres. En cuanto a los BRCA1 mutados, encontramos un total de 19 casos de cáncer, siendo la localización de los casos la siguiente: 57% mama, siendo en tres casos bilateral. 42% ovario, dos de estas pacientes habían desarrollado cáncer de mama previo, una de ellas, bilateral. Respecto a los BRCA2, hay un total de 14 casos de cáncer, siendo la incidencia de cáncer de ovario menor que en las pacientes BRCA1 tal y como describe la literatura. La distribución de casos queda de la siguiente forma: 50% mama, ninguno bilateral. 28% ovario, una paciente diagnosticada además de cáncer de mama. 21% estómago/vía biliar. Si desglosamos los casos de cáncer de mama, destacar un total de 19 casos de carcinoma ductal infiltrante frente a 1 lobulillar infiltrante y 1 papilar (en 1 caso desconocemos histología) y todos fueron grado 2-3. Respecto a los receptores expresados, un total de 7 casos fueron triple negativo. Un dato importante de esta serie es que 8 de los casos diagnosticados de cáncer no fueron el caso índice en su familia.

**Conclusión:** Los datos encontrados en esta serie de pacientes se corresponden con la literatura previa descrita. Resaltar la importancia del estudio genético en familias portadoras y del seguimiento estrecho de los pacientes diagnosticados para detectar neoplasias de forma precoz.

## ePóster 25

**Caracterización molecular y búsqueda de efectos fundadores en familias de Canarias con Cáncer de mama y Ovario hereditario.**

**Elisenda Llabrés Valentí, Ana María Sánchez de Abajo, Jesús Brenes Castro, Avinash Ramchandani Vaswani, Alfonso Gómez de Liaño, Alicia Hernández Fuentes, Monica Cejuela Solís, Jose Andrés Rodríguez García, Elisa González, Elena Vicente Rubio** – *Universitario Insular de Gran Canaria*

**Introducción y Objetivos:** El síndrome de Cáncer de Mama y Ovario Hereditario (CMHO) es una enfermedad autosómica dominante causada por mutaciones germinales en los genes BRCA1 (17q21) y BRCA2 (13q12). La identificación de los genes BRCA1/2 ha representado un gran avance en el manejo de las familias con CMHO permitiendo a los portadores un seguimiento personalizado y detección precoz de tumores en una fase muy temprana.

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo de las familias canarias con mutación en BRCA1/2, analizando parámetros clínico, anatomopatológicos y resultantes del análisis genético. El cribado de mutaciones puntuales se realizó en todos los exones codificantes y secuencias intrónicas adyacentes por HRM (High Resolution Melting) y posterior caracterización de los patrones alterados por secuenciación directa. El estudio de grandes reordenamientos genómicos se realizó por MLPA (Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification).

**Resultados:** De las 611 familias valoradas en la consulta de cáncer hereditario, 385 tiene test genético finalizado. Se han identificado 55 familias con mutación patogénica (14,2%); 36 mutaciones distintas (19 en BRCA1 (32 familias) y 17 en BRCA2 (23 familias). El espectro de mutaciones patogénicas identificado en el gen BRCA1 nos sugirió fuertes efectos fundadores en la isla de Gran Canaria, donde hemos detectado una mutación recurrente [c.3582-3589del8 (p.His1195PhefsTer21)] que explica más del 70% de las familias con mutación en BRCA1.

**Conclusión:** El porcentaje de mutaciones patogénicas en las familias CMHO canarias fue del 14,2%, similar al detectado en otras poblaciones. No obstante, nuestros datos apuntaron a la presencia de una mutación fundadora que explica más del 70% de nuestras familias de Gran Canaria con mutación en BRCA1, lo que nos podría ayudar a optimizar los algoritmos para el estudio de mutaciones en estos genes.

## ePóster 26

**Criterios clínicos para clasificación del riesgo familiar en casos de sospecha de Cáncer de Mama y Ovario Hereditario (CMOH).**

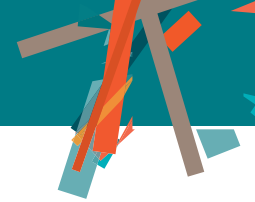
**Ana Isabel Vacas Rama, Marta Serrano Moyano, Natalia Chavarría Piudo, Silvia Patricia Silva Romeiro, Regina García Galindo, Carmen Paz Julbes** – *Hospital SAS Jerez de la Frontera*

**Introducción y Objetivos:** Cuando valoramos en consulta de Asesoramiento Genético a una familia con sospecha de CMOH, nos basamos fundamentalmente en criterios clínicos para tipificar el riesgo de la misma. Desde el año 2011 en la Comunidad Autónoma de Andalucía no se han revisado los criterios existentes, disponiendo en la actualidad de nuevos criterios acordes a la evidencia científica, que pudieran ser más específicos que los previos y así tener una tasa más elevada de mutaciones

**Material y Métodos:** Revisamos de manera retrospectiva, los resultados moleculares obtenidos tras Secuenciación Masiva de BRCA 1 y BRCA 2 + MLPA en los años 2016- 2017, realizados a familias de alto riesgo, categorizadas según los criterios vigentes en el Proceso Asistencial Integrado de la Junta de Andalucía (PAI) de 2011. Posteriormente hemos vuelto a revisar los genogramas correspondientes según los criterios publicados en 2017 en la Guía de Práctica Clínica en Cáncer Hereditario de la Comunidad Valenciana.

**Resultados:** En el período 2016-2017 se realizaron en nuestra unidad secuenciaciones masivas a 100 familias de alto riesgo, de las cuales se encontraron 9 mutaciones deletéreas y 91 resultados no informativos (tasa de detección del 9%). Tras revisar los genogramas con los nuevos criterios, establecemos que 43 estudios no se habrían realizado, sin haberse quedado fuera de estudio ninguna de las familias con mutación (tasa de detección 15,78%).→

**Conclusión:** Con los nuevos criterios adoptados para nuestra consulta según la Guía de Práctica Clínica de la Comunidad Valenciana, habríamos realizado 57 estudios moleculares, en lugar de 100, aumentando la tasa de detección de mutaciones deletéreas y sin perjuicio de ninguna de las familias donde se detectó mutación. Con esta medida esperamos aumentar la sensibilidad de detección de familias portadoras de mutación, reducir la lista de espera de la consulta, así como disminuir la ansiedad de las familias y la realización de estudios innecesarios



CRITERIOS ADAPTADOS DE PAI JUNTA ANDALUCIA 2011		
CASO UNICO	DOS CASOS (Primer o segundo grado)	TRES O MAS (Primer o segundo grado)
CM/CO misma paciente	CM bilateral + CM <50 <sup>a</sup>	CM+/- CO
CM (<35 años)	CM varón + CM o CO	
CM bilateral (<50 años)	CM + CO	
CM T negativo <50 años*	CM + CM <50 años	
CO alto grado epitelial*	CO + CO	

\*Añadidos en nuestra unidad en 2015

CRITERIOS ADAPTADOS DE GUIA PC COMUNIDAD VALENCIANA 2017		
CASO UNICO	DOS CASOS (Primer grado)	TRES O MÁS (al menos dos en primer grado)
CM/CO misma paciente	CM bilateral + CM <50 <sup>a</sup>	Combinación de CM, CO, C páncreas, C Próstata Gleason >7
CM (<30 años)	CM varón + CM o CO	
CM bilateral (<40 años)	CM + CO	
CM T negativo <50 años	CM + CM <50 años	
CO alto grado epitelial	CO + CO	

## ePóster 27

### Descripción de aspectos clínico-genéticos en el síndrome de Peutz-Jeghers en nuestro centro.

**Alicia Cano Jiménez, M<sup>a</sup> Rosario García Hernández, David Collado Martínez, Ana Puertes Boix, M<sup>a</sup> Dolores Jiménez Lucas, Marta Guirao Marín, Miler Andrés Cuéllar Rivas, Jerónimo Martínez García, Pilar Sánchez Henarejos, José Luis Alonso Romero** – Virgen de la Arrixaca, Murcia

**Introducción y Objetivos:** El síndrome de Peutz-Jeghers (SPJ) es una enfermedad genética caracterizada por pólipos hamartomatosos en el tracto gastrointestinal asociados a lesiones cutáneas y un riesgo elevado de padecer neoplasias. El gen responsable del SPJ es el LKB1/STK11, localizado en el cromosoma 19p13.3.

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo sobre dos familias diagnosticadas de SPJ en la Unidad de Consejo Genético de nuestro hospital.

**Resultados:** El caso índice en ambas familias es un varón en la tercera década de la vida, de origen marroquí en uno de los casos. Ambos con manchas lentiginosas en mucosa oral desde la infancia, sin antecedentes familiares oncológicos de interés. La presentación de la clínica fue, en el caso del varón marroquí, con una invaginación de intestino delgado secundaria a un

pólipo, mientras que en el segundo caso fue la presencia de heces melánicas, evidenciando anemia ferropénica, por lo que se realizó colonoscopia, con hallazgo de 4 pólipos en intestino delgado. La anatomía patológica de ambos fue consistente con pólipos hamartomatosos de Peutz-Jeghers. Al cumplir criterios clínicos, se procede a estudio del gen STK11 en los dos casos índices mediante técnicas de secuenciación y MLPA (Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification), para detectar la posible existencia de grandes deleciones y duplicaciones en el interior del gen. En el varón marroquí se evidencia deleción del exón 1 en uno de los alelos del gen STK11, mientras que en el varón español se halla una gran deleción entre los exones 4 y 8, ambos incluidos, del gen STK11.

**Conclusión:** El síndrome de Peutz-Jeghers es una enfermedad autosómica dominante caracterizada por la presencia de pólipos hamartomatosos predominantemente en intestino delgado y pigmentación mucocutánea lentiginosa. Es importante el seguimiento clínico por el elevado riesgo de desarrollar neoplasias. El gen responsable de este síndrome es el STK11 (LKB1), situado en el cromosoma 19p13.3. La mayoría de las mutaciones que se producen en dicho gen son pequeñas inserciones/deleciones o sustituciones de bases únicas, que se pueden detectar con técnicas de secuenciación. En los casos en los que no se detecta ninguna mutación puntual pero la sospecha clínica es alta, se puede realizar la técnica de Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification (MLPA), que detecta grandes deleciones hasta en un 30% de los pacientes según la literatura.

## ePóster 28

**DOBLE MUTACIÓN HETEROCIGOTA EN BRCA1 Y ATM EN MUJER CON DESARROLLO DE TRES CARCINOMAS METACRÓNICOS.**

**Elisa Quílez Bielsa, Patricia Iranzo Gómez, Alexia Fernández Ruiz, Mara Cruellas Lapeña, Natalia Alonso Marín, Maitane Ocáriz Diez, Marta Gascón Ruiz, Andrea Sesma Goñi, María Victoria Barra Pardos, Sebastián Menao Guillén** – Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

**Introducción y Objetivos:** La introducción de la tecnología de secuenciación de nueva generación del ADN ha permitido el desarrollo de paneles de genes para el diagnóstico de cáncer hereditario, que incluyen genes de alta y moderada penetrancia.

**Material y Métodos:** Mujer de 73 años con antecedentes personales de obesidad, HTA y bronquitis crónica. Historia oncológica con diagnóstico a los 56 años de Carcinoma ductal infiltrante de mama izquierda estadio III (Mastectomía izquierda + Linfadenectomía axilar izquierda + QT + RT); a los 63 años de Adenocarcinoma papilar intraductal de páncreas pT2N0M0 (Duodenopancreatectomía cefálica) y a los 72 años de Carcinoma de células claras de endometrio estadio IIIC (Histerectomía total + Anexectomía bilateral y biopsia ganglio centinela). Antecedentes familiares: hermano carcinoma pulmonar diagnosticado a los 61 años. Dados los antecedentes personales y alta sospecha de cáncer hereditario se le ofrece la posibilidad de asesoramiento genético. Tras aceptar y firmar consentimiento informado, se procede a extracción de ADN en muestra de sangre periférica y se realiza panel de genes de cáncer hereditario que incluye las regiones exónicas e intrónicas colindantes de los siguientes genes: BRCA1, BRCA2, MLH1, MSH2, MSH6, ATM, PALB2, CHEK2, TP53, PTEN, PIK3CA, STK11, CDH1, BRIP1, RAD51C y RAD51D.

**Resultados:** Se detectaron en heterocigosis las variantes c.5123C>A (p.Ala1708Glu) en el gen BRCA1 y c.2413C>T (p.Arg805X) en el gen ATM. BRCA1 es un gen supresor de tumores que codifica para una proteína involucrada en la reparación del ADN. La variante c.5123C>A (p.Ala1708Glu) afecta a un dominio muy importante en la función de la proteína y está recogida en las bases de datos consultadas y en la bibliografía como patogénica. ATM codifica para una proteína involucrada en la reparación del DNA. La variante c.2413C>T (p.Arg805X) genera una proteína truncada y está clasificada como patogénica.

**Conclusión:** BRCA1 es un gen de alto riesgo de cáncer de mama y ATM es un gen de moderado riesgo de cáncer de mama que también se ha asociado con mayor riesgo de cáncer de páncreas. La asociación de estos genes con cáncer de endometrio no se ha podido establecer. A pesar de la co-ocurrencia de las dos variantes patogénicas no se observa en este caso una edad de presentación más precoz, pero sí un número elevado de neoplasias en la misma paciente.

## ePóster 29

**Estudio descriptivo de los probandos de alto riesgo de cáncer hereditario no asociado a poliposis en la provincia de Málaga.**

**Andrés José Mesas Ruiz, Ignacio Moreno Pérez, Javier Pascual, María Antonia Márquez Aragones, Casilda Llácer Pérez, Bella Isabel Pajáres Hachero, Gema Durán Ogalla, Carolina Muriel López, Nuria Ribelles Entrena, Emilio Alba Conejo** – Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga

**Introducción y Objetivos:** El síndrome de Lynch (LS) supone la primera causa de cáncer colorrectal hereditario. Asociado a mutación germinal en genes implicados en la reparación de desapareamientos o "mismatch repair" (MMR), principalmente MLH1, MSH2, PMS2 y MSH6. De acuerdo con la mayoría de estudios, mutaciones MLH1 y MSH2 abarcan el 90% de las relacionadas con LS, un 50% y 30% respectivamente, MSH6 7-10% y PMS2 <5%. También se ha relacionado con otras neoplasias: endometrio, gástrico, intestino delgado y próstata. El objetivo del estudio es determinar prevalencia de mutaciones germinales en genes MMR en probandos derivados a la Unidad de Cáncer Familiar de Málaga, y correlacionar cada mutación con el espectro de neoplasias presentes en familiares.

**Material y Métodos:** Se incluyeron 332 probandos con criterios clínicos de LS (Amsterdam, Bethesda o SEOM). Se realizó análisis descriptivo de las características en probandos seleccionados y las neoplasias presentes en familiares. Finalmente se relacionó por mutación patológica presente y genes con la frecuencia de presentación de neoplasias en probandos y familias mediante Chi-cuadrado.

**Resultados:** 172 probandos mujeres (51.8%); 160 (48.2%) hombres. Mediana de edad 48 [23-82]. 21.7% cumplía criterios Amsterdam, 68.4% Bethesda y 5.4% pérdida de función en algún gen MMR. 15 probandos (4.5%) fueron estudiados por familiar afecto de mutación conocida. 41 probandos presentaban mutación en MMR. 5 probandos presentaban mutación de significado incierto, y otro probando un polimorfismo asociado a gMMR. La prevalencia de mutaciones en gMMR fue 13.25%. 15 probandos presentaban mutación de MLH1 (36.58%); MSH2 en 12 (29.26%); 10 en MSH6 (24.39%); y PMS2 en 3 probandos (7.3%). Las neoplasias más frecuentes en probandos o familiares fueron: colorrectal (74.4%), endometrio (3.6%) y gástricas (1.5%). Existe asociación estadísticamente significativa entre mutación patológica y cáncer colorrectal ( $p < 0.001$ ), así como con MLH1mut ( $p < 0.001$ ), MSH2mut ( $p < 0.001$ ) y PMS2mut ( $p = 0.012$ ), pero no con MSH6mut ( $p = 0.252$ ). En cuanto al cáncer endometrial, existe relación estadísticamente significativa con mutación patológica ( $p < 0.001$ ), MLH1mut ( $p = 0.018$ ), MSH2mut ( $p = 0.012$ ), pero no con PMS2 o MSH6 ( $p = 0.464$  y  $0.13$ ) respectivamente.



**Conclusión:** Es el primer estudio descriptivo de probandos y espectro de neoplasias en familias estudiadas por sospecha de LS en la provincia de Málaga. Existe relación significativa entre CCR y mutación patológica en gMMR así como con el cáncer de endometrio.

### ePóster 30

## EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN CIRUGÍA REDUCTORA DE RIESGO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

**María Eugenia Olivares Crespo** – Hospital Clínico San Carlos.  
**Helena Olivera Pérez-Frade**, - Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos.  
**Juana Brenes Sánchez, María Herrera De La Muela, Isabel Díaz Millán, Santiago Cabezas Camarero, María Jesús Merchán Morales, Jorge Ruíz Rodríguez, Miriam De La Puente Yagüe, Pedro Pérez Segura** – Hospital Clínico San Carlos

**Introducción y Objetivos:** Las mujeres portadoras de mutación en BRCA1/2 presentan riesgo aumentado de cáncer de mama que puede alcanzar el 70% a lo largo de la vida. Una opción recomendada en estos casos es la cirugía reductora de riesgo (CRR). Sin embargo ésta no está exenta de repercusiones a nivel psicológico. El objetivo es exponer, mediante un caso representativo, la evaluación e intervención psicológica que se realiza de forma protocolarizada en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

**Material y Métodos:** Mujer de 38 años, casada con 2 hijos. Estudios universitarios. Diagnosticada en 2015 de displasia ductal y cáncer lobulillar in situ derecho. Tratamiento: cirugía conservadora + BSGC+ radioterapia+ hormonoterapia (Tamoxifeno). Se detectó una mutación patogénica en BRCA1, tras la que opta por mastectomía bilateral reductora de riesgo. Instrumentos de evaluación:

- Entrevista semiestructurada
- Cuestionarios: trastornos psicopatológicos (MINI), síntomas de ansiedad y depresión (HADS), Imagen corporal (BIS), Calidad de vida (EORTC QLQ-C30, QLQ-BR23), Satisfacción (EORTC IN-PATSAT32)
- Autorregistros (pensamientos irracionales-ánimo, imagen corporal)
- Matriz de decisiones de CRR
- Percepción de riesgo (Escala Likert 0-100)

Momentos de evaluación:

- Toma de decisión quirúrgica (Pre)
- Seguimiento inmediato (post, alta hospitalaria)
- Seguimiento (6 meses)

Intervención:

- Modelo cognitivo-conductual (entrenamiento en inoculación de estrés, afrontamiento)
- o Técnicas de desactivación fisiológica (Respiración)
- o Exposición en imaginación y en vivo
- o Reestructuración cognitiva
- o Terapia Racional Emotiva
- o Solución de problemas
- o Entrenamiento en habilidades sociales

**Resultados:** No presenta trastorno psicopatológico previo.

Evaluación pre: se encontraron alteraciones en síntomas de ansiedad (morbilidad), escala de funcionamiento cognitivo y emocional de calidad de vida, alteraciones de sueño y apetito. Evaluación post inmediata: alteraciones en ansiedad (borderline) y depresión (morbilidad), en escalas de funcionamiento y síntomas físicos e imagen corporal (morbilidad).

Evaluación post 6 meses: las puntuaciones se aproximan a línea base, manteniéndose elevadas en imagen corporal y percepción de riesgo de cáncer.

**Conclusión:** La CRR implica alteraciones psicológicas. Los pacientes se benefician de protocolos de intervención psicológica que minimiza el riesgo psicopatológico. La percepción de riesgo de padecer cáncer mantenida puede venir determinada por la historia personal y familiar, más que por la elección quirúrgica. A pesar de ello, la satisfacción con los cuidados médicos, de enfermería y con la propia Institución son excelentes.

### ePóster 31

## Experiencia clínica en una consulta de Cáncer Hereditario: valoración de pacientes con sospecha de síndrome de Lynch.

**Cristina Aguayo Zamora, María Merino Salvador, María Sereno Moyano, Ana Jimenez Gordo, Sandra Falagan Martínez, Esther López Zorzo, Enrique Casado Saenz** – Hospital Infanta Sofía

**Introducción y Objetivos:** Aproximadamente un 6-8% de los cánceres colorrectales se relacionan con el síndrome de Lynch, por lo que es importante el diagnóstico de estas familias para establecer un plan eficaz de seguimiento y diagnóstico precoz.

**Material y Métodos:** Hemos realizado un estudio descriptivo de los pacientes con sospecha clínica de síndrome de Lynch (que cumplían criterios Amsterdam I, Amsterdam II ó Bethesda por historia personal y/o familiar), remitidos a la consulta de Cáncer Hereditario del Hospital Universitario Infanta Sofía, entre los años 2014 y 2017. Se ha analizado el número de pacientes valorados, estudio genético realizado y sus resultados.

**Resultados:** se valoraron a 175 pacientes con criterios clínicos de sospecha síndrome de Lynch por la historia personal y/o familiar. 104 no tenían antecedente personal de cáncer, sí familiares. En 57 de estas familias se pudo iniciar el estudio en el familiar probando más adecuado mediante IHQ de MMR, con resultado de pérdida de expresión en 22. Posteriormente se realizó el estudio correspondiente en sangre periférica. En 11 probandos se analizó MLH1, encontrando mutación en 1 caso; en 6 se estudió MSH2: en 4 se encontró mutación y en 1 una VSI; en 3 se analizó MSH6, presentando 2 mutación; en 2 se estudió PMS2 con hallazgo de mutación en 1 probando. 69 pacientes tenía antecedente personal



## Cáncer Hereditario

de cáncer de colon. Se realizó IHQ de MMR en la muestra tumoral, con resultado de pérdida de expresión en 18, a los que se realizó confirmación en sangre periférica correspondiente. Se encontró mutación MLH1 en 1 paciente (de 3 analizados), mutación en MSH2 en 1 paciente (de 3 analizados), mutación en MSH6 en 1 paciente (de 5 analizados), y ninguno presentó mutación en PMS2 (de 7 analizados). A todas las familias se les informó de las recomendaciones pertinentes de screening según resultados.

**Conclusión:** Con la consulta de Cáncer Familiar se ha podido asesorar a 175 pacientes y sus familias con sospecha de sd de Lynch. Tras el estudio genético correspondiente en su caso, hemos podido emitir las recomendaciones correspondientes para unas adecuadas medidas de seguimiento según los resultados.

## ePóster 32

### IMPLICACIONES TERAPEÚTICAS DEL ESTUDIO GENÉTICO DE BRCA1 Y 2 EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA ANTES DE LA CIRUGÍA o CANDIDATAS A QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE (QTNA).

**Carmen Hinojo González, Raquel Jimeno Maté, Blanca Herrero López, Borja González Gómez, Eva Martínez De Castro, Jose Carlos Cantero Rivero, Ana de Juan Ferre, Jose Manuel López Vega, Javier Freire Salinas, Javier Gómez Román** – *Marqués de Valdecilla*

**Introducción y Objetivos:** Entre un 5-10% de las mujeres diagnosticadas de un cáncer de mama son portadoras de una mutación germinal en BRCA1 y 2 responsables del Síndrome de cáncer de mama y ovario hereditario. El disponer de esta información antes de la cirugía (del cáncer de mama) puede tener implicaciones tanto en la elección de la quimioterapia neoadyuvante (QTNA) como en la planificación del abordaje quirúrgico en estas mujeres.

**Material y Métodos:** En los últimos 6 meses 15 mujeres con cáncer de mama candidatas a recibir QTNA y que cumplen criterios de estudio genético BRCA1/2 son remitidas a la consulta de Oncología familiar. Las pacientes recibieron asesoramiento genético y se les ofreció apoyo por psico-oncólogo previo a la realización del estudio genético. El estudio genético de BRCA1/2 se realizó por secuenciación y MLPA.

**Resultados:** La edad media de las pacientes fue de 41 años (31-66), el 75% se presenta en un estadio II y III en un 25%. El fenotipo más frecuente fue el triple negativo (TN) (60%), Her2 (20%), luminal A (13%) y B (7%); el 80% eran tumores pobremente diferenciados. El estudio genético evidenció 4 mutaciones en BRCA (3 en BRCA1 y 1 en BRCA2). Los esquemas de QTNA empleados fueron: AC seguido de CarboTaxol en TN (60%), AC seguido de Taxol-Trastu-Pertu y TCH en Her2 (20%) y AC-Taxol en luminal (20%). De forma mayoritaria

se realizó cirugía conservadora en el 50% y en las 4 portadoras de mutación se acordó cirugía conservadora y salpingoofectomía bilateral reductora del riesgo en el mismo acto. La respuesta patológica (según escala de carga tumoral residual RCB) alcanzada fue completa en el 50% (RCB-O), RCB-I en dos pacientes y RCB-II y III en 4 pacientes con fenotipo luminal y una Her2. Aun a la espera de la respuesta en 4 pacientes.

**Conclusión:** Conocer el resultado del estudio genético de BRCA1/2 previo a la cirugía en mujeres con cáncer de mama, permite una mejor selección de la QTNA y por tanto una mayor tasa de pCR. Además nos permite ofrecer a estas mujeres otras medidas de reducción del riesgo de cáncer de mama y ovario en el mismo acto quirúrgico.

## ePóster 33

### Paciente con múltiples neoplasias primarias sin historia familiar de cáncer: predisposición genética vs otros factores.

**Ana Beatriz Sánchez Heras, Adela Castillejo, María Isabel Castillejo** – *Hospital General Universitario de Elche*. **Noemí Garrigos** – *Centro Inmunológico de Alicante*. **Gabriel Capellá** – *Instituto Catalán de Oncología, IDIBELL Hospitalet de Llobregat*. **Conxi Lázaro** – *Instituto Catalán de Oncología, IDIBELL Hospitalet de Llobregat*. **Eduard Serra** – *Instituto de Investigación Germans Trias i Pujol*. **José Luis Soto** – *Hospital General Universitario de Elche*

**Introducción y Objetivos:** Entre los factores de riesgo para el desarrollo de múltiples neoplasias primarias destacan la predisposición genética, aspectos de estilo de vida, factores hormonales y ambientales, el tratamiento de neoplasias previas y la vigilancia intensiva de los pacientes supervivientes de neoplasias previas. Presentamos un caso paradigmático con múltiples neoplasias primarias sin historia familiar de cáncer, al que se le realizó un estudio genético extensivo para intentar desvelar una posible causa genética.

**Material y Métodos:** Paciente de 79 años remitida a la Unidad de Consejo Genético por su historia personal de cáncer: cáncer de endometrio (dx 58a), melanoma (dx 60a), cáncer de mama (dx 76a) y leucemia linfática crónica (dx 79a). La historia familiar de cáncer no es relevante. El DNA de sangre se analizó para un panel de 135 genes relacionados con cáncer hereditario (I2HCPv2.2): librerías SureSelect-Agilent, filtrado, alineamiento y anotación de las variantes mediante SureCall-Alissa-Agilent. Se utilizaron los criterios ACMG para la clasificación del significado clínico de las variantes. Las mutaciones patogénicas fueron confirmadas mediante secuenciación Sanger.

**Resultados:** Se detectaron tres mutaciones patogénicas en los genes CDKN2A, TP53 y LZTR1. CDKN2A: c.152dupT;p.V51fs, no descrita previamente y TP53: c.637C>T;p.R213Ter, descrita como mutación somática. La frecuencia del alelo mutado de ambas alteraciones fue de 0.20 aproximadamente. En el estudio citogenético se detectó deleción 17p. Estos hallazgos podrían sugerir que son mutaciones

somáticas asociadas a una evolución desfavorable de su leucemia. En tal caso, no habría causa genética que justificase la historia personal de cáncer. Una explicación alternativa es que se trate de mutaciones en mosaico de los genes responsables de síndrome de Li-Fraumeni (TP53) y Melanoma Familiar (CDKN2A). Aunque esta posibilidad es muy remota, podría explicar el espectro de neoplasias desarrolladas. La mutación LZTR1:c.791+1G>A presenta una frecuencia del alelo mutado de 0.46 y ha sido descrita como responsable de Schwannomatosis hereditaria. Esta alteración no explicaría las manifestaciones clínicas nuestra paciente.

**Conclusión:** En determinadas circunstancias el diagnóstico genético diferencial puede ser muy complejo. Es preciso realizar estudios en los tumores sólidos para clarificar este dilema.

**ePóster 34**

**Paciente con Síndrome de Turner portadora de mutación en BRCA 1.**

**Marta Gascón Ruiz , Elisa Quilez Bielsa, Andrea Sesma Goñi, Natalia Alonso Marín, Maitane Ocariz Diez, Mara Cruellas Lapeña, Alexia Fernández Ruiz, Patricia Iranzo Gómez, Maria Arruebo Muñoz, Soraya Rebollar Gonzalez – Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa**

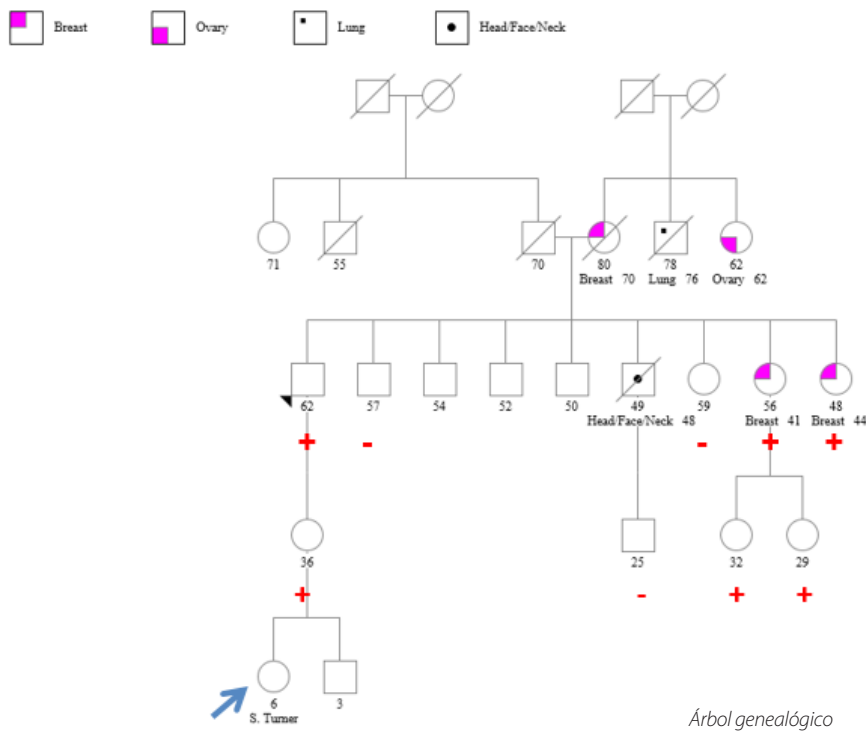
**Introducción y Objetivos:** El síndrome de Turner es una de las anomalías genéticas más comunes. En algunos estudios realizados, se ha evidenciado un aumento en la incidencia de ciertos tumores

como gonadoblastomas, meningiomas o cáncer de vagina y vulva. Sin embargo existe una disminución del riesgo respecto a la población general, para el desarrollo de cáncer de mama, posiblemente relacionado con el bajo nivel de estrógenos que suelen tener estas pacientes. Cerca del 5 al 10% del cáncer de mama y ovario se consideran hereditarios, producto de mutaciones hereditarias en genes de predisposición al cáncer como BRCA 1 y 2, entre otros.

**Material y Métodos:** Se estudió una familia que cumplía criterios de riesgo para Síndrome de cáncer de mama y ovario hereditario. Un miembro de esta familia de 6 años de edad tiene Síndrome de Turner (45, XO). Se realizó asesoramiento genético y se estudió mediante NGS (Next Generation Sequencing) la región exónica e intrónica de los genes BRCA1 y BRCA2.

**Resultados:** Se detectó la mutación 1852\_53delCT (p.Ser578CysfxX7) en el gen BRCA1. Dicha mutación genera una proteína truncada y ha de ser considerada como mutación patogénica. Se llevó a cabo el estudio mediante secuenciación directa en la niña de 6 años con Síndrome de Turner resultando ser portadora de dicha mutación. En el síndrome de Turner la incidencia de cáncer de mama es menor que en la población general. La terapia hormonal sustitutiva que se utiliza en estos casos para favorecer la pubertad y el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios puede modificar este riesgo. Este hecho hace que, al igual que en otras portadores de mutación BRCA, sean necesarias las medidas habituales de diagnóstico precoz y reducción de riesgo.

**Conclusión:** La presencia de una mutación patogénica en BRCA1/2 en personas con Síndrome de Turner puede condicionar mayor riesgo de cáncer de mama derivado de la utilización de terapia hormonal sustitutiva.



Árbol genealógico



## ePóster 35

**Percepción de riesgo en la consulta de asesoramiento genético.**

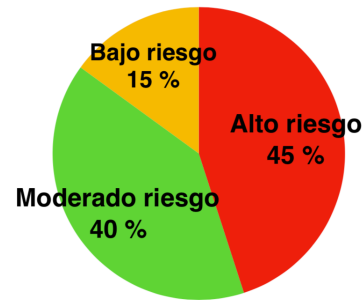
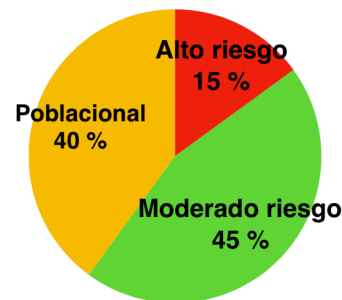
**Victor Sacristan Santos, María Cristina Lopez Jato, María Ángeles Rodríguez Martínez** – Complejo Hospitalario Universitario Pontevedra

**Introducción y Objetivos:** En la consulta de asesoramiento de riesgo uno de los aspectos más importantes es establecer una buena relación inicial con los pacientes. Esto implica conocer quién les ha enviado a la consulta, cuáles son sus motivaciones y preocupaciones y su percepción de riesgo inicial antes de realizar la consulta.

**Material y Métodos:** Realizamos un estudio cualitativo entre 20 familias consultadas en la unidad consejo genético (UCG) de nuestro hospital entre Enero 2018 y Marzo 2018. Entregamos un formulario con 4 preguntas cualitativas con tres posibles respuestas. Se analizaron el servicio consultante, el número de familiares afectos, el impacto psicológico de la consulta y la posibilidad de padecer una enfermedad maligna previa a la consulta que creen padecer. Posteriormente se procede a la realización de consulta en la UCG estimándose la categorización del riesgo en base a los modelos empíricos más habitualmente empleados (SEOM, NCCN).

**Resultados:** La mayoría de las pacientes son remitidas desde Cirugía general, servicio que incluye la unidad de mama. El motivo de valoración en la UCG esta basado en el número de familiares afectos, padeciendo el 95% de las pacientes valoradas dos o más familiares diagnosticados de cáncer. El 45% de las pacientes indicaron que su percepción de riesgo de padecer cáncer antes de acudir a la consulta era alto. Por contra un 15% lo consideraron bajo. En relación al impacto emocional de la consulta, el 45% de las familias la consideran de poco impacto en sus vidas. Hasta 3 familias les ha resultado indiferente. En la categorización de riesgo final se confirma un alto riesgo en un 20% de las familias, siendo la mayoría de las consultantes de moderado riesgo.

**Conclusión:** La forma de derivación de los pacientes a la consulta de asesoramiento de riesgo en Oncología se basa fundamentalmente en el número de antecedentes familiares con cáncer independientemente de la edad, localización, histología u otros factores. Podemos concluir con estos resultados que existe falta de información y sobrestimación de riesgo de presentar cáncer entre los pacientes consultados. Es necesario más información por parte del personal médico y manejo de sentimientos subjetivos de los pacientes por parte de los facultativos. Es una labor de los profesionales el educar y tranquilizar a pacientes con bajo riesgo, y asesorar a las familias de alto riesgo.

**Percepción pre-consulta****Categorización de riesgo**

Resultados gráficos de los datos

## ePóster 36

**PREVALENCIA DE MUTACIONES EN LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE CÁNCER DE MAMA Y OVARIO HEREDITARIO (CMOH) ESTUDIADOS EN LA CONSULTA DE CONSEJO GENÉTICO. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA SOFÍA.**

**María Merino Salvador, Cristina Aguayo Zamora, María Sereno Moyano, Ana María Jiménez Gordo, Sandra Falagán Martínez, Esther López Zorzo** – Hospital Infanta Sofía. **Jesús Solera** – Hospital La Paz. **Enrique Casado Saénz** – Hospital Infanta Sofía

**Introducción y Objetivos:** La mayor parte de los casos de cáncer de mama y ovario tienen un patrón esporádico. Sin embargo hasta en un 20% de los casos de cáncer hereditario éste se debe a la presencia de mutaciones germinales en genes de alta o moderada penetrancia. El objetivo de este trabajo es revisar la actividad en la consulta de consejo genético y la prevalencia de mutaciones en la población de nuestro centro.

**Material y Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo que incluye los 725 pacientes evaluados en la consulta de consejo genético desde el 1 de enero de 2015 hasta el 1 de mayo de 2018.



**Resultados:** 518 (71%) cumplían criterios de sospecha de algún síndrome de cáncer hereditario. En concreto 296 (57%) cumplían criterios para descartar un síndrome de CMOH. Tras realizar el árbol genealógico y asesoramiento pretest, se solicitó estudio genético a 253 pacientes, mediante secuenciación de los genes BRCA 1 y 2 en 212 y estudio mediante panel de secuenciación de nueva generación en 41 casos. Del total de muestras estudiadas contamos con 163 resultados (64,5%): en los 124 pacientes en los que se ha secuenciado BRCA se han detectado mutaciones patogénicas en 29 casos (23%, 6 mutaciones BRCA1, 9 mutaciones BRCA2), 15 VSI (12%) y 51 estudios no informativos (41%). En los 29 pacientes restantes (23%) se realizó estudio de mutaciones patogénicas concretas presentes en otros familiares, con resultado negativo. En el caso de las 41 muestras en las que se realizó estudio mediante panel, 37 resultaron no informativos (89%) y en 4 casos (10%) se detectó una mutación patogénica en BRCA 1, NBN, MUTYH y ATM respectivamente. La tasa de mutaciones en pacientes que cumplían criterios de CMOH fue del 13,5% (33/253) y del 14,6% (11/75) en los pacientes que cumplían criterios y tienen cáncer.

**Conclusión:** En nuestro estudio la prevalencia de mutaciones germinales fue del 13,5% en pacientes con criterios clínicos de CMOH y del 14,6 % en los que además tienen cáncer. El estudio genético mediante panel multigen objetivó mutaciones en genes diferentes a BRCA 1 y 2 en 3 casos, lo que confirma la importancia de estos estudios, especialmente en familias con sospecha de más de un síndrome hereditario.

### ePóster 37

## TUMORES DISTINTOS A CÁNCER DE MAMA Y CÁNCER DE OVARIO EN PACIENTES PORTADORES DE VARIANTES PATOGENICAS EN BRCA1/BRCA2. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

**Maria Fernández González, Raquel Ferreira Alonso, Leticia López García, Alba Puente García, Marta Orozco Belinchón,**

**Luis Enrique Abella Santos, Virginia De la Cruz Palomero, German Marcos García, Ana María Reyes García, Javier Luis Puertas Alvarez** – *Hospital Universitario Rio Hortega*

**Introducción y Objetivos:** Los pacientes portadores de variantes patogénicas en BRCA1/BRCA2 tienen un mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama y/o ovario. Sin embargo, también se ha reportado un riesgo elevado para otros tipos de cáncer como próstata, colon o páncreas. **OBJETIVOS:** Conocer la frecuencia de aparición de otros tumores distintos al cáncer de mama y ovario en pacientes portadores de variantes patogénicas en BRCA1/2 diagnosticados en nuestro centro.

**Material y Métodos:** De septiembre de 2009 a octubre de 2017 se diagnosticaron 252 pacientes portadores de variantes patogénicas en BRCA1/2. Se revisaron sus historias clínicas para identificar aquellos pacientes con otros tumores distintos al cáncer de mama y cáncer de ovario.

**Resultados:** Se identificaron 14 pacientes con otro tipo de cáncer: tres pacientes tenían antecedentes personales de cáncer de próstata, tres de cáncer de colon, dos de cáncer de pulmón, uno de linfoma Hodgking, uno de leucemia linfática crónica, uno de cáncer gástrico, uno de glioblastoma y uno de tumor glómico. De todos ellos, dos presentaban a su vez antecedentes personales de cáncer de mama y una de cáncer de ovario. En seis casos la variante patogénica se localizó en BRCA1 frente a ocho casos que lo presentaba en BRCA2. Respecto a la historia familiar todos presentaban antecedentes familiares de cáncer de mama mientras que solo cuatro tenían de cáncer de ovario. Se observó, a su vez, que siete pacientes tenían antecedentes familiares de otro tipo de cáncer, siendo el cáncer de próstata y el cáncer de pulmón los más frecuentemente identificados.

**Conclusión:** En nuestro centro hemos identificado una baja frecuencia de aparición de tumores distintos a cáncer de mama y ovario en pacientes portadores de variantes patogénicas en BRCA1 y BRCA2, siendo el cáncer de próstata y cáncer de colon los más frecuentemente diagnosticados

## COLORRECTAL

## ePóster 38

### ¿Cuál es el papel de los antiangiogénicos en el cáncer colorrectal metastásico (CCRm) BRAF V600E mutado dentro de la práctica clínica habitual?

**Nieves Martínez Lago** – Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. **Ana Fernández Montes** – Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. **Marta Covela Rúa** – Hospital Universitario Lucus Augusti. **María Elena Brozos Vázquez** – Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. **Juan de la Cámara – Gómez** – Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Prof. Novoa Santos. **Jose Carlos Mendez Mendez** – Centro Oncológico de Galicia. **Monica Jorge Fernandez** – Hospital Universitario Alvaro Cunqueiro. **Antia Cousillas Castiñeiras** – Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. **Begoña Graña Suarez** – Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. **Monica Jorge Fernández** – Hospital Universitario Alvaro Cunqueiro

**Introducción y Objetivos:** Las mutaciones activadoras en la RAF kinasa tipo B (BRAF), fundamentalmente las V600E, aparecen aproximadamente en el 8-12% de los pacientes con CCRm. Las mutaciones BRAF V600E se asoció significativamente con un peor pronóstico, así como con características clinicopatológicas diferenciadas. Sin embargo, a fecha de hoy, su valor predictivo en la práctica clínica habitual continúa siendo controvertido.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, multicéntrico, de pacientes con CCRm BRAF V600E mutados tratados en 9 hospitales gallegos del Grupo Gallego de

Investigación de Tumores Digestivos (GITuD). Los datos clinicopatológicos fueron recogidos retrospectivamente y correlacionados con la Supervivencia Global (SG) y la Supervivencia Libre de Progresión (SLP).

**Resultados:** Datos de 59 pacientes tratados entre noviembre 2010 y diciembre de 2017 fueron recogidos en este estudio. La mediana de edad fue de 62 años (rango 30-83 años), 57.6% mujeres, 78% ECOG PS0-1, 49.2% colon derecho, 36.7% alto grado histológico, 71.8% presentación sincrónica, 72.1% resección de tumor primario y con una mediana de localizaciones metastásicas de 2 (rango 1-4). Con una mediana de seguimiento de 61.2 meses, la mediana de SG fue de 13.4 months (IC 95% 11.2-15.6 meses) y la SLP 1ª línea fue de 4.4 meses (IC 95% 3.0-5.9 meses). SLP según el tipo de tratamiento: Bev+Triplete-QT/Bev+Doblete-QT/ antiEGFR+Doblete-QT/ Doblete-QT: 6.2 vs 4.9 vs 2.9 vs 2.1 meses ( $p=0.039$ ). La QT basada en bevacizumab se asoció con una SLP de 1ª línea más prolongada (mediana 5.0 vs. 2.1 meses, HR, 0.406; IC 95% 0.20-0.81;  $p=0.008$ ). Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre los diferentes esquemas basados en bevacizumab (Triplete-QT vs Doblete-QT ( $p=0.722$ )) o entre los Dobletes-QT con o sin antiEGFR ( $p=0.301$ ). La cirugía del tumor primario ( $p=0.001$ ), metastasectomía ( $p=0.006$ ), invasión tumoral T3 ( $p=0.007$ ), ratio neutrófilo/linfocito  $<3$  ( $p=0.013$ ), tumores localización rectal ( $p=0.057$ ) o el ratio plaqueta/linfocito  $<200$  ( $p=0.058$ ) se asociaron con una SG más prolongada.

**Conclusión:** Nuestro estudio confirma el pronóstico de las mutaciones de BRAF V600E y fomenta el uso de quimioterapia antiangiogénica en este subgrupo de pacientes.

## ePóster 39

**Análisis de la fracción alélica mutada (FAM) de BRAFV600E en plasma y su implicación terapéutica en pacientes (pcs) con cáncer colorrectal metastásico (CCRm).**

**Alba Noguerido Castro** – Servicio de Oncología Médica (Hospital Universitario Vall d'Hebron). **Elena Élez Fernández** – Servicio de Oncología Médica (Hospital Universitario Vall d'Hebron). **Judit Matito** – Cancer Genomics Group (Vall d'Hebron Institute of Oncology, VHIO). **Guillem Argilés, Ariadna García, Nuria Mulet, Giulia Martini** – Servicio de Oncología Médica (Hospital Universitario Vall d'Hebron). **Rodrigo Dienstmann** – Oncology Data Science (ODysSey) Group (Vall d'Hebron Institute of Oncology, VHIO). **Josep Taberner** – Servicio de Oncología Médica (Hospital Universitario Vall d'Hebron). **Ana Vivancos** – Cancer Genomics Group (Vall d'Hebron Institute of Oncology, VHIO)

**Introducción y Objetivos:** La biopsia líquida tiene una alta correlación con la biopsia tisular y permite analizar la evolución clonal tumoral. En este contexto, la FAM refleja estos cambios dinámicos y tiene el potencial de convertirse en un biomarcador. Nuestros estudios previos demostraron que el análisis de la FAM de RAS en parafina predice la respuesta al tratamiento (tto) con anti-EGFR y tiene impacto en supervivencia. Sin embargo, la FAM de BRAFV600E tiene un comportamiento subclonal y su distribución plasmática y correlaciones clínicas en pcs con CCRm son desconocidas.

**Material y Métodos:** Como parte de un estudio prospectivo de biopsia líquida, se obtuvieron muestras consecutivas de ctDNA plasmático de pcs con CCRm BRAFV600E. Estas muestras fueron secuenciadas usando un panel de PCR digital dirigido (ddPCR-BIO-RAD, sensibilidad 0,01%). Los datos clínico-patológicos se obtuvieron de la historia médica electrónica.

**Resultados:** Entre Noviembre 2011 y Mayo 2017, se incluyeron 14 pcs en el estudio. El 57% fueron hombres, mediana de edad 60 años, 50% CCRm derecho y 35% tenían  $\geq 2$  localizaciones metastásicas; siendo el hígado y las adenopatías retroperitoneales las más frecuentes. 3 pcs (22%) tenían inestabilidad de microsatélites. Se analizó el ctDNA en 1ª línea de tto en 4 pcs, en 2ª línea en 4 pcs y en 3ª línea en 6 pcs. El tiempo medio de extracción entre las muestras fue de 2 meses. 10 pcs recibieron tto dirigido con inhibidores de BRAF, 3 pcs quimioterapia y 1 pc inmunoterapia. En 6 pcs (43%) no se detectó la FAM de BRAFV600E y esto no se asoció con ninguna característica clínico-patológica. En los 8 pcs restantes, se encontró concordancia entre el aumento y disminución de la FAM de BRAFV600E con la respuesta al tto evaluada por imagen, con progresión de enfermedad (PE) en 4 pcs (intervalo libre de progresión (ILP) 3.4 meses; 2.3-NA) y respuesta en 2 pcs (ILP 13.4 meses; 11.4-NA); siendo estos resultados estadísticamente significativos (Hazard Ratio=14.15, p-valor=0.03). En 2 pcs hubo un aumento discordante de FAM de BRAFV600E con la respuesta (ILP 3.7 meses; 3.3-NA). Estos 2 casos discordantes tenían PE en la siguiente reevaluación.

**Conclusión:** Nuestros resultados muestran cambios dinámicos en la FAM de BRAFV600E asociados al tto, lo que podría constituir una herramienta para la monitorización terapéutica de este subgrupo de pcs de mal pronóstico.

## ePóster 40

**Análisis de seguridad de un ensayo aleatorizado de fase III que compara FOLFOX + Bevacizumab versus FOLFIRI + Bevacizumab como tratamiento de primera línea en pacientes con cáncer colorrectal metastásico (CCRm) con  $\geq 3$  células tumorales circulantes (CTC) (Estudio TTD VISNÚ-1).**

**Silvia Gil Calle** – Hospital Universitario Regional y Virgen de la Victoria (Málaga). **Xavier Hernández Yagüe** – ICO. H. U. Josep Trueta (Gerona). **Esther Falcó** – Hospital Son Llatzer (Palma de Mallorca). **Elena Asensio Martínez** – Hospital General Universitario de Elche (Alicante). **Pilar Escudero** – Hospital C. Universitario Lozano Blesa (Zaragoza). **Inés Cabezas** – Hospital San Joan de Reus (Tarragona). **Asunción Juárez** – Hospital General de Elda (Alicante). **Beatriz García-Paredes** – Hospital Clínico San Carlos. Instituto de Investigación Hospital Clínico San Carlos (IdISSC), Madrid. CIBERONC. **Eduardo Díaz-Rubio** – Hospital Clínico San Carlos. Instituto de Investigación Hospital Clínico San Carlos (IdISSC), Madrid. CIBERONC. **Enrique Aranda** – IMIBIC, Reina Sofía Hospital, University of Córdoba, CIBERONC, Instituto de Salud Carlos III

**Introducción y Objetivos:** FOLFIRI más bevacizumab ha demostrado beneficio en supervivencia en comparación con FOLFIRI más bevacizumab (TRIBE Lancet Oncol 2015) en primera línea en CCRm. Este esquema de tratamiento se recomienda en aquellos pacientes que cumplen los criterios especificados en el estudio TRIBE que justifica su uso. El ensayo VISNÚ-1 comparó FOLFOX + Bevacizumab (brazo A) frente a FOLFIRI + Bevacizumab (brazo B) en pacientes (p) no ancianos con  $\geq 3$  CTC previo al inicio del tratamiento como factor de mal pronóstico. Se presenta el análisis de seguridad preliminar.

**Material y Métodos:** Ensayo abierto, multicéntrico, aleatorizado fase III.  $p \leq 70$  años, ECOG 0-1 se asignaron al azar al brazo A o B, estratificados por mutación KRAS y número de órganos metastásicos afectos. Los datos presentados aquí se generaron a partir de un corte de la base de datos en fecha 31 octubre 2017.

**Resultados:** Se incluyeron 350 p en el estudio, 347 p elegibles para el análisis de seguridad. Características generales en brazo A y B: mediana de edad (59 vs 60.5 años), sexo (Masculino/Femenino: 67.2/32.8 vs 69.4/30.1%), ECOG 0/1 (48/52 vs 47/53%), tumor primario no resecado (32.2 vs 37.1%), quimioterapia adyuvante previa (4.0 frente a 5.3%). Las toxicidades de grado  $\geq 3$  más comunes y modificaciones del tratamiento se muestran

en tabla 1. Sólo neutropenia, astenia, diarrea y mucositis fueron más frecuentes en el brazo B. Catorce pacientes fallecieron debido a eventos adversos relacionados con el tratamiento (6 en brazo FOLFOX-BEV y 8 en brazo FOLFOXIRI-BEV: 7 sepsis, 5 perforaciones intestinales, 2 toxicidad pulmonar).

**Conclusión:** En nuestro estudio, el uso de FOLFOXIRI + Bev en CCRm no produjo un aumento en retrasos en el tratamiento, reducciones de dosis o interrupciones del tratamiento en comparación con FOLFOX + Bev a pesar de una mayor incidencia de neutropenia, diarrea, astenia y mucositis

	FOLFOX+BEV (N=177)	FOLFOXIRI+BEV (N=173)
Tratamiento	N (%)	N (%)
<b>Retraso</b>		
No	29 (16.4)	23 (13.5)
Sí	148 (83.6)	147 (86.5)
<b>Reducción dosis</b>		
No	83 (46.9)	62 (36.5)
Sí	94 (53.1)	108 (63.5)
<b>Interrupción</b>		
No	75 (42.4)	74 (43.5)
Sí	102 (57.6)	96 (56.5)
<b>Acontecimientos adversos relacionados (%)</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
Grado $\geq 3$	62.2	76.5
Neutropenia	24.3	34.7
Astenia	6.2	14.7
Diarrea	5.1	20
Neurotoxicidad	21.5	18.8
Mucositis	3.4	8.8
Hipertension	3.4	3.6
Perforación intestinal	4.5	2.35

Tabla 1

#### ePóster 41

### Buscando la secuencia óptima: en pacientes con CCRm RAS nativo en progresión a una 1ª línea con anti-EGFR, ¿es aflibercept una buena estrategia?

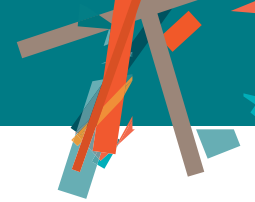
**Elena Mata Velasco** – Complejo Hospitalario de Navarra.  
**Encarna González Flores** – Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. **Ignacio Juez Martel** – Hospital Universitario de Fuenlabrada. **Vicente Alonso Orduña** – Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. **Patricia Irazo Gómez** – Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. **Nieves Purificación Martínez Lago** – Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. **Carlos López López** – Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. **José Manuel Cabrera Romero** – Hospital Universitario Parc Taulí Sabadell. **María José Safont Aguilera** – Hospital General Universitario Valencia. **Ruth Vera García** – Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona

**Introducción y Objetivos:** El estudio VELOUR comparó FOLFIRI +/- aflibercept en >1200 pacientes tras progresión a una quimioterapia basada en oxaliplatino, independientemente del uso de terapias dirigidas previas. La mSG (13.50 vs 12.06 meses) y la mSLP (6.90 vs 4.67 meses) se incrementaron significativamente, lo que condujo a la aprobación de aflibercept. La información de la seguridad y eficacia de aflibercept después de anti-EGFR es aún escasa. Nuestro objetivo ha sido analizar la eficacia y seguridad de aflibercept en este contexto en específico.

**Material y Métodos:** Análisis retrospectivo de los datos clínicos, terapéuticos y de supervivencia de 120 pacientes consecutivos con CCRm RASwt tratados de 2012 a 2017 con FOLFIRI-aflibercept tras progresión a una primera línea + anti-EGFR en 12 hospitales españoles.

**Resultados:** La mediana de edad fue de 60 años, 62.5% varones, 24% tumores derechos y 76% izquierdos, con resección del tumor 1º en un 41%. El 96% eran ECOG 0/1. El 100% RASwt





y únicamente un 5% BRAFmt. La mediana de ciclos de FOLFIRI-aflibercept fue 12. La TRO (tasa de respuestas objetivas) fue del 33%. La mSLP alcanzó los 6.9 meses (IC 95% 6.0-7.7. El estatus de BRAF, el ECOG y la resección del tumor 1ª fueron significativas en el análisis univariante, manteniendo únicamente la significación multivariante la resección del tumor 1º. La mSG fue 14.5 meses (IC 95%9.7-19.3) con significación en el análisis univariante para la resección del tumor 1º, el ECOG y el nº de localizaciones metastásicas, alcanzando también significación a nivel multivariante las dos últimas. En relación a la toxicidad, únicamente el 18,3% precisó de ajuste de dosis de aflibercept. La 2ª línea se interrumpió en el 71,8% (mayoritariamente por progresión en el 51,7%, 6.7% por toxicidad, 1.7% por cirugía. 37,5% alcanzaron toxicidad g3-4 (16.6% hematológica, 7.5% HTA, 5.9% astenia, 2.5% perforación). Un 58,9% de los pacientes llegó a recibir una 3ª línea: 23.1% TAS-102, 18.5% regorafenib, 9.2% capecitabina.

**Conclusión:** En nuestra experiencia, los pacientes con CCRm RASwt alcanzaron resultados similares en TRO, SG y SLP así como también de toxicidad, respecto a los comunicados en el estudio VELOUR. La eficacia de una 2ª línea con aflibercept se mantiene independientemente del uso previo de antiEGFR. Nuestros resultados sugieren que FOLFIRI-aflibercept tras una 1ª línea con antiEGFR es una buena estrategia terapéutica para pacientes con CCRm RASwt.

con CCR estadio IIA que fueron resecaados en 2017. Cada caso ha sido revisado por dos patólogos especializados en gastroenterología y se ha clasificado según el IS. En el análisis estadístico se han utilizado test paramétricos y no paramétricos.

**Resultados:** Los valores del IS en percentil presentaban un rango entre 4 y 91. Los tumores fueron clasificados como: 2 pts IS-0, 8 pts IS-1, 15 pts IS-2 y 4 pts IS-3 (se excluyó un caso con extensa diferenciación mucinosa). El análisis estadístico mostró que un bajo percentil de IS se asociaba a la presencia de focos de alto grado histológico ( $p=0.035$ ), mientras que un alto percentil de IS se asociaba con una mayor intensidad de respuesta linfocitaria peritumoral ( $p=0.016$ ), la presencia de agregados linfoides tipo Crohn's like (ACL) en el MI ( $p=0.006$ ) y la presencia de linfocitos intratumorales (TILs) ( $p=0.075$ ). Estas asociaciones no mantuvieron la significación estadística cuando se usaron las categorías ordinales (0-4) o los grupos BMA del IS.

**Conclusión:** Nuestro estudio sugiere que en el estadio IIA del CCR existe una correlación entre el IS y las características AP en términos de la presencia de focos de alto grado histológico, la respuesta linfocitaria peritumoral, los ACL en el MI y los TILs. Es necesario un seguimiento más prolongado para poder establecer el posible valor pronóstico.

## ePóster 42

### Correlación entre características anatomopatológicas e Immunscore en cáncer colorrectal estadio IIA.

**Raúl Terés Lleida, Caterina Fumagalli, Aida Bujosa Rodríguez, Anna Cristina Virgili Manrique, Ana Sebio García, Justyna Szafranska, Victoria Fusté Chimisana, Eduardo María Targarona Soler, María del Carmen Martínez Sánchez, David Paéz López-Bravo** – Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

**Introducción y Objetivos:** La composición celular del microambiente tumoral en el cáncer colorrectal (CCR) presenta un interés creciente como biomarcador diagnóstico y pronóstico. El Immunscore (IS) cuantifica los linfocitos T citotóxicos y de memoria tanto en el estroma tumoral como en el margen invasivo (MI). Los valores en percentil del IS se agrupan en 5 categorías ordinales (IS 0-4) que a su vez se agrupan en bajo (IS 0-1), medio (IS 2) y alto (IS 3-4) IS (BMA). Un IS alto se asocia a un mejor pronóstico en estadios II y III de CCR. El objetivo de nuestro estudio es evaluar la correlación entre las características anatomopatológicas (AP) y el IS en pacientes con CCR estadio IIA.

**Material y Métodos:** Hemos estudiado la correlación entre las características AP y el IS en 30 pacientes (pts) consecutivos

## ePóster 43

### Correlación entre grado de regresión y estadificación clínico-patológica en cáncer de recto.

**Mariana López Flores, Irene Delgado Sillero, Carmen Castañón López, Luis Sánchez Cousido, Mariam Rojas Piedra, Ana López González, Beatriz Nieto Mangudo, Manuela Pedraza Lorenzo, Santiago Vivas Alegre, Andrés García Palomo** – Complejo Asistencial Universitario de León

**Introducción y Objetivos:** El manejo del cáncer de recto (CR) ha cambiado en la última década. La resonancia magnética (RM) y la ecoendoscopia son las pruebas estándar en la estadificación clínica (cTNM). La neoadyuvancia con quimioradioterapia (QTRT) es el tratamiento de elección en los casos de tumores localmente avanzados. El grado de regresión tumoral (GR) ha sido asociado con el downstaging alcanzado con el tratamiento neoadyuvante. El objetivo de este estudio es analizar la concordancia entre el GR (Método de Ryan), el cTNM y la estadificación patológica (ypTNM) definitiva tras el tratamiento neoadyuvante QTRT en el CR.

**Material y Métodos:** Se incluyeron 84 pacientes diagnosticados de cáncer de recto localmente avanzado



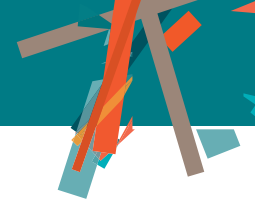
(CRLA) y oligometastásico tratados con QTRT neoadyuvante desde enero de 2014 a diciembre 2015 en el servicio de Oncología Médica del CAULE (Complejo Asistencial Universitario de León). Se analizó la correlación entre GR y el ypTNM reportado tras la neoadyuvancia, así como la concordancia con el cTNM.

**Resultados:** Un total de 84 pacientes (Tabla1). Edad media 70 años (45-89). 51.1% eran hombres. El 100% tenía ECOG < 2. Todos fueron adenocarcinomas, 18% eran tumores de alto grado. 84.6% localizados en recto medio-inferior. 10.7% eran metastásicos. El 19% obtuvo respuesta patológica completa (RPC) y en 23.8% tuvieron GR 3. 14.3% presentaban mutación en KRAS (Tabla1). El intervalo libre de enfermedad fue de 16 meses (IC 95%= 13.9-18). Al realizar este análisis 20.2% de los pacientes había recaído a distancia y 9.6% localmente. 73,8% estaban libres de enfermedad. 14.5% vivos con enfermedad. 10.7% fueron exitus. Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre un mayor GR y un menor ypTNM ( $p=0.0001$ ) con un índice de kappa de 0.47 y una correlación de Pearson de 0.75. Tanto el mayor tamaño tumoral clínico (cT) como la mayor afectación ganglionar (cN) se asociaron con un mayor GR ( $p=0.035$  y  $p=0.039$ ). El ypTNM muestra una correlación independiente con el GR ( $p=0.001$ ) que nos permite concluir que el estadiaje clínico fue correcto.

**Conclusión:** En este análisis se encontró una relación inversa entre el GR y el downstaging anatomopatológico, que a su vez se asoció con un estadiaje clínico previo adecuado

<b>Edad (años)</b>	
Media	70
Rango	45-89
<b>Sexo, n (%)</b>	
Hombres	48 (57.1%)
Mujeres	36 (42.9%)
<b>ECOG, n (%)</b>	
0	68 (82.9%)
1	14 (17.1%)
<b>Histología, n (%)</b>	
Adenocarcinoma	100% (82%)
<b>Grado histológico, n (%)</b>	
1	32 (38%)
2	16 (19%)
3	36 (43%)
<b>Localización anatómica, n (%)</b>	
Recto superior	13 (15.5%)
Recto medio	46 (54.8%)
Recto inferior	25 (29.8%)
<b>Estadio tumoral clínico cTNM n (%)</b>	
II	21 (25%)
III	54 (64.3%)
IV	9 (10.7%)
<b>Grado de regresión (Método Ryan) n (%)</b>	
0	15 (17.9%)
1	18 (21.4%)
2	35 (41.7%)
3	16 (19%)
<b>Invasión venosa n (%)</b>	
Presente	30 (35.7%)
Ausente	54 (64.3%)
<b>Invasión linfática n (%)</b>	
Presente	17 (20.2%)
Ausente	67 (79.8%)
<b>Invasión Perineural n (%)</b>	
Presente	33 (39.3%)
Ausente	50 (59.5%)
<b>Mutación KRAS, n (%)</b>	
Mutado	12 (14.3%)
Nativo	16 (19.1%)
No realizado	56 (66.7%)
<b>Presencia de proteínas reparadoras del DNA, n (%):</b>	
Presentes	32 (38.1%)
No realizado	52 (61.9%)

Tabla 1: Características clínico patológicas.



## ePóster 44

### El ADN tumoral circulante (tc) capta la heterogeneidad tumoral en pacientes (pts) con cáncer colorrectal metastásico (CCRM) tras progresión a FOLFIRI + panitumumab.

**Joana Vidal Barrull** – Oncología Médica, Hospital del Mar, CIBERONC, Barcelona. **Esther Falcó** – Oncología Médica, Hospital Son Llatzer (Palma de Mallorca). **Carlos López López** – Oncología Médica, Hospital Marqués de Valdecilla (Santander). **Manuel Valladares-Ayerbes** – Oncología Médica, C. H. Universitario (La Coruña) (Dirección actual Hospital Universitario Reina Sofía. CIBERONC Córdoba). **Daniel Azuara** – Laboratorio Investigación Traslacional, Institut Catalá d'Oncologia Hospital Duran i Reynals-IDIBELL, Barcelona. **Mayra Orrillo** – Molecular Biology Laboratory H. del Mar, Barcelona. **Beatriz Bellosillo** – Molecular Biology Laboratory H. del Mar, Barcelona. **Ramón Salazar** – Oncología Médica, Institut Catalá d'Oncologia Hospital Duran i Reynals-IDIBELL, CIBERONC, Barcelona. **Enrique Aranda** – Oncología Médica, University Hospital Reina Sofía. CIBERONC Instituto de Salud Carlos III, Córdoba. **Clara Montagut** – Oncología Médica, Hospital del Mar, CIBERONC, Barcelona

**Introducción y Objetivos:** El CCR evade el bloqueo EGFR principalmente por adquisición de mutaciones (mut) en RAS y en el dominio extracelular de EGFR. El ADNtc se puede usar para rastrear la heterogeneidad tumoral y evaluar dichos mecanismos.

**Material y Métodos:** Se incluyeron pts con CCRM tratados en un estudio fase II de FOLFIRI + panitumumab en CCRM refractario a irinotecán. Se analizó ADNtc basal y a la progresión, con Oncomine colon ADNtc Assay (umbral de detección 0,1%). Las mut subclonales se definieron como fracción alélica mutada (FAM)  $\leq 20\%$  del FAM somático mayor de la muestra. Las muestras de tejido se analizaron mediante la plataforma OncoPrint Focus Assay.

**Resultados:** Se analizó ADNtc a la progresión de 16 pts: 69% hombres; mediana de 61.5 años; 75% colon izquierdo (CI). Se detectó al menos una mut en el 94% de los pts (15/16); mediana de mut/muestra: 2,5 (rango 1-13). Las mut en TP53, APC, PIK3CA y BRAF fueron mayoritariamente clonales, y EGFR, MAP2K y RAS generalmente subclonales. Todas las mut EGFR aparecieron en CI y coexistieron con mut RAS y mínimo una mut adicional (mediana mut/muestra CI 6, rango 3-11). En colon derecho (CD), la mediana de mut/muestras fue 2,5 (rango 1-6). Las mut RAS/BRAF se detectaron en el 100% de CI y 66% CD, siendo clonales en 100% CD y 50% CI. En 10 de los 16 pacientes se obtuvo plasma basal. Se detectó al menos una mut basal en 8/10 pts: mediana 1,8 (rango 1-4). Todas las mut de APC y TP53 estaban presentes en el plasma basal. El 80% de las mut de KRAS y todas las de NRAS, MAP2K1 y EGFR se adquirieron durante el tratamiento. Como novedad, se detectó una mut adquirida en SMAD4 (no presente ni en tejido ni plasma basal). La mejor respuesta fue: RP 8 pts, EE 6 pts y PE 2. En ambos pts con PE las mut a la progresión ya se detectaron basalmente en tejido y

plasma (KRAS146 y PIK3CA). Ninguna otra mutación de RAS se detectó en tejido basal.

**Conclusión:** El análisis de ADNtc detecta la heterogeneidad intrapaciente resultante del bloqueo EGFR. Todas las mutaciones EGFR surgieron en CI y siempre coexistieron con otros mecanismos de resistencia, reflejando la complejidad genómica.

## ePóster 45

### Estudio descriptivo de las características clínicas patológicas y su papel pronóstico en cáncer de colon con inestabilidad de microsatélites y mutación en BRAF.

**Berta Martín-Cullell, Anna C. Virgili Manrique, Pablo Gallardo Melo, Ana Sebio García** – Oncología Médica. Hospital de Sant Pau. **Oriol Mirallas Viñas** – Oncología Médica. Hospital Vall d'Hebron. **David Páez López-Bravo** – Oncología Médica. Hospital de Sant Pau

**Introducción y Objetivos:** La inestabilidad de microsatélites (IMS) es el fenotipo resultante de la inactivación en los genes reparadores de errores de emparejamiento del ADN. En estadios localizados la IMS confiere un mejor pronóstico mientras que en enfermedad avanzada presentan una supervivencia global más corta. Los tumores de colon esporádicos con IMS se asocian a hipermetilación en la región promotora del gen MLH1 o a mutaciones en BRAF. La mutación V600E en BRAF se asocia a diversas características clínicas patológicas y a un peor pronóstico en enfermedad avanzada, aunque su papel pronóstico en tumores con IMS sigue siendo controvertido. El objetivo del presente trabajo es analizar las características clinicopatológicas y su papel pronóstico en cáncer de colon localizado con IMS y mutación en BRAF.

**Material y Métodos:** Entre 2005 y 2018, en el Hospital de Sant Pau, se identificaron 20 casos de cáncer de colon localizado con IMS y mutación V600E. El análisis de la IMS se llevó a cabo mediante inmunohistoquímica (pérdida de expresión MLH1/PMS-2). La detección de mutaciones en BRAF se realizó mediante secuenciación directa o masiva (NGS). De manera retrospectiva, se evaluaron diferentes características clinicopatológicas y su influencia pronóstica (supervivencia libre de recurrencia, SLR) mediante el empleo de curvas de Kaplan-Meier y el test de log-rank.

**Resultados:** La mediana de edad al diagnóstico fue de 68 años (rango 47-82). El 60% eran mujeres y el 40% hombres. Un 85% localizados en colon derecho y un 40% tenían histología mucinosa. La distribución por estadios fue: 1 paciente en estadio 0, 1 en estadio I, 9 en estadio II y 9 en estadio III. La mediana de seguimiento fue de 33,6 meses. Seis pacientes presentaron recidiva (1 estadio II (11.1%) y 5 estadio III (55.5%). La presencia de infiltración vascular y linfática se asoció con una peor SLR

( $p=0.001$  y  $0.007$ ). En estadio II, el paciente que recidivó era un tumor mucinoso de alto grado, con infiltración vascular linfática y perineural. En estadio III, la presencia de infiltración vascular y la histología mucinosa se asociaron a una peor SLR ( $p=0.049$  y  $p=0.004$ ).

**Conclusión:** Las características clinicopatológicas en cáncer de colon esporádico con IMS y mutación en BRAF pueden aportar información pronóstica. Esta información podría ser de utilidad en el seguimiento de estos pacientes, así como para plantear estrategias terapéuticas futuras.

#### ePóster 46

### Estudio Fase I multicéntrico, abierto, para establecer la dosis máxima tolerada (DMT) de trifluridina/tipiracilo (FTD-TPI) en combinación con oxaliplatino en pacientes con cáncer colorrectal metastásico (CCRm).

**Aitana Calvo** – Oncología Médica Hospital Gregorio Marañón, Madrid, España. **Antoine Hollebecq** – Gustave Roussy Cancer Institute, Villejuif, Francia. **Thierry Andre** – Hospital Saint-Antoine, París, Francia. **Guillem Argiles** – Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España. **Andrés Cervantes** – Instituto de Investigación Sanitaria de Valencia INCLIVA. **Catherine Leger, Nadia Amellal, Ronan Fougeray** – Instituto de Investigación Internacional de Servier, Suresnes, Francia. **Josep Taberner** – Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España

**Introducción y Objetivos:** La evidencia preclínica sugiere una mejora en la eficacia de FTD-TPI cuando se combina con oxaliplatino en comparación con el uso de cada uno en monoterapia (Nukatsuka, 2015). El objetivo primario de este estudio fue determinar la dosis máxima tolerada (DMT) y el perfil de seguridad de esta combinación en pacientes con CCRm que hayan progresado al menos a una línea de tratamiento previa.

**Material y Métodos:** Se utilizó un diseño 3+3. Los pacientes recibieron 25, 30 a 35 mg/m<sup>2</sup> bid de FTD-TPI los días 1-5 cada 14 días, en combinación con una dosis fija de oxaliplatino 85 mg/m<sup>2</sup> el día 1. Además se evaluó una cohorte intermedia que recibió 65 mg/m<sup>2</sup> de oxaliplatino con 35 mg/m<sup>2</sup> de FTD-TPI.

**Resultados:** 15 de 17 pacientes fueron evaluables para determinar la toxicidad limitante de dosis (TLD). La mediana de edad fue 61 años; los pacientes presentaron un ECOG de 0 (11 pacientes) o 1 (6 pacientes); y la mayoría había recibido  $\geq 2$  líneas previas (76%), incluyendo 10 pacientes que habían recibido tratamiento previo con oxaliplatino. La mediana de ciclos recibido fue de cuatro (rango 1-23). La DMT se definió a la dosis máxima planeada: FTD-TPI 35 mg/m<sup>2</sup> bid y oxaliplatino 85 mg/m<sup>2</sup>. La combinación fue bien tolerada y sólo se detectó un caso de TLD (neutropenia febril grado 3). Las reacciones adversas no

hematológicas más comunes ( $>20\%$ ) fueron náuseas, astenia, vómitos, diarrea y anorexia. Cinco pacientes presentaron neutropenia moderada a severa y 4 pacientes trombocitopenia (todos grado 1); 1 paciente experimentó anemia grado 4 en el ciclo 4. La neurotoxicidad grado  $\geq 2$  relacionada con oxaliplatino se observó en 2 pacientes. Las reacciones adversas relacionadas con el fármaco fueron manejables con tratamiento básico de soporte, retrasos en el tratamiento o interrupciones temporales. En el momento del corte de datos (Octubre 2017), las mejores respuestas globales incluyeron al menos una respuesta parcial no confirmada y varios casos de enfermedad estable ( $n=7$ ).

**Conclusión:** A la DMT (FTD-TPI 35 mg/m<sup>2</sup> bid, oxaliplatino 85 mg/m<sup>2</sup>), la toxicidad medular y gastrointestinal fue similar a la descrita previamente. Una cohorte adicional de 6 pacientes confirmará la DMT. Un estudio de expansión en el cual se combina el doblete con nivolumab o bevacizumab se encuentra en curso. Información del ensayo clínico: NCT02848443

#### ePóster 47

### Impacto de la localización del tumor primario (LTP) en los resultados del tratamiento en primera línea con panitumumab (Pmab) + FOLFIRI en pacientes con cáncer colorrectal metastásico (CCRm).

**Javier Gallego** – Servicio de Oncología Médica, Hospital General Universitario de Elche (Alicante), Spain. **Meinolf Karthaus** – Department of Hematology and Oncology, Städtisches Klinikum München, Klinikum Neuperlach, Munich, Germany. **Marc Van den Eynde** – Institut Roi Albert II, Department of Gastroenterology and Medical Oncology, Cliniques universitaires Saint-Luc UCL, Brussels, Belgium. **Laurent Mineur** – Département de Cancérologie Digestive, Institut Sainte Catherine, Avignon, France. **Josef Thaler** – Internal Medicine IV (Hematology and Medical Oncology), Klinikum Wels-Grieskirchen, Wels, Austria. **Reija Koukakis** – Amgen Ltd, Department of Biostatistics, Uxbridge, Middlesex, UK. **Marloes Berkhout** – Amgen B.V., Medical Development, Breda, The Netherlands

**Introducción y Objetivos:** El pronóstico del CCRm se ve afectado por la LTP. La LTP también puede afectar a la actividad del inhibidor del receptor del factor de crecimiento epidérmico Pmab(+FOLFIRI).

**Material y Métodos:** En este estudio fase II de un solo brazo (NCT00508404), los pacientes recibieron Pmab+FOLFIRI quincenalmente en primera línea hasta progresión de la enfermedad (PE), con el objetivo principal de evaluar la tasa de respuesta objetiva (TRO). Se incluyeron pacientes con CCRm RAS no mutado (WT exones 2,3 y 4 KRAS/NRAS). Se analizaron las características demográficas/tumorales basales y los resultados según LTP. Se definió la reducción temprana del tumor (ETS)

como disminución  $\geq 30\%$  en la suma de los diámetros máximos de las lesiones medibles en semana 8. La profundidad de la respuesta (PdR) fue el cambio % máximo desde el inicio hasta el nadir en pacientes con reducción, o hasta PE en pacientes sin reducción. PdR fue positiva para reducción, negativa para crecimiento y cero para ningún cambio. Se analizó la supervivencia libre de progresión (SLP) según LTP y estado ETS.

**Resultados:** Se pudo determinar la LTP en 52/69 (75%) pacientes RAS-WT; 45/52 (87%) tenían tumores en el lado izquierdo (I). Los pacientes con tumores I vs derecho (D) tenían más probabilidad de tener CCRm BRAF-WT (91% vs 71%), estado funcional ECOG-0 (56% vs 43%) y metástasis en hígado+otras localizaciones (53% vs 29%). Los pacientes con tumor I vs D tuvieron una mayor mediana (IC95%) de SLP(11,2 [7,6;17,0] vs 7,2 [1,1;19,1] meses) y mayor probabilidad de ETS (53% vs 29%). La TRO (60% vs 57%), mediana (IC95%) de duración de la respuesta (DR)(13,2 [9,3;17,7] vs 14,3 [3,5;17,3] meses), mediana de PdR (61% vs 60%), y tasa de resección (cualquiera: 13% vs 14%; R0: 7% vs 14%) fueron similares. La ETS se asoció con una mejor SLP, independientemente de la LTP (HR [IC95%] ETS vs ausencia ETS: 0,53 [0,22;1,29] I; 0,35 [0,03;3,54] D).

**Conclusión:** Estos datos post-hoc son consistentes con estudios previos mayores que sugieren una mejor ETS/SLP con Pmab en CCRm RAS-WT con tumor I. La TRO, DR y PdR fueron similares independientemente de la LTP. Debido al bajo tamaño muestral, no se pueden extraer conclusiones sobre la actividad de Pmab+FOLFIRI en tumores D, pero la ETS también podría predecir mejor SLP en este subgrupo.

## ePóster 48

### Impacto del índice de comorbilidad de Charlson en la supervivencia de pacientes octogenarios con cáncer colorrectal.

Elizabeth Inga Saavedra, Estefania Casaut Lora, Alba González-Haba Martínez, Veronica Serrano Pecos, Maria Fernanda Martinez Barragan, Esperanza Blanco Campanario, Jacobo Gómez-Ulla Astray, José Ramón Rodríguez Mowbray – Hospital Universitario Infanta Cristina de Badajoz

**Introducción y Objetivos:** Los pacientes octogenarios tienen mayores tasas de comorbilidad que se asocian con un mal pronóstico, existen pocos estudios que han identificado factores pronóstico en estos pacientes ancianos con cáncer colorrectal (CCR). El índice de comorbilidad de Charlson (ICC) es el sistema de puntuación clínica más utilizado para predecir la supervivencia de pacientes con tumores malignos. El objetivo de este estudio fue investigar la prevalencia de la comorbilidad y el impacto pronóstico de la puntuación del ICC en relación a la supervivencia en pacientes octogenarios con CCR.

**Material y Métodos:** Revisamos 151 historias clínica de pacientes octogenarios con CCR referidos a Oncología Médica entre enero de 2012 y marzo de 2017. Se recopilamos y analizamos datos demográficos, de estadificación, tratamiento y supervivencia. El puntaje de CCI fue la variable independiente. Las tasas de SG se estimaron por el método de Kaplan-Meier, con diferencias en la supervivencia entre los grupos comparados por la prueba de log-rank.

**Resultados:** Los octogenarios representaron el 19% del total de pacientes, 82 (54%) hombres y 69 (46%) mujeres. La mediana de edad fue 84 años. No hubo diferencias en el performance status (PS) entre ambos sexos: PS 0-1 en el 76%, PS 2 en el 26% y PS 3-4 en el 10% de casos. Los pacientes fueron divididos en dos grupos según la puntuación del ICC: alta (ICC  $\geq 3$ , n = 52) y baja (ICC  $< 3$ , n = 99), para realizar análisis comparativos de las diferencias en sus resultados a corto y largo plazo. La supervivencia global (OS) fue mayor en pacientes con una puntuación baja del ICC en relación a una puntuación alta (46 versus 25 meses; p  $< 0,01$ ). La puntuación alta de ICC se relaciona significativamente con un peor resultado de supervivencia en todos los estadíos (p  $< 0,001$ ).

**Conclusión:** En nuestro estudio, el índice de comorbilidad de Charlson proporcionó información útil sobre el pronóstico y la supervivencia en pacientes octogenarios con cáncer colorrectal.

## ePóster 49

### Impacto en supervivencia global (SG) de la secuencialidad del tratamiento con anticuerpos anti-EGFR y antiangiogénicos en pacientes con cáncer colorrectal metastásico (CCRM) RAS/ BRAFV600E nativo sin inestabilidad de microsatélites (IMS): Real World Data (RWD).

Elena Elez, Guillem Argilés – Hospital Universitario Vall d'Hebron. Raquel Comas – Vall d'Hebron Institute of Oncology (VHIO). Nuria Mulet, Alba Noguerido – Hospital Universitario Vall d'Hebron. Giulia Martini, Ariadna Garcia, Guillermo Villacampa – Vall d'Hebron Institute of Oncology (VHIO). Josep Taberner – Hospital Universitario Vall d'Hebron. Rodrigo Dienstmann – Vall d'Hebron Institute of Oncology (VHIO)

**Introducción y Objetivos:** Los pacientes con CCRM RAS/ BRAFV600E nativo no IMS tienen mayor probabilidad de respuesta a anti-EGFR independientemente de la línea de tratamiento, particularmente los tumores de colon izquierdo (TCI). La secuencia óptima de las terapias dirigidas todavía no está bien definida en pacientes molecularmente seleccionados.

**Material y Métodos:** Recopilamos prospectivamente datos clínicos y moleculares de pacientes CCRm. Para aquellos RAS/BRAFV600E nativos (2012-2016), no-MSI (2015-2016), investigamos el impacto de la secuencia del anti-EGFR (1ª o 2ª/3ª líneas) en términos de SG tras el diagnóstico de la enfermedad metastásica. Se desarrolló un modelo de regresión de Cox para ajustar el sesgo de selección de tratamiento basado en el estadio al diagnóstico, número y localización de las metástasis, tipo de quimioterapia de primera línea y cirugía curativa de las metástasis (CxM1). Los tumores de colon derecho (TCD) (ciego a transverso) y TCI (ángulo espénico a recto) se evaluaron por separado.

**Resultados:** Incluimos 913 pacientes en nuestra base de datos. 416 (45%) cumplieron criterios moleculares para análisis. De éstos, 98% recibieron dos regímenes de quimioterapia, 70% anti-EGFR, 60% anti-angiogénicos y 45% se sometieron a CxM1. Las variables clínicas que se asociaron a no tratamiento con anti-EGFR fueron: edad avanzada al diagnóstico, única localización metastásica y CxM1 ( $p < 0.05$ ). El único factor vinculado a preferencia por anti-EGFR en la primera línea fue el periodo: 2010-2014 fue 30% mientras que 2015-2016 fue 54% ( $p < 0.01$ ). En los pacientes tratados con anti-EGFR no sometidos a CxM1, la SG fue significativamente superior en los TCI (47.5 meses; 85% de todos los pacientes) vs TCD (33.6 meses, HR 1.58; IC95% 1.03-2.41;  $p = 0.04$ ). En el modelo de regresión de Cox, ofrecer tratamiento con anti-EGFR en primera línea en TCI no demostró impactar en SG (HR=0.96, IC95% 0.8-1.2,  $p = 0.72$ ). Observamos este mismo resultado en TCD (HR=1.26, IC95% 0.8-2.1,  $p = 0.36$ ; interacción  $p = 0.32$ ).

**Conclusión:** En nuestra cohorte RWD previa a la consideración de la lateralidad en el algoritmo de decisiones terapéuticas en CCRm, no encontramos diferencias de la secuencia anti-EGFR en SG en TCI aunque constatamos una tendencia a la priorización del anti-EGFR en líneas más precoces en el periodo más reciente. Sólo el 15% de los pacientes seleccionados presentaban TCD limitando el análisis de subgrupos. El análisis del periodo 2017 (en curso) tendrá particular valor para interpretar resultados.

### ePóster 50

#### PREDICCIÓN DE LA TOXICIDAD G3-5 EN PACIENTES ANCIANOS CON TUMORES GASTROINTESTINALES (TGI) TRATADOS CON QUIMIOTERAPIA (QT): IMPORTANCIA DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA. (Proyecto GESTA).

**Darío Sánchez-Cabrero** – *Universitario La Paz, Madrid.* **Beatriz Jiménez-Munárriz** – *Clara Campal.* **María José Molina** – *Virgen de la Luz, Cuenca.* **Irene Paredero** – *Universitario Dr. Peset, Valencia.* **Maite Antonio-Rebollo** – *ICO-Duran i Reynals, Hospitalet.* **Ana Belén Custodio, Oliver Higuera** – *Universitario La Paz, Madrid.* **Laura Basterretxea** – *ESI/OSI Donostialdea.* **Ismael Ghanem, Jaime Felu** – *Universitario La Paz, Madrid*

**Introducción y Objetivos:** La QT en los ancianos ofrece el mismo beneficio que en poblaciones más jóvenes, aunque resulta más tóxica. El objetivo del estudio es identificar los factores predictivos de desarrollar una toxicidad grave (G3-5) tras el tratamiento con QT en pacientes ancianos diagnosticados de TGI.

**Material y Métodos:** Se han incluido 201 pacientes diagnosticados de TGI y edad  $\geq 70$  años tratados con QT. Se recogieron datos demográficos, clínicos y analíticos. Se realizó una valoración geriátrica integral (VGI) antes de la decisión terapéutica, que incluyó los siguientes test: ADL, IADL, mini-Pfeiffer, índice de comorbilidad de Charlson, IMC, VES-13, HDAS score, short physical performance battery (SPPB), caídas en los últimos 6 meses, escala social MOS, escala socio-familiar de Gijón y score predictivo de Hurria (JCO 2011).

**Resultados:** La edad media de los pacientes fue de 77.8 años (70-92), ECOG PS 0/1/2: 30%/63%/7%. Hubo 23 cánceres de estómago y 178 de colon y recto. 89 pacientes recibieron poliQT con o sin terapia dirigida y 112 monoterapia. El 41% presentó alguna dependencia en las IADL, y el 16% en las ADL. Desarrollaron toxicidad G3-5 92 (34%) pacientes. El 29% de los pacientes desarrollaron toxicidad G3-5. El análisis de regresión logística detectó que los factores asociados a un mayor riesgo de toxicidad fueron la función renal, los antecedentes de caídas en el último mes, una velocidad lenta en la marcha, el tiempo en levantarse y la dosis administrada sin reducción. El riesgo de desarrollar toxicidad en función de la presencia de  $< 3$  ó  $\geq 3$  de esos factores de riesgo fue de 24% vs 40% ( $p < 0.039$ ). Ni el ECOG-PS ni el score de Hurria fueron útiles para predecir el riesgo de desarrollar toxicidad.

**Conclusión:** En los pacientes con TGI tratados con QT, las variables que se relacionaron con el desarrollo de toxicidad G3-5 fueron la función renal, los antecedentes de caídas, la velocidad de la marcha, el tiempo en levantarse y la dosis administrada. Nuestros resultados destacan la utilidad de la VGI para individualizar el tratamiento de los pacientes ancianos con TGI

### ePóster 51

#### Preservación de esfínter anal y tasa de colostomías de protección y definitivas en cáncer de recto localmente avanzado. Experiencia de grupo multiinstitucional de 2010 a 2018.

**Beatriz Losada Vila, María Victoria De Torres Olombrada, David Gutiérrez Abad, Ignacio Juez Martel, Tamara García Cañibano, Sara Montemuiño Muñiz, Fernando Pereira Pérez, Juan Antonio Guerra Martínez** – *Hospital Universitario de Fuenlabrada*

**Introducción y Objetivos:** Revisar los tipos de cirugía y complicaciones tras tratamiento de quimio-radioterapia neoadyuvante en relación a la distancia al margen anal.



**Material y Métodos:** Se ha estudiado de maneras retrospectiva a 181 pacientes (p)diagnosticados de cáncer de recto localmente avanzado entre 2010-2017. Todos ellos se trataron con RDT tridimensional dosis 50.4 Gy con quimioterapia concomitante basada en 5Fu/Capecitabina. Cirugía en 180 a las 8 semanas del tratamiento [6-12]. Se ha agrupado teniendo en cuenta la distancia al margen anal.

**Resultados:** La media de edad fue de 67 años [37-89], 180 intervenciones: 128 RAB (71.1%), 52 ABP (29.9%). La distancia al margen anal se midió mediante RM en el 97 % de los casos. 39 pacientes (21.5%) se localizaban entre 1-4 cm (grupo 1), 64p (35.4%) entre 5-7 cm (grupo 2), 60 p (33.1%) entre 8-10 cm (grupo 3) y 16 p (8.8%) >10 cm (grupo 4). Se elige ABP en los tumores más cercanos al margen anal (<4 cm), aunque en nuestro grupo tenemos 9/39 pacientes (23%) en los que se ha realizado RAB. A medida que nos alejamos, la tasa de RAB aumenta y son infrecuentes las ABP (6,6% en 7-10 cm). La colostomía fue definitiva en el 100% de las ABP, y de tan solo 11/60 en el grupo 3, 2/16 en el grupo 4, siendo de protección de hasta en 30/64(46,9%) grupo 2, 28/60(46.6%) grupo 3. Varias colostomías de protección fueron definitivas a petición del paciente por buen manejo de la misma y miedo a síndrome de resección baja. Las complicaciones de la RAB en el grupo con enfermedad a <4 cm, se presentaron el 100% de los casos en forma de incontinencia fecal con impacto en calidad de vida. Con un seguimiento superior a 6 años, se han producido tan sólo 10 recaídas locales (5.5%), 14 local+ distancia (7.7%), 30 a distancia (16.6%), con 4 segundos primarios (2.2%) y 118 pacientes (65.2%) no han progresado, estando vivo un 84% de la población.

**Conclusión:** La tasa de RAB es la técnica generalmente a más utilizadas en el subgrupo a < 4 cm, con síndrome de resección ultrabajas en todos los pacientes. La tasa de colostomías de protección es de casi un 50% tras RAB, pudiendo reconstruirse el tránsito en casi el 100%. Las no reconstruidas han sido a petición del paciente.

## ePóster 52

### Relevancia del polimorfismo 30'UTR de HLA-G en cancer colorrectal.

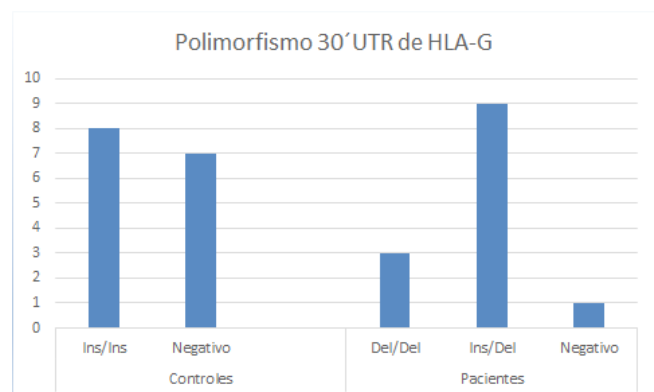
**Antonio David Lázaro Sánchez , Pablo Salces Ortiz – Hospital Universitario de San Juan. Laura Isabel Velásquez Castrillón – Universidad Miguel Hernández, dpto del Inmunología. Asuncion Juarez Marroquí, Maria Elena Iriarte Moncho, Alejandro Bernal Vidal, Nieves Diaz Fernandez – Hospital Universitario de San Juan**

**Introducción y Objetivos:** En el desarrollo y pronóstico del carcinoma colorrectal (CCR) son de gran importancia los mecanismos de escape tumoral. Investigaciones recientes señalan que ciertos tumores, tanto sólidos como hematológicos, podrían expresar y utilizar el HLA-G (Human leucocyte Antigen-G) como mecanismo

de escape del sistema inmunológico (1). Establecen que, por sus propiedades tolerogénicas, HLA-G puede ser un biomarcador en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del cáncer, incluso proponiéndose como potencial diana terapéutica. Su expresión en tejido tumoral y la ausencia de la misma en tejido sano, se ha demostrado en multitud de localizaciones tumorales: cáncer de mama, CCR, gástrico, pulmonar, pancreático, melanoma y leucemia, entre otros (2). Además, varios estudios han asociado el aumento de expresión de la forma soluble de HLA-G (sHLA-G) con estadios más avanzados de la enfermedad, y con un detrimento pronóstico (3). El polimorfismo 30'UTR de HLA-G es el mejor estudiado habiéndose descrito variaciones protectoras y de riesgo de CCR. Garziera et al. describen en su estudio una asociación entre un riesgo elevado de CCR con la detección de +2960 14-bp INDEL, +3196 C>G SNPs y UTR-2 haplotipo, y un factor protector para los polimorfismos +3003 T>C, +3010 C>G y haplotipo UTR-4 (4). Presentamos el análisis de polimorfismos de sHLA-G en población afecta de CCR (naive a tratamiento) y en población control sano. **OBJETIVO:** Detección del polimorfismo de 14pb Ins/Del de sHLA-G en el exón 8 en las muestras de sangre periférica en pacientes con CCR.

**Material y Métodos:** Muestra: Sangre Periférica. Inserción/Delección de la secuencia del polimorfismo de 14 bp. Control Positivo: GAPDH. Extracción DNA: Kit E.Z.N.A DNA Mini Kit. La cuantificación de DNA de las muestras se realizó con el equipo NanoDrop. PCR: Los productos de PCR tienen un tamaño de 226 bp y 240 o ambos, dependiendo de la inserción/delección de 14 pb en el exón 8. El gel de poliacrilamida utilizado es del 10%.

**Resultados:** Se observa que los pacientes tienen mutaciones distintas, 92% tienen delección, en homocigosis (23%) o en heterocigosis (69%), mientras que en los controles solo se ha observado inserción del polimorfismo en homocigosis (53%) o ausencia del polimorfismo (46%), pero en ningún caso delección.



Determinación de polimorfismos de HLA-G

**Conclusión:** Se observa que los pacientes tienen mutaciones distintas de los controles, lo que podría indicar diferentes pronósticos.



## ePóster 53

### Seguridad de las Prótesis Metálicas Autoexpandibles (PAMs) versus Cirugía Urgente para la Obstrucción Intestinal Maligna en pacientes tratados con Bevacizumab (BV).

**Vilma Pacheco-Barcia, Rebeca Mondéjar** – Hospital Universitario La Princesa. **Olga Martínez-Sáez, Federico Longo** – Hospital Universitario Ramón y Cajal. **Jose Andrés Moreno, Elena Bermejo, Olga Donnay** – Hospital Universitario La Princesa. **Enrique Rodríguez de Santiago, Alfredo Carrato** – Hospital Universitario Ramón y Cajal. **Ramon Colomer** – Hospital Universitario La Princesa

**Introducción y Objetivos:** El cáncer colorrectal se presenta con obstrucción intestinal maligna en aproximadamente 10% de los casos. PAMs puede ser una alternativa para la cirugía urgente, aunque los datos a largo plazo son limitados en cuanto a los resultados clínicos y la seguridad de BV en estos pacientes.

**Material y Métodos:** Realizamos una revisión retrospectiva de 2.850 casos de cáncer de colon localizado o metastásico diagnosticados entre enero de 2012 y octubre de 2017, e identificamos aquellos pacientes con obstrucción intestinal maligna que fueron tratados inicialmente con SEMS o cirugía de emergencia.

**Resultados:** Seleccionamos 256 casos, 134 de los cuales fueron tratados con PAMs y 124 con cirugía. La mediana de edad fue 76 años. La mediana del tiempo de seguimiento fue de 16 meses. No hay diferencias en el lado o el estado de RAS entre las cohortes. 137 pacientes tenían enfermedad localizada: 58 tenían PAMs y 79 recibieron cirugía. 119 pacientes eran metastásicos: 79 tenían PAMs y 40 recibieron cirugía. En la enfermedad localizada, PAMs redujo la incidencia de complicaciones en comparación con la cirugía (14 frente a 33%, RR 2.07,  $p = 0.008$ ), tuvo un tiempo similar a la complicación (12d vs 8d,  $p = 0.2$ ), y mostró una supervivencia global (SG) similar en comparación con la cirugía (32m vs 49m,  $p = 0.1$ ). En pacientes metastásicos, PAMs tuvo una tasa similar de complicaciones en comparación con la cirugía (32.5% vs 35.5%,  $p = 0.45$ ), mostró mayor tiempo a la complicación (18m vs 1m,  $p = 0.004$ ), y una SG similar (14m vs 15m,  $p = 0.5$ ). En pacientes metastásicos tratados con BV, las complicaciones fueron similares en PAMs y los pacientes intervenidos quirúrgicamente (40% vs 31%, RR 1,28,  $p = 0,45$ ) y la incidencia de perforación fue similar en pacientes con SEMS (16% vs 7%, RR 1,09,  $p = 0.16$ ).

**Conclusión:** Las prótesis como puente a la cirugía asocian una menor morbilidad con un impacto en la supervivencia similar a la cirugía. En pacientes metastásicos, PAMs y la cirugía de emergencia presentan una morbilidad similar. Además, el uso de BV no se asoció a un mayor riesgo de complicación. En conclusión, en pacientes con obstrucción intestinal maligna las prótesis colónicas son una opción segura, inclusive en pacientes tratados con BV.

## ePóster 54

### TAS 102: DATOS DE LA VIDA REAL DENTRO DEL GRUPO COLORRECTAL ACLO (ASOCIACIÓN CASTELLANO LEONESA DE ONCOLOGÍA).

**Mariana López Flores** – Complejo Asistencial Universitario de León. **Beatriz Llorente Ayala** – Hospital Universitario de Burgos. **Beatriz Esteban Herrera** – Complejo Asistencial de Segovia. **María Isabel Ruiz Martín** – General Hospital Río Carrión. **Mauro Valles Cancela** – Complejo Asistencial de Soria. **Isabel Palomo Martín** – Hospital Clínico Universitario de Valladolid. **María Fernández González** – Hospital Universitario Río Hortega. **Elena Filipovic Vargas** – Complejo Asistencial de Ávila. **Emilio Fonseca Sanchez** – Hospital Clínico Universitario de Salamanca. **Carmen Castañón López** – Complejo Asistencial Universitario de León

**Introducción y Objetivos:** TAS 102 (trifludina/tipiracilo) está aprobado en el tratamiento del CCRm (cáncer colorrectal metastásico) refractario a terapia estándar, tras alcanzar una disminución del 31% del riesgo relativo de muerte y una mejora de dos meses (m) en la mediana de la supervivencia global (SG). Se reportan 30% de eventos adversos EAs de cualquier grado, siendo la neutropenia el más frecuente.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo, incluyó pacientes diagnosticados de CCRm tratados con TAS 102 en hospitales de Castilla y León, de enero de 2017 a marzo de 2018. Se analizaron las variables clínico-patológicas de los pacientes y eficacia y seguridad del tratamiento con TAS 102.

**Resultados:** 62 pacientes. La tabla 1 resume las características clínicas y moleculares de los pacientes, así como los tratamientos previos. 72.6% eran hombres (edad media 65 años). 88.7% ECOG  $\leq 1$ . 66.2% tenían mutación en RAS y 1.6% en BRAF. 70% tenía  $\leq 2$  localizaciones metastásicas, el 30.6% tenía únicamente metástasis hepáticas. 74.2% recibió  $\geq 3$  líneas de tratamiento previas. La media de ciclos fue 3.7 (1-12). 33.9% requirió retraso de tratamiento debido a EAs; 24.2% y 9.7% requirieron uno y dos retrasos, respectivamente. En 40.3% se redujo la dosis debido a EAs, el 29% y el 11.3% requirieron un primer y segundo nivel de reducción, respectivamente. El 32,7% presentó EAs hematológicos. La neutropenia fue el EAs grado 3-4 más frecuente con 14,6%, esto se relacionó con mayor supervivencia libre de progresión (PFS) ( $p=0,01$ ). No se reportaron casos de neutropenia febril. 50% EAs no hematológicos de cualquier grado: astenia (32,3%), náuseas (14,5%) y diarrea (12,9%). No hubo interrupciones ni muertes relacionadas con EAs ni detrimento del performance estatus (PS). La mediana de PFS fue de 3m (IC 95%: 2,8-3). La mediana de SG fue de 4,4m (IC 95%: 3,5 a 5,2). No hubo diferencias significativas en la PFS o SG entre los pacientes tratados con Regorafenib previo o posterior a TAS 102. Los pacientes con mutación RAS presentan un mayor SG versus



los RAS nativo ( $p=0.03$ ). Los pacientes que recibieron TAS 102 en cuarta o sucesivas líneas de tratamiento tuvieron mayor beneficio en SG ( $p=0.007$ ).

**Conclusión:** Este análisis confirma la eficacia y la seguridad de TAS 102, como una opción de tratamiento en pacientes con CCRm refractarios, con mantenimiento adecuado del PS

Características	% (n=62)
<b>Sexo</b> Hombre	72.6% (45)
Mujer	27.4% (17)
Edad media (rango)	65 años (38-86)
<b>ECOG PS:</b> 0	30.6% (19)
1	58.1% (36)
2	11.3% (7%)
<b>Localización del tumor primario:</b>	
Colon izquierdo	43.5% (27)
Colon derecho	19.4% (12)
Recto	37.1% (23)
<b>Tipo de debut metastásico:</b>	
Sincrónico	74.2% (46)
Metacrónico	25.8% (16)
<b>Status RAS:</b> Nativo	32.3% (20)
Mutado	66.2% (41)
No disponible	1.5% (1)
<b>Status BRAF:</b> Nativo	98.4% (61)
Mutated	1.6% (1)
<b>Número de localizaciones metastásicas:</b>	
1	41.9% (26)
2	29% (18)
3	24.2% (15)
≥4	4.8% (3)
<b>Localizaciones metastásicas:</b>	
Hígado	48.4% (30)
Pulmón	46.8% (29)
Ganglios	27.4% (17)
Peritoneo	14.5% (9)
Hueso	9.7% (6)
Únicamente hígado	30.6% (19)
<b>Cirugía del tumor primario:</b>	
Si	75.8% (47)
No	24.2% (15)
<b>Número de líneas previas de tratamiento:</b>	
1	8.1% (5)
2	35.5% (22)
3	30.6% (19)
≥4	25.8% (16)
<b>Terapias sistémicas previas:</b>	
Fluoropirimidinas	98.4% (61)
Oxaliplatino	83.9% (52)
Irinotecan	79% (49)
Bevacizumab	56.5% (35)
AntiEGFR	35.5% (22)
Regorafenib	33.9% (21)

Tabla 1: Características clínico-patológicas y terapias previas

## ePóster 55

**Valor pronóstico de la PET en los pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal avanzado en tratamiento con quimioterapia y antiangiogénicos.**

**Rocío Galán Moral** – Virgen Altavracia. **Jose Carlos Villa Guzmán, María Dolores Pineda Pineda, María José García López, Silvia Lorente Cañadas, Ferran Ferragut Lloret** – Ciudad Real. **Rafael López Bajo** – Mancha Centro. **Jaime Portela Gutiérrez** – Ciudad Real

**Introducción y Objetivos:** El cáncer colorrectal metastásico tiene una incidencia muy elevada. La inclusión de terapias biológicas en el esquema de tratamiento como el cetuximab (anti-EGFR) y bevacizumab (anti-VEGF) han conseguido mejorar el pronóstico de la enfermedad. El estudio 18-PET-FDG es una prueba que mide la actividad metabólica de las regiones tumorales. Ésta tiene ya una indicación clara dentro de la estadificación del CCR. En este trabajo se quiere explorar el valor pronóstico de la PET-TC cuando usamos antiangiogénicos.

**Material y Métodos:** Se plantea la hipótesis de que la captación metabólica de la metástasis en el CCR avanzado tiene valor pronóstico en pacientes tratados con antiangiogénicos. El objetivo primario es identificar la relación entre el valor de SUV y la supervivencia global. Entre los objetivos secundarios se encuentra diseñar un modelo pronóstico que integre el valor de SUV con parámetros clínicos, analíticos y moleculares.

**Resultados:** La muestra total estaba compuesta por 41 pacientes con una mediana de edad de 61 años. El 30% tenían menos de 70 años, en el 73% de los pacientes el tumor primario estaba localizado en colon, siendo las metastásicas hepáticas las más frecuentes. La supervivencia global de la muestra fue de 30,71 meses. Los pacientes con menor SUV en la metástasis al diagnóstico presentaban una supervivencia de 48,82 meses frente a 26,77 meses de los pacientes con mayor SUV ( $p=0,058$ , HR 0,432). La edad y la presencia de anemia se asociaron con la supervivencia global ( $p=0,019$  y  $p=0,04$  respectivamente) mientras que el estado de K-RAS, CEA y localización tumoral mostraron tendencias a la significación. La integración de todas estas variables en el SCORE PET se relacionó con la supervivencia global ( $p=0,007$ , HR 0,136) en función del riesgo.

**Conclusión:** El SUV de la metástasis es un factor pronóstico en pacientes con CCR avanzado. El modelo SCORE PET que integra parámetros metabólicos, clínicos, analíticos y moleculares permite identificar grupos pronósticos. Se necesitan estudios prospectivos que validen estos resultados.

## ePóster 56

**VALOR PRONOSTICO DE LAS MUTACIONES DE RAS Y BRAF EN CANCER DE COLON RESECADO ESTADIOS II Y III.**

**Alba Hernández García** – Hospital De Barbastro. **Eduardo Polo Marques, Carlos Hördler Argarate, David Santiago Rosero Cuesta** – Hospital Universitario Miguel Servet. **Francisco Javier Queipo Gutierrez** – Hospital General San Jorge Huesca. **Veronica Calderero Aragon** – Hospital De Barbastro. **Iñaki Alvarez Busto, Antonio Anton Torres, Vicente Alonso Orduna** – Hospital Universitario Miguel Servet

**Introducción y Objetivos:** El tratamiento con quimioterapia (CT) adyuvante ha demostrado beneficio en supervivencia libre de enfermedad (SLE) y supervivencia global (SG) en pacientes con cáncer de colon (CC) resecado Estadios III y II con factores de mal pronóstico. El papel de las mutaciones de RAS (30%) y de BRAF (10-15%) en estadios iniciales de CC es desconocido. El objetivo de este estudio fue analizar la frecuencia y el valor pronóstico de las mutaciones de RAS y BRAF en pacientes con CC estadios II y III.

**Material y Métodos:** Se revisa de forma retrospectiva los pacientes con CC tratados con CT adyuvante desde Enero de 2007 hasta Diciembre de 2010. El estado mutacional de los genes RAS (K y NRAS codones 12, 13, 59, 61, 117 y 146) y de la mutación BRAF se realizó mediante tecnología COBAS 4800. Para estimar la SLE y SG se utiliza método de Kaplan-Meier. Para el análisis multivariante se utiliza el modelo de regresión de Cox.

**Resultados:** Se han analizado 213 pacientes con CC Estadio II (26,8%) y III (73,2%), sometidos a intervención quirúrgica y CT adyuvante [fluorpirimidinas +/- oxaliplatino]. Mediana de edad 65 años (33-79), 64,3% varones, 50,2% tumor lado izquierdo, 71,4% recibió tratamiento con Oxaliplatino. Un 40,4% presento mutación en KRAS [90,7% en el exón 2] y un 6,6% presento mutación en NRAS. En ambos estadios KRAS mutado en 40,4%, y la mutación NRAS en Estadio II 14% y en el III 3,9%. Mutación BRAF V600E en 17 pacientes (8%), 7% en Estadio II y 8,3% en el III. Con una mediana de seguimiento >5 años, SLE a 5 años 75,5% y SG a 5 años 79,7%. La mutación RAS [KRAS/NRAS] se mostró como factor pronóstico en el análisis univariante para la SLE HR 4,37 [2,28-8,35,  $p<0,001$ ] y SG HR 2,26 [1,36-3,77,  $p=0,003$ ] y en el análisis multivariante para SLE HR 2,31 [1,11-4,81,  $p=0,025$ ] y SG HR 1,92 [1,06-3,50,  $p=0,031$ ]. La mutación de BRAF no se mostró como factor pronóstico (análisis univariante) para SLE HR 0,45 [0,11-1,83,  $p=0,250$ ] ni para SG HR 0,95 [0,38-2,39,  $p=0,920$ ].

**Conclusión:** La mutación RAS [KRAS/NRAS] se ha verificado como un factor de mal pronóstico tanto para SLE como SG en pacientes con CC Estadios II y III, a diferencia de la mutación BRAF.

## ePóster 57

### Valoración del cumplimiento del tratamiento adyuvante en CCR estadio III en una única institución.

**Carlos José Rodríguez González, Beatriz González Astorga, Lidia Carnerero Córdoba, María Soledad Yélamos Vargas, Silvia Sequero López, Miriam Pérez García, Nicolás López López, María Teresa Delgado Ureña, Marta Legerén Álvarez, Jose Miguel Jurado García** – Hospital San Cecilio (Granada)

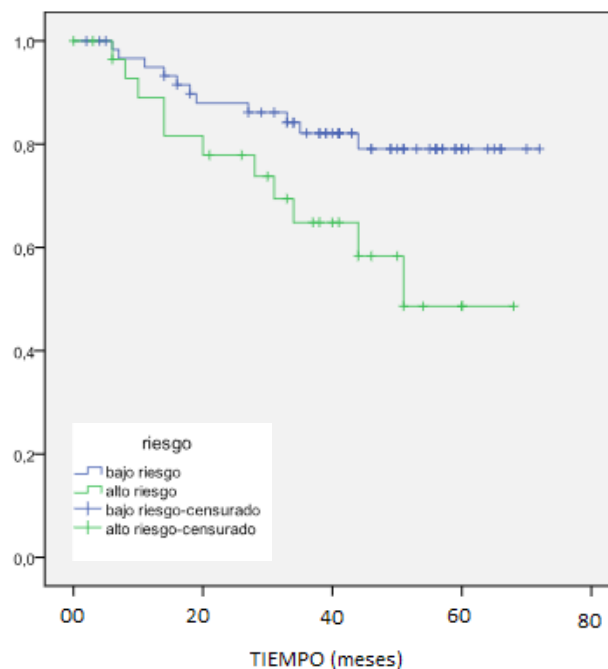
**Introducción y Objetivos:** Tras la comunicación de los resultados del estudio IDEA la comunidad científica se plantea si sería factible reducir la duración del tratamiento adyuvante basado en oxaliplatino en una población bien seleccionada de pacientes.

**Material y Métodos:** Análisis retrospectivo de 93 pacientes diagnosticados de cáncer de colon estadio III en nuestro centro durante 48 meses (2012 – 2015). Analizamos: características de los pacientes, tratamiento adyuvante y su cumplimiento.

**Resultados:** La mediana de edad al diagnóstico es de 68 años (35-89), el 53% mayores de 70 años. 53% varones y 47% mujeres. Factores pronósticos adversos: 12% G3, 26% ILV y 17% IPN. Por estadios TNM: 75% pT3, 20% pT4, 68% pN1 y 32% pN2. Por grupos de riesgo el 68% son bajo riesgo y el 32% alto riesgo. Recaen el 17.7% de los pacientes de bajo riesgo y el 40% de alto riesgo ( $p=0.040$ ). El 53% recibe XELOX. La mediana de ciclos recibidos es 6 (1-8), el 45% completa 8 ciclos y el 82% recibe 4 o más. El 17% recibe FOLFOX. La mediana de ciclos recibidos es 10 (5-12), el 31% completa 12 ciclos y el 94% recibe 6 o más. Un 2% recibe capecitabina en monoterapia y el 28% no recibe adyuvancia. El 53% de los pacientes mayores de 70 años no recibe adyuvancia. En nuestra serie la supervivencia libre de recaída a 3 años es del 77.1% : en bajo riesgo 82,1% y en alto riesgo 64,8% ( $p=0.028$ ). Recaen el 25% de los pacientes. De ellos, el 60% son de alto riesgo y el 40% de bajo riesgo. El 57% presenta

ILV o IPN. En cuanto al cumplimiento en este grupo el 61% recibe 3 meses o más, el 39% completa los 6 meses y el 35% no recibe QT adyuvante (de ellos todos son mayores de 75 años).

#### SUPERVIVENCIA POR GRUPOS DE RIESGO



**Conclusión:** En nuestro medio el esquema de elección es XELOX. Existe tendencia a infratratarse a ancianos. En cuanto a la distribución por grupos de riesgo y a la supervivencia libre de enfermedad a 3 años es muy similar a lo reportado en el estudio IDEA. Se distinguen claramente dos grupos pronósticos diferentes, por aclarar si la duración del tratamiento debe ser distinta. Menos de la mitad de los pacientes recibe los 6 meses de tratamiento completos, lo cual muestra la dificultad para cumplirlos.

## CUIDADOS CONTÍNUOS

### ePóster 58

#### ¿CUÁLES SON LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA PLANTA DE ONCOLOGÍA MÉDICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA?

**Carmen Pantin González, Beatriz Losada, Beatriz Antón, Cristina Sanchez, María Victoria Torres, Laura Rodriguez, Diego Malón, David Gutierrez, Iñaki Juez, Juan Antonio Guerra** – Hospital Universitario de Fuenlabrada

**Introducción y Objetivos:** Actualmente, el aumento de supervivencia global del cáncer así como la disponibilidad de más líneas de tratamiento quimioterápico, ha impactado en el mayor número de pacientes ingresados. El objetivo del estudio es revisar las características clínicas, analíticas y los motivos de ingreso más frecuentes de los pacientes ingresados en planta de oncología médica.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de 55 pacientes ingresados en el Hospital Universitario de Fuenlabrada en el servicio de oncología en el periodo de diciembre 2017-marzo 2018.

**Resultados:** La media de edad fue de 57 años (37-74). Los diagnósticos más frecuentes fueron cáncer digestivo (27.3%) seguido de pulmón (21.8%), urológico (10.9%), mama (9.1%), otorrinolaringológico (7.3%) y cerebral (1.8%). Un 65% de los pacientes fueron metastásicos siendo este dato similar a la

literatura descrita ya que tienen mayor tasa de complicaciones por progresión del tumor. En un 85% el esquema de quimioterapia era con varios fármacos. La estancia media fue de 6.5 días. Tras revisar la literatura, factores como número de comorbilidades (Charlson), factores analíticos (albúmina, PCR, GPT, urea, leucopenia) y clínicos (fiebre, saturación de oxígeno) se asocian a mayor número de complicaciones durante el ingreso. En nuestra serie considerando los factores de mal pronóstico, un 45.5% tenía una puntuación de  $\geq 5$  en la escala de Charlson. Unos niveles de albúmina de menos de 2.5 mg/dl en un 80% de los pacientes, así como, elevación de GPT  $> 100$  U/L (40.7%), leucopenia de menos de 2000  $\mu$ l en un 25.5%, PCR superior a 10 mg/dl en un 72.2% y urea  $> 25$  mg/dl en un 18.5%. En cuanto a factores clínicos se asociaron a peor pronóstico la saturación de oxígeno inferior al 90% (40.7%) y fiebre  $> 38^{\circ}\text{C}$  (40.7%). Los motivos de ingreso más frecuentes fueron: infeccioso (38.9%), seguido de mal control analgésico (14.8%), problemas digestivos (13%), situación de últimos días (11.1%), claudicación familiar (7.4%), trombosis, toxicidad de la quimioterapia y disnea en 3.7% respectivamente. La asociación síntomas-tumor más relevantes fueron: tumor digestivo y dolor, infeccioso en cáncer de pulmón y digestivo, trombosis y control paliativo en pulmón. En nuestra muestra, un 28.3% de los pacientes ingresados fallecieron siendo la causa de éxitus más frecuente la progresión tumoral.

**Conclusión:** El perfil de paciente ingresado más frecuente son tumores digestivos, pulmonares metastásicos y desnutridos. El motivo de ingreso más frecuente fue el infeccioso representando un 28% de los éxitus y con PCR al ingreso superior a 10 mg/dl.

## ePóster 59

**¿Cuánto saben de estadística los residentes de oncología médica?**

**Alberto Carmona-Bayonas** – Hospital Universitario Morales Meseguer. **Luis Prieto-Valiente** – Cátedra de Análisis Estadístico y Big Data. Universidad Católica San Antonio de Murcia. **David Prieto** – ADA.rt. Advanced Data Analysis. Research and Teaching. **Blanca Largaespada** – ADA.rt. Advanced Data Analysis. Research and Teaching. **Manuel Sánchez Cánovas, Alejandra Ivars Rubio, Renato Salguero, Esmeralda García Torralba** – Hospital Universitario Morales Meseguer. **Paula Jiménez Fonseca** – Hospital Universitario Central de Asturias

**Introducción y Objetivos:** La bioestadística es una herramienta básica para estimar el efecto de las intervenciones médicas. Diversos estudios sugieren que las interpretaciones erróneas sobre conceptos de estadística inferencial son frecuentes entre los clínicos. El objetivo ha sido evaluar el conocimiento de estadística de residentes de oncología médica, para identificar áreas de potencial mejora pedagógica.

**Material y Métodos:** La muestra se reclutó entre los asistentes al XII Curso SEOM para residentes, celebrado en Valencia en enero de 2018. El cuestionario es una ampliación del cuestionario de Haller&Krauss (2002), y consta de 24 ítems con respuesta dicotómica pertenecientes a 6 áreas temáticas (desviación estándar, valor estandarizado, distribución normal, error estándar, valor-P y regresión logística). Cada ítem se califica como verdadero, falso o respuesta en blanco. Se definió el conocimiento del área

temática como la respuesta correcta de todos sus ítems. Los resultados objetivos se estratificaron según la percepción de conocimiento reconocida a priori por el encuestado para ese tema, y su actividad investigadora.

**Resultados:** El cuestionario fue completado por 96 de 156 participantes. La mayoría eran residentes de 2º año (con mediana de años ejerciendo de 1, rango, 0-25). El 28% (n=29) participaba activamente en trabajos de investigación en cáncer. Los resultados del cuestionario se muestran en la Tabla 1. Destaca la tasa de respuestas incorrectas o nulas sobre: definición de la distribución normal (ítems 3.1-3.3, 81-89%), interpretación del valor-P como probabilidad de ausencia de efecto (ítem 5.1, 41%), definición de la desviación estándar (ítem 1.1, 73%), valor estandarizado (ítem 2.2, 73%), error estándar (ítem 4.1, 52%) o sobre aspectos básicos de regresión logística (ítem 6.2, 80%). Con respecto a áreas temáticas completas, el 32% y 12% respondió de forma correcta a las cuestiones sobre valor-P y error estándar, respectivamente. Sin embargo, >90% falló en al menos un ítem para el resto de áreas temáticas. Estos resultados no difieren en función de la implicación en proyectos de investigación, o la percepción del encuestado sobre su conocimiento de las materias.

**Conclusión:** La prevalencia de interpretaciones erróneas sobre aspectos fundamentales de inferencia estadística es elevada en residentes de oncología médica, a pesar de que un porcentaje relevante participa en proyectos de investigación que requieren estos métodos, o está convencido de que su nivel de conocimientos ya es suficiente.



	% que no lo sabe	% respuesta incorrecta entre los que afirman saber del tema
<b>1 Desviación estándar</b>	<b>95%</b>	
1.1 Es menor cuanto mayor es la muestra	73%	91%
1.2 Se parece mucho a la media de las distancias de los valores a la media muestral	68%	86%
1.3 Se parece mucho a la media del cuadrado de las distancias de los valores a la media muestral	56%	87%
1.4 Mide la dispersión entre medias muestrales si se tomaran al azar millones de muestras de igual tamaño de la misma población	63%	90%
<b>2 Valor estandarizado</b>	<b>91%</b>	
2.1 Se obtiene dividiendo el valor de ese individuo por la media del grupo	43%	27%
2.2 Se obtiene dividiendo el valor de ese individuo por la varianza del grupo	73%	58%
2.3 Es el número de desviaciones estándar que se aleja el valor del individuo de la media del grupo	63%	50%
2.4 Es el número de veces que la varianza del grupo contiene a la desviación estándar	46%	30%
<b>3 Distribución normal</b>	<b>98%</b>	
3.1 La gran mayoría de las variables de la naturaleza siguen distribución normal	89%	92%
3.2 Siguen distribución normal las medias muestrales de cualquier variable, en el muestreo repetido con $N = 200$	81%	88%
3.3 Lo que distingue la distribución normal de las demás distribuciones es que en ella coinciden media, mediana y moda	85%	94%
3.4 Si se toma un millón de muestras de 300 chinos, la media muestral de sus pesos tiene distribución normal	52%	80%
<b>4 Error estándar</b>	<b>88%</b>	
4.1 La dispersión entre los valores de esa variable respecto a la media de la muestra.	52%	64%
4.2 La desviación estándar de la variable en la población	49%	64%
4.3 El error estándar de la variable en la población	45%	56%
4.4 La dispersión entre las medias muestrales si se toman al azar millones de muestras de igual tamaño de la misma población	44%	55%
<b>5 Valor P del test, significado</b>	<b>68%</b>	
5.1 Que no haya realmente efecto	41%	64%
5.2 Que sí haya realmente efecto	25%	62%
5.3 Obtener un resultado como el obtenido, o aún más extremo, si no hay realmente efecto	36%	57%
5.4 Obtener resultados estadísticamente significativos	49%	68%
<b>6 Regresión logística</b>	<b>96%</b>	
6.1 Debemos usarla cuando la variable explicativa es dicotómica	55%	53%
6.2 El coeficiente de la "X" nos dice cuanto aumenta la "Y", por cada unidad que aumenta "X"	80%	74%
6.3 El coeficiente de la "X" dice por cuanto se multiplica la proporción de "positivos" por cada unidad que aumenta "X"	46%	58%

Resultados de la encuesta sobre conocimiento estadístico.



## ePóster 60

## ¿CUÁNTOS PACIENTES DE NUESTRA CONSULTA TIENEN MÁS DE 65 AÑOS? REFLEJO DE UNA CONSULTA UN DÍA CUALQUIERA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA.

**Beatriz Losada Vila, Sonia Del Barco Berrón, David Gutiérrez Abad, Ignacio Juez Martel, Laura Rodríguez Lajusticia, Diego Malón Giménez, Carmen Pantín González, Beatriz Anton Pascual, María Victoria de Torres Olombrada, Juan Antonio Guerra Martínez** – Hospital Universitario de Fuenlabrada

**Introducción y Objetivos:** La incidencia cada vez más elevada de cáncer y el aumento de la esperanza de vida hace que para el año 2025 se prevea que un 25% de los pacientes de una Consulta de Oncología sean ancianos. Nuestro objetivo es reflejar del total de pacientes que acuden a Consultas, el porcentaje y características de pacientes ancianos en un día cualquiera.

**Material y Métodos:** El Hospital de Fuenlabrada atiende a una población de >300.000 habitantes en el área sur de Madrid. Se trata de una zona que ha crecido en los últimos años gracias a la población joven que se ha mudado al extrarradio por los precios de la vivienda. Sin embargo, también tiene una población anciana (padres de muchos que han sido traído desde sus lugares de origen).

### Resultados:

-Durante un día cualquiera se atienden un total de 88 pacientes. De ellos 34/88 (38,6%) tienen más de 65 años [40-85]. Del total de pacientes ancianos, 19 son hombres y 15 son mujeres.

-Los diagnósticos más frecuentes fueron 11 colorectales (32,4%), 11 mama (32,4%), 5 próstata (14,7%), 2 melanomas (5,9%), 2 tumores gástricos (5,9%), 1 tumor de origen desconocido (2,9%), 1 glioblastoma (2,9%), 1 vejiga (2,9%).

Los estadios más frecuentes fueron metastásicos en 21/34 (61,7%) mientras que localmente avanzados con intención curativa en 13/34 (38,3%). Si analizamos el número de comorbilidades, la mayoría de ellos reciben tratamiento para factores de riesgo cardiovascular. En 9/34 (26,5%) se está realizando un seguimiento estrecho por parte de Cardiología y Medicina Interna. Una paciente presentó una complicación de su aneurisma cerebral durante el tratamiento de quimioterapia neoadyuvante (cáncer de mama) y otro paciente sufrió un infarto en el seno del tratamiento de 5-fluoracilo para su cáncer de colon metastásico. 3/34 pacientes necesitaron ingreso por complicaciones intercurrentes o toxicidad del tratamiento. Todos reciben tratamiento de quimioterapia estándar menos 1 paciente que no deseaba recibir quimioterapia neoadyuvante y se trató con hormonoterapia.

### Conclusión:

-Un número creciente de pacientes ancianos son diagnosticados de cáncer (colon y mama en mayor proporción), donde no tenemos ensayos clínicos. Representan casi 40% de la actividad asistencial en un día aleatorio.

-Necesidad de equipo de soporte por parte de geriatría o medicina interna para seguimiento y decisión de tratamiento dado que estos pacientes presentan múltiples comorbilidades, estando más de un 25% en seguimiento estrecho por parte de otros especialistas.

-El siguiente objetivo será analizar la toxicidad de la quimioterapia, reducciones de dosis y supervivencia.

## ePóster 61

## ¿ES VALIOSO EL SOPORTE PALIATIVO PRECOZ EN PACIENTES AFECTOS POR CÁNCER DE PÁNCREAS?

**Esmeralda García Torralba, María Ángeles Vicente Conesa, Alberto Carmona Bayonas, José Carlos Titos Arcos, Alejandra Ivars Rubio, Renato Salguero Aguilar, Manuel Sánchez Cánovas, Francisco Ayala de la Peña** – Morales Meseguer (Murcia)

**Introducción y Objetivos:** Existe evidencia creciente en la importancia de los cuidados paliativos de pacientes con tumores pancreáticos, fundamentalmente, debido a la característica complejidad para el control de síntomas y adverso pronóstico. El objetivo principal fue determinar el impacto del soporte paliativo precoz en la asistencia hospitalaria, así como, su mantenimiento para la situación de últimos días.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo unicéntrico analizando un total de 85 pacientes, asistidos en los dos últimos años.

**Resultados:** De los referidos, 51 eran varones y 34 mujeres, siendo la edad promedio de 60 años. Histológicamente, 73 adenocarcinomas. Al diagnóstico, 43 metastásicos, 15 resecables y 27 localmente avanzados. Inicialmente, 5 pacientes presentaban ECOG mayor de 2 y, a su valoración paliativa, el número aumentó a 9. Destaca que 13 de los 35 incluidos en el programa precoz de asistencia en consulta de paliativos fueron atendidos también por equipos domiciliarios. Se logró un tiempo promedio para la primera valoración en estadios más avanzados de tan sólo 15 días, mientras que para el resto varió hasta 8 meses desde el diagnóstico. La demanda del servicio de urgencias fue significativamente mayor en los pacientes no evaluados por las unidades de paliativos con una mediana de 2.32 frente a 1.5 de los vistos en consulta de paliativos y 1.25 de los seguidos, a su vez, por el equipo domiciliario (ESAD). Se objetivaron diferencias en cuanto a la estancia hospitalaria si el paciente no recibía atención por alguno de los dos servicios: mediana de 0,95 (0-6) ingresos, similar a los que recibían exclusivamente atención por ESAD. En cambio, aquellos asistidos en la consulta de paliativos o de forma conjunta, presentaron una mediana de ingresos del 1 y 1,4, respectivamente. Los motivos más frecuentes fueron la etiología infecciosa y el deterioro secundario a progresión oncológica. En relación al apoyo en situación de últimos días, el lugar de

## Cuidados Contínuos

fallecimiento de los pacientes no seguidos, en un 50% de los casos fue el domicilio. De los valorados en consulta de paliativos y atendidos por ESAD hasta un 75% falleció en domicilio y residencia.

**Conclusión:** Comprender los complejos mecanismos, por los que, los cuidados paliativos pueden influir en la supervivencia y calidad de vida de los pacientes sigue siendo una importante prioridad en la atención diaria e investigación.

## ePóster 62

### ¿QUÉ PARÁMETROS NOS PUEDEN AYUDAR A PREDECIR QUIMIOTOXICIDAD AL INGRESO EN NUESTROS PACIENTES? ESTUDIO RETROSPECTIVO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA.

**Carmen Pantin González, Beatriz Losada, Beatriz Antón, Cristina Sanchez, Laura Rodriguez, Diego Malón, María Victoria Torres, David Gutierrez, Iñaki Juez, Juan Antonio Guerra** – Hospital Universitario de Fuenlabrada

**Introducción y Objetivos:** Actualmente dado el aumento de supervivencia global del cáncer así como la disponibilidad de más líneas de tratamiento quimioterápico, ha impactado en el mayor número de pacientes ingresados, sin embargo ha disminuido el número de ingresos por toxicidad derivada de los mismos al ser terapias más dirigidas. El objetivo del estudio es revisar el impacto y la toxicidad derivada de los tratamientos quimioterápicos en los pacientes que ingresan en el servicio de Oncología.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de 55 pacientes ingresados en el Hospital Universitario de Fuenlabrada en el periodo de diciembre 2017-marzo 2018.

**Resultados:** Media de edad fue de 57 años(37-74). Los diagnósticos más frecuentes fueron cáncer digestivo (27.3%) seguido de pulmón(21.8%), urológico(10.9%), mama (9.1%), otorrinolaringológico (7.3%) y cerebral (1.8%). Un 65% de los pacientes fueron metastásicos. Un 85.5% de los pacientes ingresados habían recibido quimioterapia previamente, siendo la media de 82 días desde el último ciclo hasta el ingreso (2 días-2 años). De ellos un 34% presentó toxicidad grave (grados 3-4 de la CTCAE) recibiendo el último ciclo de quimioterapia en los 29 días previos (2-101 días), siendo la toxicidad más frecuente en tumores digestivos y pulmonares. El 100% de los casos fueron en pacientes que recibieron esquemas de poliquimioterapia. Viendo la relación entre factores clínico-analíticos y la quimiotoxicidad un 88.8% presentan albumina<sup>5</sup>. De los 18 pacientes que presentaron toxicidad grados 3-4, hasta un 27.8% fallece siendo la causa la progresión tumoral. Se considera un indicador de mala calidad haber recibido el

último ciclo de quimioterapia quince días antes de fallecer. De los pacientes que recibieron la quimioterapia en los días previos al ingreso (15/55) tan solo uno (6.6%) fallece por mielotoxicidad.

**Conclusión:** La mayor parte de los pacientes ingresados están en tratamiento poliquimioterápico activo al ingreso. Las variables que más hemos asociado a toxicidad grave son el tipo de tumor (pulmón y digestivo), el estado nutricional (albumina 5puntos). Un 34% de los pacientes presentan toxicidad grave al ingreso sin que esto se traduzca en un incremento de la tasa de mortalidad. Tan solo un 6.6% de los pacientes fallece por toxicidad derivada del tratamiento.

## ePóster 63

### ¿Tiene relación el estado nutricional del paciente oncológico ingresado con la duración de ingreso y mortalidad a medio plazo?

**María Ruiz Vico, Francisco José Sanchez Torralvo, Victoria Contreras Bolivar, Irene Lopez Martinez, Jose Abuin, Viyey Kishore Doulatram Gamgaram, Gabriel Oliveira Fuster** – Hospital Regional Universitario de Malaga. **Emilio Alba** – IBIMA. UGC Hospitales Virgen de la Victoria y Hospital Regional Universitario de Malaga

**Introducción y Objetivos:** Según bibliografía 30-80% de pacientes oncológicos están desnutridos. El estado nutricional se valora mediante diversas herramientas subjetivas, medidas antropométricas, funcionales y radiológicas. El objetivo es determinar la prevalencia de desnutrición en paciente oncológico hospitalizado mediante diferentes herramientas de valoración nutricional y su asociación con la duración del ingreso hospitalario y la mortalidad a medio plazo.

**Material y Métodos:** Estudio prospectivo, en pacientes ingresados en Oncología Médica en el HRU Malaga entre 08/2016-11/2017. Al ingreso se determinó situación nutricional mediante valoración subjetiva global (VSG), datos antropométricos (índice de masa magra, IMM) y funcionales (dinamometría).

**Resultados:** Se incluyeron 284 pacientes, 55.3% varones, 44.7% mujeres, edad media 60.4±12.5 años, IMC de 24.6±4.9 kg/m<sup>2</sup>. Las neoplasias más frecuentes fueron cáncer de pulmón (22.2%), colorrectal (11.2%), mama (11.2%) y linfoma no Hodgkin (11.2%), Estadio IV el 75.2%. 32,2% con tratamiento antineoplásico con intención curativa, paliativa en un 67.8%. La VSG halló un 18.4% de normonutridos, 25.2% con desnutrición moderada y 56.4% con desnutrición severa. IMM medio 17.5±2.4 kg/m<sup>2</sup> hombres y 15.9±2.4 kg/m<sup>2</sup> mujeres, catalogando un 42.4% como desnutridos según puntos de corte ESPEN. Dinamometría de mano 26.2±8.6 kg hombres y 16.3±6.7 kg mujeres, 59.9% desnutridos utilizando como corte el p10. Estancia hospitalaria media 9.5±7.1 días. En pacientes

desnutridos según VSG, la estancia media fue  $10.7 \pm 7.4$  días,  $6.3 \pm 4.4$  días en normonutridos ( $p < 0.001$ ). En pacientes con desnutrición según IMM la duración del ingreso fue  $11.5 \pm 7.2$  días vs  $8.7 \pm 6.9$  días en normonutridos ( $p = 0.001$ ). También aumento significativo de la duración del ingreso en desnutridos según dinamometría ( $10.7 \pm 8$  días vs frente a  $8.7 \pm 5.8$  días,  $p = 0.024$ ). 55.3% de exitus a 6 meses, un 10% durante el ingreso. Ajustando por edad y estadio, en pacientes desnutridos según VSG el riesgo de mortalidad fue 4.78 veces mayor que en normonutridos [95% IC 1.66-13.75;  $p = 0.004$ ]; siendo 2.42 veces mayor en desnutridos según IMM [95% IC 1.23-4.73;  $p = 0.011$ ] y 2.08 veces mayor en desnutridos según dinamometría [95% IC 1.04-4.15;  $p = 0.038$ ].

**Conclusión:** En nuestra serie la prevalencia de desnutrición es elevada. Los pacientes con criterios de desnutrición por VSG, IMM y dinamometría presentaron una prolongación significativa de la estancia hospitalaria y la mortalidad a medio plazo. Estos datos apoyan la implantación de cribado nutricional al ingreso seguido de una valoración nutricional completa que permita un soporte nutricional adecuado y precoz.

#### ePóster 64

### Adecuación del tratamiento en dolor irruptivo oncológico: proyecto ADAPTA.

Luis Cabezón-Gutiérrez – Hospital Universitario de Torrejón. Madrid. Cecilio Álamo – Universidad de Alcalá, Madrid

**Introducción y Objetivos:** El fentanilo de administración transmucosa tiene características específicas que lo convierten en el fármaco adecuado para el tratamiento del Dolor Irruptivo Oncológico (DIO). Aunque en España existe un amplio consenso

sobre la idoneidad de la administración de fentanilo transmucoso para el DIO, es relevante conocer cómo los oncólogos adecuan su prescripción al paciente y cuáles son los factores determinantes de la elección de las diferentes formas farmacéuticas. El objetivo principal de este proyecto fue identificar y priorizar los atributos que los oncólogos españoles tienen en cuenta cuando valoran las opciones de tratamiento con fentanilo transmucoso en pacientes con DIO.

**Material y Métodos:** Un comité científico realizó una tipificación de 14 atributos relevantes en la prescripción de fentanilo transmucoso para el DIO. Posteriormente se generó un dossier de evidencia científica comparando estos 14 atributos entre los distintos fentanilos transmucosos disponibles, que se compartió con el panel de expertos (115 oncólogos médicos). Tras la revisión del documento, los participantes realizaron una votación online para establecer la priorización relativa de los atributos.

**Resultados:** De catorce atributos analizados, siete consiguieron un consenso de  $\geq 50\%$  de los participantes (Figura 1): el inicio de la acción analgésica (84%), la adecuación del efecto del fentanilo al perfil del episodio de DIO (72%), la facilidad de uso por los pacientes y cuidadores (69%), la duración del efecto (58%), la presencia de mucositis (57%), la facilidad de titulación de la dosis óptima (57%), y las presentaciones y dosis disponibles (59%). Los atributos más valorados fueron los relativos a la rapidez de acción del tratamiento analgésico y su adaptación al perfil del DIO, algo esperable dadas las características clínicas del episodio de DIO. Los menos valorados son el riesgo de abuso o conductas aberrantes y la presencia de rinitis para su administración.

**Conclusión:** La rapidez de la analgesia, la adecuación al episodio de DIO, y la facilidad de uso son los aspectos más valorados por los oncólogos españoles. Estos resultados permitirán personalizar los tratamientos del paciente con DIO con el objetivo de mejorar la adecuación de la analgesia de rescate.

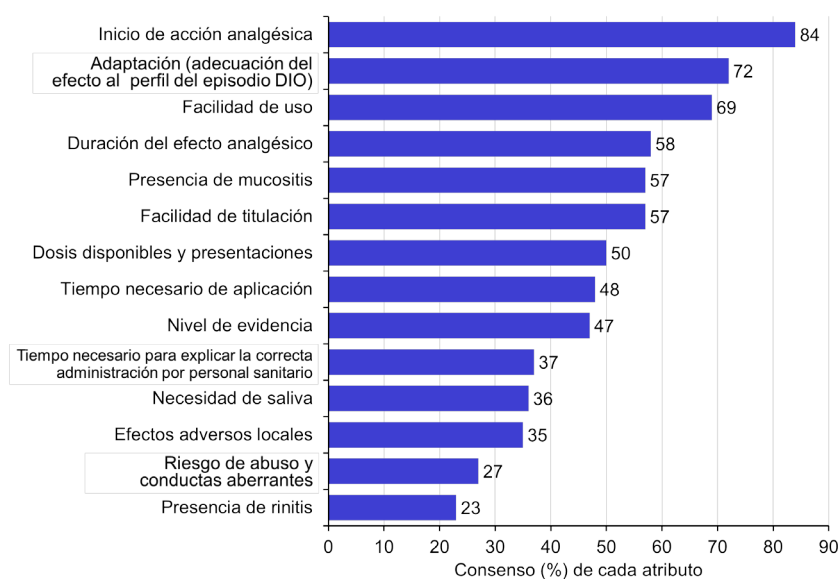


Figura 1. Ranking de atributos según los oncólogos españoles

**ePóster 65**

**Análisis de las infecciones de los pacientes ingresados en una planta de oncología médica de un hospital de tercer nivel.**

**Leticia López González, María Fernández González, Alba Puente García, Raquel Ferreira Alonso, Marta Orozco Belinchón, Luis Enrique Abella Santos, Virginia De la Cruz Palomero, Joaquín Fra Rodríguez, Javier Luis Puertas Álvarez, Álvaro Sanz Rubiales – HURH Valladolid**

**Introducción y Objetivos:** Conocer el perfil de los pacientes que ingresan con diagnóstico de infección en la planta de oncología médica del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.

**Material y Métodos:** Análisis observacional retrospectivo descriptivo, durante 1 año (enero 2016-enero 2017), de los pacientes que ingresan por infección en nuestra planta de oncología médica. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, ECOG, neoplasia, tratamiento activo, neutropenia, foco infeccioso, germen, tiempo de estancia y destino al alta.

**Resultados:** De los 823 ingresados, 165 (20%) pacientes ingresaron con diagnóstico de infección. La mediana de edad fue de 65 años (18-87), el 57% eran varones y el 43% mujeres. El 58% tenían un ECOG > 1 y el 80% eran tumores en estadios avanzados. El 75% estaba con tratamiento oncológico activo en el momento del ingreso. Solo un 28% presentaban neutropenia. La distribución por tumores fue: 35% pulmón, 15% colon, 11% mama, resto otros tumores. En cuanto al foco de infección el más frecuente fue el foco respiratorio (55%) seguido del urológico (20%). En un 73% no se aisló ningún germen, en un 14% se aislaron gérmenes gram negativos, un 10% gérmenes gram positivos y un 3% hongos. El tiempo de estancia media fue de 7 días. El 78% de los pacientes fueron dados de alta a domicilio mientras que fallecieron durante el ingreso un 12%.

**Conclusión:** Las infecciones siguen siendo una causa frecuente de ingreso (20%) por lo que su adecuado manejo es imprescindible. En nuestro medio, el perfil más frecuente es el paciente varón con cáncer de pulmón avanzado, en tratamiento oncológico activo, que ingresa por infección respiratoria no neutropénica.

principales usuarios de fármacos para controlar el dolor. En este estudio se pretenden analizar las características de los pacientes que requirieron ingreso hospitalario con tratamiento para dolor irruptivo oncológico (DIO), los tipos de fármacos empleados y su evolución.

**Material y Métodos:** Se recogen de forma prospectiva los pacientes ingresados en Oncología del Hospital Universitario San Cecilio de Granada desde julio 2016 a enero 2017. Para su análisis, se han empleado métodos estadísticos descriptivos.

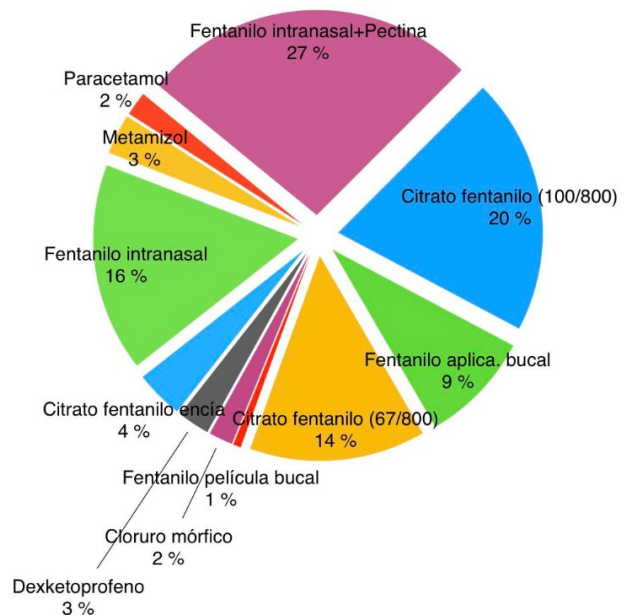
**Resultados:** De 186 pacientes, 65 precisaban fármacos para control de DIO. El 63% hombres, 37% mujeres; mediana de edad 63 años. Las patologías tumorales de base más frecuente fueron páncreas y vías biliares (con un 17% del total), pulmón (15%) y colon (11%). El principal motivo de ingreso fue el control de síntomas (21%). La mediana de supervivencia para todo el conjunto fue de 14,43 meses. Se recogieron 116 tratamientos para DIO, el más empleado fue fentanilo intranasal con pectina, seguido de citrato de fentanilo oral (de 67-800µg a 100-800µg). El tratamiento más prolongado fue el cloruro mórfico subcutáneo, con una mediana de duración de 5,6 meses; seguido de analgesia de primer escalón con una mediana de 3 meses y citrato de fentanilo 67-800µg con una mediana de 1,5 meses. En los supervivientes, los tratamientos para DIO más usados actualmente son analgesia de primer escalón, fentanilo intranasal con pectina y citrato de fentanilo 67-800µg. En páncreas y vías biliares se usa con más frecuencia el citrato de fentanilo 100-800µg; en pulmón el citrato de fentanilo 67-800µg y en colon el fentanilo intranasal con pectina. La combinación de fármaco para dolor base y fármaco DIO más empleada fue dexketoprofeno/paracetamol-fentanilo 25µg más fentanilo intranasal con pectina 100µg, seguida de parche de fentanilo 50µg más citrato de fentanilo 100-800µg y dexketoprofeno más citrato de fentanilo 67-800µg. Fentanilo intranasal con pectina y citrato de fentanilo 67-800µg fueron los tratamientos usados en pacientes con más comorbilidades: patología cardíaca, trastornos endocrinos, gastrointestinales, neurológicos, psiquiátricos, hipertensión, sistémicos.

**ePóster 66**

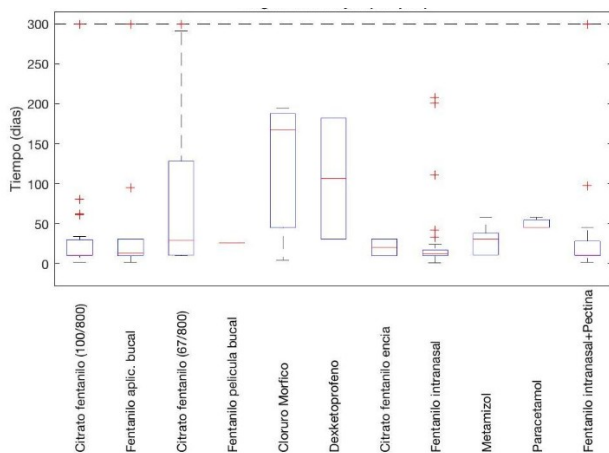
**Análisis del dolor irruptivo oncológico en paciente hospitalizado.**

**Silvia Sequero López, Carlos José Rodríguez González, Marta Legerén Álvarez, Isabel Blancas Lopez-Barajas, María Teresa Delgado Ureña – Hospital Campus de la Salud/San Cecilio (GRANADA)**

**Introducción y Objetivos:** Los pacientes hospitalizados, en su mayoría, presentan enfermedad avanzada, por lo que son los







BoxPlot Tiempo de fármaco DIO

**Conclusión:** Los pacientes con tratamiento para DIO presentan elevado recambio de fármacos y menor supervivencia. La experiencia del facultativo determina la mejor combinación del tratamiento.

en UCI. La edad media de los pacientes fue de 63 años (36-78), un 54% eran varones y el 63% presentaban un ECOG >1. Los tumores más representados fueron los de origen pulmonar (21%), colorrectal (19%) y del área esofagogastrica (19%). Además, la mayoría eran estadios avanzados (34) y todos se encontraban en tratamiento oncológico activo salvo 2 pacientes, que estaban ya en seguimiento. El motivo de ingreso más frecuente fue el shock séptico (30), seguido de toxicidad gastrointestinal (5). El 75% de los pacientes estuvieron ingresados una media de 13 días (1-66) y la estancia media en UCI fue de 5,8 días (1-43). Tan solo el 29% de los pacientes precisó ventilación mecánica (invasiva o no invasiva) y la supervivencia durante el ingreso fue del 65% (34).

**Conclusión:** El paciente oncológico parece beneficiarse del ingreso en UCI especialmente en situaciones potencialmente reversibles (shock séptico, toxicidad...). Se trata de enfermos cada vez más complejos y con mayor supervivencia por lo que parece necesario una actualización de protocolos de admisión e intervención paralela a los avances en el tratamiento oncológico. Proponemos la creación de grupos de trabajo multidisciplinares y registros de pacientes para continuar mejorando en este campo.

### ePóster 67

## ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE PACIENTES CON NEOPLASIAS SÓLIDAS INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA.

**Raquel Jimeno Mate, Belén Caramelo Hernández, Patricia García Valiente, Ana María Ruiz Ruiz, Carmen Hinojo González, Borja González Gómez, Blanca Herrero López, Diego Cacho Lavín, Laura Ferreira Freire, Lucia Andrea Alonso Buznego** – Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

**Introducción y Objetivos:** El pronóstico del paciente crítico con tumor sólido ha mejorado en los últimos años, debido a los avances en los tratamientos médicos, quirúrgicos y a una mejor selección de los pacientes. A pesar de ello, la decisión sobre quiénes son candidatas al ingreso en UCI es aún muy controvertida y debemos trabajar en equipo para tener un mayor conocimiento acerca de este tipo de pacientes.

**Material y Métodos:** Se analizaron de forma retrospectiva las características de los pacientes con neoplasias sólidas que ingresaron en UCI desde Enero-2016 hasta Abril-2018 en nuestro hospital. Se registraron datos como: edad, sexo, ECOG, neoplasia (origen, extensión y tratamiento oncológico), motivo de ingreso, estancia total y tiempo en UCI, necesidad de ventilación mecánica y mortalidad.

**Resultados:** Entre Enero-2016 y Abril-2018 se registraron un total de 52 pacientes con tumor sólido tratado o en tratamiento con ingreso

### ePóster 68

## Análisis sobre uso de Terapias Alternativas y Acupuntura en pacientes con cáncer.

**Alberto Jacobo Cunquero Tomás, Sonia Blasco, Ignacio Barreres, Amaya Fernández Díaz, Claudio Ávila Andrade, Marina Meri Abad, Francisco Aparisi Aparisi** – Oncología Médica, Consorcio Hospital General Universitario Valencia. **Ana Blasco Cordellat** – Oncología Médica, Consorcio Hospital General Universitario Valencia. Centro de Investigación Biomédica en Red de Cáncer (CIBERONC), Madrid. **Miriam Lobo de Mena** – Oncología Médica, Consorcio Hospital General Universitario Valencia. **Carlos Camps Herrero** – Oncología Médica, Consorcio Hospital General Universitario Valencia. Centro de Investigación Biomédica en Red de Cáncer (CIBERONC), Madrid. Departamento de Medicina, Universidad de Valencia, Valencia.

**Introducción y Objetivos:** El uso de terapias alternativas ha crecido en los últimos años entre los pacientes con cáncer. Los beneficios de la Acupuntura en el paciente con cáncer están avalados mediante ensayos clínicos randomizados, y se ha incluido en las recomendaciones de manejo sintomático de la ASCO (Lu et al, 2018). La información de que disponen los pacientes es insuficiente y, en muchas ocasiones errónea. El objetivo de este análisis es evaluar el conocimiento que tienen los pacientes sobre las Terapias Complementarias y la Acupuntura, su frecuencia de uso y su inclusión en el tratamiento.

**Material y Métodos:** Estudio de corte transversal, encuestados el 10% de los pacientes tratados con



## Cuidados Contínuos

quimioterapia en el Hospital de Día de Oncología entre marzo y abril 2018. Recogidos datos epidemiológicos y sobre enfermedad, así como respuestas a preguntas sobre: 1) Terapias Alternativas; y 2) Acupuntura. Datos analizados con software IBM® SPSS® Statistics Versión 22.0.0.0.

**Resultados:** 69 pacientes, 68% con pareja, 40% residentes en la capital, 10% en zona rural, 64% con estudios primarios.. 41% tumores GI, 17,5% tumores GU, 14,5% neoplasia mama. El 50% ha usado terapias complementarias no Acupuntura, 41% por recomendación no médica. 94% informaría de su uso, 4,5% cambiaría su tratamiento. 19% ha usado Acupuntura, el 25% no sabe qué profesional se la realizó, el 50% cumplió sus expectativas. 80% no la emplearía por desconocer su posible eficacia, 75% piensa que mejoraría su estado general. El 60% usaría Acupuntura si estuviera disponible en el hospital.

**Conclusión:** Estos datos están en consonancia con la VIII Encuesta de Percepción Social de la Ciencia de 2016 del FECYT. Existe desinformación acerca de estas terapias. Dar a conocer los beneficios de la Acupuntura ayudaría a consolidar su papel como tratamiento sintomático en el paciente oncológico.

## ePóster 69

### Atención del paciente al final de la vida. Experiencia en nuestro centro.

**Ibon Gurruchaga Sotés, Ana María Comín Orce, María Pilar Felices Lobera, Ana Nuño Alves, Belén López Roldán, Juan Antonio Verdún, María Álvarez, Irene Torres Ramón, Antonio Antón Torres** – Hospital Universitario Miguel Servet

**Introducción y Objetivos:** Desde el inicio de los cuidados paliativos con Cicely Saunders, ha habido una revolución en el manejo de los cuidados al final de la vida. Con esta

comunicación profundizamos en los marcadores de calidad de vida en los pacientes oncológicos terminales, realizando una revisión bibliográfica, determinando potenciales marcadores de calidad de vida y analizando la práctica diaria en nuestro hospital a través de una recogida de datos.

**Material y Métodos:** Para la confección de esta comunicación se realiza una revisión bibliográfica determinando marcadores de calidad de vida al final de la misma. Posteriormente utilizando el programa de administración de quimioterapias de nuestro centro se realiza una búsqueda de todos aquellos pacientes que hayan recibido quimioterapia endovenosa entre septiembre 2017 y enero 2018. De un total de 1315 pacientes, 183 fallecieron en el periodo comprendido entre septiembre de 2017 y febrero de 2018. Se realiza un estudio descriptivo y analítico respecto a diferentes factores pronósticos y predictivos recogidos en la revisión bibliográfica.

**Resultados:** Además de realizarse un análisis descriptivo de los pacientes recogido en la Tabla 1, se realiza Chi-Cuadrado y se observa que el ser mujer es un factor protector para no recibir quimioterapia en los 2 meses previos a la muerte ( $p < 0,005$ ). Mediante ANOVA y Kruskal-Wallis no se observan diferencias según el ECOG, la edad y el número de asistencias al servicio de urgencias respecto a recibir o no quimioterapia en los últimos 2 meses de vida. Se confirma una misma adherencia de apoyo domiciliario de cuidados paliativos tanto en pacientes que recibieron quimioterapia al final de la vida respecto al resto de fallecidos.

**Conclusión:** Tanto con el análisis de datos recogido en nuestro centro, así como con los datos obtenidos en la revisión bibliográfica confirmamos que aun queda mucho recorrido con respecto a la mejora de la calidad de vida del paciente terminal. Los datos obtenidos en nuestro análisis se superponen en parte a los de otros centros en cuanto a factores de riesgo y marcadores de calidad. Queda pendiente la tarea incidir en el manejo sintomático, el apoyo en domicilio, en residencias y en adecuar el esfuerzo terapéutico en aquellos pacientes que se encuentran en situación terminal.



<b>Sexo</b>	Mujeres: 9,7% (67) Varones: 18,6% (116)
<b>ECOG (faltan datos)</b>	0= 1,81% (1) 1= 18% (10) 2= 21,8% (12) 3= 32,7% (18) 4= 25,45% (14)
<b>Muerte posterior a la quimioterapia</b>	QT en últimos 60 días: 59,6% (106) QT hace >60 días: 40,4% (77)
<b>Edad media según última QT y fecha de muerte</b>	QT en últimos 60 días: 63,3 años QT hace > 60 días: 63,9 años
<b>Tipo histológico si QT hace &lt;60 días (N=106)</b>	Ca. Pulmón no microcítico: 28,3% (30) Digestivo alto + Páncreas: 16,98% (18) CCR: 12,26% (13) Mama: 11,32% (12) Ca. Pulmón microcítico: 8,4% (9) Cabeza y cuello: 6,6% (7) Genitourinario: 7,55% (8) Otros: 8,4% (9)
<b>Tipo histológico si QT hace &lt;60 días (N=77)</b>	Ca. Pulmón no microcítico: 16,88% (13) Digestivo alto + Páncreas: 12,99% (10) CCR: 9% (7) Mama: 5,2% (4) Ca. Pulmón microcítico: 9% (7) Cabeza y cuello: 6,49% (5) Genitourinario: 14,29% (11) Otros: 6,4% (5) Sarcomas: 10,34% (8)
<b>Causa de la muerte con QT hace &lt;60 días (N=106)</b>	Progresión: 36% Desconocido: 32% Neumonía: 21% Oclusión intestinal: 7% Insuficiencia hepática: 5%
<b>Lugar de Exitus si QT hace &lt;60 días (N=106)</b>	Hospital: 60% Desconocido: 22% Domicilio: 12% Hospital de cuidados paliativos: 6%
<b>Tipo de tratamientos si QT hace &lt;60 días (N=106)</b>	Poliquimioterapia: 43,4% (46) Monoterapia: 44,28% (48) Ensayo clínica: 1,89% (2) Inmunoterapia: 9,4% (10)

Tabla 1. Características basales de los pacientes tratados con quimioterapia (QT) previo al exitus (N=183)

## ePóster 70

### Consenso BARDIO: ¿Por qué no tratamos bien el dolor irruptivo oncológico? Identificación de barreras y propuesta de soluciones.

**Yolanda Escobar Álvarez** – Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. **Javier Cassinello Espinosa** – Hospital de Guadalajara. Guadalajara. **Joaquín Montalar Salcedo** – Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. **Ramón de las Peñas** – Hospital Provincial de Castellón. Castellón. **Fernando Caballero Martínez** – Universidad Francisco de Vitoria. Madrid. **Ana Blasco Cordellat** – Hospital General Universitario de Valencia. Valencia

**Introducción y Objetivos:** El dolor irruptivo oncológico (DIO) es un problema clínico mal conocido y tratado en nuestro medio. Este estudio tiene como objetivo identificar las principales deficiencias del proceso asistencial del paciente con DIO y proponer soluciones prácticas.

**Material y Métodos:** Un comité científico de 5 miembros elaboró una propuesta de 27 barreras para la correcta atención del DIO dependientes de los pacientes, de los médicos y de la organización sanitaria. Un panel de 23 coordinadores, las priorizaron y propusieron posibles soluciones. Tras su análisis, se diseñó un cuestionario de 41 ítems que fue evaluado online en dos rondas por un panel de 88 oncólogos utilizando un método Delphi modificado. Con los ítems consensuados se desarrollaron recomendaciones para mejorar la asistencia.

**Resultados:** De un total de 41 ítems evaluados, se consensuaron 38 (93%). Las recomendaciones consideran incluir el dolor como quinto signo vital en la evaluación de los pacientes oncológicos, el desarrollo de programas formativos dirigidos a pacientes y cuidadores, insistir en la formación del médico residente, introducir el concepto de dolor como síntoma prioritario del cáncer, proporcionar formación específica al personal de enfermería, y aumentar la difusión de las guías. También se recomienda la creación de consultas médicas específicas de soporte (presenciales o telefónicas), consultas ambulatorias rápidas, la ampliación del tiempo de consulta, mayor acceso al Hospital de Día, y la creación de consultas de enfermería oncológica. Otras soluciones incluyen: realizar una anamnesis dirigida al DIO utilizando herramientas sencillas como el algoritmo de Davies, facilitar cuestionarios rellenables en la sala de espera o la creación de un diario del paciente. Otras recomendaciones son: la reevaluación frecuente de la eficacia y toxicidad del tratamiento, el desarrollo de consultas específicas multidisciplinares, facilitar la derivación a Cuidados Paliativos, la colaboración con personal de enfermería experto en cuidados, el desarrollo de recursos que faciliten la gestión de la consulta (material, circuitos, etc.), la disposición en los hospitales de todos los fármacos eficaces para el DIO, facilitar la participación de Atención Primaria y una mayor sensibilización de la Administración Sanitaria.

**Conclusión:** Existen numerosas oportunidades de mejora en el proceso asistencial del paciente con DIO. Las recomendaciones ofrecidas podrían mejorar el control del dolor en estos pacientes.

## ePóster 71

### CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN DIAGNÓSTICA: “ONCOLOGO DE ENLACE” 10 AÑOS DESPUÉS.

**Marina Merí Abad, Milagros Franco de la Rosa, Martín Núñez Abad, Lauren Condori Farfan, Francisco de Asis Aparisi Aparisi, Cristina Caballero Díaz, Ana Blasco Cordellat, María Jose Safont Aguilera, Alfonso Berrocal Jaime, Carlos Camps Herrero** – Hospital General Universitario de Valencia

**Introducción y Objetivos:** El cuidado exhaustivo y continuo es esencial para el correcto manejo del paciente oncológico. Para conseguirlo, es necesario desarrollar programas para el diagnóstico temprano. Desde 2007, con el proyecto “Oncología más allá del hospital: Asistencia Oncológica en el Hospital General Universitario de Valencia”, se creó la “Consulta de Alta Resolución Diagnóstica” dentro del Oncólogo de enlace, cuyo objetivo fue agilizar con vías de diagnóstico rápido y facilitar el acceso al tratamiento a través de circuitos preferentes.

**Material y Métodos:** Presentamos un estudio descriptivo y retrospectivo a través de revisar los archivos médicos de pacientes valorados en el Oncólogo de Enlace en la Consulta de Alta Resolución, desde mayo de 2007 a Diciembre de 2017.

**Resultados:** 1928 pacientes con sospecha de cáncer han sido visitados en la Consulta de Alta Resolución. El tiempo medio de espera entre la consulta con el médico de atención primaria y la visita por el oncólogo ha sido 3’7 días. Los principales motivos de derivación han sido: patología mamaria (22’7%), alteraciones analíticas (15’2%), adenopatías (10’7%), sospecha radiológica de tumor (12’7%), cuadro constitucional (7’6%) y síntomas digestivos (5’3%). 520 nuevos casos de cáncer han sido diagnosticados (27% de los casos derivados por atención primaria), siendo estudiados en Comités oncológicos: 21’2% pulmón; 20% colorectal; 18’1% mama; 8’3% tracto digestivo superior; 5% hematológicos y 16’2% miscelánea.

**Conclusión:** Con la integración del Oncólogo de Enlace en el cuidado continuo hemos conseguido: normalización del abordaje oncológico entre los pacientes y el médico de atención primaria; implementación de una vía rápida para pacientes con sospecha de cáncer; acceso al oncólogo en menos de 4 días; estudio del caso en Comité Oncológico en la semana siguiente y consenso en el diagnóstico y el tratamiento en cada caso.

## ePóster 72

### “DERMATOMIOSITIS PARANEoplásICA COMPLICADA”.

**Rocío Galán Moral, Ana Isabel Yébenes Rubio, Liliana Gladys Suarez Hinojosa, Henry Nelson Berdeja Quispe, Antonio Sáenz Gutiérrez, Juana Antonia Briones Rivero, Silvia Muñoz**

**Carrion, Rocio Ruiz Martin De La Torre** – Virgen Altagracia.  
**Omar Mauricio Montenegro Herrera** – Ciudad Real

**Introducción y Objetivos:** La dermatomiositis es un tipo de enfermedad inflamatoria que afecta a músculos y piel. Ésta patología se caracteriza por producción de autoanticuerpos frente a ciertas estructuras de la célula. Se presenta un varón de 62 años intervenido de ADC de recto que al iniciar tratamiento adyuvante comienza con cuadro de: disfonía, disfagia, impotencia funcional en músculos proximales de MMSS y cintura pelviana, edemas palpebrales, rash facial y eritema en el dorso de las manos con descamación (Figura 1). Además de alteración analítica: GOT 285, GPT 86, LDH 966, aldolasa 15 y CPK 7186.

**Material y Métodos:** Se inicia tratamiento con dexametasona 8mg/día durante una semana y se solicita por alergia: niveles de complemento, triptasa, inhibidor C1 esterasa, anisakis e IgE además de visualización de vías aéreas por ORL con todo dentro de la normalidad. Se solicita biopsia muscular, electromiograma, Ac antinucleares junto a MT y TAC tap de control de enfermedad. Se cambia tratamiento a prednisona 60mg con ligera mejoría clínica.

**Resultados:** Biopsia muscular inespecífica. Electromiograma: Compromiso miopático agudo en los músculos biceps y cuádriceps, con signos de actividad denervatoria, fibrilaciones y ondas positivas. MT y TAC normales. Ac antinucleares: Positivo. Patrón nuclear fino moteado título 1/320. Ac frente a Ag asociados a miositis en suero, Inmunoblot: Banda correspondiente a Ac Anti p155/140, TIF 1-gamma y otra correspondiente a Ro-52. Se realiza tratamiento prednisona oral a 60mg junto con Inmunoglobulinas durante 5 días y pulsos de corticoides iv durante 5 días a 1g/día en dos ocasiones con evolución clínica y de parámetros analíticos de forma favorable tras 6 semanas de tratamiento de mantenimiento corticoide oral. La analítica se normaliza y el paciente va recuperando movilidad con ayuda de rehabilitación y mejorando clínica de disfonía, disfagia y alteraciones dermatológicas.

**Conclusión:** La dermatomiositis paraneoplásica es una entidad rara que se caracteriza por alteración y destrucción de las fibras musculares junto a alteraciones dermatológicas. Los hallazgos más frecuentes asociados a neoplasias suelen ser: edad mayor de 50 años, lesiones cutáneas, pápulas hiperqueratóticas, ausencia de afectación pulmonar intersticial, ac específicos de miositis negativos y ac anti- p155/140 positivo. Los tumores más frecuentes afectados son: ovario, pulmón, gástrico, colorrectal, páncreas y linfoma no hodgkin. En este caso, se extirpó el tumor y hubo que pautar tratamiento inmunosupresor para la resolución del cuadro forma progresiva.



Figura 1: Pápulas de Gottron

## ePóster 73

### DESCRIPCION DE UN SISTEMA DE TRIAJE DE LAS URGENCIAS ONCOLÓGICAS.

**Eva Coma Salvans** – Institut Catala d'Oncologia. **Rosa M Comabella Pobes, Santiago Polo Gareta** – **Isabel Martínez Salguero** – **Veronica de la Torre** – **Mercedes Pareja** –

**Introducción y Objetivos:** Los avances científicos aportan a una mejora continua de la calidad de vida y un tratamiento más personalizado. Implican un cambio en el perfil de las demandas de atención urgente, con solicitudes complejas y toxicidades de los tratamientos específicas. Un call center especializado permite un triaje telefónico de estos casos, mejorando los circuitos del paciente urgente. El objetivo es describir las características del usuario de un call center oncológico (ICO24horas) y el grado de satisfacción.

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo y prospectivo. Período: del 1 al 28 de febrero del 2018(F1), se utilizó como control el mismo periodo del año anterior (F2). Ámbito: Hospital oncológico de 3er nivel. Población: consultas atendidas por ICO24horas. Metodología: registro sistematizado de las variables socio-demográficas, clínicas y relacionadas con la consulta telefónica, y a las 24-72 horas se realizó una auditoría de calidad y satisfacción. Fuente de la información: base de datos actividad call center. Analisis estadístico: Epi- Info 7.2

**Resultados:** Se han analizado 303 llamadas, el 52% son mujeres y en el 50% es el paciente el que contacta. La mayoría padecen una neoplasia solida (85%). El 50% se encuentran en un estado avanzado de su enfermedad y en curso de tratamiento oncoespecífico (73%). El motivo es clínico (78%): dolor (25%), fiebre (16%) y dudas relacionadas con el tratamiento (12%). El 47% de las consultas se resuelven sin tener que desplazarse el paciente. En el seguimiento, el 48% tenían resuelto el motivo de la consulta. Los pacientes se muestran satisfechos valorando con 9.14 sobre 10 el trato personal en la atención telefónica y 8.06/10 el tiempo de espera en el contacto. La comparativa entre los circuitos activados obtenemos que en F2 el 33% se ha derivado al servicio de urgencias más próximo vs 36% en F1 ( $p=0.87$ ), en F2 el 12% se derivó a atención primaria vs 7% en F1 ( $p=0.03$ ) y el 8% fueron atendidos en las urgencias de oncología (UACO) en F2 vs el 4% en F1 ( $p=0.05$ ).

#### Conclusión:

- El triaje telefónico de las llamadas permite redirigir al paciente hacia el recurso más adecuado contribuyendo así a una mejor utilización de los servicios de urgencias hospitalarios.
- Los pacientes y usuarios del call center se muestran satisfechos.

## ePóster 74

**Detección de las principales necesidades de pacientes oncológicos en ensayos clínicos sobre educación sanitaria.****Tamara Jiménez Caro, Paloma Gomez Solana, Mario Cano Sanchez, M<sup>o</sup> Teresa Sanchez Cuesta** – Hospital Ramón y Cajal

**Introducción y Objetivos:** Como enfermeros nos enfrentamos cada día a pacientes llenos de dudas y confusos, lo que nos hace plantearnos el siguiente estudio planteando como objetivo principal poder conocer las principales necesidades de los pacientes oncológicos en el marco de un ensayo clínico para poner en marcha, con posterioridad un programa de educación sanitaria específica que las trate de primera mano.

**Material y Métodos:** Encuesta de satisfacción y detección de necesidades de pacientes incluidos en un ensayo clínico oncológico. Análisis cuantitativo de la misma. Revisión bibliográfica

**Resultados:** Con una muestra de 50 pacientes, de los que el 46% eran hombres y el 54% mujeres y una tasa de participación del 84%; se detectaron en porcentajes las siguientes necesidades: 98% información nutricional; 94.5% efectos secundarios; 87% cuidados de la piel. El 92.57% de los que portan catéteres centrales demandaban información sobre el manejo y cuidados del mismo.

**Conclusión:** Es necesario implementar una guía con información que abarque, sobre todo, estas necesidades detectadas, así como, la realización de talleres demostrativos sobre cuidados de su catéter y manejo de efectos secundarios relacionados. Queda sobradamente demostrado la necesidad de crear una consulta de enfermería donde ofrecerles un seguimiento y control de las mismas; y donde puedan encontrar espacio/equipo de referencia para expresar sus dudas y recibir consejos adaptados a sus circunstancias personales en cada proceso del ensayo clínico, en un entorno cómodo preservando la intimidad y calidad de los mismos.

**Bibliografía:** Benson J, Britten N. Respecting the autonomy of cancer patients when talking with their families, *Br Med J* 1996; 313: 729-31. May S N, Pope C. Observational methods in health care settings. *Br Med J*, 1995; 311: 182-184. Silliman R A, Dukes K A, Sullivan L. Metastatic breast cancer in older women: sources of information, social support and emotional health outcomes. *Cancer* 1998; 83: 706-1. Cegalas D J. Patient communication skills training: a review with implications for cancer patients. *Patient educational counseling*. 2003; 50: 91-94.

## ePóster 75

**Ecografía clínica en el paciente oncológico: Una herramienta rápida, fiable y eficiente para la práctica clínica.****Coralia Bueno Muíño, Miguel Jhonatan Sotelo Lezama, Alejandro Riquelme Oliveira, Pilar Cubo Romano, Gonzalo García de Casasola** – Infanta Cristina de Parla, Madrid

**Introducción y Objetivos:** Las complicaciones asociadas a la enfermedad o a los tratamientos acontecen en cualquier momento del proceso oncológico y, en ocasiones, requieren pruebas en el Servicio de Urgencias. La ecografía Clínica es una técnica rápida, segura, reproducible y no invasiva. que se realiza a pie de cama del paciente por el clínico responsable y se puede repetir tantas veces como sea necesario. Requiere una curva de aprendizaje corta y puede implementarse en la práctica diaria. No se trata de realizar exploraciones exhaustivas, sino dirigidas a problemas concretos, en situaciones donde la rentabilidad diagnóstica es alta (1). **OBJETIVOS:** Determinar el papel de la ecografía clínica en el diagnóstico precoz de complicaciones asociadas al tumor o su tratamiento.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de todos casos oncológicos incidentes en los que la ecografía clínica ha sido esencial en el enfoque diagnóstico y/o terapéutico. A través de los siguientes CIE de pacientes hospitalizados entre el año 2016 y 2018, identificamos a la población diana: derrame pleural, taponamiento cardíaco, uropatía obstructiva (UPO), derrame pericárdico, trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, toracocentesis.

**Resultados:** La ecografía clínica fue clave en 29 ocasiones. En el 96% de las veces, los hallazgos modificaron la actitud. El 68.9% de los casos se detectaron en el Servicio de Urgencias, el 27.5% a pie de cama del paciente durante su hospitalización y el 3.4% en consulta. Los hallazgos fueron: trombosis, hidronefrosis y/o globo vesical, ascitis, derrame pericárdico-pleural y atelectasia pulmonar. Del total de casos de enfermedad tromboembólica (n=27), el 30% se diagnosticaron por ecografía clínica. El 25% de las UPO, todos los casos de taponamiento cardíaco y el 40% de los derrames pleurales se diagnosticaron con ecografía. En el 15% de las ocasiones facilitó la toracocentesis, minimizando riesgos. Orientó al manejo de volumen en el 13% de las ocasiones, ya que el colapso de la vena cava inferior indica depleción de volumen (2,3). En el 10.3% de las ocasiones, evitó una maniobra innecesaria; 1 sondaje vesical y 2 toracocentesis.

**Conclusión:** La ecografía clínica permite una aproximación diagnóstica rápida, evita pruebas y visitas innecesarias a los Servicios de Urgencias, que repercuten negativamente en la calidad de vida. El aprendizaje de esta técnica debería incorporarse a la formación de los médicos de Oncología Médica.

## ePóster 76

**EL USO DE ANTINEOPLÁSICOS FUERA DE INDICACIÓN EN ONCOLOGÍA ES LIMITADO Y CON NOTABLE SOPORTE CIENTÍFICO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.****Raquel Molina Villaverde, Marta Herrero, Melchor Álvarez-Mon** – Hospital Universitario Príncipe de Asturias





**Introducción y Objetivos:** El uso de antineoplásicos FI en el tratamiento de diversos tipos de tumores y estadios evolutivos de los pacientes es una realidad frecuente y relevante. El objetivo de este estudio fue analizar el patrón por cuantificación y caracterización del uso de antineoplásicos FI y su nivel de evidencia científica en un hospital general de complejidad media-alta español.

**Material y Métodos:** Se seleccionaron retrospectivamente todos los pacientes oncológicos que recibieron uno o varios antineoplásicos FI durante la década de 2002-2012. El uso de estos fármacos se consideró FI si se utilizaban en indicaciones, estadios, líneas de tratamiento o esquemas de quimioterapia no reflejados en las fichas técnicas de los productos publicadas en la Agencia Europea del Medicamento (EMA) en el momento de su prescripción.

**Resultados:** Se incluyeron 684 pacientes y 866 tratamientos FI. La prevalencia de pacientes tratados con antineoplásicos FI fue del 6%. Los tratamientos FI se utilizaron principalmente en tumores de mama, ginecológicos, pulmón y gástrico. El antineoplásico más utilizado fue el paclitaxel seguido de la gemcitabina, carboplatino, vinorelbina y capecitabina, utilizándose de forma mayoritaria en monoterapia y con intención paliativa. El 56,1% de los esquemas FI utilizados tuvieron un nivel de evidencia 2A según la NCCN® y el 55,3% un nivel de evidencia 2B según Micromedex®.

**Conclusión:** El empleo de antineoplásicos FI en pacientes oncológicos es minoritario, se concentra en un grupo reducido de tumores y en estadios avanzados de la enfermedad. Se utiliza con estrategia terapéutica paliativa empleando un número limitado de fármacos preferentemente fuera de patente. Además estos tratamientos FI reúnen niveles de evidencia clínica destacados.

### ePóster 77

#### Estudio de calidad de vida de los cuidadores principales del paciente oncológico: validación en España del cuestionario de calidad CQOLC-S scale.

**María Cornide Santos** – H. Gral de Segovia. **Pablo Brice Lambert de Diesbach** – :ISG@investigador asociado Oncología H. G. Segovia. **David Gutierrez Abad** – H. de Fuenlabrada. **Elia Martín Moreno** – Complejo Asistencial de Toledo. **Psicol. Laura Moro** – H. Gral. de Segovia. **Psic. Enrique Casas** – H. Gral. de Segovia. **María Angeles Martín Francés** – H. de Fuenlabrada. **Beatriz Esteban Herrera, Isabel Gallegos Sancho, Lourdes García Sánchez** – H. Gral. de Segovia

**Introducción y Objetivos:** Nuestro objetivo primario es la validación en España del cuestionario de medición de

calidad de vida de cuidadores principales de pacientes con cáncer " The Caregivers Quality-of-Life-Index-Cancer" (CQOLC, EEUU) de 35 ítems, (Spain :CQOLC-S) para su uso en nuestro entorno, ya que no está validado en nuestro país. Objetivos secundarios: conocer el perfil de nuestros cuidadores y calidad de vida .

**Material y Métodos:** La escala original CQOLC fue traducida y retro-traducida según los estándares internacionales . La realización previa de entrevistas piloto permitió adaptación de los ítems. Los cuestionarios se administraron en varios hospitales españoles: H.Gral de Segovia, H. de Fuenlabrada y C.A. de Toledo, a cuidadores principales de pacientes ambulatorios e ingresados de oncología. (Estudio piloto n=35; n=272 cuidadores). Se reclutaron cuidadores principales de pacientes con cualquier tipo de tumor maligno, en cualquier etapa y cualquier relación familiar. Se recogieron datos de múltiples variables sociodemográficas (profesión, estudios, espiritualidad, número de años cuidando al paciente etc. ). El proceso de validación se realizó mediante análisis exploratorios y confirmatorios y se obtuvo la validez del mismo.

**Resultados:** Los principales datos sociodemográficos fueron: media de edad: 56 años; 62% mujeres. Más frecuentes: ca de mama, digestivo, pulmón. El análisis factorial mostró 6 factores y los análisis confirmatorios también revelaron esa estructura de 6 factores. Tres factores estaban presentes en la escala original -CQOLC , y se obtuvieron 3 nuevos: F3-NEGATIVE EMOTIONS, F5-CONNECTEDNESS and F6-AFFECT-SPIRITUALITY . La validez fue óptima ( $\alpha=0.80$ ), la varianza extraída (58.3%) fue más elevada que en previas validaciones en otros países. Datos de calidad de vida por subgrupos muestran tendencia a peor calidad de vida del cuidador si el enfermo oncológico es un varón, y tendencia a peor calidad de vida en las mujeres que en los varones cuidadores. Cuanto mayor tiempo de cuidado y mayor nivel de religiosidad mayor calidad de vida.

**Conclusión:** The CQOLC-S es válido , fiable y reproducible, para medición de calidad de vida de cuidadores principales de pacientes con cáncer en nuestro país. Perfil: mujer de mediana edad. Encontramos diferencias en la calidad de vida al realizar análisis por subgrupos. Estos análisis continúan realizándose. Deberá ser testado en otros países de habla hispana.

### ePóster 78

#### Estudio NUCADI-HUCA: prevalencia de desnutrición e interés en recibir información nutricional al diagnóstico de tumores del tracto digestivo.

**Clara Iglesias Gómez, Felipe Álvarez Manceño, Alfredo Castillo Trujillo, Alba Martínez Torrón, Sara Fernández Arrojo, Alfonso**



## Cuidados Contínuos

**Revuelta Rodríguez, Gema Martínez Tamés, Estela Menéndez Rivero, Paula Jiménez-Fonseca, Marta Izquierdo Manuel** –HUCA

**Introducción y Objetivos:** La desnutrición es un problema frecuente en pacientes con cáncer, especialmente en estadios avanzados y cánceres de cabeza y cuello, páncreas o gastroesofágicos. El objetivo es determinar la prevalencia de desnutrición en pacientes que acuden por primera vez a una consulta de oncología médica con un cáncer de origen digestivo y conocer el interés que tienen en recibir educación sanitaria sobre alimentación saludable.

**Material y Métodos:** El estudio NUCADI-HUCA (NUtrición en CÁnceres Digestivos de pacientes del Hospital Universitario Central de Asturias) es un estudio prospectivo, observacional y unicéntrico. El riesgo de desnutrición se midió con las herramientas Nutriscore, basada en variables clínicas, pérdida de apetito, pérdida de peso, localización del cáncer y tipo de tratamiento oncológico, y Conut, basada en datos de laboratorio, colesterol, linfocitos y albúmina. Además, se consultó al paciente, a través de un cuestionario, su deseo de recibir educación sobre alimentación y el medio, contacto telefónico y/o presencial, así como su interés en que se le entregase un documento con información nutricional.

**Resultados:** Se reclutaron 206 pacientes que acudieron a una primera visita al servicio de oncología médica entre noviembre de 2017 y abril de 2018. Las características basales de la muestra se recogen en la tabla 1. La mediana de edad fue de 69 años y un 72% eran hombres. El 43% estaba en riesgo de desnutrición según la herramienta Nutriscore, un 72% de los pacientes con cánceres estadio IV y 37% de aquellos con cánceres estadio I-III. El 62% mostró riesgo de desnutrición según Conut, con un 5% en riesgo severo y 19% en riesgo moderado. Tuvieron mayor riesgo de desnutrición (88%) los pacientes con cánceres estadio IV, gastroesofágicos y aquellos con estadio general ECOG 2,  $p < 0.001$ . A un 20% de los pacientes se les pautó una dieta modificada con suplementos nutricionales. Todos los pacientes mostraron interés en recibir información, oral y escrita, sobre alimentación adaptada y adecuada para su cáncer, un 8.7% prefirieron que fuese presencial, un 71.8% prefirieron vía telefónica y un 19% cualquiera de las anteriores.

**Conclusión:** Los pacientes con cánceres digestivos atendidos en nuestro centro tienen riesgo de desnutrición (43%), especialmente aquellos con cánceres gastroesofágicos, estadio IV y frágiles (88%), y desean recibir educación sanitaria sobre alimentación saludable (100%).

Características basales de los pacientes		N=206 (%)
Edad, mediana (rango)		69 (87 - 39)
Sexo, hombre		148 (72%)
Talla (cm), mediana (rango)		164 (182 - 150)
Peso (kg), mediana (rango)		71 (122 - 46)
Tipo histológico de tumor	Adenocarcinoma	182 (88,3%)
	Epidermoide	4 (2%)
	Neuroendocrino	20 (9,7%)
Localización del tumor primario	Colon - Recto	118 (57,3%)
	Esófago	12 (5,8%)
	Gástrico	36 (17,5%)
	Páncreas	28 (13,6%)
	Vía Biliar	6 (2,9%)
	Intestino delgado	6 (2,9%)
Estadio	I	8 (3,9%)
	II	22 (10,7%)
	III	98 (47,6%)
	IV	78 (37,9%)
Estado general ECOG	0	112 (54,4%)
	1	84 (40,8%)
	2	10 (4,9%)
	3	-
	4	-



Albúmina (g/dL)*	≥3,50 (puntos: 0)		148 (71,8%)
	3,00 – 3,49 (2)		24 (11,7%)
	2,50 – 2,99 (4)		24 (11,7%)
	<2,50 (6)		10 (4,9%)
Colesterol (mg/dL)*	≥180 (puntos: 0)		64 (31,1%)
	140 – 179 (1)		76 (36,9%)
	100 – 139 (2)		56 (27,2%)
	<100 (3)		10 (4,9%)
Linfocitos (x10 <sup>9</sup> /L)*	≥1,600 (puntos: 0)		116 (56,3%)
	1,200 – 1,599 (1)		36 (17,5%)
	0,800 – 1,199 (2)		30 (14,5%)
	<0,800 (3)		24 (11,7%)
Pérdida de peso	0 kg		34 (16,5%)
	0 - 5 kg		44 (21,4%)
	5 - 10 kg		66 (32%)
	10 - 15 kg		48 (23,3%)
	> 15 kg		14 (6,8%)
Ingesta	Igual que siempre		50 (24,3%)
	75% habitual		70 (34%)
	50% habitual		54 (26,2%)
	25% habitual		32 (15,5%)
Suplementos nutricionales			42 (20,4%)
Cirugía oncológica previa			108 (52,4%)
Quimioterapia decidida en 1ª visita			168 (81,6%)
Radioterapia decidida en 1ª visita			26 (12,6%)
Deseo recibir información nutricional escrita			206 (100%)
Deseo de recibir información nutricional	Presencial		18 (8,7%)
	Telefónica		148 (71,8%)
	Ambas		40 (19,5%)
NUTRISCORE	Sin riesgo		118 (57,3%)
	Con riesgo		88 (42,7%)
CONUT	Sin riesgo		82 (39,8%)
	Con riesgo	Bajo	76 (36,9%)
		Moderado	38 (18,4%)
		Severo	10 (4,9%)

\* Albúmina, colesterol y linfocitos son las variables del CONUT, entre paréntesis se recogen los puntos que la escala otorga a cada rango de dichos parámetros. Cuanto mayor puntuación mayor riesgo de desnutrición.

## ePóster 79

**Estudio ONCO-ADHIÉRETE: Percepción de los médicos acerca de la adherencia al tratamiento opioide en pacientes con dolor irruptivo oncológico.**

**Rafael López** – Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. **Pablo Borrega** – Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres. **Enrique Aranda** – Hospital Reina Sofía de Córdoba. **Alfredo Carrato** – Hospital Ramón y Cajal de Madrid. **Margarita Feyjóo** – Hospital Universitario Sanitas La Moraleja de Madrid. **Vicente Guillem** – Instituto Valenciano de Oncología. **Carlos Camps** – Hospital Universitario General de Valencia

**Introducción y Objetivos:** La Fundación ECO ha diseñado un estudio epidemiológico, multicéntrico con el fin de valorar la percepción de los médicos sobre la adherencia de sus pacientes al tratamiento del dolor irruptivo oncológico (DIO).

**Material y Métodos:** 97 oncólogos han completado un cuestionario con preguntas sobre la percepción de la adherencia al tratamiento del DIO de pacientes con cáncer y presencia de DIO, y con analgésicos opioides tanto para éste como para el dolor basal.

**Resultados:** El 45,3% de los participantes considera que el 51-75% de los pacientes toman el tratamiento opioide en los intervalos recomendados en al menos el 80% de los episodios y un 57% considera que el 76-100% de los pacientes toma la dosis de opioide prescrita en al menos el 80% de los episodios. Dificultades de adherencia terapéutica: el 35,8% señala como primer factor la no necesidad percibida de tratamiento y el 31,6% señala la falta de soporte familiar. La falta de conciencia de la enfermedad se identifica como segundo factor por el 33,3% y la falta de soporte familiar por el 25%. El tercer factor fue la falta de soporte familiar para el 27,4% y el deterioro cognitivo del paciente para el 21,1%. Factores farmacológicos que dificultan la adherencia: para el 37,5% es la ineficacia percibida y para el 32,3% lo es la inquietud por los efectos secundarios, siendo este factor el segundo para el 35,8% y para el 28,4% el temor a la dependencia. Como tercer factor se identifica la ineficacia percibida por el 27,1%, la inquietud por los efectos secundarios por el 19,8% al igual que el temor a la dependencia. Intervenciones para mejorar la adherencia: el tratamiento de los efectos colaterales fue señalado por el 89% y la educación a los pacientes y familiares y las instrucciones escritas por el 86%.

**Conclusión:** Estos resultados señalan la necesidad de mejorar la adherencia al tratamiento del DIO, desarrollando fundamentalmente estrategias dirigidas a la educación de pacientes y familiares.

## ePóster 80

**ESTUDIO RETROSPECTIVO ACERCA DE PACIENTES CON CÁNCER AVANZADO HOSPITALIZADOS EN NUESTRO CENTRO ENTRE ENERO Y MARZO DE 2018: ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA ESTRATIFICADO Y RELACIÓN DE FACTORES ASOCIADOS.**

**Carmen Pantin González, Beatriz Antón, Beatriz Losada, Cristina Sanchez, Maria Victoria Torres, Laura Rodriguez, Diego Malón, David Gutierrez, Iñaki Juez, Juan Antonio Guerra** – Hospital Universitario de Fuenlabrada

**Introducción y Objetivos:** El cáncer es la segunda causa de mortalidad global. Su alta prevalencia hace que constituya una de las causas más frecuentes de ingreso, especialmente en pacientes en situación paliativa. Nuestro objetivo principal es estimar la relación entre la causa de ingreso y exitus en pacientes con tumores avanzados hospitalizados. Como objetivo secundario, describimos los parámetros analíticos y analizamos su relación con los días de estancia hospitalaria.

**Material y Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de 55 pacientes con cáncer avanzado ingresados en el Hospital de Fuenlabrada entre el 1 de enero de 2018 y 31 de marzo de 2018. Se recoge motivo de ingreso, estancia y mortalidad, así como parámetros clínicos y analíticos (leucopenia, albúmina o fiebre...). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 19.0.

**Resultados:** Nuestra muestra cuenta con 30 varones y 24 mujeres con media de edad de 57.6 años(37-74) y una media de estancia hospitalaria de 6.5 días. Se estratifican los motivos de ingreso en tres grupos: infección, control sintomático y miscelánea(disnea,trombosis...). Analizamos la supervivencia con respecto a los mismos (Figura1). Esta nos muestra que la infección, aunque es principal causa de ingreso, no traduce mayor mortalidad; al contrario que el control sintomático. La traducción clínica es que la infección supone una complicación transitoria subsidiaria de margen de mejora. El tipo de tumor más frecuente ingresado es el digestivo (27.3%) y pulmonar (21.8%), siendo un 65.5% metastásicos al ingreso. El 80% presentan hipoalbuminemia, proteína C reactiva (PCR) >10mg/dl el 71%, fiebre>38°C el 40% y leucopenia(<2000mmol/L)el 25.5%. El análisis univariante muestra relación directa con el motivo de ingreso en el caso de fiebre, PCR, leucopenia y albúmina(P<0,05). Finalmente, el modelo multivariante sólo muestra una tendencia a favor de leucopenia como factor de riesgo para mayor estancia hospitalaria [OR 18.9, p<0.05 e IC95%(2.82-127.17)]. Este hecho viene influenciado probablemente por la variedad intratumor y las características terapéuticas de cada paciente.

**Conclusión:**

1. El motivo de ingreso más frecuente en mi población es infeccioso sin suponer la principal causa de mortalidad.
2. De los parámetros clínicos analizados, los valores de PCR,

fiebre y leucopenia tienen correlación directa con el motivo de ingreso.

3. La leucopenia es el único factor que se asocia con riesgo de mayor estancia hospitalaria.

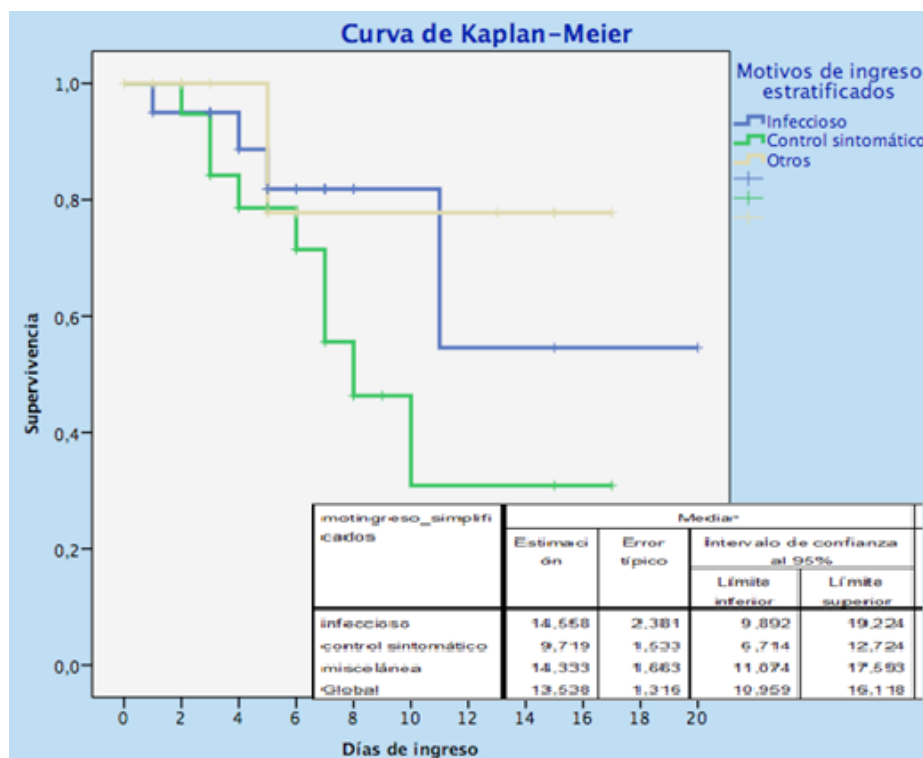


Figura 1 y tabla 1: Tabla de Kaplan-Meier que relaciona la supervivencia con los motivos de ingreso estratificados.

**ePóster 81**

### Evaluación de analgésicos de tercer escalón en urgencias del Hospital Clínico de Salamanca.

**Diego Casado Elía** – Hospital Clínico de Salamanca.  
**Beatriz Barrios Collado** – **Belén Cigarral García** –  
**Roberto A. Escala Cornejo** – **Julia Ayuso Martín-Romo** –  
**María García Muñoz** – **Juncal Claros Ampuero** – **Elena Escalera Martín** – **Lorena Bellido Hernández** – **Juan Jesús Cruz Hernández** – Hospital Clínico de Salamanca

**Introducción y Objetivos:** Uno de los síntomas con mayor impacto en la calidad de vida de los pacientes es el dolor, y en los pacientes oncológicos alcanza hasta un 58%-82% si tienen enfermedad avanzada. Se estima que el 60% de los pacientes oncológicos con dolor precisan analgesia de tercer escalón. El objetivo de este estudio es evaluar el tratamiento analgésico de tercer escalón de los pacientes que acudieron

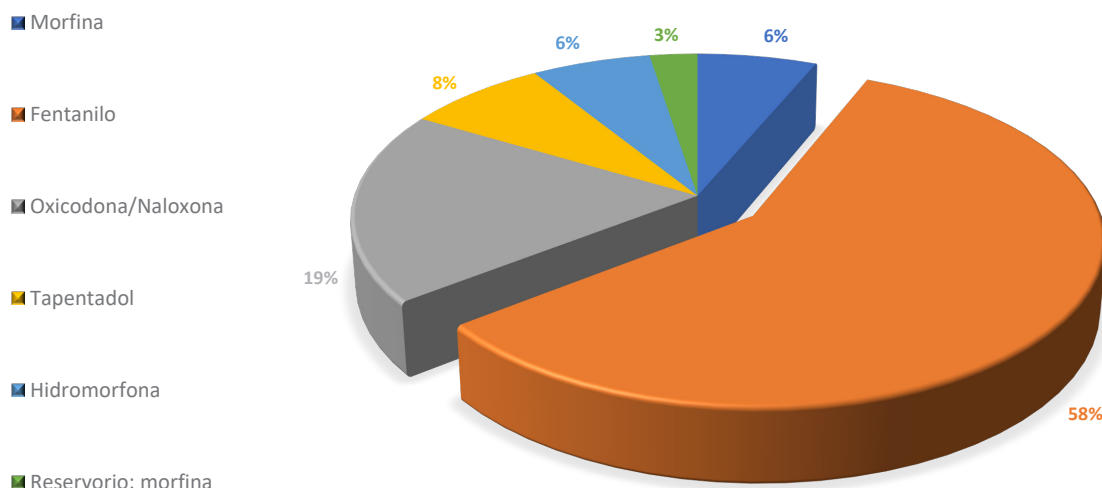
a urgencias por mal control analgésico secundario a la enfermedad tumoral.

**Material y Métodos:** Estudio observacional descriptivo y retrospectivo, en pacientes oncológicos que acudieron en 2016 al servicio de urgencias del Hospital Clínico de Salamanca. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de mal control analgésico secundario a enfermedad de base, habiendo descartado patología aguda. Se recogieron el tipo de dolor, variables antropométricas y clínicas y la analgesia previa y posterior al alta.

**Resultados:** Se obtuvieron 161 consultas en urgencias de 131 pacientes distintos. La edad media fue de 65,12 años, siendo varones el 63%. El 93% de los pacientes tenían metástasis, de los cuales el 60.9% eran locorregionales, el 35.6% óseas, el 67.6% enfermedad visceral y el 19.9% presentaban alta carga tumoral (metástasis óseas y viscerales). Respecto al tipo de tumor, el más frecuente fue pulmón (15.5%), seguido de colon (11,8%), páncreas (10.6%), mama (10.6%) y próstata (7.5%). De esas consultas, el 42% de los pacientes tenía dolor

## Cuidados Contínuos

visceral, el 27% dolor somático, el 26% dolor mixto y el 8% dolor neuropático. Al alta de urgencias, 70 pacientes (44%) de esas 161 consultas recibieron analgesia de tercer escalón. De los opioides utilizados, el 58% era fentanilo transdérmico, el 19% oxycodona/naloxona, el 8% tapentadol, el 6% morfina oral, 6% hidromorfona y un 3% reservorio intradural con morfina.



**Conclusión:** Casi la mitad de los pacientes oncológicos que acuden a urgencias por mal control analgésico secundario a su enfermedad precisaron analgesia de tercer escalón tanto en la propia urgencia como al alta. La amplia experiencia en su uso y la facilidad de su administración hacen que el fentanilo transdérmico sea el opioide más utilizado como analgésico de tercer escalón.

Uso de opioides en pacientes oncológicos al alta de urgencias

## ePóster 82

### EVALUACIÓN DE LA ESCALA VES-13 COMO PREDICTOR DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES ANCIANOS CON CÁNCER.

**Alexia Fernández Ruiz, Patricia Iranzo Gómez, Elisa Quilez Bielsa, Mara Cruellas Lapeña, Maitane Ocáriz Diez, Natalia Alonso Marín, Marta Gascón Ruiz** – HCU Lozano Blesa (Zaragoza).  
**Alberto Rodrigo Cáceres** – Hospital Arnau de Vilanova (Lleida).  
**Ana Callejo Perez** – Hospital Vall d'Hebron (Barcelona). **Rodrigo Lastra del Prado** – Hospital San Jorge (Huesca)

**Introducción y Objetivos:** El número de pacientes ancianos con patología oncológica se está incrementando progresivamente en los últimos años. Las escalas de valoración funcional tradicionales no son suficientes para este grupo de pacientes debido a que no incluyen datos como la vulnerabilidad o la dependencia, que podrían estar relacionados con un aumento en la estancia hospitalaria. El objetivo principal es analizar si la escala de fragilidad VES13 es una herramienta útil para estimar la duración de estancia hospitalaria en pacientes oncológicos ancianos.

**Material y Métodos:** Estudio observacional, analítico, prospectivo. Se incluyen 41 pacientes con edad  $\geq 70$  años ingresados en el Servicio de Oncología Médica del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza entre el 1 de marzo y el 30 abril de 2018. Se recogen datos epidemiológicos y aspectos relacionados con la enfermedad neoplásica. Se realiza, en el momento del ingreso, valoración de las comorbilidades y estado funcional utilizando escalas de Charlson, VES13 y cuestionario g8. Con estos datos se analiza la existencia y el grado de relación entre la puntuación obtenida en la valoración geriátrica y la duración de la estancia hospitalaria.

**Resultados:** De los 41 pacientes incluidos, 28 eran varones. Mediana de edad 75 años (rango 70-91 años). 68.3% ECOG mayor o igual a 2. Mortalidad durante el ingreso 41.5%. Mediana de duración del ingreso 7 días (rango:1-25 días). Estableciendo como punto de corte una puntuación de 3 en escala VES13 y una duración del ingreso de 12 días, se observa una relación estadísticamente significativa entre dichas variables ( $p=0.01$ ). Además se objetiva que una puntuación mayor de 3 en escala VES13 al ingreso es factor de riesgo para mantener una estancia hospitalaria superior a 12 días. (RR 1,438 IC 1,097-1,884).



**Conclusión:** En nuestra experiencia una puntuación superior a 3 en la escala VES13 al ingreso de un paciente anciano se correlaciona significativamente con una estancia prolongada. La escala VES13 podría ser una herramienta útil para identificar a este grupo de pacientes que van a requerir una planificación específica de los cuidados durante el ingreso hospitalario. De esta forma, podríamos establecer una estrategia de optimización de los recursos sanitarios y contribuir a la reducción de las complicaciones y el deterioro funcional lo que derivaría en una reducción del tiempo de hospitalización.

### ePóster 83

## EVUACIÓN DE LA RELACIÓN DE VULNERABLE ELDERLY SURVEY (VES-13) Y PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE (PPSV2) CON EL CONTROL DE LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA EN PACIENTES ANCIANOS.

**Patricia Iranzo Gómez, Alexia Fernández Ruiz, Elisa Quílez Bielsa, Mara Cruellas Lapeña, Maitane Ocáriz Diez, Natalia Alonso Marín** – HCU Lozano Blesa (Zaragoza). **Ana Callejo Pérez** – Hospital Vall d'Hebron (Barcelona). **Alberto Rodrigo Cáceres** – Hospital Universitari Arnau de Vilanova (Lleida). **Marta Gascón Ruiz** – HCU Lozano Blesa (Zaragoza). **Rodrigo Lastra del Prado** – Hospital San Jorge (Huesca)

**Introducción y Objetivos:** La valoración geriátrica integral (VGI) ha mostrado eficacia en la atención de las personas mayores y diversos estudios apoyan su uso en personas mayores con cáncer. Sin embargo, existe la necesidad de seleccionar a aquellos pacientes que más se van a beneficiar de la VGI. Con esta intención, se han planteado instrumentos como la escala VES-13. El objetivo principal del estudio es evaluar la relación entre la puntuación obtenida en VES-13 y PPSV2 y la existencia de enfermedad oncológica controlada o en progresión en pacientes mayores con cáncer.

**Material y Métodos:** Estudio de tipo observacional, analítico, prospectivo. Se incluyen 41 pacientes con edad  $\geq 70$  años ingresados en el Servicio de Oncología Médica del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza entre el 1 de marzo y el 30 abril de 2018. Se recogen datos epidemiológicos y aspectos relacionados con la enfermedad neoplásica. Se realiza, en el momento del ingreso, valoración de las comorbilidades y estado funcional utilizando escalas de Charlson, VES13 y cuestionario g8. Con estos datos se analiza si existe relación entre la puntuación obtenida en la valoración geriátrica y la duración de la estancia hospitalaria/grado de control de enfermedad neoplásica.

**Resultados:** De los 41 pacientes incluidos en el estudio, 28 eran varones. La mediana de edad en el momento del ingreso era de 75 años (rango:70-91 años). El 68.3% presentaban Eastern

Cooperative Oncology Group(ECOG) mayor o igual a 2. La mortalidad durante el ingreso alcanzó el 41.5%. El 75.6% de los pacientes presentaban enfermedad oncológica en progresión en la última reevaluación. Estableciendo como punto de corte una puntuación de 3 en escala VES13 y  $\geq 50\%$  en PPSV2, se observa una relación estadísticamente significativa entre dicha puntuación y el grado de control de la enfermedad neoplásica en el momento del ingreso.

**Conclusión:** En nuestra experiencia el control de la enfermedad neoplásica se relaciona de manera estadísticamente significativa con la puntuación en escala VES-13 y PPSV2. En los pacientes ancianos, la enfermedad oncológica en progresión afecta de manera significativa al estado funcional de los pacientes ingresados en nuestro centro. Estos datos nos permiten plantear una estrategia de optimización de los recursos sanitarios a partir del conocimiento de aquellos factores que originan mayor deterioro clínico en pacientes mayores con cáncer.

### ePóster 84

## Evaluación de pacientes oncológicos ingresados desde urgencias por mal control analgésico en el Hospital Clínico de Salamanca.

**Diego Casado Elía** – Hospital Clínico de Salamanca. **Roberto A. Escala Cornejo** – **Julia Ayuso Martín-Romo** – **María García Muñoz** – **Beatriz Barrios Collado** – **Belén Cigarral García** – **Elena Escalera Martín** – **Juncal Claros Ampuero** – **Lorena Bellido Hernández** – **Juan Jesús Cruz Hernández** – Hospital Clínico de Salamanca

**Introducción y Objetivos:** El dolor es uno de los síntomas con mayor impacto en la calidad de vida de los pacientes. En el paciente oncológico el dolor alcanza el 53% y se eleva al 64% en enfermedad avanzada / paciente terminal. El objetivo de este estudio es evaluar los pacientes que ingresan por mal control analgésico secundario a la enfermedad tumoral desde urgencias del Hospital Clínico de Salamanca.

**Material y Métodos:** Estudio observacional descriptivo y retrospectivo, en pacientes oncológicos que ingresaron por mal control analgésico desde urgencias del Hospital Clínico de Salamanca en el año 2016. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, cuyo diagnóstico principal de ingreso fuese mal control analgésico secundario a enfermedad de base, aunque presentase otras patologías concomitantes. Se recogieron las variables antropométricas y clínicas, el tipo de tumor, la enfermedad metastásica, el tratamiento analgésico tanto previo como en el ingreso, la estancia media y el estado de exitus.

**Resultados:** Se obtuvieron 131 pacientes distintos que acudieron a urgencias con diagnóstico de mal control analgésico, de los cuales



Cuidados Contínuos

27 (21%) ingresaron por ello. La edad media fue de 61 años, siendo varones el 70%. El 100% de los pacientes tenían metástasis, y el tipo de tumor mayoritario fue el de colon (7 pacientes), seguido del gástrico (4), ORL (4) y páncreas (4). Durante el ingreso 19 pacientes fallecieron y 8 se fueron de alta, con una estancia media de 14 y 12.5 días, respectivamente. Respecto a los cambios en la medicación, 2 pacientes aumentaron el primer escalón analgésico, 5 iniciaron el tercer escalón, 3 aumentaron el tercer escalón y 17 precisaron rotación opioide. En relación a la rotación, en 12 de ellos la conversión fue hacia vía intravenosa, mientras que para vía subcutánea, transdérmica y oral fueron 3, 1 y 1, respectivamente.

	No exitus	Exitus
Vía intravenosa	3	11
Vía subcutánea	1	2
Vía transdérmica	2	3
Vía oral	3	1
Vía reservorio Intradural	0	1
Total	9	18

Vía de administración de analgesia en pacientes ingresados por mal control analgésico..

**Conclusión:** Más de dos tercios de los pacientes que ingresan por mal control analgésico fallecen durante el mismo, siendo todos metastásicos, y precisando la mayoría de rotación de opioides para controlar el dolor. Concluimos que la enfermedad terminal es un reto por presentar dolor de difícil control, que en ocasiones precisa ingreso hospitalario para lograrlo. Para ello, es frecuente utilizar la vía intravenosa por ser una vía de acción rápida que controle mejor los síntomas.

ePóster 85

**Evaluación del tratamiento analgésico en pacientes oncológicos en el servicio de urgencias en el Hospital Clínico de Salamanca.**

**Diego Casado Elía, Beatriz Barrios Collado, Julia Ayuso Martín-Romo, Roberto A. Escala Cornejo, Belén Cigarral García, María García Muñoz, Juncal Claros Ampuero, Elena Escalera Martín, Lorena Bellido Hernández, Juan Jesús Cruz Hernández** – Hospital Clínico de Salamanca

**Introducción y Objetivos:** El dolor es uno de los síntomas con mayor impacto en la calidad de vida de los pacientes, y en el paciente oncológico su prevalencia del dolor llega al 58%-82% en aquellos con enfermedad avanzada. Este estudio pretende valorar el tratamiento analgésico de los pacientes que acudieron a urgencias por mal control analgésico secundario a la enfermedad tumoral.

**Material y Métodos:** Estudio observacional descriptivo y retrospectivo, en pacientes oncológicos que acudieron en 2016 al servicio de urgencias del Hospital Clínico de Salamanca. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de mal control analgésico secundario a enfermedad de base, habiendo descartado patología aguda. Se recogieron las variables antropométricas y clínicas, el tipo de tumor, la localización de la enfermedad metastásica y el tratamiento analgésico en urgencias y al alta.

**Resultados:** Se incluyeron 161 consultas de 131 pacientes distintos. La edad media fue de 65,12 años, siendo varones el 63%. El 93% de los pacientes tenían metástasis, de los cuales el 60.9% eran locorreccionales, el 35.6% óseas, el 67.6% metástasis viscerales y el 19.9% presentaban alta carga tumoral (metástasis óseas y viscerales). Respecto al tipo de tumor, el más frecuente fue pulmón (15.5%), seguido de colon (11,8%), páncreas (10.6%), mama (10.6%) y próstata (7.5%). De esas consultas, el 42% de los pacientes tenía dolor visceral, el 27% dolor somático, el 26% dolor mixto y el 8% dolor neuropático. En relación con la medicación administrada en urgencias, el 37% de los pacientes recibieron analgesia de primer escalón, el 48% de tercer escalón, y el 16% de los pacientes recibieron coadyuvantes analgésicos. En el momento del alta, un 14% se fueron con analgesia de primer escalón, un 10% recibieron analgésicos coadyuvantes, y un 47% se fueron con analgesia de tercer escalón. En la Tabla 1 se analizan con detalle cada cambio en la medicación, distinguiendo entre pauta nueva y aumento de dosis.

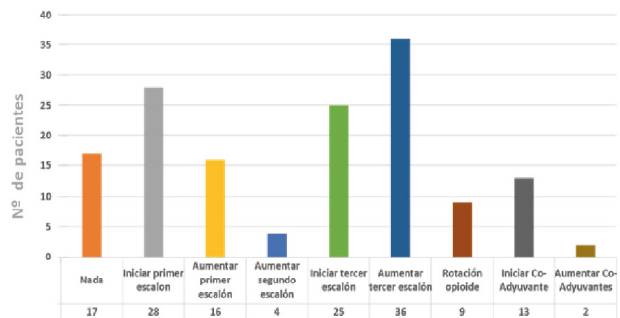


Tabla 1. Cambios en la medicación al alta en el paciente oncológico en el servicio de urgencias.

**Conclusión:** Casi la mitad de los pacientes oncológicos que acuden a urgencias por mal control analgésico secundario a su enfermedad precisaron analgesia de tercer escalón tanto en la propia urgencia como al alta. Con estos datos podemos concluir que el control analgésico no es una tarea sencilla y necesita seguimiento a corto y a largo plazo.



## ePóster 86

### Experiencia del uso de Eltrombopag en el tratamiento de la trombocitopenia asociada a tumores sólidos.

**María José Martínez-Ortiz, José Balsalobre-Yago, María Henar García-Lagunar, María Isabel Luengo, Mónica Martínez-Penella, Dolores Paula Gutiérrez-Meca Maestre, Pablo Cerezuela-Fuentes, Álvaro Martínez-Ortiz, Teresa García-García** – H.U. Santa Lucía. Cartagena (Murcia)

**Introducción y Objetivos:** Debido a la falta de un tratamiento específico para los pacientes con trombocitopenia inducida por quimioterapia, se han publicado estudios en los que se ha utilizado eltrombopag fuera de indicación. El objetivo de nuestro estudio es revisar la eficacia del uso de eltrombopag en pacientes con trombocitopenia limitante para tratamiento quimioterápico y tumores sólidos.

**Material y Métodos:** Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes con tumores sólidos tratados con eltrombopag por trombocitopenia durante el tratamiento con quimioterapia entre enero de 2012 y diciembre de 2015.

**Resultados:** 7 pacientes, con tumores sólidos y trombocitopenia limitante de tratamiento, recibieron eltrombopag durante el periodo de estudio con una disminución en el retraso de ciclos de quimioterapia ( $4,8 \pm 4,7$  ciclos retrasados antes del inicio de eltrombopag vs  $2,5 \pm 4,3$  ciclos durante el tratamiento con eltrombopag,  $p=0,49$ ) y un aumento en el porcentaje de dosis real administrada ( $89,3 \pm 13,4\%$  vs  $91,4 \pm 10,7\%$ ,  $p=0,68$ ). Así mismo, se produjo un aumento en el nadir de plaquetas ( $55,3 \pm 16,4 \times 10^9/L$  vs  $76,1 \pm 36,4 \times 10^9 /L$ ,  $p=0,25$ ) sin requerir en ningún paciente soporte transfusional con plaquetas durante el tratamiento con eltrombopag.

**Conclusión:** En nuestra serie eltrombopag ha sido una opción de tratamiento para pacientes con trombocitopenia limitante para administración de quimioterapia, permitiendo un mayor cumplimiento terapéutico y reduciendo la necesidad de soporte transfusional.

## ePóster 87

### FACTORES DETERMINANTES DE LA MORTALIDAD HOSPITALARIA EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS INGRESADOS EN PLANTA DE ONCOLOGÍA MÉDICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA.

**Carmen Pantin González, Beatriz Losada, Beatriz Antón, Cristina Sanchez, Diego Malon, Laura Rodriguez, David Gutierrez, Maria Victoria Torres, Iñaki Juez, Juan Antonio Guerra** – Hospital Universitario de Fuenlabrada

**Introducción y Objetivos:** El aumento de supervivencia global del cáncer, así como, la disponibilidad de más líneas de tratamiento quimioterápico ha impactado en el mayor número de pacientes ingresados. La toxicidad de estos tratamientos es cada vez menor, asociándose la progresión tumoral a una de las principales causas de mortalidad. El objetivo del estudio es revisar las causas de fallecimiento así como el perfil de los pacientes que ingresan en un hospital de 2º nivel.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de 55 pacientes ingresados en el Hospital Universitario de Fuenlabrada en el servicio de oncología en el periodo de diciembre 2017-marzo 2018.

**Resultados:** Media de edad fue de 57 años (37-74). Los diagnósticos más frecuentes fueron cáncer digestivo (27.3%) seguido de pulmón (21.8%), urológico (10.9%), mama (9.1%), otorrinolaringológico (7.3%) y cerebral (1.8%). Un 65% de los pacientes fueron metastásicos siendo esto dato similar a la literatura descrita ya que tienen mayor tasa de complicaciones por progresión del tumor. En nuestra muestra un 28.3%(15/55) de los pacientes ingresados fallecieron. El motivo más frecuente de exitus fue progresión tumoral (86.7%). Un 46.6% de los exitus eran tumores digestivos, 13,3% urológicos y pulmonares respectivamente y un 6.6% tumores de cabeza y cuello. Un 73.3% de los exitus eran metastásicos y un 86.6% de ellos habían recibido poliquimioterapia con una toxicidad grave de la misma en el 33.3%. El 28.6% de los pacientes fallecidos sufrieron infecciones y mal control analgésico al ingreso. Si analizamos las características clínicoanalíticas, el 93.3% tenían índice de Charlson >5, un 85,7% tenían cifras de albumina <2.5mg/dl, leucopenia menos a 2000 $\mu$ L (64,2%) y el 85% PCR superior a 10 mg/dl.

**Conclusión:** El perfil de paciente que fallece durante el ingreso sufre tumores digestivos metastásicos en tratamiento con poliquimioterapia, seguidos de los tumores urológicos y pulmonares. Más de 80% de los pacientes tenían varias comorbilidades, estaban desnutridos y presentaban elevación de reactantes de fase aguda. La primera causa de exitus es la progresión tumoral.

## ePóster 88

### Hipercalemia tumoral: ¿existen factores que impliquen mejor pronóstico?

**Diego Cacho Lavín, Eva Martínez de Castro, Isabel del Hoyo Herrero, Noelia Palacio Incera, Laura Ferreira Freire, Lucia Alonso Buznego, Belen Caramelo Hernández, Patricia Garcia Valiente, Raquel Jimeno Maté** – Marqués de Valdecilla Santander

**Introducción y Objetivos:** La hipercalemia tumoral está presente entorno al 30% de los pacientes con proceso neoplásico a lo largo de su evolución, con un pronóstico infausto. En esta revisión se pretende reportar la experiencia en nuestro centro con dichos pacientes y conocer factores pronósticos de supervivencia

## Cuidados Contínuos

**Material y Métodos:** Se recogieron datos de 67 pacientes diagnosticados y tratados en nuestra planta de Hospitalización entre Enero-07 y Enero-18. Se recopilaron datos demográficos, características clínicas del paciente, patológicas del tumor, datos analíticos y se analizaron si eran predictores de pronóstico en términos de supervivencia.

**Resultados:**

- Datos demográficos: 56% eran hombres, con edad media 61,8 años (intervalo 45-85). Clínicamente los pacientes debutaban con deterioro del nivel de consciencia seguido de dolor y el 88% eran ECOG>2
- Características del tumor: el 28% eran epidermoides; el 100% en estadio IV. En el 22% el tumor primario era la mama y en el 19% pulmón. La afectación metastásica más frecuente al diagnóstico fue, en este orden, hepática, ósea y ganglionar.
- Resultados: La supervivencia global en general era de 52,3 días. En nuestro estudio encontramos que factores de mal pronóstico fueron PCR>10 mg/dl (11 días vs 63,8 días), hipoalbuminemia <3,3 g/dl (33 vs 127 días), IMC 25), nivel consciencia alterado al diagnóstico (10,5 vs 100,8 días) ECOG >2 (42,8 vs 255 días en ECOG14 mg/dl (17,1 vs 64 días en <14) y no presentar enfermedad metastásica a nivel óseo (30 días vs 80 días en los que sí)

**Conclusión:** El desarrollo de hipercalcemia tumoral en la evolución de enfermedad neoplásica conlleva peor pronóstico en términos de supervivencia. En nuestra revisión se objetiva que PCR>10 mg/dl, hipoalbuminemia (<3,3 g/dl), IMC2, niveles de calcio >14 mg/dl y no presentar enfermedad metastásica a nivel óseo predicen pero pronóstico en términos de supervivencia

## ePóster 89

### INCIDENCIA DE PACIENTES CON CÁNCER Y >65 AÑOS EN LOS PACIENTES INGRESADOS UN DÍA CUALQUIERA DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.

**Beatriz Losada Vila, María del Carmen Pantín González, Beatriz Antón Pascual, Laura Velázquez Ríos, Jose Antonio Rueda Camino, Antonio Zapatero Gaviria, Juan Antonio Guerra Martínez** – Hospital Universitario de Fuenlabrada

**Introducción y Objetivos:** La incidencia cada vez más elevada de cáncer y el aumento de la esperanza de vida hace que para el año 2025 se prevea que un 25% de los pacientes oncológicos tendrán más de 65 años.

Nuestro objetivo es reflejar del total de pacientes ingresados en una planta de Medicina Interna, el porcentaje y características de pacientes ancianos diagnosticados de cáncer.

**Material y Métodos:** El Hospital de Fuenlabrada atiende a una población de >300.000 habitantes en el área sur de Madrid. Su población anciana (padres de muchos que han sido traído

desde sus lugares de origen) va en aumento, en seguimiento por varias especialidades.

**Resultados:** Durante un día cualquiera del mes de abril hay 140 pacientes ingresados en Medicina Interna, de los cuales >50% tienen >65 años. Los motivos de ingreso más frecuente son cuadros infecciosos y descompensación de insuficiencia cardíaca. Hay 11 pacientes (7.9%) diagnosticados de cáncer con más de 65 años. De ellos, la media de edad es de 75 años [65-90 años]. Los motivos de ingreso son por cuadro infeccioso en 5/11 (45.4%) seguido de para estudio diagnóstico por sospecha de enfermedad tumoral en 3/11 (27.3%) y control de síntomas en 2/11 (18.2%). De ellos, sólo 2/11 (18.2%) estaban en seguimiento por el equipo de Cuidados Paliativos.

-Los diagnósticos más frecuentes fueron 3 (27.3%) tumores de cabeza y cuello, 2 (18.2%) tumores vesicales, 2 (18.2%) glioblastomas y 1 (9.1%) cáncer de páncreas. Las sospechas diagnósticas fueron en 3/11 (27.3%): sospecha de glioblastoma, lesiones óseas de probable cáncer de próstata, ictericia con sospecha de cáncer de páncreas.

Los pacientes que ingresaban en Medicina Interna, no estaban en tratamiento oncológico activo, salvo un paciente que estaba en tratamiento en otro Hospital.

**Conclusión:** Un número creciente de pacientes ancianos son diagnosticados de cáncer con >65 años necesitando un manejo multidisciplinar por parte de otras especialidades ya que son pacientes con múltiples comorbilidades y estancias hospitalarias más largas.

-El motivo más frecuente de ingreso son los cuadros infecciosos.

-Casi un 10% de los pacientes ingresados en Medicina Interna son pacientes ancianos diagnosticados de un tumor por lo que se necesita una formación oncológica así como una mejoría de recursos orientada a los especialistas en Medicina Interna.

## ePóster 90

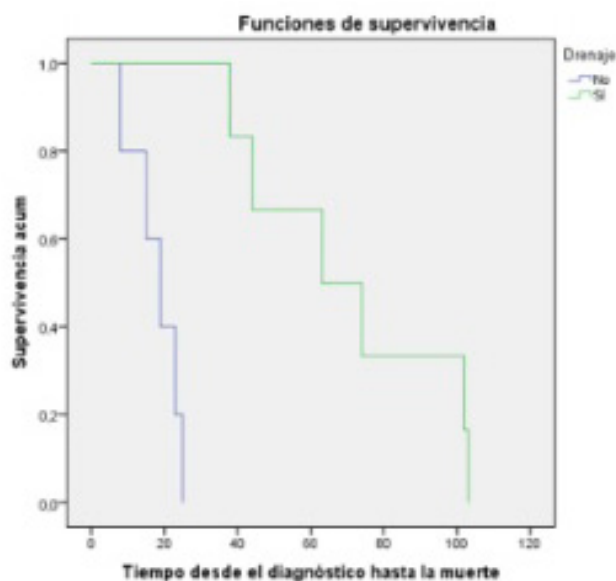
### Manejo de las obstrucciones malignas de la vía biliar: Experiencia en el Hospital Infanta Cristina de Badajoz.

**María Fernanda Martínez Barragán, Estefanía Casaut Lora, Elizabeth Inga Saavedra, Alba González-Haba Martínez, Verónica Serrano Pecos, Jacobo Gómez-Ulla Astray, Marta González Cordero** – Infanta Cristina

**Introducción y Objetivos:** Tanto diversos tumores primarios como sus metástasis pueden causar ictericia o hiperbilirrubinemia asintomática en pacientes con patología oncológica. Debemos sospechar causa tumoral cuando objetivemos datos analíticos de obstrucción biliar o colestasis disociada. El objetivo de este estudio es analizar nuestra experiencia en el manejo de las obstrucciones malignas de la vía biliar.

**Material y Métodos:** Realizamos un estudio retrospectivo descriptivo-analítico, compuesto por 11 pacientes con obstrucciones malignas de la vía biliar diagnosticados e ingresados en la planta de Oncología Médica del Hospital Infanta Cristina de Badajoz, entre enero de 2016 y enero de 2017. Analizamos características sociodemográficas, origen del tumor primario, presencia o no de metástasis hepáticas, drenaje realizado y supervivencia.

**Resultados:** El 63,7% de nuestra muestra fueron mujeres. La media de edad fue de 61.9 años (47-80). El 81,8% presentaban metástasis hepáticas. La localización más frecuente del tumor primario fue colon (36,4%), seguido de los tumores gástricos (18,2%). La principal causa obstructiva fueron las metástasis hepáticas (45,5%). La mediana de supervivencia global fue de 38 días desde el diagnóstico de la obstrucción. La mediana de supervivencia en los pacientes desde que se realizó terapia derivativa fue de 52 días. Se realizó drenaje de la vía biliar en el 54,5% de los pacientes (66,7% drenaje transperitonohepático percutáneo, y 36,4% por vía endoscópica). En cuanto a la realización de técnicas derivativas respecto a la no realización de las mismas, encontramos diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0.001$ ) en supervivencia (63 días frente a 19 días). No hubo diferencias significativas en la supervivencia respecto al tipo de técnica realizada, ni relación con la presencia o no de metástasis hepáticas.



Comparación de supervivencia de los pacientes a los que se le realizó drenaje respecto a la supervivencia de los que no se realizó técnica derivativa.

**Conclusión:** En nuestra área, 11 pacientes presentaron ictericia de causa obstructiva debida a su proceso tumoral durante el año estudiado. Un porcentaje llamativo presentaba metástasis hepáticas en ese momento. Independientemente de la técnica empleada, obtenemos datos estadísticamente significativos de que las terapias derivativas aumentan la supervivencia. Debido al pequeño tamaño muestral, no podemos valorar la influencia de factores como el sexo y el tumor primario en la supervivencia. A pesar de todo, debemos tener en cuenta el carácter paliativo de estas terapias y el mal pronóstico de los pacientes con esta afectación, causada por el estado avanzado de su enfermedad.

## ePóster 91

### “ONCOLOGO DE ENLACE” 10 AÑOS DESPUÉS: ATENCIÓN A LOS LARGOS SUPERVIVIENTES.

**Marina Merí Abad, Lauren Condori Farfan, Claudio Avila Andrade, Ihsan Shaheen, Alberto Cunquero Tomás, Cristina Caballero Díaz, Alfonso Berrocal Jaime, Vega Irazo González-Cruz, María Jose Godes de Bremond, Carlos Camps Herrero** – Hospital General Universitario de Valencia

**Introducción y Objetivos:** El cuidado exhaustivo y continuo es esencial para el correcto manejo del paciente oncológico. Para conseguirlo, es necesaria la atención de los pacientes en todas las fases de la evolución de la enfermedad y desarrollar programas para el cuidado de los largos supervivientes. Desde 2007, con el proyecto “Oncología más allá del hospital: Asistencia Oncológica en el Hospital General Universitario de Valencia” (CHGUV), se creó la consulta de el Oncólogo de Enlace, para la atención a los largos supervivientes en los ambulatorios pertenecientes al área 9 del Departamento de Salud dependientes del CHGUV, con los objetivos de controlar el riesgo de recidivas tardías, efectos secundarios a largo plazo y secuelas de los tratamientos y aparición de segundas neoplasias.

**Material y Métodos:** Presentamos un estudio descriptivo y retrospectivo a través de revisar los archivos médicos de pacientes valorados en el Oncólogo de Enlace en la Consulta de Largos Supervivientes, desde mayo de 2007 a Diciembre de 2017.

**Resultados:** 1544 pacientes libres de enfermedad fueron referidos a la Consulta de Largos Supervivientes, a partir de entonces se les realiza el seguimiento en los Centros Ambulatorios y más cerca de casa: 44% mama, 20% gastrointestinal, 17% ginecológico; 7% doble neoplasia, 4% pulmón y 8% otros tumores.

**Conclusión:** Con la integración de la consulta de Largos Supervivientes hemos conseguido: seguimiento estrecho de las complicaciones y secuelas de los tratamientos recibidos por los pacientes que han superado la enfermedad; mejorar el acceso y el control de los pacientes bajo tratamiento sintomático o paliativo; coordinar y facilitar el cuidado en domicilio trabajando junto a la Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD); comunicación entre los médicos de atención primaria y los oncólogos y un uso más eficiente de los recursos, favoreciendo las consultas externas del hospital para los pacientes con tratamiento activo.

## ePóster 92

### Prevalencia de delirium en pacientes ingresados en planta de oncología médica de un hospital de tercer nivel.

**Leticia López González, María Fernández González, Alba Puente García, Marta Orozco Belinchón, Raquel Ferreira**

**Alonso, Virginia De la Cruz Palomero, Germán Marcos García, Juan Carlos Torrego García, Ana María Reyes García, Álvaro Sanz Rubiales** – *HURH, Valladolid*

**Introducción y Objetivos:** Se entiende por delirium un síndrome caracterizado por la alteración del nivel de conciencia, con afectación global de la cognición y alteración de la percepción. Es de inicio brusco y su curso es fluctuante, y se debe a causa orgánica. Conocer la prevalencia de delirium en los pacientes diagnosticados de enfermedad oncológica en fase terminal que ingresan en una planta de oncología médica, ya que en nuestra área de salud no disponemos de camas hospitalarias de cuidados paliativos.

**Material y Métodos:** Estudio observacional descriptivo durante 1 año (2016-2017) de los pacientes diagnosticados de enfermedad oncológica en fase avanzada y terminal, ingresados en la planta de oncología médica del Hospital Río Hortega de Valladolid. Se recogieron las siguientes variables: diagnóstico de delirium, edad, género, ECOG, localización tumoral primaria, extensión de la enfermedad, síntomas (dolor, disnea) y mortalidad.

**Resultados:** De los 823 pacientes que ingresaron, 57% ingresaron por síntomas secundarios a progresión tumoral y 28% fallecieron durante su ingreso. Del total de los pacientes, 263 (32%) presentaron delirium. La edad media fue de 69 años y el 100% tenían enfermedad metastásica. 82% presentaban ECOG >2. La frecuencia del género masculino (72% vs. 61%) y la presencia de dolor (68% vs. 45%) fueron significativamente superiores en los pacientes con delirium que en los pacientes sin él. No se hallaron diferencias significativas respecto a la edad media y a la frecuencia de disnea. Las localizaciones tumorales primarias que presentaron frecuencias más altas de delirium fueron: cerebral (44%), páncreas y vías biliares (32%), y riñón y vías urinarias (27%).

**Conclusión:** La prevalencia de delirium en los pacientes con cáncer avanzado y terminal ingresados en nuestra planta de oncología médica fue del 32%. El delirium fue significativamente más frecuente en hombres y en pacientes con dolor. Los pacientes con tumor cerebral primario presentaron una mayor frecuencia de delirium.

**Introducción y Objetivos:** El diagnóstico de cáncer durante la adolescencia supone todo un desafío tanto en el manejo del paciente como de sus familiares, tanto por los impedimentos de la carga asistencial como por la necesidad de una formación específica. Esto puede mejorarse con la disponibilidad de unidades especializadas.

**Material y Métodos:** Observación durante una rotación externa de dos meses del funcionamiento de On Trac, una organización multidisciplinaria establecida desde 2006 dentro del Peter MacCallum Cancer Centre de Melbourne. Incorpora el Victoria/Tasmania Youth Cancer Service: un servicio ofrecido a pacientes entre 15-25 años y sus familias, en 5 grandes centros conectados a una red de más de 25 hospitales en toda Australia.

#### **Resultados:**

- Unidad específica: camas de ingreso y de hospital de día incluidas en el programa.
- Servicios Clínicos: diagnóstico y manejo de cuidados paliativos, información sobre supervivencia, manejo de las emociones, fertilidad y salud sexual, bienestar físico y nutricional, apoyo escolar y tratamientos centrados en la familia. Contacto telefónico directo disponible de lunes a viernes de 8am a 5pm.
- Reuniones semanales de todo el equipo para discutir los diferentes casos. Incluye médicos, psicólogos, musicoterapeutas, fisioterapeutas, servicios sociales, enfermería, auxiliares de enfermería y resto de personal interesado.
- Servicio de formación profesional: ofrecen educación y capacitación a profesionales de enfermería, psicología, médicos y otros profesionales de la salud para optimizar la atención oncológica en estas situaciones. Incluyen foros y seminarios, e-learning, diferentes programas y charlas.
- Servicio de consulta secundaria dirigido a profesionales: la idea es ofrecer apoyo telefónico, presencial o por videoconferencia a los profesionales encargados de estos cuidados. Se tratan temas relacionados con diagnóstico, tratamiento, enfoques clínicos, vías de derivación y orientación para el tratamiento en equipo.
- Programa de investigación y recopilación de datos: colaborando con unidades locales e internacionales se centran en el desarrollo de ensayos clínicos sobre calidad de vida, manejo conductual, experiencia del paciente y evaluación periódica del servicio de salud. Ya se han publicado más de 38 artículos.

**Conclusión:** La existencia de un equipo de profesionales de la salud cuyo objetivo sea garantizar el bienestar de pacientes jóvenes con cáncer y sus familiares es de gran ayuda. Plantearnos establecer unidades de este tipo en centros españoles parece fundamental.

#### **ePóster 93**

### **PROPUESTA DE ORGANIZACIÓN EN EL SOPORTE Y CUIDADOS DE PACIENTES JÓVENES DIAGNOSTICADOS DE CÁNCER. EXPERIENCIA EN EL PETER MACCALLUM CANCER CENTRE.**

**Cristina Sánchez Cendra** – *Hospital Universitario de Fuenlabrada*.  
**Lisa Orme, Jeremy Lewis** – *Peter MacCallum Cancer Centre (Melbourne)*.  
**Beatriz Antón Pascual** – *Hospital Universitario de Fuenlabrada*.  
**María del Carmen Pantín González, Ignacio Juez Martel, David Gutierrez Abad** – *Hospital Universitario de Fuenlabrada*

#### **ePóster 94**

### **PROTOCOLO DE BUCKMAN, DAR INFORMACIÓN EN PACIENTES CON GLIOBLASTOMA MULTIFORME.**

**Marta Nadal Delgado, Raquel Macías Montero** - *Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz*.  
**Jorge Guerrero Martín, Noelia Durán Gómez, Macarena Cáceres León** – *Facultad de Medicina. Universidad de Extremadura*.





**Introducción y Objetivos:** Utilizar el protocolo de Buckman, adecuando la información a las necesidades del paciente. La información facilita la adaptación, el bienestar emocional, disminuye la incertidumbre y posibilita la planificación. No es posible conocer lo que es lo mejor para el paciente, sin contar con sus necesidades. Se plantea la posibilidad de comunicarse con el paciente y no simplemente de informar de su situación.

**Material y Métodos:** Diseño: Pacientes con diagnóstico de Glioblastoma Multiforme en Tratamiento de uso compasivo con Bevacizumab más Irinotecan, Keppra y antidepresivo. Recogida de datos: Evaluación psicológica inicial y posterior al protocolo, con la aplicación del STAI, BDI y el Minimental. Una vez aplicado el protocolo de acogida de Buckman se evaluó la satisfacción con una escala analógica visual y preguntas descriptivas de la acogida. Esa misma evaluación se volvió a aplicar a los tres meses y a los seis. Análisis: Comparación interpacientes e intrapacientes.

**Resultados:** La evaluación de los pacientes antes del protocolo y posterior a la aplicación del protocolo, fueron similares entre ellos y mejoraron en el cuestionario del STAI y BDI y disminuyeron en el Minimental (derivado de su progresión) Los resultados en cuanto a la satisfacción del protocolo de acogida fueron muy satisfactorios en todos, desde la primera aplicación y siguientes.

**Conclusión:** Es destacable que aunque se esté trabajando con las malas noticias, éstos muestran una satisfacción emocional, disminuye su incertidumbre y genera un nivel de tranquilidad y de confianza.

**Resultados:** De 288 pacientes (184 hombres, 104 mujeres) con mediana de edad de 65 años (35-88), 94 (32,60%) recibieron quimioterapia en el último mes y 194 (67,40%) no. El intervalo entre última dosis y muerte fue 52 días (1-801). En el último mes de vida: 14 pacientes (4,90%) recibieron radioterapia, 190 (66%) visitaron Urgencias con media de visitas de 1,32 (DE 0,648; 1-4), 238 (81,60%) fueron hospitalizados, solo 2 (0,70%) ingresaron en UCI, 171 (59,40%) fueron atendidos por Cuidados Paliativos, 29 (10,10%) sufrieron procedimientos invasivos. Fallecieron en el hospital 221 pacientes (76,70%) y 67 (23,30%) en su domicilio. La causa de muerte fue cáncer en 276 pacientes (95,80%) y toxicidad en 3 casos (1%). Los pacientes con cáncer de pulmón (OR 1,58. IC 95% 1,14-2,18), los atendidos por el oncólogo 2 (OR 1,50. IC 95% 1,08-2,08), los que recibieron menos ciclos en la última línea (OR 0,78. IC 95% 0,69-0,88), los que no gozaron de una respuesta subjetiva (OR 0,42. IC 95% 0,21-0,85), los que no obtuvieron beneficio clínico (OR 0,42 IC 95% 0,18-0,96), los que visitaron Urgencias (OR 1,59. IC 95% 1,06-2,38) y los que no fueron atendidos por Cuidados Paliativos (OR 0,37. IC 95% 0,26-0,53) tuvieron más riesgo de recibir quimioterapia en el último mes de vida. En el análisis multivariante el número de ciclos (OR 0,78. IC 95% 0,68-0,89) y ser atendido por Paliativos OR 0,22. IC 95% 0,13-0,39) mantuvieron su significación estadística y el oncólogo 2, la respuesta subjetiva y la visita a Urgencias rayaron la significación.

**Conclusión:** Un tercio de los pacientes recibieron quimioterapia en el último mes de vida, con menor efectividad y peor calidad de la asistencia que los que no la recibieron.

### ePóster 95

#### Quimioterapia cerca del final de la vida: estudio de cohortes.

**Alicia Campini Bermejo, Lourdes Rodríguez Pérez, Salvador Gámez Casado, Alicia Quílez Cutillas, Julio Calvete Cadenas, María José Martínez Bautista** – Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. **Encarnación Benítez Rodríguez** – Registro Provincial del Cáncer, Cádiz. **José Manuel Baena Cañada** – Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

**Introducción y Objetivos:** La decisión más preocupante tras diagnosticar un cáncer terminal es elegir entre tratamiento activo o limitación del esfuerzo terapéutico. El objetivo del estudio fue analizar las características de la atención sanitaria en pacientes que reciben quimioterapia cerca de la muerte.

**Material y Métodos:** Se estudiaron dos cohortes retrospectivas: pacientes con cualquier cáncer en estadio IV que han y no han recibido quimioterapia en el último mes de vida.

### ePóster 96

#### REPERCUSIÓN DEL SOPORTE NUTRICIONAL PREVIO A LA CIRUGÍA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN RELACION A LAS COMPLICACIONES DE LA HERIDA QUIRÚRGICA.

**Inés Naranjo Peña, Natalia Mudarra García, Alejandro Riquelme Oliveira, Sergio Olivares Pizarro, Juan José Granizo Martínez, Ignacio Rodríguez Prieto, Raul Pérez Muñoz** – Hospital Universitario Infanta Cristina

**Introducción y Objetivos:** Realizamos un estudio para intentar demostrar que la necesidad de una evaluación y aporte nutricional en el paciente oncológico es fundamental y a su vez, que la nutrición y la cicatrización están íntimamente unidas. El objetivo principal de nuestro trabajo ha sido evaluar la efectividad de los suplementos nutricionales orales en el paciente oncológico que es sometido a tratamiento quirúrgico, revisando posteriormente las complicaciones en



## Cuidados Contínuos

herida quirúrgica y el tiempo de estancia hospitalaria tras la cirugía. Como objetivo secundario destacamos la evaluación del estado nutricional mediante score (Nutritional Risk Screening 2002) que tienen los pacientes oncológicos, previo a ser intervenidos.

**Material y Métodos:** Se trata de un ensayo clínico retrospectivo para pacientes del grupo de control, y prospectivo para el grupo de intervención. Los criterios de inclusión fueron: Paciente oncológico sometido a cirugía de aparato digestivo, con riesgo nutricional mayor o igual a 3 (NRS 2002), mayores de 18 años. Se excluyeron los pacientes con cirugía no oncológicos y los pacientes oncológicos que no sean intervenidos. Como grupo de intervención (30 sujetos) se eligieron a todos los pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica con carácter prospectivo y como grupo control (55 sujetos) los pacientes del año inmediatamente anterior al periodo prospectivo. Los pacientes de ambos grupos fueron elegidos cumpliendo los criterios de inclusión. Los pacientes del grupo de intervención recibieron soporte nutricional 15 días antes de la intervención quirúrgica y los del grupo control no recibió ningún tipo de suplemente.

**Resultados:** El NRS3 si presenta una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos ( $p < 0,003$ ), habiendo un mayor riesgo nutricional en el grupo de intervención. Los días de estancia presentan una diferencia significativa entre el grupo control y el grupo de estudio al obtener unas medianas de 8 y 6,5 respectivamente. Un 60% de pacientes del grupo control ha tenido complicaciones frente al 26,7% del grupo de estudio, lo que refleja un resultado estadísticamente significativo ( $p < 0,003$ ).

**Conclusión:** Nuestros resultados sugieren que el uso de suplementos nutricionales orales reduce de manera significativa las complicaciones posteriores a la cirugía ( $p < 0,003$ ), en 3 de cada 4 pacientes (OR= 0.24; IC 95%= (0.08 – 0.71) y en consecuencia, se detecta una reducción de la estancia hospitalaria ( $p < 0,020$ ).

de últimos días (SUD). La retención aguda de orina (RAO) es una de las causas que lo provoca, pudiendo ser fácilmente reversible. Se trata de una patología muy prevalente y poco estudiada en la literatura, siendo nuestro objetivo analizarla.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo en la Unidad de Cuidados paliativos agudos del Hospital Provincial de Toledo. Se recogieron variables de la historia clínica de los pacientes ingresados entre enero y febrero de 2018. Se excluyeron aquellos pacientes que no presentaron SUD.

**Resultados:** Los resultados son descritos en la Tabla 1. 39 pacientes (76,4% de los ingresos) presentaron SUD y fallecimiento. El 33,3% de los pacientes en SUD presentó RAO, siendo el 69,2% varones, su edad media de 78,8 años y el número medio de días de ingreso antes del fallecimiento 10,2 días. El 61,5% de los pacientes con RAO tenía globo vesical palpable, en el 30,8% existían dudas y en el 7,7% no lo había. La diuresis media en el sondaje del globo vesical fue 536 mililitros, con una media de supervivencia tras este de 3,1 días. La incidencia de RAO fue elevada en los pacientes con cáncer reno-ureteral y vesical (50% de éstos), en los pacientes con cáncer de pulmón (42,8% de éstos), y en los pacientes con cáncer metastásico (41,3% de éstos). El 53,8% de pacientes con RAO presentaban delirium, resolviendo éste en el 71,4% tras el sondaje vesical. El 100% de los pacientes con RAO estaban en tratamiento con buscapina y solo el 15,4% tenían antecedente de RAO previa.

**Conclusión:** Este estudio describe detalladamente RAO y delirium en la población de pacientes oncológicos en SUD. Se encuentran importantes asociaciones entre RAO y factores de riesgo como edad avanzada, buscapina, RAO previa, metástasis, y algunos tipos de tumores. También se describe la frecuente resolución del delirium con sondaje vesical y la corta supervivencia tras éste. Los sesgos del estudio son: unicéntrico, retrospectivo, escasa población. No existen conclusiones estadísticamente significativas al tener una  $n$  pequeña; probablemente al ampliar la muestra sí que se obtendrían estas. Los datos expuestos convierten nuestro estudio en pionero en el análisis de RAO en SUD, generan hipótesis de interés, y preparan el camino para proseguir investigando esta entidad.

## ePóster 97

## RETENCIÓN AGUDA DE ORINA Y DELIRIUM EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS.

**Miguel Borregón Rivilla, María Victoria Baeza Nadal, Alba Ramos Garrido, Irene Ramos Reguera, Elia Martínez Moreno, Katherin Martínez Barroso, Blanca Lourdes Trujillo Alba, Ruth Álvarez Cabellos, Jose Ignacio Chacón López-Muñiz, Inmaculada Raja Casillas** – Hospital Virgen Salud Toledo

**Introducción y Objetivos:** El delirium es uno de los síntomas más frecuentes en los pacientes oncológicos en situación


**RETENCIÓN AGUDA DE ORINA Y DELIRIUM EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS**

<b>VARIABLES DE HOSPITALIZACIÓN</b>		
Número de días analizados	59	
Camas de hospitalización	6	
Nuevos ingresos	51	
Nuevos pacientes ingresados cada día	0,86	
Duración media de ingreso (días)	6,9	
Reingresos	3 (5,9%)	
Pacientes en SUD	39 (76,4%)	
<b>VARIABLES EN PACIENTES QUE PRESENTARON SUD (39)</b>	<b>PACIENTES CON RAO</b>	<b>PACIENTES SIN RAO</b>
<b>VARIABLES EPIDEMIOLÓGICAS</b>		
Número de pacientes	13 (33%)	26 (66%)
Sexo (varones)	9 (69,2%)	18 (69,2%)
Edad media	78,8 (94-57)	71,5 (100-26)
Días de ingreso hospitalario	10,2 (25-3)	10,3 (32-1)
<b>VARIABLES POR TUMOR</b>		
Cáncer de próstata	1 (7,7%)	2 (7,7%)
Cáncer de pulmón	6 (46,1%)	8 (30,8%)
Cáncer colorrectal	2 (15,4%)	6 (23%)
Cáncer de páncreas y colangiocarcinoma	0	3 (11,5%)
Cáncer de estómago	0	1 (3,8%)
Cáncer reno-uretero-vesical	3 (23,1%)	3 (11,5%)
Cáncer de cabeza y cuello	1 (7,7%)	3 (11,5%)
Cáncer hematológico	1 (7,7%)	1 (3,8%)
Cáncer cerebral	0	1 (3,8%)
Melanoma	0	1 (3,8%)
Cáncer de mama	0	1 (3,8%)
Presencia de dos tumores concomitantes	1 (7,7%)	4 (15,4%)
Presencia de metástasis	12 (92,3%)	17 (65,4%)
Delirium antes del sondaje vesical	7 (53,8%)	/
Resolución de delirium tras sondaje vesical	5 (71,4%)	/
Diuresis media al sondaje vesical (mililitros)	536 (1100-300)	/
Globo vesical: Sí/Dudas/No	8 (61,5%) / 4 (30,8%) / 1 (7,7%)	/
Supervivencia desde el sondaje vesical (días)	3,1 (8-1)	/
Estaban en tratamiento con buscapina	13 (100%)	/
RAO previa	2 (15,4%)	/
<b>VARIABLE DELIRIUM (32 pacientes)</b>	<b>Sí delirium 13 (40,6%)</b>	<b>No delirium 19 (59,3%)</b>
Presencia de RAO	7 (53,8%)	6 (31,6%)
P valor (Test exacto de Fisher): 0,281		
<b>VARIABLE Ca PULMÓN</b>	<b>Sí Ca pulmón 14 (35,9%)</b>	<b>No Ca pulmón 25 (64,1%)</b>
Presencia de RAO	6 (42,8%)	7 (28%)
P valor (test exacto de Fisher): 0,482		
<b>VARIABLE Ca RENOURETERAL-VESICAL</b>	<b>Sí Ca renoureteral-vesical 6 (15,4%)</b>	<b>No Ca renoureter-vesical 33 (84,6%)</b>
Presencia de RAO	3 (50%)	10 (30,3%)
P valor (Test exacto de Fisher): 0,380		
<b>VARIABLE Ca METASTÁSTICO</b>	<b>Sí Ca metastásico 29 (74,3%)</b>	<b>No Ca metastásico 10 (25,7%)</b>
Presencia de RAO	12 (41,3%)	1 (10%)
P valor (Test exacto de Fisher): 0,120		

## ePóster 98

**Secuelas funcionales, estéticas y sexuales de los largos supervivientes de cáncer en nuestro entorno.**

**Alejandro Gallego Martínez, Beatriz Martínez Martínez, Ismael Ghanem Cañete, Enrique Espinosa Arranz, Beatriz Castelo Fernández, Pilar Zamora Auñón, Álvaro Pinto Marín, Leticia Ruiz-Giménez, Andrés Redondo Sánchez, Jaime Feliu Batle** – Hospital Universitario La Paz

**Introducción y Objetivos:** En las últimas décadas las tasas de supervivencia de los pacientes con cáncer han experimentado un incremento significativo, en base a una mejora gradual en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Sin embargo, en muchas ocasiones, conseguir el control del proceso tumoral conlleva tratamientos agresivos con secuelas a largo plazo. El objetivo de nuestro estudio fue realizar un análisis de los largos supervivientes de cáncer con la finalidad de conocer los trastornos funcionales y sexuales de esta población en nuestro medio.

**Material y Métodos:** Entre enero de 2015 y diciembre de 2016, 347 pacientes completaron un cuestionario de 54 preguntas basado en la escala QLACS (Quality of Life in Adult Cancer Survivors). Además, otro cuestionario de 63 preguntas fue rellenado, para cada paciente, por el oncólogo responsable. La información fue recopilada en una base de datos para su procesamiento estadístico (SPSS 18).

**Resultados:** La edad media al diagnóstico del cáncer fue de 56,8 años y la mediana de tiempo desde el diagnóstico hasta completar el cuestionario fue 7,1 años. 53,9% eran mujeres y 46,1% varones. El 67,1% fueron diagnosticados en estadios I y II y el 49,9% tenían como antecedente cáncer de colon o mama. El 91,8% fueron intervenidos quirúrgicamente, el 59,6% recibieron quimioterapia y el 32,3% radioterapia, el 6,9% a nivel pélvico. El 73,5% sufrió mutilaciones y alteraciones funcionales secundarias al tratamiento oncológico, de las cuales destacar: 11,5% fueron mastectomizadas, 7,8% requirieron de linfadenectomía axilar, 4% presentaban déficit funcional cervicofacial moderado/severo y 3,4% mantenían una colostomía/ileostomía permanente. Además, 20,7% continuaban con neuropatía periférica residual, con diferencias entre el cáncer de colon y de mama (OR:3,37; p=0,001). No obstante, los pacientes con cáncer de colon tuvieron una mayor actividad sexual respecto a aquellos con cáncer de recto (p=0,041) o de mama (p=0,007). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del sexo o la edad ( $\leq$  o  $>$  70 años). El 68,9% de los pacientes redujo su actividad sexual, el 18,8% debido a impotencia/ausencia de deseo sexual. El 19,6% perdieron el interés en su aspecto físico y 34,9% presentó sintomatología ansioso-depresiva.

**Conclusión:** Las secuelas locales y sistémicas del tratamiento, así como la patología psiquiátrica asociada, condiciona que más de dos tercios de los largos supervivientes de cáncer en nuestro entorno tengan disfunción sexual a largo plazo. Este trastorno fue más frecuente en los pacientes cáncer de mama y de recto, independientemente del sexo o de la edad.

## ePóster 99

**TRATAMIENTO DE LA NEUROTOXICIDAD EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA.**

**Manuela Laura Murillo Jaso, Elisa Quilez, Alexia Fernandez, Patricia Iranzo, Mara Cruellas, Maitane Ocariz, Natalia Alonso, Julio Lambea, M<sup>a</sup> Pilar Bueso, Raquel Andres** – Hospital Clínico Universitario Zaragoza

**Material y Métodos:** En pacientes con neoplasia de mama en tratamiento quimioterápico con neurotoxicidad se administra tratamiento con Nerval<sup>\*</sup>, complejo alimenticio que combina: ácido alfa-lipolítico, hidroxitirosol, L-carnosina, zinc, vitaminas del complejo B (B1, B2, B3, B5, B6, B9, B12) a dosis de 2 comprimidos de 1300 mg al día. Se realizan al inicio y al mes del tratamiento las escalas de valoración: TNSr (Total Neuropathy Score), NPS-CIN (Pain Quality Assessment Scale), EVA.

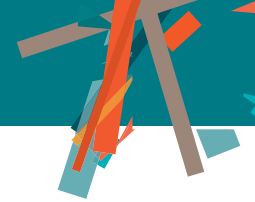
**Resultados:** Por el momento se han recogido los resultados de 7 pacientes tratadas en marzo y abril de 2018. La edad media es de 54,4 años (45-78). Cuatro de ellas (57,2%) tienen enfermedad localizada, tres (42,8%) enfermedad metastásica. Todas las pacientes han recibido ó reciben taxanos. Con la escala TNSr se obtiene un score de media al inicio de 5 (2-11). Tras un mes de tratamiento baja a 1 (1-2). La escala NPS-CIN nos da un score de media al inicio de 14 (10-18), al mes se reduce a 5 (0-12). El EVA medio de inicio es 6 (4-9), al mes de tratamiento: 3 (2-6). Solo hay una paciente que no nota mejoría

**Conclusión:** El tratamiento con Nerval<sup>\*</sup> puede ser eficaz en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en tratamiento quimioterápico con neurotoxicidad.

## ePóster 100

**Tratamiento oncológico activo o cuidados paliativos al final de la vida. ¿Cumplimos nuestras recomendaciones?.**

**Raquel Gómez Bravo, Juan Cristóbal Sánchez González, Ana Morito Aguilar** – Oncología Médica. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda. **Ana Royuela Vicente** – Bioestadística. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda. **Alberto Ruano Raviña** – Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Santiago de Compostela. **Beatriz Nuñez García** – Oncología Médica. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda. **Teresa Tojar Grisolia** – Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda. **Juan Luis Cruz Bermúdez** – Unidad de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda. **Virginia Calvo De Juan, Mariano Provencio Pulla** – Oncología Médica. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda.



**Introducción y Objetivos:** La Sociedad Española de Oncología Médica considera un objetivo prioritario garantizar el control de síntomas y alivio del sufrimiento al final de la vida. Las Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) pretenden ayudar a cumplir dicho objetivo. Sin embargo, el tratamiento activo de los pacientes con cáncer sigue predominando sobre los cuidados paliativos en los últimos meses de vida, con un beneficio incierto. Se pretende describir el uso de tratamientos activos y la asistencia por UCP en los últimos 6 meses de vida en pacientes oncológicos atendidos en nuestro hospital.

**Material y Métodos:** Estudio observacional retrospectivo en pacientes valorados en Oncología Médica del Hospital Puerta de Hierro entre 2014 y 2015, fallecidos antes del 1 de enero de 2018. Se revisaron los tratamientos recibidos en los últimos 6 meses de vida, las valoraciones por UCP y el lugar de defunción clasificado como HUPDH, domicilio u hospital de cuidados paliativos (HCP).

**Resultados:** Se incluyeron 622 pacientes (36% mujeres), con una edad mediana de 69 años (RIQ 61-76), 89% en estadio IV. En los últimos 6 meses de vida, el 59% de los pacientes recibieron quimioterapia (QT), un 26% radioterapia (RT) y un 8% fueron intervenidos quirúrgicamente. La mediana de tiempo desde la última QT y RT a la muerte fue de 39 (RIQ 23-75) y 57 días (RIQ 21-100) respectivamente. El 25% recibieron QT 23 días antes de fallecer. El 28% no fueron evaluados por UCP. El 46% fueron evaluados por primera vez durante un ingreso. La mediana de seguimiento por UCP fue de 29 días (RIQ 11-64). En los pacientes seguidos más de 30 días por UCP se observa una frecuencia de defunción en domicilio del 36%, en HCP 37% y en HUPDH 27%. Para aquellos seguidos menos de 30 días, 19%, 36% y 45% respectivamente ( $p < 0.001$ ).

**Conclusión:** Nuestra revisión refleja la necesidad de incrementar la accesibilidad de los pacientes a UCP y seleccionar mejor a los pacientes que reciben tratamiento activo para la enfermedad avanzada. Un porcentaje importante no es valorado por UCP y cuando lo es, el tiempo de seguimiento es en ocasiones escaso. La asociación entre el tiempo de seguimiento por UCP y el lugar de defunción apoyan la eficiencia en la consecución de una muerte digna y en la reducción de costes.

**Introducción y Objetivos:** La elevada tasa de coexistencia entre Cáncer de pulmón y la Tuberculosis se ha descrito en estudios previos. En los pacientes oncológicos existe una predisposición a la reactivación de la enfermedad tuberculosa latente. El objetivo de este estudio es poner en relevancia la importancia de la detección de dicha enfermedad tuberculosa latente y evitar reactivaciones que ensombrezcan el pronóstico de nuestros pacientes.

**Material y Métodos:** Pacientes con reciente diagnóstico de cáncer de pulmón sin tratamiento oncológico previo eran incluidos entre octubre- diciembre de 2015 y octubre-diciembre 2016). Se les extraía una muestra de esputo donde se determinaba la presencia de Mycobacterium tuberculosis y un análisis de sangre donde se analizaba el valor del Quantiferon para descartar la presencia de enfermedad latente. Se eligió esta técnica en vez del PPD (Mantoux) para evitar falsos positivos por vacunación previa (alto porcentaje de pacientes vacunados en nuestra población). Se analizaron características demográficas y factores asociados al tumor en dichos pacientes.

**Resultados:** Se incluyeron 67 pacientes con una media de edad de 64 años siendo 10 (15%) mujeres y 58 (85%) varones. La histología más frecuentes fue Adenocarcinoma pulmonar en el 50% (n=34), 23% (n=16) carcinoma epidermoide y microcítico en el 26% (n= 18). El estadio al diagnóstico fue IV en el 71% (n=53) y III en el 29% (n=20). Estos pacientes procedían de áreas urbanas en el 16% de los casos y rurales en el 83% con antecedentes de tabaquismo en el 82% (n=56). El 79,4% (n= 54) de los pacientes recibieron quimioterapia y el 16% (n= 11) inmunoterapia con Nivolumab. Entre estos pacientes el 23 % (n=16) tenían resultado positivo en prueba de Quantiferon y un 65% (n=44) negativo con un 12% (n=8) de casos indeterminados. Sólo de los pacientes positivos el 60% recibieron quimioprofilaxis con Isoniazida, siendo la causa más frecuente de no recibirla el deterioro del estado general.

**Conclusión:** Casi la cuarta parte de estos pacientes con reciente diagnóstico de Cáncer de pulmón presentan enfermedad tuberculosa latente en Toledo, España. Estos datos animan a pensar que quizás sea recomendable llevar a cabo este despistaje sobretodo en países con tuberculosis endémica antes de ser sometidos a tratamientos oncológicos, lo cual en la era de la inmunoterapia es posible que cobre mayor importancia.

### ePóster 101

## TUBERCULOSIS LATENTE EN PACIENTES CON RECIENTE DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PULMÓN. ¿DEBEMOS HACER DETECCIÓN SISTEMÁTICA?

Elia Martínez Moreno, Antonio Irigoyen Medina, Katherin Aly Martínez Moreno, Miguel Borregon Rivilla, Carmen Esteban Esteban, Ruth Álvarez Cabellos, Jesús Andrade Santiago, Irene Ramos, Alba Ramos, José Ignacio Chacón López-Muñiz – Hospital Virgen de la Salud. Toledo

### ePóster 102

## USO DE ANTIMICROBIANOS AL FINAL DE LA VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS.

Mara Cruellas Lapeña, Andrea Sesma Goñi, Maitane Ocariz Diez, Natalia Alonso Marin, Patricia Iranzo Gómez, Alexia Fernández Ruiz, Elisa Quilez Bielsa, Marta Gascón Ruiz, María Luisa de la Rica, José Ramón Paño Pardo – Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

**Introducción y Objetivos:** Las infecciones son las complicaciones agudas más comunes en los enfermos terminales y las indicaciones de antibioterapia en este contexto no están claras. Queremos describir el uso de antibióticos en la etapa final de la vida en pacientes hospitalizados con cáncer y analizar su relación con las características de la enfermedad oncológica, el estado funcional y la probabilidad de alta al ingreso.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de 100 pacientes consecutivos fallecidos en una planta de Oncología médica entre mayo y diciembre de 2017. Se evaluó el porcentaje de pacientes que recibieron tratamiento antibiótico durante el ingreso y el tiempo transcurrido entre la última dosis y el exitus. Se analizaron las características demográficas, clínicas y microbiológicas. Se dividió a los pacientes en dos grupos: los que habían recibido tratamiento antibiótico los últimos tres días antes del fallecimiento y los que lo habían finalizado anteriormente. Se analizó la relación entre el uso de antibióticos y la situación oncológica, si el paciente recibía tratamiento oncológico, el estado funcional medido con la escala ECOG y la probabilidad de alta al ingreso. Se utilizó el test estadístico Chi cuadrado de Pearson.

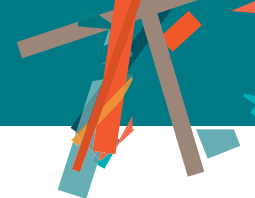
**Resultados:** La edad media fue de 65.45 años y el 45 % eran mujeres. El 58% recibieron tratamiento antibiótico. El 23% de los pacientes presentaban un ECOG menor de 2, el 64% igual o mayor de 2 y en el 13% de los casos no se pudo determinar. El 53% de los pacientes recibían tratamiento oncológico. En cuanto a la situación oncológica, el 66% presentaban progresión de la enfermedad mientras que el 12% tenía enfermedad controlada (respuesta parcial/completa o estabilidad); en el 22% de los casos no se había realizado reevaluación. En el 72% de los pacientes la probabilidad de alta al ingreso era baja. Se observó relación marginalmente significativa entre el uso de antibióticos en los tres últimos días de vida ( $p=0.055$ ) y la situación de la enfermedad oncológica.

**Conclusión:** Concluimos que la administración de tratamiento antibiótico los tres días previos al fallecimiento puede estar relacionada con la situación de la enfermedad oncológica. Se trata de un estudio retrospectivo con una muestra de pacientes pequeña y son necesarios estudios prospectivos posteriores.

#### Estudio de las características demográficas, oncológicas y microbiológicas

Edad	65,45
<b>Sexo</b>	
Varones	55%
Mujeres	45%
<b>ECOG</b>	
Menor de 2	23%
Mayor o igual a 2	64%
Indeterminado	13%
<b>Situación oncológica</b>	
Controlada	12%
En progresión	66%
Sin reevaluación	22%
<b>Tratamiento oncológico activo</b>	
Si	53%
No	47%
<b>Localización tumor primario</b>	
Pulmón	39%
Colorrectal	10%
Mama	10%
Gástrico	10%
<b>Foco infeccioso de sospecha</b>	
Respiratorio	27%
Abdominal	18%
Urinario	4%
<b>Probabilidad de alta al ingreso</b>	
Alta	72%
Baja	28%
<b>Antibióticos durante el ingreso</b>	
Si	58%
Antibióticos últimos 3 días	63,8% (37/58)
Antibióticos previamente	36,2% (21/58)
No	42%

Tabla 1. Variables demográficas, oncológicas y microbiológicas de la muestra estudiada.



## ePóster 103

## VALORACIÓN DE DOLOR DURANTE UN DÍA DE CONSULTAS EN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA. IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO DE SOPORTE.

**Beatriz Losada Vila, Laura Rodríguez Lajusticia, Diego Malón Giménez, Ignacio Juez Martel, David Gutiérrez Abad, Carmen Pantín González, Beatriz Antón Pascual, Javier De la Rubia Maestu, María Victoria De Torres Olombrada, Juan Antonio Guerra Martínez** – Hospital Universitario de Fuenlabrada

**Introducción y Objetivos:** El dolor aparece en un 70% de los pacientes con cáncer metastásico, en los que hasta en un 30-40% el dolor no está bien controlado por ineficacia de la prescripción, falta de tiempo y escasa comunicación. Nuestro objetivo es reflejar cómo valoramos el dolor en un ejemplo de un día aleatorio a pacientes que acuden al Hospital de Día.

**Material y Métodos:** Analizar el número de pacientes que acuden a Consultas Externas de Oncología del Hospital Universitario de Fuenlabrada y reflejar en cuántos de ellos se recoge la presencia de dolor y el tratamiento.

**Resultados:** 42 pacientes acuden en un día aleatorio. De ellos, 15 (35.7%) están diagnosticados de un cáncer de mama, 13 colon (31%), 4 uroteliales (9.5%), 2 renal (4.8%), próstata, páncreas

y esófago respectivamente seguido de 1 melanoma y orofaringe (2.4%). De ellos, 31 (73.8%) son metastásicos, mientras que los 11 (26.2%) restantes reciben tratamiento en un escenario neoadyuvante o adyuvante, con intención curativa. Dentro de los pacientes con enfermedad avanzada, un 51.6% reciben una primera línea de quimioterapia, seguido de un 29% en segunda línea y un 19.4% en tercera línea o sucesivas. Del total de pacientes, en 32 de ellos (76.2%) el paciente no refiere dolor. Tan solo en 10 pacientes (23.8%) se recoge en la anamnesis la presencia de dolor. De ellos, todos menos 1 tienen enfermedad metastásica (ósea, hepática). 5/10 (50%) son mujeres diagnosticadas de cáncer de mama (4/5 enfermedad ósea, 1/5 en tratamiento adyuvante), que reciben tratamiento con tramadol, oxicodona/naloxona, pregabalina y en un caso dexametasona por afectación hepática. Una de ellas presenta regular control analgésico, por lo que dado que el próximo ciclo sería en tres semanas, se adelanta la cita. 3/10 (30%) son tumores uroteliales en tratamiento con morfina, pregabalina y corticoterapia. En 1/10 (10%) se trata de un tumor de esófago que refiere dificultad deglutoria (oxicodona/naloxona), mientras que el 10% restante es otro paciente con cáncer de páncreas y episodios de dolor irruptivo (fentanilo). Ninguno de estos pacientes acude en los días consecutivos a Urgencias por dolor

**Conclusión:** -En casi un 25% de los pacientes que acuden a Consultas se refleja la presencia de dolor, controlándose en todos ellos por parte del Oncólogo y sin visitas posteriores a Urgencias, adelantándose la revisión en caso de mal control. -El manejo analgésico incluye morfina, coadyuvantes y fármacos para dolor irruptivo. -Un buen manejo analgésico y comunicación con Atención Primaria, evita visitas a Urgencias en pacientes paliativos.



## GENITOURINARIO

## ePóster 104

**ANÁLISIS DE LA INMUNOTERAPIA FRENTE A LAS MOLÉCULAS DIANA EN SEGUNDA LINEA DE CARCINOMA RENAL METASTÁSICO.**

**José Balsalobre Yago, Elena Conesa Nicolás, María José Martínez Ortíz, Iris Muñoz García, Ana Checa Soriano, Amelia Chica Marchal, Alice Viney, María Isabel Luengo Alcázar, Pablo Cerezuela Fuente, Mónica Martínez Penella** - H. Universitario Santa Lucía. Cartagena

**Introducción y Objetivos:** En la actualidad disponemos de varios tipos fármacos para su uso en segundas líneas de carcinoma renal metastásico. Este estudio tiene como objetivo comparar la efectividad y seguridad de las moléculas diana frente a Nivolumab como tratamiento de segunda línea en pacientes con carcinoma renal metastásico.

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo observacional retrospectivo desde marzo de 2013 hasta marzo de 2018 donde se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de carcinoma renal metastásico que hubieran progresado a una primera línea de tratamiento. Se han clasificado en dos grupos: pacientes tratados Sunitinib, Sorafenib, Pazopanib, Axitinib o Everolimus (Grupo 1) y pacientes tratados con Nivolumab (Grupo 2).

**Resultados:** Se incluyeron un total de 16 pacientes, de los cuales 12 pertenecían al Grupo 1 y otros 4 al Grupo 2. La

mediana de edad fue 59 años [41-79 años] en el Grupo 1 vs 62 años [52 -74 años] en el Grupo 2. Todos los pacientes habían sido tratados en primera línea con Pazopanib o Sunitinib. El número de localizaciones metastásicas en el Grupo 1 estaban localizadas en pulmón (n=8), cerebro (n=1), hueso (n=2), glándula suprarrenal (n=2), páncreas (n=1), hígado (n=3), retroperitoneo (n=5), mediastino (n=2) pleura (n=2). Todos los pacientes del Grupo 2 presentaban enfermedad pulmonar y retroperitoneal. En el Grupo 1 fue necesario reducción de dosis e interrupción temporal del tratamiento en 5 pacientes. Las causas principales fueron: toxicidad gastrointestinal grado III (n=2), hiporexia grado III (n=1), candidiasis orofaríngea (n=1), hepatotoxicidad (n=1). Respecto a efectos adversos grado 3 - 4 en el Grupo 1 fueron: leucoencefalopatía posterior reversible (n=1), astenia (n=2), hiporexia (n=2), anemia(n=1), hepatotoxicidad (n=1). En el Grupo 2 no fue necesario interrumpir tratamiento por toxicidad ni se obtuvieron toxicidades grado III/IV. La mediana de supervivencia libre de progresión (SLP) en el Grupo 1 fue 2,8 meses (IC 95% 0,72-15,58) y en el Grupo 2 fue 5,7 meses (IC 95% -18-30,16).

**Conclusión:** En nuestra experiencia Nivolumab ha presentado un mejor perfil de tolerancia frente al resto de tratamientos, no obteniendo ninguna toxicidad importante ni siendo precisa la suspensión temporal del tratamiento. Respecto a la mediana de SLP Nivolumab duplica el periodo frente al resto de fármacos (2,8 vs 5,7 meses). Ante estos datos se evidencia que Nivolumab es una buena alternativa de segunda línea en pacientes en progresión a Sunitinib o Pazopanib.

## ePóster 105

**ATLAS: Ensayo clínico de fase 2, abierto, de rucaparib en pacientes con carcinoma urotelial localmente avanzado o metastásico.**

**Alejo Rodríguez-Vida** – Hospital del Mar. **Daniel Castellano** – Hospital Universitario 12 de Octubre. **Lucrecia Echeverría** – MD Anderson Cancer Center – Madrid. **José Pablo Maroto Rey** – Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. **Rafael Morales-Barrera** – Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Vall d'Hebron Institute of Oncology, Universitat Autònoma de Barcelona. **José Luis Pérez Gracia** – Universidad de Navarra – Clínica Universitaria de Navarra. **Dale Nepert** – Clovis Oncology, Inc. **Petros Grivas** – University of Washington. **Simon Chowdhury** – Guy's Hospital and Sarah Cannon Research Institute

**Introducción y Objetivos:** En muchos países no existe un tratamiento estándar para pacientes con carcinoma urotelial metastásico en progresión tras quimioterapia basada en platino (cisplatino o carboplatino) y/o inhibidores de "immune checkpoint". Los datos sobre cáncer de vejiga obtenidos por "The Cancer Genome Atlas" sugieren que ≈60% de tumores uroteliales presentan alteraciones en el proceso de recombinación homóloga, identificado por la presencia de alguna mutación deletérea en un gen de la vía de recombinación homóloga o por una pérdida de heterocigosidad. Los inhibidores de poli-ADP-ribosa polimerasa (PARP) han demostrado actividad clínica y están aprobados en otra indicación para tumores con alteraciones en el proceso de recombinación homóloga. El ensayo ATLAS (NCT03397394) evalúa la eficacia y seguridad del inhibidor de PARP, rucaparib, en pacientes con carcinoma urotelial localmente avanzado (irreseccable) o metastásico, previamente tratados con quimioterapia basada en platino y/o inhibidores de immune checkpoint.

**Material y Métodos:** Los pacientes candidatos deben haber recibido 1–2 líneas previas de tratamiento estándar (quimioterapia con platino y/o inhibidores de immune checkpoint), presentar progresión radiológica, enfermedad medible (según RECIST v1.1) y una función orgánica adecuada. No se precisa de una valoración del grado de deficiencia de recombinación homóloga previo al reclutamiento, pero sí se requiere de una muestra fresca de tejido tumoral o una biopsia reciente para establecer el perfil molecular de las vías de recombinación homóloga. El tratamiento previo con inhibidores de PARP no está permitido. Todos los pacientes recibirán rucaparib en monoterapia (600 mg/12h) hasta progresión u otro motivo para la suspensión. Los objetivos co-primarios del estudio son la tasa de respuesta objetiva (evaluada por el investigador según RECIST v1.1) tanto en la población con deficiencia en el proceso de recombinación homóloga (firma genómica basada en la pérdida de heterocigosidad en el tumor) como en la población por intención de tratar. Los objetivos secundarios incluyen duración de respuesta, supervivencia libre de progresión, supervivencia global, seguridad y farmacocinética. Los objetivos exploratorios incluyen la evaluación de biomarcadores moleculares asociados a respuesta y resistencia a rucaparib en muestras plasmáticas y tumorales.

**Resultados:** ATLAS prevé reclutar hasta 200 pacientes en 6 países, incluido España.

**Conclusión:** ATLAS permitirá valorar la eficacia y seguridad de rucaparib en pacientes con carcinoma urotelial localmente avanzado o metastásico previamente tratado.

## ePóster 106

**Cancer de vejiga musculoinvasivo, ¿Neoadyuvancia o cistectomía radical inicial?. Estudio retrospectivo de practica clínica con datos de eficacia.**

**Ana Godoy Ortiz** – Unidad Oncología Intercentros Hospitales Universitarios Virgen de la Victoria y Regional de Málaga. **Isabel Aragon Cortés** – Unidad CNIO-IBIMA de Investigación Clínica en Tumores Genitourinarios. **Maribel Saez Medina, Alvaro Montesa Pino, Emilio Alba Conejo** – Unidad Oncología Intercentros Hospitales Universitarios Virgen de la Victoria y Regional de Málaga

**Introducción y Objetivos:** QT neoadyuvante (NAC) seguida de cistectomía radical (CR), estándar para el carcinoma vejiga musculoinvasivo (CVMI) con beneficio en supervivencia 5-10% frente a CR. En estudios prospectivos, MVAC toxicidad G3/4 37% con detrimento en SG (HR 2,71,  $p < 0.001$ ). Gemcitabina-cisplatino, aunque bien tolerado, también asocia toxicidad G3/4 (2-27%). La identificación de variables clínico-patológicas que pudieran predecir respuesta favorable a NAC permitiría un enfoque más selectivo, especialmente si sugieren una mayor tolerabilidad. Nuestro objetivo ha sido analizar pacientes (pts) tratados con NAC seguido de CR y con CR inicial (CRI), para identificar características basales eficientes para la decisión terapéutica y, en última instancia reducir morbilidad y mejorar resultados en supervivencia del CVMI.

**Material y Métodos:** Evaluación retrospectiva de pts tratados entre junio'00-diciembre'17, diagnóstico CVMI cT2 tras RTU y estudio extensión negativo, tratados con CRI o NAC seguida de CR. Se excluyeron pts con RT radical, cistectomía parcial e histologías adenocarcinoma o neuroendocrina. Los pts en NAC se estratificaron según respuesta completa (ypT0/is, pN0), parcial ( $\leq pT2$ ) y ausencia respuesta ( $> pT2$  y/o N+). Los pts con CRI, en enfermedad confinada ( $\leq pT2$ ) y extravesical ( $> pT2$  y/o N+). Tto NAC se consideró incompleto por retrasos, suspensión o reducción de dosis. Todos los análisis estadísticos fueron realizados mediante SPSS, v25.

**Resultados:** Se incluyeron 79 pts: 52 en NAC y 27 en CRI. Variables clínico-patológicas y demográficas en tabla 1. Con una mediana de seguimiento de 2,1 años, mediana SG NAC no alcanzada vs 27,3 meses CRI (IC 95% 15,5 – 39,1; HR 0,49,  $p = 0,063$ ). La mediana SLP 2a 36% en el grupo CRI vs 83,2% en NAC ( $p = 0,002$ ). Se observa tendencia a mayor SG y SLP en NAC con RC/RP frente a NR, sin significación estadística para SG ( $p = 0,092$ ), sí para SLP ( $p = 0,017$ ). Sin diferencias en SG entre NAC con NR y CRI con enfermedad extravesical ( $p = 0,807$ ). Datos de seguridad, serán recogidos para un análisis posterior y relación con resultados de eficacia.

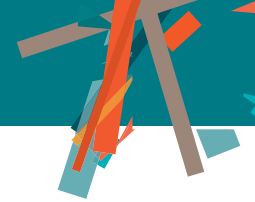
**Conclusión:** Se identifican características clínico-patológicas predictoras de respuesta patológica a NAC y factores pts-específicos asociados con mayor probabilidad de completar tratamiento. Los datos de eficacia aportados, se asemejan a los publicados: mejor supervivencia con NAC, pero sin poder correlacionar ese beneficio en nuestra serie con la tasa de respuesta completa.

Variables	Adyuvancia (n=27)				Neoadyuvancia (n=52)					P-value (NAC vs CR)
	EOC	EEV	Total	p-value	NR	RP	RC	Total	p-value	
<b>Pacientes, % (n)</b>	7,4 (2)	92,6 (25)	27		20,3 (16)	16,5 (13)	29,1 (23)	52		
<b>Edad, años</b>	54,2 ± 11,7	65,7 ± 8,7	66,2 ± 9	0,091	62,13 ± 6,24	63,9 ± 6,24	66,4 ± 6,18	65,15 ± 6	0,083	
<b>Sexo, %</b>										
Mujer	50	24	25,9	0,419	18,8	23	4,3	13,5	0,070	0,169
<b>Tabaquismo % (n)</b>	50 (1)	84 (21)	81,5	0,234	93,8 (15)	92,3 (12)	95,2 (22)	94,2	0,885	0,151
<b>Creatinina basal, mg/dl</b>	1,03 ± 0,24	1,32 ± 0,57	1,10 ± 0,56	0,486	1,07 ± 0,28	0,95 ± 0,24	0,88 ± 0,19	0,90 ± 0,24	0,054	0,005
<b>Comorbilidad, % (n)</b>										
HTA	0	36	33	0,299	37,5	38,5	47,8	42,3	0,674	0,438
DM2	50	50	22,2	0,326	6,3	7,7	26,1	15,4	0,280	0,450
DL	0	8	7,4	0,678	12,5	23,1	21,7	19,2	0,665	0,165
EPOC/SAOS	0	8	7,4	0,678	12,6	30,8	25,1	23,2	0,648	0,261
IAM	0	8	7,4	0,678	6,3	7,7	13	9,6	0,582	0,743
<b>Estadío clínico, % (n)</b>										
cT3	0	4 (1)	3,7	NA	12,5 (2)	23,1 (3)	13 (3)	15,4	NA	NA
cT4	0	12 (3)	11,1		25 (3)	15,4 (2)	4,3 (1)	13,5		
cN+	0	4 (1)	3,7		0	7,7 (1)	8,7 (2)	5,8		
<b>ECOG, %</b>										
0	0	32	29,6	0,421	68,8	53,8	65,2	63,5	0,751	0,001
1	100	52	55,6		31,3	46,2	34,8	36,5		
2	0	16	14,8		0	0	0	0		
<b>Intervalo diagnóstico-NAC, días</b>	NA	NA	NA	NA	63,9 ± 29	50,6 ± 18	63,3 ± 27	60,1 ± 26	0,367	NA
<b>Intervalo fin NAC-CR, días</b>	NA	NA	NA	NA	47,9 ± 14	52,5 ± 26	44,2 ± 9	47,6 ± 16	0,565	NA
<b>Intervalo diagnóstico-CR, días</b>	40 ± 12	59 ± 38	58,3 ± 37	< 0,001	153,3 ± 28	140,2 ± 104	152,9 ± 27	158,7 ± 58	0,627	NA
<b>Hidronefrosis, %</b>	0	40	37	0,260	18,8	23,1	8,7	15,4	0,696	0,030
<b>Histología, %</b>										
Urotelial	100	68	70,4	0,823	75	61,5	73,9	71,2	0,378	0,573
Escamoso	0	24	22,2		18,8	15,4	8,7	13,5		
Sarcomatoide	0	4	3,7		6,3	7,7	0	1,9		
Micropapilar	0	4	3,7		0	15,4	13	9,6		
Glandular	0	0	0		6,3	0	4,3	3,8		
<b>Carcinoma in situ, %</b>	50	16	18,5	0,234	25	7,7	4,3	11,5	0,128	0,395
<b>IV, %</b>	50	24	25,9	0,419	53,3	7,7	4,3	19,2	< 0,001	0,520
<b>IL, %</b>	50	20	22,2	0,326	33,3	15,4	0	13,5	0,018	0,338
<b>IPN, %</b>	0	4	3,7	0,773	53,3	7,7	0	17,3	< 0,001	0,080
<b>NAC régimen, %</b>										
Cisplatino-gem	NA	NA	NA	NA	93,8	100	100			NA
Carboplatino-gem					6,3	0	0		0,318	
Tto incompleto					18,8	15,4	39,1	26,9	0,244	
<b>Final pN+, %</b>	0	55,5	62,9	0,159	37,5	7,7	0	13,5	0,011	< 0,001
<b>Adyuvancia, % (n)</b>										
Cisplatino-gem	0	48 (12)	60		NA	NA	NA	NA	NA	NA
Otros	0	12 (3)								

Datos presentados como % (n), media +/- error estándar, o %.

Abreviaturas: EOC = enfermedad órgano-confinada; EEV = enfermedad extravesical; NR = ausencia de respuesta; RP = respuesta parcial; RC = respuesta completa; NAC = QT neoadyuvante; CR = cistectomía radical, NA = no aplicable.

Características clínico-patológicas y demográficas basales



## ePóster 107

### Cinética del antígeno prostático específico (PSA) como marcador precoz de la eficacia de acetato de abiraterona (AA) en pacientes (p) con cáncer de próstata metastásico resistente a la castración (mCRPC).

**Sofía España** – ICO Badalona. **Josep Maria Piulats** – ICO-L'Hospitalet. **Nuria Sala** – ICO Girona. **Jose Maria Velarde** – Institut Germans Trias i Pujol. **Ulises Ferrandiz, Olatz Etxanitz** – ICO Badalona. **Lucia Heras** – ICO-Consorcio Sanitario Integral. **Pilar Barretina** – ICO Girona. **Francesc Xavier Garcia del Muro** – ICO-L'Hospitalet. **Albert Font** – ICO Badalona

**Introducción y Objetivos:** Diversos estudios han sugerido una asociación entre la cinética del PSA y la eficacia del tratamiento con AA. Con el fin de identificar factores asociados con la eficacia a AA, analizamos diferentes variables clínico-patológicas y analíticas y su relación con la supervivencia global (SG) en p con mCRPC tratado con AA después de la progresión a docetaxel.

**Material y Métodos:** Se incluyeron 104 p con mCRPC tratados entre agosto de 2011 y octubre 2014 con AA más prednisona tras progresión a docetaxel en tres centros del Institut Català d'Oncologia. Todos los p realizaron controles mensuales de niveles de PSA y otros parámetros hematológicos. Se ha realizado un análisis de Cox multivariante para explorar la asociación de las características basales y los parámetros de PSA con la SG.

**Resultados:** Mediana de SG fue de 16,4 meses (m) y la mediana de duración del tratamiento fue de 7,54 m. En el análisis univariante, 14 factores se asociaron significativamente con la SG: ECOG PS, localización de las metástasis, hemoglobina, fosfatasa alcalina, lactato deshidrogenasa (LDH), niveles basales de PSA (clasificados por terciles), ratio neutrófilos – linfocitos (NLR), intervalo entre el final de docetaxel e inicio de AA, respuesta precoz de PSA (disminución > 30% en la semana 4), nadir de PSA, tiempo hasta el nadir de PSA, disminución de PSA > 50%, niveles de PSA al final del tratamiento y tiempo de duplicación de PSA (PSADT) al final del tratamiento. El análisis multivariante identificó la afectación metastásica limitada a ganglios linfáticos (P = 0.016), NLR <4 (P = 0.038), niveles basales de PSA 1.5 m (P <0.001) como marcadores independientes asociados a una mayor SG.

**Conclusión:** Los resultados sugieren una asociación entre la cinética del PSA con la eficacia del tratamiento con AA. En conjunto con otros factores, podrían ayudar a identificar de manera precoz a pacientes que no se benefician del tratamiento con AA y, por tanto, serían tributarios a considerar otras alternativas terapéuticas.

## ePóster 108

### EFICACIA DE LOS TAXANOS EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO CASTRACIÓN RESISTENTE (mCRCP) TRAS FALLO A ABIRATERONA (AA) Y/O ENZALUTAMIDA.

**María Emilia Domínguez Recio, Marta Robles Lasarte, Laura Gálvez Carvajal** – Unidad de Gestión Clínica Intercentros de Oncología Médica. Hospitales Universitarios Regional y Virgen de la Victoria. Málaga. **Ignacio Moreno Pérez** – Unidad de Investigación CNIO-IBIMA. **Catherine Ithurbisquy, Javier Baena** – Unidad de Gestión Clínica Intercentros de Oncología Médica. Hospitales Universitarios Regional y Virgen de la Victoria. Málaga. **David Olmos** – Unidad de Investigación CNIO-IBIMA. **Maria Isabel Saez Medina** – Unidad de Gestión Clínica Intercentros de Oncología Médica. Hospitales Universitarios Regional y Virgen de la Victoria. Málaga

**Introducción y Objetivos:** Tras la introducción de agentes terapéuticos hormonales como Acetato de Abiraterona (AA) y Enzalutamida que han mejorado la supervivencia global en el escenario del cáncer de próstata metastásico resistente a la castración (mCRCP), continuamos sin tener datos maduros sobre cuál es la secuencia terapéutica óptima y si la respuesta a taxanos se sigue manteniendo tras el tratamiento con AA o Enzalutamida. Nuestro objetivo ha sido evaluar los resultados de eficacia de taxanos tras el uso de AA o Enzalutamida y las características clínicas de los pacientes de nuestro centro.

**Material y Métodos:** Se trata de un análisis retrospectivo de una serie de 34 pacientes con el diagnóstico de mCRCP en la unidad multidisciplinar de tumores de genitourinario de IBIMA, tratados con taxanos en enfermedad castración resistente, incluidos aquellos pacientes que fueron tratados con esquema CHARTED. Para ello hemos utilizado software SPSS versión 20.

**Resultados:** La mediana de edad fue 71 años, con Gleason  $\geq 8$  en el 56% de los pacientes. Tras una mediana de seguimiento de 13.3 meses (desde el inicio del primer taxano), la mediana de supervivencia libre de progresión fue de 6.6 meses. Sólo el 21% tenían metástasis viscerales. El 73.5% fueron tratados con Docetaxel y el resto con Cabazitaxel. La mediana del número de ciclos recibidos fue de 6 con una mediana de intensidad de dosis del 60%. La mediana de tiempo de progresión a la hormonoterapia fue de 8.4 meses. Se estratificaron los pacientes según la duración de respuesta a hormonoterapia previa en menos de 6 meses desde el inicio o mayor de 6 meses. La mediana de supervivencia global de los que la duración fue menor de 6 meses fue de 6.5 meses (IC 0-22.6) vs 13 meses (IC 9.3-16.7). La mediana de supervivencia libre de progresión fue de 4.9 meses (IC 2.3-7.4) vs 6.7 meses (IC 5-8.4).

**Conclusión:** Nuestro estudio sugiere que los pacientes que han tenido una respuesta prolongada a la hormonoterapia (en nuestro caso mayor de 6 meses), pueden beneficiarse de una línea posterior con taxanos. Existen resultados contradictorios en la secuencia terapéutica en este escenario en la literatura, por tanto necesitamos estudios prospectivos para optimizar la elección del tratamiento según las características del paciente.

## ePóster 109

### Estudio fase Ib de avelumab junto con carboplatino en pacientes con cáncer de próstata metastásico resistente a la castración en progresión tras como mínimo una línea de quimioterapia y una línea de nuevos agentes dirigidos contra la vía de señal del receptor androgénico.

**Alejo Rodríguez-Vida, Álvaro Taus, Laia Cano, Susana Galtés, Núria Juanpere** – Hospital del Mar. **Sonia Maciá** – PIVOTAL. **Josep Lloreta, Joan Albanell, Joaquim Bellmunt** – Hospital del Mar

**Introducción y Objetivos:** El tratamiento del cáncer de próstata metastásico resistente a la castración (mCRPC) ha evolucionado con la aprobación de varios fármacos que mejoran la supervivencia global. Sin embargo, a pesar de una respuesta inicial, la mayoría de los pacientes experimentan progresión de enfermedad. Recientemente se han aprobado varios inhibidores de la vía de PD-1 en algunos tumores sólidos. Sin embargo, su uso en mCRPC todavía está en una fase muy temprana de desarrollo. El objetivo de este estudio es evaluar la seguridad y eficacia de la combinación de carboplatino con avelumab en pacientes con mCRPC. Las aberraciones genómicas son frecuentes en CRPC, especialmente en casos avanzados. Al seleccionar a pacientes pretratados, enriqueceremos la cantidad de dichas aberraciones (como la alta carga de mutaciones o las mutaciones DDR) que posiblemente incrementen la probabilidad de respuesta a avelumab. Se ha demostrado que la quimioterapia induce la muerte inmunomediada de células tumorales, la liberación de antígenos tumorales y la estimulación del sistema inmunitario. Hipotetizamos que esta "autovacunación" podría potenciarse con la adición de inmunoterapia, como avelumab.

**Material y Métodos:** Estudio fase Ib, abierto, de brazo único en pacientes con mCRPC que han progresado tras al menos una línea de quimioterapia y una línea de nuevos inhibidores del eje del receptor androgénico. Los criterios de selección incluyen pacientes con ECOG 0-1 y parámetros analíticos conservados. Los pacientes recibirán 2 ciclos de carboplatino AUC5 en monoterapia seguidos de 2 ciclos de carboplatino AUC5 más avelumab 10 mg/kg y continuarán mantenimiento con avelumab (máximo 2 años). El estudio tendrá 2 etapas. En

la fase de seguridad (6 pacientes) se analizará la seguridad de combinar ambos agentes (objetivo principal). Si se confirma la seguridad, una fase de expansión (20 pacientes) evaluará la eficacia en términos de PSA y evaluación radiográfica según PCWG3 e iRECIST (objetivos secundarios). Como objetivo exploratorio, se analizarán potenciales biomarcadores predictivos inmunológicos y genómicos.

**Resultados:** El ensayo está en curso y el reclutamiento ya se ha iniciado.

**Conclusión:** Este estudio analizará la seguridad y eficacia de avelumab más carboplatino en pacientes con mCRPC.

## ePóster 110

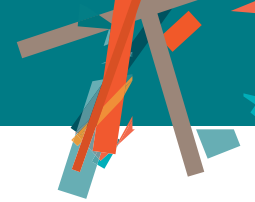
### Estudio fase II de paclitaxel y TAK-228 en carcinoma urotelial (CU) metastásico y el impacto de las alteraciones genómicas de la vía de PI3K-mTOR.

**Alejo Rodríguez-Vida** – Hospital del Mar. **José Luis Pérez Gracia** – Clínica Universitaria de Navarra. **Álvaro Taus** – Hospital del Mar. **Teresa Bonfill** – Hospital Universitario Parc Taulí. **Federico Vázquez** – Hospital General Universitario de Elche. **Susana Galtés, Laia Cano** – Hospital del Mar. **Sonia Maciá** – PIVOTAL. **Pablo Maroto** – Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. **Joaquim Bellmunt** – Hospital del Mar

**Introducción y Objetivos:** El carcinoma urotelial metastásico (mUC) es una enfermedad agresiva de mal pronóstico. A pesar de la reciente incorporación de la inmunoterapia con agentes dirigidos contra la vía de PD-1, la mayoría de los pacientes finalmente acaban desarrollando progresión de enfermedad. Además, no hay biomarcadores predictivos disponibles para estos nuevos agentes. Se necesitan además nuevos estudios que relacionen la eficacia de los tratamientos con análisis de biomarcadores. mTOR es una diana clave implicada en varias vías de señalización celular, promoviendo la proliferación celular y la angiogénesis tumoral. TAK-228 es un inhibidor dual de mTOR1/2 en investigación. Paclitaxel es un taxano que estabiliza los microtúbulos e interfieren con la división celular normal, y es una opción de tratamiento válida en mUC tras progresión a quimioterapia basada en platino. La combinación de TAK-228 y paclitaxel ha mostrado actividad sinérgica en líneas celulares de cáncer de vejiga, modelos de xenoinjerto y un ensayo fase I en tumores sólidos avanzados.

**Material y Métodos:** Estudio fase II de un solo brazo abierto que evalúa la eficacia y seguridad de TAK-228 (administrado por vía oral los días 2-4, 9-11, 16-18 y 23-25 en ciclos de 28 días) en combinación con paclitaxel (días 1, 8 y 15). Los criterios de elegibilidad incluyen pacientes





con mUC, ECOG 0-1, haber recibido quimioterapia previa basada en platino sin límite en el número de líneas, función hepática y renal adecuadas, y enfermedad medible. El objetivo principal del estudio es la tasa de respuesta objetiva (ORR). Los objetivos secundarios incluyen seguridad, tolerabilidad, supervivencia libre de progresión y supervivencia global. Como objetivo exploratorio, se estudiarán las mutaciones de la ruta PI3K/AKT/mTOR, y se correlacionarán con los resultados clínicos. Se reclutará un máximo de 52 pacientes para obtener 40 pacientes evaluables. El tratamiento se considerará eficaz si la ORR aumenta de un 10% histórico a  $\geq 26\%$ . Con una muestra de 40 pacientes la potencia será del 90% para detectar esta diferencia con un alfa del 10%.

**Resultados:** El estudio está abierto y el reclutamiento en curso.

**Conclusión:** Este estudio analizará la seguridad y eficacia de paclitaxel y TAK-228 en carcinoma urotelial metastásico.

### ePóster 111

#### Estudio fase II, multicéntrico, aleatorizado y abierto para evaluar la seguridad y la eficacia de avelumab con gemcitabina/carboplatino frente a quimioterapia con gemcitabina/carboplatino sola, en pacientes con carcinoma urotelial no resecable o metastásico que no hayan recibido terapia sistémica previa y que no sean aptos para la quimioterapia con cisplatino.

**Alejo Rodríguez-Vida** – Hospital del Mar. **Begoña Mellado** – Hospital Clinic. **Begoña Pérez-Valderrama** – Hospital Virgen del Rocío. **Xavier García del Muro** – Instituto Catalan de Oncología de Hospitalet. **Rafael Morales-Barrera** – Hospital Vall d'Hebron. **Álvaro Pinto** – Hospital Universitario La Paz. **Javier Puente** – Hospital Universitario Clínico San Carlos. **José Luis Pérez Gracia** – Clínica Universitaria de Navarra. **Daniel Castellano** – Hospital 12 de Octubre. **Joaquim Bellmunt** – Hospital del Mar

**Introducción y Objetivos:** La quimioterapia basada en cisplatino es el tratamiento estándar de primera línea para el carcinoma urotelial metastásico (mUC). Sin embargo, alrededor del 50% de los pacientes no son candidatos a cisplatino debido a su mal estado funcional o comorbilidades. En estos casos, las combinaciones basadas en carboplatino son opciones alternativas válidas, aunque consiguen una supervivencia inferior. Por tanto, se necesitan nuevas estrategias para estos pacientes. Recientemente, se ha demostrado eficacia en esta población de la inmunoterapia contra la vía de PD-1.

**Material y Métodos:** Estudio multicéntrico, aleatorizado, abierto, fase II que evalúa el tratamiento secuencial con 2 ciclos de inducción de avelumab seguidos de carboplatino-gemcitabina más avelumab durante 6 ciclos, seguido de mantenimiento con avelumab, en comparación con quimioterapia sola. Los criterios de elegibilidad incluyen pacientes con mUC sin terapia sistémica previa, no candidatos a cisplatino y con buena función orgánica. El tratamiento de inducción con avelumab podría mejorar la respuesta posterior al tratamiento de combinación y evitar el efecto perjudicial de la quimioterapia sobre las células inmunes. Por otra parte, ambos tratamientos podrían tener también un efecto sinérgico. Los pacientes se estratificarán por presencia/ausencia de metástasis viscerales y ECOG 0-1 versus 2. El objetivo principal es la tasa de respuesta objetiva (ORR). Los objetivos secundarios incluyen: supervivencia libre de progresión, supervivencia global y seguridad. Los objetivos exploratorios incluyen biomarcadores inmunológicos y genómicos de respuesta. Para el cálculo del tamaño muestral, planteamos la hipótesis de que el ORR con la combinación será  $\geq 45\%$ , en comparación con el 30% con quimioterapia. Una muestra de 80 pacientes proporcionará una probabilidad de 0,9 de confirmación de nuestra hipótesis, basada en un diseño aleatorizado de fase II de Simon.

**Resultados:** El estudio está abierto y el reclutamiento en curso.

**Conclusión:** Este estudio analizará la seguridad y la eficacia de avelumab con gemcitabina/carboplatino frente a gemcitabina/carboplatino sola, en pacientes con carcinoma urotelial metastásico que no hayan recibido terapia sistémica previa y que no sean aptos para cisplatino.

### ePóster 112

#### Estudio retrospectivo que evalúa el beneficio de Radium223 (RAD) en diferentes secuencias terapéuticas de la práctica diaria en pacientes (pts) con cáncer de próstata resistente a la castración metastásico (CPRCm).

**Teresa Alonso** – Hospital Universitario Ramón y Cajal. **Jesús García Donas** – Hospital Universitario Madrid-Centro Integral Oncológico Clara Campal. **Álvaro Pinto** – Hospital Universitario La Paz. **Virginia Calvo De Juan** – Hospital Universitario Puerta de Hierro. **Antonio Viana Alonso** – Hospital General Nuestra Señora del Prado. **María Laura Villalobos León** – Hospital Universitario Príncipe de Asturias. **Almudena Martín** – Hospital Universitario Infanta Leonor. **Javier Puente** – Hospital Universitario Clínico San Carlos. **Enrique Grande** – MD Anderson Cancer Center. **Daniel Castellano** – Hospital Universitario 12 de Octubre

**Introducción y Objetivos:** RAD ha demostrado tener un impacto sobre la supervivencia en pts con CPRC y metástasis óseas. Sin embargo, a día de hoy, queda por definir el lugar óptimo para esta opción terapéutica dentro del arsenal terapéutico disponible.



**Material y Métodos:** Se trata de un estudio retrospectivo y multicéntrico que incluye pacientes tratados con RAD dentro de la práctica clínica en 15 hospitales españoles pertenecientes al "Grupo Centro". Se realizó un análisis exploratorio de acuerdo a la línea de tratamiento en que se administraba RAD en 6 subgrupos: 1ª línea (RAD1), 2ª línea después de terapia hormonal (RAD2-HT) o quimioterapia (RAD2-CT), 3ª línea después de CT y/o HT, independientemente de la secuencia, (RAD3-HT + CT), 3ª línea después de 2 CT (RAD3-CT + CT) y 4ª línea (RAD4).

**Resultados:** Se incluyeron 155 pts tratados con RAD entre enero-14 y abril-18 (Tabla 1). Se administró una mediana de 5 ciclos (rango 1-6) y la mediana de seguimiento fue de 11 meses (m) (rango 8-39). En el momento del análisis, el 79% de los pts ya habían progresado a RAD (21% a nivel visceral) con una mediana de SLP radiológica=16m (IC95% 14-36). La distribución de pts fue la siguiente: RAD1 (20), RAD2-HT (36), RAD2-CT (20), RAD3-HT + CT (38), RAD3-QT (5), RAD4 (31). El análisis por subgrupos mostró una diferencia significativa en la SLP bioquímica cuando RAD se administró en 1ª/2ª línea (RAD1 + RAD2-HT / CT) frente a 3ª/4ª ([RAD3- HT + CT] + [RAD3-CT + CT] + [RAD4]) 35m (IC 95% 16-35) vs 14m (IC 95% 10-19),  $p = 0,0082$  (log rank). Además, se observó una diferencia significativa en el tiempo hasta el empeoramiento clínico según la línea de RAD administrado: RAD1=30m (IC95% 11,5-35), RAD2-CT=34m (IC95% 33,6-No estimable (NE)), RAD2- HT=10m (IC95% 8,2-15,6), RAD3-HT + CT=26m (NE-NE), RAD3-QT=17m (IC95% 9,6-23,8), RAD4=21m (IC95% 12,7 - 27,7) ( $p = 0,0056$ ).

**Conclusión:** El presente estudio apunta a un mayor beneficio de RAD en términos de supervivencia y control clínico administrándolo de forma precoz en pacientes con CPRC que presentan metástasis óseas.

Edad (mediana, rango)	66 años (45-87)
<b>ECOG (%)</b>	
0	22
1	64
2	15
<b>Metástasis óseas (#) (%)</b>	
<6	28
6-20	53
>20	17
<b>Valores analíticos [Mediana (IC95%)]</b>	
PSA	179ng/ml (128-231)
Hb	12,6 ng/ml (12-13)
FA	135 UI/ml (219-374)
LDH	304 UI/ml (340-443)

Tabla 1. Características basales de los pacientes.

### ePóster 113

## EXPERIENCIA DURANTE 5 AÑOS DE ACETATO DE ABIRATERONA Y ENZALUTAMIDA EN PACIENTES CON CARCINOMA DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN.

José Balsalobre Yago, María José Martínez Ortíz, María Isabel Luengo Alcázar, Ana Checa Soriano, Pablo Cerezuela Fuentes, Elena Conesa Nicolás, Iris Muñoz García, Alice Viney, Mónica Martínez Penella, María Teresa García García –H. Universitario Santa Lucía. Cartagena.

**Introducción y Objetivos:** En la actualidad disponemos de dos fármacos como alternativa a la quimioterapia en pacientes con diagnóstico de carcinoma de próstata resistentes a la castración (CPRCm). El objetivo de este estudio es evaluar la experiencia obtenida en nuestro centro en los pacientes tratados con Abiraterona o Enzalutamida tanto previo como tras quimioterapia con taxanos.

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de 108 pacientes con CPRCm tratados con Acetato de Abiraterona o Enzalutamida desde 2012 a 2017 en nuestro centro hospitalario. La selección de pacientes se ha realizado mediante acceso a la plataforma de tratamiento citostático (Farmis Oncofarm 3.0 v.12.100), del programa de gestión farmacoterapéutica (Savac®) y de la historia clínica electrónica (Selene v5.3.3, Siemens).

**Resultados:** La edad media fue  $72,7 \pm 3,4$  años de manera global. En el grupo de Abiraterona la edad media era  $73,9 \pm 4$  años y en Enzalutamida  $69,7 \pm 4,1$  años. Del total de 108 pacientes, 80 pacientes (76%) fueron tratados con Abiraterona y 28 pacientes (24%) con Enzalutamida. De los 80 pacientes tratados con Abiraterona, 41 pacientes (51,25%) fueron prequimio y en 39 pacientes (48,75%) post-quimioterapia. Respecto al tiempo medio hasta la progresión de forma global fue 11 meses [3 - 57 meses]; y por subgrupos, en prequimio el tiempo fue 13,3 meses y en postquimioterapia 7,5 meses. En el análisis de los 28 pacientes tratados con Enzalutamida, en prequimio se trató a 11 (39,3%) y a 17 (61,7%) en postquimioterapia. El tiempo medio hasta la progresión de forma global fue 9,1 meses [2 - 47 meses]; y por subgrupos, en prequimioterapia el tiempo medio fue 10,4 meses y en postquimioterapia 6,7 meses. En un análisis del tiempo medio hasta progresión de forma global entre Acetato de Abiraterona vs Enzalutamida (11 vs 9,4 meses  $p: 0,254$ ) no se obtuvieron datos estadísticamente significativos. En el análisis por subgrupos tanto pre o post-quimioterapia tampoco se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas.

**Conclusión:** En nuestra experiencia los datos obtenidos de tiempo medio hasta la progresión han sido mejores en el grupo de pacientes tratados con Acetato de Abiraterona tanto en prequimioterapia como en postquimioterapia respecto al grupo de Enzalutamida, pero sin alcanzar la significancia estadística.



## ePóster 114

### Experiencia, estudio descriptivo y correlación de factores pronósticos en pacientes con cáncer de próstata hormonosensible metastásico tratados con docetaxel en varios centros españoles.

**Maria Ruiz Vico, Ignacio Moreno Perez, Gala Grau** – Unidad de investigación clínica CNIO-IBIMA en cancer genitourinario. Hospitales Universitarios Regional y Virgen de la Victoria. Málaga.  
**Rebeca Lozano** – Unidad de investigación clínica en cáncer de próstata. Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO). Madrid.  
**Alvaro Montesa, Maria Isabel Saez** – Unidad de investigación clínica CNIO-IBIMA en cancer genitourinario. Hospitales Universitarios Regional y Virgen de la Victoria. Málaga.  
**Rosa Villatoro** – Servicio de Oncología Médica. Hospital Costal del Sol. Marbella.  
**Elena Castro, Nuria Romero** – Unidad de investigación clínica en cáncer de próstata. Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO). Madrid.  
**David Olmos** – Unidad CNIO-IBIMA de investigación clínica en tumores genitourinarios. Hospitales Universitarios Regional y Virgen de la Victoria. Málaga.

**Introducción y Objetivos:** Los resultados de los estudios CHAARTED, STAMPEDE Y LATITUDE han cambiado el paradigma de los pacientes con cáncer de próstata metastásicos hormonosensibles (mHSPC). La adición de docetaxel o abiraterona a la terapia de deprivación androgénica (ADT) ha supuesto un impacto en supervivencia global en dichos pacientes. El objetivo es realizar un estudio descriptivo de los pacientes mHSPC tratados con docetaxel en varios centros españoles, así como la posible relación entre características clínico-patológicas y pronóstico.

**Material y Métodos:** Se han identificado pacientes diagnosticados mCPHS que recibieron tratamiento con docetaxel en primera línea en cuatro hospitales españoles (HVV de Málaga, HRU Málaga, H. Costa del Sol Marbella y HM Sanchinarro Madrid). Se ha realizado un análisis descriptivo de los pacientes y se han intentado identificar factores de mal pronóstico (metástasis viscerales, > 4 metástasis óseas, Gleason >9, alta carga tumoral según criterios SWOG/CHAARTED y criterios de alto riesgo según estudio LATITUDE) relacionados con peor supervivencia (específica y OS).

**Resultados:** Se han incluido 64 pacientes con mediana de edad de 67 años [44-84]. La mediana de Gleason fue 8 [6-10]. 43 pacientes (67.2%) presentaban 4 o más metástasis. 14 (21.9%) enfermedad visceral al inicio del tratamiento. El 81.3% pudo completar los 6 ciclos de docetaxel. La mediana de seguimiento ha sido 15 meses, y 33 pacientes (51.6%) habían progresado. El 76% presentaban criterios de alta carga según SWOG/CHAARTED. El 42% presentaba Gleason  $\geq$  9. El 65% de los pacientes tenía criterios de alto riesgo según estudio LATITUDE. En nuestra cohorte, alta carga SWOG/CHAARTED se relaciona con peor supervivencia específica (mediana no alcanzada,  $p=0.031$ ), así como  $\geq$  4 metástasis óseas (mediana no alcanzada,  $p=0.031$ ) y criterios de alto riesgo LATITUDE (mediana no alcanzada,  $p=0.008$ ). La presencia de Gleason  $\geq$  9 ni enfermedad visceral fue significativo para supervivencia ( $p=0.249$  y 0.1 respectivamente). Para OS, los mismos criterios permanecen

significativos: alta carga ( $p=0.004$ ),  $\geq$  4 metástasis óseas ( $p=0.003$ ), LATITUDE ( $p=0.001$ ), incluyendo enfermedad visceral ( $p=0.044$ ). De nuevo, Gleason  $\geq$  9 no fue significativo (0.255).

**Conclusión:** En nuestra cohorte, alta carga SWOG/CHAARTED,  $\geq$  4 metástasis óseas y criterios LATITUDE de alto riesgo se relacionan con peor supervivencia. Gleason  $\geq$  9 no impacta en supervivencia. Es preciso un seguimiento más extenso en dicha cohorte. Se precisan de estudios prospectivos para validar dicha hipótesis.

## ePóster 115

### Factores pronósticos para la selección del tratamiento tras progresión a la combinación de terapia de deprivación androgénica (TDA) y docetaxel en pacientes con carcinoma de próstata hormonosensible (CPHS).

**Pablo Gajate** – Hospital Universitario Ramón y Cajal. **Almudena Martín** – Hospital Universitario Infanta Leonor. **Isabel Gallegos** – Complejo Asistencial de Segovia. **José Carlos Villa Guzman** – Hospital General de Ciudad Real. **Alejandro Velastegui** – Hospital Rey Juan Carlos. **Teresa Alonso Gordoa** – Hospital Universitario Ramón y Cajal. **Daniel Castellano** – Hospital Universitario 12 de Octubre. **Gustavo Rubio** – Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. **Angel Rodriguez** – Hospital Universitario de León. **Carlos Aguado** – Hospital Clínico San Carlos

**Introducción y Objetivos:** La combinación de docetaxel con TDA es el tratamiento estándar de los pacientes con CPHS con alta carga tumoral. Sin embargo, se desconoce el manejo correcto de estos pacientes tras el desarrollo carcinoma de próstata resistente a castración (CPRC) y los factores pronósticos que pueden condicionarlo.

**Material y Métodos:** Se ha realizado un análisis retrospectivo de 165 pacientes tratados en 23 hospitales españoles pertenecientes al "Grupo Centro". El objetivo del estudio es analizar las características basales de los pacientes en el momento del inicio de la primera línea para CPRC y su asociación con los resultados obtenidos con los diferentes tratamientos.

**Resultados:** Tras 18.04 meses de mediana de seguimiento, 95 pacientes (57,6%) han desarrollado CPRC de los cuales 82 han recibido al menos un tratamiento tras la progresión. 25 pacientes (30,5%) han recibido tratamiento de quimioterapia (4 docetaxel, 18 cabazitaxel, 3 carboplatino-etopósido), 52 (63,4%) terapia hormonal de nueva generación (31 enzalutamida, 21 abiraterona) y 5 radium-223. La mediana de edad de los pacientes al inicio del tratamiento fue de 67,1 años con un tiempo de duplicación de PSA de 2 meses. Las mediana de PSA, Hemoglobina, LDH y fosfatasa alcalina fueron 20.3

## Genitourinario

ng/mL, 12.95 g/dL, 326 UI/mL y 144 UI/mL, respectivamente. Además un 26.4% de los pacientes presentaron progresión visceral. La mediana de supervivencia libre de progresión (SLP) de la primera línea de tratamiento en pacientes con CPRC fue de 6,26 meses (IC95%: 3,18-9,39). En un análisis univariante, el tratamiento hormonal presentó un aumento en la SLP respecto al tratamiento de quimioterapia (7.49 vs 6.27; HR 0.55; p 0.048) que desapareció tras ajustar por los diferentes factores pronósticos. Aunque en el análisis multivariante no

se encontró ninguna asociación, aquellos pacientes con unas características más agresivas lograban una mayor SLP con el tratamiento de quimioterapia (Tabla1).

**Conclusión:** Las características de los pacientes en el momento de desarrollo de CPRC pueden ayudarnos a la hora de seleccionar el mejor tratamiento. Nuestro análisis sugiere que aquellos pacientes con características más agresivas pueden beneficiarse en mayor medida de un tratamiento de quimioterapia.

	Tratamiento hormonal (m)	Quimioterapia (m)	P
<b>TDPSA &lt;3m</b>	4.46	6.27	0.6
<b>TDPSA ≥3m</b>	9.39	3.59	0.07
<b>Progresión Visceral</b>	4.33	5.59	0.59
<b>Progresión no Visceral</b>	5.95	3.54	0.12
<b>LDH alta</b>	4.34	5.59	0.29
<b>LDH baja</b>	12.0	8.21	0.3
<b>Hemoglobina alta</b>	NR	5.58	0.03
<b>Hemoglobina baja</b>	4.0	6.27	0.63
<b>Fostasa alcalina alta</b>	3.81	6.93	0.94
<b>Fosfatasa alcalina baja</b>	11.99	5.52	0.03
<b>PSA alto</b>	3.81	5.52	0.35
<b>PSA bajo</b>	8.54	5.58	0.14

Table 1 SLP de la primera línea de tratamiento de CPRC

## ePóster 116

### Impacto en la supervivencia del manejo de las complicaciones médicas y urológicas durante el tratamiento de Primera línea con Abiraterona o Enzalutamida en pacientes con Cáncer de Próstata Resistente a la castración metastásico (mCPRC). Enfoque uro-oncológico del Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Juan Jose Serrano Domingo, Javier Lorca Álvaro, Sara Álvarez Rodríguez, Pablo Gajate Borau, Arantzazu Barquín García, Javier Molina Cerrillo, Olga Martínez Sáez, Javier

Burgos Revilla, Alfredo Carrato Mena, Teresa Alonso Gordo - Hospital Universitario Ramón y Cajal

**Introducción y Objetivos:** En los últimos años han aparecido nuevos datos que sugieren la importancia de optimizar el manejo de las comorbilidades metabólicas en pacientes con mCPRC en tratamiento. Hemos evaluado si un enfoque global de estas complicaciones puede mejorar su supervivencia.

**Material y Métodos:** Presentamos un estudio retrospectivo con 55 pacientes diagnosticados de mCPRC entre 2012 y 2017. Se han recogido datos de las siguientes comorbilidades y complicaciones: hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, dislipemia, síndrome coronario agudo, arritmia, insuficiencia cardíaca (ICC), ictus, deterioro cognitivo y depresión, uropatía

obstructiva y hematuria, manejo del dolor y segundas neoplasias. Se ha analizado la supervivencia libre de progresión (SLP) y la supervivencia global (SG) en función de estas comorbilidades y complicaciones.

**Resultados:** La mediana de edad era de 70 años (rango 53-80) con una mediana de PSA de 17.5 ng/ml (rango 3.27-4213). 35 pacientes fueron tratados con Abiraterona (63%) y 20 con Enzalutamida (37%). 43 presentaban metástasis óseas (79.63%), 30 afectación ganglionar (55.56%) y 7 metástasis viscerales (13%). El 38.8% (21) presentaban ECOG 0 y el 51.8% (28) ECOG 1. La SLP fue de 16.9 meses (95% IC 11.5-20.09) y la SG de 31.98 meses (95% IC 21.96-43.36). Los pacientes no diabéticos presentaron mejor SLP (Hazard ratio (HR) 0.2, 95% IC 0.04-0.94,  $p=0.042$ ) y SG (HR 0.18, 95% IC 0.05-0.66,  $p=0.01$ ) que los diabéticos con necesidades de insulina. Los pacientes diabéticos con tratamiento oral también presentaron mejor SLP (HR 0.1, 95% IC 0.017-0.62,  $p=0.013$ ) y SG (HR 0.15, 95% IC 0.032-0.75,  $p=0.021$ ) que los que necesitaban insulina. Los pacientes que habían sufrido un ictus previo al tratamiento tenían peor SLP (HR 7.67, 95% IC 1.67-35.25,  $p<0.01$ ) y SG (HR 22.74, 95% IC 4.95-104,  $p<0.01$ ). Los pacientes que habían sufrido un ictus en cualquier momento, también presentaban peor SG (HR 2.97, 95% IC 1.07-8.18,  $p=0.035$ ). Cualquier grado de ICC otorgaba peor SG (HR 3.75, 95% IC 1.59-8.83,  $p<0.01$ ). No hubo diferencias en el resto de variables registradas.

**Conclusión:** La presencia de Diabetes Mellitus con necesidades de insulina es un factor de riesgo para una menor SLP y SG en pacientes con mCPRC tratados con Abiraterona o Enzalutamida. La presencia de ICC y la historia de ictus también contribuyen a un peor pronóstico. Se necesitan estudios prospectivos para explorar estos resultados.

### ePóster 117

#### Impacto pronóstico de la densidad ganglionar (DG) en pacientes (p) con cáncer de vejiga infiltrante (CVI) tratados con quimioterapia neoadyuvante (QTn).

Sofia España – ICO Badalona. Oscar Buisan – Hospital Germans Trias i Pujol. Olatz Etxanitz – ICO Badalona. Jose Maria Velarde, Jose Luis Gago, Xavier Elias – Hospital Germans Trias i Pujol. Eudald Felip – ICO Badalona. Juan Areal – Hospital Germans Trias i Pujol. Juan Carlos Pardo, Albert Font – ICO Badalona

**Introducción y Objetivos:** El tratamiento con QTn basada en platino ha demostrado aumento de la supervivencia global (SG) en los p con CVI, con respecto a cistectomía sola. La respuesta patológica a la QTn se asocia a un beneficio en la SG respecto a los p resistentes a la quimioterapia. En p tratados con cistectomía radical y linfadenectomía pélvica, la densidad ganglionar (DG) definido como el cociente entre el número de ganglios invadidos por el tumor respecto al número de ganglios totales resecados, se ha considerado como un factor

pronóstico. El objetivo es analizar el valor pronóstico de la DG en p tratados con QTn seguido de cistectomía radical y linfadenectomía.

**Material y Métodos:** En este estudio se han analizado 208 p con CVIM tratados con QTn en el Instituto Catalán de Oncología, Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona, entre julio 1990 y noviembre 2017. Entre 1990 y 2000 los p fueron tratados con esquema CMV (Cisplatino, Metotrexate, Vinblastina) y a partir del año 2000 con C y gemcitabina (G) y con carboplatino (CB) y G en p no candidatos a C.

**Resultados:** En el momento del diagnóstico la enfermedad estaba localizada (T2-4N0M0) en 166 p mientras que 42 p presentaban afectación ganglionar regional (T1-4N+M0). Los esquemas de QTn administrados fueron CMV en 65 p, CG en 163 p y CBG en 19p. Se realizó resección quirúrgica completa en 174 p, la resección fue incompleta en 16 p y no fueron intervenidos 12p. En 92 p (44%) se evidenció una respuesta patológica significativa (pT0-1N0M0), mientras que en 31p (15.7%) se evidenció afectación ganglionar (pT1-4N+M0). La mediana de SG (mSG) en los p con resección completa del tumor fue de 68meses (m) (IC 19.14-116.86) comparado con 9m (IC 0-20.9) en p con resección incompleta ( $p<0.005$ ). Se evidenció asociación altamente significativa entre DG y SG. En 19 p con DG 0.25 ( $p=0.034$ ).

**Conclusión:** En nuestra experiencia los p tratados con QTn la DG resulta un factor pronóstico relevante. Los p con alta DG presentan una evolución desfavorable, y por tanto estaría indicado valorar tratamientos complementarios. Estos resultados deben validarse en estudios prospectivos.

### ePóster 118

#### IMPLICACIONES PRONÓSTICAS DEL SÍNDROME METABÓLICO Y DE LA GRASA ABDOMINAL EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA DE ALTO RIESGO O RIESGO INTERMEDIO.

Ferran Ferragut Lloret, Jose Carlos Villa Guzman, Luis Calahorra Fernandez, Georgina Martinon Torres, Mirian Ruiz Anton, Jaime Portela Gutiérrez, Rocío Galán Moral, Rafael López Bajo – HGU CR

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de próstata (CP) es el tumor con mayor incidencia en España. La prevalencia del síndrome metabólico (SM) en España es del 31%. Se cree que la presencia de síndrome metabólico o sus componentes en pacientes con cáncer de próstata puede tener implicaciones pronósticas adversas en la recaída bioquímica (RB). Objetivos: Identificar si hay relación entre el IMC, la grasa abdominal y el resto de componentes del SM (HTA, DM, triglicéridos y colesterol HDL) con la RB en pacientes con cáncer de próstata con grado Gleason  $\geq 7$ .

## Genitourinario

**Material y Métodos:** Se trata de un estudio retrospectivo de 45 pacientes con CP Gleason  $\geq 7$  tratados mediante prostatectomía radical. La grasa abdominal se ha estimado con TAC calculando la distancia desde el músculo recto anterior hasta la aorta abdominal. Se ha hecho un análisis de la supervivencia del intervalo libre de recaída bioquímica (ILRB) con el método de Kaplan Meier (test de log Rank y regresión de Cox). Se han realizado modelos pronósticos para estimar tiempo libre de recaída bioquímica.

**Resultados:** La mediana de edad es de 67 años. Presentaron obesidad el 66,7%, HTA el 60%, hipercolesterolemia 60%, diabetes 31% e hipertrigliceridemia 17,8%. La RB se objetivó en 12 pacientes (26,7%). NO mediana del ILRB no se alcanzó. La media de ILRB fue de 33,22 meses. Los pacientes con grasa visceral elevada presentaron un ILRB medio de 22,73 meses frente a los 30,8 de los que la tenían baja ( $p=0,04$ ; HR 0,28). Los pacientes con un IMC  $> 30$  reportaron un ILRB medio de 25,77 meses y los que tenían IMC 30, grasa visceral, PSA postoperatorio y Gleason permite identificar 2 grupos pronósticos independientes ( $p=0,01$ ; HR 0,11).

**Conclusión:** Los componentes del síndrome metabólico IMC y grasa abdominal son factores pronósticos de RB. La integración de SM con factores clínicos, histológicos y bioquímicos en un modelo pronóstico permite identificar a una población con alto riesgo de recaída.

**Material y Métodos:** Los pacientes recibieron tratamiento de acuerdo con el año y el estadio. No se practicaron biopsias del teste contralateral de forma rutinaria, sólo si imágenes sospechosas. Se identificaron 7 familias con agregación familiar de cáncer de testículo (más de dos casos por familia). El seguimiento consistió de autoexploración y eco de teste contralateral anual.

**Resultados:** Con una mediana de seguimiento de 61 meses (0 – 240), 67/3834 pacientes (1.74%) fueron diagnosticados de un STT. STT fue sincrónico (en los primeros 6 meses de la orquiectomía en 18 pacientes, metacrónico en 49. La anatomía patológica del segundo tumor fue seminoma en 47 pacientes y noseninoma en 20. La incidencia acumulada de cáncer de teste contralateral fue de 2% a 5 a, y 4% (IC 95% 3-5%) a 14 años. Edad joven fue un factor de riesgo para desarrollar un segundo tumor, mientras que la quimioterapia parece reducir el riesgo. Una segunda neoplasia fue diagnosticada en 41 pacientes (1.06%), de ellos 8/41, 19% tumores hematológicos. Dos pacientes fueron diagnosticados de un tumor testicular no germinal (1 Leydig y 1 Sertoli), 8 de cáncer renal, 3 de cáncer de pulmón, dos de cáncer de tiroides, 1 de sarcoma de tejidos blandos, 1 osteosarcoma, 2 cáncer de páncreas, 2 cáncer de hígado, 2 colo-rectal, 2 neuroendocrino, 8 otros.

**Conclusión:** La incidencia de un segundo tumor testicular en la cohorte objeto de estudio fue similar a lo reportado en otros países. Es necesario un seguimiento estricto del otro testículo y una adecuada información a los pacientes con objeto de prevenir o en su defecto diagnosticar las posibles segundas neoplasias en estadios precoces

## ePóster 119

### Incidencia de un segundo tumor germinal testicular y de cáncer o germinal tras el diagnóstico de un cáncer primario de testículo. Un estudio del Grupo Germinal.

**Pablo Maroto** – Htal Sant Pau. **Xavier Garcia del Muro** – ICO Bellvitge. **Josefa Terrasa** – Son Dureta. **Claudia Valverde** – Hospital Vall d'Hebron. **Alfonso Sanchez** – Hospital de Málaga. **Alvaro Pinto** – Hospital La Paz. **Sergio Vazquez** – Hospital Lucus Augusti. **Josep Guma** – Hospital de Reus. **Purificación Martínez del Prado** – Hospital de Basurto. **Teresa Alonso Gordo** – Hospital Ramon y Cajal

**Introducción y Objetivos:** La incidencia tanto de un segundo tumor germinal testicular como de neoplasias no germinales es más alta en los pacientes que han presentado un tumor germinal de testículo que en la población general. Objetivo: Analizar la incidencia y las características clínicas e histológicas de las segundas neoplasias testiculares. Analizar la incidencia cruda y acumulada de un segundo tumor no testicular en una cohorte de 3834 pacientes diagnosticados de cáncer de testículo entre 1/1994 y 1/2018 en 18 hospitales del Grupo Germinal.

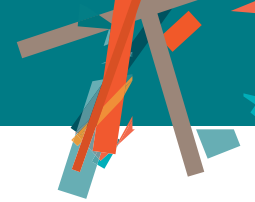
## ePóster 120

### QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE EN CÁNCER DE VEJIGA. EXPERIENCIA EN HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI (HULA).

**Ignacio Fernandez Sobrado, Natalia Fernandez Núñez, Sergio Vazquez Estevez, Begoña Campos Balea, Marta Covela Rúa, Lorena Cadavid Vieited, Marta Carmona Campos, Alberto Carral Maseda, Silvia Varela Ferreiro, Guillermo Quintero Aldana** – Hospital Universitario Lucus Augusti

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de vejiga (CV) es la neoplasia maligna más común que afecta al sistema urinario. El carcinoma urotelial (células transicionales) es el tipo histológico predominante. El tratamiento estándar de los pacientes con cáncer de vejiga músculo-invasivo consiste en un enfoque multimodal que comprende quimioterapia neoadyuvante seguida de cistectomía radical. A pesar de la evidencia de que la quimioterapia neoadyuvante basada en cisplatino mejora la





supervivencia en comparación con el tratamiento locoregional solo, menos del 20 por ciento de los pacientes sometidos a cistectomía radical reciben quimioterapia neoadyuvante. Nuestro objetivo es definir los factores pronósticos y el tiempo entre inicio de quimioterapia (QT) y la cirugía radical en los pacientes diagnosticados de CV en nuestro centro.

**Material y Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, donde se analizan las características clínicas, histológicas, terapéuticas y patológicas de los pacientes diagnosticados de CV, tratados con QT neoadyuvante, entre Enero de 2011 y Diciembre de 2016 en el Hospital Universitario Lucus Augusti (HULA).

**Resultados:** Se incluyeron un total de 66 pacientes, con edad media de 65,7(43-82) años, siendo el 90% varones. El estadio clínico inicial más frecuente fue cT2N0, representando el 81.8%, siendo de histología de células transicionales el 78.8%. Del total de pacientes, recibieron QT neoadyuvante el 53% (35 pacientes [30 esquema DD MVAC, 5 esquema CG]), siendo el tiempo medio de QT de 57.26 días, y tiempo medio transcurrido hasta la intervención de 114.02 días, obteniendo respuesta patológica completa (RPC) el 28,5%. La presencia de hidronefrosis (34.8%), invasión linfocelular (ILV) (50%), e histología no transicional (21.2%), sugiere un aumento de mortalidad, siendo el porcentaje de éxito, según la presencia de 1, 2 o de los 3 factores de 37, 62.5 y 72,7% respectivamente. En cuanto a la supervivencia, se obtuvieron mejores resultados en los pacientes que realizaron QT neoadyuvante (60%), con RPC (93.3%) y pN0 (63%).

**Conclusión:** En nuestra serie de casos, observamos beneficio en términos de supervivencia tras la administración de QT neoadyuvante, con un tiempo medio hasta la intervención inferior a lo publicado en otras series. Destacar la presencia de factores clínico-patológicos (hidronefrosis, ILV, histología no transicional) asociados a datos de peor supervivencia.

### ePóster 121

## Respuesta temprana por PSA y su asociación pronóstica en pacientes con cáncer de próstata resistente a castración metastásico tratados con acetato de abiraterona o enzalutamida.

**Ignacio Moreno Pérez** – Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA). Unidad de Gestión Clínica Intercentros de Oncología Médica. Hospitales Universitarios Regional y Virgen de la Victoria. Málaga. **Fernando López Campos** – Hospital Universitario Ramon y Cajal. **María Ruíz Vico** – Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA). Unidad de Gestión Clínica Intercentros de Oncología Médica. Hospitales Universitarios Regional y Virgen de la Victoria. Málaga. **Antonio Conde Moreno** – Hospital

Universitario y Politécnico La Fe. **Rebeca Lozano** – Unidad de investigación clínica en cáncer de próstata. Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO). Madrid. **Alfonso Gómez Iturriaga** – Hospital de Cruces. **Rosa Villatoro** – Unidad CNIO-IBIMA de investigación clínica en tumores genitourinarios. Hospitales Universitarios Regional y Virgen de la Victoria y Hospital Costa del Sol. Málaga. **Álvaro Montesa** – Unidad CNIO-IBIMA de investigación clínica en tumores genitourinarios. Hospitales Universitarios Regional y Virgen de la Victoria. Málaga. **Elena Castro** – Unidad de investigación clínica en cáncer de próstata. Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO). Madrid. **María Isabel Saéz** – Unidad CNIO-IBIMA de investigación clínica en tumores genitourinarios. Hospitales Universitarios Regional y Virgen de la Victoria. Málaga

**Introducción y Objetivos:** A pesar de los diferentes tratamientos con impacto positivo en supervivencia disponibles para pacientes con cáncer de próstata resistente a castración metastásico (mCRPC), no se disponen de biomarcadores validados. El presente estudio pretende demostrar que una respuesta temprana del PSA, puede tener un impacto en supervivencia libre de progresión en pacientes mCRPC tratados con acetato de abiraterona (AA) o Enzalutamida (E).

**Material y Métodos:** Se han identificado pacientes con mCRPC tratados con AA o E en varios centros españoles, entre 2011 y 2017. Se ha realizado un análisis descriptivo, un análisis de supervivencia univariante y multivariante, para establecer la relación entre una respuesta temprana por PSA (>30% a las 4 semanas y >50% a las 12 semanas) y la PFS. Asimismo, se ha explorado si existe detrimento en PFS con el aumento PSA a las 4 y 12 semanas. Por último, se ha determinado la correlación entre respuesta PSA 4wks y 12wks así como aumento PSA 4wks y 12wks.

**Resultados:** Se han incluido 450 pacientes, con una media de edad 69 años [43-89] y mediana Gleason 8 [3-10]. La mediana de PSA al diagnóstico fue 27.97 ng/ml. La PFS mediana fue 8.31. La mediana de seguimiento fue de 16.3 meses. El 29.8% recibió E vs 70.2% que recibió AA. El 50.4% presentó PSA4wks>30%, mientras que el 49.1% presentó respuesta PSA12wks>50. Sólo un 13.3% presentó aumento PSA4wks>30, y un 16% aumento PSA12wks>50%. Aquellos que presentaban respuesta PSA4wks, presentaban mayor PFS (10.16 vs 6.5 mo, p=0.005), así como la respuesta PSA12wks (11.16 vs 6.5 mo, p=0.003). No existen diferencias en PFS en pacientes con aumento de PSA4wks (8.5 vs 6 mo, p=0.213). El incremento del PSA12wks se relaciona con peor PFS (30%: 3.8 vs 9.8 mo, p=0.0001; 50%: 3.7 vs 9.5 mo, p=0.0001). Existe correlación entre la respuesta PSA4wks y PSA12wks (R=0.635, p=<0.001), así como el aumento PSA4wks y PSA12wks (R=0.550, p=<0.001).

**Conclusión:** La respuesta temprana por PSA (4 y 12 semanas) en pacientes con mCRPC tratados con AA o Enzalutamida se relaciona con mejor PFS, así como un



## ePóster 122

**RESULTADOS DE LA VALORACIÓN DE LOS TUMORES UROLÓGICOS POR UNA UNIDAD DE ONCOGERIATRÍA.**

**Eva Bustamante Maldonado, Montserrat Domènech Santasusana, Héctor López Llauredó, Eva Martínez Callaghan, Antonia Baraldés Farré, Domingo Ruiz Hidalgo**  
– Althaia Manresa-Barcelona

**Introducción y Objetivos:** Como consecuencia del aumento de la esperanza de vida y la mayor incidencia de cáncer con la edad, cada vez habrá más pacientes candidatos a tratamiento oncoespecífico. Nuestro objetivo será analizar el impacto de la valoración geriátrica en los tumores urológicos.

**Material y Métodos:** Análisis retrospectivo de los tumores urológicos diagnosticados durante el año 2016. Se hizo una valoración geriátrica integral (VGI) y se clasificó: "FIT" (1), VULNERABLE(2), FRÁGIL(3), PALIATIVO(4) (Droz et al, 2009). Según esto eran candidatos a tratamiento estándar (1), tratamiento estándar con intervención geriátrica (2), tratamiento adaptado (3) o tratamiento de soporte (4). Se consideró como tratamiento teórico el tratamiento curativo per cada tipo de tumor. Se recogieron datos demográficos, estado funcional y cognitivo-afectivo, nutricional, comorbilidad, fragilidad, soporte social, complicaciones, mortalidad.

**Resultados:** Se valoraron 33 pacientes diagnosticados de neoplasias urológicas (16 vejiga urinaria, 10 próstata, 4 renal, 2 vías urinarias, 1 otras). Valores medios: edad 82.5 años. I. Barthel: 87 puntos. El T. Pfeiffer: 0.36 errores. I. Charlson: 1.7. MNA: 26.4 puntos). 9 pacientes (27.3%) fueron "Fit", 18 (54.5%) Vulnerable, 5 (15.2%) Frágil i 1 (3%) Paliativo. Hubo cambio de tratamiento en 8 pacientes (24%), en todos ellos para reducir la intensidad de tratamiento. Complicaciones: 12 pacientes (36%) (10 N. vesicales / cistectomía radical). 6 readmitidos <30 d. 11 pacientes (33%) fueron éxitus (82% con N. vesical). Entre los éxitus, el índice de comorbilidad de Charlson fue alto (2.8). Entre los supervivientes, en el seguimiento a los 12-24 meses, 17 pacientes (85%) viven sin evidencia de enfermedad oncológica, mientras que 3 (15%) viven con enfermedad neoplásica.

**Conclusión:**

- Los pacientes tenían mayoritariamente una buena funcionalidad y estado cognitivo, así como nutricional.
- La comorbilidad fue en global baja. Por contra, en los pacientes que fueron éxitus fue alta.
- La mayor parte de pacientes que presentaron complicaciones presentaban neoplasias vesicales a las que se les realizó cistectomía radical; de la misma forma estos pacientes fueron los que presentaron el mayor porcentaje de complicaciones.
- En nuestra serie, en el 24% de los pacientes hubo cambio de tratamiento post-VGI, en todos ellos por una menor intensidad de tratamiento. Esto es debido a que consideramos como tratamiento teórico el tratamiento curativo para cada tipo de tumor.

## ePóster 123

**TRATAMIENTO CON RADIUM-223, EXPERIENCIA Y RESULTADOS EN LA PRACTICA CLINICA HABITUAL.**

**Natalia Fernandez Nuñez, Ignacio Fernandez Sobrado, Alberto Carral Maseda, Marta Covela Rua, Lorena Cadavid Vieitez, Marta Carmona Campos, Begoña Campos Balea, Sergio Eloy Vazquez Estevez** – Hospital Universitario Lucus Augusti

**Introducción y Objetivos:** La evolución del cáncer de próstata ha cambiado con la aparición de nuevos agentes (Cabazitaxel, Abiraterona (AA), Enzalutamida, Radium-223). Junto con el Docetaxel, es importante optimizar y hacer una adecuada secuenciación. El radium-223 es un emisor de partículas alfa. En el estudio ALSYMPCA Radium-223 se asoció con una reducción en el riesgo de muerte del 30%. Los pacientes no recibieron previamente AA o Enzalutamida. En lo que respecta a la búsqueda de biomarcadores de eficacia, en los respondedores había un mayor retraso en el tiempo de incremento de PSA y un descenso de la Fosfatasa Alcalina (FA). Nuestro objetivo es analizar datos clínicos, analíticos y de toxicidad y la posible búsqueda de biomarcadores de respuesta durante el tratamiento con Radium-223.

**Material y Métodos:** Estudio observacional y retrospectivo. Se analizan las características clínicas y analíticas de los pacientes tratados con Radium-223 y las toxicidad relacionada con dicho agente entre Enero de 2016 y Diciembre de 2017 en el Hospital Universitario Lucus Augusti.

**Resultados:** Se incluyeron 18 pacientes, con edad media de 73 años. El 66,7% recibieron tratamiento hormonal con AA o enzalutamida previo al tratamiento con Radium-223 y 55,55% habían recibido previamente docetaxel. El 66,7% eran sintomáticos. La enfermedad Ganglionar estaba presente en el 16,7%. Hubo tres abandonos por toxicidad hematológica. El 11% de los pacientes presentó progresión de la enfermedad tras tres dosis del radiofármaco. De los 6 pacientes que presentaron durante el tratamiento toxicidad hematológica Grado 2 o superior la mitad no habían recibido Docetaxel previo. Otras toxicidades fueron Astenia, Artralgias y Diarrea. En nuestra serie de casos los valores de PSA ascendieron en casi el 90% de los pacientes, independientemente de la respuesta y en lo que respecta a la FA el valor medio pre-tratamiento fue de 157UI/L y el valor medio tras finalizarlo fue de 95UI/L. Los valores de LDH fueron independiente de la respuesta.

**Conclusión:** Los resultados son superponibles a la población incluida en el ALSYMPCA, con un adecuado perfil de toxicidad y donde el 11% de los pacientes progresaron durante el tratamiento. En nuestra serie de casos, la evolución del PSA, FA o LDH durante el tratamiento no predice en todos los casos la evolución de la enfermedad.



## ePóster 124

### Tratamiento con Vinflunina (VFL) en pacientes con cáncer urotelial tras quimioterapia (QT) de inducción basada en platino. Resultados en vida real. Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

**Katherin Martínez Barroso, Iciar García Carbonero, Blanca Trujillo Alba, Elia Martínez Moreno, Miguel Borregón Rivilla, Adriana Rosero Rodríguez, Juan David Cárdenas, María Del Carmen Esteban Esteban, Ignacio Chacón Muñiz** – *Virgen De La Salud*

**Introducción y Objetivos:** En varios tipos de tumores se ha demostrado el beneficio clínico de las terapias de mantenimiento tras la primera línea (1ºL). Estudios fase II demostraron que el tratamiento con VFL tras la QT de inducción basada en platino mejora significativamente la SLP de los pacientes con cáncer urotelial avanzado o irreseccable. Describir las características y el beneficio clínico (RP, RC y EE) obtenido en los pacientes con cáncer urotelial metastásico que continuaron tratamiento de mantenimiento con VFL tras QT con platino

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con cáncer urotelial metastásico tratados con VFL tras objetivar beneficio clínico (EE/RP/RC) a 4- 6 ciclos de QT de 1ºL basada en platino. SPSSV. 17.0

**Resultados:** Entre marzo del 2015 y abril del 2018, analizamos los datos de 18 pacientes. El 89 % (n=16) eran varones, mediana (m) de edad de 69 años (48-83 años). La localización primaria fue: 72% vejiga, 22% pelvis renal y 5% uréter. El 55% de los pacientes eran metastásicos al diagnóstico y el 33% por recaída. El ECOG al recibir la QT de 1ºL era 0-1 en el 61% y 2 en el 39%. 83% de los pacientes tenían niveles de Hb > 10 g/dl y el 28% < 10 g/dl. El 17% de los pacientes tenían metástasis hepáticas. El 60% de los pacientes presentaban 0- 1 factor de mal pronóstico y 40% entre 2 y 3 factores de mal pronóstico. El 66% de los pacientes era un-fit para cisplatino. El beneficio clínico aportado por la QT de 1ºL fue EE en el 39%, RP en el 50% y RC en el 11%. La m de ciclos de VFL recibidos fue 9 (3-31). La mSLP con la QT de 1ºL fue de 12 m, y la mSLP con VFL fue de 7 m (3-33m). La mSG aportada por la QT de 1ºL fue 16m y por la VFL fue de 13m (3-33m). La toxicidad objetivada fue astenia y estreñimiento G1, 1 caso de Fiebre neutropénica y uno de fiebre asociada a catéter

**Conclusión:** Nuestros datos reflejan el beneficio clínico y el aumento significativo de la SLP que aporta la terapia de mantenimiento con VFL en pacientes que respondieron a 1ºL de QT basada en platino, con una toxicidad tolerable.

## ePóster 125

### Uso del esquema Cabazitaxel-Prednisona (CBZP) en segunda línea en Cáncer de Próstata Metastásico resistente a la castración (CPRCm). Experiencia práctica clínica habitual.

**Luis Felipe Sánchez-Cousido, Ángel Rodríguez-Sánchez, Mariana López-Flores, Irene Delgado-Sillero, Mariam Stephanie Rojas-Piedra, Ana López-Gonzalez, Carmen Castañón-López, Beatriz Nieto Mangudo, Andrés García-Palomo** – *Complejo Asistencial Universitario de León*

**Introducción y Objetivos:** La publicación del estudio TROPIC demostró que el Cabazitaxel mejora la supervivencia en los pacientes con CPRCm en segunda línea tras Docetaxel. Analizar la efectividad y seguridad del esquema CBZP en pacientes del CAULE con CPRCm en segunda línea tras tratamiento con Docetaxel.

**Material y Métodos:** Análisis retrospectivo, se incluyeron 46 con CPRCM del Servicio de Oncología Médica del CAULE desde mayo de 2011 hasta abril de 2018, tratados con CBZP en segunda línea tras Docetaxel, evaluando su efectividad y seguridad.

**Resultados:** Se analizaron 46 pacientes. La edad media fue de 65 años. Gleason 7-10 (82.6%). Afectación metastásica  $\geq 2$  localizaciones en 43,5%. Presentaron niveles de PSA pretratamiento menor de 142ng/ml el 50%. La mediana de la duración de la deprivación androgénica fue de 24 meses (m). El 65,2% de los pacientes recibieron más de 2 líneas hormonales previas. El 100% recibió Docetaxel previamente, en el 65,2% este suspendió por progresión y en el 28,3% por toxicidad. La media de ciclos fue de 6. El 76,1% recibió de una dosis inicial de 20mg y el 23,9% de 25 mg cada 15 días. El 13% requirió retraso o reducción de dosis. 6,5% presentaron neutropenia no febril G3-4. El 37% presentaron toxicidades no hematológicas, que en el 35,3% fueron G3. La tasa de respuestas objetivada fue de 45,7%. 4,3 % tuvieron respuesta radiológica y 13% bioquímica, 28,3% presentaron ambos tipos de respuesta. La mediana de ILP fue de 5,9 meses (4,32-7,41m) y la supervivencia global 11 m (7,3-15,4m).

**Conclusión:** Nuestra experiencia con un número importante de pacientes tratados con el esquema CBZP es similar en cuanto a efectividad y seguridad a los datos del estudio TROPIC.

## GINECOLÓGICO Y HEREDITARIO-GINECOLÓGICO

## ePóster 126

**Análisis de la toxicidad y la tolerabilidad de la quimioterapia intraperitoneal adyuvante en pacientes de nuestra área intervenidas de un carcinoma de ovario de alto grado.**

**Adrián Sánchez Vegas, Ana Gil Torralvo, José Francisco Rodríguez Hernández, Carlos Robles Barraza, Eva Fernández Parra, Amelia López Ladrón, Pilar López Álvarez, Manuel Chaves Conde, José Fuentes Pradera** – Hospital Nuestra Señora de Valme.

**Introducción y Objetivos:** En pacientes con cáncer de ovario (CO) intervenidas con citorreducción completa la administración de quimioterapia intraperitoneal (IP) adyuvante ha demostrado una ventaja en supervivencia global. Debido a las toxicidades observadas, interrupciones del tratamiento y a las dificultades técnicas el uso generalizado de la quimioterapia IP no ha sido ampliamente extendido. Evaluamos en nuestro centro los eventos adversos de la quimioterapia IP y los ajustes de dosis necesarios para su tolerancia.

**Material y Métodos:** Análisis retrospectivo desde marzo de 2015 hasta la actualidad donde se incluyeron 12 pacientes intervenidas en nuestro centro de un CO de alto grado estadio III con una citorreducción óptima (<1 cm de enfermedad mínima residual). Se evaluaron las toxicidades graduadas según Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE V4) y las modificaciones de tratamiento secundarias que afectaron a la intensidad de dosis (ID).

**Resultados:** La mediana de edad era 60 años. El 33% (n= 4) de los pacientes suspendió el tratamiento IP, siendo todos los casos

por toxicidad grave (grado 3-4) sin ninguna complicación del catéter IP en comparación con el 58% de las interrupciones del ensayo principal de quimioterapia IP donde la mayoría eran por complicaciones del mismo (34%). La toxicidad de cualquier grado más frecuente fue hematológica (75% n= 9), dolor abdominal (75% n= 9), gastrointestinal (66% n= 8) y neurotoxicidad (41% n= 5). Los eventos graves fueron hematológicos (33%) y neurotoxicidad (17%). El 42% retrasó ciclos por toxicidad y el 33% descendió un nivel de dosis con uso de FSCG. La intensidad de dosis media fue 24 mg/m<sup>2</sup>/semana para cisplatino y 75 mg/m<sup>2</sup>/semana para paclitaxel (ID del esquema estándar: 25 mg/m<sup>2</sup>/semana y 78 mg/m<sup>2</sup>/semana). El rango de seguimiento de los pacientes oscila entre 5 y 38 meses. Actualmente no se ha producido ninguna recidiva de la enfermedad.

**Conclusión:** Solamente el 33% de las pacientes suspendieron el tratamiento IP. Todas las interrupciones se debieron a toxicidad grave relacionada con el tratamiento IP. En la mayoría de nuestras pacientes La quimioterapia IP se asoció a una toxicidad manejable mediante el ajuste de tratamiento manteniendo una ID óptima. No hubo complicaciones asociadas al catéter intraperitoneal.

## ePóster 127

**ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y CORRELACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA DEL CARCINOMA ENDOMETRIAL EN EL SÍNDROME DE LYNCH.**

**Francisco José Pelegrín Mateo, Javier Bosque Moreno, Marian Fernández Cruz, Marta Llopis Cuquerella, María Ballester**

**Espinosa, Vicente Boix Aracil, M<sup>a</sup> del Rocío Ramírez Belloch, Lucía Gómez González, Roberto Morales Giménez, Ana Beatriz Sánchez Heras** – Hospital General Universitario de Elche

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de endometrio (CE) es uno de los tumores característicos del síndrome de Lynch (SL). Nuestro objetivo es revisar nuestra serie de pacientes con SL y CE, realizando un análisis descriptivo de las características (genotipo, histología, edad, factores de riesgo) y sus posibles asociaciones.

**Material y Métodos:** Análisis descriptivo retrospectivo y multivariante de diagnosticadas de SL y CE entre 2005 y 2015 en el Hospital General Universitario de Elche.

**Resultados:** De las 46 pacientes incluidas, 65% (30) desarrollaron CE y el 23.3% (7) presentaron sincrónicamente otra neoplasia. La edad media al diagnóstico fue 48.7 años. El estadio IA supuso el 48.3% de los casos, seguido del estadio IB (17.24%). La histología endometriode fue la más frecuente (82.8%), seguida de patrones mixtos (endometriode y célula clara, 6.9%), (endometriode y mucinoso, 3.45%), (escamoso y mucinoso, 3.45%), y carcinosarcoma (3.45%). Al analizar las variantes del subtipo endometriode, el 62.5% fueron "not otherwise specified" (NOS), seguido de adenoescamoso (12.5%), villoglandular

(12.5%), escamoso (8.3%) y sarcomatoide (4.2%). El grado 1 fue el más frecuente (50%), seguido del 2 (34.62%). El 6.9% presentaban infiltración linfocitaria, poco frecuente si comparándolo con su frecuencia en adenocarcinomas de colon, y el 24,15 infiltración linfovascular. Había fallecido un 16%, el 85.7% debido al CE. Las características genéticas se muestran en la Tabla 1. Entre los factores de riesgo, el 29.2% eran fumadoras, el 9.1% habían usado anticoncepción farmacológica, el 42.1% presentaban sobrepeso y el 26.3% obesidad. La mediana de gestaciones fue de 2, (DE 10.9). El análisis de los datos muestra una tendencia a favor del incremento del riesgo del subtipo endometriode adenoescamoso frente a NOS con mayor número de embarazos (OR 4.3; IC 95% 0.99 – 18.62, p = 0.05) y edad de diagnóstico (OR 1.53; IC 95% 1.04 – 2.25, p = 0.032). No encontramos asociación para gen mutado ni para tipo de mutación en función del subtipo histológico. Tampoco observamos asociación significativa entre cáncer de endometrio y grado, infiltrado linfocítico ni linfovascular.

**Conclusión:** La histología endometriode fue la más frecuente, siendo el subtipo NOS el más representativo. Estos resultados concuerdan con la literatura publicada. La infiltración linfocitaria no es una característica frecuente en el CE. Debido el pequeño tamaño muestral no es posible establecer relaciones entre las características histológicas y factores de riesgo.

	MLH1	MSH2	MSH6	PMS2	EPCAM
<b>Missense</b>	0	0	1 (9%)	0	0
<b>Nonsense</b>	0	2 (16.7%)	3 (27.3%)	2 (100%)	0
<b>Frameshift</b>	2 (50%)	1 (8.3%)	2 (18.2%)	0	0
<b>Gran delección</b>	1 (25%)	0	0	0	0
<b>Splicing</b>	1 (25%)	3 (25%)	0	0	0
<b>Gran reordenamiento</b>	0	2 (16.7%)	0	0	1 (100%)
<b>Stop</b>	0	0	3 (27.3%)	0	0
<b>Perdidos</b>	0	4 (33.3%)	2 (18.2%)	0	0

Tabla 1. Relación gen mutado y tipo de mutación.

## ePóster 128

### Bevacizumab en primera línea en cáncer de ovario, experiencia de un centro.

**Miguel Santos García Carrasco, Purificación Estévez García, Alejandro Falcón González, Johanna Benedetti Pedroza, Alejandro González Forastero, Rocío Urbano Cubero, Gala Martínez Bernal, Elisa Calvo García** – Hospital Universitario Virgen del Rocío

**Introducción y Objetivos:** Bevacizumab (anticuerpo antiVEGF) en combinación con quimioterapia (QT) y como mantenimiento en primera línea de tratamiento ha demostrado beneficio en supervivencia libre de progresión en pacientes con cáncer de ovario avanzado, con dos estudios fase III que avalan

su uso. El objetivo de este estudio es describir la experiencia de nuestro centro con las pacientes tratadas con bevacizumab desde Junio 2014.

**Material y Métodos:** Hemos analizado retrospectivamente las pacientes con cáncer de ovario avanzado (estadio III o IV) tratadas con este esquema en el Servicio de Oncología Médica de nuestro hospital en los últimos cuatro años. Se recogieron datos demográficos, respuesta al tratamiento, toxicidad y supervivencia.

**Resultados:** Se identificaron 17 pacientes, con edad media al diagnóstico de 60 años. El 65% presentaban estadio IV al diagnóstico y el resto enfermedad residual >1cm. La mayoría tenían ECOG 0-1 (88%). La histología más frecuente fue la serosa (76%), seguida por la de células claras (18%), todas de alto grado. Sólo 3 pacientes presentaban mutación del gen BRCA (18%).

## Ginecológico y Hereditario-Ginecológico

La mediana de ciclos de QT (carboplatino y paclitaxel) más bevacizumab fue de 8 ciclos (rango 4 a 9) y de bevacizumab de mantenimiento de 18 ciclos (rango 4 a 55). Presentaron respuesta al tratamiento 16 pacientes, 12 respuesta parcial (71%) y 4 respuesta completa (23%). Nueve pacientes (53%) pudieron someterse a cirugía de intervalo, con resección completa en 6 de ellas. Con una mediana de seguimiento de 23 meses sólo 6 pacientes (35%) han progresado. Como toxicidad más relevante destacar HTA G3 en 2 pacientes y proteinuria G3 en otras dos pacientes (12%) que obligaron a discontinuar el tratamiento. Una paciente (6%) falleció como complicación atribuible al tratamiento (perforación intestinal) y otras dos a consecuencia de progresión de la enfermedad.

**Conclusión:** En nuestra experiencia, el tratamiento con bevacizumab añadido a la QT de primera línea es un tratamiento activo en el cáncer de ovario avanzado, con tasas de respuesta y supervivencia en nuestras pacientes similares (incluso algo mejores) que las publicadas en la literatura y con efectos secundarios manejables.

## ePóster 129

### Cirugía citorrreductora primaria versus cirugía de intervalo tras quimioterapia neoadyuvante en el cáncer de ovario estadio IV. Experiencia del Hospital Universitario Infanta Sofía.

**César Gómez Raposo, María Merino Salvador, Cristina Aguayo Zamora, Javier Heras, Margarita Elices Apellaniz, Eva Pelayo, María del Mar Lorido, Beatriz Varela, Cristóbal del Valle, Enrique Casado** – *Cirugía citorrreductora primaria versus cirugía de intervalo tras quimioterapia neoadyuvante en el cáncer de ovario estadio IV. Experiencia del Hospital Universitario Infanta Sofía.*

**Introducción y Objetivos:** Estudio retrospectivo que analiza la evolución de las pacientes diagnosticadas de un carcinoma epitelial de ovario (CEO) estadio IV tratadas de inicio con cirugía citorrreductora primaria (CCP) seguido de quimioterapia (QT) frente a las tratadas con QT neoadyuvante (NA) y cirugía citorrreductora de intervalo (CCI).

**Material y Métodos:** Se analizaron las pacientes con CEO estadio IV sometidas a cirugía citorrreductora de máximo esfuerzo en el Hospital Universitario Infanta Sofía desde Marzo de 2009 hasta Mayo de 2018. Se recogieron las siguientes características clínicas y anatomopatológicas de las pacientes; subtipo histológico, grado de diferenciación, tipo de QT NA o postcirugía, CCP vs CCI, uso de bevacizumab, recaída, cirugía de la recaída, segundas y posteriores líneas de tratamiento, y supervivencia global.

**Resultados:** Se incluyeron 15 pacientes, con una edad media al diagnóstico de 56,7 años (44-78). La mayoría (13) eran carcinomas serosos de alto grado. La tabla 1 presenta las características clínicas,

tipo de cirugía y resultados en términos de enfermedad residual (ER), tipo de QT administrada, la tasa y tipo de recaídas. Cinco pacientes fueron sometidas a cirugía de inicio. Las pacientes tratadas con QT NA recibieron 3 ciclos de carboplatino-paclitaxel (excepto dos pacientes que recibieron 4 y 5 ciclos). En el grupo de QT NA, seis pacientes recibieron un régimen de dosis densas y 4 pacientes en esquema trisemanal. Sólo una paciente recibió bevacizumab en este contexto. En el grupo de CCP hubo 3 recaídas (60%) mientras que en el grupo de CCI hubo 7 recaídas (70%), si bien en cada grupo una de las pacientes libre de progresión tiene un seguimiento menor de 6 meses. Dos pacientes en el grupo de CCP y una paciente en el grupo de CCI fueron sometidas a una segunda citorreducción en la recaída. La supervivencia global para todas las pacientes es de 40,7 meses, 37,4 meses en el grupo de CCI y 47,4 meses en el grupo de CCP.

	CCP	CCI
<b>N</b>	5	10
<b>Localización mts:</b>		
- Pleural	0	9
- Hueso	1	0
- Hígado	1	1
- Ganglionar	2	0
- Apéndice	1	0
<b>Histología</b>		
- Seroso	3	10
- Endometriode	1	0
- Células claras	1	0
<b>ER post-cirugía</b>		
- ER 0	2	7
- ER < 1cm	2	2
- ER > 1cm	1	1
<b>QT NA</b>		
- Cb-Pacl dd		5
- Cb-Pacl 3wk		4
- Cb-Pacl dd + beva		1
<b>QT post-cirugía</b>		
- Cb-Pacl dd	2	5
- Cb-Pacl 3wk	3	4
- QT+ beva	3	6
<b>Recaídas</b>	3	7
<b>ILP &lt; 6m</b>	0	1
<b>ILP 6-12m</b>	0	1
<b>ILP &lt; 12m</b>	3	5
<b>Citorreducción 2ª</b>	2	1
<b>Exitus</b>	0	4
<b>SG (meses)</b>	47,4	37,4

Tabla 1. Características de las pacientes con CEO estadio IV sometidas a cirugía citorrreductora de máximo esfuerzo.

**Conclusión:** Las pacientes con CEO estadio IV se benefician de la cirugía citorrreductora de máximo esfuerzo, y posiblemente este beneficio sea mayor con la CCP.





## ePóster 130

### EFICACIA Y TOXICIDAD DE PEMETREXED EN LINEAS AVANZADAS DE TRATAMIENTO EN CARCINOMA EPIDERMOIDE METASTÁSICO DE CÉRVIX.

**José Balsalobre Yago, Elena Conesa Nicolás, Mónica Martínez Penella, Iris Muñoz García, Ana Checa Soriano, Amelia Chica Marchal, Alice Viney, Maria Isabel Luengo Alcázar, Pablo Cerezuela Fuentes, Maria José Martínez Ortiz** – H. Universitario Santa Lucía. Cartagena.

**Introducción y Objetivos:** Tras los resultados obtenidos con el uso de pemetrexed en carcinoma de cérvix metastásico en el estudio CERVIX 1 por parte del grupo MITO, se abrió otra opción de tratamiento para esta patología. El objetivo es recoger nuestra experiencia de uso de pemetrexed en carcinoma de cérvix metastásico en segunda y sucesivas líneas de tratamiento fuera indicación en ficha técnica.

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo observacional retrospectivo donde se incluyeron a todas las pacientes con carcinoma epidermoide de cérvix metastásico tratadas con pemetrexed fuera de ficha técnica desde enero de 2015 hasta mayo 2018. Se realizó un informe de uso del medicamento en condiciones diferentes a las autorizadas junto con el consentimiento informado del paciente y se aprobó por la dirección del hospital. Los datos se obtuvieron del programa de validación y preparación de fármacos citostáticos (Farmis-Oncofarm®) y de la historia clínica electrónica (Selene®).

**Resultados:** Se evaluaron 4 mujeres con una mediana de edad de 56,5 años [45-67 años] y un ECOG inicial de 1 en todos los casos. El fármaco se empleó en segunda línea de enfermedad metastásica en 3 pacientes y en tercera línea en una de las mismas. La mediana de ciclos administrados fueron 2 [1-5]. La mediana de tiempo hasta primer evento adverso fue únicamente de 3,5 semanas [3-9]. Las causas de suspensión del tratamiento fueron: 2 pacientes presentaron toxicidad hematológica inaceptable (trombopenia grado IV) tras primer y segundo ciclo, respectivamente. En las otras 2 pacientes se suspendió por progresión de enfermedad tras 2 y 5 ciclos. Únicamente en una paciente se continuó con una línea de tratamiento sucesiva. Todas las pacientes presentaron efectos adversos grado III – IV: trombopenia grado IV (n=2), astenia grado III (n=2) e hipopotasemia grado III (n=1).

**Conclusión:** En nuestra experiencia, el uso de pemetrexed en carcinoma epidermoide de cérvix metastásico fuera de ficha técnica ha evidenciado un escaso beneficio clínico con una elevada toxicidad relacionada con el tratamiento. En relación con el estudio fase II CERVIX 1 se evidencian unos resultados significativamente inferiores a los reportados por el estudio.

## ePóster 131

### Enfermedad Trofoblástica Gestacional: revisión de los aspectos clínico-patológicos y del manejo terapéutico.

**Esther García Asencio, Carmen Salvador Coloma, Laura Palomar Abad, Helena De la Cueva Sapiña, Ana Santaballa Bertrán** – Hospital Universitari i Politècnic La Fe

**Introducción y Objetivos:** La Enfermedad Trofoblástica Gestacional (ETG) es una entidad infrecuente que engloba a un grupo de entidades clínico-patológicas muy heterogéneas. La incidencia en España es difícil de establecer, debido a la inexistencia de datos de los embarazos que degeneran en ETG.

**Material y Métodos:** El objetivo es conocer la presentación clínico-patológica más frecuente, factores de riesgo implicados, métodos diagnósticos más utilizados y describir el manejo terapéutico tanto quirúrgico como médico en nuestro centro. Para ello se ha realizado una revisión retrospectiva de las pacientes con ETG atendidas en el Servicio de Oncología Médica de nuestro centro entre 2008 y 2016.

**Resultados:** Análisis de 12 pacientes diagnosticadas de ETG entre 2008 y 2016. Mediana de edad de 33 años (rango entre 17 y 49 años). Al diagnóstico, 5 pacientes presentaban sangrado vaginal y el resto aumento de la BHCG, presentando 6 de ellas un aborto en el momento del diagnóstico y el resto un embarazo molar. 5 de las pacientes habían presentado un aborto previo. El diagnóstico histopatológico fue de coriocarcinoma en 2 pacientes, 6 con mola parcial y 4 con mola completa. Del total, 9 pacientes se clasificaron de bajo riesgo (score 6). Todas las pacientes recibieron tratamiento de primera línea y 4 precisaron una segunda línea de tratamiento (características en la tabla 1). En estos momentos todas las pacientes se encuentran vivas y libres de enfermedad.

Variables	N (%)
<b>Tratamiento de primera línea</b>	
Metotrexate	11 (91.7)
EMA-CO	1 (8.3)
<b>Tratamiento de segunda línea</b>	
EMA-CO	4 (33.3)
<b>Histerectomía</b>	3 (25)
<b>Motivo de histerectomía</b>	
Hemostasia	2 (16.7)
Masa tumoral	1 (8.3)

Tabla 1. Características del tratamiento médico y quirúrgico.

**Conclusión:** Actualmente, la ETG constituye un grupo de neoplasias que afecta fundamentalmente a mujeres jóvenes en edad fértil. Estas neoplasias, a pesar de potencial capacidad de malignización y metástasis, mantienen una alta tasa de curación y tasas de supervivencia cercanas al 100%. Sin embargo, existen pacientes que pueden ser refractarias al tratamiento de primera línea y precisar quimioterapia de rescate de segunda línea. Por lo tanto, es importante la selección del tratamiento adecuado al riesgo de la paciente y



## Ginecológico y Hereditario-Ginecológico

considerar, en los casos que sea posible, los deseos genésicos de la paciente.

## ePóster 132

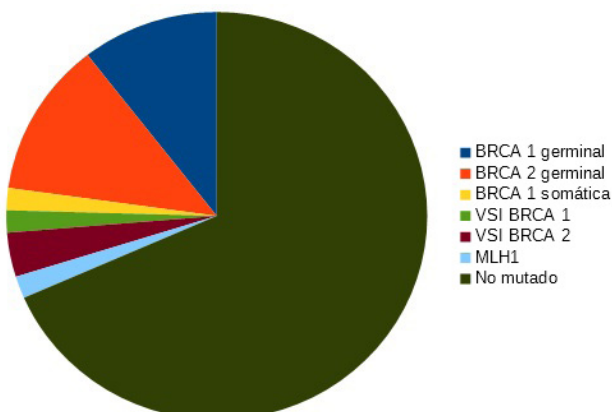
### Estudio del perfil mutacional del cáncer de ovario en la provincia de Jaén.

**Fernando Gálvez Montosa, Yessica Plata Fernandez, Ana Laura Ortega Granados, David Fernandez Garay, Jose Antonio Lopez Lopez, Natalia Luque Caro, Ana Jaen Morago, Margarita Fernandez Morales, Maria Lomas Garrido, Pedro Sanchez Rovira** – *Complejo Hospitalario de Jaén*

**Introducción y Objetivos:** Tras el diagnóstico de cáncer de ovario no mucinoso de alto grado, es mandatorio el estudio genético del estado mutacional de los genes BRCA 1 y 2. Supone un dato pronóstico y predictivo de respuesta a las sales de platino y a los inhibidores del PARP entre otros. No obstante, otras alteraciones genéticas pueden detectarse gracias a los avances tecnológicos que posibilitan realizar paneles multigenes. Presentamos los resultados de la cohorte de pacientes de nuestro centro.

**Material y Métodos:** Se incluyen 57 pacientes en seguimiento en nuestro servicio desde Enero de 2016 a Marzo de 2018 todas ellas diagnosticadas de cáncer de ovario no mucinoso de alto grado con estudio BRCA en algún punto de la historia de su enfermedad.

**Resultados:** La mediana de edad al diagnóstico fue de 56 años (rango 33-84). El 16 % fueron estadios localizados al diagnóstico, mientras que el resto fueron avanzados, con un 19 % de estadios IV de inicio. Se encontraron mutaciones germinales en 13 pacientes (23%), de las cuales, un 46% afectaban a BRCA-1 y un 54% a BRCA-2. Adicionalmente, se detectó un caso en una paciente afectada de síndrome de Lynch por mutación en MLH1, así como 3 variantes de significado incierto, 1 en BRCA-1 y 2 en BRCA-2. Entre los casos mutados, 3 mujeres presentaron también cáncer de mama metacrónico. No hay diferencias significativas en la edad de presentación entre ambos grupos (55,4 vs 57 años). Sin embargo, sólo el 6% de las pacientes mutadas fueron diagnosticadas en estadios precoces, frente al 19% de los casos no mutados.



Perfil mutacional en el cáncer de ovario de la provincia de Jaén.

**Conclusión:** Los resultados en la provincia de Jaén son concordantes con los reportados en la literatura. En futuras comunicaciones remitiremos el análisis de supervivencia, cuando haya un mayor seguimiento de las pacientes

## ePóster 133

### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA COHORTE DE PACIENTES DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER DE OVARIO Y PORTADORAS DE VARIANTE PATOGENICA EN BRCA1 / 2.

**Natalia Alonso Marín, Maitane Ocariz Díez, Andrea Sesma Goñi, Marta Gascón Ruiz, Mara Cruellas Lapeña, Elisa Quílez Bielsa, Patricia Iranzo Gómez, Alexia Fernández Ruiz, Raquel Andrés Conejero, Alfonso Yubero Esteban** – *Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*

**Introducción y Objetivos:** Aproximadamente un 3 a 5% de los casos de cáncer de mama y un 10% de los casos de cáncer de ovario se asocian a variantes patogénicas germinales en los genes BRCA1 y BRCA2, responsables del síndrome del Cáncer de Mama y Ovario Hereditario. La identificación de variantes patogénica germinales en BRCA en pacientes diagnosticadas de cáncer de ovario es relevante por las implicaciones terapéuticas y pronósticas que conlleva. En este trabajo se pretende evaluar la prevalencia de variantes patogénicas en los genes BRCA1 y BRCA2 en pacientes diagnosticadas de cáncer de ovario seroso de alto grado no seleccionadas por historia familiar y determinar como el resultado del test genético influye en el manejo clínico del cáncer de ovario.

**Material y Métodos:** Se trata de un estudio observacional, unicéntrico, retrospectivo, basado en una cohorte de 40 pacientes diagnosticadas de cáncer de ovario seroso de alto grado. Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables recogidas tanto epidemiológicas, clínicas, como las relacionadas con los antecedentes personales y familiares. Para el análisis de las curvas de supervivencia libre de progresión se ha utilizado el método de Kaplan y Meier.

**Resultados:** Se identificaron mutaciones patogénicas en BRCA 1/2 en 9 pacientes (5 en BRCA1 y 4 en BRCA2). La mediana de edad fue: 58,5 años (44-84). Estadio al diagnóstico: 2 casos I, 31 casos III, y 7 casos IV. La mediana de progresión de la enfermedad fue de 11 meses (2-96), de 19 meses en los casos con variante patogénica en BRCA 1 y 8 meses en los casos con variante patogénica en BRCA2. El 16,7% de las pacientes presentó resistencia a platino, el 47,2% sensibilidad intermedia y el 36,1% fueron sensibles. De las pacientes con variante patogénica en BRCA solo una de ellas presentó resistencia a platino. La mediana de supervivencia libre de progresión en pacientes con variante patogénica en BRCA fue de 19 meses frente a 16 meses en pacientes BRCA negativas, sin objetivarse diferencias estadísticamente significativas.

**Conclusión:** Las pacientes con cáncer de ovario portadoras de una variante patogénica germinal en BRCA1 y BRCA2 tienen mejor pronóstico en términos de supervivencia global que las

pacientes con BRCA negativo y responden mejor a la terapia con platinos en primera línea.

	PACIENTE 1	PACIENTE 2	PACIENTE 3	PACIENTE 4	PACIENTE 5	PACIENTE 6	PACIENTE 7	PACIENTE 8	PACIENTE 9
<b>BRCA (1/2)</b>	2	1	2	1	2	1	1	1	2
<b>EDAD</b>	77	77	73	45	58	53	58	51	65
<b>ESTADIO</b>	4	4	3	3	3	3	3	3	3
<b>ANTECEDENTES PERSONALES</b>	No	No	No	No	Si Ca.mama Sincrónico	No	No	No	No
<b>ANTECEDENTES FAMILIARES</b>	CA. Mama	Ca. ovario	Ca. Mama			Ca. Ovario			
<b>(Mama/ovario)</b>	Familiar 1er grado	Familiar 1er grado	Familiar 2º grado	No	No	Familiar 1er grado	No	No	No
<b>ILP</b>	3 meses	15 meses	8 meses	22 meses	25 meses	10 meses	2 meses	10 meses	4 meses
<b>SLP</b>	10 meses	19 meses	11 meses	29 meses	28 meses	16 meses	6 meses	15 meses	9 meses

Pacientes con variante patogénica en BRCA

### ePóster 134

## EXPERIENCIA CON OLAPARIB DE MANTENIMIENTO EN PACIENTES CON CARCINOMA DE OVARIO EPITELIAL DE ALTO GRADO CON MUTACIÓN BRCA Y RECAÍDA SENSIBLE A PLATINO EN EL H.U. VIRGEN DEL ROCÍO.

**Alejandro González Forastero, Marta Espinosa Montaña, Purificación Estévez García, Elisa Calvo García, Alejandro Falcón González, Miguel de los Santos García Carrasco, Paloma Santos Fernández** – Hospital Universitario Virgen del Rocío

**Introducción y Objetivos:** Los inhibidores de PARP (Poli ADP-Ribosa Polimerasa-PARPi) impiden la reparación del daño del ADN producido por quimioterapia (QT) induciendo la muerte celular en las células con déficit de recombinación homóloga debido, entre otras causas, a mutaciones en los genes BRCA 1/2. Las pacientes (ptes) con carcinoma de ovario epitelial de alto grado portadoras de dichas mutaciones han mostrado una mayor sensibilidad a platinos en estudios retrospectivos. Olaparib ha demostrado en diferentes ensayos clínicos eficacia y aceptable tolerancia como tratamiento de mantenimiento en recidivas platinos sensibles que hayan respondido a QT. En 2017 presentamos un análisis retrospectivo que avalaba estos datos con la experiencia recogida en nuestro centro. Este estudio actualiza dicho análisis un año después.

**Material y Métodos:** Análisis retrospectivo hasta mayo de 2018 de eficacia y tolerancia en ptes con carcinoma de ovario epitelial de alto grado BRCA mutadas con recidiva platinos sensible tratadas con Olaparib 400 mg/12 de mantenimiento tras respuesta a QT.

**Resultados:** Se han analizado un total de 13 ptes con una edad mediana de 56 años. Once ptes (85%) se diagnosticaron en estadios IIIA-IV y nueve (70%) presentaban antecedentes familiares de tumores de mama-ovario. Diez ptes (77%) portaban mutación en BRCA1 y tres (23%) en BRCA2. El 85% (11/13) presentaron recidiva peritoneal y el 40% (5/13) extraperitoneal con una media de 45 meses desde el diagnóstico. Previamente al inicio de olaparib todas las ptes habían recibido al menos 2 líneas basadas en platino. El 92% (12/13) de las ptes experimentaron toxicidad de cualquier grado: el 85% (11/13) grado 1 (predominantemente digestiva), el 70% (9/13) grado 2 (digestiva y astenia) y el 23% (3/13) grado 3 (anemia). Seis pacientes (46%) precisaron reducción de dosis y un pte interrumpió definitivamente el tratamiento por toxicidad hematológica. Con una mediana de seguimiento de 16 meses, 9/13 ptes (70%) permanecen libre de progresión y sólo un paciente falleció por la enfermedad.

**Conclusión:** Nuestros datos confirman la eficacia y seguridad de olaparib recogidas en la literatura. La toxicidad presentada fue en su mayoría de bajo grado fácilmente manejable, con un porcentaje de toxicidad G3 (anemia) similar al reportado.

## ePóster 135

### Experiencia en el Hospital Virgen del Rocío del Uso de Niraparib . Tolerabilidad y manejo como terapia de mantenimiento en pacientes con Cáncer de Ovario epitelial seroso, recidivado, que están en respuesta a terapia con platino.

Johana Benedetti Pedroza, Miguel De Los Santos García Carrasco, Alejandro Falcón Gonzalez, Purificación Estévez García, Elisa Calvo Garcia, Rocio Urbano Cubero, Gala Martínez Bernal – *Virgen Del Rocío*

**Introducción y Objetivos:** Los tumores de ovario constituyen un grupo heterogéneo de neoplasias. Alrededor del 20% son hereditarios, asociados a mutaciones de los genes BRCA 1 y 2. Estos genes forman parte del grupo de "genes supresores de tumores" y contienen la información para la producción de unas proteínas implicadas en la reparación del ADN. Los asociados a mutaciones BRCA se asocian a mejor pronóstico, y a mayor sensibilidad a platino e inhibidores de PARP. NIRAPARIB, Olaparib y Rucaparib, están aprobados como terapia de mantenimiento en recaída de la enfermedad platino sensible, independiente de la presencia de mutación BRCA o deficiencia de recombinación homóloga. NIRAPARIB es un inhibidor selectivo de las enzimas poli ADP-ribosa polimerasa humanas (PARP-1, PARP-2).

**Material y Métodos:** Se realizó una revisión retrospectiva de pacientes con diagnóstico Anatomopatológico de Cáncer de Ovario recidivado, sensible a platino, tratados en nuestro servicio con Niraparib. Se recogieron datos demográficos, clínicos, tratamiento y supervivencia.

**Resultados:** Se analizaron un total de 7 pac con edad entre 38 y 78 años, 4 pac con peso 140/90 mmhg, anemia G3 en 3 pac (42,9%), Neutropenia G3 en 2 pac (28,6%), plaquetopenia G3 en 2 pac (28,6%). 6 pac precisaron reducción de dosis (85,7%), de los 7 pac hasta la fecha 6(85,7%) mantiene respuesta clínica y radiológica y 1 ha presentado progresión de la enfermedad. Con una media de seguimiento de 7,5 M, no se ha presentado ningún exitus.

**Conclusión:** En nuestros pac, Niraparib ha tenido un significativo beneficio, sin embargo a dosis de 300 mg día no fue bien tolerado, precisando en el 85,7% reducción de dosis a 200mg con mejor tolerancia, manteniendo respuesta, independiente del peso y estado mutacional BRCA. Los efectos adversos de hipertensión en el 42,9%, neutropenia y plaquetopenia en el 28,6%, fueron bien manejados, con retraso en la administración y apropiada modificación de dosis, permitiendo la reintroducción, sin aumento de morbilidad ni mortalidad en nuestra cohorte.

## ePóster 136

### HISTORIAS DE LA VIDA REAL: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE PACIENTES EN PRIMERA RECAÍDA PLATINO SENSIBLE DE CÁNCER EPITELIAL DE OVARIO/TROMPA/PRIMITIVO PERITONEAL TRATADAS CON QUIMIOTERAPIA EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO.

Blanca Lourdes Trujillo Alba, M<sup>a</sup> Carmen Esteban Esteban, Juan David Cárdenas, Elia Martínez Moreno, Katheryn Martínez Barroso, Miguel Borregón Rivilla, Irene Ramos Reguera, Alba Ramos Garrido, Iciar García Carbonero, Jose Ignacio Chacón López-Muñiz – *Hospital Virgen de la Salud de Toledo*

**Introducción y Objetivos:** En el cáncer epitelial de ovario la cirugía y la quimioterapia basada en platino constituyen el pilar de tratamiento y consiguen altas tasas de remisión. Aquellas pacientes con ILP > 12 meses tienen una enfermedad platino sensible y con ILP entre 6-12 meses una enfermedad parcialmente sensible a platino.

**Material y Métodos:** Hemos realizado un análisis retrospectivo de las 41 pacientes con carcinoma de ovario/trompa/primitivo peritoneal con una 1ª recaída platino sensible tratadas entre 2008-2016. De éstas, 11 pacientes fueron intervenidas y a 10 de ellas pudo realizarse una reducción óptima (R0).

	Nº
<b>Edad</b>	63 a.
<b>ILP</b>	
6-12 meses	7
>12 meses	34
<b>Histología</b>	
SAG	23
Mixto	5
Endometrioides	6
Indiferenciado	5
SBG	2
<b>BRCA</b>	
Mutado	3
Wild type	15
Desconocido	22
VUS	1
<b>Cirugía al DG</b>	
Óptima	23
Subóptima	16
No	1
<b>QT 1ª</b>	
CB-Pac	39
CB-Doc	1
CB-DLP	1
<b>Mantenimiento</b>	
Bev	4
No	37

Tratamiento de 2ª línea: DLP-CB (25), DLP-CB-Bev (2), CB-Gem (11), CB-Gem-Bev (0), DLP-Trab (2), CB (1). Mantenimiento: Bev (2), No (39)

**Resultados:** Con un seguimiento mediano de 64.1 meses, han progresado 39 de 41 pacientes y han fallecido 22 de las 41 pacientes. Los datos de mSLP es 12.87 meses y la mSG es 35.53 meses. Análisis univariable de factores pronósticos:

1. Cirugía Óptima (R0):

La mSLP para cirugía optima es 17.43m y para cirugía subóptima/no cirugía es 10.00m. La mSG para cirugía optima es 78.80m y para cirugía subóptima/no cirugía es 29.43m.

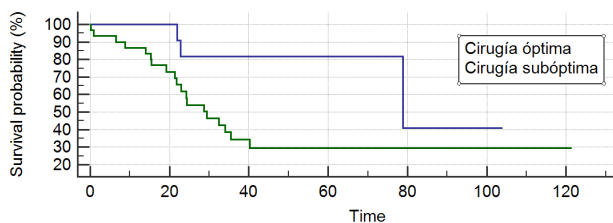
2. ILP:

La mSLP para ILP 6-12m es 12.87m y para ILP>12m es 11.83m. La mSG para ILP 6-12m es 22.87m y para ILP>12m es 40.20 m.

3. BRCA:

La mSLP para BRCA Mut es 17.00m, para BRCA WT+VUS es 14.97m y para Desconocido es 8.80m. La mSG para BRCA Mut es NA, para BRCA WT+VUS es NA y para Desconocido es 21.87m.

El perfil de toxicidad descrito ha sido: 2 muertes tóxicas. El 27% presentó neutropenia G3-4 y el 17% síndrome mano-pie.



Gráfica: SG mediana ( $P=0.0246$ ) de Cirugía óptima (azul) es de 78.80 m (IC95%: 78.80-78.80) y Cirugía subóptima/No cirugía (verde) es de 29.433m (IC95%: 21.80-40.20).

**Conclusión:** Con lo anteriormente descrito y a pesar de lo limitado de la muestra, se puede concluir que nuestros resultados son superponibles a la literatura publicada. La cirugía inicial completa, sin enfermedad residual, continúa siendo el factor pronóstico más importante que impacta en la supervivencia global.

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de todas las pacientes con carcinoma de ovario metastásico BRCA mutado que recibieron olaparib desde enero 2016 hasta marzo de 2018.

**Resultados:** Se incluyeron 4 mujeres con una mediana de edad de 59 años [50-61] y un ECOG inicial de 1 en todos los casos. Tres pacientes presentaban mutación germinal en BRCA1 y otra mutación germinal en BRCA2. Todas las pacientes a la recaída platinosensible fueron tratadas con platino más paclitaxel, y presentaron respuesta (2 respuestas completas, 1 respuesta parcial y 1 enfermedad estable) en la reevaluación tras finalización de tratamiento quimioterápico. Tres pacientes iniciaron olaparib de mantenimiento en la primera recaída y otra paciente a la cuarta recaída. La dosis utilizada de inicio fue la establecida en ficha técnica de 400 mg cada 12 horas. En el momento actual todas las pacientes continúan en tratamiento activo, con una mediana de duración de tratamiento de 8,11 meses y una mediana de seguimiento de 13 meses. Dentro de los eventos adversos objetivos destacan: anemia grado IV (n=1), astenia grado III (n=2), náuseas grado III (n=2), disnea (n=1) e hipotensión grado II (n=1). La anemia grado IV supuso la interrupción temporal del tratamiento y un primer nivel de reducción de dosis (200mg cada 12 horas), y en otro caso la astenia motivó la reducción de dosis hasta un segundo nivel (100mg cada 12 horas).

**Conclusión:** En nuestra experiencia aún no podemos definir la supervivencia libre de progresión dada la ausencia de progresión a olaparib a fecha actual tras una mediana de seguimiento de 13 meses. No obstante, dada la buena evolución de nuestras pacientes los datos esperables están cercar de alcanzar los obtenidos en el estudio pivotal (11,2 meses). Respeto a la seguridad del fármaco tuvimos dos pacientes en las que fue preciso reducir la dosis, sin a priori un detrimento de la efectividad.

### ePóster 137

## NUESTRA EXPERIENCIA DE TRATAMIENTO CON OLAPARIB DE MANTENIMIENTO EN CARCINOMA DE OVARIO METASTÁSICO.

José Balsalobre Yago, Elena Conesa Nicolás, María José Martínez Ortíz, Iris Muñoz García, Ana Checa Soriano, Amelia Chica Marchal, Alice Viney, María Isabel Luengo Alcázar, Pablo Cerezuela Fuentes, Mónica Martínez Penella – H. Universitario Santa Lucía. Cartagena.

**Introducción y Objetivos:** Los datos obtenidos en el Estudio 19y posteriormente replicados en el ensayo clínico SOLO-2 evidencian la efectividad de olaparib en la terapia de mantenimiento en pacientes con carcinoma de ovario metastásico en recaída platinosensible tras finalizar quimioterapia. El objetivo es evaluar la eficacia y seguridad de olaparib como tratamiento de mantenimiento en pacientes con carcinoma de ovario metastásico con mutación BRCA en recaída platinosensible.

### ePóster 138

## Optimización del tratamiento quirúrgico del cáncer de ovario avanzado: una perspectiva de ginecólogos expertos Españoles.

Lucas Minig – Instituto Valenciano de Oncología (IVO), Valencia. Javier de Santiago – MD Anderson Cancer Center, Madrid. Santiago Domingo – Hospital Politécnico La Fe, Valencia. Antonio Gil – Hospital Vall d'Hebron, Barcelona. Sergi Martínez – Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. Analia Rodríguez-Garzotto – Roche Pharma, Madrid. Luis Chiva – Clínica Universitaria de Navarra, Madrid

**Introducción y Objetivos:** Describir los requerimientos mínimos para la optimización del cuidado pre, intra y post quirúrgicos de los pacientes con cáncer de ovario avanzado recientemente diagnosticado en estadios III-IV.

## Ginecológico y Hereditario-Ginecológico

**Material y Métodos:** Revisión de la literatura en PubMed usando los términos "ovarian cancer" AND "surgical treatment" AND "neoadjuvant chemotherapy" AND "quality indicators" AND "centralization of care" AND "radiological evaluation" AND "ERAS protocol".

**Resultados:** La evaluación preoperatoria debe incluir un TAC de tórax-abdomen-pelvis, y CA125, CEA. La quimioterapia neoadyuvante debe ser indicada si: ECOG > 1, ASA = 4, edad > 75 años, o enfermedad irreseccable (Tabla 1) según un ginecólogo oncólogo previa muestra de tejido mediante laparoscopia y aguja gruesa guiada por ECO. La resección completa del tumor debe ser el objetivo principal de la citorreducción. Las cirugías deben ser realizadas por un equipo quirúrgico multidisciplinar liderado por un ginecólogo oncólogo. Los hospitales tienen que operar un mínimo de 20 casos al año con una tasa de citorreducción primaria del 60%; 70% de los cuales tienen que lograr una citorreducción completa. Todos los casos deben ser discutidos en una sesión clínica multidisciplinar y las instituciones tienen que participar de ensayos clínicos nacionales e internacionales. Los datos clínicos y oncológicos de todos los procedimientos quirúrgicos deben ser completados de forma prospectiva en una base de datos. El tiempo máximo desde la primera visita y el inicio del tratamiento debe ser de menos de 30 días. El tiempo entre la cirugía y el inicio de la quimioterapia adyuvante debe ser de 4-6 semanas. El tiempo entre el último ciclo de quimioterapia neoadyuvante y la citorreducción de intervalo debe ser de hasta 40 días. Las pacientes deben ser re-evaluadas con un TAC 4 semanas tras al citorreducción.

Característica
<b>RADIOLOGICAS</b>
Infiltración masiva del tronco celíaco
Infiltración de la cabeza o cuerpo de páncreas
Múltiple metástasis intra-hepáticas
Adenopatías en mediastino superior
Metástasis Pulmonares
Metástasis óseas / cerebrales
<b>QUIRÚRGICAS</b>
Infiltración difusa del estómago / duodeno (resección parcial es posible)
Infiltración de la cabeza o cuerpo de páncreas (la cola del páncreas puede ser reseçada)
Infiltración profunda de la raíz del mesenterio
Carcinomatosis difusa en la serosa del intestino delgado que requiera una resección extensa del mismo dejando un síndrome de intestino corto (intestino remanente <1.5 m)
Infiltración del tronco celíaco y arteria hepática

*Criterios radiológicos y quirúrgicos de irreseccabilidad en mujeres con cáncer de ovario avanzado*

**Conclusión:** La optimización del tratamiento inicial de los pacientes con cáncer de ovario avanzado es compleja y requiere un programa estructurado de gestión de la calidad de atención que incluya el buen juicio de un equipo multidisciplinario. Las cirugías realizadas por oncólogos ginecológicos con un entrenamiento adecuado en técnicas de citorreducción en los centros de referencia son factores cruciales para obtener mejores resultados clínicos y oncológicos.

## ePóster 139

### Paciente con cáncer de trompa de Falopio metastásico y larga supervivencia libre de progresión (SLP) tras tratamiento con Olaparib.

**Yessica Plata Fernandez, Fernando Galvez Montosa, David Fernandez Garay, Jose Antonio Lopez Lopez, Natalia Luque Caro, Francisco Jose Garcia Verdejo, Ana Jaén Morago, Pedro Sanchez Rovira** – *Complejo Hospitalario de Jaén*

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de Trompa de Falopio es uno de los tumores ginecológicos más raros. Normalmente se diagnostica cuando se encuentra en una situación avanzada. La cirugía, seguida de quimioterapia, es el tratamiento más habitual de este tipo de tumor. Presentamos el caso de una paciente diagnosticada de cáncer de trompa de Falopio avanzado con mutación BRCA2 y una larga SLP tras tratamiento de mantenimiento con Olaparib.

**Material y Métodos:** Revisión de historia clínica y bibliografía

**Resultados:** Mujer de 74 años diagnosticada en abril de 2014 de adenocarcinoma tubárico pobremente diferenciado, seroso de alto grado, E IV por carcinomatosis peritoneal y metástasis pleurales izquierdas. La paciente ingresó por TEP, ascitis y elevación de Ca125 7891 U/ml. Recibió tratamiento de primera línea con Quimioterapia según esquema carboplatino-paclitaxel, obteniendo una respuesta parcial importante por imagen y una respuesta clínica y bioquímica completa tras 8 ciclos. El estudio mutacional detectó mutación patogénica en BRCA-2. Recidiva peritoneal a los 18 meses por lo que se pauta nuevamente el mismo esquema de quimioterapia. La paciente consigue una respuesta parcial tras 6 ciclos de quimioterapia y en abril de 2016 inicia Olaparib de mantenimiento. A los 3 meses precisa reducción de dosis por anemia. Actualmente la paciente mantiene esta reducción de dosis, permanece asintomática, la enfermedad está estable según pruebas de imagen y con marcadores tumorales normales.

**Conclusión:** Olaparib es un inhibidor potente por vía oral de las enzimas poli ADP-ribosa polimerasa humanas (PARP-1, PARP-2 y PARP-3). Está autorizado en monoterapia para el tratamiento de mantenimiento de pacientes adultas con cáncer de ovario epitelial seroso de alto grado, trompa de Falopio, o peritoneal primario, con mutación BRCA (germinal y/o somática), sensible a platino, en recaída, que están en respuesta (respuesta completa o parcial) a quimioterapia basada en platino. En nuestro caso, la paciente mantiene una SLP de 2 años, muy superior a la obtenida en los ensayos de aprobación del fármaco, manteniéndose asintomática, sin toxicidad y con una excelente calidad de vida.





## ePóster 140

### Real World Data: análisis de los factores de riesgo para la recaída en el cáncer de endometrio.

Clara Martínez Vila, Júlia Giner Joaquim, Yolanda García García, Helena Oliveres Montero de Novoa, Maria Marin Alcalá, Paula Ribera Fernández, José Manuel Cabrera Romero, Clara Ejarque Martínez, Eugeni Saigi Grau – *Corporación Sanitaria Parc Taulí*

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de endometrio suele diagnosticarse en estadios precoces. Sin embargo, algunos pacientes con características patológicas agresivas tienen un alto riesgo de recaída. Nuestro estudio tiene como objetivo evaluar retrospectivamente cuáles fueron los factores de riesgo de recaída en nuestra población.

**Material y Métodos:** Se incluyeron todos los pacientes con cáncer de endometrio en nuestro centro entre 2000 y 2017. El análisis estadístico se realizó con el paquete informático IBM SPSS Statistics 24.0.

**Resultados:** 219 pacientes con una mediana de 65 años. Factores de riesgo clínicos: obesidad 31.8%, diabetes mellitus 19.4%, HTA 58.3%. 23,8% nulíparas y 3,7% exposición previa a tamoxifeno. Otros neoplasias estaban presentes en el 10% de los pacientes: FIGO RMN pélvica: EIA 36.8%, EIB 40.1%, EII 3.8%, EIIB 0.9%, EIIC 0.5%. FIGO TAC abdominal: EIA3.1%, EIB3.6%, EIVB 1.8%. El PET-TAC se realizó solo en el 5% de los pacientes. Histología: 86% endometriode grado 1 (tipo II) y 12,3% no endometriode (tipo II). Grado patológico en histeroscopia (GH) G1 60% G2 20% G3 20%. Factores patológicos en la cirugía: GH G1 43%, G2 30% G3 27%. Invasión miometrial 66,8%, linfovascular 17,6%, cervical 11,5%, serosa 5%, márgenes positivos 0,5%. Linfadenectomía pélvica 55.4% (2.8% positiva), paraórtica 3.8% (0.9% positiva). FIGO cirugía: EIA 42%, EIB 45.2%, EII 3.53%, EIIC1 8%, EIIC2 1.27%. Tratamiento adyuvante: BQT 16.1%, EBRT 21.5%, QT 8.8%. 18 pacientes recayeron, 77.8% a distancia. Factores de riesgo significativos para la recaída en el análisis multivariado: antecedentes familiares ( $p = 0,029$ ), no endometriode o tipo II ( $p = 0,048$ ), linfadenectomía paraórtica ( $p = 0,035$ ), GH quirúrgico ( $p = 0,015$ ), grado de invasión miometrial ( $\leq 50\%$  versus  $\geq 50\%$ ) ( $p = 0.014$ ), tamaño del tumor primario ( $p = 0.021$ ), invasión linfovascular ( $p = 0.001$ ), del estroma cervical ( $p = 0.048$ ), de la serosa ( $p = 0.001$ ). Tratamiento adyuvante: EBRT ( $p = 0,026$ ). La mediana de SG fue de 18,16 años.

**Conclusión:** El cáncer de endometrio tiene un buen pronóstico, sin embargo, algunos pacientes tienen factores patológicos desfavorables que aumentan su riesgo de recaída. Los factores pronósticos identificados en nuestra serie coinciden con los descritos en la literatura.

## ePóster 141

### Real World Data: Análisis de pacientes con cáncer epitelial de ovario tratadas con Bevacizumab en primera línea de tratamiento.

Tamara Díaz Redondo, Maria José Bermejo Perez, Maria Ruiz Vico, Ester Villar Chamorro, Ana Godoy Ortiz, Ana Maria Galeote de Miguel, Enrique Sáez Lara, Emilio Alba Conejo, Jose Manuel Jerez Aragonés, Alfonso Sánchez Muñoz – *Unidad de Gestión Clínica Intercentros de Oncología – Hospitales Universitarios Regional y Virgen de la Victoria de Málaga*

**Introducción y Objetivos:** La neoangiogénesis juega un papel importante en el desarrollo del cáncer de ovario. El anticuerpo monoclonal Bevacizumab ha sido aprobado para el tratamiento de primera línea en pacientes con cáncer de ovario EIII y IV. Varios estudios han probado el beneficio de Bevacizumab en SLP, si bien existe controversia en la dosis y duración óptimas del tratamiento. Nuestro objetivo es describir las características de una población con cáncer de ovario estadio III y IV tratada con quimioterapia y Bevacizumab en primera línea en un centro de referencia fuera de ensayo clínico.

**Material y Métodos:** Desde Julio del 2012 hasta Febrero del 2018 se incluyeron 39 pacientes diagnosticadas de cáncer epitelial de ovario EIII /IV tratadas con Bevacizumab y quimioterapia basada en platino (paclitaxel 175mg/m<sup>2</sup> + Carboplatino, AUC 6 trisemanal) durante 6 ciclos seguido de Bevacizumab de mantenimiento. Las características de la población están resumidas en la Tabla 1.

	N=39
<b>Mediana edad al dx (rango)</b>	56 años (33,73)
<b>Estadio al dx</b>	
III	82%
IV	18%
<b>Histología</b>	
Seroso	92%
Células claras	8%
<b>Grado.</b>	
2	5%
3	95%
<b>ECOG al dx</b>	
0	39%
1	56%
2	5%
<b>BRCA status</b>	
Mut germinal BRCA1	10%
Mut germinal BRCA2	10%
Mut somática BRCA	3%
Negativo	44%
Desconocido	33%



## Ginecológico y Hereditario-Ginecológico

<b>Tipo de cirugía</b>	
Primaria	64%
De intervalo	36%
R0	21%
R1	58%
R2	21%
<b>Dosis de Beva.</b>	
7mg/kg	8%
15mg/kg	92%
<b>Nº ciclos Beva</b>	
<15	38%
15	23%
20	23%
>20	16%
<b>HTA Grado 2-4</b>	20%

Tabla 1. Características clínico-patológicas.

**Resultados:** La mediana SLP de toda la población fue de 19,5 meses con una mediana de seguimiento de 26 meses. En las pacientes tratadas con menos de 15 ciclos la mediana de SLP fue de 12 meses frente a 23 meses en aquellas que recibían 15 ciclos y 22 meses en las que recibían 20. No observamos diferencias significativas entre las pacientes tratadas con cirugía de intervalo o primaria. En cuanto a la toxicidad, aproximadamente un 20% de las pacientes presentaron hipertensión arterial G2-4.

**Conclusión:** El tratamiento con Bevacizumab en combinación con quimioterapia en primera línea de cáncer de ovario es seguro y eficaz. Los resultados obtenidos en nuestra serie son comparables a los estudios randomizados publicados en pacientes incluidas en ensayos clínicos, con una tendencia a una mejor SLP en las que recibieron más tiempo de tratamiento con Bevacizumab.

## ePóster 142

## SÍNDROMES PARANEOPLÁSICOS Y CÁNCER DE OVARIO.

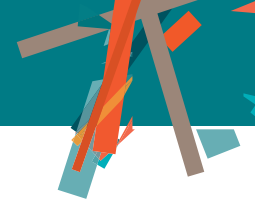
**Helena Pla Juher, Anna Carbó Bagué, Raquel Liñan Planas, Maria Pilar Barretina Ginesta, Walter Carbajal Ochoa, Ariadna Roqué Lloveras, Eduard Teixidor Vila** – Hospital Universitari Dr. Josep Trueta

**Introducción y Objetivos:** Los síndromes paraneoplásicos cutáneos pueden preceder el diagnóstico del cáncer de ovario. En muchos casos se asocian a peor pronóstico.

**Material y Métodos:** Reportar dos casos clínicos de pacientes con síndrome paraneoplásico cutáneo asociados a cáncer de ovario diagnosticados en el Hospital Universitari Doctor Josep Trueta de Girona y revisar la literatura publicada.

**Resultados:** CASO 1: Mujer de 57 años. Ingresó para estudio de lesiones cutáneas eritematosas y pruriginosas, debilidad muscular y disfagia. Valorada por Dermatología se orienta como dermatomiositis paraneoplásica e inicia corticoterapia. Se diagnostica de un carcinoma seroso de alto grado de ovario estadio IIIA1ii, tras la cirugía primaria completa presenta mejoría parcial de los síntomas. Completa quimioterapia adyuvante con resolución completa del cuadro, restando solo artromialgias residuales. La dermatomiositis es una miopatía inflamatoria autoinmune poco frecuente con una incidencia entre el 0.5-0.89/100.000 habitantes con predominancia femenina (2:1). En un 10-25% cursa como síndrome paraneoplásico, y en un 13.3-26% se correlaciona con cáncer de ovario. CASO 2: Mujer de 56 años que debuta con lesiones cutáneas eritematosas en tronco y espalda. Biopsia positiva para Síndrome de Sweet paraneoplásico. Inicia estudio ante sospecha de neoplasia subyacente con diagnóstico final de carcinoma seroso de alto grado de ovario estadio IIIC irresecable tras laparoscopia diagnóstica. Inicia tratamiento neoadyuvante con progresiva desaparición de las lesiones cutáneas con la respuesta de la neoplasia. El 20% de las pacientes con Sd. de Sweet padecen una neoplasia sólida (37% ginecológica) o hematológica y no hay diferencias entre sexos. Se debe descartar la existencia de una neoplasia en ausencia de otras causas plausibles (embarazo, fármacos, infecciones, enfermedades autoinmunes). En mujeres la principal causa son las neoplasias ginecológicas (cérvix, úter y ovario) y en hombres las y en los hombres, de tumores genitourológicos (próstata y testículos).

**Conclusión:** La presencia de síndromes paraneoplásicos como la dermatomiositis o el Síndrome de Sweet puede ser la manifestación inicial de cáncer de ovario. Su manejo depende fundamentalmente del control de la enfermedad con quimioterapia, terapia dirigida y/o cirugía incluyendo tratamiento con corticoides para control sintomático. Durante el seguimiento, la reaparición de los síntomas puede predecir la recurrencia o progresión radiológica, por lo que puede ser un importante marcador de recidiva y por tanto su seguimiento debe ser estricto.



## ePóster 143

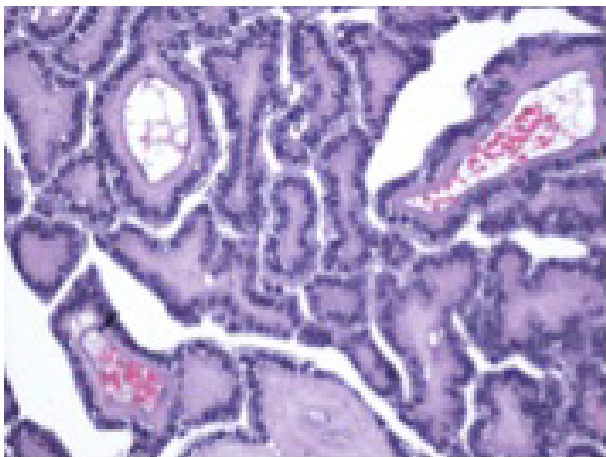
### STRUMA OVARI CON FOCO DE CARCINOMA PAPILAR TIROIDEO. APORTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

**Petra Rosado Varela, Alicia Quílez Cutillas** – Unidad de atención integral al cáncer. Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Puerta del Mar y Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz). **Carmen Salom Coveñas** – Servicio de otorrinolaringología del Hospital Universitario Puerta del Mar y Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz).

**Introducción y Objetivos:** El struma ovari con foco de carcinoma papilar tiroideo (SOFCT) representa una entidad de baja incidencia a menudo infradiagnosticados por sus criterios diagnósticos imprecisos. Sin embargo, constituye el tipo más frecuente de teratoma monodérmico y representa el 3% de todos los teratomas ováricos. Vamos a describir un caso de struma ovari y realizaremos una revisión bibliográfica de la literatura.

**Material y Métodos:** Exponemos el caso de una mujer de 40 años, asintomática, que acude a su revisión ginecológica anual detectándose de forma incidental al realizar una ecografía abdominal una masa quística en ovario izquierdo de 9 cm de diámetro. Ante la sospecha diagnóstica de cistoadenoma seroso se sometió a ooforectomía izquierda siendo remitida la pieza quirúrgica al servicio de Anatomía Patológica (AP) para estudio.

**Resultados:** El estudio AP informa de formación quística de 8 cm, con superficie lisa parda y áreas de tejido tiroideo con patrón micro-macrofollicular con una formación neoplásica epitelial de células foliculares tiroideas con patrón papilar de 1 cm de diámetro TTF1 positiva. Estos hallazgos confirman el diagnóstico de SOFCT. En el estudio de extensión se detectó por ecografía cervical un nódulo tiroideo izquierdo de 3 cm, decidiéndose tiroidectomía informada como bocio nodular coloide. Inició terapia tiroidea hormonal sustitutiva y se administró 100 mCi de I131 sin detectar hallazgos sugestivos de persistencia tumoral. La paciente se encuentra sana y continúa revisiones de su patología.



Anatomía patológica pieza quirúrgica

**Conclusión:** Se han descrito multitud de tipos de carcinomas tiroideos en el struma ovari, aunque los más frecuentes son el papilar y el folicular, presentando este último un peor pronóstico (1). La edad de presentación habitual se ubica entre la quinta y sexta décadas de la vida, y generalmente se trata de tumores asintomáticos. Los estigmas que definen al carcinoma papilar tiroideo son patrón en vidrio esmerilado, superposición o agrandamiento de núcleos, irregulares, revistiendo formaciones papilares con ejes fibrovasculares o invasión vascular similar a la de la glándula tiroidea cervical (2). La presencia de cuerpos de psamoma sugiere malignidad, aunque no es frecuente su hallazgo (3). El tratamiento de elección es histerectomía con salpinguectomía bilateral, aunque en el caso de pacientes con deseo de preservar la fertilidad y sin evidencia de enfermedad extraovárica, se puede considerar realizar una cirugía más conservadora.

## ePóster 144

### Supervivencia tras cirugía citorreductora de máximo esfuerzo y quimioterapia basada en platino en pacientes con cáncer epitelial de ovario (CEO), carcinoma de trompa de Falopio (CTF) y carcinomatosis peritoneal primaria (CPP): “Datos de la Vida Real en Oncología”.

**Parham Khosravi-Shahi, Luis Cabezón-Gutiérrez, Sara Custodio Cabello** – Hospital Universitario de Torrejón

**Introducción y Objetivos:** El CEO, el CTF y la CPP se asocian con mal pronóstico, y hasta el 15% de los casos son de carácter hereditario. La CCR y la quimioterapia basada en platino son los pilares fundamentales del tratamiento. Por ello, hemos llevado a cabo un estudio de una serie de casos consecutivos tratados en nuestro centro, con el objetivo de determinar el pronóstico de estas pacientes en condiciones reales, y conocer la proporción de pacientes con mutaciones germinales en genes relacionados con CEO hereditario y su correlación con las características clínico-patológicas.

**Material y Métodos:** Hemos realizado un estudio retrospectivo de una serie de casos consecutivos de pacientes con CEO, CTF y CPP en cualquier estadio FIGO tratadas y registradas en la base de datos del Registro de Tumores de nuestro Hospital, con el objetivo de determinar la supervivencia libre de progresión (SLP) y global (SG) en la vida real (objetivos primarios); así como la supervivencia post-progresión (SPP) y la proporción de pacientes con mutaciones germinales (objetivos secundarios).

**Resultados:** De las 61 pacientes registradas entre Octubre 2011 y Octubre 2017, un total de 43 pacientes consecutivas con CEO, CTF y CPP fueron finalmente incluidas en el estudio; excluyéndose

## Ginecológico y Hereditario-Ginecológico

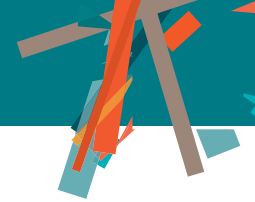
18 pacientes. La mediana de SLP fue de 53 meses; y la SLP a 1, 3 y 5 años del 84%, 54% y 40%, respectivamente. La mediana de SG no se había alcanzado, y la SG a 1, 3 y 5 años fue del 89%, 82% y 64%, respectivamente. La mediana de SPP fue de 60 meses, y la SPP a 5 años fue del 43%. Un total de 7 pacientes (16,3%) tenían mutaciones germinales: tres pacientes (6,9%) en el gen BRCA-2; dos (4,7%) en el gen BRCA-1, una (2,3%) en el gen ATM y otra en el

gen MUTYH (2,3%). Las características clínico-patológicas de este subgrupo de pacientes se detallan en la tabla 1.

**Conclusión:** Nuestro estudio demostró la importancia de la CCR y la quimioterapia basada en platino en la práctica clínica habitual; y pone de manifiesto la relevancia del consejo genético en estas pacientes.

Variable	Con mutación (n=7)	Sin mutación (n=36)
<b>Edad:</b>		
Mediana	60	56
Rango	43-82	29-78
<b>Performance Status (PS) al diagnóstico:</b>		
0	4(57%)	21 (58%)
1	3 (43%)	13 (36%)
2	0	2 (6%)
<b>Estadio FIGO:</b>		
IA	1 (14%)	4 (11%)
IC	0	7 (19%)
IIA	0	2 (6%)
IIIB	0	2 (6%)
IIIC	4 (57%)	18 (50%)
IV	2 (29%)	3 (8%)
<b>Subtipo histológico:</b>		
Carcinoma seroso	7 (100%)	20 (56%)
Carcinoma mucinoso	0	7 (19%)
Carcinoma endometriode	0	5 (14%)
Carcinoma de células claras	0	2 (6%)
Mixto	0	2 (6%)
<b>Localización del tumor primario:</b>		
Ovario	5 (72%)	36 (100%)
Peritoneal	1 (14%)	0
Trompa de Falopio	1 (14%)	0
<b>Grado Histológico (G):</b>		
G1	0	6 (17%)
G2	0	3 (8%)
G3	7 (100%)	27 (75%)
<b>Tipo de cirugía citorreductora (CCR):</b>		
CCR óptima de entrada	2 (29%)	21 (58%)
CCR óptima de intervalo	2 (29%)	8 (22%)
CCR subóptima de entrada	0	2 (6%)
CCR subóptima de intervalo	1 (14%)	4 (11%)
Sin CCR	2 (29%)	1 (3%)
<b>Primer tratamiento recibido:</b>		
Cirugía	2 (29%)	23 (64%)
Quimioterapia	5 (71%)	13 (36%)
<b>Antecedentes familiares oncológicos:</b>		
No	1 (14%)	32 (88%)
Cáncer de mama	3 (43%)	2 (6%)
Cáncer de ovario	3 (43%)	1 (3%)
Cáncer de mama y ovario	0	1 (3%)

Tabla 1: Características clínico-patológicas basales de las pacientes con mutaciones germinales en genes relacionados con el cáncer de ovario hereditario y su comparación con la población no portadora de mutaciones germinales.



## ePóster 145

**VALIDACIÓN DE LA TÉCNICA DEL GANGLIO CENTINELA COMO CRIBADO DE AFECTACIÓN GANGLIONAR EN MUJERES CON CÁNCER DE ENDOMETRIO ENTRE LOS AÑOS 2014-2017 EN EL HOSPITAL INFANTA SOFÍA.**

**Guillermo Visedo Ceballos** – Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. **María Esther Olvera Gallego, Paloma Lobo Abascal** – Hospital Universitario Infanta Sofía

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de endometrio es uno de los tumores malignos del tracto genital femenino con mayor prevalencia en el mundo occidental. El estadiaje es quirúrgico, siendo el gold standard la linfadenectomía pélvica y/o aortocava. La técnica del ganglio centinela, que tiene como finalidad la extracción de aquellos ganglios marcados por contraste, permitiría cirugías menos invasivas al evitar potenciales linfadenectomías innecesarias y limitaría potenciales terapias coadyuvantes con quimio/radioterapia, y su potencial toxicidad en estadios tempranos, mejorando de esta manera el estadiaje de esta enfermedad.

**Material y Métodos:** Estudio Retrospectivo en mujeres con edades comprendidas entre los 30-86 años diagnosticadas de

cáncer de endometrio a las que se les realizan las técnicas de linfadenectomía y de ganglio centinela en el Hospital Universitario Infanta Sofía (HUIS) entre los años 2014-2017.

**Resultados:** De las 24 pacientes que finalmente fueron incluidas en el estudio, 3, no captaron el contraste verde indocianina y hubo un falso negativo. Se obtuvo una captación de contraste del 87,5%, un 42,86% de bilateralidad y una tasa de detección del 20,8%. Los resultados de la validación fueron los siguientes: S 83,33% I.C ( 36,48-99,12%), E 11,11% (1,95-36,07%), LR + 0,94% (0,63-1,39%), LR- 1,50% (0,16-14%), índice kappa -0,03 I.C (0,134-0,197%).

**Conclusión:**

- De acuerdo a los resultados de la investigación, no existen datos concluyentes para validar la técnica del GC en el cáncer de endometrio frente a la linfadenectomía convencional.
- Las tasas de detección en los primeros estudios de técnica del GC en otros tumores ginecológicos como vulva, mama, dieron mejores resultados que los observados hasta ahora en cáncer de endometrio.
- Aunque los detractores de la técnica de la inyección pericervical han alertado sobre la diferencia de diseminación ganglionar entre el cuello uterino y el cuerpo, no fue el caso de este estudio, ya que en 4 pacientes se detectaron ganglios paraaórticos con captación del trazador.

## INMUNOTERAPIA

## ePóster 146

**¿Es posible identificar a los pacientes con cáncer de pulmón no microcítico que tendrán mala evolución a la inmunoterapia?**

**Elisa Mañas Mora, Inmaculada Ramos García, Marta Robles Lasarte** – Hospital Universitario Virgen de la Victoria.  
**Emilio Alba Conejo** – Hospital Universitario Regional de Málaga y Hospital Universitario Virgen de la Victoria

**Introducción y Objetivos:** La inmunoterapia (IT) ha cambiado el paradigma del tratamiento del cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) avanzado. A pesar de los beneficios demostrados, todavía existen pacientes que no responden a estos tratamientos. Nuestro objetivo es identificar algunas características clínicas que nos ayuden a seleccionar este subgrupo de pacientes.

**Material y Métodos:** Estudio de cohortes retrospectivo. Se han analizado las historias clínicas de 114 pacientes con CPNM avanzado, o recurrente tratados con IT en segunda línea o posteriores, y en primera línea (ensayo clínico) desde su uso expandido hasta marzo de 2018, en el servicio de Oncología de Málaga. Hemos dividido a los pacientes en aquellos que reciben 4 o menos ciclos denominándolos rápidos progresores (RP) y aquellos que reciben más de 4 ciclos. Se realizó el análisis estadístico con el software SPSS versión 23.0.

**Resultados:** Encontramos diferencias significativas entre los RP vs los que habían recibido >4 ciclos, respecto al nº de tratamientos previos. 36,4% vs 18,7% respectivamente. Con una mediana de seguimiento de 6 meses (0-31 meses), la mediana de SG fue similar

a los estudios (10 meses). A su vez, dividimos a los pacientes de la cohorte de RP (< 4 ciclos de IT por fallecimiento/progresión), en dos grupos según el tiempo de progresión a QT previa, en menos de 6 meses desde el inicio, o posteriormente. Obtuvimos diferencias significativas en supervivencia global, con una mediada de 4 vs 12 meses ( $p=0.016$ ). Perfil de toxicidad muy tolerable, siendo la mayoría en grado leve (en un 62% pacientes). Astenia la más frecuente. Además encontramos relación entre los pacientes con mayor grado de toxicidad y una respuesta más prolongada al tratamiento inmunoterapia. ( $p=0,002$ ).

**Conclusión:** Encontramos pacientes que progresan de forma temprana a la inmunoterapia. Nuestro estudio sugiere diferencias entre el tiempo a la progresión desde el inicio del tratamiento previo y el número de líneas. Resaltamos la importancia de encontrar tanto biomarcadores como características clínicas que nos ayuden a seleccionar mejor los pacientes.

Tabla 1. Características basales de los pacientes

	Todos los pacientes: 114	*Progresores rápidos: 44	No progresores rápidos: 70	p-valor
<b>Hospital (%)</b>				
-HUVV	40 (35,1%)	18 (40,9%)	21 (30,4%)	0,253
-HRM	74 (64,9%)	26 (59,1%)	48 (69,6%)	
<b>Sexo</b>				
Hombre no.(%)	87 (76,3%)	37(84,1%)	49 (71%)	0,112
Mujer no.(%)	27 (23,7%)	7 (15,9%)	20 (29%)	
<b>Edad</b>	62,6			
(Media, Mediana, rango)	63 (35-85)	62 (77-35)	63(85-48)	<b>0,039</b>
Edad>75 años (%)	7,9%	4,6%	11,4%	
<b>ECOG (%)</b>				
0-1	94,7%	95%	92,7%	0,431
2	5,3%	4,5%	5,8%	
<b>Hábito tabáquico %</b>				
-Fumadores actuales o exfumadores	92,7%	90,9%	89,9%	0,666
-Nunca fumadores	5,5%	4,5%	5,8%	
-Fumadores de >40 paq/año	59,8%	45,5%	58%	0,558
<b>Histología:</b>				
-Adenocarcinoma	45,9%	43,2%	46,4%	
-Escamoso	44,1%	45,5%	40,6%	0,829
-Indiferenciado	7,2%	4,5%	8,7%	
-Adenoescamoso	2,7%	2,3%	2,9%	
<b>Nº de localizaciones metastásica (%):</b>				
-1	52,7%	43,2%	58%	
-2	17,9%	18,2%	17,4%	
-3 o más	28,6%	31,8%	24,6%	0,336
<b>Localización metastásica (%)</b>				
-SNC	18,4%	22,7%	15,9%	0,366
-Hepática	19,3%	38,6%	27,5%	0,236
-Hueso	32,5%	38,6%	27,5%	0,217
<b>Nº de tratamientos previos (%)</b>				
-0	17,5%	9,1%	23,2%	
-1	56,1%	54,5%	58%	
-2	17,5%	22,7%	13%	<b>0,011</b>
-3 o más	8,8%	13,7%	5,7%	
<b>Mejor respuesta a tratamiento previo:</b>	4,4%	0%	7,2%	
-RC	24,6%	18,2%	27,5%	
-RP	16,7%	25%	11,6%	
-EE	34,2%	45,5%	27,5%	<b>0,001</b>
-Progresión	20,1%	11,3%	26,2%	
-No evaluable				
<b>Tiempo desde quimioterapia previa (media, mediana, en días)</b>	261,21 169,00	104,58 113,00	384,58 293,50	0,112

\*Progresores rápidos: aquellos que han recibido 4 ciclos o menos



## ePóster 147

**ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA CON INMUNOTERAPIA EN NUESTRO CENTRO HOSPITALARIO EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS.**

**José Balsalobre Yago, María José Martínez Ortíz, Pablo Cerezuela Fuentes, Ana Checa Soriano, María Isabel Luengo Alcázar, Alice Viney, Iris Muñoz García, Elena Conesa Nicolás, Mónica Martínez Penella, María Teresa García García** – *H. Universitario Santa Lucía. Cartagena.*

**Introducción y Objetivos:** Tras el inicio del uso de inmunoterapia hace 4 años en nuestro centro hospitalario, se pretende analizar la experiencia de su uso y las indicaciones de la misma.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo observacional de todos los pacientes tratados con inmunoterapia en nuestro centro hospitalario desde enero 2014 hasta abril 2018. La selección de pacientes se ha realizado mediante acceso a la plataforma de tratamiento citostático (Farmis Oncofarm 3.0 v.12.100) y la historia clínica electrónica (Selene v5.3.3, Siemens).

**Resultados:** Se utilizó la inmunoterapia como tratamiento en 51 pacientes. En todos los casos las neoplasias eran estadios metastásicos y la intención del tratamiento era paliativa. El tratamiento inmunoterápico más utilizado ha sido Nivolumab 62.7% (n=32), seguido de Pembrolizumab 31.5% (n=16), Ipilimumab 3.9% (n=2) y combinación Ipilimumab más Nivolumab 1.9% (n=1). En la utilización por indicaciones Nivolumab se empleó como tratamiento para carcinoma pulmonar en el 83.4% (n=27) y para renal en el 16.6% (n=5) de los casos. Respecto a Pembrolizumab se utilizó para melanoma (n=11) en un 68.75%, seguido de pulmón 18.75% (n=3) y por último vejiga 12.5% (n=2). En cuanto a Ipilimumab su uso se limitó exclusivamente a melanoma (n=2). Y por último en un único paciente se utilizó la combinación Ipilimumab más Nivolumab. En el análisis de las líneas de tratamiento de manera global, Nivolumab se utilizó como primera línea de tratamiento en un 9.37% de las ocasiones, en segunda línea en el 50%, y en 3ª y sucesivas líneas en el 40.63% de los casos. Pembrolizumab en el 68.75% se empleó en primera línea, el 25% en segunda línea y el 6.25% de las ocasiones en tercer línea. Ipilimumab tanto en monoterapia como en combinación con Nivolumab únicamente se administraron en primera línea de tratamiento.

**Conclusión:** El uso de inmunoterapia en nuestro centro se limita únicamente a tres fármacos: Nivolumab, Pembrolizumab e Ipilimumab. El fármaco más utilizado de manera significativa es Nivolumab (62.7%) secundario al programa de uso expandido en líneas avanzadas de carcinoma pulmonar desarrollado en 2015, lo que explica su uso en un 90.63% de los casos en segundas y sucesivas líneas de tratamiento. Por último cabe reflejar la diferencia de experiencia de Nivolumab (n=27) vs Pembrolizumab (n=3) en pacientes con carcinoma de pulmón metastásico en nuestro centro hospitalario.

## ePóster 148

**Características clínicas de largos supervivientes con Nivolumab en pacientes pretratados con Cáncer de Pulmón No Microcítico avanzado en un escenario de mundo real (Real-World Data, RWD).**

**Miguel García Pardo de Santayana, Iker Aguilar Caballero, Iñigo Martínez Delfrade, Inmaculada Aparicio Salcedo, Marta Arregui Vallés, Manuel Alva Bianchi** – *Hospital Gregorio Marañón. Miriam Lobo de Mena* – *Hospital General Universitario De Valencia. Antonio Calles Blanco, Rosa María Álvarez Álvarez* – *Hospital Gregorio Marañón*

**Introducción y Objetivos:** Se realiza un estudio retrospectivo con pacientes con CPNMa de la práctica clínica habitual que recibieron tratamiento con nivolumab tras progresión a quimioterapia. Se analizan las características clínicas basales de los pacientes largos supervivientes con el objetivo de encontrar factores predictivos de respuesta.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes con CPNMa tratados entre enero de 2015 y abril 2018 con Nivolumab a dosis de 3mg/kg cada 2 semanas fuera de ensayo clínico en nuestra institución. Revisamos datos de pacientes en práctica clínica habitual para analizar las características clínicas de aquellos pacientes que continuaban vivos tras 2 años de comenzar el tratamiento con nivolumab.

**Resultados:** Identificamos 38 pacientes que cumplieron los criterios de elegibilidad. De ellos, 7 pacientes (18%) continuaban vivos a los 2 años de recibir la primera dosis de nivolumab. La media de edad al diagnóstico fue 63 años (rango 52-73). Seis pacientes (86%) presentaban antecedente de tabaquismo y 6 (86%) tenían histología no escamosa. El 86% presentaban ECOG 0/1. Tres pacientes recibieron nivolumab en segunda línea, tres en cuarta línea y uno en quinta línea. Dos pacientes (29%) presentaban metástasis cerebrales y uno metástasis en  $\geq 4$  localizaciones. Dos pacientes recibieron tratamiento antibiótico en el mes previo y 1 paciente recibió tratamiento con corticoides. Se objetivaron un total de 3 respuestas parciales (43%), 2 estabilizaciones (29%) y 2 progresiones como mejor respuesta a nivolumab por criterios RECIST 1.1. En el momento de cierre de la base de datos, dos pacientes continuaban en respuesta tras dos años de seguimiento, y 5 pacientes que progresaron a nivolumab recibieron tratamiento posterior (quimioterapia n=3, nivolumab n=1, osimertinib n=1). Ningún paciente suspendió el tratamiento con nivolumab por toxicidad.

**Conclusión:** En nuestro estudio, el 18% de pacientes con CPNMa estaban vivos a dos años de seguimiento desde el inicio de nivolumab. Las características clínicas de los pacientes con CPNMa del mundo real no permitieron predecir el beneficio a largo plazo de nivolumab. Son necesarios biomarcadores para optimizar la selección de pacientes que más se benefician a largo plazo con inmunoterapia.



**ePóster 149**

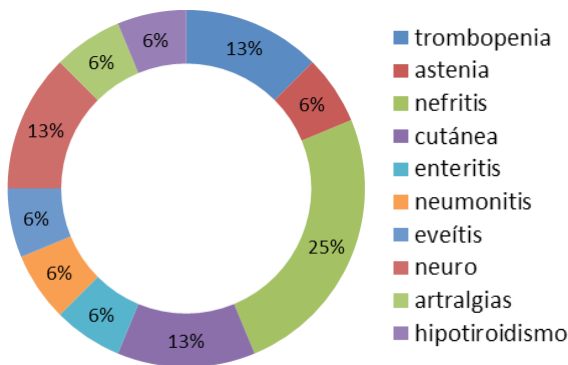
**Descripción de toxicidad en pacientes tratados con Nivolumab, experiencia en nuestro centro.**

**Alejandra Ivars Rubio, Marta Zafra Poves, Esmeralda García Torralba, Manuel Sánchez Cánovas, Renato Salguero Aguilar, José Antonio Macías Cerrolaza, Francisco Ayala de la Peña** – Hospital Morales Meseguer

**Introducción y Objetivos:** La inmunoterapia ha supuesto un cambio en el tratamiento y manejo de los pacientes con cáncer avanzado. Su uso ha obligado a conocer otro tipo de toxicidades con un diferente manejo de las mismas, siendo indispensable un manejo por equipos multidisciplinares. Partimos del análisis de las toxicidades de Nivolumab, hasta ahora el fármaco con más trayectoria en nuestro centro.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo donde analizamos los 84 pacientes con cáncer avanzado (pulmón, renal, linfoma, vejiga y cabeza y cuello) tratados con Nivolumab en nuestro centro desde 2015 a 2018. Recogimos las variables relacionadas con la enfermedad (tipo de tumor, histología, estadio, nº líneas previas), características de los pacientes (ECOG, edad) y toxicidad del tratamiento (tipo de toxicidad, grado, y si ésta fue la causa de suspensión del tratamiento). Se analizó la toxicidad grado 2 o mayor.

**Resultados:** El 19% de pacientes presentó toxicidad grado 2 o mayor, limitando así la correcta administración del tratamiento por los retrasos en la administración, con un 8.3% de toxicidad grado 3-4. En cuanto al tipo de toxicidad, el 13% presentó trombocitopenia, el 25% nefritis y el 13% toxicidad cutánea y neurológica (3 casos de síndrome de Guillain-Barré, uno de ellos fallecido por esta causa), (figura 1). De las causas que llevaron a la suspensión del tratamiento, un 60.7% fue debido a progresión de la enfermedad y sólo un 8.3% por toxicidad. Se analizó la relación entre la toxicidad en función del ECOG, histología, líneas previas o edad, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos. El 25% de pacientes continúa con tratamiento actualmente, con mediana de SG de 22.8 meses.



Tipos de toxicidad grado 2 o mayor

**Conclusión:** En nuestra serie, destaca la toxicidad inmunomediada, similar a las series publicadas. A destacar toxicidad neurológica (3 casos de Guillain-Barre, uno de ellos grado 5 que supuso la muerte del paciente). No encontramos ninguna característica que pudiera predecir la aparición de toxicidad. El 25% de los pacientes continúa actualmente en tratamiento, sin toxicidad relevante y con una mediana de SG de 22.8 meses. Sería interesante disponer de biomarcadores predictores de respuesta y de toxicidad (PDL1, infiltración linfocitaria, microambiente tumoral) que permitiesen conocer qué pacientes pueden beneficiarse de estos tratamientos.

**ePóster 150**

**DETECCIÓN, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DEL OJO SECO SECUNDARIO A INMUNOTERAPIA.**

**José Balsalobre Yago, Elena Conesa Nicolás, María José Martínez Ortíz, Ana Checa Soriano, María Isabel Luengo Alcázar, Alice Viney, Iris Muñoz García, Amelia Chica Marchal, Mónica Martínez Penella, Pablo Cerezuela Fuentes** – H. Universitario Santa Lucia. Cartagena

**Introducción y Objetivos:** La asociación de ojo seco secundario a inmunoterapia es un efecto no descrito dentro de las toxicidades observadas en los distintos ensayos clínicos. Según la ficha técnica de nivolumab y pembrolizumab el efecto adverso ojo seco es clasificado como poco frecuente según los criterios del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOSM) de clasificación de las reacciones adversas sin especificar su manejo. En nuestro hospitalario se detectó una incidencia superior a la esperable en pacientes en tratamiento con nivolumab y pembrolizumab en cualquiera de sus indicaciones. Ante este hecho se elaboró un protocolo de detección, evaluación y tratamiento del ojo seco secundario a inmunoterapia.

**Material y Métodos:** Estudio prospectivo realizado entre enero 2018 a mayo 2018 de pacientes en tratamiento con nivolumab o pembrolizumab en cualquier indicación oncológica y línea de tratamiento. Para la identificación y valoración de la respuesta del ojo seco se utilizó el cuestionario validado OSDI (Ocular Surface Disease Index). El valor esperado dentro de la normalidad es inferior al 13%. Posteriormente se elaboró un protocolo de tratamiento del efecto adverso ojo seco por un equipo multidisciplinar formado por los Servicios de Oncología, Oftalmología y Farmacia.

**Resultados:** Durante este periodo 9 pacientes recibieron tratamiento con pembrolizumab y 10 con nivolumab. 3 pacientes tratados con pembrolizumab y 5 pacientes tratados con nivolumab presentaron sintomatología de ojo seco

## Inmunoterapia

tras el inicio del tratamiento. A los pacientes se les pasó el cuestionario OSDI previo a la aplicación de tratamiento tópico, obteniendo un valor medio del 37,7% [19 – 57%]. Como medida terapéutica se implantó la utilización a demanda de un colirio de trehalosa y hialuronato de sodio. Tras la administración del tratamiento se volvió a cumplimentar nuevamente el cuestionario OSDI obteniendo un valor medio del 24,2% [11 – 37%]. En dos casos pese a la mejoría de la sintomatología, los pacientes fueron remitidos para valoración oftalmológica por no considerar adecuado aun el control clínico conseguido.

**Conclusión:** Nuestros resultados muestran que la aparición de ojo seco en pacientes tratados con pembrolizumab y nivolumab es superior a la descrita en las fichas técnicas de estos medicamentos. Los resultados de la encuesta realizada tras la implantación del protocolo demostraron una mejoría en la sintomatología ocular con el uso de colirio de trehalosa y hialuronato de sodio.

## ePóster 151

### Efectos adversos endocrinológicos (EAE) inmunorelacionados (IR) asociados a inmunoterapia (IT): experiencia retrospectiva de un centro.

**Sofía España** – ICO Badalona. **Alejandra Pérez** – Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. **Marc Cucurrull** – ICO Badalona. **Montse Marques** – Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. **Andrea Plaja, Angelica Ferrando** – ICO Badalona. **Jose Maria Velarde** – IGTP. **Teresa Moran, Olatz Etxaniz** – ICO Badalona

**Introducción y Objetivos:** La IT ha representado un cambio en el paradigma terapéutico de diversos tumores sólidos (TS). Aunque tiene un perfil de seguridad más favorable comparado con la quimioterapia, la IT asocia también EA-IR entre los que

destacan los EAE. Nuestro estudio evalúa de forma retrospectiva los EAE-IR en una cohorte de pacientes (p) con diversos TS tratados con IT. Además pretende determinar la correlación entre el desarrollo de EAE-IR y la supervivencia global (SG) y libre de progresión (SLP) en estos p.

**Material y Métodos:** Se identificaron 260 p tratados con IT entre marzo de 2013 y julio de 2017. Se recogieron los datos clínicos, moleculares, de eficacia en términos de respuesta y supervivencia y toxicidad en forma de EAE-IR.

**Resultados:** Las características clínicas y detalles del tratamiento del global de los 260p quedan resumidas en la tabla 1. Para la evaluación de EAE-IR se excluyeron del análisis 72p por antecedentes que pudieran interferir con los resultados (31p patología tiroidea previa; 41p tratamiento potencialmente tirotóxicos). La incidencia de EAE-IR fue del 13,07% y consistieron en hipotiroidismo (hT) en 5,38%, hipertiroidismo (HT) en 1,15% e hT e insuficiencia adrenal en el contexto de hipofisitis en 11,7%. Los EAE-IR se asociaron a N, N/Ipilimumab, P y A en 41,2%, 26,4%, 17,6% y 17,6%, respectivamente. Los EAE aparecieron tras una media de 4,2 ciclos de IT (1-16). Todos los p fueron controlados en Endocrinología. El estudio de inmunológico y ecográfico se realizó en 22,2% y 11,8% de los p, respectivamente. Precisaron tratamiento 21p (1p esteroides, 16p levotiroxina, 4p antitiroideos). El 4,11% de los p normalizó las pruebas tiroideas, mientras que el 41,2% y 8,8% presentaron hT e HT permanentes, respectivamente. La mSLP y SG del total de p fueron de 31,3 (22,07-40,61) y 40,48 (31,94-49), respectivamente. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en SLP y SG en los p que presentaron EAE-IR respecto a los p que no tuvieron EAE-IR (Tabla1).

**Conclusión:** La incidencia de EAE-IR de nuestra serie es similar a la de otras series de pacientes. La aparición de estas toxicidades pone de manifiesto la necesidad de abordaje multidisciplinar. Mediante el seguimiento prospectivo por parte del equipo de endocrinología puede ofrecerse un mejor abordaje diagnóstico y terapéutico a todos los pacientes que inician IT independientemente del tipo de TS.



	media	rango
<b>Edad (años)</b>	43,2	(22-83)
	<b>Número de pacientes (n)</b>	<b>%</b>
<b>Tipo de tumor sólido (TS)</b>		
pulmón	182	70
urológico	26	10
melanoma	39	15
miscelánea	13	5
<b>Género</b>		
Varón	198	76,1
Mujer	62	23,8
<b>Indicación de IT</b>		
enfermedad avanzada	243	93,5
enfermedad local	17	6,5
<b>Tipo de tratamientos (IT)</b>		
<b>antiPD1</b>		
nivolumab (N)	136	52,3
pembrolizumab (P)	40	15,4
nivolumab (N)/ipilimumab (I)	17	6,5
Otras combinaciones	7	2,3
<b>antiPDL1</b>		
atezolizumab (A)	36	13,9
durvalumab (D)	8	3,1
combinaciones	7	2,7
<b>antiCTLA4</b>		
ipilimumab(I)	9	3,5
<b>EAE-IR</b>		
presentes	34	13,07
ausentes	226	86,9
<b>TS con EAE-IR</b>		
pulmón	20	58,8
urológico	2	5,9
melanoma	11	32,4
miscelánea	1	2,9
<b>Tratamiento del EAE-IR</b>		
ninguno	13	38,2
esteroides	1	2,9
levotiroxina	16	47,05
antitiroideos	4	11,7
<b>Eficacia</b>		
	<b>EAE-IR</b>	<b>no EAE-IR</b>
mSLP (IC95%), meses (log-Rank p=0,003)	56,7 (NC-NC)	27,7 (20,4-35,1)
mSG (IC95%), meses ( log-Rank p=0,004)	NA (NC-NC)	35,4 (25,7-45,1)

Tabla 1. Características clínicas, demográficas, detalles de tratamiento y EAE-IR en una cohorte de 260 p con diversos TS.

**ePóster 152**

**Estudio prospectivo de células tumorales circulantes en largos supervivientes a la inmunoterapia.**

**Maria Auxiliadora Brenes Fernández** – Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Fundación Carolina. **Fernando Franco, Arantxa García Grande, María José Coronado, Virginia Calvo, Juan Cristobal Sánchez Gonzalez, María Torrente Regidor, Lourdes Gutierrez Sanz, Beatriz Núñez, Mariano Provencio** – Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

**Introducción y Objetivos:** No existe ningún método o parámetro actual que permita identificar largos supervivientes en tratamiento con inmunoterapia (IT) de una forma sencilla y accesible. Estudio prospectivo de utilidad de células tumorales circulantes (CTCs) y CTCs PDL1 positivas en pacientes tratados con IT.

**Material y Métodos:** De todos los pacientes diagnosticados con cáncer de pulmón no microcítico en segunda línea de tratamiento con IT, procedemos, prospectivamente a extracción de sangre y determinación de CTCs al inicio del tratamiento, cada 3 meses y a los 12 meses del mismo, junto con evaluación radiológica en cada extracción y seleccionamos aquellos que han vivido sin progresión de la enfermedad al menos 12 meses. Las determinaciones de CTC: Aislamiento y enumeración de células tumorales circulantes se hicieron con muestras de sangre (10 ml), utilizando gradiente de doble densidad con Histopaque.

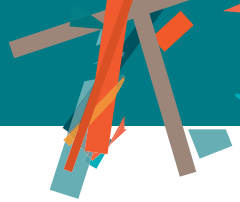
Se aislaron por separación inmunomagnética frente a EPCAM utilizando AutoMACS (Miltenyi-Biotec). Se caracterizo su perfil fenotípico: EPCAM + / CD45-/CK+/PDL1(+/-).La cuantificación de las CTCs se realizó por citometría de flujo y microscopía confocal. La combinación de ambas metodologías permite mayor sensibilidad y especificidad . Las muestras se analizaron en un citómetro de flujo MACSQuant (Miltenyi-Biotec) y en un Microscopio Confocal TCS SP5 (Leica). El análisis de los datos se realizó utilizando los software MACSQuantifyTM (Miltenyi Biotec ) y Leica LASFlite.

**Resultados:** La determinación de CTCs aisladamente no permitió sacar ningún patrón de recidiva o respuesta, sin embargo en el grupo de largos supervivientes (>12 m) identificamos 7 pacientes, cuyas características se exponen en la Tabla (anexo). Ninguno de los pacientes con más de 2 años de seguimiento tienen CTCs-PD-L1 positivas circulantes. Aparecen linfocitos no tumorales PD-L1 positivos circulantes cuyo significado no está claro en 1 paciente en recaída. Los dos pacientes con recaída en ese momento se ha detectado CTCs-PDL1 positivo circulante.

**Conclusión:** La ausencia de CTCs PD-L1 circulantes puede predecir una respuesta mantenida a la IT a largo plazo. Las CTCs aisladas sin cuantificar su expresión asociada de PDL1 no se asocia a un patrón concreto ni parecen ser útiles. Aparecen linfocitos que expresan PDL1 que no deberían verse en situación normal asociados a recaída. Se necesitan estudios más amplios que validen los resultados.

Tiempo meses	PDL1 tejido	CTC-PDL1 (+) sangre	CTC-PDL1 (-) sangre	White Blood Cell PDL1 +	CTCs pre-IT	CTCs 2	CTCs 3	CTCs 4	CTCs 5	CTCs 6	CTCs 7	CTCs 8	CTCs 9
21	Positivo	1	2	0	3	3	0	2	4	18	0	0	3
24	Positivo	0	0	0	8	1	1	0	11	4	0	0	0
28	Desconocido	0	0	1	4	-	3	-	0	3	4	2	0
26	Positivo	0	0	8	4	9	6	4	1	0	5	0	
24	Positivo	0	1	8	11	4	2	0	0	3	1	0	1
12	Positivo	16	2	2	0	0	0	0	18				
14	Desconocido	7	7	3	0	2	1	0	0	14			

Características de los pacientes



## ePóster 153

### EXPERIENCIA CLÍNICA EN EL USO DE NIVOLUMAB EN UN SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

**Leticia Lopez Gonzalez, Maria Fernandez Gonzalez, Alba Puente Garcia, Raquel Ferreira Alonso, Marta Orozco Belinchón, Virginia De La Cruz Palomero, Luis Enrique Abella Santos, Juan Carlos Torrego Garcia, German Marcos Garcia, Ana Maria Reyes Garcia** – *Hurh, Valladolid*

**Introducción y Objetivos:** Nivolumab es un anticuerpo monoclonal humano de tipo inmunoglobulina G4 que se une al receptor PD-1 y bloquea su interacción con los ligandos PDL-1 y 2, promoviendo la acción de los linfocitos T frente a las células tumorales. Fue aprobado en España en 2015 y cuenta actualmente con 7 indicaciones para 5 tumores diferentes. Objetivo: Conocer el uso de nivolumab en la práctica clínica habitual del Hospital Universitario Rio Hortega de Valladolid.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo de los pacientes que han recibido nivolumab en nuestro hospital desde enero de 2016 hasta abril 2018. Se recogieron datos de edad, sexo, ECOG, tipo de tumor, estadio, línea de tratamiento, tasa de respuesta a los 3 meses y supervivencia a los 6 meses

**Resultados:** Un total de 67 pacientes recibieron tratamiento con nivolumab, la mediana de edad fue 63 años (39-88), 57% varones y 43% mujeres. 45% presentaban un ECOG > 1. La distribución por tumores fue: 61% CNMP, 25% melanoma, 11% renal y 3% cabeza y cuello; 2 casos recibieron nivolumab en ayuvarancia siendo el resto todos estadios avanzados. De los que lo recibieron con intención paliativa, 22% lo recibieron en 1ªL, 60% 2ªL y el resto (18%) en 3ª o sucesivas. La tasa de respuestas a los 3 meses fue 52% (teniendo en cuenta RC, RP y EE) y la supervivencia a los 6 meses fue 65%, recibiendo una mediana de 27 ciclos (rango 3- 48). El fármaco se retiró en 28% por progresión y en 9% por toxicidad grado 3-4.

**Conclusión:** En nuestra experiencia, nivolumab ha demostrado resultados similares a los encontrados en la literatura en cuanto a tasas de respuesta a los 3 meses y supervivencia a los 6. En cuanto al perfil de toxicidad, los datos también fueron concordantes con la literatura.

## ePóster 154

### EXPERIENCIA CON EL USO DE LOS ANTI-PD1 EN NUESTRO CENTRO.

**María Del Carmen Soriano Rodríguez, María Del Mar Muñoz Sánchez, María José Molina Garrido, Lidia Martínez Valdivieso, Jose Antonio Santiago Crespo, Amaya Olaverri Hernández** – *Hospital Virgen De La Luz de Cuenca. Sandra García*

**Nieto** – *Hospital General de Villarrobledo. Milagros Recuenco Belmar* – *Hospital Virgen De La Luz de Cuenca*

**Introducción y Objetivos:** La inmunoterapia ejerce su acción antitumoral estimulando la respuesta inmunológica de los pacientes con cáncer. Los anticuerpos monoclonales humanizados de tipo inmunoglobulina G4 (IgG4), se unen al receptor de muerte programada 1 (PD-1) y bloquean su interacción con PD-L1 y PD-L2, de esta forma se potencian las respuestas antitumorales de los linfocitos T. Estos fármacos continúan demostrando su eficacia en los ensayos clínicos, con un papel cada vez más relevante para un gran número de tumores avanzados

**Material y Métodos:** Análisis retrospectivo de pacientes tratados en nuestro centro, en los últimos 3 años, con fármacos anti-PD1 para los tumores: pulmón, melanoma, cabeza y cuello, riñón y vejiga. Hemos revisado: edad, sexo, tumor primario, línea de tratamiento, media de ciclos administrados y toxicidad.

**Resultados:** Han recibido tratamiento 43 pacientes, 31 varones (72%) y 12 mujeres (28%), con una edad media de 66 años (rango 40-86), para los tumores (ver figura):

-24 pacientes CNMP (56%): 42% en 2ª línea, 33% 3ªL, 17% 4ªL, 8% 5ªL. Media ciclos recibidos 8.

-8 melanoma (19%): 63% 1ª línea, 37% 2ª línea. Media ciclos recibidos 20

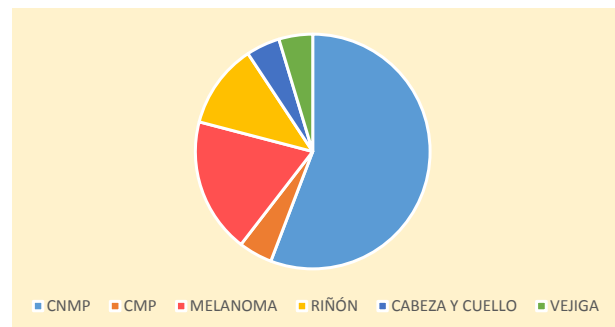
-5 riñón (12%): 60% 2L, 40% 3L. Media ciclos 6

-2 cabeza y cuello (4%): 1 en 2L y 1 5L. Media ciclos 5

-2 vejiga (4%): 1 en 2L y 1 5L. Media ciclos 6

-2 CMP (4%): 100% 3ª línea. Media ciclos 6

Las toxicidades registradas: erupción cutánea y prurito (23%), diarrea G1 (16%), astenia y hepatitis (10%). Un 14% ha precisado suspensión definitiva del tratamiento: 2 neumonitis (una de ellas con desenlace mortal), 1 prurito, 1 IAM, 1 Leucemia linfoblástica aguda de células T, 1 nefritis e insuficiencia renal.



Tipos de tumores tratados con anti-PD1

**Conclusión:** Los anti-PD1 constituyen una estrategia eficaz en el tratamiento de tumores avanzados. En general son seguros, bien tolerados, asociados a una toxicidad manejable, sin olvidar vigilar las reacciones inmunorrelacionadas. En nuestra serie, los pacientes con melanoma son los que más beneficio han tenido y mejor tolerancia, pudiendo relacionarse con que la mayoría los ha recibido en 1ª línea. La mayoría de los efectos adversos han sido fáciles de manejar, precisando suspensión del tratamiento en el 14%, datos parecidos a otros estudios.



## ePóster 155

### Fármacos de práctica habitual que inducen disbiosis intestinal como marcadores predictivos de respuesta a los inhibidores de los check-point inmunológicos en hospitales andaluces del Grupo andaluz de Inmunoterapia de SAOM.

**Elisabeth Perez-Ruiz** – Hospital Costa Del Sol. **Jerónimo Jimenez** – Hospital Virgen Del Rocío. **Miguel Angel Berciano** – Hospital Regional De Málaga. **Javier Valdivia** – Hospital Virgen De Las Nieves. **Sara Estalella** – Hospital Puerta Del Mar. **Fatima Toscano** – Hospital Juan Ramon Jimenez. **María Rodríguez** – Hospital De Valme. **Victor Amezcua Hernandez** – Hospital Virgen De Las Nieves. **Rosa Villatoro, Antonio Rueda** – Hospital Costa Del Sol

**Introducción y Objetivos:** La disbiosis intestinal se alza como un biomarcador de respuesta a los inhibidores de los checkpoints inmunológicos (CPI). Ésta puede ser causada por fármacos como los antibióticos, aunque otros menos estudiados como las estatinas o los ansiolíticos también puede provocarla. Objetivo: Analizar la relación existente entre la toma de fármacos de práctica habitual y la supervivencia específica ante el empleo de inmunoterapia (IT).

**Material y Métodos:** Análisis retrospectivo multicéntrico de pacientes tratados con CPI en Andalucía. Se recogieron variables clínico-patológicas y se estudió la toma concomitante de fármacos. Se realizó análisis descriptivo de las variables y de la supervivencia específica (SE) estimada mediante método de Kaplan-Meier, y se evaluó la asociación con diferentes variables independientes mediante regresión de Cox.

**Resultados:** Se incluyeron 183 pacientes cuyas características principales están recogidas en la tabla 1. En el análisis bivariado y multivariante de los fármacos recogidos, la toma de antiácidos ( $p < 0.011$ , HR1.7 IC95% 1.13-2.62), antidiarreicos ( $p < 0.0001$ , HR18.4 IC95% 3.9-84.9), ansiolíticos ( $p < 0.002$ , HR1.9 IC95% 1.2-2.9) y corticoides ( $p < 0.0001$ , HR2.1 IC95% 1.3-3.1) se asocia con una peor SE.

**Conclusión:** El empleo de fármacos concomitantes con CPI puede condicionar la respuesta a los mismos. Sería necesario un análisis prospectivo para confirmar la asociación encontrada

Edad	Mediana =62 (R 22-86)
<b>Sexo</b>	
- Varón	74%
- Mujer	26%
<b>Tipo de tumor</b>	
- Melanoma	42%
- CPNCP	43%
- Otros (renal, H&N, Linfomas)	15%
<b>Inmunoterapia</b>	
- Ipilimumab	17%
- Nivolumab	72%
- Pembrolizumab	11%
<b>Línea de tratamiento de la IT</b>	
- 1º línea	34%
- 2º línea	46%
- 3º línea	14%
- 4º o posterior línea	6%
<b>ECOG al inicio de IT</b>	
- ECOG 0	36%
- ECOG 1	51%
- ECOG 2	11%
- ECOG 3	1%
- Desconocido	1%
<b>Respuesta a la IT</b>	
- Respuesta completa	7%
- Respuesta parcial	18%
- Estabilización	16%
- Progresión	53%
- No evaluado/desconocida	6%
<b>Máxima toxicidad a IT</b>	
- Ninguna	60%
- Grado I-II	27.5%
- Grado III- IV	7.5%
- Desconocida	5%
<b>Estado último seguimiento</b>	
- Vivo con enfermedad	41%
- Vivo sin enfermedad	5%
- Muerto con enfermedad	52%
- Muerto sin enfermedad	1%
- Perdido	1%

Tabla 1. Características de los pacientes (n=183)



## ePóster 156

## INCIDENCIA Y MANEJO DE LOS EFECTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA INMUNOTERAPIA. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

**Alba Gonzalez-Haba Martínez, Estefanía Casaut Lora, Marta González Cordero, Verónica Serrano Peco, María Fernanda Martínez Barragán, Jacobo Alejandro Gómez-Ulla Astray** – Hospital Infanta Cristina

**Introducción y Objetivos:** La inmunoterapia estimula al sistema inmune para hacer frente a la enfermedad y ha demostrado un beneficio en diversos tipos de tumores, aumentando la supervivencia global. Sin embargo, los efectos adversos son de índole autoinmune (irAE), pudiendo afectar a cualquier órgano de la economía. Actualmente no hay estudios prospectivos que definan un adecuado tratamiento de los mismos, por lo que es imprescindible un manejo multidisciplinar. El objetivo de este estudio es analizar nuestra experiencia con los eventos adversos inmunorrelacionados y su manejo.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes tratados con Nivolumab, Ipilimumab y Pembrolizumab entre julio de 2011 y abril de 2018 en el Hospital Infanta Cristina de Badajoz. Analizamos características sociodemográficas,

incidencia y tipología de los irAEs y su relación con los diferentes agentes inmunoterápicos y tumores.

**Resultados:** Analizamos 91 pacientes con una media de edad de 64.6 años (37-85), siendo más frecuente en hombres (75.8%). El tumor más frecuente fue pulmón (59.3%), seguido de melanoma (18.7%) y vejiga (9.9%). El 74.7% fueron tratados con Nivolumab, seguido de Pembrolizumab (13.2%) y el resto con ipilimumab; hubo un paciente tratado con Nivolumab e Ipilimumab en líneas sucesivas. La respuesta más frecuente al tratamiento fue progresión de enfermedad (42.9%), seguido de enfermedad estable (15.4%) y en un 28.6% no pudo ser valorada. Se presentaron irAE en un 26.2% de todos los pacientes, principalmente grado II (13.2%), más frecuente de tipo digestivo (7.7%), endocrinos y cutáneos (6.6%), sin diferencias entre los distintos inmunoterápicos, origen tumoral ni sexo. En un 14.3% se interrumpió el tratamiento y en el 45% de dichos pacientes no pudo reintroducirse. Sí hubo relación estadísticamente significativa entre el número de ciclos recibidos y la aparición de irAEs ( $p=0.03$ ); así como en la respuesta al tratamiento, siendo más frecuente el control de la enfermedad (respuesta completa, parcial o enfermedad estable) en aquellos pacientes con irAEs ( $p < 0,05$ ), con una mediana de supervivencia mayor ( $p < 0,05$ ).

**Conclusión:** En nuestra serie de casos parece haber relación entre el número de ciclos y la aparición de irAE con la eficacia del tratamiento, no obstante, se precisa aún de más estudios y experiencia para concluir dichos hallazgos y aprender el manejo de su toxicidad.

Sexo		Aparición de irAE	
Hombres	75.8%	No	73.6%
Mujeres	42.2%	Sí	26.4%
Origen tumoral		Tipo irAE	
Pulmón	59.3%	Digestivo	7.7%
Melanoma	18.7%	Cutáneo	6.6%
Vejiga	9.9%	Endocrino	6.6%
Renal	7.7%	Cardíaco	3.3%
Gástrico	3.3%	Respiratorio	2.2%
CyC	1.1%	Grado de irAE	
Tipo de inmunoterapia (IT)		I	7.7%
Nivolumab	74,7%	II	13.2%
Pembrolizumab	13.2%	III	2.2%
Ipilimumab	9,9%	IV	2.2%
Más de 1 línea de IT	2.2%	Interrupción de tratamiento	
Respuesta a IT		Sí	14.3%
Respuesta completa	9,9%	No	12.1%
Respuesta parcial	15.4%	Reinicio de tratamiento	
Enfermedad estable	3.3%	Sí	7.7%
Progresión de enfermedad	42.9%	No	6.6%
No valorado	28.6%		

Características sociodemográficas y efectos adversos inmunorrelacionados.

## ePóster 157

**INMUNOTERAPIA Y TOXICIDADES INMUNORELACIONADAS. EXPERIENCIA CLÍNICA UNICÉNTRICA.**

**Andrea Illan Varella, Pablo Ayala De Miguel, Itziar Gorospe García, Javier López Gallego, Lara Martín Rizo, Sara Arnaiz Diez, Paloma Barriga Rodríguez, Cristina Caba Hernández, Jonathan Aires Machado, Laura Quintana Cortés** – Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres

**Introducción y Objetivos:** La inmunoterapia (IT) ha demostrado claramente sus efectos beneficiosos en supervivencia global; sin embargo presenta un perfil de toxicidad peculiar que debe ser reconocido por el clínico. Hemos revisado la experiencia clínica con IT obtenida en nuestro servicio en el período de enero de 2016 a marzo de 2018, encontrando un total de 34 casos. Hemos realizado un análisis retrospectivo de los datos recogidos.

**Material y Métodos:** El tamaño muestral aportado es de 34 pacientes. 82% son varones y 18% son mujeres, presentando un edad media al diagnóstico de cáncer de 65 años. La localización del tumor primario fue pulmonar en 64%, CyC en 12%, melanoma en 9%, renal 9% y vesical en 6% de los casos. La IT se administró mayoritariamente como segunda línea (47%). Respecto a las toxicidades, objetivamos: fiebre/febrícula en 12%, toxicidad cutánea en 18%, toxicidad gastro-intestinal en 18% (diarrea en su mayoría), toxicidad endocrina en 20% (en su mayor parte hipotiroidismo clínico/subclínico). La incidencia de toxicidad renal, hepática, pulmonar, cardíaca, reumatológica y ocular fueron inferiores al 11%. La toxicidad hematológica, que apareció en 18% casos, fue en su mayoría anemia (38%), trombopenia (8.8%), leucocitosis (5.9%) y trombocitosis (3%). Otras toxicidades a destacar son astenia (35%), alteraciones iónicas (8.8%) y del perfil lipídico (5.9%).

**Resultados:** El desarrollo de la IT como pilar estratégico en el cáncer ha supuesto la necesidad de formación del clínico no sólo en cuestión de efectividad sino también en perfil de toxicidad. Los fármacos inmunoterápicos dan lugar a eventos adversos relacionados con el sistema inmune, a diferencia de la quimioterapia clásica, y que requiere un manejo preciso y específico. Estos eventos adversos, denominados inmunorelacionados o irAEs están mediados por la hiperactivación de los linfocitos T actuando contra tejido sano no tumoral. Pueden afectar a diferentes sistemas orgánicos, los irAEs más frecuentes son dermatológicos, gastrointestinales, hepáticos y endocrinos. De carácter leve o moderado en la mayoría de los casos, en un escaso número de pacientes han llegado a ser potencialmente graves; en general, se han descrito en los ensayos clínicos un 2% de muertes relacionadas con el tratamiento.

**Conclusión:** Resulta imprescindible la identificación, las técnicas diagnósticas y el manejo (distinto según la gravedad), que puede llegar a ser de enfoque multidisciplinar, de las toxicidades inmunomediadas.

## ePóster 158

**NIVOLUMAB EN SEGUNDA LINEA PURA FRENTE A TERCERA Y SUCESIVAS EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO AVANZADO ¿ALGUNA CONCLUSIÓN?.**

**Elia Martínez Moreno, Antonio Irigoyen Medina, Katherin Aly Martínez Barroso, Miguel Borregon Rivilla, Ruth Alvarez Cabellos, Jesus Andrade Santiago, Irene Ramos, Alba Ramos, Juan David Cardenas, José Ignacio Chacón López-Muñiz** – Hospital Virgen de la Salud. Toledo

**Introducción y Objetivos:** El objetivo de este estudio es valorar los resultados en pacientes con Cáncer de pulmón que reciben Nivolumab en progresión a una sola línea de quimioterapia frente a aquellos que lo reciben cuando han recibido varias teniendo en cuenta la SLP, OS, toxicidades y las tasas de retratamiento con quimioterapia tras progresión a Nivolumab.

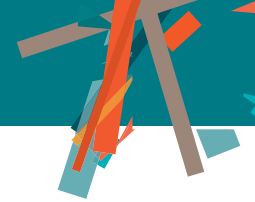
**Material y Métodos:** Se eligieron pacientes con diagnóstico confirmado de Cáncer de pulmón no microcítico avanzado tras progresión a una o varias líneas de quimioterapia entre enero de 2016 y la fecha actual.

**Resultados:** Se recogieron un total de 61 pacientes con una edad media de 63 años siendo en el 4,9% mujeres y en el 95% varones. Entre ellos, un 59% (n=36) eran no escamosos y un 41% (n=25) escamosos. El 60% (n=37) recibieron Nivolumab en segunda línea y el 40% (n=24) en tercera y sucesivas líneas. El 46% recibieron quimioterapia a la progresión a Nivolumab incluyendo esquemas con Bevacizumab en el 40%. La media PFS fue de 3 meses para ambos grupos IC 95% (2.09-3.9) con una media OS para Nivolumab en segunda línea de 6 meses IC 95% (2.7-9.2) y de 9 meses IC 95% (3.7-14.2) para tercera y sucesivas. La media PFS para quimioterapia tras progresión a Nivolumab fue de 5,3 m. La media OS para toda la población fue de 21 meses IC 95% (15.2 y 26.7) siendo de 18 meses para aquellos que lo reciben en segunda línea y de 26 meses para el resto.

**Conclusión:** Estos datos sugieren que Nivolumab es efectivo en pacientes con cáncer de pulmón avanzado no seleccionados alcanzando una OS de 21 meses. La quimioterapia y los tratamientos antiangiogénicos tras Nivolumab son opciones a contemplar.

## ePóster 159

**Patrón de progresión de enfermedad en pacientes con cáncer pulmón no Microcítico (CPNM) tratados con inmunoterapia: Experiencia del Hospital General Universitario de Valencia.**



**Lauren Dolly Condori Farfan, Amaya Fernandez, Claudio Avila, Martín Nuñez, Milagros Franco** – *Department of Medical Oncology, Hospital General Universitario de Valencia.* **Ana Blasco Cordellat** – *Department of Medical Oncology, Hospital General Universitario de Valencia, Centro de Investigación Biomédica en Red de Cáncer (CIBERONc), Madrid.* **Francisco Aparisi** – *Department of Medical Oncology, Hospital General Universitario de Valencia.* **Eloisa Jantus** – *Molecular Oncology Laboratory, Fundación Investigación del Hospital General Universitario de Valencia, Centro de Investigación Biomédica en Red de Cáncer (CIBERONc), Madrid, Department of Biotechnology, Universitat Politècnica de València.* **Alfonso Berrocal** – *Department of Medical Oncology, Hospital General Universitario de Valencia.* **Carlos Camps** – *Department of Medical Oncology, Hospital General Universitario de Valencia, Centro de Investigación Biomédica en Red de Cáncer (CIBERONc), Madrid, Department of Medicine, Universitat de València.*

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de pulmón es la primera causa de muerte por cáncer a nivel mundial. La mayoría de los pacientes son diagnosticados en estadio avanzado, por lo que su pronóstico es desfavorable. El desarrollo de nuevas dianas moleculares y la inmunoterapia están cambiando éste panorama, no sólo con incremento en supervivencia, sino también con cambios en la propia historia natural de la enfermedad y su progresión. El objetivo de éste estudio es identificar el patrón de progresión de enfermedad en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) tratados con inmunoterapia.

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo con 63 pacientes con CPNM tratados con inmunoterapia en el Hospital General Universitario de Valencia desde marzo de 2013 hasta marzo de 2018. Se analizaron las características en la población y el tipo de progresión de enfermedad -local/regional o a distancia-, empleando el programa estadístico SPSS v20.

**Resultados:** De la cohorte de 63 pacientes estudiada, 76% son hombres y 24 % mujeres. El 92% cuenta con historia de tabaquismo. Un 64% son de histología no escamosa y un 36% escamosa. El 80% de los pacientes presentan estadio IV de inicio, mientras que el 20% son pacientes en recaída. El 70% recibió una línea previa de tratamiento; el 20%, 2 ó más líneas; y un 10% eran naïve a tratamiento. En cuanto a la expresión de PD-L1, un 25% presenta PD-L1 positivo y de ellos, un 13% con expresión mayor del 50%. Respecto al tipo de tratamiento: 79%, recibe Nivolumab; 15%, Pembrolizumab; y un 6%, Atezolizumab. El intervalo libre de progresión es de 3.3 meses. Un 59% presenta progresión al tratamiento en el momento del análisis, de los cuales, el 66% es a nivel local/regional, y un 34% a distancia, siendo las localizaciones más frecuentes: hepática ( 23%), cerebral (13%), suprarrenal (7%) y ósea (3%). Queda pendiente determinar que factores influyen en la respuesta y la supervivencia global.

**Conclusión:** En nuestra serie de pacientes con CPNM tratados con inmunoterapia se detecta una mayor tendencia al control de la enfermedad a distancia, siendo mayor el porcentaje de progresiones a nivel local/regional que a distancia y la supervivencia libre de progresión similar a la descrita en la literatura.

## ePóster 160

### Propuesta para evaluación de respuesta de cáncer de próstata en ensayos clínicos con inmunoterapia.

**Sonia Maciá Escalante, Olga Fernández, Francisco Montané, Pedro Lledó, Vanesa Pons, Daniela Morales, José Javier García** – *Pivotal.* **Alejo Rodríguez-Vida. Joaquim Bellmunt** – *Hospital del Mar.* **Ibrahim Farr** – *Pivotal*

**Introducción y Objetivos:** La evaluación de respuesta en cáncer de próstata (CP) supone varias dificultades, dado que, por una parte, es habitual encontrar pacientes sin enfermedad medible y, por otra, es cada vez más común el uso de terapias dirigidas, con patrones particulares de respuesta que rara vez se adaptan a los requerimientos de RECIST. Por este motivo, y para incluir tanto PSA (antígeno específico prostático) como hallazgos de la gammagrafía ósea, se desarrollaron los criterios PCWG3. Sin embargo, la inmunoterapia y otras terapias dirigidas pueden presentar un patrón de respuesta que podría llevar a una interpretación imprecisa, asumiendo que haya una falta de beneficio al fármaco cuando en realidad no sea así, lo que podría llevar a detener un tratamiento al asumir erróneamente que existe progresión de enfermedad. Proponemos un método global de evaluación de respuesta con el fin de incorporarlo en ensayos clínicos en CP.

**Material y Métodos:** Recomendamos incluir RECIST, iRECIST y PCWG3 conjuntamente como método global de evaluación de respuesta, como objetivo principal en ensayos clínicos fase I-II, o bien objetivo exploratorio en ensayos fase III. Con esta herramienta, se recogerá el diámetro de cada lesión en el CRF, incluyendo los diámetros de las lesiones nuevas. Si hay una lesión nueva, la respuesta se categorizará como Progresión de Enfermedad (PE) por RECIST, pero su diámetro sólo contribuirá a la suma total para iRECIST. Adicionalmente se recogerá el número de metástasis óseas y el PSA, para determinar la respuesta PCWG3.

**Resultados:** Esta herramienta permitirá a los investigadores obtener, en cada momento, la evaluación global según cada uno de los criterios de respuesta y, al mismo tiempo, se podrá relacionar con la supervivencia libre de progresión y la supervivencia global, así como con otros factores pronósticos y predictivos.

**Conclusión:** Podemos decir que no existe un método estándar de evaluación de respuesta que se use en ensayos de CP con la suficiente fiabilidad, especialmente cuando se investigan terapias dirigidas. Por tanto, si todos los métodos de evaluación de respuesta se usaran simultáneamente, se podría generar hipótesis y finalmente concluir cuál de ellos se debería recomendar con más firmeza, o bien si la combinación de los tres criterios debería ser el estándar.

## ePóster 161

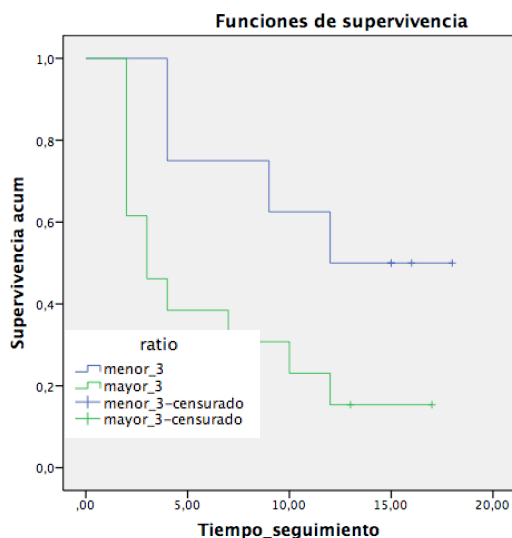
**RATIO LINFOCITO/NEUTRÓFILO EN PACIENTES CON NEOPLASIAS AVANZADAS TRATADOS CON INMUNOTERAPIA. ¿NOS APORTA INFORMACIÓN?**

**Cristina Sánchez Cendra, Diego Malón Gimenez, Julia Calzas Rodríguez, Laura Rodríguez Lajusticia, Beatriz Antón Pascual, María del Carmen Pantín Gonzalez, Juan Antonio Guerra Martínez, Beatriz Candel García** – Hospital Universitario de Fuenlabrada

**Introducción y Objetivos:** El entorno inmune del tumor juega un papel complejo en la progresión del cáncer. El ratio neutrófilo/linfocito (NLR) se asocia con peores resultados en el tratamiento de varias neoplasias (incluyendo pulmón, melanoma, cáncer renal), siendo desconocido su papel actual en la era de la inmunoterapia. Evaluamos la utilidad de la determinación del NLR pre-tratamiento con inmunoterapia.

**Material y Métodos:** Se incluyeron 21 pacientes del Hospital Universitario de Fuenlabrada con neoplasias estadio IV tratados con inmunoterapia (pembrolizumab, nivolumab, ipilimumab y avelumab). Determinamos retrospectivamente el NRL según analíticas de sangre extraídas antes de iniciar el tratamiento y valorado respuesta tumoral y supervivencia global (OS) con el método de Kaplan-Meier y Log-Rank.

**Resultados:** Los tumores analizados fueron pulmón(4), melanoma (7), carcinoma de células de merckel (2) y renal (4). La edad media fue 62 años. 7 hombres/14 mujeres. La mediana de seguimiento fue de 7 meses. Solamente 6 pacientes recibieron la inmunoterapia como primera línea, el resto como sucesivas. Todos presentaron ECOG 0-1. -Respuesta tumoral: en la reevaluación a los 3-4 meses de los 13 pacientes con NLR >3 hubo progresión en 11/13 (84%), siendo en menor proporción en el grupo con NLR <3 (64%). -OS: Hubo un total de 11 muertes, 8 de estas ocurrieron con NLR > 3, con una mediana de OS de 3 meses frente a 12 meses con NLR >3 (p 0,04).



Curvas de supervivencia según NLR

**Conclusión:** Según nuestra experiencia con escaso número de pacientes, concluimos que la valoración del NLR pre-inmunoterapia puede ser útil a la hora de valorar OS y probablemente predecir respuesta tumoral. En la gráfica se observa una separación en las curvas de supervivencia a favor del menor NLR, lo cual nos orienta a un mejor pronóstico, pero sin alcanzar significación estadística. Probablemente sea necesario incluir un mayor número de pacientes y analizar otros factores influyentes.

## ePóster 162

**Reducción de Efectos Adversos de Grado 2 y 3 por Inmunoterapia en un Hospital Español.**

**Ana Gómez Rueda** – Servicio de Oncología Médica, Hospital Ramón y Cajal, Madrid. **Paloma Gómez Solana, Elena Ruiz** – Unidad de Ensayos Clínicos, Ramón y Cajal, Madrid. **Enrique Aranda** – Fundación ECO, Servicio de Oncología Médica, Hospital Reina Sofía de Córdoba. **Carlos Camps** – Fundación ECO, Servicio de Oncología Médica, Hospital General de Valencia. **Eduardo Díaz-Rubio** – Fundación ECO, Vicepresidente de la Real Academia de Medicina, IdISCC, CIBERONC. **Vicente Guillem** – Fundación ECO, Servicio de Oncología Médica, Instituto Valenciano de Oncología. **Rafael López** – Fundación ECO, Servicio de Oncología Médica, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. **Ilse Lugo** – Fundación ECO. **Alfredo Carrato** – Fundación ECO, Servicio de Oncología Médica, Hospital Ramón y Cajal, Madrid

**Introducción y Objetivos:** Un equipo especializado del Hospital Ramón y Cajal (Madrid) y la Fundación ECO (excellencia y calidad en oncología) se enfocó en los efectos adversos (EA) por inmunoterapia para un proyecto de mejora. La Unidad de Cáncer de Pulmón del Hospital Ramón y Cajal analizó 45 pacientes tratados con inmunoterapia en 2017 y detectó que 55% presentaban EA moderados a severos. El objetivo fue identificar áreas de mejora que resultaran en la reducción de EA de grado 2 (G2) y 3 (G3).

**Material y Métodos:** El equipo utilizó para ello el Programa de Formación en Calidad (QTP, por sus siglas en inglés) de la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO, por sus siglas en inglés). Un equipo del Hospital Ramón y Cajal y ECO asistió a 2 de las 3 sesiones del programa, antes de las cuales se llevó a cabo un proceso de recolección de datos de pacientes. El objetivo es reducir los EA de G2 y G3 en 25% antes de la sesión final del QTP en junio de 2018.

**Resultados:** Los datos recolectados antes de asistir al QTP mostraron que los EA G2 y G3 tuvieron un impacto en la calidad asistencial, específicamente un retraso del tratamiento en el 31%, visitas no programadas en el 19%, complicaciones graves en el 11% e insatisfacción del paciente del total de EA. El equipo preparó un diagrama de



causa y efecto que mostró que las causas más relevantes eran el conocimiento inadecuado del paciente y la falta de comunicación con los mismos entre visitas. El equipo, que incluyó defensores de pacientes, priorizó la implantación de estas medidas a corto plazo para los pacientes: mejora y seguimiento de la educación, desarrollo de cuestionarios de satisfacción y prueba de conocimiento de EA.

**Conclusión:** Estos resultados preliminares indican la necesidad de continuar con proyectos de mejora de la calidad en sanidad. Una mayor participación de hospitales españoles en estas iniciativas de mejora contribuirá con un sistema de salud orientado a la calidad.

### ePóster 163

#### RELACIÓN ENTRE EFECTOS ADVERSOS INMUNOMEDIADOS Y SUPERVIVENCIA EN PACIENTES CON NEOPLASIA PULMONAR AVANZADA. ESTUDIO DESCRIPTIVO EN NUESTRO CENTRO.

**Marinha Costa Rivas, Noemi De Dios Alvarez, Sara Agraso Busto, Diego Pereiro Corbacho, Ana Alonso Herrero, Carme Garcia Benito** – Hospital Álvaro Cunqueiro (Vigo).

**Introducción y Objetivos:** La inmunoterapia (IT) ha mejorado el pronóstico de los pacientes con cáncer de pulmón avanzado y se ha convertido en un estándar de tratamiento. La aparición de efectos adversos inmunomediados se ha relacionado con mayor beneficio terapéutico en algunos estudios.

**Material y Métodos:** Se realizó una revisión retrospectiva de los pacientes (p) con neoplasia pulmonar avanzada tratados con inmunoterapia en el Servicio de Oncología Médica del Hospital Álvaro Cunqueiro entre Noviembre de 2015 y Diciembre de 2017, quedando excluidos aquellos que recibieron tratamiento dentro de ensayo clínico. Los datos se recogieron de la historia clínica electrónica de cada paciente y se analizaron a fecha de 01/03/2018.

**Resultados:** 66 pacientes cumplieron los criterios de inclusión. Se recogieron 22 mujeres y 44 hombres, con una mediana de edad de 65 años (44-78). 6 p recibieron IT como tratamiento de 1ª línea (9.1%), 46 en segunda línea (69,7%) y 14 en líneas posteriores (21,2%). La media de ciclos administrados fue 12 (1- 46). 49 p (74,2%) se trataron con Nivolumab y 17 p (25,8%) con Pembrolizumab. Se describe algún tipo de respuesta (parcial, completa o estabilización) en la primera evaluación en 26 p (39%), 21 progresaron y 19 no fueron evaluados (la mayoría por deterioro clínico). 18 p presentaron algún tipo de toxicidad (27%). Las toxicidades recogidas son: neumonitis (4p), artritis (4p), cutánea (4 p), endocrinopatías (4 p), colitis (2p), hepatitis

(1p). 13p desarrollaron toxicidad leve-moderada (grado 1-2) y 5p toxicidad grave o muy grave (grado 3-4). Se utilizó corticoterapia en 14 de ellos sin registrar muertes tóxicas. En los pacientes que presentaron toxicidad se objetivó alguna respuesta en el 55%, mientras que los que no presentaron toxicidad respondieron un 33% de ellos. La mediana de SLP en los pacientes que presentaron toxicidad fue de 28 semanas (1-66) frente a 14 (1-103) semanas en los que no presentaron toxicidad. La mediana de SG en los que presentaron toxicidad fue de 41 semanas (6-107) frente a 24 semanas (1-121) en los que no presentaron toxicidad.

**Conclusión:** A pesar de las limitaciones de nuestro trabajo, los datos parecen concordar con lo publicado y el desarrollo de efectos adversos inmunomediados podría estar relacionado con el beneficio del tratamiento. Se necesitan estudios confirmatorios en este sentido.

### ePóster 164

#### Revisión de la toxicidad en pacientes (p) tratados con Nivolumab (N) en el Hospital Universitario de Araba.

**Alicia Narro Marín, Laura Puntí Brun, Celia Aparicio Pastor, Nuria Torrego Artola, Iosune Guillen Blanco, Mireia Martínez Kareaga, Garbiñe García Gómez, Patricia Seoane Couselo, Garbiñe Unanue Oyarbide, Severina Domínguez Fernandez** – Hospital Universitario Araba

**Introducción y Objetivos:** La inmunoterapia se ha convertido en un pilar de tratamiento por el beneficio demostrado en diferentes tipos de tumores. El número de pacientes se está incrementando en la práctica clínica habitual y con ello, la aparición de una amplia variedad de efectos secundarios.

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de toxicidad asociada a Nivolumab (3mg/kg quincenal) en pacientes tratados entre agosto 2015 y abril 2018.

**Resultados:** Se han revisado un total de 68 p (70% varones): 48 diagnósticos de cáncer de pulmón (21 adenocarcinomas, 23 escamosos, 4 indiferenciados), 10 melanomas, 8 carcinomas renales y 2 tumores de cabeza y cuello. El rango de edad fue de 35-84 y la mediana de 62 años. El performance status al inicio del tratamiento en la mayoría de los casos (60%) fue de 1 y el 34% de 0. Han recibido 12 ciclos de media (rango 1-67). La mejor respuesta alcanzada fue 1 respuesta completa, seguido de 30 respuestas parciales (44.1%), con estabilización de la enfermedad en 5 pacientes (7.4%) y no fue valorable en 9 pacientes (13.2%). En los restantes 23 pacientes se objetivó progresión de la enfermedad. Veintiún p (30.9%) presentaron toxicidad inmunorelacionada: 8p alteración tiroidea (hipotiroidismo 4/8, tiroiditis 2/8, hipertiroidismo 2/8), toxicidad cutánea en 6p (8.8%) (4 p grado 1, 1p grado 3, enteritis en 5p (grado1-2 en 3p y grado 3 en 2p), neumonitis (2.9%) y hepatitis



## Inmunoterapia

(2.9%). La toxicidad no inmunorelacionada (54.4%) fue: astenia (33p, 48.5%) la mayoría grado 1-2 (27p); artromialgias (5p); hiporexia (4p); 3 casos de insuficiencia renal aguda, y otras toxicidades menos frecuentes (anemia, trombopenia, emesis, xerostomía, disnea, tos y mucositis). No presentaron ninguna toxicidad 25 pacientes. En 16 p (23.5%) hubo retrasos del tratamiento, teniendo que parar el mismo por toxicidad en 7 p, tratados todos con coricoterapia (10.3%), sin poder reiniciarlo en 2p.

**Conclusión:** Se aprecia un beneficio importante del nivolumab en tasa de respuestas, con toxicidades no desdeñables. La toxicidad recogida es similar a lo descrito en la literatura, con variabilidad en la distribución, probablemente en relación al tamaño muestral. El uso progresivo de la inmunoterapia en la práctica clínica habitual, nos obliga a ampliar el conocimiento de la toxicidad para su detección precoz y mejor manejo.

## ePóster 165

## Situación regulatoria actual de la Inmunoterapia en tumores sólidos.

**Lourdes Calera Urquizu** – Hospital Sierrallana, SCS. **Isabel Pajares Bernad** – Hospital Ernest Lluch De Calatayud. **Ana Cebollero De Miguel** – Hospital San Pedro La Rioja. **Raquel Jaso Tejera** – Hospital Sierrallana, Cantabria. **Laura Aller De Pache** – Hospital Marques De Valdecilla. **Vanesa Alvarez De Eulate, Laura Garcia Alles, Clara Isabel Caballero Escudero, Fernando Uriarte Estefania, Silvia Lorenzo Martin** – Hospital Sierrallana, SCS

**Introducción y Objetivos:** Son numerosos los fármacos de inmunoterapia de los que disponemos en la actualidad y cada vez es más frecuente la ampliación de sus indicaciones e incluso las combinaciones. No obstante hay diferencias en las indicaciones aprobadas y la posibilidad de acceso a estos fármacos son diferentes según las distintas agencias reguladoras.

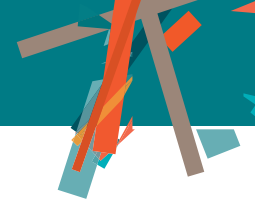
**Material y Métodos:** En este estudio se revisa la situación regulatoria actual por la FDA, EMA y AEMPs de los siguientes tratamientos de inmunoterapia: ipilimumab, nivolumab, pembrolizumab, atezolizumab, durvalumab y avelumab.

**Resultados:** Las agencias reguladoras nos ayudan en la elección del mejor tratamiento de inmunoterapia. Nos aportan información sobre el medicamento, recogen la información científica mas relevante, las condiciones de su uso. Además la agencia Española del medicamento y productos sanitarios elabora en algunas ocasiones un informe llamado IPT (informe de posicionamiento terapéutico) que persigue determinar el valor terapéutico añadido del nuevo tratamiento en nuestro medio e identificar a aquellos grupos de pacientes para los que el acceso a una nueva opción terapéutica en el marco del SNS sería prioritario, atendiendo a razones diferenciales de eficacia y seguridad comparativas frente a las alternativas disponibles

**Conclusión:** A pesar de que los tratamientos de inmunoterapia han supuesto una gran innovación su utilización en la práctica clínica aun es limitada. Existen importantes diferencias entre las autorizaciones de la FDA, la EMA y los informes de posicionamiento terapéutico de la AEMPs. Para la practica clínica diaria es necesario no solo conocer le evidencia de estos nuevos tratamientos sino también la situación regulatoria actual.

	IPILIMUMAB	NIVOLUMAB	PEMBROLIZUMAB	ATEZOLIZUMAB	DURVALUMAB	AVELUMAB
<b>MELANOMA</b>	METASTASICO FDA+EMA+IPT ADYUVANTE FDA	METASTASICO FDA+EMA+IPT	MELANOMA METASTASICO FDA+EMA+IPT	NO	NO	NO
<b>PULMON</b>	NO	2º CNMP LINEA FDA+EMA+IPT	1º LINEA COMB: FDA 1º LINEA MON: FDA+EMA+IPT 2º LINEA FDA+EMA+IPT	2º LINEA  FDA+EMA NO IPT	III TRAS QRT  FDA	NO
<b>VEJIGA</b>	NO	2º LINEA TRAS PLATINO FDA+EMA	1º LINEA UNFIT 2º LINEA TRAS PLATINO FDA+EMA	1º LINEA UNFIT 2º LINEA TRAS PLATINO FDA+EMA NO IPT	2º LINEA TRAS PLATINO FDA	2º LINEA TRAS PLATINO FDA
<b>CECC</b>	NO	2º LINEA TRAS PLATINO FDA+EMA	2º LINEA TRAS PLATINO FDA	NO	NO	NO
<b>OTROS</b>	RENAL FDA	RENAL: FDA+EMA+IPT CCR MSI+: FDA	CECC CCR MSI+ GASTRICO MSI FDA	NO	NO	MERKEL

Tabla resumen de las indicaciones de los tratamientos de inmunoterapia



## ePóster 166

**TOXICIDAD POR INMUNOTERAPIA.**

**Leticia Lopez Gonzalez, Maria Fernandez Gonzalez, Alba Puente Garcia, Raquel Ferreira Alonso, Marta Orozco Belinchón, Virginia De La Cruz Palomero, Joaquin Fra Rodriguez, Javier Luis Puertas Alvarez, Ana Maria Reyes Garcia, Celia Abajo Del Alamo** – *Hurh, Valladolid*

**Introducción y Objetivos:** Nivolumab es un anticuerpo monoclonal que potencia las respuestas de los linfocitos T, incluyendo respuestas antitumorales, por medio del bloqueo de PD-1, evitando su unión a los ligandos PDL-1 y PDL-2. Sin embargo, a pesar de su beneficio clínico, es importante no olvidar los efectos adversos relacionados con la activación del sistema inmunitario (irAEs). **Objetivo:** Conocer la frecuencia, tipo y grado de los efectos adversos del nivolumab en nuestra área de salud así como el manejo de los mismos.

**Material y Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, de cohorte; siendo los casos los pacientes que han recibido tratamiento con nivolumab desde enero 2016 a abril de 2018 en el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.

**Resultados:** Un total de 67 pacientes recibieron tratamiento con nivolumab, mediana de edad 63 años (39-88), 57% varones y 43% mujeres. 45% presentaban un ECOG>1. La distribución por tumores: 61% CPMN, 25% melanoma, 11% renal y 3% cabeza y cuello; 2 casos recibieron nivolumab en ayuvarancia siendo el resto todos estadios avanzados. De los que lo recibieron con intención paliativa, 22 % en 1ªL, 60 % 2ªL y el resto (18%) en 3ª o sucesivas. El 26.5% de los pacientes presentaron irAEs. La distribución por toxicidades: 7 pacientes astenia (2 grado I y 5 grado II), 4 pacientes hipotiroidismo (3 subclínico y 1 clínico), 2 pacientes aumento de transaminasas (1 grado II y otro grado III), 1 paciente aumento de creatinina (grado I), 3 pacientes neumonitis (2 grado III y 1 grado IV), 1 paciente artritis psoriásica (grado III). Se discontinuó tratamiento por toxicidad grado III-IV en un 9%, empleándose tratamiento con corticoides. Un paciente falleció por toxicidad (neumonitis grado IV).

**Conclusión:** En nuestra experiencia, nivolumab mostró un perfil de toxicidad similar a los encontrados en la literatura. Los efectos adversos más frecuentes fueron la astenia y el hipotiroidismo y en su mayoría fueron grados I/II; solo un 9% presentaron toxicidades grado III/IV que precisaron suspensión del tratamiento.

## ePóster 167

**Tratamiento combinado de inmunoterapia y radioterapia paliativa: estudio de tolerabilidad.**

**Carolina De la Pinta Alonso, Margarita Martín Martín, Carmen Vallejo Ocaña, Raúl De Lucas, Eva Fernández Lizarbe, Jose Antonio Domínguez Rullán, Mercedes Martín Martín, Sonsoles Sancho García** – *Oncología Radioterápica. Hospital Universitario Ramón y Cajal*

**Introducción y Objetivos:** La inmunoterapia se utiliza cada vez más en el tratamiento del cáncer metastásico y se asocia con efectos adversos relacionados con el sistema inmune (Ir-AE) como la disfunción endocrina o toxicidades gastrointestinales. Muchos pacientes que reciben estos tratamientos también reciben radioterapia paliativa. En este estudio se analiza la tolerabilidad de este tratamiento asociado con radioterapia paliativa en nuestro centro.

**Material y Métodos:** Retrospectivamente, analizamos 52 pacientes con cáncer de pulmón metastásico (38p), carcinoma de células renales (8p), melanoma (4p), tumores de cabeza y cuello (1p) y cáncer gastrointestinal (1p) que recibieron al menos un ciclo de CTLA-4, PDL-1 o inhibidor PD-1 y radioterapia paliativa. Los Ir-AE, definidos usando CTCAE v4.0, se clasificaron en relación con la secuencia, el tiempo y la localización del tratamiento radioterápico.

**Resultados:** La dosis mediana de radioterapia fue de 26,1Gy (8-30Gy). 19p recibieron radioterapia en lesiones óseas y 22p en metástasis cerebrales. 5p se trataron con anti-CTLA-4 solo, 37p con anti-PD-1 o PDL-1 solo y 10p con ambos. 30p recibieron inmunoterapia concomitante con radioterapia paliativa. 14/52p pacientes tuvieron Ir-AEs. En el grupo de tratamiento concomitante, 6p tuvieron toxicidades leves y 1p desarrolló toxicidad grave. No hubo asociaciones entre el sitio irradiado y los efectos adversos específicos.

**Conclusión:** Nuestros datos sugieren que la combinación de radioterapia paliativa y CTLA-4 y/o PD1 o inhibidores de PDL1 se toleran bien, con Ir-AE manejables que no parecen estar asociados con la zona de irradiación. Nuestras conclusiones están limitadas por la heterogeneidad de los pacientes y los tratamientos, y se necesitan estudios que confirmen esta hipótesis, esta información puede ayudar a guiar la práctica clínica de los pacientes bajo inmunoterapia que requieren radioterapia paliativa.

## MAMA AVANZADA

## ePóster 168

**Antiangiogénico en carcinoma de mama avanzado de perfil luminal.**

**María Yeray Rodríguez Garcés, David Morales Pancorbo, María Isabel Aragón Manrique, María Amor Urbano, Francisco Javier Jiménez Ruiz, Victoria Aviño Tarazona, Marta Amérigo Góngora, Laura Sánchez Escudero, Matilde Bolaños Naranjo, Juan Lucas Bayo Calero** – Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva)

**Introducción y Objetivos:** El tratamiento combinado de paclitaxel (p) con bevacizumab (Bv) en carcinoma de mama luminal (LUM) avanzado está menos extendido que en aquellas con tumores con fenotipo Triple Negativo (TN). Las tasas de respuesta apreciadas en nuestro servicio fueron similares en ambos grupos (62.5 y 66.7%). Mostramos un estudio más exhaustivo contando con más variables

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes tratadas con p-Bv en el Hospital Juan Ramón Jiménez entre Enero 2013 y Enero 2018. Analizamos probabilidad de respuesta mediante regresión logística binaria (RLB) con variables: metástasis visceral (MtV), fenotipo (LUM / TN) y edad (>/< 50 años). Analizamos SLP y SG mediante regresión de Cox teniendo en cuenta las mismas variables. Analizamos la Duración de la respuesta (DR) entre LUM y TN así como el efecto de la Hormonoterapia (Ht) mediante T Student y U MannWhitney.

**Resultados:** N=36 pacientes. La probabilidad de respuesta no se vio relacionada con las variables analizadas ( $p=0.37$ ,  $p=0.93$  y  $p=0.4$  respectivamente). Al analizar la SLP contamos 30 eventos (83%).

La Regresión de Cox no apreció diferencias estadísticamente significativa, si bien existe correlación positiva con enfermedad LUM, menores de 50 años y MtV ( $p=0.61$ ,  $p=0.98$  y  $p=0.48$  respectivamente). En cuanto a SG contamos 52.8% de eventos. Sin relación estadística según edad ( $p=0.55$ ), MtV ( $p=0.94$ ) ni fenotipo (0.91) siendo la correlación positiva en TN y mayores de 50 años. La media de DR fue de 46.5 sem en LUM frente a 32.4 sem en TN ( $p=0.25$ ). De los LUM que respondieron solo 6 (26.1%) recibieron Ht de mantenimiento junto a Bv. Mediana de DR 34 sem (2.6- 137.9) sin Ht frente a 38.1 sem (13.1- 95.6) con Ht. No diferencias entre las medias (U Mann – Whitney;  $p=1.0$ ).

**Conclusión:** No encontramos diferencias en la eficacia de Bv entre LUM y TN en el análisis multivariante. Sería interesante un estudio aleatorizado para valorar si existe o no beneficio de Ht de mantenimiento junto a Bv.

## ePóster 169

**CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO (CMM) TRATADO CON EXEMESTANO- EVEROLIMUS. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES.**

**Verónica Conde Herrero, Carmen Sánchez Toro, Lucía Ochoa Vallejo, Rafael Ávalos Marfil, Víctor Amezcua Hernández, Cristina Alba Torres, Kevin Doello, Lucía Castillo Portellano, Encarnación González Flores** – H.u. Virgen De Las Nieves

## Mama Avanzada

**Introducción y Objetivos:** La combinación de Exemestano-Everolimus ha demostrado aumentar la supervivencia libre de progresión (SLP) en pacientes (pts) postmenopáusicas con CMM receptores hormonales (RH)+/HER2 -, que han progresado al tratamiento con inhibidores de la aromataza no esteroideos (IANE). El objetivo de nuestro estudio es valorar la eficacia y toxicidad de esta combinación en la práctica clínica habitual.

**Material y Métodos:** Análisis retrospectivo de 21 pts con CMM RH +/HER2 - tratadas en nuestro centro que habían recibido previamente IANE, que inician tratamiento con Exemestano-Everolimus entre Abril de 2014 y Febrero de 2018.

**Resultados:** Mediana de edad: 65 años (39-79). Perfil inmunohistoquímico: 100% RH+(RE+/RP+: 81%; RE+/RP -: 19%)/HER2 -. El 52,4 % de los tumores presentaban un Ki-67 > 15%. Mediana de líneas previas recibidas (HT+/-quimioterapia): 2(1-9). Todas las pts habían recibido tratamiento previo con IANE (en el tratamiento adyuvante o de la enfermedad metastásica) y Fulvestrant. El 90,5% de las pts iniciaron Everolimus a 10 mg y el resto a dosis de 5 mg. Mediana de localizaciones metastásicas: 2(1-6). Localizaciones más frecuentes: hueso 76%, ganglios 71%, pulmón 24 % y pleura 14%. 20 pts fueron evaluables para respuesta. Respuesta Completa: 4(20%); Respuesta Parcial: 6(30%); Estabilización de Enfermedad: 7(35 %); Progresión Tumoral: 3(15%). Tasa de respuestas (TR): 50 %. Beneficio Clínico (BC): 85%. Con una mediana de seguimiento de 19 meses (m) (1-47), 16 pts habían progresado al tratamiento. Mediana de SLP: 10 m (IC 95% 5,9-14). SLP a los 6 y 12 meses: 80% y 40% respectivamente. En el momento del análisis 4 pts han fallecido. Mediana de supervivencia global no alcanzada. Supervivencia global estimada a los 6, 12 y 24 m: 95%, 89,4% y 73,3% respectivamente. Toxicidad grado 3-4: 21,4 %. Estomatitis: 9,5%. Astenia:19%.Toxicidad cutánea: 4,7%. Neumonitis: 4,7%. Toxicidad hepática: 4,7%. Un 14,2% de pts presentaron neumonitis G1-2. No hubo muertes tóxicas. 8(38,1%) pts requirieron reducción de dosis de Everolimus y 7(33,3%) lo suspendieron por toxicidad.

**Conclusión:** En nuestra experiencia Exemestano-Everolimus es un tratamiento eficaz en pts politratadas pero con una toxicidad no despreciable que requiere una adecuado seguimiento y selección de las pts.

(PFS) frente a la terapia hormonal estándar, no objetivándose ningún subgrupo de pacientes en el que se obtuviera mayor o menor beneficio. A la espera de ver los resultados en la práctica clínica en este trabajo intentamos dilucidar si existe alguna subpoblación de pacientes en las cuáles estas moléculas pudieran tener un mayor beneficio clínico.

**Material y Métodos:** Serie de siete pacientes con cáncer de mama metastásico RE+/HER2- tratados con los IC Ribociclib o Palbociclib y terapia hormonal como primera línea metastásica. Se incluyeron pacientes con una PFS de entre 25,3 meses y 50 meses (como referencia de mediana PFS 25,3m alcanzada por la combinación Ribociclib-Letrozol). Estas pacientes se trataron dentro de los ensayos MONALEESA-2, PALOMA-2 y PARSIFAL. Se estudiaron sus datos demográficos, estado funcional y características clínicas de su enfermedad, comparándose con las características de los pacientes de los ensayos clínicos MONALEESA-2 y PALOMA-2.

**Resultados:** Serie de siete pacientes con cáncer de mama metastásico RE+/HER2- tratados con los IC Ribociclib o Palbociclib y terapia hormonal como primera línea metastásica. Se incluyeron pacientes con una PFS de entre 25,3 meses y 50 meses (como referencia de mediana PFS 25,3m alcanzada por la combinación Ribociclib-Letrozol). Estas pacientes se trataron dentro de los ensayos MONALEESA-2, PALOMA-2 y PARSIFAL. Se estudiaron sus datos demográficos, estado funcional y características clínicas de su enfermedad, comparándose con las características de los pacientes de los ensayos clínicos MONALEESA-2 y PALOMA-2.

**Conclusión:** Probablemente el subgrupo de pacientes de mayor edad, con cáncer de mama metastásico que partieron de una enfermedad de bajo riesgo sin necesidad de quimioterapia adyuvante y que recaen con enfermedad ósea exclusiva pudieran tener un mayor beneficio en la adición de los IC. Se trata de una población con mejor pronóstico evolutivo y el no objetivar mayor beneficios en los ensayos clínicos de aprobación pudiera deberse a la escasa muestra. Se trata de pocos pacientes, y futuras investigaciones son necesarias para corroborar esta hipótesis.

## ePóster 170

### Características de largos respondedores a inhibidores de ciclinas en cáncer de mama metastásico RE+/HER2-.

**Alberto Sánchez-Camacho Mejías, Irene Carrasco García, Johana Benedetti Pedroza, Daniel Herrero Rivera, Manuel Ruiz Borrego** – H.U.V. Rocío (Sevilla)

**Introducción y Objetivos:** Recientemente se han aprobado los inhibidores de ciclinas (IC) para el tratamiento del cáncer de mama metastásico (RE+/ HER2-). Estas moléculas mostraron un aumento del casi el doble en supervivencia libre de progresión

## ePóster 171

### Cardiotoxicidad asociada al tratamiento prolongado con trastuzumab: Experiencia clínica, seguimiento y manejo en pacientes con cáncer de mama metastásico HER+.

**Ana Pertejo Fernández** – Hospital Universitario La Paz. *Sº Oncología Médica.* **Laura Rodríguez Sotelo, Teresa López Fernández** – Hospital Universitario La Paz. *Sº Cardiología.* **Andrés Redondo Sánchez, Beatriz Castelo Fernández, Álvaro Pinto Marín, Alejandro Gallego Martínez, Enrique Espinosa Arranz, Pilar Zamora Auñón** – Hospital Universitario La Paz. *Sº Oncología Médica*

**Introducción y Objetivos:** La cardiotoxicidad asociada a trastuzumab exige por ficha técnica la monitorización

## Mama Avanzada

ecocardiográfica trimestral indefinidamente durante su uso. Nuestro objetivo es evaluar la incidencia de cardiotoxicidad asociada a trastuzumab en la práctica clínica asistencial en pacientes con tratamientos prolongados.

**Material y Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico, analizándose los datos de 46 pacientes diagnosticadas (durante período 1995-2014) de CM HER2-positivo y tratadas más de 4 años con Trastuzumab, con seguimiento clínico y ecocardiográfico. Remitidas a Cardioncología ante síntomas sugestivos de cardiopatía o alteraciones ecocardiográficas. Se definió como evento la necesidad de ingreso por insuficiencia cardíaca (IC) o disminución de la FEVI  $\leq$  53%.

**Resultados:** La mediana de edad fue 65 años (42-92). Los factores de riesgo cardiovascular asociados fueron: HTA (36.2%) DL (21.3%), DM (10.6%) fumadoras (12.8%) cardiopatía previa (4.2%). Diagnosticadas inicialmente como enfermedad localizada/localmente avanzada en un 71.1% de los casos, con receptores hormonales positivos en el 64.4%. El tratamiento inicial de la enfermedad metastásica (EM) fue en su mayoría con quimioterapia (86.4%): antraciclinas el 10.9% y taxanos el 40.9%. Todas recibieron trastuzumab para la EM, con una mediana de 6 años de tratamiento. Durante este tiempo 7 pacientes tuvieron que suspender trastuzumab por algún evento clínico. La mediana de tiempo hasta la primera suspensión fue de 44 meses (13-139 meses). En 3 casos se suspendió trastuzumab por una disminución transitoria de FEVI  $\leq$  53% en los primeros 2 años de tratamiento, ninguna de las pacientes tuvo repercusión clínica, pudiendo reintroducirse posteriormente sin eventos. Dos pacientes tratadas con antraciclinas y trastuzumab desarrollaron IC clínica que requirió tratamiento específico para poder reintroducir el trastuzumab. Dos pacientes ingresaron por IC aguda en relación con cardiopatía previa (valvulopatía aórtica y fibrilación auricular rápida). En todos los estudios ecocardiográficos de seguimiento en pacientes con más de 4 años no se registraron cambios significativos en la FEVI. Tras una mediana de seguimiento de 10 años, la mortalidad fue del 56.6 % relacionada en todos los casos con el proceso oncológico, con una mediana de supervivencia global de 182 meses (IC95%121.14-242.85).

**Conclusión:** El tratamiento prolongado con trastuzumab en nuestra serie no se ha asociado con el desarrollo de disfunción ventricular a largo plazo, lo que permitiría reducir la monitorización ecocardiográfica trimestral indefinida en las pacientes que precisen tratamiento más de 4 años.

**Julia Ayuso Martín-Romo, Isabel Gallegos Sancho, Beatriz Rivas, Beatriz Barrios Collado, Belén Cigarral García, Juan Jesús Cruz Hernández** – Hospital Clínico Universitario de Salamanca. **Lourdes García, María Cornide** - Hospital General de Segovia. **Aline Rodrigues, César A. Rodríguez Sánchez** – Hospital Clínico Universitario de Salamanca

**Introducción y Objetivos:** Palbociclib en combinación con IA o Fulvestrant ha demostrado ser superior a terapia endocrina sola en pacientes con CMM RE+/Her2 neg, en primera línea de tratamiento o en pacientes escasamente pretratadas. Sin embargo, existen pocos datos de su actividad y seguridad en mujeres politratadas. Objetivo: Evaluar la seguridad y eficacia del Palbociclib en pacientes con CMM politratadas en dos centros, incluidas en un programa de uso compasivo.

**Material y Métodos:** Se analizaron retrospectivamente los casos de CMM RE+/Her2neg en tratamiento con Palbociclib en combinación con IA o Fulvestrant, entre Dic'16 y Agosto'17 en el Hospital Universitario de Salamanca y el Hospital General de Segovia. Se registraron datos demográficos, extensión de la enfermedad, líneas previas de tratamiento, seguridad y eficacia del tratamiento.

**Resultados:** N=25 pac. Edad (mediana):65 años (rango: 36-83). Combinación con IA: 20 pac; con Fulvestrant: 5 pac. El 52% (n=13) de las pacientes presentaban metástasis hepáticas, 72% (n=18) metástasis pulmonares. Un 12% (n=3) presentaban metástasis óseas exclusivamente. El 100% de las pacientes habían recibido líneas previas de QT y HT para CMM; con una mediana de 6 líneas de QT. Líneas previas de HT (mediana): 3. Un 56% (n=14) habían recibido combinaciones con Everólimus. Toxicidad: Neutropenia G3 en 6 pac (24%). Retraso de dosis en 40%pac (n=10). Reducción de dosis en 7 pac (28%) Neutropenia G1-2: 60% (n=15). Otras toxicidades grado 1-2: 48% astenia, 16% artralgias, trombopenia 20%. En 1 paciente se objetivó visión borrosa, (tox. G-3). La mediana de Supervivencia Libre de Progresión (SLP) fue de: 5 meses. Se objetivó una tasa de Beneficio Clínico del 44 % (RO: 4 %, EE 40 %).

**Conclusión:** El tratamiento con Palbociclib en combinación con IA o con Fulvestrant en pacientes politratadas con CMM RE+/HER2neg se muestra segura, con una toxicidad manejable y acorde con lo reportado en la literatura pese a las numerosas líneas de tratamiento previo (incluyendo quimioterapia) y un beneficio clínico aceptable considerando el perfil de las pacientes incluidas.

## ePóster 172

**Combinación de Palbociclib con un Inhibidor de la Aromatasa (IA) o con Fulvestrant en Cáncer de Mama Metastásico (CMM) RE+/Her2 neg: eficacia y seguridad en pacientes politratadas.**

## ePóster 173

**CONTROL LOCAL PARA EL CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO EN RESPUESTA LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE FUENLABRADA 2011-2016 TRAS UN SEGUIMIENTO DE >5 AÑOS.**





**Beatriz Losada Vila, Sara Montemuiño Muñiz, Diego Malón Giménez, Laura Rodríguez Lajusticia, María Victoria De Torres Olombrada, Pastora Caballero Guerra, Begoña Caballero Perea, María José Expósito Casas, Blanca Ludeña Martínez, Juan Antonio Guerra Martínez** – Hospital Universitario de Fuenlabrada

**Introducción y Objetivos:** El 5-10% de los pacientes diagnosticados de cáncer de mama son metastásicos al diagnóstico. Los avances en los tratamientos sistémicos han logrado una mejor supervivencia (> 20 meses). La pregunta es si el tratamiento locorregional (mastectomía / tumorectomía +/- radioterapia) en el cáncer de mama metastásico también puede mejorar estos resultados. El objetivo del estudio fue comparar los resultados de aquellos pacientes que recibieron radioterapia (RT) tras la cirugía de la mama y los que no.

**Material y Métodos:** Estudio de cohortes retrospectivo con pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en estadio IV y respuesta completa después del tratamiento sistémico y posterior tratamiento locorregional incluyendo todos los casos entre 2011-2016.

**Resultados:** Once pacientes fueron analizados. La edad al diagnóstico fue de 46 años (SD 9,5 años). En todos ellos, la axila se vio afectada. Las localizaciones de las metástasis fueron: hueso en 5/11 pacientes (45%), hígado en 2/11 (18,1%), pulmón 1/11 (9%), combinado (hueso e hígado) en 1/11 (9%). HER2 fue positivo en el 81,8%, 18,2% lumbales B. La mediana del tiempo desde el diagnóstico hasta la cirugía fue de 6 meses (IQR [5-21]). Siete pacientes recayeron y dos murieron. La RT adyuvante (mama + ganglios linfáticos) se realizó en 45,5% (5/11). En este grupo, solo se produjo una recaída (después de 17 meses). La supervivencia libre de enfermedad fue de 24 meses con un seguimiento de 32 meses (IQR [24-39]); solo una muerte ocurrió. Seis pacientes (54,5%) no recibieron RT adyuvante después de la cirugía. En este grupo, 100% recayeron, con una supervivencia libre de enfermedad de 40 meses con un período de seguimiento medio de 58 meses [37-94]; solo una muerte ocurrió. En 4 de 6 pacientes, la RT se realizó en la progresión, sin recurrencia. Ambos grupos tenían características iniciales similares. RT adyuvante se realizó solo en un paciente antes de 2015. Esto podría sesgar los resultados por un período de seguimiento más corto.

**Conclusión:** Comparando los pacientes que recibían RT adyuvante versus RT no adyuvante, se observaron un 20% frente a un 100% de recaídas, respectivamente con un seguimiento de >5 años. No se observó recaída en aquellos pacientes que recibieron RT después de la progresión. La radioterapia adyuvante puede mejorar la supervivencia libre de progresión.

## ePóster 174

### Eficacia de las sucesivas líneas de tratamiento sistémico en el carcinoma de mama metastásico diagnosticado de novo.

**Ane Zumárraga Cuesta, Elena Galve-Calvo, Borja López-de-San-Vicente, Patricia Novas-Vidal, M<sup>a</sup> Angeles Sala-González, Jairo Legaspi-Folgueira, Fernando Pikabea-Díaz, Juan Fernando Arango-Arteaga, Covadonga Figaredo, Purificación Martínez-del-Prado** – Hospital Universitario Basurto

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de mama metastásico (CMM) es incurable. El tratamiento (T) mejora los síntomas, la calidad de vida y prolonga la supervivencia. Existen pocos datos del beneficio de las diferentes líneas (L) de T. El objetivo del estudio fue describir la eficacia del T, (tasa de respuestas objetivas (TRO) y tasa de beneficio clínico (TBC)), la supervivencia libre de progresión (SLP) de las diferentes L y supervivencia global (SG) según el inmuno-fenotipo (IF).

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de 129 pacientes (pts) diagnosticadas de CMM de novo entre Febr 2005-Dic 2015. Se recogieron los datos demográficos, clínico patológicos, T de primera L y sucesivas así como el intervalo libre de progresión de cada L. El seguimiento se realizó desde la fecha del diagnóstico hasta la muerte, pérdida del seguimiento o Dic-2017. El análisis descriptivo y de supervivencia con Kaplan Mayer se realizó con SPSS V.23.

**Resultados:** N= 129. La mediana de edad fue 68 años (SD 15,88) rango (20-95). Los IF fueron: Lumbales: 84 pts (65%), HER2: 24 pts (19%), y triple negativo (TN): 12 pts (9.3%). Afectación metastásica de un solo órgano: 59 pts (46%). Distribución según la localización: ósea 87 pts (67%), pleuro-pulmonares 59 pts (46%), hepáticas 39 pts (30%), ganglionares 33 pts (26%), piel/ tejidos blandos 9 pts (7%), cerebrales 3 pts (2,3%). Las pts con IF luminal y Her2 continuaron obteniendo tanto TRO y TBC con las sucesivas L de T, aunque menor con cada L, no así las pts TN que solo obtuvieron beneficio en la 1ª L. En la tabla 1 se describe la TRO, la TBC y la SLP para cada L por subtipos. Con una mediana de seguimiento de 24 meses (m) (DE 2.20) la mediana de SG de la serie fue 25 m (IC 95% IC: 19,38-30,61). Por subtipos: Luminal 30 m (IC95%: 24,395-35,605), Her2 34 m (IC95%: 12,965-55,035) y TN 8 m (IC95%: 1,571-35,963).

**Conclusión:** En nuestra serie se objetivan diferencias en TRO, TBC y SLP entre los diferentes IF de CM, siendo las pts TN las que menos se benefician de líneas sucesivas. La HT es la L más utilizada a lo largo de la evolución de la enfermedad metastásica de novo.



**Tabla1. Tasa de respuestas objetivas, tasa de beneficio clínico y supervivencia libre de progresión en las sucesivas líneas de tratamiento en CMMdn**

LINEA TTO		1L	2L	3L	4L	5L	≥6L
Luminal	TRO	17.9%	5.9%	9.8%	8%	7.1%	12.5%
	TBC	n=84	n=51	n=43	n=26	n=14	n*=26
	SLP (IC 95%)	73%	58.8%	41.5%	48%	50%	43.7%
HER2	TRO	9m (5.98-12.01)	7m (5.29-8.705)	6m (5.25-6.74)	6m (4.15-7.84)	4m (2.18-5.81)	-
	TBC	n=24	n=17	n=12	n=6	n=5	n*=4
	SLP (IC 95%)	54.5%	86.3%	76.5%	50%	22.2%	0%
TN	TRO	40%	0%	0%	0%	-	-
	TBC	n=12	n=4	n=3	N=2	-	-
	SLP (IC95%)	4m (2.48-5.51)	3m (NS)	3m (1.40-4.60)	2m (NS)	-	-

TRO: Tasa de respuestas objetivas.

TBO= Tasa de beneficio clínico.

SLP= Supervivencia libre de progresión.

n= Número de pacientes.

n\*= Número de tratamientos realizados.

### ePóster 175

#### Eficacia y seguridad de Exemestano-Everolimus en carcinoma de mama metastásico: experiencia en nuestro centro.

**María Muñoz Castrillo** – Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Central de Asturias. **Yolanda Fernández Pérez, Clara Iglesias Gómez, Sara Fernández Arrojo, David Gómez Sánchez – Alfonso Revuelta Rodríguez, Jorge Del Río Fernández, Isabel Palacio Vázquez, María Luque Cabal, Emilio Esteban González**

**Introducción y Objetivos:** En pacientes con carcinoma de mama avanzado hormonosensible tratadas previamente con un inhibidor de aromatasas (IA) no esteroideo, los resultados del ensayo BOLERO-2 demostraron una mejoría significativa de la supervivencia libre de progresión (SLP) con la combinación de Exemestano y Everolimus respecto al Exemestano en monoterapia (7,8 [IC 95%: 6,9 a 8,5] vs 3,2 meses), sin diferencias significativas en supervivencia global (SG), (31 [IC 95%: 28 a 34,6] vs 26,6 meses). Objetivos: evaluar la SLP, SG y seguridad en la práctica clínica habitual.

**Material y Métodos:** Estudio epidemiológico observacional, retrospectivo, de todas las pacientes con carcinoma de mama metastásico RH+/HER2- tratadas con Exemestano-Everolimus durante el período 2014-2017.

**Resultados:** Se incluyeron 64 pacientes con una mediana de edad de 58 años (30-81). Todas con ECOG 0-1. Tipo histológico: 55 ductal (86%); 7 lobulillar (11%) y 2 otros (3%). Perfil inmunohistoquímico: RE+/RP-: 86%; RE+/RP+: 14%; HER2-: 100%. Ki-67 > 15% en el 60,9%. Mediana de líneas de tratamiento (hormonoterapia y quimioterapia) previas para enfermedad avanzada: 3 (0-8). El 65% de las pacientes habían sido tratadas anteriormente con ≥ 3 líneas. Todas habían recibido un IA no esteroideo y el 73% quimioterapia para enfermedad avanzada. Cuarenta y seis (71%) pacientes con enfermedad visceral. Localizaciones metastásicas más frecuentes: hueso (84,4%), hígado (46,9%), pulmón (26,6%), pleural (21,9%) y ganglionar (18,8%). Cincuenta y nueve (92%) pacientes iniciaron Everolimus a dosis 10mg, siendo preciso en 28 (41%) la reducción de dosis a 5 mg. Diez pacientes (15,6%) presentaron toxicidad pulmonar (10,9% grado ≤ 2 y 4,7% grado 3-4); 29 (45,3%) estomatitis (40,6% grado ≤ 2 y 4,7% grado 3-4) y 7 (10,9%) astenia (7,8% grado ≤ 2 y 3,1% grado 3-4). En ningún caso se registró toxicidad

hematológica grado 3-4. Mediana de SLP: 5 meses [IC 95%: 3,49 a 6,50]. Mediana de SG: 23 meses [IC 95%: 19,10 a 26,89].

**Conclusión:** En nuestra serie, el perfil de toxicidad fue similar al reportado en el BOLERO-2, siendo inferiores los resultados de eficacia en términos de SLP y SG, lo que podría estar en relación con una población de pacientes que recibieron previamente un mayor número de líneas de tratamiento con respecto a las incluidas en el fase III ( $\geq 3$  líneas: 65% vs 54%).

### ePóster 176

#### El papel de Ki67 como predictor de respuesta a la quimioterapia neoadyuvante (QTneo): Experiencia del Hospital General de Valencia.

**Ihsan Shaheen, Martin Nuñez, Milagros Franco, Amaya Fernandez, Lauren Condori, Marina Meri** – Hospital General Universitario de Valencia, Oncología Médica. Valencia, España.  
**Cristina Caballero** – Hospital General De Valencia, Oncología Médica. Centro de Investigación Biomédica en Red de Cáncer (CIBEROnC), Madrid, España. **MC Godes** – Hospital General Universitario de Valencia, Oncología Médica. Valencia, España.  
**Vega Iranzo, Carlos Camps** – Hospital General De Valencia, Oncología Médica. Centro de Investigación Biomédica en Red de Cáncer (CIBEROnC), Madrid, España. Facultad de Medicina, Universitat de València.

**Introducción y Objetivos:** El ki67 es una proteína nuclear que indica la tasa de crecimiento celular. Se considera bajo:  $\leq 13\%$ , medido por inmunohistoquímica. Algunos estudios muestran relación entre el ki67 y las características histopatológicas del tumor, así como de la respuesta patológica a tratamiento. En este estudio se analiza la correlación entre el porcentaje de ki67 y los subtipos histológicos, fenotipos y respuesta patológica completa (pCR).

**Material y Métodos:** Presentamos un estudio retrospectivo de 146 pacientes tratadas con neoadyuvancia en el Hospital General Universitario de Valencia desde enero 2011 hasta junio 2016. Se incluyeron pacientes con cáncer de mama precoz tratadas con quimioterapia neoadyuvante e intervenidas quirúrgicamente. El perfil de IHQ se realizó en el tejido tumoral obtenido mediante BAG antes de recibir la QTneo, y el panel incluyó la determinación de receptores hormonales, HER-2 y Ki 67%. La ausencia de tumor en la mama y en los ganglios, se considera pCR, según la valoración de Miller y Payne. Se relacionó la variable ki67 con las variables histopatológicas, así como con pCR.

**Resultados:** De las 146 pacientes evaluadas, 47 pacientes (32.4 %) obtuvieron pCR según la valoración de Miller y Payne, en mama y axila. De estas 47 paciente, 33 pacientes (70.3%) tenían un Ki 67  $> 13\%$ , otras 14 pacientes (29.8%) un Ki 67 bajo, menor al 14 %. P:0.023. De los 33 pacientes que tienen pCR y Ki 67  $> 13\%$ , 4 son luminales ( 80% entre los luminales), y 17 son Her2 positivos ( 68% entre los Her 2 +), 12 pacientes son

basal like ( 70.6% entre los basal like) P:0.051. Además se halló relación estadísticamente significativa entre el Ki67 y el subtipo histológico (ki67  $> 13\%$ : ductal:62,4%; lobulillar: 25% p= 0,014).

	Respuesta Patológica Completa (RPC)
Ki67 $\leq 13\%$	14 (29.8%)
$> 13\%$	33 (70.3%)
Total	47 (100%)

Relación entre Ki67 y la Respuesta Patológica Completa (RPC)

	Respuesta Patológica Completa (RPC)
<b>Luminal</b> Ki67 $> 13\%$ Ki67 $\leq 13\%$	5 4 (80%) 1
<b>Her2+</b> Ki67 $> 13\%$ Ki67 $\leq 13\%$	25 17 (68%) 8
<b>Basal Like</b> Ki67 $> 13\%$ Ki67 $\leq 13\%$	17 12 (70.6%) 5
<b>Total</b>	47 (100%)

Relación entre Ki67, la Respuesta Patológica Completa (RPC), según el tipo histológico

**Conclusión:** Existe correlación entre la pCR y el nivel elevado de Ki67%. En luminales con Ki67%  $\geq 13\%$ , 80% han hecho pCR con el tratamiento neoadyuvante.

### ePóster 177

#### EVALUACIÓN DEL USO DE VINOURELBINA ORAL METRONÓMICA EN CARCINOMA DE MAMA METASTÁSICO.

**José Balsalobre Yago, Alice Viney, Maria José Martínez Ortíz, Ana Checa Soriano, Amelia Chica Marchal, Elena Conesa Nicolás, Iris Muñoz García, Maria Isabel Luengo Alcázar, Pablo Cerezuela Fuentes, Mónica Martínez Penella** – H. Universitario Santa Lucía. Cartagena.

**Introducción y Objetivos:** Los datos obtenidos en los ensayos clínicos respecto a la efectividad y tolerancia de vinorelbina oral en pauta metronómica le permite considerarse una opción de tratamiento en pacientes no candidatos a otras terapias. El objetivo es evaluar la efectividad y seguridad de vinorelbina oral metronómica en pacientes con cáncer de mama metastásico en nuestro hospital.

**Material y Métodos:** Estudio observacional retrospectivo que incluyó a todos los pacientes tratados con vinorelbina oral a dosis de 40 mg o 50 mg días 1, 3 y 5 semanal por 3 semanas cada 28 días; en nuestro hospital desde febrero de 2016 hasta

## Mama Avanzada

abril de 2018. Los datos se obtuvieron a través del programa de validación y preparación de fármacos citostáticos Farnis-Oncofarm® y la historia clínica informatizada Selene®.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 5 mujeres en el estudio, siendo la mediana de edad 79 años [70-89 años]. Todas las pacientes presentaban receptores hormonales positivos y HER2 negativo, presentando ECOG 0 en 2 pacientes, ECOG 2 en 2 pacientes y ECOG 3 en 1 paciente. Dos pacientes recibieron vinorelbina oral a pauta metronómica de 40mg como tratamiento de primera línea de quimioterapia para carcinoma de mama metastásico. Las otras tres pacientes habían recibido dos o más líneas de quimioterapia previas para enfermedad metastásica, y recibieron vinorelbina oral a pauta metronómica de 50mg. En relación con la respuesta al tratamiento, 4 pacientes presentaron progresión de enfermedad, recibiendo únicamente una paciente una línea posterior de tratamiento quimioterápico. Respecto al paciente restante fue preciso suspender el tratamiento por toxicidad. La mediana del tiempo de tratamiento fue únicamente de 2,25 meses. Respecto a la mediana de supervivencia libre de progresión fue de 2,50 meses [1 – 4 meses]. La mediana de supervivencia global fue de 7 meses [2-24 meses] con un total de 4 pacientes fallecidos a fecha de corte.

**Conclusión:** En nuestra experiencia el uso de vinorelbina oral metronómica no ha replicado los datos obtenidos en los ensayos clínicos, evidenciando en nuestra muestra una menor supervivencia libre de progresión y supervivencia global. No obstante, podemos considerar su uso en pacientes no candidatos a otros tratamientos dado su buen perfil de tolerancia.

tratadas con inhibidores de ciclinas desde su aprobación en España en noviembre de 2017, y su perfil de toxicidad.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo multicéntrico de 3 centros que recoge los datos clínicos, demográficos y toxicidades de las pacientes con cáncer de mama avanzado luminal que han recibido inhibidores de ciclinas dentro de la práctica asistencial.

**Resultados:** Entre noviembre de 2017 y abril de 2018 se recogen datos de 24 pacientes pertenecientes a 3 centros nacionales. La mayoría eran 12 meses desde el diagnóstico y un 8% eran metastásicas de novo. El 50% de las pacientes presentaban enfermedad visceral, con >1 órgano afecto en el 33%. Recibieron tratamiento para la enfermedad metastásica hasta en el 53% de los casos (1 línea: 33%, 2 líneas: 8% y ≥3 líneas: 12%). El inhibidor de ciclina más empleado fue palbociclib (79%) y la hormonoterapia más empleada, los inhibidores de aromataza (62%). La toxicidad más frecuente fue la neutropenia (87%; grado 3-4: 50%); precisando reducción e interrupción de dosis en un 40 y 55% de los casos, respectivamente; sin observarse ningún caso de neutropenia febril. La neutropenia ocurre en el 75% de las pacientes dentro de los 30 primeros días de tratamiento. Otras toxicidades menos frecuentes fueron leucopenia (69%), anemia (26%), astenia (26%) y artralgia (13%) en su mayoría de grado 1.

**Conclusión:** Nuestros datos sugieren que, en la práctica clínica real, los inhibidores de ciclinas se están empleando en una población más heterogénea, fundamentalmente en líneas más avanzadas. El perfil de toxicidad es concordante con un 50% de neutropenia grado 3-4 predecible y manejable y sin repercusiones clínicas para el paciente.

## ePóster 178

## EXPERIENCIA EN PRACTICA CLINICA REAL CON INHIBIDORES DE CICLINAS EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA AVANZADO.

**Beatriz Losada Vila** – Hospital Universitario de Fuenlabrada. **Ernesto Olcina Aguado** – Hospital Clínico de Valencia. Instituto de Investigación Sanitaria INCLIVA. Universidad de Valencia, Valencia. **Maria Valero Arbizu** – Hospital Quirónsalud-Oncoavanze, Sevilla. **Victor Sacristan Santos** – Hospital de Montecelo, Pontevedra. **Domingo Sánchez Martínez** – Virgen de la Arrixaca, Murcia. **Javier O Prato Varela** – Hospital Universitario de A Coruña, A Coruña. **Begoña Bermejo de las Heras** – Hospital Clínico de Valencia

**Introducción y Objetivos:** La incorporación de los inhibidores de ciclinas ha supuesto un cambio en el paradigma del tratamiento de las pacientes con cáncer de mama metastásico con receptores hormonales positivos; alcanzando una supervivencia libre de progresión > 24 meses, con un perfil de toxicidad muy favorable. La toxicidades más frecuentes son hematológicas, astenia, náuseas y artralgias, siendo la más relevante la neutropenia. El objetivo de nuestro estudio es reflejar las características clínicas de las pacientes

## ePóster 179

## LARGAS SUPERVIVIENTES EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO. SERIE DE 15 CASOS.

**María Yeray Rodríguez Garcés, María Amor Urbano, Francisco Javier Jiménez Ruiz, Laura Sánchez Escudero, David Morales Pancorbo, Isabel Aragón Manrique, Juan Lucas Bayo Calero** – Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

**Introducción y Objetivos:** La mediana de supervivencia del cáncer de mama metastásico es aproximadamente de doce meses sin tratamiento. Actualmente, los citotóxicos, la hormonoterapia y la inmunoterapia están mejorando esta expectativa. Sin embargo, las razones por las que algunas pacientes sobreviven más de la mediana establecida aún son desconocidas. En los últimos años se han analizado estos casos en busca de datos y factores pronóstico que aporten una explicación con fundamento científico. Exponemos una serie de casos de 15 pacientes con cáncer de mama metastásico (CMM) supervivientes durante más de 10 años.

**Material y Métodos:** Realizamos un estudio descriptivo analizando variables como edad al diagnóstico, estadio inicial,

fenotipo tumoral, tratamiento adyuvante, respuesta o no a hormonoterapia, fenotipo en la recaída, enfermedad metastásica visceral VS ósea, cutánea o ganglionar y tratamiento paliativo, buscando relaciones entre las mismas.

**Resultados:** Presentamos los siguientes resultados: la media de edad al diagnóstico fue 45 años. La mayoría de las pacientes se diagnosticaron en estadios iniciales, tres de ellas localmente avanzado y dos fueron metastásicas al inicio. Doce pacientes (80%) presentaban fenotipo luminal, dos Her2+ y una, triple negativo. El 91% de las luminales presentaron buena respuesta a hormonoterapia. Seis pacientes se rebiopsiaron a la recaída encontrando sólo en una de ellas conversión de Her2+ a luminal B2. La enfermedad metastásica se localizó fundamentalmente a nivel óseo. Sólo una paciente falleció, estando el resto actualmente vivas y con ECOG 0. La media para la supervivencia libre de enfermedad (SLE) fue 55,3 meses y la media de supervivencia global (SG) fue 143,4 meses.

**Conclusión:** En vista de los resultados de este análisis y a la literatura publicada, la hormonosensibilidad es una variable fuertemente asociada a una larga supervivencia en el cáncer de mama metastásico, así como la enfermedad metastásica ósea. La mayoría de estudios analizan casos de pacientes metastásicas durante 5 años. En esta serie de casos se duplica esa supervivencia. Concluimos que existen factores pronóstico e interacciones entre ellos, relacionados con un aumento en la supervivencia del CMM a partir de los cuales, llevando a cabo más y mejores estudios sobre el tema, podría establecerse un modelo predictivo para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estas pacientes.

### ePóster 180

#### Mejorando el marcador predictivo HER2 mediante un modelo multivariante.

**María Antonia Salud Salvia** – Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida. **María Alba Sorolla Bardaji** – Institut de Recerca Biomèdica de Lleida. **Gisela Urgel Reig** – Institut de Recerca Biomèdica de Lleida. **Silvia Bielsa Martín, Serafin Morales Murillo, Ariadna Gasol Cudos, Joel Veas Rodríguez** – Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida. **Anna Novell Alvarez** – Institut de Recerca Biomèdica de Lleida

**Introducción y Objetivos:** Trastuzumab ha significado el primer éxito en medicina de precisión, mejorando el mal pronóstico asociado al subtipo HER2 de cáncer de mama y lográndose incrementar el porcentaje de curación hasta el 60%. Sin embargo, este fármaco tiene un coste elevado y efectos secundarios severos, obligando a tener buena selección de pacientes que realmente se beneficien del tratamiento. Existen porcentajes elevados de pacientes resistentes a este fármaco (35%) a pesar de estar sobreexpresando HER2. Además, un trabajo reciente (NSABP B-47) apunta a una falta de respuesta en aquellos pacientes con niveles bajos de HER2. Nuestro objetivo es mejorar la actual predicción de respuesta al tratamiento

**Material y Métodos:** Setenta y cinco pacientes con subtipo HER2 de cáncer de mama, diagnosticados y tratados con quimioterapia neoadyuvante y trastuzumab en el Hospital Universitario Arnau de Vilanova (2005-2016). La mitad de los pacientes mostró una respuesta completa al tratamiento (grado 4 o 5, clasificación de Miller-Payne). Se analizó por inmunohistoquímica la expresión proteica de los receptores de la familia HER (HER1-HER4), estrógenos (ER) y progesterona; y Ki67. Se realizaron análisis de curva ROC (AUC) y tests de sensibilidad (Se) y especificidad (Sp). Se determinaron los Odds ratios (OR) mediante regresión logística (significancia del 5%).

**Resultados:** Nuestros resultados indican que el marcador HER2 tiene un valor bajo de AUC, siendo de 0.653 (0.527-0.779). Los valores de Se y Sp para el cut off actual son de 80% y 33% resp, dando lugar a un 67% de falsos negativos. Estos datos sugieren que la expresión de HER2 tiene una eficiencia predictiva pobre, existiendo poca concordancia entre Se y Sp. En este trabajo, proponemos un perfil predictivo mejorado que incluye a 3 marcadores: expresión HER2 y de Ki67; y Histoscore de ER. Este modelo multivariado propuesto tiene una AUC de 0.798 (0.693-0.902) con unos valores de Se y Sp de 80% y 60% resp (tabla 1).

Marcadores	Modelo Multivariante	
	OR (CI95%)	p-value
ER (histoscore)	0.994 (0.989-0.998)	0.005
Ki67 (%)	1.008 (1.003-1.074)	0.032
HER2 (%)	1.018 (1-1.037)	0.052

Tabla 1. Odds-Ratios de la firma predictiva mejorada para la terapia anti-HER2.

**Conclusión:** Se están realizando grandes inversiones en el desarrollo de nuevos fármacos anti HER2 pero se sigue utilizando el mismo marcador HER2 desde 2006, con una eficiencia moderada. El perfil molecular propuesto está compuesto por varios marcadores, todos implantados en la práctica clínica. Nuestros resultados contribuyen a una mejor selección de pacientes para el tratamiento con trastuzumab, mejorando la relación coste-beneficio.

### ePóster 181

#### PACLITAXEL Y BEVACIZUMAB SEGUIDO DE CAPECITABINA Y BEVACIZUMAB (ESQUEMA "IMELDA") VS OTROS ESQUEMAS TRAS RESPUESTA INICIAL EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO (CMM). RESULTADOS EN VIDA REAL.

**Roberto Escala Cornejo, María García Muñoz, Julia Ayuso Martín-Romo, Belén Cigarral García, Beatriz Barrios Collado, Diego Casado Elia, Germán Martín, Amalia Gómez Bernal, César A. Rodríguez, Juan J. Cruz Hernández** – Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

## Mama Avanzada

**Introducción y Objetivos:** La combinación de Paclitaxel y Bevacizumab, y la continuación del tratamiento con Capecitabina y Bevacizumab en pacientes en respuesta en CMM en primera línea, ha demostrado ser superior a la continuación con Bevacizumab solo, incrementando la supervivencia libre de progresión (SLP) y la supervivencia global (SG). El objetivo de nuestro estudio fue comparar los resultados en vida real de las pacientes tratadas con Capecitabina-Bevacizumab tras Paclitaxel-Bevacizumab (esquema "Imelda") con aquellas tratadas con otros esquemas.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo obtenido de datos de pacientes registradas en la base de datos del Servicio de Farmacia del Hospital Clínico Universitario de Salamanca tratadas con la combinación de Paclitaxel y Bevacizumab, en primera línea en CMM.

**Resultados:** Entre 2009 y 2018, un total de 46 pacientes fueron tratadas con Paclitaxel + Bevacizumab. De ellas, 35 (76%) presentaron respuesta objetiva (RO) o estabilización (EE). De este subgrupo, un total de 19 pacientes (54%) fueron tratadas con Capecitabina y Bevacizumab como continuación, mientras que 16 (46%) recibieron otros esquemas. La decisión del tratamiento administrado dependió esencialmente de la decisión del médico responsable, no existiendo diferencias relacionadas con la extensión o tipo de enfermedad. Edad (mediana): 56 años. SLP (mediana) desde el inicio de Tratamiento: 17 meses para "Imelda" vs 10 para "otros tratamientos" (HR 0,61 [95% CI 0,29–1,26]; p 0,184, NS). SG (mediana) desde el inicio de Tratamiento: 41 meses y 36 meses respectivamente (HR 0,80 [95% CI 0,35–1,87]; p 0,613, NS). Si se considera el momento de la secuenciación a Capecitabina vs otros esquemas, la SLP fue 9 vs 5 meses (0,71 [95% CI 0,35–1,46]; p 0,36, NS) y la SG 36 vs 28 meses (0,96 [95% CI 0,40–2,26]; p 0,93, NS).

**Conclusión:** Aunque el pequeño tamaño muestral limita el análisis estadístico, en nuestra serie, la continuación de Capecitabina y Bevacizumab (esquema "Imelda") tras respuesta a Paclitaxel + Bevacizumab parece confirmar su superioridad frente a otras estrategias en CMM.

en SG frente a capecitabina en 2ª línea. La terapia previa debe haber incluido antraciclinas y taxanos según indicación autorizada pero en función de la evidencia disponible parece razonable haber recibido capecitabina. El objetivo es evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento en condiciones de práctica clínica.

**Material y Métodos:** Análisis retrospectivo de los pacientes tratados con eribulina 1,3 mg/m<sup>2</sup> los días 1 y 8 de cada ciclo de 21 días, desde 1/10/2014 al 30/04/2018. Los datos demográficos, clínicos, de tratamiento y toxicidad se recogieron a través del programa Oncowin® y Diraya® Atención Especializada. Como variables de efectividad se midieron la mediana de SLP y de SG.

**Resultados:** 20 mujeres recibieron eribulina, mediana de edad 51 años y ECOG=0 en 5 pacientes, ECOG=1 en 14 y ECOG=2 en un paciente. Todas habían recibido antraciclinas y taxanos en adyuvancia o enfermedad metastásica y se decidió en nuestro hospital que era imprescindible haber recibido capecitabina. 7 pacientes recibieron eribulina en 2ª línea, 6 en 3ª, 3 en 4ª, 1 en 5ª y 3 en 6ª línea. Con una mediana de seguimiento de 7 meses (1,2-14,5), 85% (17/20) habían progresado, con una mSLP de 3,2 meses (1,4-13). Un 65% han fallecido (13/20), con una mSG de 11,7 meses (1,4-13,8). La mediana de ciclos administrados ha sido de 5 (1-13). Se registró toxicidad de cualquier grado en el 95% de los pacientes, siendo la más frecuente neurotoxicidad (45%), astenia grado 2 (30%), náuseas/vómitos (25%), mialgias y diarrea (20%). 20% de pacientes experimentaron neutropenia G3. Hubo que disminuir la dosis en 3 pacientes.

**Conclusión:** Los datos de efectividad y seguridad de eribulina en condiciones de práctica clínica asistencial son similares a los recogidos en el ensayo pivotal del fármaco y el perfil de toxicidad es aceptable, por lo que es un tratamiento que se puede ofrecer a las pacientes en este contexto.

## ePóster 182

### RESULTADOS EN SALUD CON ERIBULINA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO.

**Lourdes Rodríguez Perez, Sara Estalella Mendoza, Alba Salguero Olid, Patricia Ramírez Daffós, Salvador Gámez Casado, Alicia Quilez Cutillas, Julio Calvete Cadenas, Alicia Campini Bermejo, Jose Manuel Baena Cañada, María José Martínez Bautista** – Puerta Del Mar

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de mama es el más frecuente en mujeres a nivel mundial. Eribulina está indicada en cáncer de mama localmente avanzado o metastásico con progresión después de, al menos, un régimen de quimioterapia, en base a una ganancia de 2,7 meses de mediana de SG frente a tratamiento de elección en al menos 3ª línea (13,2 frente a 10,5), no encontrándose diferencia

## ePóster 183

### SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON EVEROLIMUS Y EXEMESTANO EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA AVANZADO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL.

**Ernesto Olcina Aguado** – Servicio de Oncología Médica Hospital Clínico de Valencia. Instituto de Investigación Sanitaria INCLIVA. Universidad de Valencia, Valencia. **Beatriz Losada Vila** – Oncología Médica, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid. **María Valero Arbizu** – Oncología Médica. Hospital Quirónsalud-Oncoavanz, Sevilla. **Víctor Sacristán Santos** – Hospital de Montecelo, Pontevedra. **Domingo A. Sánchez-Martínez** – Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. **Javier O. Prato Varela** – Hospital Universitario de A Coruña, A Coruña. **Begoña Bermejo de las Heras** – Servicio de Oncología Médica Hospital Clínico de Valencia. Instituto de Investigación Sanitaria INCLIVA. Universidad de Valencia, Valencia

**Introducción y Objetivos:** En las pacientes con cáncer de mama con receptores hormonales positivos la terapia hormonal es el tratamiento de elección, aunque la aparición de resistencias primarias y adquiridas



deriva en la recaída. En el ensayo clínico BOLERO-2 en pacientes con progresión tras tratamiento endocrino, la combinación de everolimus-exemestano mostró un aumento de la supervivencia comparado con exemestano. Los acontecimientos adversos más frecuentes fueron la estomatitis, la disnea, la hiperglucemia y la neumonitis. El proyecto ONCOFUTURA evalúa las toxicidades de la combinación en la práctica clínica real en pacientes con cáncer de mama avanzado.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo y multicéntrico de 4 centros que recoge las variables demográficas, de duración del tratamiento, toxicidades y su gravedad de pacientes diagnosticadas de cáncer de mama metastásicas de fenotipo Luminal que habían recibido hasta abril de 2017 tratamiento con everolimus-exemestano en la práctica asistencial.

**Resultados:** Se recogieron datos de 43 pacientes provenientes de 4 centros nacionales. La mayor parte eran 12 meses para el 64,3% de las pacientes. La dosis de everolimus de inicio fue mayoritariamente 10 mg (83,7%). Las toxicidades más frecuentes fueron estomatitis (52,4%) y astenia (56,4%). La estomatitis también fue en su mayor parte leve (77,3% grados 1 y 2); sin embargo, la mayoría (n=18) de los casos requirieron modificación del tratamiento. Los casos de astenia fueron de grado 1 (77,3%) y requirieron cambio o interrupción de dosis en 2 casos. Otras toxicidades fueron rash cutáneo (30,8%), neumonitis no infecciosa (35,0%), anemia (25,6%) y disnea (20,6%). 6 casos de disnea y 7 de neumonitis provocaron la interrupción del tratamiento.

**Conclusión:** Nuestros resultados muestran que en la práctica clínica real, el tratamiento con everolimus-exemestano en pacientes con cáncer de mama metastásico es seguro y posee un perfil de efectos secundarios asumible. A parte, las estrategias de manejo de estas toxicidades ayudan a mejorar la calidad de vida de las pacientes.

#### ePóster 184

### Supervivencia libre de progresión con Trastuzumab emtansine (T-DM1) tras Pertuzumab (P)-Trastuzumab (T) y Docetaxel (D) en cáncer de mama metastásico HER-2 positivo.

**Alberto Sánchez-Camacho Mejías, Irene Carrasco García, Alejandro Falcón González, Daniel Herrero**

**Rivera, Manuel Ruiz Borrego, Johana Benedetti Pedroza** – H.U.V. Rocío (Sevilla)

**Introducción y Objetivos:** Tras los ensayos clínicos fase 3 EMILIA y TH3RESA, el anticuerpo monoclonal T-DM1 ha sido aprobado como tratamiento en el cáncer de mama HER2+ tanto en la segunda línea tras progresión a trastuzumab y taxanos como en la tercera línea y sucesivas a la progresión a lapatinib. Sin embargo, con la aprobación de Pertuzumab en la primera línea metastásica (CLEOPATRA) desconocemos los datos de supervivencia libre de progresión (SLP) que aporta T-DM1 en el panorama post-Pertuzumab. Aquí describimos resultados de SLP con T-DM1 tras Pertuzumab en nuestro centro.

**Material y Métodos:** Serie de 21 pacientes con cáncer de mama metastásico HER2+ tratados con T-DM1 a la progresión en líneas anteriores a P-T-D. De las mismas, 11 pacientes (52%) se trataron en 2ª línea, 8 (38%) en 3ª línea y 2 (10%) en 4ª o sucesivas líneas (máximo en 6ª línea). En cuanto a características clínicas, edad media de 55 años, el 78% de las pacientes presentaban afectación visceral con un 15% con afectación cerebral.

**Resultados:** Con una mediana de seguimiento de 7,65 meses, 14 pacientes (66%) tuvieron eventos de progresión, con una mediana de supervivencia global de 4,27 meses [95% CI 3.09-5.54]. Por líneas de tratamiento, en el uso de T-DM1 como segunda línea se obtuvo una mediana de SLP de 4.83 meses [95% CI 3.97-5.68]. En la tercera línea se obtuvo mediana SLP de 2.99 meses [95% CI 2.13-3.84] En cuarta y sucesivas líneas obtuvimos una SLP de 2.3 meses. Así mismo, obtuvimos en la primera línea con P-T-D unas tasas de SLP de 10.6 meses.

**Conclusión:** En nuestra serie obtenemos resultados más pobres que los estudios de aprobación del T-DM1 EMILIA (SLP 9.6 meses), más parecidos al estudio TH3RESA (SLP 6.2 meses). Esto podría deberse a una muestra con peor pronóstico evolutivo comparado con los ensayos: pacientes más jóvenes, con ECOG  $\leq 2$ , con hasta un 80% de enfermedad visceral e incluyendo pacientes con afectación de SNC (que fueron excluidas de los ensayos). Estudios posteriores serán necesarios, pero datos preliminares parecen indicar el escaso beneficio de T-DM1 en cuarta línea y sucesivas (SLP de 2.3 meses).



## Medias y medianas del tiempo de supervivencia

Nº línea T-DM1	Media <sup>a</sup>				Mediana			
	Estimación	Error típico	Intervalo de confianza al 95%		Estimación	Error típico	Intervalo de confianza al 95%	
			Límite inferior	Límite superior			Límite inferior	Límite superior
<b>2</b>	8,659	2,235	4,279	13,039	4,830	,435	3,978	5,682
<b>3</b>	4,379	1,017	2,386	6,371	2,990	,438	2,131	3,849
<b>4 o sucesivas</b>	2,070	,000	2,070	2,070	2,370	.	.	.
<b>Global</b>	6,465	1,312	3,893	9,038	3,680	,626	2,454	4,906

SLP con T-DM1 en segunda y sucesivas líneas

## ePóster 185

## Supervivencia, ¿a qué precio?.

**Catalina Faló Zamora** – Ico-Hospitalet. **Eva Rodríguez Bruzos** - Hospital del Mar. **Marisa Mena Cervignon, Sara Tous Belmonte, Idoia Morilla, Silvia Vazquez, Agostina Stradella, Sonia Pernas, Miguel Gil Gil** – Ico-Hospitalet. **Antoni Font Guiteras** – Universidad Autònoma Barcelona

**Introducción y Objetivos:** La supervivencia en las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama ha aumentado considerablemente en los últimos 20 años del 65% al 83.5% a 5 años en el momento actual. En enfermedad metastásica la mediana de supervivencia también se ha doblado, dependiendo del subtipo tumoral. El objetivo del presente estudio de calidad de Vida (QoL) en pacientes con cáncer de mama es saber a qué precio.

**Material y Métodos:** Estudio prospectivo en pacientes con cáncer de mama independiente del estadio que incluye pacientes libres de enfermedad (LE) y pacientes metastásicas (M). Se han utilizado las siguientes escalas: EORTC 30 y B-23; QL-CA-AFEX, DME, HADS, Resilient Coping Scale (BRCS) y la Mental Adjustment to Cancer Scale (mini-MAC), LOT- R, optimismo estratégico así como una entrevista de preguntas abiertas para recoger todos aquellos ítems que las preocupan y que no quedan reflejados en los cuestionarios de QoL actuales. Se analizarán las variables socio-demográficas, clínicas y las puntuaciones en las diversas escalas y se comparan si existen diferencias entre ambos

grupos de pacientes: LE vs M, utilizando la p de Fisher para las variables categóricas y el t-test para las continuas. Previo consentimiento informado. Estudio aprobado por el CEIC.

**Resultados:** Desde mayo 2017 a abril 2018 se han incluido 140 pacientes (100 LE y 40M). La mediana de edad 56.7 (35.4-82.6). Estado civil: 50% casadas, 65% con hijos. Estadios al diagnóstico: I: 32%; II: 43%; III: 18%; IV: 6% (2% desconocido). Subtipo molecular: Luminal A: 31%; luminal B: 38%; luminalB HER2: 12%; triple negativo: 9% (desconocido 2%). Cirugía conservadora en mama 61% y axila: 51%. Ninguna de las variables socio demográficas ha mostrado diferencias significativas entre ambos grupos. Sin embargo, en el momento de la entrevista un 28.6% estaban bajo tratamiento psicofarmacológico: 77.5% LE y 22.5 M, p: 0.136. Si seleccionamos las pacientes del estudio piloto, dichas diferencias alcanzan significación estadística (P: 0.084). SE presentarán los datos de las diferentes escalas de QoL y de estrategias de afrontamientos por subgrupos.

**Conclusión:** Más allá de la mejora en la supervivencia, creemos que es importante conocer la calidad de vida de nuestras pacientes tanto metastásicas como no metastásicas, ya que paradójicamente las LE muestran mayor malestar emocional como lo demuestra la mayor necesidad de tratamiento psicofarmacológico. Es una necesidad comunicar a la sociedad las repercusiones que tienen el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del cáncer de mama en la calidad de Vida de nuestras pacientes.



Características	Todas las pacientes (N=140)		No metastasis (N=100)		Metastasis (N=40)		P-value <sup>c</sup>
	N	% <sup>a</sup>	N	% <sup>b</sup>	N	% <sup>b</sup>	
<b>Edad</b>							0.214
Mediana (Sd.)	57.3	(9.9)	56.7	(9.7)	58.6	(10.5)	
Media(Min-Max)	56.7	(35.4-82.6)	56.5	(35.4-77.4)	56.9	(43.8-82.6)	
<b>Subtipo molecular</b>							0.710
Luminal A	44	31.4	32	72.7	12	27.3	
Luminal B	53	37.9	40	75.5	13	24.5	
Luminal B + HER2	17	12.1	12	70.6	5	29.4	
HER2	11	7.9	6	54.5	5	45.5	
TN	13	9.3	9	69.2	4	30.8	
<b>Tratamiento inicial</b>							<0.001
Cirugía	89	63.6	73	82.0	16	18.0	
Quimioterapia	31	22.1	17	54.8	14	45.2	
Quimioterapia + antiHER2	10	7.1	7	70.0	3	30.0	
Hormonal	1	0.7	1	100.0	0	0.0	
Paliativo	5	3.6	0	0.0	5	100.0	
Anti-Her2	3	2.1	2	66.7	1	33.3	
<b>Localización metástasis</b>							0.343
Partes blandas	20	14.3	3	15.0	17	85.0	
Visceral	21	15.0	1	4.8	20	95.2	
<b>Líneas QMT paliativa</b>							0.429
0	11	7.9	4	36.4	7	63.6	
1	19	13.6	6	31.6	13	68.4	
2	6	4.3	0	0.0	6	100.0	
≥3	12	8.6	0	0.0	12	100.0	
<b>Líneas HT paliativa</b>							0.474
0	14	10.0	2	14.3	12	85.7	
1	16	11.4	6	37.5	10	62.5	
2	10	7.1	2	20.0	8	80.0	
≥3	8	5.7	0	0.0	8	100.0	
<b>Tratamiento psicológico</b>							0.437
No	88	62.9	61	69.3	27	30.7	
Sí	20	14.3	12	60.0	8	40.0	
No data	32	22.9	27	84.4	5	15.6	
<b>Tratamiento psicofarmacológico</b>							0.136
No	68	48.6	42	61.8	26	38.2	
sí	40	28.6	31	77.5	9	22.5	
No data	32	22.9	27	84.4	5	15.6	

Características clínicas y demográficas de las pacientes no metastásicas y metastásicas.

Abreviaciones: N: número de casos; Sd.: Desviación estándar; Min: Mínimo; Max: Máximo; BC: Cáncer de mama. <sup>a</sup>Porcentaje por columna; <sup>b</sup>Porcentaje por fila; <sup>c</sup>Fisher's exact test P-value para variables categóricas y t-test P-value para variables

## ePóster 186

**Tratamiento con Fulvestrant en cáncer de mama metastásico fenotipo Luminal en la práctica real.****Joel Veas Rodriguez, Ariadna Gasol Cudós, Serafin Morales Murillo** – Hospital Arnau de Vilanova de Lleida

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de mama metastásico fenotipo luminal tiene diferentes opciones de hormonoterapia, que permite una secuencia racional con mejora de la supervivencia, manteniendo una calidad de vida adecuada. Fulvestrant (FUL) es un fármaco utilizado ampliamente en este ámbito siendo cómodo y con escasa toxicidad, aunque la secuencia de su utilización es controvertida y muy variable entre los distintos centros.

**Material y Métodos:** Analizamos la utilización de FUL en nuestro centro en las diferentes líneas de tratamiento y su beneficio en una cohorte de 63 pacientes que recibieron tratamiento para su enfermedad metastásica durante el año 2017.

**Resultados:** La mediana de edad fue de 73 años (42-95), 34 pacientes recibieron tratamiento adyuvante con quimioterapia, 10 hormonoterapia y 19 no recibieron ningún tipo de tratamiento adyuvante. En nuestra cohorte 16 (25%) pacientes eran metastásicas de debut, 15 (24%) presentaron un intervalo entre el diagnóstico y la aparición de metástasis inferior a 48 meses y en 32 (51%) el intervalo fue superior a 48 meses. FUL se utilizó como primera línea de tratamiento en 24 (38 %) casos, en segunda línea en 25 (40%) y en tercera línea o superior en 14 (22%). La media de supervivencia global fue de 112 meses y la mediana de duración de tratamiento con FUL fue de 13 meses, presentando resultados similares cuando se le utilizó tanto en 1º como en 2º línea de tratamiento, siendo esto significativamente superior que cuando fue utilizado en 3º línea o sucesivas (mediana de 15-20 meses frente a 8 meses, log Rank: p: 0,015).

**Conclusión:** Fulvestrant es un tratamiento efectivo para el cáncer de mama metastásico que permite un control de la enfermedad con una mediana de 13 meses sobre todo si se utiliza en líneas precoces de la secuencia.

## ePóster 187

**TRATAMIENTO CON PACLITAXEL Y BEVACIZUMAB EN PRIMERA LÍNEA DE CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO (CMM). RESULTADOS DE UN ÚNICO CENTRO EN CONDICIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA ASISTENCIAL.****Roberto Escala Cornejo, María García Muñoz, Belen Cigarral García, Diego Casado Elia, Juncal Claros Ampuero, Elena Escalera Martín, Amalia Gómez Bernal, Germán Martín, César A. Rodríguez, Juan J. Cruz Hernández** – Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

**Introducción y Objetivos:** La combinación de Paclitaxel y Bevacizumab, constituye una de las opciones más empleadas como tratamiento de pacientes con CMM en primera línea, habiendo demostrado un incremento en la supervivencia libre de progresión (SLP) y en la tasa de respuesta objetiva (RO) comparado con el uso de Paclitaxel en monoterapia. El objetivo de nuestro trabajo es analizar los datos en vida real de las pacientes tratadas en indicación y comparar los resultados con los obtenidos de la literatura, en nuestro centro.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes registradas en la base de datos del Servicio de Farmacia del Hospital Clínico Universitario de Salamanca tratadas con la combinación de Paclitaxel y Bevacizumab, en primera línea en CMM. Análisis de supervivencia global (SG), SLP, RO y Seguridad.

**Resultados:** Entre 2009 y 2018, un total de 46 pacientes fueron tratadas. Mediana de edad: 55 años. Tumores RE+/Her2- 70%, Triple negativo: 30%. Presencia de enfermedad visceral: 87%. Tasa de Respuesta: RO 70%: respuesta completa (RC) 2%, respuesta parcial (RP) 68%, estabilización (EE) 11%, progresión (PR) 19%. Supervivencia Libre de Progresión (mediana): 12 meses. Supervivencia Global (mediana): 28 meses. De las pacientes que presentaron respuesta o enfermedad estable (n=35), un total de 19 pacientes (54%) continuaron tratamiento con Capecitabina tras la suspensión de Paclitaxel. La toxicidad más frecuente fue la HTA grado I-II, el sangrado grado I y la polineuropatía grado I-II secundaria a paclitaxel. No se registraron toxicidades graves, ni episodios de perforación intestinal. Un abandono de tratamiento por proteinuria persistente.

**Conclusión:** En nuestro medio, el tratamiento con Paclitaxel y Bevacizumab en primera línea de CMM ofrece resultados comparables a los publicados en los estudios de registro, con un perfil de seguridad favorable.

## ePóster 188

**TRATAMIENTO CON PACLITAXEL Y BEVACIZUMAB SEGUIDO DE CAPECITABINA Y BEVACIZUMAB (ESQUEMA "IMELDA") EN PRIMERA LÍNEA DE CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO (CMM). RESULTADOS DE UN ÚNICO CENTRO EN CONDICIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA ASISTENCIAL.****Roberto Escala Cornejo, Soledad Medina Valdivieso, María García Muñoz, Belen Cigarral García, Diego Casado Elia, Beatriz Barrios Collado, Juncal Claros Ampuero, Elena Escalera Martín, César A. Rodríguez, Juan J. Cruz Hernández** – Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

**Introducción y Objetivos:** La combinación de Paclitaxel y Bevacizumab, constituye una de las opciones de tratamiento más empleadas en pacientes con CMM en primera línea. Tras la retirada del taxano, en las pacientes con respuesta o enfermedad estable, la continuación del tratamiento con Capecitabina y Bevacizumab

ha demostrado ser superior a Bevacizumab solo, incrementando la supervivencia libre de progresión (SLP) y la supervivencia global (SG). El objetivo de nuestro estudio fue analizar los datos en vida real de las pacientes tratadas con un esquema "Imelda" en nuestro centro y comparar los resultados con los obtenidos de la literatura.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo obtenido de datos de pacientes registradas en la base de datos del Servicio de Farmacia del Hospital Clínico Universitario de Salamanca tratadas con la combinación de Paclitaxel y Bevacizumab, en primera línea en CMM.

**Resultados:** Entre 2008 y 2019, un total de 46 pacientes fueron tratadas con Paclitaxel + Bevacizumab. De ellas, 35 (76%) presentaron RO o EE. De este subgrupo, un total de 19 pacientes fueron tratadas con Capecitabina y Bevacizumab como continuación. Edad (mediana): 56 años. Tumores RE+/Her2- 84%, Triple negativo: 16%. Presencia de enfermedad visceral: 95%. Supervivencia Libre de Progresión (mediana) desde el inicio de Capecitabina: 9 meses. Supervivencia Global (mediana) desde el inicio de Capecitabina: 36 meses. Supervivencia Libre de Progresión (mediana) desde el inicio de Tratamiento: 17 meses. Supervivencia Global (mediana) desde el inicio de Tratamiento: 41 meses. La toxicidad más frecuente fue la HTA grado I-II, el sangrado grado I y la polineuropatía grado I-II secundaria a Paclitaxel, así como el síndrome mano-pie grado I-II por capecitabina.

**Conclusión:** En nuestro medio, el tratamiento con Paclitaxel y Bevacizumab secuenciado con Capecitabina y Bevacizumab en primera línea de CMM ofrece resultados comparables a los publicados en los estudios de registro, con un perfil de seguridad favorable.

### ePóster 189

## Tratamiento con Vinorelbina en cáncer de mama metastásico en la práctica asistencial habitual.

Joel Veas Rodriguez, Serafin Morales Murillo, Ariadna Gasol Cudós – Hospital Arnau de Vilanova de Lleida

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de mama metastásico tiene múltiples opciones de tratamiento que permiten una secuencia racional, con mejora de la supervivencia y manteniendo una calidad de vida adecuada. La vinorelbina oral (VNR) es un fármaco utilizado ampliamente en este ámbito siendo muy cómodo y con escasa toxicidad, aunque su utilización en esta secuencia de tratamiento es variable entre los distintos centros hospitalarios.

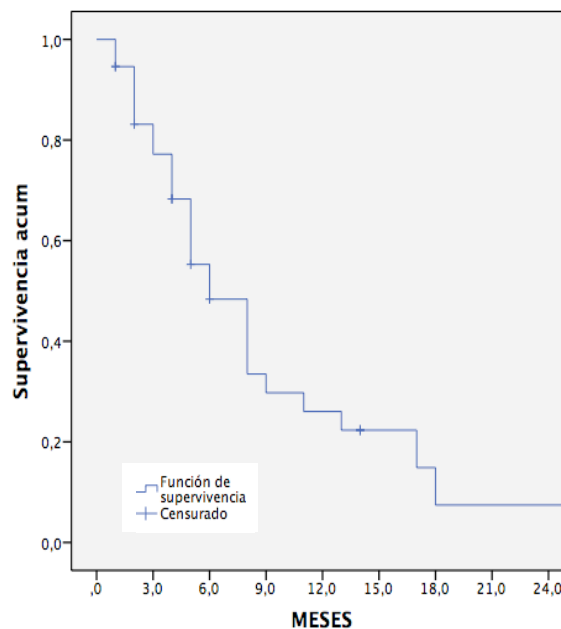
**Material y Métodos:** Analizamos la utilización de VNR en nuestro centro en las diferentes líneas y perfiles de pacientes y su beneficio en una cohorte de 37 pacientes que recibieron tratamiento para su enfermedad metastásica durante el año 2017.

**Resultados:** La mediana de edad del grupo fue de 70 años (37-81), de las cuales 33 (89%) pacientes tenían un fenotipo luminal y 4 (11%) eran triple negativo. Un total de 20 (54%) pacientes recibieron tratamiento adyuvante con quimioterapia (QT), 6 (16%)

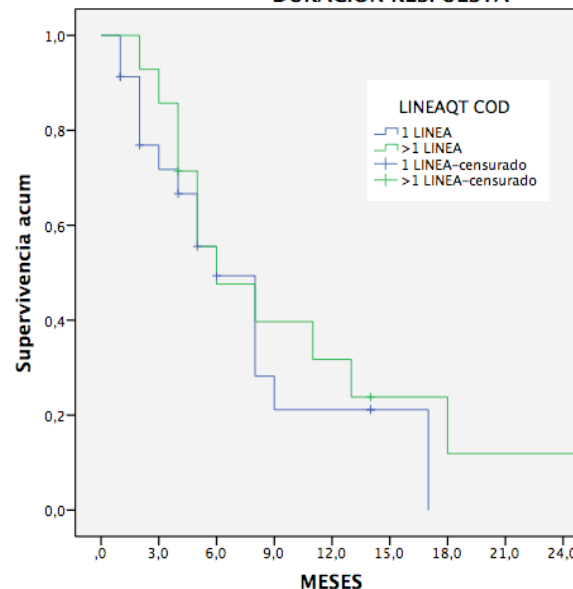
hormonoterapia y 11 (30%) no recibieron ningún tipo de tratamiento sistémico adyuvante. 10 (27%) pacientes eran metastásicas de debut, 9 (14%) presentaron un intervalo entre el diagnóstico y la aparición de metástasis inferior a 48 meses y en 18 (49%) el intervalo fue superior a 48 meses. La utilización de VNR en primera línea de tratamiento con QT fue en 23 (62%) casos y siendo en 5 en primera línea de tratamiento sistémico. En 2ª línea con QT fue utilizado en 9 (24%) y en 3ª línea en 5 (14%). La mediana de supervivencia global de la serie fue de 94 meses y la mediana de la duración de tratamiento con VNR fue de 9 meses siendo similar cuando se utilizó VNR como 1 línea o 2 línea de tratamiento con quimioterapia.

### Tablas de supervivencia

#### DURACION DE RESPUESTA



#### DURACION RESPUESTA



## Mama Avanzada

**Conclusión:** VNR es un tratamiento muy útil para el cáncer de mama metastásico que permite un control de la enfermedad con una mediana de 9 meses y que debe ser considerada como parte de la secuencia del tratamiento sistémico.

## ePóster 190

### Valor pronóstico del tipo de progresión tumoral en el cáncer de mama metastásico.

**Alejandra Ivars Rubio** – Hospital G. Universitario Morales Meseguer. **Ana López Pascual** – Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. **Ana Fernández Sánchez, Pilar de la Morena Barrio, Renato Salguero, Manuel Sánchez Cánovas, Elisa García Garre, Elena García Martínez, Gema Marín Zafra, Francisco Ayala de la Peña** – Hospital G. Universitario Morales Meseguer

**Introducción y Objetivos:** La disponibilidad de datos pronósticos en el momento del inicio de las sucesivas líneas de tratamiento en el cáncer de mama metastásico (CMM) podría facilitar la toma de decisiones. Algunos ensayos en 2ª-3ª línea y con un fármaco concreto han identificado el tipo de progresión (P) tumoral previa (crecimiento de lesiones preexistentes [PCr] versus aparición de nuevas metástasis [PNu]) como un marcador de supervivencia global (SG). Sin embargo, no hay datos sobre la posible utilidad pronóstica del tipo de P en CMM en condiciones de práctica clínica real. Nuestro objetivo fue analizar el impacto del tipo de P sobre la SG y supervivencia libre de progresión (SLP) en una serie de CMM.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes consecutivos con CMM en un solo centro a lo largo de las cuatro primeras líneas, con cualquier tratamiento, con criterios RECIST 1.1. Se analizó el tipo de progresión (PCr o PNu) de la neoplasia. Se calculó un tamaño muestral de 83 pacientes para demostrar una HR de 2.3 con  $\beta=0,20$  y  $\alpha=0,05$ . Se generaron curvas de Kaplan-Meier para analizar la SG y la SLP en cada línea, comparadas (test log-rank) de forma univariante de acuerdo al tipo de P.

**Resultados:** Se incluyeron 127 pacientes, diagnosticadas de CMM entre 2013 y 2016, de las cuales 85 mostraron P a la primera línea (1L). Edad (mediana): 60 años. ECOG: 0-1 (83,5%). Metástasis al diagnóstico: 44,7%. Subtipos: RE+HER2-, 58,8%; RE+ HER2+, 16,5%, RE-HER2+ 8,2%; triple negativo, 16,5%. Enfermedad visceral: 60,6%. Tratamiento: quimioterapia +/- biológico (1L: 76,5%; 2L: 71,8%; 3L: 80,8%; 4L: 90%). SG (mediana): 33 meses. No se observaron diferencias en la supervivencia global ni en la SLP entre la progresión como PCr o como PNu a lo largo de las 4 líneas ni por modalidad de tratamiento (Tabla 1). No se demostró tampoco asociación del tipo de P con el ECOG, el subtipo tumoral o la localización de la enfermedad.

		2ª L	p	3ª L	p	4ª L	p
SG (meses)	PNu	23.4	0.605	20.9	0.637	16.0	0.741
	PCr	21.7		17.2		17.0	
SLP (semanas)	PNu	20.3	0.42	20.1	0.007	8.0	0.351
	PCr	31.1		11.0		18.4	

Tabla 1. SG y SLP de acuerdo al tipo de progresión tumoral (nuevas metástasis o PNu vs crecimiento de metástasis previamente existentes o PCr) (test log-rank)

**Conclusión:** En una serie de CMM tratada con criterios de práctica clínica habitual no se demuestra el valor pronóstico del tipo de progresión en las sucesivas líneas. La utilización de este criterio para la toma de decisiones no está justificada en la práctica clínica, aunque sería aconsejable su evaluación prospectiva en poblaciones más amplias.

## ePóster 191

### Valoración del uso del TDM-1 en la práctica clínica diaria en el Hospital Universitario Reina Sofía.

**Carmen García Durán** – Hospital Universitario Reina Sofía. **René Arturo Albino Pérez** – Hospital Arnau de Vilanova. **Javier López González, Cristina Morales Estevez, Ignacio Porras Quintela, Pedro Sánchez Mauriño, Gema Saavedra García, Alberto Moreno Vega, Juan Rafael de la Haba Rodríguez, Enrique Aranda Aguilar** – Hospital Universitario Reina Sofía

**Introducción y Objetivos:** El TDM-1 (Kadcyla®) es un conjugado anticuerpo-fármaco (ADC, 'Antibody-Drug Conjugate'), que consta del anticuerpo anti-HER2 (trastuzumab) y el agente citotóxico antimicrotúbulos DM1. Esta combinación permite que el fármaco actúe específicamente en células que sobreexpresan HER2 y se minimice la exposición al tejido sano. Tras la publicación del estudio EMILIA, la EMA aprueba su uso en cáncer de mama metastásico que han recibido previamente trastuzumab y un taxano por separado o en combinación. Si bien su actividad y seguridad está bien demostrada en el contexto del ensayo clínico se precisa de información de actividad y adherencia al tratamiento la práctica clínica.

**Material y Métodos:** Se han analizado 28 pacientes tratadas con TDM1 en el Hospital Universitario Reina Sofía entre marzo del 2014 y febrero del 2018. Todas las pacientes habían recibido tratamiento previamente con taxanos y trastuzumab por separado o en combinación. Se evalúa la actividad medida en tiempo en fallo al tratamiento y abandonos de tratamiento por toxicidad. El análisis de los datos se realiza por comparación con la actividad en la línea previa y mediante análisis de datos apareados.

**Resultados:** De las 28 pacientes analizadas, 27 pacientes han finalizado el tratamiento con TDM1. De las cuales 20 finalizaron por progresión y 2 por toxicidad. El 32.1% de las pacientes recibieron 5 o más líneas de tratamiento. Un 64.4% de las pacientes presentaron respuesta al tratamiento con TDM-1 y un 60.7% presentaron respuesta a la línea previa. La mediana de tiempo a fallo de tratamiento (TTF) del TDM1 fue de 6.2 meses y el TTF de la línea previa fue de 14.46 meses. La mediana de supervivencia desde el diagnóstico de la enfermedad metastásica fue de 48 meses y la mediana de supervivencia desde el inicio de tratamiento de TDM-1 fue de 10.1 meses. Analizados los datos de manera apareada y comparado con la línea previa, se obtiene que en 9 pacientes de los 28 pacientes, el TTF a TDM-1 fue superior al obtenido en la línea previa.

**Conclusión:** Los datos obtenidos en nuestras pacientes nos permiten concluir que el TDM-1 ha sido un tratamiento con una aceptable tolerancia y una eficacia superior a lo publicado en los ensayos clínicos.

### ePóster 192

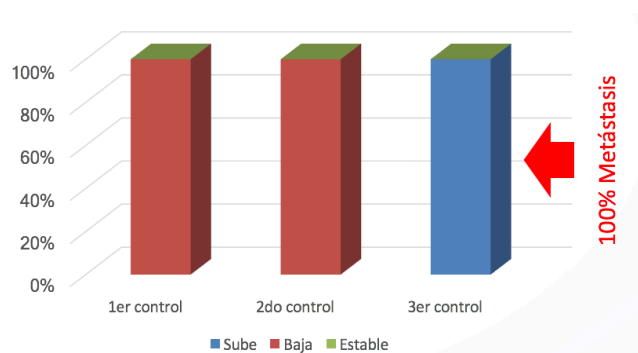
#### Variabilidad del peso de una cohorte retrospectiva con cáncer de mamá localmente avanzado: informe de la fase de elegibilidad proyecto ONCOCITOS.

**Guillermo Andrés Herrera Rueda, Jesus Solier Insuasty Enríquez, Nathalia Andrea Martínez Moreno** – Hospital Universitario de Santander

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de mama es la neoplasia maligna de presentación más frecuente en las mujeres colombianas. Los cambios de peso antes, durante y después del tratamiento se han relacionado con diferentes desenlaces, pero no hay evidencia en este país. Presentamos un estudio descriptivo anidado en una cohorte retrospectiva (estudio ONCOCITOS) que pretende caracterizar la tendencia del peso en mujeres con cáncer de mama localmente avanzado durante el tratamiento.

**Material y Métodos:** Analizar los datos clínicos y sociodemográficos recopilados en la fase de elegibilidad de los registros de 575 pacientes consecutivos entre 2010 y 2015 de dos centros de referencia de oncología en Colombia.

**Resultados:** De quinientas setenta y cinco mujeres con cáncer de mama, con edad promedio 55 años, se clasificaron como luminal A (39%) seguidas por el tipo basal (23%) y HER 2 /neu (10%). En la primera visita, el 31,3% estaba en el estadio I, el 35% estaba en el estado III y casi el 10% tenía enfermedad metastásica. Durante la vigilancia, la distribución en cada uno de esos grupos cambió al 1%, 24% y 21%, respectivamente. La tasa de mortalidad anual se calculó en aproximadamente 5%. El análisis interino del estudio principal (10% de la muestra total) muestra que el 33,3% de los pacientes eran obesas al comienzo del tratamiento. De aquellas que presentaron recurrencia a distancia tenían una tendencia a perder peso durante los primeros 18 meses de seguimiento antes de presentar metástasis (100% a hueso) cuando empezaba la recuperación ponderal.



Variabilidad del peso e IMC de pacientes con metástasis.

**Conclusión:** Se encontró un cambio importante en la estadificación del cáncer en esta cohorte. Por el momento, parece haber una tendencia en la variabilidad del peso en las pacientes que presentan enfermedad metastásica. Esta hipótesis se está considerando en el análisis principal del estudio, del cual se presentaron estos datos provisionales y se espera que concluya en la primavera de 2019.

### ePóster 193

#### Variabilidad en el peso de una cohorte de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama estadio IIIB con receptores hormonales positivos y Her 2/neu negativo, tratadas con cirugía, quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia perioperatoria: presentación de un protocolo de investigación.

**Guillermo Andrés Herrera Rueda, Jesus Solier Insuasty, José Fernando Lozano, Daniel Giovanni Romero, Andrés Julián Amaya, Nathalia Andrea Martínez** – Hospital Universitario de Santander



## Mama Avanzada

**Introducción y Objetivos:** El cáncer mamario es el tumor maligno más frecuente en mujeres colombianas, deben caracterizarse riesgos e intervenciones para mejorar su pronóstico. El riesgo metabólico se ha relacionado con desenlaces de este tipo de cáncer, abriendo puertas para estudiar beneficios del control de factores como dieta, peso y ejercicio en estas pacientes. Se propone un estudio con objetivo principal describir la variabilidad del peso en una cohorte y su relación con la ocurrencia de metástasis.

**Material y Métodos:** Estudio observacional analítico tipo cohorte retrospectiva con muestreo no probabilístico por conveniencia. La población a estudio son mujeres con cáncer de mama estadio IIIB, del tipo luminal A, tratadas con cirugía, quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia con registro en dos centros oncológicos de referencia durante el periodo

2005-2015 en Bucaramanga. Se realizará comparación de proporciones, análisis de medidas de tendencia central, de dispersión y contraste de hipótesis.

**Resultados:** Por ahora se culminó la etapa de elegibilidad en el primer centro, procesándose 575 pacientes con cáncer de mama con las cuales se realizará un análisis interino y se presentará un sub-análisis caracterizando la totalidad de estas pacientes.

**Conclusión:** Para la primavera de 2019 se espera contar con los resultados definitivos, ojala con indicios de la relación entre variabilidad en el peso y recurrencia de la enfermedad en esta cohorte colombiana. Siendo así, el primer estudio en nuestro país en abordar esta temática, sirviendo de plataforma para proyectos prospectivos o experimentales futuros.

## MAMA PRECOZ

## ePóster 194

**Adyuvancia con Ciclofosfamida-Docetaxel en carcinoma de mama HER2 negativo: análisis de resultados y seguridad.**

**María Muñoz Castrillo** – Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Central de Asturias. **Clara Iglesias Gómez** – **Sara Fernández Arrojo** – **Alfonso Revuelta Rodríguez** – **David Gómez Sánchez** – **Jorge Del Río Fernández** – **Paula García Teijido** – **Yolanda Fernández Pérez** –

**Introducción y Objetivos:** La combinación de ciclofosfamida-docetaxel (TC) demostró en un fase III frente a adriamicina-ciclofosfamida una mejoría significativa en supervivencia global, representando una alternativa de tratamiento sin antraciclinas en la adyuvancia del carcinoma de mama Her2 negativo precoz. **Objetivos:** evaluar la supervivencia libre de enfermedad, supervivencia global y seguridad de una serie de casos de carcinoma de mama HER2 negativo precoz.

**Material y Métodos:** Revisión retrospectiva de todos los casos de carcinoma de mama HER2 negativo que recibieron tratamiento adyuvante con ciclofosfamida-docetaxel en nuestro centro durante el período 2010-2017.

**Resultados:** Fueron analizados 76 pacientes con una mediana de edad al diagnóstico de 50 años (límites 30-69), todas ellas mujeres. El 51 % eran postmenopáusicas. En cuanto a la distribución por estadios: 52.6 % presentaban un estadio IA, 35.5% IIA, 6.6% IB, 2.6% IIB y 2.6% IIIA. El tipo histológico fue ductal en el 90% de los casos y lobulillar en el 5%. Predominó el

grado histológico II en el 56,6%. El 81.6% presentaban receptores hormonales positivos y el 65.8% un índice de proliferación mayor del 20%. Respecto al tipo de cirugía realizada, la tasa de cirugía conservadora fue 70% y en el 25% se practicó linfadenectomía axilar. Excepto una, todas las pacientes recibieron G-CSF pegilado como profilaxis primaria (26,3%) o secundaria. En el subgrupo de profilaxis secundaria, se registraron 2 episodios de neutropenia febril. Sólo en un caso no se completó el tratamiento (4-6 ciclos), debido a una reacción alérgica severa al docetaxel. En cuanto a la recaída, fue local en 1 paciente y sistémica en 3 (hepática, pulmonar, ósea y ganglionar). Tras una mediana de seguimiento de 70 meses, se observó una supervivencia libre de enfermedad 94,7% y supervivencia global 96%.

**Conclusión:** Docetaxel-ciclofosfamida representa una opción de tratamiento razonable que permite omitir las antraciclinas en el contexto adyuvante. Es recomendable el uso de factores estimuladores de colonias de granulocitos como profilaxis primaria de la neutropenia febril. La supervivencia global y la supervivencia libre de enfermedad en nuestra serie de casos fue similar a la reportada en la literatura.

## ePóster 195

## ANÁLISIS DE RESULTADOS EN EL TRATAMIENTO NEOADYUVANTE DEL CÁNCER DE MAMA HER2 EN LA ERA PRE Y POST PERTUZUMAB.

**María del Rocío Ramírez Belloch, Francisco José Pelegrín Mateo, Elena Asensio Martínez, Vicente Boix Aracil, Lucía Gómez González, Roberto Morales Giménez, Marta Llopis Cuquerella, María Ballester Espinosa, Marian Fernández Cruz, Álvaro Rodríguez Lescure** – Hospital General Universitario de Elche

**Introducción y Objetivos:** La respuesta completa patológica obtenida con el tratamiento neoadyuvante es un factor pronóstico independiente, asociado probablemente a un aumento de supervivencia global. El objetivo del presente estudio es buscar una posible correlación entre características clínicas o del tratamiento y la respuesta patológica completa en una cohorte no seleccionada.

**Material y Métodos:** Se analiza de forma retrospectiva a todas las pacientes con tumores de mama HER2 positivo sin evidencia de enfermedad a distancia que recibieron tratamiento neoadyuvante con quimioterapia y trastuzumab entre febrero 2015 y enero 2017 en el Hospital General Universitario de Elche y un segundo grupo que recibió tratamiento neoadyuvante con quimioterapia, trastuzumab y pertuzumab entre enero 2017 y enero 2018.

**Resultados:** Un total de 29 pacientes con cáncer de mama HER2 recibieron tratamiento neoadyuvante en el periodo analizado. Las características más relevantes, el tratamiento administrado y la respuesta al mismo se encuentran descritos en la tabla 1. Se ha objetivado una correlación estadísticamente significativa entre respuesta patológica completa (RpC) y la negatividad de los receptores hormonales (el 77,78% de las pacientes con RpC presentaban receptores de estrógenos negativos,  $p = 0,010$ , y el 88,89% receptores de progesterona negativos,  $p = 0,016$ ). También hemos encontrado correlación entre el tipo de esquema de quimioterapia administrado y RpC (el 55,56% de los pacientes con RpC había recibido la secuencia adriamicina y ciclofosfamida y posteriormente docetaxel,  $p = 0,020$ ). Sin embargo, en nuestra muestra no hemos podido demostrar asociación con ninguno de los otros datos. Tampoco entre la administración de bloqueo simple o doble bloqueo de HER2, o el número de ciclos de anticuerpos anti-HER2.

**Conclusión:** A diferencia de los estudios publicados en la literatura, no hemos podido demostrar en nuestra población un beneficio en la administración del doble bloqueo de HER2. Probablemente en relación a lo limitado de nuestra muestra, por lo que consideramos de interés la ampliación de nuestro estudio de forma prospectiva.

Características de la población	N=29
Edad al diagnóstico, media	56,7 años
Estadio al diagnóstico	
Estadio IIA	27,6% (8)
Estadio IIB	27,6% (8)
Estadio IIIA	24,1%(7)
Estadio IIIB	17,2% (5)
Estadio IIIC	3,5 (1)
Receptores de estrógenos	
Positivo	58,6% (17)
Negativo	41,4% (12)
Receptores de progesterona	
Positivo	44,8% (13)
Negativo	55,2% (16)
Ki67	
<10%	3,5% (1)
10-30%	51,7% (15)
>30%	44,8% (13)
Tratamiento	
Esquema quimioterapia	
Docetaxel + Carboplatino x6	72,4% (21)
Adriamicina + Ciclofosfamida x4 -> Docetaxel x4	24,1% (7)
Otros	3,5% (1)
Tratamiento antiHER2	
Trastuzumab	48,3% (14)
Trastuzumab + Pertuzumab	51,7% (15)
Respuesta al tratamiento	
Respuesta clínica	
Parcial	27,6% (8)
Completa	65,4% (19)
Enfermedad estable	3,5% (1)
Progresión enfermedad	3,5% (1)
Respuesta por RM	
Parcial	24,1% (7)
Completa	44,8% (13)
Desconocido	31,1% (9)
Respuesta patológica	
Completa	31,1% (9)
No completa	65,4% (19)
Desconocido	3,5% (1)
Clasificación de Miller y Payne	
Grado 1	3,5% (1)
Grado 2	6,9% (2)
Grado 3	24,1% (7)
Grado 4	13,8% (4)
Grado 5	31,1% (9)
Desconocido	20,6% (6)

\*Progresores rápidos: aquellos que han recibido 4 ciclos o menos

## ePóster 196

**Cambios en la fatiga relacionada con el cáncer y hábitos dietéticos tras un programa de ejercicio terapéutico y educación en supervivientes de cáncer de mama.**

**Sofía Ruiz Medina, Bella Isabel Pajares Hachero, María José Bermejo Pérez, Cristina Roldán Jiménez, Javier Baena Espinar, Marta Robles Lasarte, Catherine Ithurbisky, Laura Gálvez Carvajal, Emilio Alba Conejo, Antonio Cuesta Vargas** – Hospital Universitario Virgen de la Victoria

**Introducción y Objetivos:** Numerosos datos apoyan el papel beneficioso del ejercicio físico en pacientes que han sido diagnosticadas de cáncer de mama (CM). El objetivo de nuestro trabajo es analizar el efecto de un programa multimodal de ejercicio físico incluyendo la educación alimentaria y hábitos de vida saludable sobre la fatiga y otras variables clínico/funcionales en pacientes supervivientes de (CM) de la Unidad de Oncología Médica del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga.

**Material y Métodos:** Se incluyeron 35 mujeres (32-69 años) supervivientes de CM tras la finalización de su tratamiento oncológico (quirúrgico y quimioterápico) entre mayo y diciembre de 2017. La intervención consistió en 30 minutos de ejercicios de fuerza y 20 de resistencia, dos veces por semana, 12 semanas. La educación nutricional fue de 30 minutos 2 veces por semana. Se permitió la inclusión de pacientes en curso de tratamiento hormonal, terapia antiHER2 y radioterapia. Fueron excluidas pacientes con algún evento cardiovascular. El objetivo principal fue analizar la fatiga relacionada con el cáncer. Como objetivos secundarios se incluyeron la composición corporal, la adherencia a la dieta mediterránea, calidad de vida y otros resultados funcionales. Para las mediciones de los objetivos se utilizaron la versión española de la Escala de Fatiga de Piper, puntuaciones dietéticas y cuestionarios de la EORTC respectivamente.

**Resultados:** Se analizó el impacto de la intervención tras las 12 semanas de ejercicio. Tras la intervención se objetivó una mejora significativa en los niveles de fatiga relacionada con el cáncer ( $p=0.001$ ) y la adherencia a la dieta mediterránea ( $p=0.001$ ). Respecto a los resultados funcionales, mejoraron la funcionalidad de las extremidades y la actividad física. ( $p=0.047$  y  $0.006$  respectivamente). No se observaron diferencias significativas con respecto a la calidad de vida.

**Conclusión:** Un programa multimodal de ejercicio físico y educación nutricional mejora los niveles de fatiga relacionada con el cáncer, la adherencia a la dieta mediterránea, la funcionalidad de las extremidades y la actividad física en pacientes con cáncer de mama en seguimiento.

## ePóster 197

**CÁNCER DE MAMA EN VARONES. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA.**

**Julia Ayuso Martín-Romo, Belén Cigarral García, Arantzazu Amores Martín, Beatriz Barrios Collado, María García Muñoz, Amalia Gómez Bernal, Germán Martín, Teresa Martín Gómez, Juan Jesús Cruz Hernández, César A. Rodríguez Sánchez** – Hospital Clínico Universitario de Salamanca

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de mama (CM) en varones es una enfermedad infrecuente, ya que representa el 1 % de todos los CM y es responsable del 0,1 % de las muertes por cáncer en hombres. El CM se puede presentar en hombres de cualquier edad, pero generalmente se detecta entre los 60-70 años. En la patogenia se han involucrado factores de riesgo genéticos, hormonales y ambientales. Cerca del 90 % de todos los tumores son carcinomas ductales invasores, que expresan altos niveles de receptores hormonales. Objetivos: Describir las características epidemiológicas y revisar el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de los pacientes (p) con CM en nuestro centro.

**Material y Métodos:** Análisis retrospectivo y observacional de 34 casos de cáncer de mama en varones diagnosticados en el Hospital Universitario de Salamanca desde Enero/1995 hasta Marzo/2018.

**Resultados:** La media de edad fue de 66 años (35-84). El 56% tenían antecedentes familiares de cáncer de mama y sólo en el 15% era portador de mutación genética (BRCA2). La mama afectada más frecuentemente fue izquierda (53%). 2p presentaban ECOG 2 al diagnóstico, el resto ECOG 0-1. La histología predominante fue CDI (78%) seguida de Carcinoma in situ (22%). 76% presentaron grado histológico 2. Al diagnóstico 2p tenían metástasis (hepáticas y pulmonares). En cuanto a la estirpe histológica, el inmunofenotipo más frecuente (71%) es el Luminal B, seguido del Luminal A (29%). En cuanto al tratamiento recibido, el 94,11% de los pacientes fueron intervenidos con mastectomía, el 5,89% no fueron operados. 24 p recibieron quimioterapia adyuvante. El 94,11% del total recibió hormonoterapia adyuvante, siendo el tamoxifeno la hormona más empleada. En cuanto a la supervivencia, 22 pacientes están vivos en la actualidad, habiendo fallecido el resto por la enfermedad.

**Conclusión:** El cáncer de mama en el varón es una enfermedad infrecuente que afecta a individuos de edad avanzada. Una alta proporción de varones se diagnostican en estadios localizados con receptores hormonales positivos. Nuestra serie es congruente con los datos hasta ahora publicados en cuanto a la edad e inmunofenotipo, presentando además baja mortalidad con intervalos prolongados libres de enfermedad.

## ePóster 199

### Efectividad de la Quimioterapia Neoadyuvante (QNA) basada en Antraciclina (A), Taxano (T) y Platino (P) en pacientes (pts) con Cáncer de Mama Precoz Triple Negativo (CMPTN) con estadios II-III: Tasa de Remisiones Completas Patológicas en mama y ganglios (t-pCR) y Carga Tumoral Residual (RCB) 0-I tras QNA en la Vida Real.

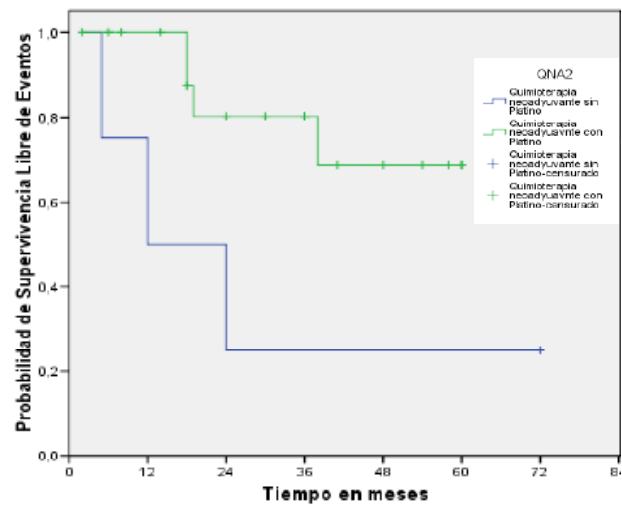
Parham Khosravi-Shahi, Luis Cabezón-Gutiérrez, Sara Custodio Cabello – Hospital Universitario De Torrejón

**Introducción y Objetivos:** El CMPTN se asocia con mal pronóstico en ausencia de t-pCR o RCB 0-I tras QNA. Sin embargo, cuando se obtiene t-pCR o RCB 0-I con la QNA el pronóstico es favorable. La adición de P a la QNA estándar con A+T en CMPTN puede aumentar la tasa de t-pCR y/o RCB 0-I.

**Material y Métodos:** Hemos analizado la tasa de t-pCR y RCB 0-I en las pts con CMPTN con estadios II-III tratadas en nuestro centro con QNA basada en A y/o T +/- P; así como, su correlación con la Supervivencia Libre de Eventos (SLE) y Global (SG).

**Resultados:** Un total de 26 pts consecutivas con CMPTN fueron tratadas con QNA entre Enero/2012 y Enero/2018 en nuestro centro. La mediana de edad fue de 50 años, el 54% eran pre-menopáusicas, el 85% tenía PS=0, el 96% tenía carcinoma ductal infiltrante, el 73% G3, el 54% era de mama izquierda, el 69% tenía estadio II, y la mediana de tamaño tumoral fue de 4 cm. El 81% recibió QNA basado en A y/o T + P (el 69% recibió ECx4→Docetaxel-Cisplatino [TP] x4), y el 19% QNA sin P. La tasa de t-pCR fue del 42% (11/26) en el conjunto global de las pts, todas tratadas con A y/o T+P. En el subgrupo tratado con QNA con A+T+P (21 pts), la tasa de t-pCR fue del 52% (11/21) y la tasa de RCB 0-I fue del 67% (14/21). La SLE a los 2 años fue significativamente mayor en el subgrupo de pts tratadas con QNA con A+T+P (80% vs 25%; p=0,024); así como, la SG a los 2 años (92% vs 25%; p<0,001). La SLE a los 2 años fue superior en las pts con t-pCR (89% vs 53%; p=0,057) y RCB 0-I (83% vs 48%; p=0,026).

**Conclusión:** La adición de P a la QNA basada en A+T puede aumentar la tasa de t-pCR y RCB 0-I en las pts con CMPTN con estadios II y III en la práctica clínica; y se asocia con SLE y SG favorables. La t-pCR y RCB 0-I se asocia con un mejor pronóstico en estas pts. El esquema ECx4→TPx4 es una buena opción terapéutica en este contexto.



Curvas de SLE según tipo de QNA

## ePóster 200

### Estudio de supervivencia en pacientes con carcinoma de mama triple negativo.

Lourdes Rodríguez Pérez, Alicia Campini Bermejo, Salvador Gámez Casado, Alicia Quílez Cutillas, Julio Calvete Cadenas – Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. Encarnación Benítez Rodríguez – Registro Provincial del Cáncer, Cádiz. José Manuel Baena Cañada – Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

**Introducción y Objetivos:** Los cánceres de mama triple negativos (CMTN) carecen de expresión de receptor de estrógeno, progesterona y HER-2 y tienen peores resultados de salud. El objetivo del estudio fue analizar su supervivencia.

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo, observacional, de ámbito hospitalario que analiza la cohorte retrospectiva de CMTN en estadio operable (I, II y III) en el SOM del HUPM de Cádiz entre el 01/01/2004 y el 31/12/2016. Se identificaron de la base de datos del SOM. Se realizó revisión retrospectiva de datos clínicos, características del tumor y tratamiento en sus historias de salud. Los datos de mortalidad procedieron del Registro Nacional de Defunciones.

**Resultados:** Han sido revisadas 1083 pacientes de las que 83 (7,66%) presentaban fenotipo triple negativo. Se excluyeron 6 y 77 fueron válidas para análisis (60 tratadas inicialmente con cirugía y 17 con quimioterapia neoadyuvante -QTN-). La mediana de edad fue 56 años (19-83). La ausencia de tumor infiltrante en mama y axila se consiguió en 7 de 17 pacientes (41,20%) tratadas con QTN. La mediana de seguimiento fue 64 meses (1-163). La supervivencia global (SG), libre de enfermedad (SLE) e intervalo libre de metástasis a distancia (ILMD) a 10 años fue 87,20% (IC 95% 77,40-97), 72,80% (IC 95% 61-84,60) y 79,60% (IC 95% 69,20-90) respectivamente, permaneciendo estables, sin eventos, a

## Mama Precoz

partir de los 5 años. La SG a 5 años en 17 pacientes con QTN fue 77,80% (IC 95% 51-100) y en 60 con cirugía fue 95,60% (IC 95% 51-100) (HR 5,09. IC 95% 1,03-25,30,  $p=0,046$ ). No se observaron diferencias significativas en la SG, SLE e ILMD entre pacientes con y sin respuesta patológica completa. Solo el estado ganglionar tuvo influencia en la SLE (HR 3,12, IC95% 1,11-8,80;  $p=0,031$ ) e ILMD (HR 5,61, IC95% 1,48-21,24;  $p=0,011$ ).

**Conclusión:** La prevalencia del subtipo CMTN fue menor que en otros estudios. Tiene una tasa de eventos tardíos más baja que otros subtipos de cáncer de mama. Las mujeres tratadas con cirugía tuvieron mejor supervivencia que las tratadas con QTN, pero éstas tenían tumores más avanzados. El estado ganglionar mantiene su valor pronóstico en las pacientes con CMTN.

## ePóster 201

### Estudio retrospectivo unicéntrico de pacientes con cáncer de mama triple negativo con tratamiento quirúrgico inicial.

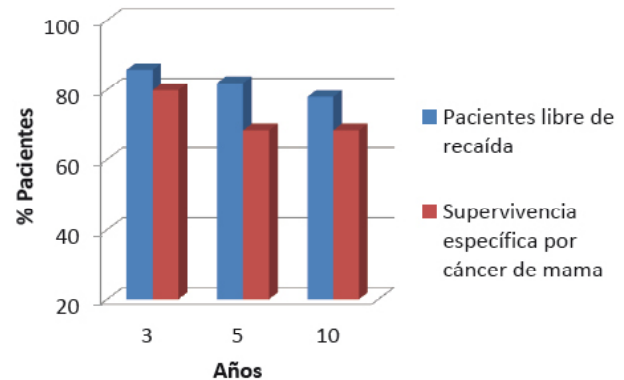
**Helena Oliveres, Elsa Dalmau, Clara Martínez, María Marín, Júlia Giner, José Manuel Cabrera, Clara Ejarque, Miquel Àngel Seguí, Luís Fernández, Eugeni Saigí** – *Parc Taulí Hospital Universitario*

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de mama triple negativo (CMTN) representa un 15% de las pacientes diagnosticadas en estadios precoces. Su agresividad le confiere una tasa de recidiva y mortalidad elevadas.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de recogida de datos de las pacientes diagnosticadas de CMTN en estadio precoz entre los años 2000-2010 en el Hospital Universitario Parc Taulí, con cirugía completa inicial. Media de seguimiento de 15 años. Se analizaron las características clínicas, radiológicas e histológicas, tratamientos recibidos, y supervivencia.

**Resultados:** Se identificaron 142 pacientes. Media de edad al diagnóstico de 58 años. Datos destacados: enfermedad palpable 51.4%, 88.7% presentaban una masa por RMN, sin multicentricidad el 75.4%, 79.6% tumorectomía versus 20.4% mastectomía. El 98.6% fue carcinoma ductal infiltrante, grado histológico III el 85.9%. El estadio (E) patológico fue: 35.2% E1, 56.3% EII, 8.5% EIII. El 43.7% presentaba necrosis y el 74.6 % un Ki67 alto. El 79.6% recibió quimioterapia adyuvante: 43% basada en antraciclina, y antraciclina más taxanos un 36.6%. El 23.2% (33 pt) recayeron, el 63.3% de forma sistémica, con afectación visceral en el 95%. El 71% (22 pt) de las recaídas tenían enfermedad palpable, el 73% (24pt) componente in situ. No hubo diferencias en número de recaídas al añadir taxanos. Hubo 51 fallecimientos, 22 relacionados con la enfermedad (43%), edad media de 61 años y 23 por otras causas (45%), edad media 72 años. En el grupo de fallecidos con enfermedad: 82% tenían componente in situ, 70% Ki67 alto, el 68% recibió quimioterapia. Todas las fallecidas por enfermedad tuvieron

recaída, el 80% sistémica. A los 15 años de seguimiento no se ha alcanzado la mediana de SLE ni SG. A los 3, 5 y 10 años las pacientes libres de recaída fueron el 85.8%, 82% y el 78% respectivamente. La supervivencia específica por cáncer de mama a los 3, 5 y 10 años fue del 79.9%, 68.4% y 68.4% respectivamente.



*Pacientes libre de recaída y supervivencia específica por cáncer de mama*

**Conclusión:** La importancia del estudio es el largo seguimiento de este grupo de pacientes. La agresividad del CMTN determina un mayor número de eventos dentro los 5 primeros años. El análisis de sus características clínicas y biológicas y el estudio de su evolución, podrían ayudar a definir mejor el beneficio del tratamiento y pronóstico.

## ePóster 202

### EVALUACIÓN DE LA TOXICIDAD Y DEL AUMENTO DE LA TASA DE RESPUESTAS EN EL TRATAMIENTO NEOADYUVANTE CON TRASTUZUMAB, PERTUZUMAB Y QUIMIOTERAPIA BASADA EN ANTRACICLINAS Y TAXANOS DE MANERA SECUENCIAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA NO METASTÁSICO.

**David Collado Martínez, Asunción Soto Gutiérrez, José Luís Alonso Romero, Jerónimo Martínez García, Pilar Sánchez Henarejos, Ana Puertes Boix, María Dolores Jiménez Lucas, Miler Andrés Cuellar Rivas, Alicia Cano Jiménez, Antía López Muñoz** – *Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia*

**Introducción y Objetivos:** La combinación de Pertuzumab, Trastuzumab y quimioterapia neoadyuvante con docetaxel +/- FEC (5-Fluoracilo, Epirubicina, Ciclofosfamida) ha demostrado mejorar de forma significativa la tasa de respuesta patológica completa (pCR) en carcinoma de mama no metastásico. Hay pocos datos sobre el uso de Pertuzumab en combinación con otros esquemas de quimioterapia. En nuestro estudio queremos evaluar la tasa de pCR y toxicidad en la combinación de antraciclina, taxanos, Pertuzumab y Trastuzumab.



**Material y Métodos:** Evaluamos la eficacia en nuestro centro del tratamiento neoadyuvante con el esquema Adriamicina (60 mg/m<sup>2</sup>) Ciclofosfamida (600 mg/m<sup>2</sup>) cada 21 días durante 4 ciclos seguido de Paclitaxel 80 mg/m<sup>2</sup> cada 7 días durante 12 ciclos (ACx4-Tx12) en combinación con Trastuzumab y Pertuzumab cada 21 días durante 4 ciclos. Realizamos un análisis retrospectivo de pacientes con cáncer de mama que han recibido tratamiento neoadyuvante con quimioterapia y doble bloqueo Her2 intervenidas en nuestro centro, entre Enero de 2016 y Abril de 2018. La pCR se definió como la ausencia de carcinoma infiltrante en la glándula mamaria/ganglios axilares de la pieza quirúrgica (ypT0/Tis ypN0). Se analizó el perfil de toxicidad por quimioterapia según la guía CTACE v3.0 (Common Terminology Criteria for Adverse Events version 3.0).

**Resultados:** Se incluyeron 47 pacientes con una mediana de edad al diagnóstico de 47 años (rango 30-75). El 76,5% de las pacientes presentaban estadio II y el 21,27% estadio III. En el análisis anatomopatológico el 55,2% mostraron receptores de estrógenos y progesterona negativos y el 65,7% presentaban un grado 3. El 88,11% presentaron Herceptest positivo mientras que el 14,89% fueron positivos mediante FISH (Hibridación fluorescente in situ). Tras el tratamiento neoadyuvante, la pCR fue 70,21% siendo las respuestas parciales 29,78%, de éstas el 14,28% fueron carcinoma in situ (Tis). Apareció toxicidad grado 3 en 8 pacientes, 3 casos de fiebre neutropénica y 1 caso de diarrea. 8 pacientes precisaron soporte con G-CSF (Granulocyte colony-stimulating factor). No hay descrita disminución de FEVI (Fracción de Eyección de Ventrículo Izquierdo) mayor al 10%.

**Conclusión:** En nuestra experiencia, la tasa de pCR al incorporar la combinación de Pertuzumab y Trastuzumab al esquema ACx4-Tx12 en neoadyuvancia es superior a la descrita en los ensayos publicados con otros esquemas de quimioterapia con un perfil de toxicidades manejable.

**Introducción y Objetivos:** El doble bloqueo HER2 con Pertuzumab (P) y Trastuzumab (H) en combinación con quimioterapia es el estándar de tratamiento neoadyuvante en cáncer de mama (CM) HER2+. En el estudio Tryphaena y Neosphere se utilizan distintas combinaciones de quimioterapia. La observación de series clínicas puede ser relevante ya que los pacientes de ensayos clínicos son muy seleccionados y pueden no ser representativos de la población general.

**Material y Métodos:** Análisis retrospectivo de pacientes con CM HER2+ remitidas para tratamiento tras la aprobación de pertuzumab neoadyuvante en dos hospitales de la Región de Murcia: Hospital Morales Meseguer (HMM) y Hospital Virgen de la Arrixaca. Entre el 11-agosto-2015 y el 26-septiembre-2017 fueron tratadas 67 pacientes que se compararon con una serie de 18 pacientes tratadas con Trastuzumab neoadyuvante entre febrero 2012 y diciembre 2014 en HMM. Se analizó la respuesta patológica por RCB, AJCC y criterios RECIST. Se dividió a las pacientes en tres grupos en función del tratamiento recibido: grupo 1 (N=36): TCHP (docetaxel 75mg/m<sup>2</sup>, Carboplatino AUC 6, Trastuzumab y Pertuzumab cada 21 días x 6); grupo 2 (N=31): AC (Adriamicina 60mg/m<sup>2</sup>, ciclofosfamida 600mg/m<sup>2</sup> cada 21 días) x4 seguido de Taxol 80mg/m<sup>2</sup> semanal x12+HPx4 y grupo 3 (N=18): ACx4 seguido de docetaxel 100mg/m<sup>2</sup>-Trastuzumab cada 21 días x4. Se comparó la tasa de respuestas patológicas completas (pCR) y se analizaron los factores predictivos de respuesta y la toxicidad.

**Resultados:** Las pacientes con pertuzumab presentaron mayor pCR (65,7% vs 16,7%; p<0,001). Entre las pacientes que recibieron pertuzumab, se observó una tendencia a mayor pCR en el grupo 2 frente al grupo 1 que no fue significativa (p=0,06). El único factor relacionado con pCR fue el G3 (p=0,019), mientras que la relación con RE- no fue significativa (p=0,08). En el análisis multivariante incluyendo los 3 grupos, se observó que G3 y pertuzumab fueron los únicos factores relacionados con pCR (p=0,004 y p=0,007 respectivamente). El tratamiento secuencial presentó menos toxicidad aguda (grado 2: p<0,001 y grado 3: p=0,017).

### ePóster 203

## Experiencia clínica del doble bloqueo Her2 con Pertuzumab y Trastuzumab neoadyuvante en dos hospitales de la Región de Murcia.

**Pilar de la Morena Barrio** – Hospital G. Universitario Morales Meseguer. IMIB-Arrixaca. **Asunción Soto** – Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. IMIB-Arrixaca. **Elisa García-Garre** – Hospital G. Universitario Morales Meseguer. IMIB-Arrixaca. **David Collado Martínez** – Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. IMIB-Arrixaca. **Ana Fernández, Alejandra Ivars Rubio, Elena García-Martínez, Gema Marín** – Hospital G. Universitario Morales Meseguer. IMIB-Arrixaca. **Jose Luis Alonso** – Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. IMIB-Arrixaca. **Francisco Ayala de la Peña** – Hospital G. Universitario Morales Meseguer. IMIB-Arrixaca

	Chi2 (p)	HR (IC95%) p
G3	<0,003	4,46 (1,59-12,47) p=0,004
Pertuzumab	<0,001	7,03 (1,69-29,3) p=0,007
RE negativo	0,02	Ns
N2-3	0,115	Ns
T	0,378	Ns

Factores predictivos de pCR (análisis multivariante)

**Conclusión:** Los principales esquemas utilizados fueron TCHP y ACx4 seguido de TaxolHPx4. No se observaron diferencias significativas en pCR entre ambos tratamientos, si bien hubo una tendencia a una mayor pCR con el esquema secuencial. En el grupo tratado con pertuzumab, el único factor predictivo de respuesta fue G3.

## ePóster 204

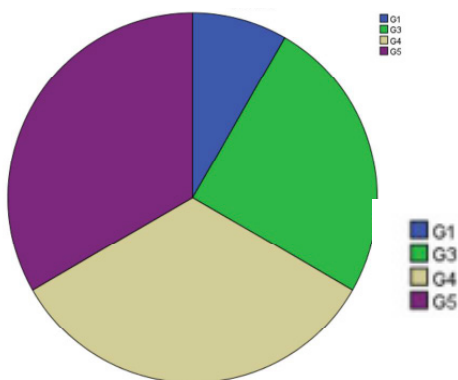
**“EXPERIENCIA CON NAB-PACLITAXEL COMO TRATAMIENTO NEOADYUVANTE EN CA MAMA TRIPLE NEGATIVO EN UN HOSPITAL COMARCAL”.**

**Rocío Galán Moral, Liliana Gladys Suarez Hinojosa, Ana Isabel Yébenes Rubio, Rocío Ruiz Martín De La Torre, Esther Durán Sánchez, Silvia Muñoz Carrión, Juana Antonia Briones Rivero** – *Virgen Altagracia*

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de mama es el tumor más frecuente en mujeres. Dentro de los distintos fenotipos, el triple negativo supone un 15% de las pacientes y es un tumor bastante agresivo. Ante éstas circunstancias en tumores localmente avanzados de ésta estirpe interesa alcanzar una respuesta patológica completa con quimioterapia neoadyuvante, ya que esto supondría un mejor pronóstico y similar a otros subtipos de cáncer. Recientemente los estudios muestran que en el tratamiento neoadyuvante Nab-Paclitaxel aumenta las tasas de respuestas.

**Material y Métodos:** Se realiza un estudio retrospectivo de 12 pacientes mujeres desde enero de 2016 a enero de 2018 con tumores localmente avanzados triple negativos tratados con esquema de antraciclinas y secuencialmente nab – paclitaxel. Se recolectaron los datos a través del programa de quimioterapia Farmatools y Mambrino 21 y se calcularon con el SPSS.

**Resultados:** Se analizaron 12 pacientes con una mediana de edad de 55 años, una mediana de ki 67 de 60% y con un porcentaje de respuesta estimado a través del sistema de Miller y Payne de 91,6%. El 33,3 % alcanzaron respuesta patológica completa (G5), otro 33,3% G4, un 25% G3 y un 8,3% G1 (ausencia de respuesta).



*Grado de respuesta*

**Conclusión:** En tratamiento neoadyuvante con Nab-Paclitaxel en pacientes diagnosticadas de ca mama triple negativo supondría importantes beneficios clínicos en SLE y SG. El utilizar esquemas de QT más eficaces en estas circunstancias sería fundamental para la ganancia de supervivencia en nuestras pacientes.

## ePóster 205

**Experiencia del uso del test genómico Pam 50 en un hospital de tercer nivel.**

**Leticia López González, María Fernández González, Alba Puente García, Raquel Ferreira Alonso, Marta Orozco Belinchón, Juan Carlos Torrego García, Álvaro Sanz Rubiales, Virginia De la Cruz Palomero, Luis Enrique Abella Santos, Javier Luis Puertas Álvarez** – *HURH, Valladolid*

**Introducción y Objetivos:** En las pacientes con cáncer de mama precoz deben ser valorados distintos aspectos clínico-patológicos para indicar el tipo de tratamiento adyuvante. Pam 50 es un test genético que permite personalizar la terapia adyuvante clasificando el subtipo intrínseco del tumor y la probabilidad de recurrencia a 10 años. Objetivos: Analizar la experiencia del uso del test Pam 50 en nuestro centro

**Material y Métodos:** Se analizaron las características clínicas y anatomopatológicas de las pacientes con cancer de mama precoz a las que se les solicitó Pam 50 desde enero de 2013 hasta la actualidad en el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid. Se recogieron datos de edad, histología, tamaño tumoral (T1 vs T2), afectación axilar (pN0 vs pN1mi) y perfil molecular (luminal A vs B).

**Resultados:** Se identificaron 49 pacientes, la mediana de edad fue 53 años (rango 32-74). En cuanto a la histología, la ductal fue la predominante (90% casos); el 92% eran T1 y el 8% T2, un 86% eran N0 y 14% eran N1mi. 48% eran luminal A y 52% luminal B. De los 49 test solicitados, 70% resultaron de alto riesgo y 30% de bajo riesgo. Con los resultados obtenidos se evitó el tratamiento con quimioterapia en 15 pacientes mientras que a 4 pacientes se les indicó quimioterapia cuando previamente no se había hecho (una de ellas no recibió la QT por deseo propio a pesar de ser de alto riesgo).

**Conclusión:** El uso del test genómico Pam 50 es útil para la decisión de tratamiento adyuvante en los estadios precoces de cancer de mama pudiendo evitarse en los casos de bajo riesgo el tratamiento quimioterápico y sus toxicidades asociadas.

## ePóster 206

**Experiencia en nuestro centro con Pertuzumab en Neoadyuvancia de cáncer de mama HER2 positivo: actualización de datos.**

**Natalia Luque Caro, Fernando Gálvez Montosa, Francisco José García Verdejo, Pedro Sánchez Rovira** – *Complejo Hospitalario de Jaén*

**Introducción y Objetivos:** Pertuzumab está indicado en combinación con trastuzumab y quimioterapia para el tratamiento

## Mama Precoz

neoadyuvante de pacientes con cáncer de mama HER2+. Según el metanálisis de Broglio la respuesta patológica completa tumoral (pCR) tras la terapia neoadyuvante se correlaciona con una mayor supervivencia global. Nos proponemos valorar la tasa de pCR obtenidas tras la terapia en combinación con pertuzumab en nuestro centro.

**Material y Métodos:** Se registraron 42 pacientes, desde julio de 2015 a septiembre de 2017, que han recibido la combinación de pertuzumab, trastuzumab y taxanos como tratamiento neoadyuvante para cáncer de mama HER2+ en nuestro centro. Presentamos un análisis descriptivo de los datos obtenidos.

**Resultados:** la edad media de nuestras paciente fue de 51 años (34-72). En el 71% de los casos el tumor era un T2 y el 52% eran ganglios positivos. Respecto a las características fenotípicas el 74% expresaban receptores hormonales (RH) . El 95% recibió tratamiento quimioterápico con epirrubina – ciclofosfamida a dosis densas por 4 ciclos previo a la secuencia con taxanos. Paclitaxel semanal por 12 pulsos fue el taxano administrado en combinación con la terapia anti-HER2 en todos los casos. La cirugía fue conservadora para un 69% de las pacientes. La tasa de pCR alcanzada es del 47%. De las 31 pacientes con RH+, 12 obtuvieron una pCR (38%) y de los 11 con RH- 8 obtuvieron una pCR (72%). Respecto a los pacientes con ganglios positivos 12 de las 22 alcanzaron una pCR (54%) y de las 20 con ganglios negativos 8 (40%). Hasta el momento no hemos tenido ningún evento en cuanto a recaída/ progresión tras esta terapia y no podemos ofrecer datos en cuanto a supervivencia.

**Conclusión:** La incorporación de pertuzumab al tratamiento neoadyuvante del cáncer de mama ha supuesto un aumento de la tasa pCR en nuestra población de pacientes aunque no sabemos si la misma se correlacionará con un aumento en términos de supervivencia. Igualmente, no hay evidencia científica suficiente para no tratar con doble terapia a pacientes N- o RH+, y en nuestra serie todos los subgrupos se beneficiaron independientemente de la expresión de RH o la presencia de N+.

**Introducción y Objetivos:** El desarrollo de la biología molecular visto en los últimos años, especialmente la tecnología basada en microarrays con el análisis simultáneo de cientos de miles de genes, ha brindado la oportunidad de establecer un completo perfil de las características del cáncer de mama, más allá de la clásica inmunohistoquímica. En función del perfil de expresión de genes, es posible definir firmas génicas con un significado pronóstico, es decir, que permitan identificar pacientes con un riesgo aumentado de recaída para definir así una población de pacientes que se benefician más de un tratamiento determinado.

**Material y Métodos:** Analizamos de forma retrospectiva una cohorte de 48 mujeres con cáncer de mama en estadios precoces (sin afectación axilar y con T  $\leq$ 2), con positividad para receptores hormonales y Her2 negativo, a las que se le solicitó una plataforma de expresión génica, en el periodo comprendido entre enero de 2016 y enero de 2018. Analizamos las características de las pacientes, el tumor que presentaban y la influencia del resultado de la plataforma para la decisión terapéutica.

**Resultados:** La mediana de edad de las pacientes es 54 (39-70). Clasificados por la el tamaño el 4% es T1b, el 62% T1c y el 29% T2. La clasificación por grado histológico es grado 1 19%, grado 2 73% y grado 3 8%. El 48% de las pacientes presentaban Ki67  $\geq$  15%. Todas las pacientes presentan al menos una de estas tres características: Ki67  $\geq$  15%, grado  $\geq$  2 o T2. De todas las plataformas de expresión génica solicitadas el 73% se estableció como perfil de bajo riesgo frente al 27% de alto riesgo. El resultado de la plataforma supuso un cambio de tratamiento en un 50% de las pacientes y en todos ellos implicó el cambio de quimioterapia por hormonoterapia. Hasta la fecha ninguna paciente ha recaído.

**Conclusión:** Si bien nuestra cohorte presenta datos inmaduros en cuanto a supervivencia libre de progresión y supervivencia global, es llamativo el alto porcentaje de pacientes que en un primer momento hubiese recibido tratamiento adyuvante con quimioterapia y el resultado de la plataforma de expresión génica ha decantado la balanza hacia la hormonoterapia.

## ePóster 207

### EXPERIENCIA EN UN CENTRO DEL IMPACTO QUE SUPONE LA INCLUSIÓN DE LAS PLATAFORMAS GÉNICAS EN LA VALORACIÓN DE LA ADYUVANCIA EN CÁNCER DE MAMA.

Carlos José Rodríguez González, Marta Legerén Álvarez, Maria Soledad Yélamos Vargas, Silvia Sequero López, Lidia Carnerero Córdoba, Miriam Pérez García, Maria Isabel Blancas Lopez Barajas, Beatriz González Astorga, Maria Teresa Delgado Ureña, Jose Miguel Jurado García – Hospital San Cecilio (Granada)

## ePóster 208

### La respuesta completa (RC) a la quimioterapia basada en antraciclinas mediante resonancia magnética (RM) predice altas tasas de respuesta completa patológica (RCp) en pacientes con cáncer de mama triple negativo (TNBC) tratadas preoperatoriamente con antraciclina y taxanos.

Maria Marin Alcalá, Gema Lloret Pursals, Javier Horacio Del Riego Ferrari, Julia Giner Joaquin, Paula Ribera Fernandez, F Xavier Andreu Navarro, Meritxell Medarde Ferrer, Aida Lopez Mestres, Elsa Dalmau Portulas, Luis Antonio Fernandez Morales – Parc Tauli

## Mama Precoz

**Introducción y Objetivos:** Se han estudiado ampliamente los predictores de RCp a la quimioterapia neoadyuvante (NAC) para el cáncer de mama. Nos centramos en la RC a la quimioterapia basada en antraciclina mediante la RM para la predicción de la RCp, en pacientes tratadas con NAC con regímenes basados en antraciclina y taxanos.

**Material y Métodos:** Se midió el tamaño tumoral al diagnóstico, después de recibir antraciclina y al final de los taxanos. La RCp se definió como la ausencia de focos invasivos residuales en mama y ganglios. Las asociaciones de parámetros clinicopatológicos con RCp se evaluaron con la prueba  $\chi^2$ . Todos los resultados de la prueba con un valor de  $p < 0,05$  se consideraron significativos.

**Resultados:** Un total de 114 pacientes TNBC fueron tratadas con NAC. La mediana de edad fue de 53 (28-77) años. 44 pacientes (38,6%) con estadio II y 67 (58,8%) estadio III. La mutación BRCA se detectó en 9 pacientes y variantes de significado incierto en 5. 49 pacientes (43%) con tamaño de tumor por RM  $> 50$  mm, 49 (43%) con aspiración con aguja fina (FNAA) en axila positiva y 88 (77,2%) con grado histológico III. 108 pacientes (94,7%) recibieron 4 ciclos de epirrubicina+ciclofosfamida (CP) y 3 (2,6%) recibieron 4 ciclos de doxorubicina+CP, seguidos de regímenes basados en taxanos. 43 pacientes (37,7%) tenían RCp. La RC por RM se obtuvo en 22 pacientes (19,3%) después de antraciclina y en 37 pacientes (32,5%) en la RM antes de la cirugía. La asociación de parámetros clinicopatológicos con RCp fue: 62,8% de RCp en tumores  $\leq 50$  mm ( $p=0,389$ ); 58,1% en pacientes con FNAA + ( $p=0,238$ ); 81,4% en tumores de grado III ( $p=0,700$ ); 46,5% de RCp en pacientes con RC mediante RM después del régimen basado en antraciclina ( $p=0,0001$ ) y 65,1% de RCp en pacientes con RC mediante RM antes de la cirugía ( $p=0,0001$ ). El 90,9% de pacientes con RC por RM después de antraciclina hicieron una RCp, y todas las pacientes con RC por RM después de antraciclina tuvieron una RC por RM antes de la cirugía.

**Conclusión:** La RC por RM después del tratamiento con antraciclina podría ser un predictor clínicamente útil de la RCp en pacientes con TNBC tratados preoperatoriamente con antraciclina y taxanos. Las pacientes que no alcanzan la RC después de recibir antraciclina podrían beneficiarse de optimizar el régimen de taxanos.

## ePóster 209

### LINFOCITOS INTRATUMORALES (TILs) COMO FACTOR PRONÓSTICO EN EL CÁNCER DE MAMA TRIPLE NEGATIVO (TN) Y HER-2 POSITIVO TRATADO CON QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE.

**Vanessa Quiroga García** – Servicio de Oncología Médica, Institut Català d'Oncologia ICO-Badalona, Hospital Universitario Germans Trias y Pujol. **Laura Hernández-León** – Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Germans Trias y Pujol. **Iris Teruel** – Servicio de Oncología Médica, Institut Català d'Oncologia ICO-Badalona, Hospital Universitario Germans Trias y Pujol. **Eva Castellà Fernández** – Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Germans Trias y Pujol. **Ana Pous** – Servicio de Oncología Médica, Institut Català d'Oncologia ICO-Badalona, Hospital Universitario Germans Trias y Pujol. **T. Sanhueza** – Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Germans Trias y Pujol. **Lucía Notario** – Servicio de Oncología Médica, Institut Català d'Oncologia ICO-Badalona, Hospital Universitario Germans Trias y Pujol. **L. Pons, Gustavo Tapia** – Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Germans Trias y Pujol. **Mireia Margelí** – Servicio de Oncología Médica, Institut Català d'Oncologia ICO-Badalona, Hospital Universitario Germans Trias y Pujol

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de mama es una enfermedad heterogénea, con diferentes subtipos moleculares. Existen dos subtipos que han demostrado tener una supervivencia mayor cuando la respuesta patológica es completa (RCp) después del tratamiento neoadyuvante: los subtipos HER2+ y triple negativo (TN). Estudios previos han demostrado una relación entre la presencia de abundantes TILs y la probabilidad de obtener una RCp, por lo que se plantea la valoración de TILs como un futuro parámetro en la evaluación histopatológica habitual. El objetivo de este estudio es correlacionar la presencia de TILs con la obtención de RCp en nuestro centro.

**Material y Métodos:** En el estudio se han incluido 22 pacientes con carcinoma ductal infiltrante de mama (12 HER2+ y 10 TN) diagnosticadas en 2017 en nuestro centro, y tratadas con quimioterapia neoadyuvante. En los cortes histológicos de hematoxilina-eosina se valoró la presencia de TILs en el compartimento estromal del tumor, expresada como porcentaje (% área ocupada por células inflamatorias mononucleadas/área estromal tumoral total), de acuerdo con las recomendaciones publicadas en la literatura. La relación entre TILs y la respuesta patológica se analizó mediante el programa IBM-SPSS.

**Resultados:** En total, el 45,5% de las pacientes obtuvieron una RCp después de la neoadyuvancia (58,3% de los HER2+ y 30% de los TN), mientras que las restantes presentaron una respuesta parcial. La presencia de TILs elevada ( $> 30\%$ ) se asoció a una mayor RCp, de forma estadísticamente significativa ( $p=0,029$ ). Así, el 100% de los casos con TILs elevados ( $n=4$ , 2 TN y 2 HER2+) obtuvieron una RCp, mientras que en los casos con TILs bajos ( $\leq 30\%$ ,  $n=18$ ) la RCp fue del 33,3%.

**Conclusión:** En la línea de las publicaciones realizadas hasta la fecha, nuestros resultados apuntan a que un elevado número de TILs en los carcinomas de mama HER2+ y TN se asocia a un mayor porcentaje de RCp después del tratamiento neoadyuvante. Se debería de valorar la implementación de la determinación de los TILs de forma rutinaria al igual que los otros factores pronósticos y predictivos de respuesta en cáncer de mama.



## ePóster 210

### Patrón de recidiva de la población anciana superviviente de cáncer de mama. En busca de un seguimiento adaptado al riesgo.

**Carmen Salvador Coloma** – Hospital Universitari i Politècnic La Fe. **Regina Gironés** – Hospital de Xativa. **Marian Lavin, Ana Santaballa** – Hospital Universitari i Politècnic La Fe

**Introducción y Objetivos:** La heterogeneidad del envejecimiento, la comorbilidad y los diferentes factores pronóstico plantean si el seguimiento de las pacientes ancianas con cáncer de mama (CM) debe ser el recomendado en todas las guías clínicas. Existen pocos datos acerca del pronóstico de la población anciana superviviente de cáncer CM y se suele extrapolar el manejo de la población adulta a esta población envejecida.

**Material y Métodos:** El objetivo del estudio es describir el patrón de recidiva, muerte y muerte específica para desarrollar esquemas de seguimiento adaptados al riesgo. Para ello se ha realizado una revisión retrospectiva de las pacientes mayores de 70 años con diagnóstico histológico de CM no metastásico tratadas en nuestro centro entre los años 1990-1997 en nuestro centro. Se han analizado variables clínicas, patológicas y supervivencia global y específica de todas ellas.

**Resultados:** Se incluyeron 233 pacientes. Mediana edad 75 (70-95). El 48.5% (113) no tenían afectación axilar y el 69.5% (162) tenían receptores de estrógeno (RE) positivos. Un 25.8% (60) recayeron en el período de seguimiento. El 76.6% de las recaídas se produjeron en los 5 primeros años. Ninguna de ellas recayó más allá del 9º año. El 91.4% (55) de las recaídas fueron a distancia. El 78% de las pacientes que recayeron en los 5 primeros años fallecieron de su neoplasia. Las pacientes que recayeron más allá de los 5 años fallecieron por el tumor (14%) y por otras causas (86%). Las ancianas con ganglios positivos (HR=3.6; IC95%=1.6-7.8 p=0.001) y tumores de mayor tamaño (HR=2.1; IC95%=1.2-4.0; p=0.14) presentan mayor mortalidad respecto al resto de pacientes. No se detectó ningún CM contralateral a lo largo del seguimiento y en sólo 3 casos se detectó una recaída local.

**Conclusión:** En las pacientes ancianas con CM, la mayor parte de las recaídas se producen en los 5 primeros años y son recaídas a distancia. Las recaídas más allá de los 5 años son escasas en este grupo de pacientes y además la mayoría de ellas fallecen por otras causas distintas al CM.

VARIABLES	NÚMERO	%
<b>Sexo</b>		
Hombre	1	0.4
Mujer	232	99.6
<b>Age</b>		
Mediana (rango)	75 (70-95)	
<b>Rangos de edad</b>		
70-75	119	51.1
76-80	74	22.8
81-85	25	7.6
86-90	10	3
91-95	5	1.5
<b>T patológico</b>		
Tx	2	0.9
T1a	2	0.9
T1b	8	3.4
T1c	57	24.5
T2	112	48.1
T3	19	8.2
T4	31	13.3
Tis	2	0.9
<b>N patológico</b>		
Nx	7	3
N0	114	48.9
N1	98	42.1
N2	14	6
<b>Estadio patológico</b>		
Estadio 0	2	0.9
Estadio I	43	18.5
Estadio IIa	73	31.3
Estadio IIb	60	25.8
Estadio IIIa	19	8.2
Estadio IIIb	30	19.2
Desconocido	6	2.6
<b>Tratamiento</b>		
QT neoadyuvante	4	1.7
QT adyuvante	38	16.3
Hormonoterapia adyuvante	205	87.9
RT adyuvante	136	58.4
Cirugía	229	98.3
Ninguno	4	1.7

Características de los pacientes y del tumor.

## ePóster 211

### PLATAFORMAS GENÓMICAS Y MODELOS MATEMÁTICOS EN CÁNCER DE MAMA EN ESTADIOS INICIALES. Experiencia clínica en nuestro centro.

**Ana Isabel Vacas Rama, Marta Serrano Moyano, Juan Carlos Gallo Lopez, Carmen Paz Julbes, Regina García Galindo** – Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera (Cádiz)



**Introducción y Objetivos:** El cáncer de mama es la neoplasia de mayor prevalencia en la población femenina. El tratamiento estándar en estadios iniciales consiste en cirugía conservadora junto a biopsia selectiva de ganglio centinela, seguido o no de tratamiento adyuvante. Con el fin de proporcionar a las pacientes un tratamiento personalizado se han diseñado índices pronósticos que permiten establecer el riesgo de recaída en vistas a decidir el mejor tratamiento complementario tras la cirugía. Estos modelos pueden realizarse sobre tejido tumoral (plataformas genómicas) o realizarse de forma virtual a partir de las características clínico-patológicas de las mismas.

**Material y Métodos:** Realizamos un estudio descriptivo y retrospectivo sobre las pacientes a las que se le realizó estudio mediante plataforma genómica en nuestro centro entre Septiembre 2016-Febrero 2018. Se evaluaron los resultados obtenidos en dichos estudios. Posteriormente, mediante la plataforma virtual PREDICT v.2, se calculó a estas pacientes el beneficio absoluto estimado del tratamiento con quimioterapia a 10 años de la cirugía, definiéndose como bajo: 5%.

**Resultados:** Se recogieron datos de 56 pacientes (pts) existiendo concordancia del riesgo mediante las dos plataformas en 29 (51.7%). En 11 pts (19.6%), el resultado mediante plataforma genómica fue intermedio siendo bajo mediante PREDICT, de las cuales 10 recibieron finalmente tratamiento hormonal en monoterapia, realizándose por tanto la misma actitud terapéutica que se hubiera realizado sin plataforma genómica. Igualmente hubiera ocurrido con 2 pts (3.6%) cuyo resultado fue bajo-intermedio respectivamente. En 10 pts (17.8%) existió discordancia alto-bajo entre plataforma genómica y plataforma virtual y en 4pts (7.1%) el riesgo fue alto-intermedio respectivamente.

**Conclusión:** Pese al limitado tamaño muestral de la serie analizada podemos concluir que en el 73.1% de las pacientes a las cuales se les realizó estudio mediante plataforma genómica recibieron el mismo tratamiento que hubiéramos realizado al calcular su riesgo de recaída mediante plataforma virtual.

### ePóster 212

#### Programa de Seguimiento Compartido entre Atención Primaria (AP) y Hospital (H) para pacientes tratadas de cáncer de mama (PSCCM).

**Montserrat Muñoz Mateu** – *Clinic de Barcelona*. **Ana de la Arada** – *Institut Catala de la Salut*. **Imma Garrell** – *Capsbe*. **Monica Gomez** – *Clinic de Barcelona*. **Raimundo Lozano, Ana Belen Rodriguez, Barbara Adamo, Maria Vidal, Tomas Pascual** – *Clinic de Barcelona*. **Nuria Gimferrer** – *Capsbe*

**Introducción y Objetivos:** El objetivo del seguimiento en pacientes con cáncer de mama localizado es la detección precoz de la recaída, pero también atender la toxicidad tardía del tratamiento, prevenir complicaciones y promover hábitos de vida saludable. En Febrero 2017 iniciamos un PSCCM entre especialistas del Hospital (H) y de Atención Primaria (AP) con el objetivo de ofrecer a la paciente una atención completa y integral.

**Material y Métodos:** Dentro del PSCCM y tras finalizar el tratamiento hospitalario se adapta el seguimiento a su riesgo de recaída (bajo, medio o alto) con visitas alternas en AP y en el H en las que se recogen datos estructurados en un sistema de información compartido, que permite seguir un protocolo consensuado estandarizado. Este registro permite un análisis posterior. Hasta el momento actual participan en el programa siete centros de AP, con más de 100 profesionales médicos y de enfermería, y los Servicios de Oncología Médica, Radioterápica y Ginecología del Hospital Clínic. En 7 de los 8 centros de AP las pacientes son atendidas por su equipo de medicina y enfermería habitual. Solo en uno de los centros todas las pacientes son visitadas por un único equipo referente médico y de enfermería.

**Resultados:** Actualmente 84 pacientes han sido incluidas en el PSCCM. Cuatro rechazaron entrar en el programa. Cincuenta y nueve (78%) de las incluidas han sido ya visitadas en AP. Cuatro pacientes han sido altas de programa, por recaída o segunda neoplasia (2 de ellas diagnosticadas en AP) y 1 por rechazo de la paciente a seguir. Los problemas más frecuentes detectados en la primera visita a AP fueron astenia, artralgias, síntomas emocionales y problemas relacionados con la salud ósea. Todas las pacientes contestaron un cuestionario de calidad de vida (EuroQuol). Una proporción importante de las pacientes quedaron vinculadas a programas de prevención y promoción de la salud, ya existentes en sus Centros de AP.

**Conclusión:** El PSCCM ha sido muy bien aceptado entre las pacientes y los profesionales de AP y del H. Muchas pacientes tras el contacto con su equipo de AP se incorporaron a programas de atención y promoción de salud.

### ePóster 213

#### QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE EN CÁNCER DE MAMA TRIPLE NEGATIVO: EXPERIENCIA CON PROTOCOLO GEPARSIXTO.

**Raquel Salazar Sáez, Rosa Sánchez Gómez, Ana Cebollero de Miguel, Isabel Manrique Abos, Martina Alonso Lago, Miriam Zorrilla Larraga, Alfonso Martín Carnicero, Leticia De Ávila Lizarraga, Edelmira Vélez de Mendizábal García de Iturriaga** – *Hospital San Pedro*

**Introducción y Objetivos:** Las pacientes con cáncer de mama triple negativo tienen peor supervivencia y tasa más alta de recaídas. El añadir esquemas de QT neoadyuvante con carboplatino parece que mejora las tasas de respuesta patológicas completas.

**Material y Métodos:** Se incluyeron en el estudio 7 pacientes (pts) desde 20/01/17 al 16/03/18, en el Hospital San Pedro de Logroño. La mediana de edad fue de 49 años con un rango de 36-69. El estadio tumoral fue: T2N0 (3 pts), T2N1 (1pts) y T3N1 (3pts). La mediana de Ki 67 fue de 65% con un rango de 45-90%. El esquema de QT neoadyuvante administrado fue según protocolo GEPARSIXTO (1) (carboplatino semanal 1.5 AUC, paclitaxel semanal 80 mg/m<sup>2</sup>, doxorubicina liposomal no pegilada (Caelix) 20mg/m<sup>2</sup>, durante 18 semanas más Bevacizumab 15 mg/m<sup>2</sup>



cada 3 semanas durante 6 ciclos (en nuestro centro se decidió suspender 6º ciclo previo a cirugía).

**Resultados:** Las pacientes recibieron una mediana de 11 semanas de tratamiento con un rango de 3-17 semanas. Una paciente no recibió bevacizumab por antecedente de colitis ulcerosa y en dos pacientes se suspendió tras dos dosis por toxicidad. Otra paciente precisó ajuste de dosis al 90% de todos los fármacos por toxicidad y en otra se administró filgrastim por 2 días tras administración de QT por neutropenia. Las toxicidades más importantes fueron: neutropenia febril en 4 pts, mucositis grado IV y II en una y dos pts respectivamente, síndrome mano-pie y neumonía-TVP-TEP en una pts. Se objetivaron 4 respuestas patológicas completas ypT0 ypN0 (2pts) ypT1S ypN0 (2 pts) con respuesta Miller y Payne grado 5 tumoral y grado A o D ganglionar. En 3 pts no se alcanzó RC: ypT2 ypN3a, ypT3b ypN3a, ypT1S ypN2a con respuesta tumoral grado 2, 1 y 5 y grado de respuesta ganglionar C, B y B respectivamente.

**Conclusión:** El esquema GEPARSIXTO es eficaz y reproduce los resultados publicados (1) con un 57% de respuestas patológicas completas (RPC) (4 RPC de 7 pts incluidas). El esquema es tóxico precisando en ocasiones disminución de dosis, soporte con filgrastim, acortar esquema completo de tratamiento y suspender bevacizumab. Recomendamos su administración en mujeres jóvenes, ECOG 0 y tumores triple-negativos T2 o mayores y N0 o Npositivos.

#### ePóster 214

### QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA (2010-2018).

**Beatriz Losada Vila, Adrian Rocha Alcubilla, Diego Malón Giménez, Laura Rodríguez Lajusticia, Carmen Pantin González, Sara Montemuiño Muñiz, Pastora Caballero Guerra, María José Expósito Casas, Beatriz Antón Pascual, Juan Antonio Guerra Martínez** – Hospital Universitario de Fuenlabrada

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de mama supone un importante problema de salud en nuestro país debido a su elevada incidencia así como por sus repercusiones físicas y económicas. El tratamiento neoadyuvante ofrece ventajas sobre el tratamiento adyuvante al analizar la quimiosensibilidad, controlar de forma temprana las micrometástasis y reducir el tamaño tumoral. El objetivo de este estudio es analizar el grado de respuesta al tratamiento

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de 146 pacientes diagnosticados de cáncer de mama localmente avanzado en el Hospital Universitario de Fuenlabrada entre los años 2010 y 2016, con un seguimiento actualizado en febrero de 2018. Se incluyen como variables datos demográficos, características del tumor, estudio axilar,

respuesta tumoral clínica/ radiológica y patológica así como tipo de tratamiento y situación actual.

**Resultados:** 146 pacientes (100% mujeres) con diagnóstico de carcinoma infiltrante de mama con seguimiento de 33 meses. Mediana de edad: 52 años (28-78 años). Respecto a las características moleculares: Luminal A 15.1% (22/146), Luminal B 25.3% (37/146), HER2+ 41.1% (60/146, siendo 30.8% HER2+ RRHH+ y 10.3% HER2+ RRHH-), Triple negativo 18.5% (27/146). Del total de luminales A, 77.27 % (17/22) presentan afectación axilar, siendo del 73% (27/37) luminales B. \*Criterios anatomopatológicos: respuesta completa 21.9% (32/146), 50.6% (74/146) con evidencia de tumor residual pero sin invasión vascular y linfática y 26.7% (40/146) tumor residual con invasión vasculo-linfática. \*Respuesta patológica con los distintos factores que pueden influir, parece que un mayor grado histológico, nº ciclos y los tipos moleculares (HER2+, triple negativo) influyen en una mayor pCR. \*Estado actual de la enfermedad con una mediana de seguimiento de 40 meses (8-83 meses): 94% vivas (89% sin enfermedad, 5% con enfermedad). Del 21.9% que obtienen pCR, 87.5% está vivo sin enfermedad, siendo la tasa de recidiva superior en las que permanece evidencia de tumor residual con invasión vasculolinfática (15%). \*Recurrencia: 8.2% (12/146): 16.6% local, 16.6% locoregionales y 66.6% a distancia (pulmonar, hepática y ósea). Respecto a los subtipos moleculares, HER2+ (50%), seguido de triple negativo (33.3%) y luminal B (16.6%).

**Conclusión:** La quimioterapia neoadyuvante es un tratamiento bien tolerado y que ofrece un control sistémico de la enfermedad. Los retrasos en tratamiento y disminución de dosis son 94% de nuestras pacientes están vivas y solo 8.2% han recaído con un seguimiento superior a 3 años.

#### ePóster 215

### Real World Data con nab-paclitaxel neoadyuvante en un cohorte multicéntrica de pacientes, resultados desde el Gepar Septo.

**Iris Teruel** – ICO Badalona. **Walter Hernan Carbajal** – ICO Girona. **Sabela Recalde** – ICO Hospitalet. **Carlos Erasun** – ICO Badalona. **Gemma Viñas** – ICO Girona. **Catalina Falo** – ICO Hospitalet. **Beatriz Cirauqui** – ICO Badalona. **Sonia Del Barco** – ICO Girona. **Mireia Margelí** – ICO Badalona. **Milana Bergamino** – ICO Hospitalet

**Introducción y Objetivos:** El ensayo GeparSepto (GS) comparó el uso de Nab-paclitaxel (NP) vs paclitaxel seguido de epirubicina y ciclofosfamida (EC) neoadyuvante (NA) en pacientes (pts) con cáncer de mama (CM) localizado. Se reportó una mayor tasa de respuesta patológica completa (pCR) y un aumento de la supervivencia libre de progresión. NP se utiliza en nuestras instituciones desde Junio/2016

## Mama Precoz

en la NA del CM Triple Negativo (TN) y como alternativa al paclitaxel en hipersensibilidad o contraindicación a corticoterapia. El propósito de este estudio es revisar la efectividad y la toxicidad de este esquema en la práctica habitual y compararlo con los resultados de GS.

**Material y Métodos:** Realizamos un estudio retrospectivo en 4 centros del Institut Català d'Oncologia (ICO), recogiendo factores de riesgo (FR) para toxicidad, efectos adversos (EA) y respuesta de 74 pts que habían recibido NP 125 mg/m<sup>2</sup> NA.

**Resultados:** La edad media fue de 52 años, la mayoría TN (87.8%) y el 94.6 % con un Ki67  $\geq$ 15%. La tasa de pCR fue del 34.8% (vs 38.4% en el GS), independiente respecto a la dosis total (DT) de NP, el grado histológico, el subtipo biológico o el valor del Ki67. Con respecto a los EA, 20 pts (27%) presentaron toxicidades grado (G) 3-4, los más comunes de cualquier G astenia (85.2%) y mielotoxicidad (79.7%), sin relación ni con la DT ni con el índice de masa corporal de las pts. La incidencia de neurotoxicidad (NT) fue del 64.86%, la mayoría G1-2, con 10.8% y 1.3% de G3 y 4. Fue necesario reducir dosis en el 44.6% de las pts y la media de tiempo de mejoría a G1 fue de 7 semanas. No se encontró relación con los FR evaluados (diabetes mellitus, vasculopatía o sdm Raynaud). Estos datos están alineados con los del GS, con una tasa de NT del 86% (10% de G3 y 1% de G4), requiriendo reducir dosis en el 30% y presentando una media de mejoría a G1 de 8.4 semanas.

**Conclusión:** Nuestros resultados reproducen los del GS con una tasa de EA algo menor, especialmente en la incidencia de NT y el tiempo a la mejoría. Estos hallazgos podrían explicarse debido a la dosis inicial de NP a 150 mg/m<sup>2</sup> que recibieron 464 pts en el GS.

## ePóster 216

### Respuesta patológica al tratamiento neoadyuvante con Nab-paclitaxel más carboplatino seguido de régimen con antraciclina en Cáncer de Mama Triple Negativo.

Juan David Cárdenas, María Carmen Esteban Esteban, Adriana Carolina Rosero Rodríguez, Elia Martínez Moreno, Katherin Ali Martínez Barroso, Ana Rosa Rubio Salvador, Juan Ruiz Martín, María García Ávila, Cristina Romero Castellano, José Ignacio Chacón López-Muñiz – Hospital Virgen de la Salud

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de mama triple negativo (CMTN) es un subtipo de mal pronóstico y está justificado explorar nuevas combinaciones terapéuticas. El escenario neoadyuvante es uno de los más apropiados

para evaluar la eficacia de los tratamientos. Nuestro objetivo es evaluar la eficacia de Nab-paclitaxel más Carboplatino seguido de esquema con antraciclinas mediante respuesta patológica completa (RPC: no enfermedad en mama y axila) en mujeres con CMTN. Objetivos secundarios fueron perfil de toxicidad y cirugía conservadora.

**Material y Métodos:** Incluidas mujeres con estadio II o III. La negatividad para receptores hormonales y HER2 se confirmó mediante inmunohistoquímica y/o FISH. Las pacientes recibieron 125 mg/m<sup>2</sup> de Nab-paclitaxel más Carboplatino AUC2 IV los días 1, 8 cada 21 durante cuatro ciclos, seguidos de Epirubicina 90 mg/m<sup>2</sup> y Ciclofosfamida 600 mg/m<sup>2</sup> IV cada 2 semanas durante 4 ciclos y posterior cirugía. Obtuvimos consentimiento informado de todas las pacientes. Se realizó resonancia magnética en todos los casos en el momento del diagnóstico y antes de la cirugía.

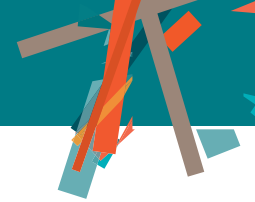
**Resultados:** Veintitrés mujeres con CMTN estadio clínico II (52,2%) o III (47,8%) fueron tratadas entre enero de 2015 y abril de 2018. La edad media 54,3 años (35,1-77,6 años). Veintiuna pacientes (91,9%) recibieron 12 ciclos de tratamiento y 2 (8,7%) diez y once ciclos respectivamente; en todos los casos seguidos de cirugía con o sin radioterapia. Un solo caso (4,4%) de progresión de la enfermedad durante el tratamiento neoadyuvante. La tasa de PCR fue del 52,2% (12/23). Cirugía conservadora en el 56,2% de las pacientes (13/23). Toxicidades grado 3/4: leucopenia 8,7% (2), neutropenia 34,8% (8), neutropenia febril 8,7% (2), alergia 4,4% (1) y neurotoxicidad periférica 4,4% (1). Seis de los ocho casos de neutropenia fueron durante el tratamiento con antraciclinas. Tras mediana de seguimiento de 15,1 meses (5,0-36,9) 91,3% (21/23) de las pacientes están vivas sin enfermedad, dos (8,7%) tuvieron recaída local temprana y recidiva con enfermedad a distancia respectivamente. Ambas fallecieron debido a progresión de la enfermedad.

**Conclusión:** El tratamiento neoadyuvante con Nab-paclitaxel más carboplatino seguido de una combinación con antraciclinas en CMTN logró una tasa alentadora de RPC y cirugía conservadora en más de la mitad de las pacientes. Las toxicidades no fueron graves en la mayoría de los casos y la toxicidad hematológica fue manejable de forma segura con G-CSF.

## ePóster 217

### RESULTADOS DEL USO DE LA PLATAFORMA GENÓMICA PROSIGNAR/PAM50 EN CONDICIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA (CM) PRECOZ RE+/HER2-. EXPERIENCIA EN UN ÚNICO CENTRO.

María García Muñoz, Asun Gómez, Roberto Escala, Belen Cigarral, Julia Ayuso, Beatriz Barrios, Diego Casado,



**Magdalena Sancho, Juan Jesús Cruz, César Augusto Rodríguez** – Hospital Universitario Salamanca

**Introducción y Objetivos:** Clásicamente, el manejo terapéutico del CM precoz se ha basado en características clínico-patológicas convencionales. Actualmente se dispone firmas genómicas que definen de forma más precisa el riesgo de recaída y el beneficio de los tratamientos adyuvantes, constituyendo una herramienta valiosa en la toma de decisiones. **OBJETIVO:** Analizar en nuestro centro el impacto que sobre las decisiones terapéuticas ha tenido el empleo de la firma genómica PROSIGNAR/PAM50 desde su implementación.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de casos con CM en estadios iniciales, RH+/HER2neg, del Hospital Universitario de Salamanca, analizados con plataforma ProsignaRentre agosto'15 y mayo'18., mediante sistema nCounterR, en nuestro propio centro. Los criterios de inclusión se describen en la figura 1.

**Resultados:** N=70. El test clasificó como Bajo Riesgo al 44% de casos; como Riesgo Intermedio al 36%y Alto Riesgo al 20%. La clasificación por Subtipos Intrínsecos mediante PAM50 fue de Luminal A en 47 pacientes (67%) y Luminal B en 23 (33%). De forma previa a la realización del test, en 24 pacientes (34%), la recomendación era quimioterapia(QT), frente a 46 pac (66%) para hormonoterapia(HT). Tras conocer el resultado se produjo un cambio de decisión terapéutica en 27 pac (39%). De las pacientes asignadas a QT, en un 46%, se cambió a HT, y de las asignadas a HT, en un 35%, se cambió a QT. De las pacientes clasificadas por inmunohistoquímica como "Luminal A-like"; PAM50 reclasificó a Luminal B al 20% de casos. Por contra, de los considerados "Luminal B like" un 64% fueron reclasificados como "Luminal A".

**Conclusión:** ProsignaRprovocó un cambio de decisión terapéutica en cerca del 40% de casos. El cambio de QT a HT es más frecuente que a la inversa. Los resultados son concordantes con otras series publicadas. Asimismo reclasificó el subtipo intrínseco en un importante número de casos, especialmente los consideradas como Luminal-B mediante inmunohistoquímica.

CRITERIOS GENERALES: DEBEN CUMPLIRSE TODOS	CRITERIOS DE RIESGO: DEBE CUMPLIRSE AL MENOS UNO Y HASTA UN MÁXIMO DE DOS
1. Cirugía completa por carcinoma infiltrante de mama	1. Grado histológico 2.
2. Receptor de estrógenos positivo y HER-2 negativo	2. MIB-1 intermedio (14% a 30%)
3. Tamaño tumoral: pT1 o pT2 ≤30mm	3. Receptor progesterona negativo/débil (≤20%)
4. Afectación axilar: pN0 o pN1mi	4. Débil/moderada expresión del receptor de estrógenos (+/++ o ≤50%)

Imagen 1.

**ePóster 218**

**TRATAMIENTO NEOADYUVANTE CON PERTUZUMAB: EXPERIENCIA DE UN SOLO CENTRO.**

**Lourdes Calera Urquizu** – Hospital Sierrallana, SCS. **Isabel Pajares Bernad** – Hospital Ernest Lluch De Calatayud. **Ana Cebollero De Miguel** – Hospital San Pedro La Rioja. **Raquel Jaso Tejera** – Hospital Laredo, SCS. **Laura Aller De Pache** – Hospital Marques De Valdecilla. **Vanesa Alvarez De Eulate** – Hospital Sierrallana, SCS. **Itziar Trueba Garayo** – Hospital Txagorritxu, Vitoria. **Fernando Uriarte Estefania, Clara Caballero Escudero, Silvia Lorenzo Martin** – Hospital Sierrallana, SCS

**Material y Métodos:** Este es un estudio retrospectivo en el que revisamos las características clínicas, la toxicidad y la respuesta al tratamiento neoadyuvante con pertuzumab en 12 pacientes tratadas en nuestro centro desde Mayo del 2016 a Mayo del 2018.

**Resultados:** De mayo del 2016 a mayo del 2018 se han tratado en nuestro centro 12 pacientes con pertuzumab neoadyuvante para el cáncer de mama. La mediana de edad fue de 67 años (rango entre 36 y 79 años). El 40% tenía un tumor de la mama con RE (receptor de estrógenos) negativo y RP (receptor de progesterona) negativo. El ki 67 fue > 20% en el 70% de las pacientes. El 60% de las pacientes alcanzo respuesta completa por RNM previa a la IQ. Se confirmo la respuesta completa anatomo patológica en el 50% de las pacientes. 2 pacientes tuvieron que suspender el tratamiento por cardiotoxicidad (disminucion de la FEVI). La toxicidad mas frecuente fue astenia, seguida de anemia y reacción infusional. No se evidencio ninguna muerte secundaria al tratamiento.

**Conclusión:** La administración de pertuzumab neoadyuvante es segura, con pocos complicaciones incluso en pacientes con edad avanzada. Se han logrado altas tasas de respuesta completa patológica

## ePóster 219

**TRATAMIENTO NEOADYUVANTE DEL CARCINOMA DE MAMA (CM) HER 2 POSITIVO CON QUIMIOTERAPIA, TRASTUZUMAB Y PERTUZUMAB. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL INFANTA SOFÍA.**

**María Merino Salvador, Cristina Aguayo Zamora, César Gómez Raposo, Belén García de Santiago, Enrique Casado Sáenz** – *Hospital Infanta Sofía*

**Introducción y Objetivos:** El tratamiento neoadyuvante del CM permite reducir el tamaño del tumor, eliminar las micrometástasis y estudiar in vivo la sensibilidad del tumor a la quimioterapia. La respuesta patológica completa es un marcador subrogado de supervivencia, especialmente en los subtipos triple negativo y HER2 positivo. El objetivo de este trabajo es evaluar la eficacia del tratamiento neoadyuvante con quimioterapia, trastuzumab y pertuzumab en tumores Her2 positivos.

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo que incluye pacientes con CM localmente avanzado, Her 2 positivo, tratadas entre el 1 febrero de 2015 y el 1 de febrero de 2018 en el Hospital Infanta Sofía. Se han analizado las características clínicas de los tumores, los esquemas de tratamiento, el tipo de cirugía realizada y el grado de respuesta patológica.

**Resultados:** Se incluyeron 17 pacientes, con una mediana de edad al diagnóstico de 48 años (30-73). El 52% eran premenopáusicas, y la mayor parte (82%) tenían afectación ganglionar y tumores con receptores hormonales positivos (70%). El 76% de los tumores tenían un ki67 superior al 20% y el 35% superaba el 50%. Se realizó estadificación axilar prequirúrgica mediante BSGC o PAAF en el 76% de los casos. El esquema más utilizado (70%) fue adriamicina y ciclofosfamida seguido de paclitaxel, trastuzumab y pertuzumab. Todas las pacientes fueron evaluadas con una RM intermedia tras 3 meses de tratamiento, observando una tasa de respuesta radiológica completa del 17% y parcial del 58%. En cuanto a los resultados tras la cirugía, de las 12 pacientes intervenidas hasta el momento, la tasa de respuesta patológica completa ha sido del 75%. Se ha realizado mastectomía en 9 casos (75%). El 100% de las pacientes con tumores RH negativos y con ki 67 >50% ha obtenido una respuesta patológica completa. En ningún caso ha habido cambios en el fenotipo. Todas las pacientes han completado el tratamiento sin reducción de dosis ni cardiotoxicidad y hasta el momento todas están vivas y libres de enfermedad.

**Conclusión:** En nuestra serie, la tasa de respuesta completa patológica tras quimioterapia neoadyuvante, trastuzumab y pertuzumab ha sido del 75%, sin objetivar cardiotoxicidad. Nuestros resultados sugieren que los tumores con receptores hormonales negativos y ki 67 >50% tienen una mayor sensibilidad al tratamiento neoadyuvante.

## MELANOMA

## ePóster 220

**Análisis descriptivo de los pacientes con melanoma ocular metastásico en el Hospital Universitario Miguel Servet.**

**Juan Antonio Verdún Aguilar, María Álvarez Alejandro, Teresa de Jesús Puertolas Hernández, María Nieves Galan Cerrato, Roberto Pazo Cid, Elena Aguirre Ortega, Ricardo Lara Lopez-Dodriga, Carmen Santander Lobera, Ana Herrero Ibañez, Antonio Antón Torres** – *Hospital Universitario Miguel Servet*

**Introducción y Objetivos:** El melanoma uveal es el tumor intraocular primario maligno más frecuente, siendo la coroides su localización más común y el hígado el principal órgano metastatizado. El tratamiento local es eficaz para prevenir la recurrencia local en más del 95 por ciento de los casos, sin embargo, hasta en el 50% de los pacientes tienen riesgo de diseminación sistémica.

**Material y Métodos:** Realizamos un análisis descriptivo de las recaídas locales y sistémicas en pacientes diagnosticados de melanomas oculares desde 1988 hasta 2018 en el Hospital Universitario Miguel Servet.

**Resultados:** 64 pacientes diagnosticados de melanomas oculares. Recaídas en 14 pacientes (11 recaída local, 4 locales y posteriormente sistémicas, 9 sistémicas). Edad media al diagnóstico 57 años. 10 mujeres y 4 hombres. Localización: 10 en coroides, 2 en cuerpo ciliar e iris, 1 en conjuntiva. Tratamiento inicial: 8 braquiterapia, 4 enucleaciones, 1 laser con argón, 1

queratoplastia lamelar. Tratamiento a la recaída local: 1 laser, 1 queratoplastia múltiple y posterior enucleación, 3 enucleaciones. Mediana de tiempo a la recaída local: 1,9 años (0,76 – 10,5 años), mediana de tiempo a la recaída sistémica desde el diagnóstico 2 años: (0,33 – 18 años). Recaída a nivel hepático: 11 pacientes. Mediana de tratamientos recibidos: 2 (0 – 4). Inmunoterapia 7 pacientes: 3 pacientes Anti-PD-1, 2 pacientes Anti-PD-1 – Anti-CTLA-4, 2 pacientes otros. B-RAF mutado en 1 paciente (tumor conjuntival) tratado con terapia dirigida.

**Conclusión:** En nuestra serie vemos una tasa de recaída en el 20 %, inferior a la publicada en la literatura. Los melanomas coroides son la variedad más frecuente y las metástasis hepáticas el lugar predilecto de diseminación. Los pacientes que presentan recaída en nuestra serie son en su mayoría mujeres y de edad media menor a la reflejada por la bibliografía. Las mutaciones de B-RAF son anecdóticas y más frecuentes en tumores conjuntivales.

## ePóster 221

**EFFECTIVIDAD DE FOTEMUSTINA EN SEGUNDA Y SUCESIVAS LINEAS DE TRATAMIENTO TRAS FRACASO A INMUNOTERAPIA EN MELANOMA METASTÁSICO BRAF NATIVO.**

**José Balsalobre Yago, Elena Conesa Nicolás, María José Martínez Ortíz, Iris Muñoz García, Ana Checa Soriano,**

**Amelia Chica Marchal, Alice Viney, Maria Isabel Luengo Alcázar, Pablo Cerezuela Fuentes, Mónica Martínez Penella** – *H. Universitario Santa Lucía. Cartagena.*

**Introducción y Objetivos:** El papel de la quimioterapia clásica en el tratamiento del melanoma metastásico es cada vez más residual, dado los buenos datos obtenidos tras la implantación de la inmunoterapia, y de las moléculas diana en los melanomas con mutación en BRAF. El objetivo es evaluar el uso de fotemustina en los pacientes que hayan progresado a la inmunoterapia en melanoma metastásico BRAF nativo y establecer la utilidad de la misma como una opción de tratamiento adecuada.

**Material y Métodos:** Estudio observacional descriptivo retrospectivo de los pacientes con melanoma metastásico tratados con fotemustina tras progresión a inmunoterapia desde enero 2016 hasta mayo de 2018. Se empleó fotemustina según ficha técnica siendo la utilización de este fármaco una práctica clínica habitual en nuestro centro.

**Resultados:** Se recogieron los datos de 5 pacientes, con una mediana de edad de 65 años [30 – 80 años]. 4 pacientes habían recibido pembrolizumab como tratamiento de primera línea y un único paciente había recibido ipilimumab en primera línea y pembrolizumab en segunda. Todos los pacientes que habían recibido inmunoterapia en primera línea en nuestro hospital recibieron al menos una segunda línea de tratamiento dada la ausencia de eventos adversos importantes. Respecto a la extensión de la enfermedad todos los pacientes tenían afectación ganglionar, 3 de los mismos presentaban metástasis cutáneas, un paciente presentaba metástasis pulmonares, y otro metástasis cerebrales tratadas con radioterapia holocraneal previamente al uso de inmunoterapia. Hasta la fecha de corte, la mediana de duración del tratamiento fue 12,7 semanas [6,5-20,4 semanas]. Los efectos adversos objetivados fueron: astenia grado III (n=1), estreñimiento grado I (n=3), emesis grado I (n=2) toxicidad hematológica grado III (n=2). Este último efecto adverso supuso retraso y reducción de dosis del fármaco en dos pacientes.

**Conclusión:** En nuestra limitada experiencia, el tratamiento con fotemustina en pacientes con melanoma metastásico que han progresado a inmunoterapia supone una adecuada opción de tratamiento. Son necesarios más estudios para posicionar fotemustina como una estrategia terapéutica tras la progresión inmunoterapia.

### ePóster 222

#### EXPERIENCIA DE TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA EN MELANOMA AVANZADO: IPILIMUMAB, PEMBROLIZUMAB Y NIVOLUMAB.

**José Balsalobre Yago, Iris García Muñoz, María José Martínez Ortíz, Elena Conesa Nicolás, Ana Checa Soriano, Maria Isabel Luengo Alcázar, Alice Viney, Amelia Chica Marchal, Mónica Martínez Penella, Pablo Cerezuela Fuentes** – *H. Universitario Santa Lucía. Cartagena.*

**Introducción y Objetivos:** Con la irrupción de la inmunoterapia en melanoma como tratamiento de elección en primera línea en BRAF nativo y en segunda y sucesivas líneas en BRAF mutado, se hace preciso revisar la experiencia previa obtenida en nuestro centro. El objetivo es analizar la efectividad de ipilimumab, pembrolizumab y nivolumab en el tratamiento del melanoma avanzado.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo observacional donde se incluyeron a todos los pacientes diagnosticados de melanoma avanzado tratados con ipilimumab, pembrolizumab ó nivolumab en nuestro centro desde febrero 2012 hasta abril 2018.

**Resultados:** Se obtuvieron un total de 23 pacientes, 11 tratados con ipilimumab, 11 con pembrolizumab y 1 con la combinación nivolumab-ipilimumab. De los 11 pacientes tratados con ipilimumab, se obtuvo una mediana de edad de 55 años [51 – 67 años] y una distribución de varones del 82%. 3 pacientes eran BRAF mutado, siendo tratados en primera línea con vemurafenib. Los 8 pacientes restantes eran BRAF nativo, tratados con ipilimumab en primera línea 2 de ellos, y los 6 restantes en segunda línea en progresión a fotemustina. 5 pacientes completaron los 4 ciclos previstos, y los 5 restantes progresaron antes de finalizar el mismo. La mediana de la supervivencia libre de progresión (SLP) alcanzada fue de 1,4 meses [1,15-4,5 meses] y una mediana de supervivencia global (SG) de 2,5 meses [1,12-7,87 meses]. Respecto a los 11 pacientes tratados con pembrolizumab, presentaban una mediana de edad de 68 años [56 – 73 años]. 3 pacientes eran BRAF mutado, siendo tratados previamente con ipilimumab y trametinib+dabrafenib. En los 9 pacientes BRAF nativo en un caso se empleó pembrolizumab en segunda línea tras ipilimumab, y en el resto se utilizó en primera línea. Los pacientes recibieron una mediana de 4 ciclos. Del total de pacientes, 8 suspendieron el tratamiento por progresión de la enfermedad y 2 por toxicidad. La mediana de SLP fue 2,25 meses [1,63-3 meses] y SG de 5 meses [1,25-10,25 meses]. En la única paciente tratada con la combinación nivolumab-ipilimumab en primera línea, sigue en tratamiento activo con dicho régimen tras 6 meses desde el inicio.

**Conclusión:** En nuestra experiencia los datos obtenidos tanto en mediana de SLP como en SG con inmunoterapia son sensiblemente inferiores a los obtenidos en las series bibliográficas.

### ePóster 223

#### Experiencia de un hospital de tercer nivel en el tratamiento con inmunoterapia en pacientes con melanoma metastásico.

**María Pilar Felices Lobera, Ibon Gurruchaga Sotés, Ana Nuño Alves, María Álvarez Alejandro, Juan Verdún Aguilar, Irene Torres Ramón, Ana Comín Orce, Belén Lopez Roldán, Juan Lao Romera, Teresa Puértolas Hernández** – *Hospital Universitario Miguel Servet*

**Introducción y Objetivos:** El melanoma es un tumor cutáneo poco frecuente, cuya incidencia está aumentando.



## Melanoma

La aparición de nuevos inmunoterápicos como anti-CTLA4 y antiPD-1 ha modificado de forma significativa la supervivencia de los pacientes con melanoma metastásico, sin embargo, desconocemos que pacientes se van a beneficiar y consideramos interesante disponer de datos de su eficacia en la vida real.

**Material y Métodos:** Análisis retrospectivo de los pacientes diagnosticados de melanoma localmente avanzado o metastásico y tratados con inmunoterapia, entre octubre de 2015 y marzo de 2018.

**Resultados:** Se han recogido datos de 34 pacientes (p), de los cuales 18 son mujeres (52,9%), la mediana de edad es 70,5 años (R:37-86). En 17p el melanoma era cutáneo y en 9p era de mucosas. En el 20,58% (7p), el BRAF estaba mutado. El 100% presentaba ECOG 0-1 y LDH normal en el 52,9% (18p) y lo más frecuente fue tener 2 localizaciones metastásicas (12p). Solo en 11p (32,35%) la inmunoterapia se administró en primera línea.

El 61,76% (21p) obtuvo control de la enfermedad: 2p respuestas completas (5,88%), 13p respuestas parciales (38,23%) y 6p enfermedad estable (17,64%). Mediana de supervivencia libre de progresión: 7,06 meses y mediana de supervivencia global: 13 meses (7p vivos a los 20 meses). Como toxicidad grave: hipotiroidismo (1p), hepatitis autoinmune (1p), neumonitis autoinmune (1p) y herpes zoster cutáneo y ocular (1p).

**Conclusión:** A pesar de ser una población no seleccionada, donde en el 68% el tratamiento se administró en segunda línea, los datos de control de la enfermedad (61,76%), se acercan a los comunicados en la literatura (63% en KEYNOTE006). Esto posiblemente sea debido a que el 52% de los pacientes tenían LDH normal, lo más frecuente era 2 localizaciones metastásicas y los pacientes mantenían un adecuado estado general. Respecto a las toxicidades, salvo la presencia del herpes oculo-cutáneo, todas fueron las esperables con este tipo de tratamientos.

	IPILIMUMAB	NIVOLUMAB	PEMBROLIZUMAB	IPILIMUMAB+NIVOLUMAB
Nº PACIENTES	2	22	7	3
MEDIANA CICLOS ADMINISTRADOS	4 (R:4-4)	8 (R:1-28)	4 (R:3-18)	3 (R:1-3)

*Inmunoterápicos y mediana de ciclos administrado*

## ePóster 224

### Experiencia del "Rechallenge" en nuestro centro de pacientes con melanoma metastásico tratados con iMEK y iBRAF.

**Ana Nuño Alves, Teresa Puértolas de Jesús Hernandez, María Pilar Felices Lobera, Ibon Gurruchaga Sotés, Belén López Roldán, Ana María Comín Orce, Irene Torres Ramón, María Álvarez Alejandro, Juan Antonio Verdún Aguilar, Antonio Antón Torres** – Hospital Universitario Miguel Servet

**Introducción y Objetivos:** Los pacientes con melanoma presentan en un 40-50% mutación en BRAF, siendo la más frecuente la V600E. El desarrollo de inhibidores de BRAF e inhibidores de MEK, ha supuesto un cambio en el tratamiento de estos pacientes; sin embargo, se desarrollarán resistencias adquiridas a los 6-10 meses para los iBRAF en monoterapia y 11-15 meses para la combinación de iBRAF e iMEK. La mediana de supervivencia global es de unos 24 meses. El desarrollo de resistencias adquiridas se basa en la selección clásica Darwiniana (resistencia

genética adquirida), mecanismos epigenéticos adquiridos, la activación constitutiva de la vía de las MAPK e incluso la "adicción farmacológica", generando modificaciones en la matriz de la célula tumoral etc... Es en este contexto en el que se basa el racional del "Rechallenge"; donde la interrupción del tratamiento puede revertir los cambios plásticos previos. En las series de casos publicadas se consigue un moderado beneficio para estos pacientes. Los factores pronósticos más importantes son: número de localizaciones metastásicas, la LDH y el tratamiento recibido durante el "Rechallenge".

**Resultados:** Se analizan de forma retrospectiva los resultados de dos pacientes que han recibido el retratamiento con iBRAFy iMEK tras un tiempo de descanso de los mismos. Se describen los resultados en la Tabla 1.

**Conclusión:** A pesar de que solo se analizan dos pacientes, se observa cierta actividad del tratamiento con el "Rechallenge". El rápido descenso de los niveles de LDH en la paciente 1 se interpretó como una "resensibilización" al tratamiento. No se ha objetivado un deterioro en la calidad de vida de los pacientes, lo que supone una opción terapéutica para estos pacientes.



	Paciente 1		Paciente 2	
	Antes de Rechallenge (iBRAF + iMEK)	Rechallenge	Antes de Rechallenge (iBRAF + iMEK)	Después de Rechallenge
<b>Estadio</b>	T2bN2bM1c	T2bN2bM1c	T2aN1aM1c	T2aN1aM1d
<b>Nº de localizaciones M1</b>	>3	>3	>3	>3
<b>ECOG</b>	0	1	1	0
<b>LDH</b>	258	3114	150	209
<b>Tratamiento iBRAF + iMEK recibido</b>	Dabrafenib + Trametinib	Dabrafenib + Trametinib	Dabrafenib + Trametinib	Dabrafenib + Trametinib
<b>Duración del tratamiento (iBRAF + iMEK)</b>	12 meses	3 meses	40 meses	9 meses
<b>Intervalo de tiempo desde iBRAF + iMEK y Rechallenge</b>	42 meses		13 meses	
<b>Razón para interrupción iBRAF + iMEK</b>	Progresión de Enfermedad		Progresión de enfermedad	
<b>Tratamientos posteriores</b>	Carboplatino - Dacarbacina	Fotemustina	Nivolumab	Temozolamida
<b>Supervivencia global</b>	75 meses		No alcanzada	

Tabla 1

## ePóster 225

## EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DEL MELANOMA CON AFECTACIÓN METASTÁSICA CEREBRAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA.

**Beatriz Barrios Collado, Julia Ayuso Martín-Romo, María García Muñoz, Belén Cigarral García, Diego Casado Elía, Roberto A. Escala Cornejo, Elena Escalera Martín, Juncal Claros Ampuero, Juan Jesús Cruz Hernández, Lorena Bellido Hernández** – Hospital Clínico Universitario de Salamanca

**Introducción y Objetivos:** Las metástasis cerebrales son una complicación frecuente y de mal pronóstico (mediana de supervivencia global de 4-5 meses) en pacientes con melanoma avanzado. Clásicamente, las opciones terapéuticas se han limitado al tratamiento quirúrgico, radioterápico o sistémico con quimioterapia. Actualmente, en varios ensayos clínicos fase II, la inmunoterapia y las terapias dirigidas han demostrado actividad a nivel del sistema nervioso central, por lo que el pronóstico podría mejorar. Objetivo: Analizar las características clínicas de los pacientes con melanoma avanzado y afectación cerebral tratados con inmunoterapia o terapia dirigida así como su supervivencia.

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo y retrospectivo de 13 pacientes diagnosticados de metástasis cerebrales de melanoma y tratados con nuevas terapias en nuestro centro, entre Febrero 2012 y Marzo 2018.

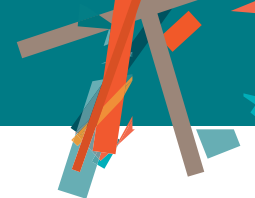
**Resultados:** Las características basales de los pacientes al diagnóstico de metástasis cerebrales se describen en la tabla 1. La mediana de tiempo desde el diagnóstico de melanoma primario hasta la aparición de metástasis cerebrales fue de 19 meses (rango: 0-92). Más de la mitad de los pacientes (77%) presentaron afectación cerebral al diagnóstico de melanoma avanzado. La mediana de progresión intracraneal fue de 4 meses. En el momento del estudio, diez pacientes habían fallecido, un paciente se encontraba pendiente de reevaluación tras 2 meses en tratamiento con ipilimumab; y dos pacientes en tratamiento con nivolumab no habían progresado a nivel sistémico ni cerebral, encontrándose en respuesta parcial con un beneficio clínico de 22 meses y 6 meses respectivamente. La mediana de supervivencia global tras el diagnóstico de metástasis cerebrales fue de 6 meses.

**Conclusión:** A pesar del limitado tamaño muestral, nuestra cohorte confirma el mal pronóstico que implica el desarrollo de metástasis cerebrales. La presencia de numerosos factores pronósticos desfavorables en todos los pacientes (62% BRAF mutado, 100% con metástasis extracraneales, 46% con metástasis hepáticas, 62% con más de 1 metástasis cerebral, 54% con metástasis cerebrales sintomáticas y 85% con LDH elevada) podría explicar el escaso beneficio obtenido con las nuevas terapias.

## Melanoma

Características basales	Nº Pacientes (n=13)
<b>Edad al diagnóstico Mts Cerebrales</b>	Media: 62 (rango: 45-80)
<b>Sexo</b>	
- Hombres	9 (69%)
- Mujeres	4 (31%)
<b>Performance status (ECOG)</b>	
- 0-1	8 (62%)
- 2	5 (38%)
<b>BRAF</b>	
- Mutado	8 (62%)
- No mutado	5 (38%)
<b>Número de metástasis cerebrales</b>	
- 1	5 (38%)
- 2-4	4 (31%)
- 5 o más	4 (31%)
<b>Metástasis cerebrales sintomáticas</b>	
- Si	7 (54%)
- No	6 (46%)
<b>Presencia de metástasis extracraneales</b>	
- Si	13 (100%)
- Ganglionares	10 (77%)
- Hepáticas	6 (46%)
- Pulmonares	10 (77%)
- Otros	6 (46%)
<b>LDH</b>	
- Normal	2 (15%)
- Elevada	11 (85%)
<b>Radioterapia</b>	
- Recibida (holocraneal)	11 (85%)
- No recibida	2 (15%)
<b>Tratamiento recibido</b>	
- iBRAF + iMEK	3 (23%)
- iBRAF	4 (31%)
- AntiPD-1 (Nivolumab)	5 (38%)
- Anti CTLA-4 (Ipilimumab)	1 (8%)
<b>Tratamiento previo</b>	
- No	9 (69%)
- Si	4 (31%)
- Quimioterapia	2 (50%)
- Inmunoterapia + Quimioterapia	1 (25%)
- Terapia Dirigida	1 (25%)

Tabla 1. Características basales de los pacientes.



## ePóster 226

## INCIDENCIA Y SUPERVIVENCIA DEL CÁNCER DE MAMA, COLORECTAL, PROSTATA, PULMÓN Y PÁNCREAS. REGISTRO DE TUMORES DE MADRID (RTMAD).

**Cristina Grávalos Castro** – Oficina Regional de Coordinación Oncológica Madrid. HU 12 de Octubre. **Gregorio Garrido Cantarero** – Registro de Tumores de Madrid. Oficina Regional de Coordinación Oncológica Madrid. **Francisco Javier Salamanca Santamaria** – HU 12 de Octubre Madrid. **Mónica García-Cosío Piqueras** – HU Ramón y Cajal. **Rosa Pla Mestre** – HU General Gregorio Marañón. **Carlos Elvira Marínez** – HU Clínico San Carlos. **Miguel Amengual Pliego** – HU La Paz. **Cristina Escudero Vela** – HU Puerta de Hierro-Majadahonda. **Ramón Colomer Bosch** – HU La Princesa. **Jesús García-Foncillas López** – HU Fundación Jiménez Díaz

**Introducción y Objetivos:** Conocer la casuística de los tumores más frecuentes permite una mejor planificación sanitaria. En la Comunidad de Madrid se registran obligatoriamente los tumores de los hospitales públicos en el Registro de Tumores de Madrid. El objetivo de este estudio es determinar la incidencia y supervivencia de los casos de cáncer de mama (CM), cáncer colorrectal (CCR), cáncer de próstata (CPO), cáncer de pulmón (CPU) y cáncer de páncreas (CPA) registrados en RTMAD en el periodo 2014-2016.

**Material y Métodos:** Del total de 83.595 casos registrados en este periodo en 29 hospitales, se han analizado los casos de estos cinco tumores excluyendo las morfologías de melanomas, linfomas y sarcomas. Se han estimado las tasas de incidencia y el análisis de la supervivencia mediante el método de Kaplan-Meier.

**Resultados:** La incidencia y supervivencias a 1, 2 y 3 años, estimadas por primera vez en la Comunidad de Madrid a partir de RTMAD, se presentan por tipo de tumor en la tabla. El diagnóstico se realiza principalmente por histología (97,5% en CM, 97,5% en CCR, 99% en CPO, 85,6% en CPU y 65,7% en CPA). En cuanto al estadio al diagnóstico y primer tratamiento: 1) cáncer de mama: 10% son "in situ", 56% localizados, 27% regional y 6% metastásica. El 72% son tratados con cirugía y 21% con quimioterapia. 2) CCR: 49,5% son localizados, 28,8% regional y 21,7% metastásico. El 71,8% son tratados con cirugía y el 16% quimioterapia. 3) CPO: 84% son localizados, 7% regional, 5% metastásicos y 4% in situ. El 48% son tratados con cirugía, 20% hormonoterapia, 15% radioterapia y el resto otros. 4) CPU: 47,1% son metastásicos, 30,5% localizado y 21% regional. El 44,7% ha recibido quimioterapia, 28,3% cirugía y 11,6% radioterapia. 5) CPA: 55,4% son metastásicos, 20% regional y 20% localizado y <1% "in situ". El 45,4% ha recibido quimioterapia y el 31% cirugía.

**Conclusión:** Las tasas de incidencia y las supervivencias de estos cinco cánceres se encuentran en el rango de lo publicado. RTMAD permite conocer la incidencia, supervivencia y principales características de los tumores y sirve como herramienta para la gestión de los programas de cribado y planificación de recursos sanitarios.

### Incidencia y supervivencia a 1, 2 y 3 años por tipo de tumor

Tipo de cáncer	N	Tasa/100.000	Sexo	Edad (DS)	SV 1 año	SV 2 años	SV 3 años
Mama	11.949	61,71	99% mujer	60,9 (14,6)	97,2%	93,7%	89,8%
Colorrectal	11.261	58,17	59% hombre	71,0 (12,12)	86,1%	76,3%	68,5%
Próstata	8.856	44,35	100% hombres	69,2 (8,7)	97,4%	93,7%	89,7%
Pulmón	8.182	41,59	74,2% hombre	68,3 (10,6)	60,2%	41,9%	34,1%
Páncreas	1.692	8,74	52% hombre	69,6 (11,3)	45,2%	24,4%	14,7%

DS: Desviación estándar SV: Supervivencia

## ePóster 227

**Inmunoterapia en melanoma, experiencia de un centro en población no seleccionada.**

**Lourdes Gutiérrez Sanz, Fernando Franco, María Soriano Segura, Isabel Curto García, Ricardo Cubedo Cervera, Constanza Maximiano Alonso, Miriam Méndez García, Antonio Sanchez Ruiz, Mariano Provencio Pulla** – Hospital Universitario Puerta de Hierro

**Introducción y Objetivos:** El impacto de la inmunoterapia (IT) en melanoma metastásico (MM), ha representado un cambio fundamental en el pronóstico de la enfermedad y en su supervivencia global (SG). Este estudio analiza la eficacia y seguridad de la IT en pacientes con MM en nuestra práctica clínica.

**Material y Métodos:** Se analizaron los casos de MM tratados en 2015-2018 con IT basada en antiPD-1, antiCTLA-4 o la combinación. Las variables evaluadas fueron epidemiológicas, clínicas, analíticas (LDH, ratio neutrófilo/linfocito y albúmina) y anatómo-patológicas (TNM 8th, M1a/1b/1c/1d, tipo de melanoma y mutación BRAF), así como tratamientos recibidos, toxicidades y SG.

**Resultados:** Con un total de 22 casos la edad media al diagnóstico fue 57 años (25-92), correspondiendo el 68 % a hombres. El 58 % era primarios cutáneos (27 % nodular y 32 % de extensión superficial) y 32 % de origen desconocido. La mutación BRAFV600E fue positiva en el 32 %, recibiendo previo a la IT terapia anti-BRAF. El tratamiento de IT incluyó anti PD-1 (50 %), anti CTLA4 (41 %) y la combinación (9 %). Recibieron radioterapia en algún momento un 54 % de los casos, con intención paliativa (ósea, cerebral o ganglionar). El 59 % de los pacientes no tuvo eventos adversos. Las principales toxicidades fueron cutáneas (18 %), digestivas (9 %) y hubo 3 casos G4, dos colitis (con ipilimumab) que precisaron tratamiento con infliximab y un caso de neuropatía motora (tras nivolumab). El tipo de respuesta incluyó 59 % progresión, 22,7 % respuesta parcial, 9 % pseudoprogresión, 4,5 % respuesta completa y 4,5 % estabilidad. Del total de progresiones, 5 pacientes recibieron una 2ª línea de IT, 2 de ellos anti-PD1 seguido de anti CTLA4 (ambos fallecidos) y 3 secuencia inversa (2 RC y 1 EE). La supervivencia libre de enfermedad fue de 3,2 años y la SG de 4,8 años.

**Conclusión:** El tratamiento de IT en el MM mejora la SG en nuestros pacientes en comparación con los datos históricos de otros tratamientos como demuestran los estudios. La mayor parte de los pacientes tratados con IT tienen buena tolerancia y los eventos adversos graves son poco frecuentes pero requieren un abordaje precoz. Pacientes que progresan tras IT con anti-CTLA4 podrían ser rescatados con éxito con anti-PD1.

## ePóster 228

**Marcadores clínicos y analíticos como predictores del Tiempo hasta Fracaso de Tratamiento (TFT) y supervivencia global (SG) en pacientes (pts) con melanoma de mucosas (MM).**

**Javier Ros Montaña** – Hospital Vall d'Hebron. **Iosune Baraibar Argotá** – Clínica Universitaria de Navarra. **Carolina Ortiz Velez, Guillermo Villacampa, Alberto Hernando Calvo, Juan Francisco Grau Bejar** – Hospital Vall d'Hebron. **Vicente Garcia-Patos, Salvador Martin Algarra** – Clínica Universitaria de Navarra. **Rodrigo Dienstmann, Eva Muñoz-Couselo** – Hospital Vall d'Hebron

**Introducción y Objetivos:** El MM es un subtipo de melanoma con características clínicas y moleculares propias, sin un tratamiento efectivo claro a pesar de los avances en el manejo del melanoma cutáneo (MC). Objetivo: describir características clínicas y evaluar marcadores analíticos como predictores de respuesta a tratamientos estándar.

**Material y Métodos:** Se recogieron prospectivamente datos clínicos y de laboratorio de MM tratados en el Hospital Vall d'Hebron y en la Clínica Universitaria de Navarra. Es un estudio retrospectivo y multicéntrico que incluye 33 pacientes con MM tratados con inmunoterapia (IT), quimioterapia (QT) y tratamientos dirigidos (TD) en base a los niveles de LDH, neutrófilos y linfocitos (NLR).

**Resultados:** La mitad de pts eran mujeres, la mediana de edad fue 65 años y todos presentaron enfermedad metastásica. 3 pts (9%) presentaban mutación BRAFV600. La localización del MM fue: cabeza y cuello (n = 10, 30%), vulva (n = 8, 24%) y ano-rectal (n = 15, 45%). En total, 20 pts (60%) recibieron 2 terapias y 12 pts (36%) recibieron 3 regímenes. De 65 tratamientos, 41 fueron IT (63%), 19 (29%) otros tratamientos y 5 TD (7,7%). La tasa de beneficio clínico (definida como respuesta completa, parcial o estable durante 4 meses) fue mayor con IT (53%) y TD (20%) comparada con QT (0%, p 0.5 todas las comparaciones). Sin embargo, los tratamientos con antiPD1/L1 (IT) mostraron mejor TFT (3,9 meses, 3-NA) que los tratamientos con anti-CTLA4 (n = 11, 1,4 meses, 1.1-NA, HR = 0.61, p = 0.24). Los niveles de NLR y LDH como variables continuas se asociaron con TFT (HR = 1.13, p = 0.01 y HR = 1.01, p = 0.02, respectivamente). Con una mediana de seguimiento de 11 meses, la mediana de SG fue de 18,7 meses (8-NA). En el modelo univariado, los pacientes con afectación ganglionar presentaban mejor SG (HR = 0.26, p <0.01).

**Conclusión:** Los tratamientos con IT tiene mayor eficacia en los pts con MM que los tratamientos convencionales. Los marcadores clínicos y analíticos predictores de respuesta en CM parecen ser válidos en el MM. Cabe destacar que en esta cohorte, 3 pacientes presentaban mutación en BRAF.





## ePóster 229

### Melanoma Primario Gastrointestinal. Presentación de dos casos y revisión de literatura.

**Alba Rosa Díaz, Juana Oramas Rodríguez, Rosa N. Rodríguez Rodríguez, Lourdes M. Cano de Arnaiz, Henry E. Hernández Mejía, Andrés Ila Ráez, Rocío Álvarez Ambite, Norberto Batista López** – Hospital Universitario de Canarias

**Introducción y Objetivos:** El melanoma maligno constituye el 1-3% de todos los tumores del tracto intestinal. Sin embargo la mayoría de estos tumores son lesiones metastásicas de un primario cutáneo o, con menor frecuencia, ocular. Sólo el 3-4% de los melanomas que se desarrollan en el tracto digestivo son considerados lesiones primarias. El melanoma primario gastrointestinal puede originarse en cualquier punto de la mucosa digestiva, siendo con diferencia las zonas más habituales la mucosa anorrectal y orofaríngea. El melanoma primario de intestino delgado supone un 2.3% de todos los melanomas primarios del tracto digestivo, constituyendo una entidad extremadamente rara de la cual sólo han sido publicados unos 30 casos a nivel mundial. En la siguiente comunicación presentamos dos casos de melanoma primario del tracto intestinal y realizamos una revisión de la literatura sobre su epidemiología, diagnóstico y manejo.

#### Material y Métodos:

- Presentamos dos casos de melanoma primario gastrointestinal
- Realizamos revisión bibliográfica utilizando diferentes bases de datos. Utilizamos como palabras clave: melanoma, primary, gastrointestinal, anorrectal, small bowel. Dichos conceptos son combinados mediante operadores booleanos junto con sinónimos y conceptos relacionados. Dada la limitada información sobre esta patología, no establecemos límite de fecha.

#### Resultados:

- Caso 1: Varón 33 años, melanoma rectal diagnosticado incidentalmente tras hemorroidectomía.
- Caso 2: Mujer 63 años, melanoma de intestino delgado sincrónico que debuta como invaginación intestinal.

#### Conclusión:

- El melanoma primario del tracto gastrointestinal es una patología muy infrecuente. Se desarrolla mayoritariamente en la región anorrectal y orofaríngea.
- El melanoma primario de intestino delgado es una entidad casi anecdótica. No existen criterios anatomopatológicos que lo diferencien de una lesión secundaria, por lo que su diagnóstico es básicamente clínico. Aún así, su diagnóstico es controvertido e incluso algunos autores dudan de su existencia como una entidad clínica propia.
- La resección quirúrgica es en la actualidad el único tratamiento que ha demostrado valor predictivo y pronóstico. Se necesitan de posteriores estudios para definir el papel de la terapia adyuvante.



Melanoma primario de intestino delgado

## ePóster 230

### PACIENTES CON MELANOMA ESTADIO IV BRAF mutados (mt). Experiencia clínica en nuestro centro.

**Marta Serrano Moyano, Ana Isabel Vacas Rama, Ruben de Toro Salas** – Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera (Cádiz)

**Introducción y Objetivos:** En los últimos años, el manejo del melanoma en estadio avanzado o metastásico (mts) ha surgido un cambio drástico debido al auge de la inmunoterapia y las terapias dirigidas. La determinación del estado del gen BRAF debe hacerse a todos los pacientes ya que aproximadamente un 50% presentaran una mutación a este nivel, los cuales parecen tener un curso clínico más agresivo y se podrían beneficiar de tratamientos dirigidos. El objetivo de nuestro estudio es describir la experiencia con los fármacos anti-BRAF administrados en nuestro centro y el perfil de los pacientes BRAFmt.

**Material y Métodos:** Realizamos un estudio descriptivo y retrospectivo sobre los pacientes (pts) diagnosticados de melanoma estadio IV BRAFmt tratados en nuestro centro con iBRAF +/- iMEK entre Julio 2013- Mayo 2018. Se evaluaron las características clínicas, estadio tumoral y mejor respuesta evaluada mediante criterios RECIST.



## Melanoma

**Resultados:** Se analizaron datos de 13 pts (6:H,7:M) con una mediana de edad al diagnóstico de 54 años (29-80). Los subtipos predominantes fueron el nodular (40%) y el de extensión superficial (30%). La mediana del Breslow fue de 4,9 (2,2-10,3) y el 30% presentaron ulceración. El 46% de los pacientes se presentó sin afectación ganglionar al diagnóstico, pero un 84,6% (11pts) la presentaron en la recaída. Tras el inicio de tratamiento con iBRAF+/- iMEK, un 45,5% presentaron RC de la enfermedad, un 45,5% RP y el resto EE. Un 54% de los pts (7) presentaron afectación del SNC, ocurriendo una mediana de 21 meses (7-68) tras el diagnóstico. De ellos, 5pts (71,4%) recibieron inicialmente RDT holocraneal paliativa por afectación múltiple cerebral (3 de los cuales fallecieron antes de los 3 meses tras la misma) y el resto (2 pts) recibieron tratamiento dirigido. Un paciente está vivo tras 30 meses desde el diagnóstico de la diseminación central y otro presentó una supervivencia de 24,7 meses.

**Conclusión:** No hemos visto relación en nuestra serie entre la tasa de respuestas y la supervivencia global. Destacaríamos el haber objetivado mayor tropismo por el SNC que el descrito en la literatura en pacientes con melanoma metastásico BRAFmt, los cuales el 43% fallecieron por este motivo presentando un control óptimo a nivel extracerebral. Son necesarias nuevas técnicas moleculares que nos permitan identificar los diferentes fenotipos tumorales de melanoma que se comportan en la práctica clínica de forma heterogénea.

## ePóster 231

### RAPIDEZ DE RESPUESTA CON INHIBIDORES DE BRAF Y MEK EN MELANOMA AVANZADO BRAF MUTADO.

**Itziar Gorospe García, Pablo Ayala De Miguel, Andrea Illán Varella, Javier López Gallego, Jonathan Aires Machado, Ruben Alonso Calderón, Pablo Borrega García** – Hospital San Pedro de Alcántara

**Introducción y Objetivos:** El tratamiento con inhibidores de BRAF en combinación con inhibidores de MEK en pacientes con melanoma avanzado BRAF Val600 mutado ha demostrado tasas de respuesta en torno al 90%, con medianas de duración de la misma superiores a 10 meses y medianas de supervivencia libre de progreso superiores a 9 meses.

**Material y Métodos:** Describimos la experiencia clínica de dos pacientes diagnosticados de recaída metastásica muy sintomática de melanoma cutáneo BRAF Val600. Realizamos una revisión de la literatura científica a propósito de estos dos casos, que iniciaron tratamiento de primera línea con dabrafenib y trametinib.

**Resultados:** Analizamos dos casos de diagnóstico de melanoma avanzado que presentaban la mutación BRAF

Val600. El primero se trata de una mujer de 84 años intervenida de un melanoma acral que, tras un intervalo libre de progreso (ILP) de 14 años, presentó recidiva extensa a nivel mediastínico con colapso pulmonar total. Debutó con importante deterioro del estado general; tras la instauración de tratamiento con dabrafenib y trametinib experimentó gran mejoría clínica. A los 15 días del inicio del tratamiento, un episodio sincopal obligó a la realización de un estudio tomográfico (TAC), poniendo de manifiesto una respuesta parcial mayor radiológica. Por otro lado presentamos el caso de un varón de 60 años intervenido de melanoma infiltrante cutáneo cervical con recidiva, tras ILP de 4 años, a múltiples niveles (masa gástrica, duodenal, hepáticas, múltiples óseas). Inició tratamiento con la combinación, experimentando así mismo una respuesta parcial mayor objetivada con TAC toraco-abdominal a los 20 días.



Al diagnóstico

A los 15 días del inicio del tratamiento

TAC que objetiva la rápida respuesta del segundo paciente

**Conclusión:** Presentamos dos casos clínicos de rápida velocidad de respuesta con el doblete de dabrafenib y trametinib. Sin embargo, pese a ello, resulta interesante saber que son mínimos los datos que aparecen en la literatura sobre dicha velocidad de respuesta. Por ello resulta una opción primordial en los pacientes con melanoma avanzado mutado y elevada carga de enfermedad/enfermedad sintomática en la que el objetivo es conseguir un rápido control de la enfermedad.

## ePóster 232

### Tratamiento de melanomas de mucosas metastásicos o irresecables con inmunoterapia: experiencia de un centro.

**Ibon Gurruchaga Sotés, María Pilar Felices Lobera, María Álvarez Alejandro, Juan Verdún, Ana María Comín Orce, Ana Nuño Alves, Belén López Roldán, Juan Lao Romera, Teresa Puértolas Hernández** – Hospital Universitario Miguel Servet



**Introducción y Objetivos:** Los melanomas de mucosas representan una entidad poco frecuente, que se suele diagnosticar en etapas avanzadas y en las que las opciones de tratamiento son escasas. Presentamos un análisis retrospectivo de los melanomas de mucosas irreseccables o metastásicos tratados en nuestro centro.

**Material y Métodos:** Análisis retrospectivo y observacional de los pacientes diagnosticados de melanoma de mucosa localmente avanzado o metastásico y tratados con inmunoterapia, entre enero 2016 y diciembre de 2017.

**Resultados:** Se han recogido datos de 9 pacientes, de los cuales 5 son hombres (55,5%) y la mediana de edad fue de 73 años (R:56-84). En 6 pacientes el melanoma era de localización anal (66,6%), en 2 era nasal (22,2%) y 1 de seno frontal (11,1%). En 1 paciente el BRAF estaba mutado y recibió tratamiento previo con inhibidor de BRAF e inhibidor de MEK. El 100% presentaba ECOG 0-1 y en el momento del tratamiento con inmunoterapia la LDH era normal en el 44,4% (4 pacientes).

En 7 pacientes se administró tratamiento con Nivolumab (77,7%), en 1 con Pembrolizumab (11,1%) y en otro con Ipilimumab+Nivolumab (11,1%). Solo en 3 pacientes (33,3%) la inmunoterapia representó el tratamiento de primera línea. La mediana de ciclos administrados fue de 7 (Rango:1-18). El 55,55% (5 pacientes) obtuvo control de la enfermedad: 3 pacientes con respuesta parcial (33,33%) y 2 pacientes con enfermedad estable (22,22%). Desde el inicio del tratamiento con inmunoterapia la mediana de SLP fue de 5,8 meses y la mediana de SG de 11,13 meses (paciente permanece vivo a los 20 meses). En el momento de la recogida de datos el 77,7% de los pacientes ha fallecido (7 pacientes). Respecto a la toxicidad solo destacar la presencia de una hepatitis autoinmune durante el tratamiento con ipilimumab+nivolumab.

**Conclusión:** En nuestra serie, aunque con un pequeño número de pacientes, se aprecia que la inmunoterapia es efectiva en este subgrupo de enfermos, con tasas de control de la enfermedad del 55,5% similares a lo descrito en la escasa literatura disponible.

## MISCELÁNEA

## ePóster 233

**ANÁLISIS DE LA CALIDAD DEL SUEÑO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO ACTIVO CON QUIMIOTERAPIA EN EL HOSPITAL REINA SOFIA DE TUDELA.**

**Irene Gil Arnaiz, Sonia Ruiz Jimenez, Silvia Espiño Goñi, Maria Luisa Villafranca Iturre, Rosana Grandez Ladrón De Guevara, Villar Catalán Fránces, Nieves Arregui Salinas, Esther Jimenez Montaña, Ruth Vera Garcia** – Hospital Reina Sofia de Tudela

**Introducción y Objetivos:** Los pacientes en tratamiento con QT sufren insomnio en un 40-60 %. El insomnio es uno de los parámetros a tener en cuenta en las escalas de calidad de vida (EORTC QLA-C30, WHOQOL-100), e influye sobre el control de otros síntomas. Los objetivos de este trabajo son analizar la calidad del sueño en nuestros pacientes en tratamiento activo de quimioterapia. Además, analizaremos el uso de fármacos hipnóticos.

**Material y Métodos:** Del 15 de enero de 2018 al 15 de febrero de 2018, se entregó una encuesta anónima, para su realización voluntaria. La encuesta recogía uso de fármacos hipnóticos, preguntas sobre la calidad del sueño y sobre costumbres relacionadas con el sueño.

**Resultados:** La realizaron 77 pacientes, 47 hombres y 30 mujeres, con una edad mediana de 67 años, con un rango de 32 a 87 años. Se recogieron pacientes con todo tipo de tumores activos, siendo los más frecuentes:

cáncer de pulmón: 24 pacientes y cáncer de colon: 17 pacientes. 31 precisan tratamiento hipnótico, todos ellos toman benzodiazepinas. Los pacientes valoraron su sueño, con un baremo de 0 a 10. La puntuación mediana para la calidad de sueño fue de 7 puntos, para la cantidad de sueño fue de 7 puntos. En cuanto a los hábitos: 31 pacientes consumen bebidas excitantes diariamente, 14 pacientes consultan el móvil o tablet justo antes de acostarse y 33 pacientes realizan ejercicio físico. El 68% de los pacientes duermen igual todos los días, el 17% duermen peor el día anterior al tratamiento, el 14% duermen peor los días posteriores al tratamiento. El 37% de los pacientes tienen insomnio de mantenimiento, 16 % de conciliación y 20% ambos. Las causas a las que atribuyen el insomnio son: nicturia: 31%, preocupaciones: 25%, fármacos: 9%. El 31 % no identifica una causa responsable. El 22 % toma infusiones cuando no puede dormir, de ellos, el 70% toman manzanilla. Ninguno reconoció la ingesta de ninguna otra sustancia recomendada por la medicina alternativa.

**Conclusión:** En este estudio ponemos de relieve, que aunque la población diana valore positivamente su sueño, el 40% precisa fármacos hipnóticos, lo que va en la línea de otros estudios. Habría que realizar más estudios para mejorar el sueño y reducir la ingesta de fármacos hipnóticos en esta población.

## ePóster 234

**ANÁLISIS DE LA CALIDAD DEL SUEÑO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO ACTIVO CON QUIMIOTERAPIA TRAS CONSEJO SANITARIO SOBRE HÁBITOS DE SUEÑO EN EL HOSPITAL REINA SOFIA DE TUDELA.**

**Irene Gil Arnaiz, Silvia Espiño Goñi, Sonia Ruiz Jimenez, Maria Luisa Villafranca Iturre, Rosana Grandez Ladrón De Guevara, Villar Catalán Frances, Nieves Arregui Salinas, Esther Jimenez Montaña, Ruth Vera Garcia** – *Hospital Reina Sofia de Tudela*

**Introducción y Objetivos:** Los pacientes en tratamiento con quimioterapia sufren insomnio en un 40-60 %. El insomnio está registrado como uno de los parámetros en las escalas de calidad de vida (EORTC QLA-C30, WHOQOL-100). Objetivos: analizar la calidad del sueño en los pacientes de nuestro hospital en tratamiento activo de quimioterapia, tras realizar consejo sanitario sobre hábitos de sueño. Analizar el uso de fármacos hipnóticos.

**Material y Métodos:** Del 15/1/2018 al 15/2/2018, se entregó una encuesta anónima, para su realización voluntaria, a todos los pacientes en tratamiento activo de quimioterapia. La encuesta recogía uso de fármacos hipnóticos, calidad y hábitos de sueño. Posteriormente, se aconsejaba sobre hábitos de sueño. Del 15/2/2018 al 15/3/2018, 1 mes después de recibir los consejos, se volvía a entregar una encuesta anónima para valorar cambios en los hábitos, calidad y cantidad de sueño.

**Resultados:** La encuesta de la 1ª fase la realizaron 77 pacientes, 47 hombres y 30 mujeres, con una edad mediana de 67 años. Se recogieron pacientes con todo tipo de tumores activos, los más frecuentes: cáncer de pulmón: 24 pacientes y cáncer de colon: 17 pacientes. La encuesta de la 2ª fase la realizaron 54 pacientes, 31 hombres y 23 mujeres, con una edad mediana de 67 años. La distribución de los tumores se mantuvo similar. Los porcentajes de uso de fármacos hipnóticos no se modificó (59%: 1ª fase, 62%: 2ª fase). Los pacientes valoraron su sueño, con un baremos de 0 a 10. Tanto la puntuación para la calidad como para cantidad de sueño mejoraron, pasando ambas de una puntuación mediana de 7 a 8 puntos en la 2ª fase. El 75 % recordaba haber recibido los consejos. El 66% reconocía que no había cambiado sus hábitos de sueño. El 46 % no reconocía cambios en la calidad o cantidad de sueño. Un 16% reconocía precisar menor medicación hipnótica. 21 pacientes no recordaron ningún consejo.

**Conclusión:** Los consejos han sido capaces de modificar las conductas de sueño en un 34% de pacientes, con una disminución de uso de fármacos hipnóticos del 16%. Todo esto a pesar de que el 25% de los pacientes no recordaba haber recibido los consejos. Los consejos son útiles para mejorar los hábitos de vida.

## ePóster 235

**Carcinoma epidermoide cutáneo en pacientes con epidermolisis bullosa. Experiencia en el Hospital Universitario La Paz.**

**David Viñal Lozano, Beatriz Castelo Fernández, Rocio Maseda Pedrero, Lorena Ostios García, Dario Sanchez Cabrero, Jesús Miranda Poma, Laura Gutiérrez Sainz, Julia Villamayor Sánchez, Raul De Lucas Laguna** – *Hospital Universitario La Paz*

**Introducción y Objetivos:** El carcinoma epidermoide cutáneo (CEC) es la principal causa de muerte en pacientes con subtipos severos de epidermolisis bullosa (EB). Sin embargo, dada la baja incidencia de la patología, existe poca información disponible en la literatura. El objetivo del estudio es reportar nuestra experiencia en el manejo y la evolución del CEC asentado en pacientes con EB.

**Material y Métodos:** Se incluyeron los pacientes con EB y diagnóstico histológico de CEC manejados en el Hospital Universitario La Paz desde enero de 2005 hasta mayo de 2018. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de características basales, del tumor, manejo terapéutico y de supervivencia.

**Resultados:** En un intervalo de 13 años y 4 meses un total de 13 pacientes desarrollaron al menos un CHC con una media de 2.76 tumores por paciente. El 92% de los casos padecían EB distrófica recesiva con una mediana de edad al diagnóstico del primer CEC de 23 años. El 94% de los tumores se localizaron en extremidades. Todos los tumores fueron diagnosticados en estadios I-III. Histológicamente, el 70% fueron bien diferenciados. El manejo inicial fue siempre quirúrgico, con resección incompleta en el 72% de los casos. El 60% recidivaron tras la primera cirugía. Fue necesaria la amputación en el 23% de los casos. 4 pacientes presentaron progresión a distancia (ganglionar, ósea y/o pulmonar). De estos, 3 recibieron tratamiento sistémico (platino, fluoropirimidinas o taxanos +/- cetuximab) con resultados desiguales y toxicidad G3/4 en el 66% de los casos. Tras una mediana de seguimiento de 27 meses, la mediana de supervivencia global desde el diagnóstico inicial fue de 23.4 meses. Tras progresión ganglionar o visceral (N=4), la mediana de supervivencia global fue de 5.3 meses.

**Conclusión:** El CEC en pacientes con subtipos severos de EB presenta un comportamiento agresivo con alta tasa de recidiva, morbilidad y mortalidad. Se recomienda el manejo en unidades multidisciplinares en centros de referencia.

## ePóster 236

**Carcinoma suprarrenal (CSR): estudio descriptivo de la experiencia de la OSI Donostialdea.**

**María Otaño Ariño, Ana Landa Magdalena, María Ángeles Díaz Gallego, Arantza Bujedo Martínez, Beatriz Sánchez Casi, Andrea Medina Del Valle, Larraitz Egaña Otaño, Aitziber Gil-Negrete Laborda, Ane Areizaga Albisua, Adelaida Lacasta Munoa** – Hospital Universitario Donostia

**Introducción y Objetivos:** El CSR es un tumor raro con una incidencia aproximada de 1-2/millón de habitantes. Hay dos picos de incidencia: antes de los 5 años y en 4º y 5º década, siendo más frecuente en mujeres. Dentro de los factores pronósticos destacan el estadio y el score de Weiss. El 60% son tumores secretores. La cirugía completa es la única opción curativa, siendo el mitotane el tratamiento de primera línea más utilizado.

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, de los pacientes con carcinoma suprarrenal tratados en Oncología Médica de la OSI Donostialdea entre enero de 2000 y enero de 2019. Inclusión: CSR intervenido o diseminado que han sido valorados en primera visita de Oncología Médica (no se han incluido aquellos pacientes con enfermedad reseca que no han sido valorados para tratamiento adyuvante). Objetivo: describir la experiencia del tratamiento del CSR. Análisis: 09/05/2018

**Resultados:**

N= 8

Sexo: 50% mujeres.

Estadio al diagnóstico: 25% E-II; 37.5% E-III; 37.5% E-IV.

75% funcionantes a 70% producción de cortisol.

Tumores localizados:

Cirugía R0 en el 100%.

60% índice Weiss > 3.

40% tratamiento adyuvante con mitotane.

20% progresión precoz tras cirugía.

80% progresión tras adyuvancia.

SLP:

E-II: mediana 75 meses.

E-III: mediana 8 meses; media 39 meses

SG:

E-III: mediana 11.9 meses; media 114 meses.

Enfermedad diseminada:

1º línea de tratamiento: mitotane 37.5%; CDDP-VP16-mitotane 37.5%; 12.5% cirugía de las metástasis

SLP a 1º línea: mediana 3 meses; media 8 meses.

SG: mediana 4 meses; media 15 meses

**Conclusión:** Nuestra serie va en concordancia con los datos publicados hasta la actualidad.

## ePóster 237

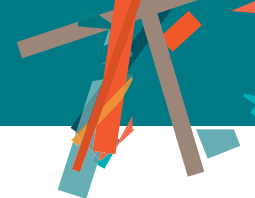
**Desarrollo y validación de una plataforma basada en NGS para el análisis de alteraciones genéticas de impacto clínico en tumores sólidos del adulto.**

**Javier García-Planells, Cristian Pérez-García, Mauro Oruezabal, Miguel González-Acera, M José García-Ruiz, Marta Izquierdo-García, Jose M<sup>a</sup> Valls-Sanchez, Sixto Santamaría-Sánchez, Carlos Ruiz-Lafora, Diego García-Dios** – Instituto de Medicina Genómica

**Introducción y Objetivos:** La aplicación de las tecnologías genómicas está proporcionando una información muy valiosa para el manejo clínico de pacientes con cáncer, permitiendo una personalización de los procesos, reducción de tiempos y incremento significativo de la precisión y eficacia. No obstante, uno de los principales problemas de estas tecnologías es el exceso de información genómica obtenida, lo que dificulta la extracción de la información clínicamente útil. En este trabajo, presentamos el desarrollo y la validación de una plataforma, basada en NGS, orientada a proporcionar la máxima utilidad clínica en tiempos reducidos analizando los principales eventos mutacionales de utilidad clínica para el manejo clínico de pacientes con cáncer.

**Material y Métodos:** Se ha desarrollado una herramienta, basada en un NGS, dirigida al análisis de genes y mutaciones con implicaciones clínicas directas en tumores frecuentes del adulto. Esta herramienta permite el análisis de secuencia completa de 63 genes, así como CNVs, genes de fusión, inestabilidad de microsatélites, expresión, variantes en 10 genes relacionados con farmacogenética de distintos fármacos e incluye un SNP array de baja densidad para detectar grandes eventos cromosómicos con el objetivo de proporcionar la máxima utilidad clínica. Asimismo, se ha programado un software específico que permite el análisis e interpretación de las variantes accionables de una manera rápida, precisa y fiable, gracias a su diseño y una revisión constante realizada por expertos. Muestras problema y control se secuenciaron en una plataforma NextSeq 500 (Illumina) y siguiendo el protocolo Agilent, SureSelect HS. Los archivos FASTQ se analizaron por medio de pipelines bioinformáticas propias y las variantes genómicas, se analizaron utilizando el software propio. En este trabajo se validaron 75 muestras parafinadas de diferentes patologías incluyendo en su mayoría, pero no únicamente, tumores de pulmón, colon, endometrio y melanoma provenientes de cinco centros nacionales.

**Resultados:** El análisis de las muestras seleccionadas para la validación permitió detectar los tipos más frecuentes de variantes genómicas conocidas que están asociadas a información clínica. En cada una de las muestras se detectó, al menos, una alteración considerada accionable en la rutina clínica y con fines diagnósticos y pronósticos.



**Conclusión:** El uso de esta plataforma proporciona la máxima precisión, reduciendo costes y tiempos de procesado tanto en laboratorio como en bioinformática y la entrega de resultados en siete días tras la secuenciación.

### ePóster 238

#### Desensibilización a citostáticos: Experiencia de un centro.

**Ana Nuño Alves** – Hospital Universitario Miguel Servet. **Jose Luis Cubero Saldaña** – Hospital Universitario Lozano Blesa. **María Pilar Felices Lobera, Ibon Gurruchaga Sotés, Belén López Roldán, Ana María Comín Orce, Irene Torres Ramón, Juan Lao Romera** – Hospital Universitario Miguel Servet. **Carlos Colás Sanz** – Hospital Universitario Lozano Blesa. **Antonio Antón Torres** – Hospital Universitario Miguel Servet

**Introducción y Objetivos:** Los pacientes que reciben quimioterapia pueden sensibilizarse frente al tratamiento, y la exposición repetida al mismo puede provocar reacciones de hipersensibilidad e incluso la muerte. Suelen aparecer tras la exposición repetida o tras la reintroducción después de un intervalo prolongado sin el tratamiento. La desensibilización consiste en introducir un estado de tolerancia a un fármaco responsable de una reacción de hipersensibilidad que se realiza en pacientes cuyos tratamientos son esenciales para el curso de la enfermedad e irremplazables o son más efectivos que otras alternativas terapéuticas. Se realiza mediante un método seguro por especialistas de la Unidad de Alergología.

Los factores predisponentes son: sexo femenino, edad joven, antecedentes de atopia o pacientes portadores de mutaciones. Dependiendo del grado de sensibilización y gravedad de la reacción presentada se realizará en un protocolo de 12, 16 o 20 escalones.

**Material y Métodos:** Se evalúan 53 pacientes remitidos a la Unidad de Alergología entre marzo de 2016 y marzo de 2018 para completar el protocolo de desensibilización. Se realiza un análisis descriptivo mediante el programa SPSS versión 17.

**Resultados:** Del total de 53 pacientes remitidos el 72% eran mujeres y el 28% varones. De todos ellos se han desensibilizado un total de 30 pacientes hasta el momento (171 desensibilizaciones). Los fármacos estudiados son: oxaliplatino (46.67%), carboplatino (26.67%), cisplatino (3.33%), paclitaxel (20%) e irinotecan (3.33%). Durante la desensibilización han acontecido 58 reacciones adversas, G3-4: 14% (ninguna muerte). Por fármaco: Tabla 1. Para el tratamiento de las reacciones adversas, los fármacos más empleados han sido: antihistamínicos y corticoides, pero además un 9% de los pacientes precisaron la administración de adrenalina. El protocolo empleado ha sido el de 12 escalones en el 89% de los pacientes y el de 16 escalones en el 11% restante (mediana 4.5 escalones). La desensibilización ha sido exitosa en el 100 % de las desensibilizaciones realizadas.

**Conclusión:** La desensibilización es un método muy efectivo para mantener el tratamiento de los pacientes que se benefician. Fue exitosa en la mayoría de los pacientes, lo que permite prolongar el tiempo de empleo de ese tratamiento. La implantación de una unidad de desensibilización facilita la colaboración multidisciplinar de los servicios de oncología, alergología y farmacia.

	Sin reacción	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4	Grado 5
<b>Oxaliplatino</b>	61%	7%	12%	18%	2%	0%
<b>Carboplatino</b>	58%	28%	6%	0%	8%	0%
<b>Paclitaxel</b>	94%	6%	0%	0%	0%	0%

Tabla 1



## ePóster 239

### Estudio Delphi para determinar el grado de acuerdo en el manejo del contraste yodado en la tomografía computarizada del paciente oncológico. Proyecto CONTRASTAR.

**Carlos Burriel** – Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón.

**Carlos Casillas** – Hospital Vithas Nisa Rey D. Jaime de Castellón.

**Angel Luis de Francisco** – Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander

**Introducción y Objetivos:** Los pacientes oncológicos precisan un alto número de exploraciones y procedimientos radiológicos que pueden exponer a riesgos. El objetivo fue establecer por acuerdo, su manejo para minimizarlos.

**Material y Métodos:** En un comité interdisciplinar del que formaba parte como oncólogo, confeccionamos una serie de 75 recomendaciones sustentadas bibliográficamente, para medir el grado de acuerdo sobre una escala Likert del 1 al 9 aplicándose un método Delphi de dos circulaciones, entre 24 radiólogos expertos. Analizamos moda (mo), media (m), desviación estándar (DE); mediana (M), rango intercuartílico (RIC) y coeficiente de variación (CV). Para considerar los aspectos de máximo consenso exigimos  $M=9$ ,  $RIC \leq 1,00$ ,  $DE \leq 1,00$  y  $CV \leq 0,25$ , simultáneamente.

**Resultados:** Riesgo hipersensibilidad al contraste y otros riesgos asociados al paciente:

1. Los pacientes deben ser observados al menos 30 minutos tras MC.
  2. Los MC no iónicos tienen menos incidencia de reacciones adversas que los iónicos.
  3. La mayor osmolaridad de los MC se relaciona con mayor incidencia de reacciones agudas.
  4. La evidencia con la premedicación es limitada y puede no prevenir la anafilaxia.
  5. En pacientes con feocromocitoma sometidos a procedimientos intervencionistas, deberán administrarse alfa bloqueantes como profilaxis de crisis hipertensiva.
  6. Debe evaluarse cuidadosamente a los pacientes en riesgo de sufrir tirotoxicosis.
  7. Con afectación cardíaca, se debe limitar el volumen y la osmolaridad de los MC.
- Riesgo lesión renal asociada a medios de contraste
8. La nefrototoxicidad es un efecto adverso asociado a todos los MC yodados.
  9. El riesgo de LRA post-MC aumenta si hay afectación renal preexistente.
  10. El riesgo de LRA post-MC aumenta si padece diabetes mellitus.
  11. El riesgo de LRA post-MC aumenta si padece deshidratación.
  12. El riesgo de LRA post-MC aumenta si padece alguna enfermedad cardiovascular.
  13. El riesgo de LRA post-MC aumenta si recibe quimioterapia.
  14. En pacientes oncológicos se recomienda interrumpir los agentes nefrotóxicos concurrentes, limitar el volumen de MC y utilizar MC isosmolar.

Confort del paciente

15. Es preciso considerar el dolor asociado a la administración de MC.

16. El calentamiento a 37°C del MC mejora la confortabilidad del paciente.

17. Los MC isosmolares tienen un buen perfil de tolerabilidad.

	mo	m	DE	M	RIC	CV
1	9	8,67	0,76	9	0	0,09
2	9	8,88	0,45	9	0	0,05
3	9	8,71	0,69	9	0	0,08
4	9	8,92	0,28	9	0	0,03
5	9	8,75	0,61	9	0	0,07
6	9	8,88	0,45	9	0	0,05
7	9	8,79	0,51	9	0	0,06
8	9	8,79	0,59	9	0	0,07
9	9	8,96	0,2	9	0	0,02
10	9	8,96	0,2	9	0	0,02
11	9	9	0	9	0	0
12	9	8,96	0,2	9	0	0,02
13	9	8,79	0,66	9	0	0,07
14	9	8,75	0,85	9	0	0,1
15	9	8,75	0,61	9	0	0,07
16	9	8,67	0,76	9	0	0,09
17	9	8,75	0,61	9	0	0,07

Análisis estadístico

**Conclusión:** En los pacientes oncológicos concurren diversos factores de riesgo asociados a los MC por lo que debemos conocerlos y aplicar las medidas de prevención adecuadas.

MC: medios de contraste. LRA: lesión renal aguda

## ePóster 240

### Experiencia inicial de la unidad de cardio-oncología en un hospital general.

**Rafael Villanueva** – Hospital Sant Joan Despí – **Moisés Broggi** / ICO-Hospitalet. **Elisabet Mena**, **Roman Ferixa** – Hospital Sant Joan Despí – **Moisés Broggi** / CSI. **Òlbia Serra**, **María Plana**, **Sabela Recalde**, **Lucia Heras**, **Ferran Losa** – Hospital Sant Joan Despí – **Moisés Broggi** / ICO-Hospitalet

**Introducción y Objetivos:** El cáncer y las enfermedades cardiovasculares comparten varias características: alta incidencia y prevalencia, factores de riesgo comunes, y avances terapéuticos en los últimos años. Presentamos los datos iniciales de la Unidad de cardio-oncología en nuestro hospital.

**Material y Métodos:** La unidad de cardio-oncología se creó en abril 2016 y se organiza en dos bloques: un circuito preferencial en la unidad de imagen cardíaca para los controles ecocardiográficos periódicos y una consulta médica realizada por Cardiología para valoración de pacientes



con alto riesgo de cardiotoxicidad o cardiotoxicidad ya establecida. Actualmente disponemos de 2 horas semanales para la consulta cardiológica. En el circuito preferencial de ecocardiografías ofrecemos 6 estudios semanales para estos pacientes, pudiéndose ampliar según necesidades.

**Resultados:** De abril 2016 a diciembre 2017 se han realizado 500 ecocardiografías. Además se realizaron 119 visitas en 44 pacientes. El 57% eran mujeres, con una edad media de  $63 \pm 13$  años. Las visitas realizadas por paciente fueron  $2.7 \pm 1.41$  (rango 1-6). Características demográficas (tabla1). Los tipos de neoplasia activa más frecuentes son mama (50%) y colo-rectal (22.7%). Los quimioterápicos usados son: antraciclina (45.2%), trastuzumab (35.7%), taxanos (47.6%) y 5-FU (47.6%). Los motivos de derivación más frecuentes han sido: valoración basal bien por tratamientos potencialmente cardiotoxicos o antecedentes previos de cardiopatía isquémica o no isquémica

(36.4%), disfunción ventricular durante el tratamiento y/o seguimiento (18.2%) y dolor torácico (15.9%). La FEVI en el momento de la visita era  $56.1 \pm 9.46\%$ . Los diagnósticos más frecuentes tras la valoración cardio-oncológica fueron cardiotoxicidad (15.9%), cardiopatía isquémica (15.9%) y arritmia (9.1%). A parte, hemos contabilizado un 38.64% de casos sin patología, básicamente entre los pacientes derivados por tratamientos de potencial riesgo cardiotoxico que realizaban la valoración cardio-oncológica previa al tratamiento quimioterápico.

**Conclusión:** Presentamos los datos de implementación inicial de la unidad de cardio-oncología de nuestro centro. Nuestros futuros planes de mejora pasan por protocolizar actuaciones conjuntas para la estimación de riesgo y detección precoz de cardiotoxicidad con biomarcadores y técnicas de Strain, sobretudo en pacientes con mayor supervivencia estimada.

	Número (N= 44)	Porcentaje
Sexo femenino	25	56.8%
Edad	$63.3 \pm 12.82$	
Antecedentes familiares cardiológicos	23	52.3%
Antecedentes familiares oncológicos	17	38.6%
Tabaco: Activo	5	11.4%
Ex consumidor	18	40.9%
Alcoholismo: Activo	0	0%
Ex consumidor	3	6.8%
Obesidad	7	15.9%
HTA	26	59.1%
DM	13	29.5%
DLP	25	56.8%
Enfermedad renal crónica	5	11.4%
Cardiopatía previa:	19	43.2%
Isquémica	8	18.2% (42.1%)
Arritmia	7	15.9% (36.8%)
Valvulopatía	3	6.8% (15.8%)
Miocardiopatía	1	2.3% (5.3%)
Neoplasia previa	11	25%
Cirugía	35	79.5%
Quimioterapia	42	95.5%
Radioterapia	27	61.4%

## ePóster 241

**FACTORES PREDICTIVOS DE LA MODIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO EN EL PRIMER CICLO DE QUIMIOTERAPIA EN EL PACIENTE ANCIANO (Proyecto GESTA).**

**Beatriz Jiménez-Munárriz** – Clara Campal. **Láura Basterretxea** – ESI/OSI Donostialdea. **Irene Paredero** – Universitario Dr. Peset. Valencia. **Elisenda Llabrés** – Universitario Insular Las Palmas de Gran Canarias. **Beatriz Losada** – Universitario de Fuenlabrada. **Maite Antonio-Rebollo** – ICO-Duran i Reynals. Hospitalet. Barcelona. **Ana Belén Custodio** – Universitario La Paz. Madrid. **Regina Gironés** – Lluís Alcanyis de Xàtiva. **María José Molina** – Virgen de la Luz Hospital. Cuenca. **Jaime Feliu** – Universitario La Paz. Madrid

**Introducción y Objetivos:** En el paciente anciano es frecuente que se modifiquen las dosis iniciales de quimioterapia (QT) o que se opte por una monoterapia. Sin embargo, la edad no es un criterio contemplado en las guías terapéuticas para modificar el tratamiento del cáncer (Modificación Inicial del Tratamiento –MIT). El objetivo de este estudio es determinar la frecuencia con la que se realiza MIT en los pacientes ancianos e identificar qué factores están implicados en esta decisión.

**Material y Métodos:** Se trata de un estudio multicéntrico, prospectivo en el que se incluyeron pacientes con edad  $\geq 70$  años que van a iniciar tratamiento con QT. El médico responsable decidió el esquema terapéutico y la dosis a administrar. Se investigó la prevalencia de MIT y su relación con la intención del tratamiento (curativa vs paliativa), características sociodemográficas, datos analíticos, valoración geriátrica, tipo de tumor y agresividad de la quimioterapia (MAX-2 score).

**Resultados:** Se incluyeron un total de 448 pacientes (mediana 77, rango 70-92 años). En 294 pacientes se administró quimioterapia con intención paliativa y en 154 pacientes con intención curativa. La MIT se produjo con más frecuencia en el primer subgrupo (59% vs 42%;  $p < 0.001$ ). En el análisis multivariable los factores que se relacionaron con una mayor frecuencia a una MIT en ambos grupos fueron la edad avanzada, el MAX-2 score y la decisión de pautar profilaxis primaria con C-GSF. La variable que se asoció de forma independiente con MIT en el grupo tratado con intención paliativa fue el test de Pfeiffer, mientras que en el grupo tratado con intención curativa fueron la cifra de albúmina en plasma, y el IADL score. Ni el ECOG PS ni la comorbilidad se relacionaron con MIT. No hubo diferencias significativas en el desarrollo de toxicidad G3-5 ni en la reducción de dosis en el grupo tratado con MIT.

**Conclusión:** La MIT es significativamente más frecuente en los ancianos tratados con intención paliativa. Los factores asociados con la MIT incluyen la edad, el tipo de quimioterapia, test de Pfeiffer, IADL y albúmina.

## ePóster 242

**FACTORES PRONÓSTICOS DEL TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA EN ENFERMEDAD OLIGOMETASTÁSICA.**

**Lucía Gómez González, Luis Fernández Fornos, Elena Asensio Martínez, Javier Gallego Plazas, Roberto Morales Giménez, Rocío Ramírez Belloch, Vicente Boix Aracil, Marta Llopis Cuquerella, María Ballester Espinosa, Francisco Pelegrín Mateo** – Hospital General Universitario de Elche

**Introducción y Objetivos:** La radioterapia estereotáxica fraccionada (RTEF) es un tratamiento local efectivo en enfermedad oligometastásica. El 2014, de Vin et al. identificaron subgrupos de pacientes con peor pronóstico en función de 4 factores de riesgo: localización intracraneal de la metástasis, enfermedad oligometastásica sincrónica, histología no adenocarcinoma y sexo femenino. Propusieron un modelo pronóstico basado en ellos (subgrupo de buen pronóstico: 0-2 factores de mal pronóstico; mal pronóstico: 3-4). El objetivo del presente estudio es evaluar la supervivencia global (SG) de pacientes tratados con RTEF en nuestro medio en función de dichos grupos pronóstico.

**Material y Métodos:** Se revisan retrospectivamente los datos de pacientes oligometastásicos tratados con RTEF entre 2011 y 2016. Se realiza un análisis descriptivo y de supervivencia mediante Kaplan-Meier, contrastando las diferencias en SG en función de los grupos pronósticos mediante Log-rank.

**Resultados:** Se analizaron 92 pacientes, el 56,5% varones. El 62% presentaba enfermedad oligometastásica metacrónica. La metástasis tratada fue intracraneal en el 48,9% frente al 51,1% de localización extracraneal (21,7% pulmonares, 13% ganglionares, 7,6% hepáticas). El 80,4% de los pacientes presentaba tumores de histología adenocarcinoma. El 86,6% de los pacientes pertenecía al subgrupo de buen pronóstico. La mediana de SG en el global de pacientes fue 18 meses (IC95%= 9,6–26,3), con mayor SG en el subgrupo de buen pronóstico, 20 meses (IC95% = 11,4–28,5) frente a 11 meses en el de mal pronóstico (IC95% = 9,3–12,6,  $p=0,13$ ). Individualmente, se relacionaron con peor SG la histología no adenocarcinoma (5 vs 26 meses,  $p<0,001$ ), localización intracraneal de la metástasis (10 vs 30 meses,  $p<0,001$ ), sexo femenino (16 vs 23 meses,  $p=0,66$ ) y presentación sincrónica (13 vs 24 meses,  $p=0,53$ ).

**Conclusión:** Se objetiva una diferencia no estadísticamente significativa en SG en función de los subgrupos pronósticos propuestos por de Vin et al, lo que podría estar en relación al menor tamaño muestral de nuestro estudio. Los factores de riesgo identificados en su análisis se asocian también con una peor SG en nuestra población, con una diferencia estadísticamente significativa en SG para la histología no adenocarcinoma y la localización intracraneal. Si bien el modelo pronóstico propuesto obtiene resultados positivos en nuestro estudio, se deberá validar con un aumento del tamaño muestral y prospectivamente en el futuro.

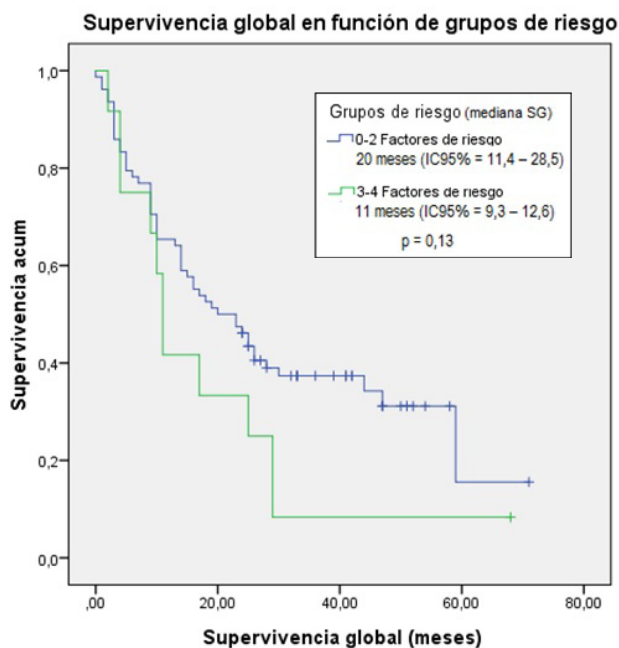


Figura 1. Supervivencia global en función de los grupos de riesgo (Kaplan-Meier).

### ePóster 243

## Gripe y cáncer, ¿estamos haciendo las cosas bien?

Vicente Boix Aracil, Pedro Palao Moreno, Teresa Quintanar Verdúñez, María Ballester Espinosa, María del Rocío Ramírez Belloch, Roberto Morales Giménez, Lucía Gómez González, Marian Fernández Cruz, Francisco José Pelegrín Mateo, Álvaro Rodríguez Lescure – Hospital General Universitario de Elche

**Introducción y Objetivos:** La infección por el virus de la gripe es una patología muy prevalente en la sociedad, que en la mayoría de casos no supone una infección grave. Sin embargo, hay una serie de poblaciones más vulnerables en las que este tipo de infección puede ser mucho más grave, siendo importante su tratamiento específico y, aún más, su prevención. Los pacientes oncológicos constituyen una de estas poblaciones de riesgo, especialmente aquellos en tratamiento quimioterápico activo por el hecho de poder padecer neutropenias que facilitarían la aparición de complicaciones ocasionalmente graves, incluso fatales. El objetivo del trabajo es describir nuestros pacientes oncológicos diagnosticados de gripe y analizar las complicaciones que hayan podido padecer.

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, y unicéntrico en el que se incluyeron los pacientes afectados de cualquier tipo de cáncer y que hayan padecido la gripe en la temporada 2017-2018 en el Hospital General Universitario de Elche.

**Resultados:** 47 pacientes cumplían los criterios de inclusión, de los cuales 28 eran hombres (59'6%) y 19 mujeres (40'4%), con una mediana de edad de 66 años. Los tipos de cáncer más frecuentes fueron: Mama (25'5%), próstata (17%), pulmón (12'6%), colon y vejiga (ambos 10'6%). El 55'3% se encontraban en estadios iniciales y el 54'7% en estadios avanzados. Tan solo 14 pacientes (29'8%) habían recibido la vacuna antigripal mientras que 33 (70'2%) no la habían recibido. El tipo de gripe más frecuente fue el serotipo B con un 72'3%, mientras que el serotipo A supuso el 27'7% de los casos. El 59'6% de los pacientes precisó ingresar en el hospital. El 23'4% de los pacientes desarrolló una gripe grave (neumonía [8 casos], sepsis [5 casos], ingreso en UCI [5 casos] y/o exitus [3 casos]), de estos, el 81'9% no había recibido la vacuna antigripal frente al 18'1% que sí la había recibido.

**Conclusión:** En pacientes oncológicos que no han recibido la vacuna antigripal la probabilidad de desarrollar una gripe grave (neumonía, sepsis, ingreso en UCI y/o exitus) es mayor que en aquellos que sí la han recibido, por lo que sería recomendable que nuestros pacientes recibiesen una adecuada profilaxis antigripal de manera regular.

### ePóster 244

## HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HAD), UNA OPCIÓN SEGURA Y EFICIENTE DE ATENCIÓN HOSPITALARIA PARA EL PACIENTE ONCOLÓGICO.

Eulalia Balbina Villegas Bruguera, Isabel Marínez Arbones, Ana García Sarasola, Eva Llobet Barberí, Maria Karuna Lamarca Soria, Ana Maria Torres Corts – Dos de Maig de Barcelona

**Introducción y Objetivos:** La HAD es una opción asistencial reconocida que proporciona curas y tratamientos complejos de rango hospitalario en el domicilio del paciente. Los pacientes oncológicos a menudo precisan ingreso por complicaciones relacionadas con su enfermedad, por las que potencialmente pueden ser ingresados en una HAD, minimizando los riesgos nosocomiales. OBJETIVOS: Analizar las características epidemiológicas y clínicas, evolución y complicaciones de los pacientes con patología oncológica activa ingresados en nuestra unidad HAD durante el año 2017.

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de enfermos oncológicos ingresados en la HAD, diagnosticados de neoplasia activa. Análisis de la evolución durante el ingreso, tratamientos administrados, temas de educación reforzados en el domicilio, complicaciones nosocomiales, destino al alta, reingresos y satisfacción de los pacientes/cuidadores.

**Resultados:** 125 episodios de ingreso, (16% del total de altas), 57% hombres, edad promedio 80 años. Procedencia: 7 Oncología, 32 servicios médico-quirúrgicos hospitalarios, 26 Urgencias hospitalarias, 43 recursos territoriales (Atención Primaria o PADES), 17 Hospital de Día. Estancia promedio: 9,5 días (rango 1-44). Estancias hospitalarias totales: 1189. Motivos de ingreso: 86 infecciones con antibiótico intravenoso, 24 anemias para transfusiones, 13 insuficiencias cardíacas, 2 paliativos en agonía. Patología oncológica de base más prevalente: prostática, mama, vesical y pulmón. Tratamiento principal intravenoso: antibióticos, furosemida y concentrados de hemáties. Curas específicas (12% casos): drenajes tipo Redón, Pig Tail o pleural, irrigaciones por fístulas y úlceras neoplásicas. Educación específica y personalizada: nutrición, anti-disfagia, prevención de UPP y caídas, movilización y cambios posturales. Complicaciones nosocomiales: 3 fiebres, 2 episodios de delirium, 1 diarrea por Clostridium, 4 flebitis sin bacteriemia. Destino al alta: Domicilio coordinado con AP o PADES 116, reingreso en hospital convencional 6 (por efectos secundarios a fármacos, complicación del motivo de ingreso o de su patología oncológica), Centro Sociosanitario 1, exitus en el domicilio 2. Resultados de la Encuesta de satisfacción de la Unidad de Atención al Cliente: 9,5/10.

**Conclusión:** Los pacientes oncológicos que precisan ingreso hospitalario y cumplen criterios de hospitalización a domicilio pueden ser atendidos en HAD con eficacia y seguridad, minimizando las complicaciones nosocomiales y reforzando la educación de temas fundamentales como la nutrición y la prevención del encamamiento precoz, con una alta satisfacción por parte de los pacientes y familias.

#### ePóster 245

### IMPLANTACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL POR VÍA PERIFÉRICA EN EL HOSPITAL DE DÍA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

**Alba Puente García, María Fernandez Gonzalez, Raquel Ferreira Alonso, Leticia López González, Marta Orozco Belinchon, Carmen Sánchez Duque, Beatriz Velázquez García, Juan Carlos Torreño García, Ana María Reyes García, Álvaro Sanz Rubiales** – Hospital Universitario Río Hortega Valladolid

**Introducción y Objetivos:** Los catéteres centrales de inserción periférico (PICC) permiten un acceso inmediato al torrente sanguíneo, siendo posible tanto la extracción sanguínea como la infusión farmacológica. Esto simplifica el manejo de pacientes con tratamientos intravenosos de larga duración como son los oncológicos. OBJETIVO: Conocer la experiencia de nuestro centro respecto a la implantación de PICC en pacientes oncohematológicos en hospital de día médico a lo largo de un año.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de los pacientes portadores de PICC en el Hospital Universitario Río Hortega, desde Febrero de 2016 a Febrero de 2017. Se analizaron los datos de edad, sexo, tipo tumoral, implantación o no del dispositivo, fecha de colocación y retirada; y causa de dicha retirada.

**Resultados:** Recibimos a 105 pacientes para colocación de PICC, de ellos el 86% se correspondían a mujeres y el 14% a hombres. La edad media de la muestra fue 56,3 años (19-81). Respecto al tipo tumoral, la mama representaba el 68,4%, colorrectal 15%, hematológico 3,8%, sarcoma 3,8%, ginecológico 3%, pulmón 2% y un 7,6% otros tipos. En cuanto a la implantación del PICC, fue posible en el 89% de los casos. El tiempo medio de vida útil del dispositivo fueron 193 días (0-760). En lo relativo a las causas de su retirada en el 64,8% de los casos se debió al fin del tratamiento, el 16% a obstrucción, el 6,5% a fallecimiento del paciente, el 5,4% a infección, el 1% a implantación de reservorio venoso subcutáneo, el 1% a parestesias y el resto, 5,4% continúan en la actualidad con el dispositivo.

**Conclusión:** En nuestro hospital los pacientes con cáncer de mama son la población que con mayor frecuencia portan un catéter venoso central con acceso periférico. En la mayoría de las ocasiones se implanta con éxito. Se ha evidenciado que la causa más frecuente de retirada del dispositivo es la finalización del tratamiento.

#### ePóster 246

### Implementación de un protocolo de diagnóstico y tratamiento de la anemia asociada a quimioterapia.

**Lucía Heras** – Hospital Sant Joan Despí – **Moisés Broggi** / ICO-Hospitalet. **Carlos Jerico** – Hospital Sant Joan Despí – **Moisés Broggi** / CSI. **Ferran Losa** – Hospital Sant Joan Despí – **Moisés Broggi** / ICO-Hospitalet. **Adelaida Piera, Asuncion Manzana** – Hospital Sant Joan Despí – **Moisés Broggi** / CSI. **Maria Plana, Sabela Recalde, Olbia Serra, Rafael Villanueva, Marta Ferrer** – Hospital Sant Joan Despí – **Moisés Broggi** / ICO-Hospitalet

**Introducción y Objetivos:** Los pacientes afectos de cáncer, especialmente los tratados de una enfermedad avanzada, presentan una elevada prevalencia de anemia a menudo multifactorial. El tratamiento adecuado de la anemia impacta en la calidad de vida de estos pacientes. Sin embargo, las guías de manejo de anemia no están correctamente implantadas y la transfusión de sangre es el principal tratamiento en estos pacientes. El objetivo de la comunicación es difundir el protocolo de diagnóstico y tratamiento de la anemia asociada a quimioterapia de nuestro centro y evaluar el impacto que ha tenido en el tratamiento de nuestros pacientes.





**Material y Métodos:** El objetivo principal del protocolo es que la anemia del paciente con cáncer en tratamiento activo sea estudiada y tratada de forma correcta. El estudio ha de incluir el metabolismo férrico (transferrina, índice saturación transferrina y ferritina), la determinación de vitamina B12 y folatos y una medida de la actividad inflamatoria (proteína C reactiva). El tratamiento se realizará con transfusión de sangre, feroterapia (oral o parenteral) o eritropoyetina en función de las cifras de Hb, la situación clínica del paciente y los resultados de laboratorio. El protocolo se implementó en el servicio de Oncología de nuestro centro a mediados de 2017. Se analizan las transfusiones de los pacientes con tratamiento oncoespecífico paliativo durante ese período.

**Resultados:** En 2017 se trataron con indicación paliativa 440 pacientes. 58 pacientes recibieron alguna transfusión sanguínea (13%). Los tipos de neoplasia más frecuentes fueron: cáncer de pulmón 19 (32%), cáncer ginecológico 13 (22%) y cáncer urológico 10 (17%). 35 pacientes tenían un estudio al menos con metabolismo férrico (60%). La mayoría de pacientes (41.3%) recibieron transfusiones de 1 único concentrado de hematíes (CH). El resto recibieron: 2 CH (25.8%), 3CH (13.7%), 4 CH (8%), 5 CH (5%) y 6 CH (5%). El 50% de los pacientes fueron transfundidos con cifras de Hb entre 7-8 y el 46.5% con Hb  $\geq$  8.

**Conclusión:** Aunque no hemos comparado los datos con períodos anteriores a la implementación del protocolo, nuestra impresión es que optimizando el estudio de la anemia y gracias al mayor uso de la feroterapia endovenosa, hemos disminuido las necesidades y mejorado las indicaciones de las transfusiones de sangre.

Hortega de Valladolid. Se analizan los datos de sexo, edad, tipo de neoplasia y su estadificación, servicio de procedencia y destino.

**Resultados:** Recibimos 102 interconsultas, de ellas el 37% eran mujeres y el 63% hombres. La edad media de la muestra fue 65,7 años (17-88). En cuanto a la procedencia de las interconsultas, el 33% provenían de medicina interna, el 19,6% de neumología, el 18,6% de digestivo, el 9% de urología, el 5% de cirugía general, el 4% de ginecología y el 10,8% de otros servicios. Respecto al tipo tumoral, el pulmón representaba el 30,4%, páncreas y vías biliares 12,7%, urológicos 10,8%, colorrectal 9,8%, esofagogástrico 6,9%, mama 6,9%, otorrinolaringológico 4,9%, sin anatomía patológica 4,9%, ginecológico 3,9% y un 8,8% otros tipos. En la estadificación tenemos 5 pérdidas, siendo 2 de ellas pacientes sin diagnóstico anatomopatológico y las otras 3 pacientes con tumores del sistema nervioso central. El estadio IV representa el 78,4% de la muestra. Se pautó tratamiento en el 46% de los pacientes, siendo con intención paliativa en el 70% y curativa en el 30%. Dicho tratamiento se realizó ambulatoriamente al 72% e ingresados al 28%.

**Conclusión:** En nuestro hospital el servicio del que recibimos más interconsultas intrahospitalarias es medicina interna y el tipo tumoral más frecuente el cáncer de pulmón. Una gran parte de los pacientes presentaban un estadio IV de la enfermedad. Este dato puede justificar que fueran tratados menos de la mitad, siendo en su mayoría, tratamiento paliativo y ambulatorio.

### ePóster 247

#### INTERCONSULTAS INTRAHOSPITALARIAS REALIZADAS AL SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

**Alba Puente García, María Fernandez Gonzalez, Raquel Ferreira Alonso, Leticia López González, Marta Orozco Belinchon, Luis Enrique Abella Santos, Virginia De La Cruz Palomero, German Marcos García, Javier Luis Puertas Álvarez, Joaquín Fra Rodríguez** – Hospital Universitario Río Hortega Valladolid

**Introducción y Objetivos:** La colaboración intrahospitalaria es imprescindible para la llevar a cabo la actividad asistencial diaria. El análisis de las interconsultas efectuadas entre las distintas especialidades puede aportarnos información e ideas de mejora. **OBJETIVOS:** Conocer las características de las interconsultas en régimen de hospitalización solicitadas al servicio de Oncología Médica en un hospital de tercer nivel a lo largo de un año.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de las interconsultas intrahospitalarias realizadas desde Enero 2017 a Enero 2018 al servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Río

### ePóster 248

#### La Iniciativa de la Práctica Oncológica de Calidad: Experiencia en España.

**Dr. Rafael López López** – Fundación ECO, Servicio de Oncología Médica, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. **Dr. Carlos Camps** – Fundación ECO, Servicio de Oncología Médica, Hospital General de Valencia. **Dr. Alfredo Carrato** – Fundación ECO, Servicio de Oncología Médica, Hospital Ramón y Cajal, Madrid. **Dr. Eduardo Díaz-Rubio** – Fundación ECO, Vicepresidente de la Real Academia de Medicina, IdISCC, CIBERONC. **Dra. Margarita Feyjóo** – Fundación ECO, Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario La Moraleja, Sanitas, Madrid. **Dr. Jesús García-Foncillas** – Fundación ECO, Servicio de Oncología Médica, Fundación Jiménez Díaz, Madrid. **Dr. Pere Gascón** – Fundación ECO, Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario Clinic, Barcelona. **Dr. Vicente Guillem** – Fundación ECO, Servicio de Oncología Médica, Instituto Valenciano de Oncología. **Ilse Lugo** – Fundación ECO. **Dr. Enrique Aranda** – Fundación ECO, Servicio de Oncología Médica, Hospital Reina Sofía de Córdoba

**Introducción y Objetivos:** La Iniciativa de la Práctica Oncológica de Calidad (QOPI, por sus siglas en inglés) es una



referencia mundial en términos de calidad asistencial para los hospitales oncológicos. La Fundación ECO es una plataforma de expertos que representa a los principales hospitales españoles involucrados en el tratamiento de pacientes con cáncer. ECO llegó a un acuerdo con la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO, por sus siglas en inglés) para involucrar a los hospitales españoles en el programa QOPI.

**Material y Métodos:** Se han llevado a cabo 5 oleadas de recogida de datos (Otoño 2015 hasta Otoño 2017), en las cuales los centros debieron registrarse e introducir datos en la plataforma de QOPI. La Fundación ECO ofreció a los participantes el apoyo necesario. 16 hospitales españoles han participado en las 5 oleadas, repitiendo su participación 7 de ellos. Se completaron los módulos de Medidas Centrales y Cáncer de Pulmón.

**Resultados:** Durante las cinco oleadas, los hospitales españoles han introducido 1745 historias clínicas. En la mayoría de ellas, algunas de las puntuaciones más elevadas fueron en la correcta documentación de los siguientes aspectos: informe de anatomía patológica, número de ciclos de quimioterapia y consentimiento del paciente para recibir quimioterapia; mientras que las más bajas fueron en: resumen del tratamiento de quimioterapia y asesoramiento para dejar de fumar. El porcentaje de centros participantes que presentaron resultados superiores a 70% fue sucesivamente de 64%, 50%, 75% y 100% en las dos últimas oleadas. En cuanto a la Certificación QOPI, 3 hospitales españoles recibieron esta acreditación en septiembre de 2017.

**Conclusión:** Estos resultados son un buen punto de partida para continuar la implantación del programa QOPI en España. La Fundación ECO continuará buscando la excelencia y la calidad con otras actividades como la Certificación QOPI y el Programa de Formación en Calidad, desarrollados por primera vez en España en 2017 y 2018, respectivamente.

### ePóster 249

#### Metástasis en la mama de tumores no mamarios.

**Luis Felipe Sánchez-Cousido, Ana Lopez-Gonzalez, Emiliano Honrado, Mariana López, Irene Delgado, Beatriz Nieto, Pilar Diz, Luis De Sande, Laura López, Andrés García-Palomo** – *Complejo Asistencial Universitario de León*

**Introducción y Objetivos:** Las metástasis en la mama de tumores no mamarios son excepcionales. Aunque se han descrito en cualquier tipo de neoplasia, la mayoría provienen de melanoma y cáncer de ovario. El objetivo del estudio es revisar la histología de los tumores primarios, su tratamiento y evolución.

**Material y Métodos:** Se recogieron conjuntamente con el servicio de Anatomía Patológica los casos de metástasis en la mama de tumores no mamarios en el Hospital de León entre los años 2006 y 2018. Se encontraron un total de diez casos, siendo cinco de ellos no analizables por pérdida de datos clínicos tanto en su historia como en el seguimiento.

**Resultados:** De los cinco casos revisados, dos de ellos debutaron con metástasis en la mama. Los tumores primarios fueron un cáncer de pulmón, un colon, un melanoma y dos ovarios. En todos ellos se descartó la mastectomía y recibieron tratamiento sistémico con quimioterapia según las indicaciones de los tumores primarios. En la actualidad, tres han fallecido y dos se encuentran en seguimiento por la Unidad de Cuidados Paliativos.

**Conclusión:** Aunque infrecuentes, las metástasis en la mama de tumores no mamarios están descritas. De acuerdo con la literatura publicada, melanoma y ovario son los tumores que más frecuentemente dan este tipo de metástasis, exceptuando la mama contralateral. Es fundamental el diagnóstico histológico para evitar cirugías innecesarias que se suelen reservar para metástasis de gran tamaño y complicaciones locales. El tratamiento más adecuado es el sistémico según el tipo de tumor primario y el estado del paciente en el momento del diagnóstico. El pronóstico es el del tumor primario.

### ePóster 250

#### Modelo Asistencial de Oncogeriatría del Institut Català d'Oncologia (ICO)-L'Hospitalet.

**Juana Saldaña, Gemma Soler, Beatriz Pardo, Lucía Heras, Idoia Morilla, Silvia Vázquez, Sabela Recalde, María Plana, M<sup>a</sup> Carmen Galán, Ramón Salazar** – *Institut Català D'oncologia-Duran I Reynals*

**Introducción y Objetivos:** El 60 % de los diagnosticados de cáncer son pacientes de más de 65 años. La toma de decisiones en este grupo heterogéneo es compleja, y la adecuación continua de las estructuras sanitarias resulta imprescindible en la práctica oncológica. Objetivos: Mejorar la atención del paciente oncogeriátrico. Asegurar el adecuado proceso diagnóstico y tratamiento, sin discriminar por edad al paciente tratable, y evitando procedimientos y tratamientos innecesarios.

**Material y Métodos:** En 2004 en ICO-L'Hospitalet se crea una comisión interdisciplinaria de OncoHematoGeriatría que consensúa las estrategias de trabajo y concreta los instrumentos de valoración geriátrica a utilizar. La agenda específica de oncogeriatría se inicia en 2008. Se valoran pacientes con cáncer de pulmón y colo-rectal, realizándoles la valoración geriátrica amplia (VGA). En 2016 dentro del SOM se crea la Unidad de



Oncogeriatría (UOG). Se nombran Referentes de Oncogeriatría (ROG) con Oncólogo médico y Enfermera clínica por patologías específicas (torácica, colo-rectal, mama, ginecológica, urológica y de cabeza y cuello). Herramientas:

1. Cribado de vulnerabilidad (G8, Barthel, Pfeiffer y TIRS). Positivo si edad  $\geq 85$ , o 75-85 y  $\geq 2$  criterios (Barthel  $\leq 90$ , historia de deterioro cognitivo o Pfeiffer  $> 2$ , G8  $\leq 14$ , TIRS positiva).

2. VGA con multidominios: funcional (Barthel, Lawton, ECOG, Karnofsky), morbilidad (número, Charlson), medicamentos, vulnerabilidad (VES 13), cognitivo-emocional (Pfeiffer, Yesavage), sociofamiliar (TIRS), nutricional (porcentaje de pérdida de peso en 3 meses), dolor (EVA), síndromes geriátricos (número y tipo), información. Las tipologías oncogeriatricas establecidas catalogan al paciente para el plan propuesto: tipología 1-estándar, 2-adaptado, 3-valoración geriátrica integral con intervención geriátrica, y 4-soporte sintomático.

La UOG está soportada por las Unidades Funcionales Oncológicas, y por Unidades de soporte (Nutrición, Psicooncología, Trabajo Social, Unidad de Cuidados Paliativos, Geriatría).

**Resultados:** Desde 2016, nuestro modelo valora a los pacientes de  $\geq 75$  años dentro de las patologías pactadas. Se realiza el cribado y selecciona los pacientes tributarios a VGA. Con cribado positivo, el ROG realiza la VGA, tipifica al paciente y adapta el tratamiento. Se ha constatado la modificación del 25 % en el plan de acción oncológica tras la VGA. El análisis estadístico de los resultados se encuentra en proceso.

**Conclusión:** Este modelo es específico por patologías y consigue información precisa para la toma adecuada de decisiones, de forma individualizada y especializada.

### ePóster 251

RETIRADO

### ePóster 252

#### Neutropenia febril. La importancia de establecer un tratamiento temprano.

**María Soriano Segura, Fabio Franco Pérez, Beatriz Núñez García, Raquel Gómez Bravo, Mariano Provencio Pulla** – Hospital Puerta de Hierro-Majadahonda

**Introducción y Objetivos:** La neutropenia febril (NF) se define como cifra de neutrófilos  $< 500/\text{mcl}$  o  $38.0^\circ \text{C}$ . Esta complicación es frecuente en pacientes con quimioterapia (QT) por su acción mielosupresora, precisando ingresos hospitalarios y retrasos en la administración de tratamientos, con detrimento de la calidad de vida.

**Material y Métodos:** Se trata de un estudio retrospectivo y descriptivo que pretende analizar los casos de NF diagnosticados en Oncología médica del Hospital Puerta de Hierro en el período 2014-2016. Se recogieron las variables edad, tumor, quimioterapia, foco infeccioso, aislamiento microbiológico, antibioterapia (AB) y muerte por esta causa. El análisis de datos se ha realizado con el programa STATA 14.0.

**Resultados:** De 838 pacientes tratados con QT, 37.4 % recibió GCS-F profilácticos con 65 casos de NF (8.8 %). La mediana de

## Miscelánea

edad fue 59 años con tumor primario de origen pulmonar (32 %), mamario (24 %), linfoma (14 %), digestivos (12 %) y otros (18 %). El 35 % estaba recibiendo doxorubicina y ciclofosfamida; 32 % platinos; 14 % taxanos y el 19 % restante, otras QT. En el 26 % no se conocía foco infeccioso, siendo de origen pulmonar en el 29 %, ORL y digestivo 17 % respectivamente y 4.6 % urinario. Solo en 16 casos se aisló agente (25 %), siendo los mayormente identificados el *C. Difficile* (4 casos), *K. pneumoniae* y *E. coli* (3 casos), *S. aureus* (2 casos), *C. Albicans*, *Aspergillus*, *Neumococo* y *S. Anginosus* (1 caso). Los betalactámicos fueron los AB más utilizados (57 %). El 9 % falleció por esta causa, con una edad media de 63.3 años, siendo el cáncer de pulmón la enfermedad de base del 66.7 %, linfoma (16.6 %) y mama (16.6 %).

**Conclusión:** La NF es una complicación frecuente en pacientes con QT con una tasa de presentación en nuestra serie del 9 % y una tasa de mortalidad de hasta el 11 %. Es necesario conocer el riesgo individual (QT y comorbilidades) y establecer un tratamiento profiláctico si estuviese indicado. Es imprescindible realizar una correcta extracción de cultivos previa al inicio de AB para optimizar el manejo y reducir mortalidad por causa específica.

## ePóster 253

**Presentación clínica de candidiasis sistémica en pacientes oncológicos.**

**María Soriano Segura, Elena Cantero, Ana Lerma Verdejo, Beatriz Orden, Antonio Ramos, Mariano Provencio Pulla** – Hospital Puerta de Hierro-Majadahonda

**Introducción y Objetivos:** Candidemia se define como presencia de cándida en sangre. Los pacientes inmunodeprimidos tienen mayor riesgo de sufrir una candidiasis invasiva. El objetivo del estudio fue describir las características clínicas del subgrupo de pacientes con neoplasias.

**Material y Métodos:** Se ha realizado un análisis retrospectivo de los episodios de candidemia detectados en el Hospital Puerta de Hierro de enero de 2010 a septiembre de 2015. Se ha utilizado el paquete estadístico STATA 14.0 para el análisis de datos.

**Resultados:** Durante el periodo descrito, se detectaron 140 pacientes con aislamiento de cándida en hemocultivos, de los cuales, 68 padecían una enfermedad oncológica (48.57 %). Con una mediana de edad de 68.5 años (Q1 57; Q3 79), el 56.4% fueron hombres y el 43.57%, mujeres. De todos los tumores, el más frecuente fue el grupo hematológico, con un 22%, seguido de los uroteliales y colorrectales (17.65 % cada uno), 10.2% próstata, 7.4% gástrico, 4.4% mama, 4.4% pulmón. Resto: ginecológicos, tiroides, páncreas, cutáneo. El aislamiento más frecuente fue de cándida *albicans*, 48.57%; seguido de *parapsilosis* (26.43%); *glabrata* (13.57%) y *tropicalis* (4.29%). El 7.21% restante fue cándida *guilliermondii*, *krusei*, *lusitaniae* y *dublinskiensis*. El

78.7% presentaban sensibilidad a fluconazol. Un 69.12% de los pacientes oncológicos portaba un catéter central y un 17.7% tenía derivada la vía urinaria. El 47% tenía nutrición parenteral y el 26.8% había estado en tratamiento con antifúngicos durante el mes anterior. Un 91.2% de los enfermos estaba en tratamiento antibiótico de amplio espectro y el 41% había sido intervenido de cirugía abdominal en el mes previo. En la población con candidemia, hubo una mortalidad del 42.8 % (60 pacientes), siendo mayor en mayores de 75 años (55.6% vs 32.3%; p=0.037). El 22% de los pacientes oncológicos que presentó candidemia murió durante el ingreso. Sin embargo, se trataba de pacientes pluripatológicos y, en su mayoría, ancianos, cuya muerte no se relacionó con el proceso tumoral ni con su tratamiento.

**Conclusión:** Cándida en sangre nunca es un contaminante y siempre indica funguemia. La exposición a fluconazol y portar catéter central son los principales factores de riesgo. La retirada de catéteres debe ser la primera medida a adoptar ante un caso de candidemia. El origen gastrointestinal es el principal en los pacientes inmunocomprometidos. La mortalidad es mayor en pacientes ancianos que en jóvenes.

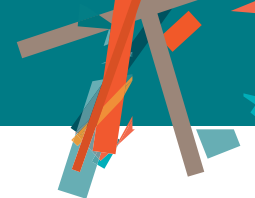
## ePóster 254

**“Prevalencia y perfil uso de terapias alternativas y complementarias en pacientes oncológicos”.**

**Erica Vanesa Turrez Frieiro, José Valero Álvarez Gallego, Teresa De Portugal Fernández del Rivero, Yolanda López Mateos** – Hospital Provincial de Zamora

**Introducción y Objetivos:** Las terapias alternativas y complementarias (TAC) son una serie de procedimientos para el tratamiento de enfermedades, aliviar síntomas o paliar efectos secundarios. Actualmente no pertenecen a los estándares terapéuticos y carecen de evidencia científica de su eficacia. Hipótesis: El uso de TAC en pacientes con cáncer tiene relación con características sociodemográficas y clínicas y con características de su enfermedad. Objetivo principal: Prevalencia del uso de TAC en la población oncológica del hospital de Zamora y análisis de factores sociodemográficos y clínicos y variables de la patología tumoral en relación con el uso de TAC. Objetivos secundarios: clases de TAC, tiempo de uso, motivos, beneficios y/o efectos secundarios y fuentes de información. Para realizar este estudio con un precisión de un 8%, una prevalencia estimada del 20% y un nivel de confianza del 95%, el número final de pacientes a estudiar sería de 100 pacientes.

**Material y Métodos:** Análisis observacional, retrospectivo, unicéntrico, en pacientes oncológicos del Hospital de Zamora. El estudio se basará en dos cuestionarios, uno para el oncólogo y otro para el paciente (incluido el consentimiento informado). Cada cuestionario de los pacientes tiene un número específico



que se relacionará con el mismo código de la encuesta del médico para constatación de los datos.

**Resultados:** De 100 pacientes oncológicos del hospital de Zamora el 27% utiliza TAC. No se pudo hallar relaciones estadísticamente significativas entre diversas variables y uso de TAC para poder describir un perfil de paciente que usa estas terapias. En los pacientes usuarios de TAC, las terapias más utilizadas fueron las vitaminas o dietas especiales, herbolario y salidas recreativas. Los motivos más frecuentes para su uso fue para mejorar la tolerancia al tratamiento

oncológico y tras el diagnóstico del cáncer. Las fuentes de información de TAC fueron principalmente de familiares o amigos, por el médico o publicidad. Todos los pacientes percibieron algún beneficio, los más frecuentes mejoría de los síntomas y del ánimo.

**Conclusión:** La prevalencia del uso de TAC en pacientes oncológicos del hospital de Zamora fue de un 27%. No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre el uso de TAC y diferentes variables sociodemográficas y clínicas o con variables de la patología tumoral.

VARIABLES	TAC	TAC	p
	SI: 27 (27%)	NO: 73 (73%)	
<b>SEXO:</b>			
Mujer	18 (66.6%)	41 (56%)	p:0.34
Hombre	9 (33.4%)	32 (44%)	
<b>EDUCACIÓN:</b>			
Primaria o sin estudios	16 (59.2%)	40 (54.7%)	p: 0.90
Secundaria	8 (29.6%)	25 (34.2%)	
Universitario	3 (11.1%)	8 (10.9%)	
<b>S BASAL:</b>			
Activa	9 (33.3%)	27 (37%)	p: 0.12
Parcialmente activa	14 (51.8%)	38 (52%)	
Sedentaria	2 (7.4%)	8 (11%)	
Dependiente	2 (7.4%)	0 (0%)	
<b>Tumor:</b>			
Gastrointestinal (No CCR)	4 (14.8%)	9 (12.3%)	p: 0.93
Colon rectal (CCR)	4 (14.8%)	15 (20.5%)	
Mama	13 (48%)	28 (38.3%)	
Pulmón	3 (11.1%)	11 (15%)	
ginecológico	1 (3.7%)	3 (4.1%)	
próstata	2 (7.4%)	5 (6.8%)	
genitourinario (no próstata)	0 (0%)	2 (2.7%)	
<b>Estadio:</b>			
I	1 (3.7%)	13 (17.8%)	p:0.30
II	8 (29.6%)	15 (20.5%)	
III	3 (11.1%)	7 (9.5%)	
IV	15 (55.5%)	38 (52%)	
<b>Situación Oncológica:</b>			
Seguimiento	2 (7.4%)	2 (2.73%)	p: 0.87
Neoadyuvancia	3 (11.1%)	9 (12.3%)	
Adyuvancia	8 (29.6%)	23 (31.5%)	
Metastásica </= 2 líneas	10 (37%)	26 (35.6%)	
Metastásica >2 líneas	4 (14.8%)	13 (17.8%)	
<b>TIPO DE TRATAMIENTO ONCOLÓGICO:</b>			
Quimioterapia	17 (63%)	46 (63%)	p:0.51
Tratamiento hormonal	6 (22.2%)	9 (12%)	
Tratamiento inmunológico	4 (14.8%)	18 (25%)	
<b>Síntomas de enfermedad:</b>			
NO	10 (37%)	33 (45%)	p:0.46
SI	17 (63%)	40 (55%)	

Variables sociodemográficas y clínicas y de la patología tumoral en relación con uso de TAC

## ePóster 255

**REDUCCIÓN DEL TIEMPO DE ESPERA EN EL ÁREA AMBULATORIA A TRAVÉS DEL REDISEÑO DE AGENDAS.**

**Ana Santaballa Bertran, Josefina Verdeguer Palanca, Concepcion Molins Pastor, Bibiana Yago Lopez, Pilar Carrau Giner, Stefano Andreolla** – Hospital Universitari I Politecnic La Fe

**Introducción y Objetivos:** Los tiempos de espera en el área ambulatoria impactan en la calidad percibida por el paciente y en el stress de los facultativos. El objetivo del trabajo fue mejorar estos tiempos de espera en el área para aumentar la satisfacción de clientes internos y externos.

**Material y Métodos:** Se utilizó la herramienta "A3" para identificar los problemas iniciales y establecer líneas de actuación. Los datos se obtuvieron de las bases de datos del Hospital y el análisis estadístico se realizó con Excel 2010. La mejora se midió con el indicador de tiempo medio de espera, carga de trabajo por día de la semana y número de colisiones en agenda. En esta comunicación se muestran los resultados de los tiempos de espera.

**Resultados:** Los problemas identificados en el A3 fueron un elevado tiempo de espera (media 25 minutos y 36% de esperas > 30 minutos), elevado porcentaje de pacientes citados a la misma hora (indicador de citas correctamente programadas 59.5%), interrupciones del flujo de trabajo programado (pacientes sin cita en el día e interrupciones), desequilibrio en la carga de trabajo por días de la semana. Tras el análisis se rediseñaron las agendas identificando prestaciones, duración de las mismas y creando dos franjas de citación (actividad ordinaria y extraordinaria). Se realizó un control con revisión de cargas, inclusión en el sistema informático de los pacientes espontáneos e instrucciones de citación al personal auxiliar. El rediseño de agendas ha reducido las esperas en un 32%, pasando de 25 a 17 minutos, con un 19% de pacientes con esperas > 30 minutos.

**Conclusión:** La metodología A3 se ha mostrado eficaz como herramienta de gestión en el área ambulatoria. Mediante esta metodología hemos conseguido reducir los tiempos de espera en el área ambulatoria.

## ePóster 256

**Registro de tumores del Hospital La Paz.**

**Patricia Cruz Castellanos** – Universitario La Paz. **Leticia Ruiz Gimenez** – Paz Romera – **David Hardisson** – **Miguel Amengual** –

**Introducción y Objetivos:** Actualmente, el cáncer se ha convertido en un autentico problema de salud pública, existiendo datos de incidencia y prevalencia creciente. Por ello, la implantación de registros de tumores en los diferentes hospitales debe ser una prioridad con el objetivo de desarrollar estrategias centradas en la prevención y diagnóstico precoz. Además, esta herramienta podría permitir estudios epidemiológicos de área y con ello mejorar el uso de los recursos disponibles.

**Material y Métodos:** El Registro de Tumores del Hospital Universitario la Paz recoge a todos los pacientes diagnosticados de patología maligna en nuestro centro, incluyéndose en el año 2016 un total de 1987 casos

**Resultados:** Durante el año 2016 se incluyeron en el RTMAD un total de 28.550 casos con patología tumoral, correspondientes a 27.714 pacientes. En el Hospital Universitario La Paz se incluyeron 1.987 casos lo que supondría un 7% de todos los casos registrado en el sistema. La edad media de diagnóstico en nuestro estudio fue de 66.2 años ( desviación estándar de 19.1 años ). Del total de los casos registrados el 53,3 % corresponderían a varones y el 46,7% a mujeres. La localización tumoral agrupada por las secciones topográficas grandes del CIE-0, mostró que los cuatro sitios de más frecuente diagnóstico eran el aparato digestivo, la piel, la mama y el aparato urinario. En cuanto al método diagnóstico, lo más frecuente fue obtenerlo mediante biopsia del tumor primario o de las metástasis (83.1%), siendo la citología el segundo método en frecuencia ( 5.7%). En este apartado también se registraron hasta un 12% de casos sin diagnóstico histológico planteándose una sospecha diagnóstica mediante pruebas de imagen, practica clínica habitual, marcadores tumorales o inmunológicos. Además, el diagnóstico final se obtuvo mediante autopsia en un 0.1% de los casos.

**Conclusión:** Con nuestro estudio pretendemos aportar nuestra experiencia en el registro de tumores de ámbito hospitalario. Consideramos que es una herramienta que debería existir en todos los hospitales, debido a que es la única manera de obtener datos reales sobre la incidencia y distribución de las neoplasias en nuestra área.

## ePóster 257

**RUTA ASISTENCIAL DEL CÁNCER DE MAMA. UNA VERDADERA PROPUESTA DE VALOR PARA EL PACIENTE.**

**Ana Santaballa Bertran, Francisco Ripoll Orts, Guillermina Montoliu Fornas, Ana Garcia Martinez , Concepcion Molins Pastor, Francisco Martinez Arcelus, Bernardo Valdivieso Martinez, Stefano Andreolla** – Hospital Universitari I Politecnic La Fe

**Introducción y Objetivos:** En el marco de un proyecto de transformación del modelo de gestión de nuestro centro, se está

creando la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Cáncer de Mama (CM). Esta UGC está basada en la definición de la ruta asistencial (RA), recogida de la experiencia del paciente y creación de un cuadro de mando para el seguimiento de resultados clínicos y de proceso. La definición de la RA pretende definir los agentes que intervienen creando un grupo de trabajo multidisciplinar, definir las actividades del proceso del CM y llegar a un consenso entre los miembros del equipo.

**Material y Métodos:** Para la definición de la RA se utilizó la metodología de diseño de procesos que comprende:

- Recogida de las actividades que se realizan en las distintas fases de la atención a las pacientes con cáncer de mama (con una primera reunión grupal y sucesivas sesiones individuales);
- Definición de la secuencia real de las actividades;
- Sesión grupal de validación de RA.
- Puesta en común de la RA con un grupo de pacientes para recoger debilidades y fortalezas.

Se han empleado técnicas de diseño de procesos (diagramas de flujo y blueprint) y la técnica del focus group para recoger la experiencia del paciente.

**Resultados:** Se ha definido todo el proceso clínico del CM identificando once agentes principales que intervienen a lo largo de las nueve fases que componen la RA (figura 1). Se han definido las actividades que se realizan y se han puesto en evidencia los puntos clave para la toma de decisiones, para su posterior análisis y documentación. La recogida de la experiencia del paciente ha identificado fortalezas y debilidades.

**Conclusión:** Las técnicas de diseño y gestión de procesos y la creación de grupos de trabajo multidisciplinarios, con objetivos compartidos y alineados representa la base para una gestión más eficiente y centrada en una verdadera propuesta de valor para el paciente.

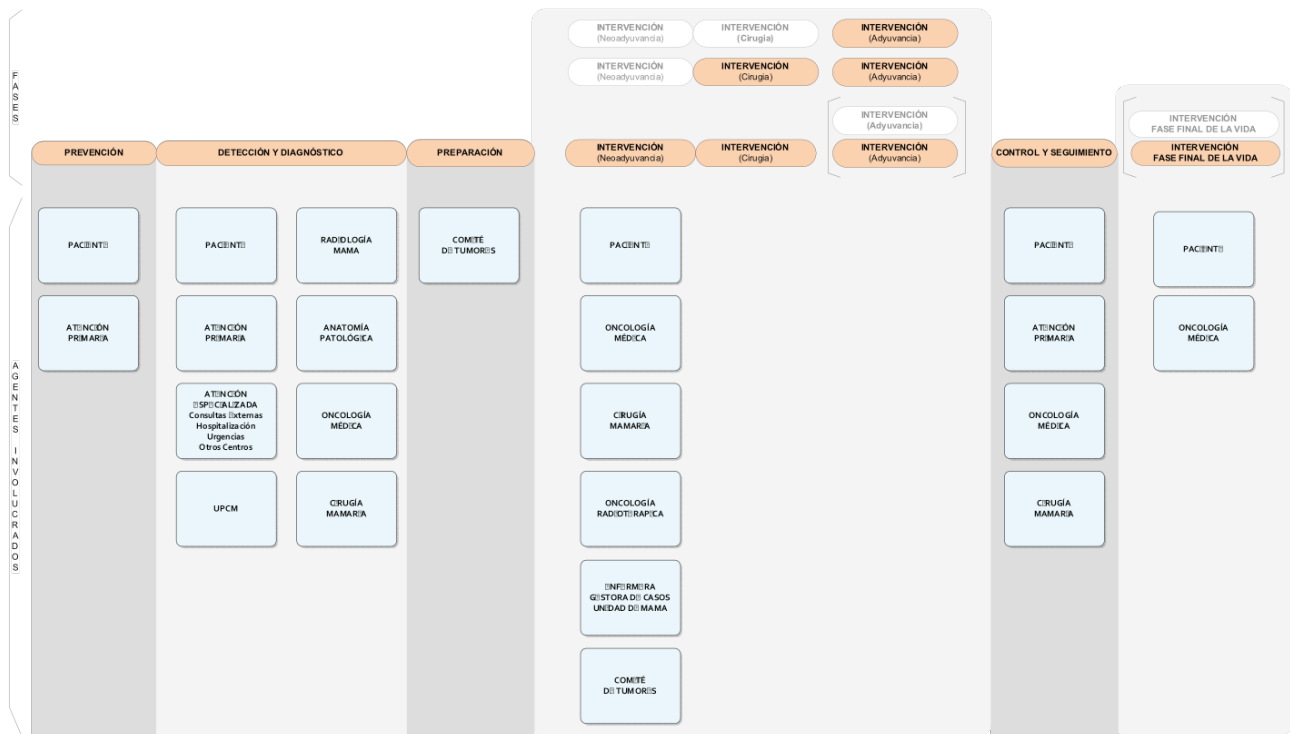


Figura 1. Ruta asistencial de cáncer de mama



## ePóster 258

**SBRT en pacientes oligometastásicos: un estudio retrospectivo.**

**Carolina De la Pinta Alonso, Carmen Vallejo Ocaña, Margarita Martín Martín, Raúl Hernández De Lucas, Eva Fernández Lizarbe, Asunción Hervás Morón, Mercedes Martín Martín, Jose Antonio Domínguez Rullán, Teresa Muñoz Migueláñez, Sonsoles Sancho García** – *Oncología Radioterápica. Hospital Universitario Ramón y Cajal*

**Introducción y Objetivos:** El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia y toxicidad de la SBRT en pacientes oligometastásicos o con oligoprogresión.

**Material y Métodos:** Retrospectivamente, se analizaron los pacientes tratados con SBRT entre 2013 y 2018. Los pacientes oligometastásicos (OM) se describen como un estado intermedio de la enfermedad metastásica, con un número limitado de metástasis (inferior a 5), en un número limitado de órganos, que presenta periodos de supervivencia libre de enfermedad prolongados en los que el tratamiento local de las metástasis contribuye a prolongar su supervivencia global. Los pacientes con oligoprogresión (OP) se describen como aquellos pacientes que progresan después del tratamiento de intención curativa en un número limitado de metástasis, en un número limitado de órganos. Se analizaron las toxicidades agudas y crónicas, la supervivencia global (SG), la supervivencia libre de progresión (SLP) y el control local (LC).

**Resultados:** Se analizaron 72 pacientes metastásicos con 74 lesiones, 11p fueron tratados en el grupo OM y 61p fueron tratados en el grupo OP. Las lesiones incluyeron metástasis de pulmón (36%), hueso (31%), ganglionares (25%), hepáticas (5%) y suprarrenal (3%). La mediana de edad fue de 63 años. Se incluyeron en el análisis todas las histologías y tipos de tumores. La mediana de SG fue de 51,7 meses versus 65 meses en el grupo OM y el grupo OP ( $p = 0,32$ ). La mediana del seguimiento posterior al tratamiento con SBRT fue de 12 meses (rango, 1-74 meses) con un CL del 72,2%. La radioterapia fue bien tolerada, la toxicidad reportada fue el dolor de grado 2 y la fatiga en 2 casos. No se documentó toxicidad de grado 3 a 5.

**Conclusión:** Los pacientes oligometastásicos tratados con radioterapia radical pueden lograr un aumento de la supervivencia libre de progresión a largo plazo, sin toxicidad significativa relacionada con el tratamiento. Mientras se esperan datos de ensayos aleatorizados, el uso de radioterapia radical en pacientes oligometastásicos o en oligoprogresión debe considerarse una opción valiosa, y su recomendación debe ser individualizada.

## ePóster 259

**Validación clínica de un panel genético que precisa el diagnóstico y dirige el tratamiento personalizado en pacientes de cáncer pediátrico.**

**Diego García-Dios, Cristian Pérez-García, Miguel González-Acera, M José García-Ruiz, Pablo Marin-García, Carlos Ruiz-Lafora** – *Instituto de Medicina Genómica (IMEGEN), Valencia, Spain*  
**Carmen de Torres Gómez-Pallet** – *Fundación de Investigación Sant Joan de Dèu, Barcelona, Spain.* **Javier García-Planells** – *Instituto de Medicina Genómica (IMEGEN), Valencia, Spain*

**Introducción y Objetivos:** Actualmente, el cáncer es una de las principales causas de mortalidad infantil, a pesar de estar experimentando una mejora notable en la supervivencia. En este trabajo, presentamos el desarrollo y la validación clínica de un panel de genes asociados a tumores sólidos pediátricos, basado en NGS. Este panel genético permite la caracterización de mutaciones somáticas y germinales en tumores sólidos primarios o recidivantes. El objetivo del estudio es proporcionar información clínicamente relevante de interés diagnóstico, pronóstico y terapéutico.

**Material y Métodos:** Se ha desarrollado un panel por NGS que permite la secuenciación completa de 254 genes para la detección de variantes somáticas y germinales, incluyendo SNPs, indels y CNVs. Las muestras pareadas de tejido tumoral y sangre, se secuenciaron en una plataforma NextSeq 500 (Illumina) de acuerdo con las instrucciones del fabricante (protocolo Agilent, SureSelect QXT o HS). Los archivos de FASTQ se analizaron por medio de un canal de desarrollo propio para la detección de variantes somáticas, indels y CNV.

**Resultados:** En este estudio se analizaron 40 muestras pareadas. 16 muestras frescas congeladas de tumores primarios, pertenecientes a una cohorte retrospectiva que incluyen los diez subtipos de tumores pediátricos más frecuentes. En una segunda fase, 24 muestras prospectivas de pacientes que se beneficiaron directamente de un diagnóstico preciso y un tratamiento personalizado basado en los hallazgos genéticos actuales. En función de la disponibilidad se han analizado muestras de tejido embebido en parafina fijado con formol (FFPE) para validar y precisar el rendimiento del panel en ADN fragmentado de baja calidad. Este panel está siendo optimizado para el análisis en tejidos obtenidos de pruebas mínimamente invasivas, como la biopsia líquida, para pacientes pediátricos con tumores irreseccables o difícilmente biopsiables

**Conclusión:** El panel genómico desarrollado permite la caracterización de mutaciones somáticas y germinales en tumores sólidos de pacientes pediátricos con primer diagnóstico o en recaída, con el objetivo de proporcionar información clínica de utilidad diagnóstica, pronóstica, predictiva y terapéutica, mejorando significativamente el manejo clínico de este tipo de pacientes



## ePóster 260

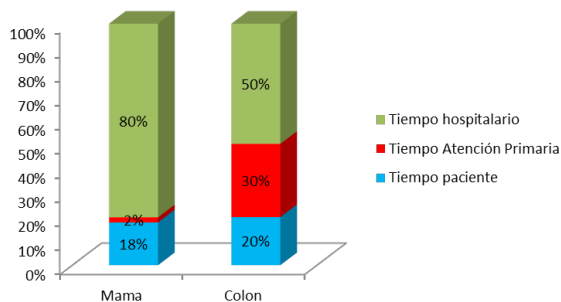
### Valoración de las demoras en el diagnóstico y tratamiento de pacientes diagnosticados de cáncer de mama y colon tratados en nuestro centro.

Manuel Selvi Miralles, Luz Marina Hernández Gutiérrez, Manuel Antonio Garrote Álvarez, Enrique González Dávila, María del Carmen Maeso Fortuny, Ruth Afonso Gómez, Miguel Angel Cabrera Suárez, Mirta García Alonso, Natalia Pérez Rodríguez, Manuel José Morales González – HUNSC

**Introducción y Objetivos:** Anticipar el diagnóstico y el tratamiento mejora la supervivencia. Nuestro estudio analiza las demoras en pacientes tratados en nuestro centro. El objetivo es evidenciar los retrasos producidos para sugerir medidas correctoras.

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo trasversal de las demoras en el diagnóstico y tratamiento de pacientes desde noviembre/2016 hasta abril/2018. Los datos se han obtenido mediante entrevistas e historias clínicas. Se describen en medianas e intervalos intercuartílicos los tiempos. TT (Tiempo Total): primer síntoma a tratamiento. TP (Tiempo Paciente): primer síntoma a Atención Primaria. TAP (Tiempo Atención Primaria): AP a especialistas. TH (Tiempo Hospitalario): hospital a tratamiento. TD (Tiempo Diagnóstico): AP a Diagnóstico Anatomía Patológica. TIANP (Tiempo Informe AnP): desde la biopsia. TII (Tiempo Informe Inmunoquímica): desde la biopsia. Los contrastes se realizaron mediante test de Kolmogorov-Smirnov, Chi-cuadrado, U-Mann Whitney y Kruskal Wallis. Nivel de significación alfa=5%. Estudios realizados con SPSS v.25.

**Resultados:** Se estudiaron 50 pacientes, edad media en mama 55 años y 62 en colon. El 100 % en mama mujeres, en colon 75 % hombres. El primer síntoma en mama es por autoexploración, 67 %, y por screening un 33 %. En el colon, 30 % por screening. El TT para el 50% en mama es superior a 60 días y en colon a 159. El TP es 8 días en mama y 21 en colon ( $p=0,145$ ). El TAP en mama es 1 día y en colon 32 ( $p=0,003$ ). El TH es 38 días en mama y 52 en colon ( $p=0,002$ ). El TD en mama es 8 días y 61 en colon ( $p<0,001$ ). La mediana del TIANP es igual, 6 días. El TII es 12 días en mama y 102 en colon ( $p_{65 años}=0,089$ ).



Mediana de tiempos

**Conclusión:** Los retrasos en colon son de gran importancia por las pruebas complementarias. En mama son menores. Sugerimos la implantación de una vía rápida que permita la derivación inmediata y la preferencia en las pruebas complementarias.

## ePóster 261

### Valoración geriátrica integral (VGI) en el paciente anciano oncológico.

Marta Covela Rúa, María del Rocío Malfeito Jiménez, Gianina Sedano Gómez, Begoña Campos Balea, Alberto Carral Maseda, Natalia Fernandez Nuñez, Lorena Cadavid Vieitez, Marta Carmona Campos, Ignacio Fernandez Sobrado, Sergio Vazquez Estevez – Lucus Augusti, Lugo

**Introducción y Objetivos:** La incidencia de cáncer aumenta, y si tenemos en cuenta que cada vez la población es más longeva y se diagnostica a edades más tardías, nos encontramos con un grupo de población, con escasa representación en los ensayos clínicos, que precisa de una atención especial. En la provincia de Lugo el porcentaje de población de 65 o más años está en torno al 28%. Por ello, en el HULA se ha puesto en marcha la consulta de Oncogeriatría para realizar una valoración geriátrica integral (VGI). El objetivo del estudio es identificar a los pacientes ancianos vulnerables o frágiles con riesgo de sufrir complicaciones derivadas de su patología oncológica o de su tratamiento.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico de cáncer remitidos a la consulta de Oncogeriatría entre marzo de 2017 y enero de 2018. Criterios de derivación: edad mayor o igual a 70 años, y estar en riesgo de fragilidad (escalas screening G8 y TRST-Flemish). Escalas de valoración: MMT- Lobo, Escala de Depresión Geriátrica Yesavage (GDS), Barthel, MNA, Índice de comorbilidad de Charlson, Índice de fragilidad-VIG y el Índice Pronogsis Multidimensional (MPI), polifarmacia y valoración social.

**Resultados:** Se analizaron 64 pacientes, un 62,5% eran varones, la edad media fue de 81,4 años, el cáncer más frecuente fue de colon (28,1%) seguido de pulmón (18,8%), vejiga (12,5%) y estómago (10,9%). Tratamiento: quimioterapia (46,9%), radioterapia (25%) y biológico (4,7%). Valoración multidimensional: sin deterioro cognitivo (76,6%) y con deterioro leve (17,2%); independientes funcionalmente (51,6%) y comorbilidad alta (80%). Índice de Fragilidad-VIG: leve (21,9%), moderado (18,8%) y sin fragilidad (59,4%). Clasificamos a los pacientes según los Criterios de Balducci: Fit (65,6%), vulnerable o frágil (25%) y con perfil geriátrico (9,4%). En un 29 % de los pacientes tras la VGI (clasificados como fit) se realizó tratamiento oncológico estándar (sin reducción de dosis).

**Conclusión:** La valoración geriátrica integral, estratifica a los pacientes según su fragilidad e interviene en aquellos que son clasificados como frágiles. La información obtenida es de gran utilidad en la consulta de oncología para la toma de decisiones terapéuticas y así poder realizar un tratamiento a medida.

## NEUROENDOCRINOS

## ePóster 262

**Características clínico-patológicas y patrón de manejo del carcinoma adrenocortical: registro GETHI-ÍCARO.**

**Alberto Carmona-Bayonas** – Hospital Universitario Morales Meseguer, Murcia. **Clara Iglesias** – Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. **Teresa Alonso Gordo** – Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. **Juan Carlos Percovich** – Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid. **Rosa Delia García Marrero** – Hospital Universitario de Canarias, Tenerife. **Manuel Sánchez Cánovas** – Hospital Universitario Morales Meseguer, Murcia. **Jorge Hernando Cubero** – Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona. **Patricia Saiz López** – Hospital Universitario de Burgos, Burgos. **Fernando Garicano Goldaraz** – Hospital Galdakao, Galdakao-Usansolo. **Paula Jiménez-Fonseca** – Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

**Introducción y Objetivos:** El carcinoma adrenocortical (ACC) es una neoplasia infrecuente con variabilidad en su comportamiento clínico, aspectos funcionales, bioquímicos y pronóstico. En 2018, el Grupo Español de Tumores Huérfanos e Infrecuentes (GETHI) inició el registro ÍCARO para conocer la epidemiología, procedimientos diagnósticos y terapéuticos de estos tumores. El objetivo de este análisis es describir cómo se diagnostica y trata el ACC en nuestro entorno.

**Material y Métodos:** ÍCARO es un registro permanente que recoge datos online mediante la web: <http://icarostudy.com>

**Resultados:** En el momento del análisis se han registrado 58 pacientes de 11 centros tratados entre 2000-2017. Los

pacientes tenían una mediana de edad de 51 años (rango 22-83), predominaban las mujeres (64%), ECOG 0-1 (93%), y estadio (ENSAT): I (4%), II (48%), III (18%), IV (30%). Los sitios de metástasis fueron hígado (n=7), pulmón (n=8), y adenopatías regionales (n=4). Sólo un caso era familiar (Li-Fraumeni) y el 9% tenía historia previa de otros tumores. El diagnóstico fue incidental en el 40%, precedido, acompañado o confundido con adenoma en 4%, 5% y 9%, respectivamente. En el 59%, el tratamiento se decidió en comité multidisciplinar, siendo manejados por oncólogo (65%), endocrinólogo (5%) o ambos (30%). La mediana de índice Ki67% y Weiss fue 20 (rango 1-80), y 3 (rango 0-8). Los síntomas fueron secundarios al tumor (47%, n=22) o a secreción hormonal (36%, n=17) [hipertensión (n=13), hirsutismo (n=11), Cushing (n=9), virilización (n=6), amenorrea (n=6), síndrome de Conn (n=6), hipopotasemia (n=6), diabetes (n=3)]. Todos los pacientes con enfermedad locorregional fueron sometidos a cirugía radical (con resección renal en 6, linfadenectomía en 4, resección trombo en 1, esplenectomía en 2 y pancreatometomía en 2). El 64% recibió mitotano adyuvante. Los motivos alegados para no iniciar mitotano adyuvante fueron bajo riesgo (n=6), no evidencia (n=4), percepción de riesgo-beneficio desfavorable (n=5). Los niveles de mitotano adyuvante fueron medidos en 11/16 (25%). Se acompañó de radioterapia adyuvante (17%), y quimioterapia perioperatoria (6%). Los tumores avanzados fueron tratados con mitotano (72%), quimioterapia (78%), o ambos (56%). La mediana de supervivencia fue 21.3 meses (IC95%, 17.8-40.1) y 17.8 meses (IC95%, 11.2-NA) para tumores avanzados.

**Conclusión:** ÍCARO es un registro de utilidad pública que pretende monitorizar la epidemiología, características y resultados del ACC en nuestro medio para proveer a la comunidad de información relevante.

## ePóster 263

**Estudio descriptivo de tumores neuroendocrinos en la última década en un área de salud.**

**Eduardo Feliciangeli Moreno, Paola Pimentel Cáceres, Edith Rodríguez Braun, José García Solano, Teresa García García** – Hospital General Universitario Santa Lucía

**Introducción y Objetivos:** Los tumores neuroendocrinos (TNEs) representan el 0,46% de las neoplasias malignas gastrointestinales y broncopulmonares. Se clasifican según su capacidad secretora en funcionantes o no funcionantes, y según su grado de diferenciación en alto o bajo grado. Las localizaciones más frecuentes son pulmón, intestino delgado y anorrectal, y varían según la nacionalidad del registro. Últimamente se aprecia un aumento en la incidencia, tanto metastásicos como localizados. El objetivo de este trabajo es conocer la incidencia, características clínicopatológicas y manejo de los TNEs en nuestra área asistencial.

**Material y Métodos:** Se recogieron todos los TNE registrados en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Santa Lucía de Cartagena (667 camas, área de 269.000). Se analizaron variables descriptivas al diagnóstico, tratamiento recibido y supervivencia. El estudio estadístico se realizó mediante el SPSS v.21.

**Resultados:** Entre 2010 y 2017 se diagnosticaron 133 pacientes. Las características y evolución se describen en la tabla 1. Tumores de bajo grado (n=66), 3% funcionantes, 6% MEN. Localización: 1º GEP (gastroenteropancreático, 79%), 2º pulmonar (17%). 18% metastásicos. Más frecuentes en mujeres (58%). 86% cirugía. El tratamiento y seguimiento a cargo de Cirugía, Digestivo y Endocrinología. Mediana de seguimiento de 16 meses, mediana de SLP (supervivencia libre de progresión) 18 meses (IC 95% 1-45), mediana de SG (supervivencia global) 34 meses (IC 95% 12,3-55,6). Recibieron análogos de somatostatina 17 pacientes. Fallecieron por tumor el 50% de los que progresaron. De los 67 pacientes con tumores de alto grado, mayoritariamente varones (73%), la principal localización fue pulmonar (58%). 67% fueron metastásicos al diagnóstico. El servicio principalmente responsable del tratamiento fue Oncología (88%). 54% recibió quimioterapia en 1ª línea (cisplatino ó carboplatino + etopósido). Mediana de SLP 3 meses (IC 95% 1-6,2), mediana de SG 7 meses (IC 95% 5,3-8,6). 46% progresaron y 67% fallecieron, sobre todo por progresión (86%).

**Conclusión:** Comparando con el Registro Nacional Español apreciamos diferencias en tasas de metástasis al diagnóstico y en distribución de localizaciones. Este trabajo aporta información sobre epidemiología, prácticas clínicas actuales y pronóstico en TNE de nuestra área, que puede esclarecer disparidades a nivel regional y nacional en cuanto a incidencia, patrones de atención, seguimiento y supervivencia.

	Bajo Grado	Alto Grado
<b>Nº Pacientes</b>	N=66	N=67
<b>Mediana de Edad</b>	66 (12-93)	70 (35-86)
<b>Sexo</b>		
- Varón	28 (42%)	49 (73%)
- Mujer	38 (58%)	18 (27%)
<b>Localización</b>		
- Apéndice	8 (12%)	0 (0%)
- Colon	14 (21%)	0 (0%)
- Gástrico	11 (17%)	0 (0%)
- I. Delgado	12 (18%)	0 (0%)
- Páncreas	7 (10%)	5 (8%)
- Pulmón	11 (17%)	39 (58%)
- Piel	0 (0%)	7 (10%)
- Otros	3 (4%)	16 (24%)
<b>Metástasis al Diagnóstico</b>		
- Si	12 (18%)	45 (67%)
- No	54 (82%)	22 (33%)
<b>TNE Funcionantes</b>		
- Si	2 (3%)	0 (0%)
- No	64 (97%)	67 (100%)
<b>MEN</b>		
- Si	4 (6%)	0 (0%)
- No	62 (94%)	67 (100%)
<b>Servicio Responsable</b>		
- ONC	25 (38%)	59 (88%)
- CIR	15 (23%)	2 (3%)
- DIG	10 (15%)	0 (0%)
- END	10 (15%)	0 (0%)
- Otros	6 (9%)	6 (9%)
<b>Tratamiento Quirúrgico</b>		
- Si	57 (86%)	16 (24%)
- No	9 (14%)	51 (76%)
<b>Progresión</b>		
- Si	10 (15%)	30 (46%)
- No	55 (84%)	34 (51%)
- Desconocido	1 (1%)	2 (3%)
<b>Tratamiento con análogos</b>		
- Si	17 (26%)	3 (4%)
- No	49 (74%)	64 (96%)
<b>Tratamiento con QMT</b>		
- Si	0 (0%)	36 (54%)
- No	66 (100%)	29 (43%)
- Desconocido	0 (0%)	2 (3%)
<b>Esquema QMT 1ª Línea</b>		
- Cisplatino + Etopósido	0 (0%)	33 (50%)
- Carboplatino + Etopósido	0 (0%)	34 (50%)
<b>Éxito</b>		
- Si	10 (15%)	45 (67%)
- No	55 (84%)	20 (30%)
- Desconocido	1 (1%)	2 (3%)
<b>Causa Éxito</b>	(n=10)	(n=45)
- Cáncer	5 (50%)	38 (84%)
- HDA	0 (0%)	2 (4.5%)
- Toxicidad	0 (0%)	2 (4.5%)
- Cirugía	2 (20%)	0 (0%)
- Otros	3 (30%)	3 (7%)

Tabla 1. Características de los pacientes, evolución y tratamiento.



## ePóster 264

### EXPERIENCIA ACTUAL EN EL TRATAMIENTO DE TUMORES NEUROENDOCRINOS METASTÁSICOS (TNEm) CON <sup>177</sup>Lu-DOTATATE (LU) EN EL HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL.

**Cristina Saavedra Serrano, Pablo Gajate Boreau, Arantzazu Barquín García, Elena Corral de la Fuente, María Villamayor Delgado, Teresa Navarro, Alberto Martínez, Juan José Díez Gómez** – Hospital Ramón y Cajal. **Enrique Grande** – Hospital MD Anderson. **Teresa Alonso Gordo** – Hospital Ramón y Cajal

**Introducción y Objetivos:** Los TNEm son neoplasias heterogéneas con un pronóstico variable dependiendo del origen, grado y carga de enfermedad, entre otros factores. Existen varias opciones terapéuticas (análogos de somatostatina (ASS), antiangiogénicos, inhibidores de mTOR) con impacto en supervivencia, pero continuamos necesitando nuevos tratamientos. De acuerdo con los datos del NETTER-1, LU ofrece respuestas del 17% y prolonga la supervivencia libre de progresión (SLP) hasta 8 meses frente a ASS con doble dosis en segunda línea en TNEm de intestino delgado. Nuestro objetivo es evaluar la eficacia y tolerancia de LU en la práctica clínica habitual.

**Material y Métodos:** Se trata de un estudio observacional retrospectivo unicéntrico de los pacientes tratados con LU entre 2012 y la actualidad. El protocolo de tratamiento consiste en 4 ciclos de LU (7,4GBq) cada 8-10 semanas, con profilaxis antiemética y protección renal mediante infusión de aminoácidos, previa retirada del ASS 4 semanas antes. Se han registrado datos del tumor, tratamientos previos y posteriores, y toxicidades. Se ha empleado Stata 14.0 para el análisis.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 13 pacientes. Las características basales se recogen en la tabla 1. La mediana de seguimiento es 7,9 meses. 8 pacientes completaron las 4 dosis, 3 continúan en tratamiento y 2 pacientes lo suspendieron (1 progresión, 1 éxito). LU fue bien tolerado con toxicidades fundamentalmente grado 1-2: anemia 61.5%, trombopenia 46%, neutropenia 15%, náuseas/vómitos 38.4%, astenia 46% y diarrea 30.7% (1 caso grado 3). 1 caso desarrolló un síndrome mielodisplásico (había recibido tratamiento además con MYBG y temozolamida). La tasa de respuestas radiológicas y metabólicas fue de 38.5% y 30,8% respectivamente (mediana a la respuesta (mR) 3 y 4,4 meses, respectivamente), con un 46% y 53,8% de estabilizaciones, logrando control de la enfermedad en el 84% de los casos. En cuanto al control sintomático, 84,6% lograron mejoría clínica (mR: 1 mes). La mediana de SLP fue de 10 meses y la supervivencia global (SG) de 41,57 meses.

**Conclusión:** LU es un tratamiento seguro, bien tolerado y logra un control de la enfermedad en la mayoría de los pacientes tratados dentro de la práctica clínica. Todo ello se traduce en un aumento de la PFS y la SG, pero, sobre todo, mejora la calidad de vida en estos pacientes ayudando al control sintomático.

<b>Edad (mediana, años)</b>	58 (21-74)
<b>Sexo: % (n)</b>	
- Varón	53% (7)
- Mujer	46% (6)
<b>ECOG: % (n)</b>	
- 0	38,5% (5)
- 1	61.5% (8)
- ≥2	0% (0)
<b>Tumor primario: % (n)</b>	
- Intestino delgado	46% (6)
- Páncreas	23% (3)
- Pulmón	15,4% (2)
- Colon	7,6% (1)
- TOD	7,6% (1)
<b>Funcionalidad: % (n)</b>	
- Sí	61,5% (8)
- No	38,5% (5)
<b>Localizaciones metastásicas: % (n)</b>	
- Hígado	84.6% (11)
- Pulmón	23% (3)
- Hueso	46% (6)
- Ganglios	69% (9)
- Peritoneo	23% (3)
- Otras	23% (3)
<b>Carga de enfermedad hepática:</b>	
- <25%	27,3% (3)
- 25-75%	36,6% (4)
- >75%	36,6% (4)
<b>Grado: % (n)</b>	
- Grado 1 (ki67 <3%)	15,4% (2)
- Grado 2 (ki67 3-20%)	84,6% (11)
- Grado 3 (ki67 >20%)	0% (0)
<b>Líneas previas a LU: % (n)</b>	
- 1 línea previa	23% (3)
- 2 líneas previas	30,7% (4)
- 3 líneas previas	30,7% (4)
- 4 líneas previas	15,4% (2)
<b>Cirugía del tumor primario: % (n)</b>	
- Sí	58,3% (7)
- No	46% (6)
<b>Mediana ILE si cirugía completa del primario (meses)</b>	23,4
<b>Tratamientos locales: % (n)</b>	
- Sí	66,7% (8)
- No	33,3% (4)

Tabla 1. Características basales de los pacientes tratados con <sup>177</sup>Lu-DOTATATE



## ePóster 265

**EXPERIENCIA EN EL CONSORCI SANITARI PARC TAULI (CSPT) EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TUMORES NEUROENDOCRINOS (TNE).**

**Maria Marin Alcala, Paula Ribera Fernandez, Clara Martinez Vila, Helena Oliveres Montero de Novo, Jose Manuel Cabrera Romero, Julia Giner Joaquin, Laia Vilà Martinez, Macias Declara Ismael, Saigi Grau Eugeni, Carles Pericay Pijaume** – *Parc Tauli*

**Introducción y Objetivos:** Los TNE son neoplasias poco frecuentes que en los últimos años han presentado una mejora importante en el tratamiento por la introducción de los análogos de somatostatina (ASST), las terapias biológicas (everolimus, sunitinib) y tratamientos con radionúclidos (Lutecio-177). Mediante este estudio pretendemos analizar las características de los pacientes, el proceso diagnóstico y los resultados del tratamiento de los TNE.

**Material y Métodos:** Análisis de los pacientes con TNE tratados en CSPT del 2005-2017. Se presentan las características de los pacientes y se realiza un análisis descriptivo mediante chi cuadrado y supervivencia global (SG) con funciones de Kaplan-Meier.

**Resultados:** Se incluyeron 70 pacientes. Mediana de edad: 68 años (33-97), el 90% eran tumores no funcionantes, el 77% de grado bajo (G1) o intermedio (G2). Origen: 34,3% en páncreas, 32,9% en intestino y 11% en estómago. El 23,2% eran estadio I (E1), 14,5% EII, 8,7% EIII y el 53,6% EIV, con metástasis hepáticas en el 72,9%. El diagnóstico inicial se obtuvo: 50% por histología (del primario o la metástasis), 18,6% por técnica de imagen nuclear y 31,4% otras técnicas (a destacar imagen radiológica y endoscopia). Al diagnóstico el 21,4% presentaban la cromogranina elevada. Tratamiento: 26,7% recibió ASST (66,7% octreótido y 33,3% lanreotido), 61,4% realizó cirugía (83,7% del tumor primario y 16,3% de la metástasis), 31,9% tratamiento sistémico (45,5% cisplatino+etopósido, 18% sunitinib y 9% everolimus). La SG fue de 62 meses (m). La SG de los pacientes con tumores G1-G2 y G3 fue de 74,8m y 13,8m respectivamente ( $p < 0,0001$ ), en los metastásicos fue de 14,3m, respecto 82,4m los que no ( $p = 0,001$ ). Según la localización, en los pancreático la SG fue de 55m, en intestino 82m y en otras localizaciones 18m ( $p = 0,450$ ). Los pacientes intervenidos presentan 82,4m respecto 15,1m los que no ( $p < 0,0001$ ), los que reciben o no ASST, 74,2m y 41,1 respectivamente ( $p = 0,129$ ) y para los que realizan quimioterapia 11,2m respecto 82,1m los que no ( $p < 0,0001$ ).

**Conclusión:** En nuestra serie, el grado histológico alto, la localización no intestinal y la afectación metastásica, se relacionan con una menor SG, acorde con lo reportado con la literatura.

## ePóster 266

**Factores predictivos en tumores neuroendocrinos avanzados tratados con el análogo de somatostatina marcado con isótopos radioactivo (PRRT) Lutecio-177 (177Lu). Datos del registro SEPTRALU.**

**Paula Jiménez-Fonseca** – *Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.* **Juan Carlos Percovich** – *Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid.* **Alberto Carmona-Bayonas** – *Hospital Universitario Morales Meseguer de Murcia, Universidad de Murcia, UMU, IMB, Murcia.* **Pilar Bello** – *Hospital Universitario La Fe, Valencia.* **Virginia Pubul** – *Hospital Complejo Universitario de Santiago, Santiago de Compostela.* **Javier Arbizu** – *Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.* **Belen Llana** – *Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.* **María del Carmen Riesco** – *Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid.* **María Angustias Muros** – *Hospital Universitario Virgen de Las Nieves, Granada.* **Mercedes Mitjavila** – *10. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid*

**Introducción y Objetivos:** El objetivo fue evaluar el valor pronóstico de diversas variables en pacientes con un tumor neuroendocrino (TNE) avanzado tratado con PRRT (177Lu).

**Material y Métodos:** Los datos provienen de un registro nacional de pacientes con TNE avanzados tratados con 177Lu. Nueve centros españoles y un equipo multidisciplinar de investigadores (oncólogos médicos, médicos nucleares y endocrinólogos) reclutaron 91 pacientes. Las variables analizadas fueron: grado del tumor, índice Ki67, localización del tumor primario y de la metástasis, número de sitios metastásicos, niveles de cromogranina, estado funcional ECOG, intensidad de captación en la gammagrafía medida con la escala de Krenning, número de tratamientos previos, inhibidor de la tirosina cinasa (ITK) o everolimus previo, cirugía o tratamiento de metástasis locoregional, respuesta tumoral medida con RECIST. Se utilizó un modelo de riesgos proporcionales de Cox para identificar los factores predictivos de supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG).

**Resultados:** La mediana de SLP fue 18,4 meses (IC95%: 14,6-NA) y de SG, 28,1 meses (IC95%: 19,4-NA). La mediana tiempo de seguimiento fueron 19,2 meses (rango, 3,4-54,9) con 32 eventos de progresión y 23 de muerte en el momento del análisis. El tratamiento con PRRT se aplicó después de una mediana de 38 meses (rango 1,2-287,8) desde el diagnóstico de TNE metastásico. La mayoría había recibido 1 ó 2 tratamientos previos, análogos de somatostatina (n=86), everolimus (n=39), ITK (n=28), interferón (n=7), estaban en progresión a estos y tenían un tumor con una puntuación de Krenning  $\geq 2$  (78%). Las variables con impacto estadísticamente significativo para SLP en el análisis univariante fueron: grado, estado general ECOG, evaluación RECIST- progresión y para SG: grado, ECOG, ITK previo, score Krenning asociándose con incremento



del riesgo de progresión o muerte: grado histológico 2-3, ECOG $\geq$ 2, progresión, ITK previo, puntuación Krenning  $\leq$ 2. En el análisis multivariante los factores basales predictivos de peor SLP fueron el grado 2-3, el ECOG $\geq$ 2 y el estatus de progresión previo al inicio de PRRT y para SG el grado histológico 2, el ECOG $\geq$ 2 y el score Krenning  $\leq$ 2 (tabla 1).

**Conclusión:** En esta serie de práctica clínica, el tratamiento con  $^{177}\text{Lu}$  obtuvo resultados similares a los reportados por otros grupos encontrándose variables predictivas como el estado general, el grado histológico y la intensidad de captación en la gammagrafía medida con la escala de Krenning.

Regresión de riesgos proporcionales de Cox para supervivencia libre de progresión			
Variables	HR	IC 95%	P
<b>Progresión previa</b>	11,99	1,52-94,55	0,0183
<b>Estado general ECOG <math>\geq</math>2</b>	6,85	2,41-19,45	0,0003
<b>Grado OMS</b>			
Grado 1	Ref.	-	-
Grado 2	2,38	1,22-6,87	0,0472
Grado 3	1,77	0,46-6,72	0,3968
<b>Puntuación en escala Krenning</b>			
>2	Ref.	-	-
$\leq$ 2	1,38	0,54-3,50	0,4878

Regresión de riesgos proporcionales de Cox para supervivencia libre de progresión y supervivencia global (multivariante).

Variables	HR	IC 95%	P
<b>ITK previo</b>	1,85	0,51-6,61	0,3437
<b>Estado general ECOG <math>\geq</math>2</b>	4,94	0,22-7,71	0,0030
<b>Grado OMS</b>			
Grado 1	Ref.	-	-
Grado 2	1,85	1,31-6,61	0,0417
Grado 3	1,30	0,22-7,71	0,7693
<b>Puntuación en escala Krenning</b>			
>2	Ref.	-	-
$\leq$ 2	2,99	1,07-8,39	0,0366

Regresión de riesgos proporcionales de Cox para supervivencia global

## ePóster 267

### Respuesta al tratamiento con análogo de somatostatina marcado con isótopos radioactivo (PRRT) Lutecio-177 (177Lu) en tumores neuroendocrinos avanzados. Datos del registro SEPTRALU.

**Alberto Carmona-Bayonas** – Hospital Universitario Morales Meseguer de Murcia, Universidad de Murcia, UMU, IMIB, Murcia. **Mercedes Mitjavila** – Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid. **Juan Carlos Percovich** – Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid. **María del Carmen Riesco** – Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid. **Pilar Bello** – Hospital Universitario La Fe, Valencia. **Estephany Abou Jokh** – Hospital Complejo Universitario de Santiago, Santiago de Compostela. **Javier Arbizu** – Clínica Universidad de Navarra, Pamplona. **Omar Rodríguez Fonseca, David Gomez, Paula Jiménez-Fonseca** – Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

**Introducción y Objetivos:** El objetivo fue analizar la respuesta radiológica, bioquímica, clínica y gammagráfica en pacientes con un tumor neuroendocrino (TNE) avanzado tratado con PRRT, 177Lu.

**Material y Métodos:** Los datos provienen del registro nacional SEPTRALU de pacientes con TNE avanzados tratados con 177Lu.

**Resultados:** Se reclutaron 91 pacientes, 51% eran mujeres y la edad media fueron 58 años (rango 22-89). El 90% tenían un buen estado general (ECOG0-1). Las localizaciones más frecuentes del tumor primario fueron: páncreas (38%), tracto gastrointestinal (44%), pulmón (8%) y otros (10%) y de las metástasis, hígado (79,2%), ganglios (51,2%), hueso (18,2%), peritoneo (17%) y pulmón (2,4%). El número de sitios metastásicos fue: uno (n=36), dos (n=31), tres (n=20) y cuatro (n=2). Tumores funcionales 41% (n=37). La mediana del índice Ki67 fue 5% (rango, 1-55), grado 1 (31,7%), 2 (58,5%) y 3 (9,8%). La media de dosis de 177Lu administradas fueron 4 y más del 93% de los ciclos se realizaron a dosis estándar de 7,4 GBq. La razón de la suspensión fue progresión o muerte en el 35%. La toxicidad aguda fue: náuseas (27%), vómitos (21%), hematológica (8%) y nefrotoxicidad (1 caso, 3º ciclo). Durante el seguimiento, la toxicidad hematológica (peor grado) fue grado 1 (n=2), grado 3 (n=3) y la toxicidad renal (peor grado) fue grado 2 (n=1) y grado 3 (n=1). La mejor respuesta según RECIST fue: estabilización (44,4%), progresión (28,8%), respuesta parcial (24,4%) y respuesta completa en el 2,2%. En 22 pacientes hay mediciones seriadas de cromogranina A que muestran normalización de niveles (22%), reducción  $\geq 50\%$  (40,9%), reducción  $< 50\%$  (13,6); aumento (13,6%); y no cambio (9%). En cuanto a la respuesta clínica de los pacientes inicialmente sintomáticos (n=54), se observó una mejoría (57,4%), estabilización (14,85) y empeoramiento (27,7%) (tabla 1). La respuesta gammagráfica se pudo medir en

45 pacientes con estabilización en el 57,5%, mejoría en el 37,5% y progresión en el 5%. La mediana de supervivencia libre de progresión fue de 18,4 meses (IC95%: 14,6-NA) y de supervivencia global 28,1 meses (IC95%: 19,4-NA).

Nivel de control de los síntomas	%
<b>Dolor</b>	
Igual	12.8%
Mejor	34.0%
Peor	2.1%
No aplicable	44.7%
No disponible	6.4%
<b>Síntomas endocrinos</b>	
Igual	4.3%
Mejor	23.4%
No aplicable	66.0%
No disponible	6.4%
<b>Síntomas tumorales</b>	
Igual	17.0%
Mejor	34.0%
No aplicable	31.9%
No disponible	17.0%
<b>Función social</b>	
Igual	38.3%
Mejor	46.8%
Peor	2.1%
No disponible	12.8%

*Cambio en los síntomas causados por el tumor tras completar el tratamiento con análogo de somatostatina marcado con isótopos radioactivo (PRRT) Lutecio-177.*

**Conclusión:** En esta serie nacional de pacientes con TNE avanzado, en su mayoría gastroenteropancreáticos, grado 2 y con metástasis hepáticas, la tasa de respuesta radiológica fue de 26%, gammagráfica (37%), clínica (57%) y bioquímica (77%) con un beneficio mantenido durante una mediana de 18 meses.



## ePóster 268

**TUMORES NEUROENDOCRINOS DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS.**

**Paloma Peinado Martín, Beatriz García Paredes** – Servicio de Oncología Médica, Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid. **M<sup>a</sup> Jesús Fernández Aceñero, Cristina Del Arco** – Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid. **José Ángel Díaz** – Servicio de Endocrinología, Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid. **Natalia Vidal Casinello, Mónica Antoñanzas Basa, Ana María Luna Barrera** – Servicio de Oncología Médica, Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid. **Luis Ortega** – Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid. **Javier Sastre Valera** – Servicio de Oncología Médica, Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid

**Introducción y Objetivos:** Los tumores neuroendocrinos (TNE) son neoplasias infrecuentes, con una incidencia de 2-5 casos/100.000 habitantes. Las células neuroendocrinas pueden estar presentes en cualquier órgano o tejido, pero los TNE se originan más frecuentemente en el tracto gastrointestinal/páncreas y el árbol broncopulmonar. El resto de localizaciones son extremadamente infrecuentes. Su curso clínico y pronóstico son muy heterogéneos. El objetivo de este estudio es analizar las características clínicas, terapéuticas y pronósticas en una serie de 27 casos de TNE de localización atípica.

**Material y Métodos:** Se analiza de forma retrospectiva las características clínicas, tratamiento y supervivencia de los

pacientes diagnosticados de un TNE de localización atípica entre enero de 2000 y diciembre de 2017 en el Hospital Clínico Universitario San Carlos.

**Resultados:** Se incluyeron 27 pacientes, con una mediana de edad al diagnóstico de 70 años (26-87). El 52% eran varones y el 48%, mujeres. Las localizaciones en orden de frecuencia fueron: genitourinaria (11 pacientes), ginecológica (6 pacientes), cabeza y cuello (5 pacientes), vía biliar (2 pacientes), mama (2 pacientes) y timo (1 paciente). La presentación clínica varió en función de la localización tumoral, con un 18% de diagnósticos incidentales. El 63% de los pacientes se diagnosticó con enfermedad localizada y un 37% en estadio avanzado. La localización metastásica más frecuente fue la ganglionar (93%) y hepática (33%). La mayoría de los tumores (59.3%) eran de grado 3, elevándose al 100% en tumores de vejiga (n=6) y cabeza y cuello. Dieciséis pacientes recibieron un tratamiento con intención radical, 14 cirugía y 2 quimio-radioterapia, de los cuales ocho recayeron. El 70% de los pacientes recibió tratamiento sistémico, lo más frecuente combinación de platino con etopósido. La mediana de supervivencia global (med SG) fue 53 meses (IC 95% 14.3-91.7 meses). El pronóstico fue significativamente peor en los tumores de alto grado (med SG 28 meses, IC 95% 15.4-40.6) y en los pacientes con enfermedad diseminada al diagnóstico (med SG 9 meses, IC 95% 0-26.8 meses). La mediana de SG en tumores G1/2 y en estadios localizados no ha sido alcanzada.

**Conclusión:** Los tumores neuroendocrinos de localización atípica parecen ser tumores de mayor grado y peor pronóstico que los enteropancreáticos. Su presentación clínica, proceso diagnóstico y tratamiento son muy heterogéneos.

## NO COLORRECTAL

## ePóster 269

**ADENOCARCINOMA GÁSTRICO POCO DIFERENCIADO ESTADÍO IV EN RESPUESTA COMPLETA CLÍNICO-RADIOLÓGICA A LOS CINCO AÑOS DEL DIAGNÓSTICO.**

**Andrea Illan Varella, Pablo Ayala De Miguel, Itziar Gorospe García, Javier López Gallego, Maria Helena López De Ceballos Reyna, Eduardo Ceballos Barbancho, Jorge Muñoz Luengo, Maria Ángeles Rodríguez Jaraiz, Laura Quintana Cortés, Jonathan Aires Machado** – Hospital San Pedro de Alcántara Cáceres.

**Introducción y Objetivos:** Paciente varón de 71 años con antecedentes familiares múltiples de cáncer aunque sin síndrome canceroso hereditario detectado. Inició estudio en Mayo de 2011 por epigastralgia y elevación de marcadores tumorales. La endoscopia digestiva alta objetivó lesión mamelonada y friable en unión de cuerpo-antro pilórico, cuya biopsia fue positiva para adenocarcinoma poco diferenciado infiltrante HER2 negativo. El estudio de extensión demostró adenopatías patológicas en curvatura menor gástrica y ligamento gastrohepático así como múltiples lesiones metastásicas hepáticas (Figura 1).

**Material y Métodos:** Tras plantearse el caso en comité de tumores, se planteó quimioterapia de primera línea según esquema EOX (Epirubicina, Oxaliplatino, Capecitabina) trisemanal. Recibió ocho ciclos, y posterior Capecitabina

de mantenimiento durante otros 14 ciclos. La tolerancia fue aceptable, con astenia y náuseas grado I. Tras completar dicho tratamiento, la reevaluación radiológica fue compatible con respuesta completa. Los marcadores tumorales se negativizaron. Actualmente, el paciente persiste sin evidencia de enfermedad oncológica tras un intervalo libre de progreso de 5 años y 5 meses.

**Resultados:** La incidencia de cáncer gástrico está aumentado de forma global; en nuestro país, la plataforma Globocan demuestra que esta entidad representa el sexto tumor maligno más indidente en España para ambos sexos en el 2017. La mayor parte de los diagnósticos se realizan en fases avanzadas. Según las guías NCCN, la combinación de fluoropirimidina y platino es de elección como primera línea de quimioterapia paliativa. Se acepta el empleo de quimioterapia en triplete para los pacientes fit con adecuado PS y capacidad de control estrecho de la toxicidad. El estudio REAL-2 demostró la no inferioridad entre ECF, ECX, EOF Y EOX. El esquema EOX se asoció numéricamente a una mediana de supervivencia más larga (11.2 meses, HR 0.88, p:0.02).

**Conclusión:** El interés clínico de este caso surge de la obtención de la respuesta completa largamente mantenida con primera línea metastásica basada en triplete de quimioterapia en paciente con adenocarcinoma gástrico estadio IV. Yang et al afirmaron que en fase metastásica la edad, el género y la localización tumoral eran factores pronósticos independientes y estadísticamente significativos para la supervivencia global.



Corte transversal tomográfico al diagnóstico

### ePóster 270

#### Análisis de la supervivencia de los tumores de vías biliares en la Corporación Sanitaria Parc Taulí (CSPT). Factores de riesgo de recaída en pacientes tratados con cirugía.

Clara Martínez Vila, Júlia Giner Joaquim, Paula Ribera Fernández, Ismael Macias Declara, Laia Vilà Martínez, Helena Oliveres Montero de Novoa, Maria Marin Alcalá, José Manuel Cabrera Romero, Eugeni Saigi Grau, Carles Pericay Pijaume – Corporación Sanitaria Parc Taulí

**Introducción y Objetivos:** La incidencia de tumores biliares corresponde al 0,5% de los tumores. Se han realizado múltiples esfuerzos para identificar los factores de recaída después de tratamiento radical. Este es un análisis unicéntrico de pacientes con neoplasia biliar diagnosticados y tratados en CSPT.

**Material y Métodos:** Análisis de todos los pacientes con tumores biliares diagnosticados en CSPT entre los años 2011-2017. El análisis estadístico se realizó con el paquete informático IBM SPSS Statistics 24.0.

**Resultados:** Se incluyeron 109 pacientes, 61/48% hombres/mujeres. Edad mediana 68,94 años. Al diagnóstico: bilirrubina 4,1 mg/dl, Índice de Karnofsky 70%. Presentaron síntomas 78,95%, drenaje biliar 38,5% y prótesis biliar 33%. Marcadores tumorales: CA 19,9 172 y CEA 3,3. Histología: carcinoma mal diferenciado 2,8% y adenocarcinoma 97,2%. Grado histológico (GH): G1 9,9%, G2 39,6%, G3 50,5%. Localización: intrahepático 52,2%, vesícula biliar 15,6%, origen desconocido 12,8%, extrahepático 9,2%, ampular 4,6%. Estadío (E): 51,5% EIV, 20,2% EIIIB, 4,6% EIIIA, 14,7% EII y 4,6% EI. 80,6% había muerto

en el momento del análisis. La supervivencia global (SG) de la serie fue de 9,46 meses (m) y la supervivencia específica para cáncer de 9,75 m. SG POR localización: intrahepáticos 9,1 m, extrahepáticos 11,4 m, vesícula biliar 16 m y en origen desconocido 3,66 m ( $p=0,004$ ). Pacientes resecaos: 44 (40,8%). Invasión perineural 61,8%, vascular 42,3% y márgenes afectados 17,6%. Limfadenectomía 86% con 3 ganglios resecaos de mediana. Tratamiento adyuvante: 27%. Recayeron 66,7%: a nivel hepático y carcinomatosis peritoneal. Factores de riesgo de recaída: número de ganglios linfáticos positivos ( $p = 0,048$ ). QT vs QT-RT ( $p = 0,019$ ). No fueron factores de riesgo para la recaída: bilirrubina ( $p = 0,470$ ), CA 19,9 ( $p = 0,407$ ), CEA ( $p = 0,079$ ), IK ( $p = 0,229$ ), GH ( $p = 0,280$ ), invasión perineural ( $p=0,283$ ), vascular ( $p = 0,133$ ) ni margen afectado ( $p = 0,478$ ).

**Conclusión:** En nuestra serie, el número de ganglios linfáticos positivos y el tipo de tratamiento adyuvante fueron los únicos factores de riesgo para la recaída en los tumores resecaos.

### ePóster 271

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS DE PACIENTES INTERVENIDOS CON CÁNCER GÁSTRICO LOCALIZADO Y PRESENCIA DE MICROMETÁSTASIS GANGLIONARES.

María José Ortiz Morales, Alicia Sanz Zorrilla, Javier López González, Carlos Villar Pastor, Rosa María Rodríguez Alonso, Raquel Serrano Blanch, María Teresa Cano Osuna, Beatriz Rodríguez Alonso, María Auxiliadora Gómez España, Enrique Aranda Aguilar – Hospital Universitario Reina Sofía. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica. CIBERONC. Servicio de Oncología Médica. Servicio de Anatomía Patológica\*

**Introducción y Objetivos:** En nuestro medio, el cáncer gástrico localizado (CGL) es una entidad poco frecuente, ya que más de la mitad de los pacientes se diagnostican en estadios más avanzados. En el marco de un estudio para determinar micrometástasis ganglionares (MMG), nuestro objetivo es analizar las características de los pacientes sin afectación ganglionar regional (pN0) intervenidos y su relación con MMG.

**Material y Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de 75 CGL pN0 cM0, intervenidos en nuestro Hospital desde 2005 hasta 2010. Definimos MMG de 0,2 mm a 2 mm, determinadas en Anatomía Patológica mediante citoqueratinas AE1/AE3. Analizamos variables clínico-patológicas, tratamientos y evolución y utilizamos la versión de 2010 del sistema TNM de la American Joint Committee on Cancer, actualizando supervivencia a marzo de 2018. Analizamos resultados con el programa SPSS v18.



**Resultados:** Se incluyeron 75 pacientes. Las localizaciones más frecuentes fueron cuerpo y antro, 33 y 22 pacientes. 58 fueron intervenidos de entrada y 15 recibieron tratamiento perioperatorio, siendo el esquema MAGIC el más usado. Se practicaron 25 gastrectomías totales y 50 subtotaes, fueron R0 55 y R1 4. Se realizó linfadenectomía D2 en 8 y D1 ó inferior (menos de 16 ganglios) en 47. Estadio TNM: IA 17 pacientes, IB 22, IIA 27 y IIB 9. 22 recibieron adyuvancia, completándola 15; 3 según esquema McDonald. Con una mediana de seguimiento de 69 meses, han recaído 13 pacientes, 10 a distancia y 3 a nivel local. Se observaron MMG en 6 de 64 pacientes (9.37%) con diferencias estadísticamente significativas ( $p=0.031$ ) en supervivencia libre de progresión y no en supervivencia global. 3 pacientes de tipo intestinal de Lauren de los 40 presentaban MMG y 3 de los 20 difusos/anillo de sello; las 6 MMG se observaron en tumores grado II o III, en 1 caso con MMG se identificó invasión vascular, 5 pacientes con MMG fueron R0. Realizando test Chi cuadrado no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre MMG y localización tumoral ( $p=0.91$ ), tipo de cirugía ( $p=0.89$ ), margen quirúrgico ( $p=0.58$ ), subtipo de Lauren ( $p=0.72$ ), grado histológico ( $p=0.43$ ) o clasificación pTNM ( $p=0.2$ ).

**Conclusión:** No encontramos diferencias estadísticamente significativas al asociar MMG y características clínico-patológicas, aunque nuestro tamaño muestral y tiempo de seguimiento no permiten descartarlas.

## ePóster 272

### Características iniciales y tratamiento de segunda línea para pacientes con adenocarcinoma pancreático metastásico (CaPam) que recibieron en primera línea FOLFIRINOX, gemcitabina+nab-paclitaxel o gemcitabina monoterapia en la práctica clínica habitual en toda Europa.

**Teresa Macarulla Mercadé** – Hospital Universitario Vall d'Hebron.  
**Gerald Prager** – Comprehensive Cancer Center Viena. **Åsa Mellbring** – Shire Sweden AB. **Julien Taieb** – Sorbonne Paris Cité Hôpital Européen Georges Pompidou. **Alfredo Carrato** – Hospital Universitario Ramón y Cajal. **Davide Melisi** – Universidad de Verona. **Benedikt Westphalen** – Comprehensive Cancer Center München. **Anabel Ferreras** – Genactis, Mougins. **Floris A. de Jong** – Shire International GmbH

**Introducción y Objetivos:** FOLFIRINOX y gemcitabina+nab-paclitaxel han mostrado mejores tasas de supervivencia total que gemcitabina-monoterapia en primera línea en pacientes con CaPam más jóvenes, en mejor estado, con mayor toxicidad.

Actualmente, no hay datos de fase III aleatorizados y datos limitados en práctica diaria que respalden las decisiones clínicas.

**Material y Métodos:** Esta revisión observacional contiene datos de pacientes  $\geq 18$  años con CaPam que completaron la primera línea entre 07/2014 y 01/2016. Incluye datos de diferentes regiones y entornos de tratamiento. Los médicos fueron alentados a incluir pacientes con enfermedad metastásica con  $\geq$ segunda línea. Se presentan aquí las características iniciales y el tratamiento posterior de segunda línea de los pacientes que recibieron FOLFIRINOX(m)/gemcitabina+nab-paclitaxel/gemcitabina-monoterapia en primera línea.

**Resultados:** 225 médicos completaron 2,565 registros de pacientes (9 países,  $n=500-504$  Francia/Alemania/ Italia/España/Reino Unido). Al inicio del estudio, la mediana de edad fue 64 años; 57,7% eran hombres; los niveles medios de CA19-9/albúmina/bilirrubina fueron  $457U \times ml^{-1}/32.0g \times L^{-1}/1.30mg \times dL^{-1}$ ; El estado funcional de la OMS (0/1/2/3/4) fue 14.3%/55.5%/26.9%/2.6%/0.2%. A pesar de variaciones entre países, FOLFIRINOX(m)/gemcitabina+nab-paclitaxel/gemcitabina-monoterapia fueron los tratamientos de primera línea más frecuentes, 35.6%/25.7%/20.5%. Los pacientes tratados con FOLFIRINOX(m) frente a gemcitabina+nab-paclitaxel, otras combinaciones de gemcitabina y gemcitabina-monoterapia tenían mejor estado funcional; principalmente hombres de  $\leq 65$  años; tenían niveles medios de CA19-9 y bilirrubina más bajos, y más altos de albúmina. El estado funcional de la OMS (0/1/2/3/4) para FOLFIRINOX(m)/gemcitabina+nab-paclitaxel/gemcitabina-monoterapia fue 22.5%/64.7%/11.1%/1.0%/0.1%; 13,6%/62,9%/21,8%/1,7%/0,0%; y 4,2%/35,0%/55,3%/4,6%/0,4%, respectivamente. De los pacientes que recibieron FOLFIRINOX(m)/gemcitabina+nab-paclitaxel/gemcitabina-monoterapia, 12,2%/9,8%/78,1%, 23,2%/9,4%/67,4%, y 54,8%/4,8%/40,5% no recibieron tratamiento adicional/estaban esperando para recibir tratamiento adicional/habían comenzado el tratamiento de segunda línea, respectivamente. Para pacientes que recibieron FOLFIRINOX(m) en primera línea, la frecuencia del tratamiento de segunda línea con gemcitabina-monoterapia/gemcitabina+nab-paclitaxel/otras combinaciones de gemcitabina fue 45,9%/33,1%/10,5%. Para gemcitabina+nab-paclitaxel, la frecuencia de tratamiento de segunda línea con 5-FU+oxaliplatino/5-FU-monoterapia/5-FU+irinotecán/FOLFIRINOX/gemcitabina-monoterapia /otras combinaciones de gemcitabina fue 39,1%/23,4%/10,8%/9,0%/7,6%/7,4%. Para gemcitabina-monoterapia, la frecuencia de tratamientos de segunda línea con 5-FU-monoterapia/5-FU+oxaliplatino/5-FU+irinotecán/gemcitabina+nab-paclitaxel fue 42,7%/28,2%/8,0%/8,0%. Se observó una variación sustancial entre los países.

**Conclusión:** El tratamiento del CaPam en primera línea en Europa está en línea con las recomendaciones de la ESMO. FOLFIRINOX(m)/gemcitabina+nab-paclitaxel/gemcitabina-monoterapia se usan con mayor frecuencia, la elección está fuertemente relacionada con el estado funcional del paciente/edad/CA19-9/bilirrubina/albumina y sexo. La elección del tratamiento de segunda línea depende del tratamiento en primera línea y varía según los países.



## ePóster 273

### Eficacia del tratamiento adyuvante con Mitomicina C (MMC) y Tegafur (TF) tras la resección D-2 en pacientes con Cáncer Gástrico localmente avanzado (CGLA): Experiencia clínica en el Hospital Universitari Mutua Terrassa (HUMT).

**José Carlos Benítez Montañez** – Hospital Universitari Mutua Terrassa. **Carla Bellido Ribes** – Hospital Sant Joan de Deu de Martorell. **Ekaterina Meshoulam, Julen Fernández Plana, Sonia González Jimenez, Luis Cirera Noguera** – Hospital Universitari Mutua Terrassa

**Introducción y Objetivos:** En 1999 se publicaron los resultados de un estudio español fase 3 que demostraba el beneficio estadísticamente significativo en la supervivencia global del uso del tratamiento adyuvante con MMC (20 mg/m<sup>2</sup> dosis única) y TF a altas dosis (800 mg/día durante 3 meses) en pacientes con cáncer gástrico localmente avanzado tras una resección D-2. Presentamos los resultados clínicos y del análisis retrospectivo de los pacientes con CGLA tratados con MMC y TF adyuvantes tras la cirugía D-2 durante los últimos 12 años.

**Material y Métodos:** Pacientes con CGLA diagnosticados en HUMT entre enero de 2005 y marzo de 2016 sometidos a una resección gástrica con linfadenectomía D-2. Recibieron tratamiento adyuvante con MMC y TF. Se recogieron las características clínico-patológicas. Se ha calculado la supervivencia global (SG) y el tiempo libre de enfermedad (TLE) según el método de Kaplan-Meier. Se ha calculado la SG y TLE a los 5 años.

**Resultados:** Se incluyeron 68 pacientes en total. La mayoría hombres (76,5%). La edad media fue 65 años. Subtipos histológicos: intestinal (33,8%), difuso (35,3%) y mixto (30,9%). Localización del tumor primario: antro (45,6%), cuerpo de estómago (42,6%), píloro (7,4%) y otra localización (4,4%). Estadíos al diagnóstico: IB (4,4%), IIA (17,6%), IIB (10,3%), IIIA (22,1%), IIIB (29,4%), IIIC (16,2%). En la tabla 1 se presenta la distribución de los estadíos T y N. Se realizó una gastrectomía subtotal y linfadenectomía D-2 en el 60,3% y el 95,6% de los pacientes respectivamente. La media de ganglios extraídos fue de 34. Excelente tolerancia del tratamiento, solo 11 pacientes presentaron toxicidades grado 3. La mediana de SG fue 87 meses (95% CI 61,4 – 110,6). La mediana de TLE fue 64 meses. La SG a los 5 años fue del 56% y el TLE a los 5 años un 50%.

**Conclusión:** Los resultados confirman el beneficio del tratamiento adyuvante con MMC y TF a altas dosis tras una resección gástrica con linfadenectomía D-2 en pacientes con CGLA.

## T (T1, T2, T3, T4a, T4b)

		Frecuencia	Porcentaje
Validos	1	5	7,4
	2	11	16,2
	3	23	33,8
	4a	26	38,2
	4b	3	4,4
	Total	68	100,0

## N (N0, N1, N2, N3)

		Frecuencia	Porcentaje
Validos	,0	8	11,8
	1,0	22	32,4
	2,0	17	25,0
	3,0	21	30,9
	Total	68	100,0

Tabla 1. Distribución de los estadíos T y N en la serie.

## ePóster 274

### Eficacia y seguridad de irinotecán liposomal (nal-IRI) en combinación con 5-Fluorouracilo/leucovorina (5-FU/LV) en pacientes con adenocarcinoma ductal pancreático metastásico (ADPm) que progresan a una primera o segunda línea: experiencia de la Corporació Sanitària Parc Taulí.

**Jose Manuel Cabrera Romero, Helena Oliveres Montero, Maria Marín Alcalà, Ismael Macias, Laia Vila, Clara Martínez Vila, Júlia Giner Joaquin, Clara Ejarque, Eugeni Saigí, Carles Pericay** – Corporació Sanitària Parc Taulí

**Introducción y Objetivos:** El estudio NAPOLI-1 demostró que nal-IRI+5-FU/LV mejoró significativamente la supervivencia global (SG) frente a 5-FU/LV (6,1 vs 4,2 meses, HR=0,67; P=0,012) en pacientes con ADPm previamente tratados con terapia basada en gemcitabina. El objetivo principal de nuestro estudio es analizar la eficacia y la seguridad de esta combinación en la práctica clínica asistencial.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo unicéntrico que analiza los resultados de eficacia y seguridad de 11 pacientes (ptes) con ADPm que recibieron nal-IRI+5-FU/LV tras progresión a una primera o segunda línea, desde febrero 2017 hasta febrero 2018.

**Resultados:** La mediana de edad fue de 73 años (48-79). Con ECOG 0 en 2 ptes; ECOG 1 en 7 ptes; ECOG 2 en 1 pte y ECOG 3 en 1 pte. El 81,9% eran varones. 7 ptes debutaron con enfermedad diseminada. 7 (64%) ptes presentaron metástasis hepática. 9 (81,8%) ptes presentaron albúmina >3,5 g/dL. 9 (81,8%) ptes recibieron una línea previa para enfermedad metastásica. 2 (18,2%) ptes recibieron más de una línea previa. 10 (91%) ptes recibieron una terapia previa basada en gemcitabina. 1 (9%) pte recibió FOLFIRINOX de primera línea. La mediana de ciclos de nal-IRI+5-FU/LV fue de 4 (rango 1-12), con 4 ptes con más de 6 ciclos. 4 (36,4%) ptes presentaron estabilidad de la enfermedad y 2 (18,2%) ptes respuesta parcial. La mediana de SLP fue de 3,93 meses (m) (IC 95% 0,92-6,94), siendo la mediana de SG de 4,82m (IC 95% 2,61-7,02). Como toxicidades grado  $\geq 3$  destacan diarrea en 3 (28%) ptes y astenia en 1 (9%) pte.

**Conclusión:** En nuestra experiencia, nal-IRI+5-FU/LV presenta una SLP superponible a la descrita en el estudio NAPOLI-1, con una SG algo inferior.

radiológico fue de 61.5% y 36.8% en pacientes con <75 y  $\geq 75$  años respectivamente (P=0.06). La diferencia en supervivencia libre de progresión radiológica no alcanzó la significación estadística (<75: 6.07 vs.  $\geq 75$ : 3.87 meses, P=0.37). El tiempo hasta fallo de tratamiento fue menor en pacientes con  $\geq 75$  años (3.97 vs 2.0 meses; P=0.018). La supervivencia global (SG) fue de 6.6 meses en el grupo de <75 años y 5.5 meses en el de  $\geq 75$  (hazard ratio: 1.29; IC95% CI: 0.73-2.27). Respecto a toxicidad, 70% de los pacientes experimentaron algún grado de toxicidad (63.76 vs 81.25% en <75 y  $\geq 75$  años respectivamente, P=0.07), y el 29.70% experimentaron al menos 1 efecto adverso grado 3/4 (27.53 y 34.37% respectivamente; P=0.48).

**Conclusión:** A pesar de que las diferencias en supervivencia global no resultaron significativas, existe una tendencia a peor tolerancia del tratamiento, con suspensión más temprana en aquellos pacientes  $\geq 75$  años. Se necesitan estudios prospectivos para dilucidar el papel de sorafenib en el paciente anciano con HC avanzado

### ePóster 275

#### Eficacia y seguridad de sorafenib en pacientes ancianos con hepatocarcinoma avanzado.

David Viñal Lozano, Julia Villamayor Sánchez, Teresa González Merino, Laura Gutiérrez Sainz, Esther García Lorenzo, Luis Eduardo García de la Calle, Pablo Pérez Wert, Sara Martínez Fernández, Sergio Martínez Recio, Jaime Feliú Batlle – Hospital Universitario La Paz

**Introducción y Objetivos:** Actualmente, el tratamiento estándar en el paciente con hepatocarcinoma (HC) avanzado es sorafenib. Sin embargo, su uso en pacientes ancianos esta poco caracterizado. El objetivo de este estudio es analizar la eficacia y seguridad de sorafenib en paciente con 75 años o más.

**Material y Métodos:** En este estudio de cohortes retrospectivo se incluyeron los 101 pacientes con diagnóstico de HC avanzado tratados con sorafenib en el Hospital Universitario La Paz desde marzo de 2010 hasta diciembre de 2017. Posteriormente se compararon las características basales, dosis del fármaco, datos de supervivencia y toxicidad en pacientes de 75 años o más frente a aquellos con menos de 75 años.

**Resultados:** De los 101 pacientes analizados, 69 tenían <75 años y 32 pacientes  $\geq 75$  años. Los pacientes ancianos presentaban una tendencia a una peor capacidad funcional (ECOG 0: 27.3 vs 9.37% en <75 y  $\geq 75$  años respectivamente, P=0.06) y mayor comorbilidad pulmonar (15.94 vs 34.37 % respectivamente). En el grupo de  $\geq 75$  años la dosis de inicio y la dosis máxima de sorafenib fueron significativamente más bajas (525 vs. 632 mg/día, P= 0.02; 577 vs 709mg/día, P<0.01, respectivamente). La tasa de control de enfermedad en los pacientes con  $\geq 1$  control

### ePóster 276

#### EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO ESQUEMA DCX (DOCETAXEL-CISPLATINO-XELODA) EN EL TRATAMIENTO PERIOPERATORIO DEL CÁNCER GÁSTRICO LOCALMENTE AVANZADO.

Ismael Macías Declara, Carles Pericay Pijaume, Laia Vila Martínez, Alexis Ludovico Luna Aufroy, Pere Rebas Cladera, Sandra Montmany Vioque, Salvador Navarro Soto, Maria Marin Alcalá, Paula Ribera Fernandez, Eugeni Saigi Grau – Hospital Parc Taulí de Sabadell

**Introducción y Objetivos:** El tratamiento perioperatorio esquema ECF/ECX ha sido el estándar de tratamiento en el adenocarcinoma esofagogástrico. Pese a todo, los resultados en SG no fueron satisfactorios, con un supervivencia media de 25 meses y una supervivencia a 5 años de un 36%. El estudio FLOT4 muestra resultados superiores en SLP y en SG en comparación a ECF/ECX. No se conocen datos con el tratamiento DCX perioperatorio. Este estudio muestra resultados de pacientes afectos de cáncer gástrico avanzado tratados con quimioterapia perioperatoria esquema DCX en el Hospital Parc Taulí de Sabadell.

**Material y Métodos:** Se reclutaron 23 pacientes con adenocarcinoma esofagogástrico entre 2008 y 2016 tratados con quimioterapia perioperatoria DCX en el hospital Parc Taulí de Sabadell. Analizamos el sexo, edad media, localización del tumor, subtipo Lauren, grado, recurrencia y tipo de recurrencia, tiempo ingresado por cirugía, tiempo transcurrido entre la cirugía y la quimioterapia. Se analizó la supervivencia global y el

tiempo entre cirugía y recaída. Se utilizó el método de Kaplan-Meier para generar curvas de SG y SLP.

**Resultados:** La edad media del diagnóstico fue 64,13 años (46-75). La relación hombre / mujer fue de 13/10. La localización del tumor fue antro 21,7% (5), cardias siewert II 4,3% (1), cardias siewert III 26,1% (6), cuerpo 43,5 (10), linitis plástica 4,3% (1). El subtipo Lauren más frecuente fue el intestinal 39,1% (9) seguido del difuso 30,4% (7). Nueve pacientes recayeron después de la cirugía (39,1%). La recurrencia más frecuente fue la peritoneal 26,1% (6). El tiempo medio ingresado por cirugía fue de 9,96 días (6-52). El tiempo transcurrido entre el final de la quimioterapia y la cirugía fue de 48,3 días y el tiempo transcurrido entre la cirugía y la quimioterapia posoperatoria fue de 45,8 días. Los datos de supervivencia global son inmaduros porque no se ha alcanzado el 50% de las muertes, pero los resultados fueron de 65,5 meses. De los pacientes que han recaído, el tiempo desde la cirugía hasta la recaída fue de 15,79 meses.

**Conclusión:** Los resultados de SG son inmaduros, pero nuestros resultados son de 65,5 meses. La supervivencia global es superior a los resultados del estudio FLOT4 y MAGIC. Se han analizado pocos pacientes, pero los resultados son esperanzadores.

### ePóster 277

## EL PAPEL DE LOS REGIMENES DE QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE CON GEMCITABINA/NAB-PACLITAXEL O FOLFIRINOX EN LA ENFERMEDAD DE PÁNCREAS RESECABLE BORDERLINE EN LA ERA ACTUAL.

**María Emilia Domínguez Recio** – Hospital Universitario Virgen de la Victoria. **Casilda Llácer Pérez** – Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA). **Ana Godoy Ortiz** – Hospital Universitario Regional de Málaga. **Laura Gálvez Carvajal** – Hospital Universitario Virgen de la Victoria. **Inmaculada Alés Díaz, Gema Durán Ogalla** – Hospital Universitario Regional de Málaga. **Esperanza Torres Sánchez** – Hospital Universitario Virgen de la Victoria. **Manuel Benavides Orgaz** – Hospital Universitario Regional de Málaga. **Emilio Alba Conejo** – Unidad de Gestión Clínica Intercentros de Oncología Médica. Hospitales Universitarios Regional y Virgen de la Victoria. Málaga. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA).

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de páncreas borderline resecable constituye una entidad intermedia entre el cáncer de páncreas resecable e irresecable localmente avanzado. La quimioterapia neoadyuvante se suele emplear con el objetivo de reducir el tamaño tumoral, aumentando probabilidad de conseguir un rescate quirúrgico con márgenes libres. En caso de no ser factible la cirugía, se emplea posteriormente tratamiento

combinado con radioterapia. El objetivo es analizar resultados de seguridad, toxicidad y eficacia desde la introducción de Gemcitabina/NabPaclitaxel y FOLFIRINOX.

**Material y Métodos:** Se evaluó retrospectivamente la eficacia del tratamiento quimioterápico neoadyuvante (QTneo) en carcinoma de páncreas resecable borderline. Se analizaron pacientes que recibieron tanto Gemcitabina/Nab-paclitaxel como FOLFIRINOX, entre Diciembre 2014 y Marzo 2018 en la Unidad de Oncología de Intercentros de Málaga. El objetivo primario fue correlacionar el tipo de quimioterapia recibida con el índice de rescate quirúrgico posterior, así como el régimen recibido con la SG, SLP y tasas de respuesta.

**Resultados:** Se incluyeron 13 pacientes de los cuales 61.5% recibieron FOLFIRINOX, mientras que 38.5% recibieron Gemcitabina/Nab-paclitaxel. La media de edad fue 59 años con un 53.8% mujeres y 46.2% hombres. El ECOG basal predominante fue 1 (84.6%). Las localizaciones más frecuentes cabeza (53.8%) y cuerpo (30.8%). La histología predominante adenocarcinoma ductal (76.9%). El 38.5% presentaban carcinoma de páncreas estadio III (T4, cualquier N) al diagnóstico. Se llevó a cabo rescate quirúrgico en el 46.2% de los pacientes, sin diferencias estadísticamente significativas en función del tipo de tratamiento quimioterápico recibido (FOLFIRINOX 38.5% vs 7.7% Gemcitabina/Nab-paclitaxel,  $p = 0.135$ ). La mediana de SG en los pacientes que se sometieron a cirugía fue de 20 vs 9 meses en los no operados ( $p=0.032$ ). La mediana de SG en la cohorte FOLFIRINOX fue de 20 vs 6 meses en los que recibieron Gemcitabina/Nab-paclitaxel ( $p=0.057$ ). La mediana para SLP fue de 19.5 vs 2.6 meses para FOLFIRINOX y Gemcitabina/Nab-paclitaxel respectivamente ( $p = 0.066$ ). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre el régimen de QTneo y la respuesta radiológica, bioquímica o toxicidades analizadas.

**Conclusión:** Tras estos resultados y ante la ausencia de estudios prospectivos que comparen ambos regímenes, se observa que la combinación de FOLFIRINOX impacta en la supervivencia global en los pacientes con rescate quirúrgico tras QTneo frente a Gemcitabina/NabPaclitaxel, con una toxicidad manejable.

### ePóster 278

## ESQUEMA FLOT: ¿RESULTA IGUAL DE MANEJABLE EN LA VIDA REAL QUE EN LOS ENSAYOS CLÍNICOS?.

**Laura Medina Rodriguez, Ignacio Juez Martel, David Gutierrez Abad, Fernando Pereira Perez** – Hospital Universitario de Fuenlabrada

**Introducción y Objetivos:** El tratamiento perioperatorio del adenocarcinoma gastroesofágico (AGE) ofrece diversas ventajas sobre el tratamiento adyuvante, entre ellas, la valoración de

la respuesta patológica y el aumento de resecciones oncológicas completas. Sin embargo, a pesar de ello, los resultados en AGE localmente avanzado continúan siendo pobres. Los datos comunicados en ASCO 2017 por Al Batran mostraron que la adición de docetaxel a la neoadyuvancia (esquema FLOT, consistente en 5-fluoracilo, leucovorin, oxaliplatino y docetaxel) suponía una ventaja tanto en supervivencia global (SG), supervivencia libre de progresión (SLP) y tasa de respuestas en comparación con el esquema MAGIC, con un perfil de toxicidad manejable. Nuestro objetivo es analizar la eficacia y el perfil de seguridad del esquema FLOT desde el inicio de su empleo en nuestro centro hasta la actualidad

**Material y Métodos:** Hemos realizado un análisis retrospectivo del uso del esquema FLOT desde que se comenzó a implementar en abril 2017 hasta mayo 2018. Se han analizado variables correspondientes al paciente (edad, sexo, comorbilidades, factores de riesgo...), al tumor (histología, estadio tumoral, grado...) y al tratamiento (esquema usado, toxicidad, etc.), así como la valoración de la respuesta.

**Resultados:** Durante el primer año de uso del esquema FLOT se han tratado 10 pacientes en nuestro servicio. La media de edad es de 66 años al diagnóstico y el 90% son varones (9/10). El 60% se presentaron como enfermedad localmente avanzada (LA) y el 40% como metastásicos (M1). La mediana de número de ciclos recibidos fue de 4 en los LA y de 8 en los M1. De los 6 pacientes con enfermedad LA, el 50% (3/6) ha experimentado respuesta completa patológica tras el tratamiento neoadyuvante. La mitad de los pacientes precisó reducción de dosis por toxicidad, siendo la más frecuentes neuropatía y neutropenia (33%). El 100% de los pacientes precisaron soporte con factores estimulantes de colonias. Tan sólo 1 de los 10 pacientes experimentó una muerte tóxica (sepsis), estando diagnosticado previamente de síndrome mielodisplásico.

**Conclusión:** A pesar de ser una serie pequeña de pacientes, nuestros resultados en AGE con el esquema FLOT se asemejan a los comunicados en el ensayo FLOT4-AIO. 3 nuevos pacientes han sido incluidos en el último mes, por lo que esperamos disponer de más datos próximamente.

Todos los PACIENTES N=10 (%)	
<b>Sexo</b>	
Varón	9 (90%)
Mujer	1 (10%)
<b>ECOG</b>	
0	7 (70%)
1	3 (30%)
≥2	0
<b>Estadio tumoral clínico</b>	
cT1/T2	7 (70%)
cT3/T4	3 (30%)
cTx	0
<b>Estadio ganglionar clínico</b>	
cN+	5 (50%)
cN-	3 (30%)
cNx	2 (20%)
<b>Clasificación histológica Lauren</b>	
Intestinal	4 (40%)
Difuso	4 (40%)
No clasificable	2 (20%)
<b>Metastásis al inicio</b>	
No	6 (60%)
Sí	4 (40%)
<b>Toxicidad experimentada</b>	
Hematológica	4 (40%) -> G3/4: 4 (100%)
Digestiva	3 (30%)
Neuropatía	3 (30%)
Otras	
<b>Reducción de dosis</b>	
Sí	5 (50%)
No	5 (50%)
Pacientes LA resecables N= 6 (%)	
<b>Tipo de cirugía</b>	
Gastrectomía total	2 (33%)
Gastrectomía subtotal	4 (66%)
Cirugía paliativa	0
<b>Respuesta patológica</b>	
Completa	3 (50%)
Moderada	3 (50%)
Mínima o ausente	0

Características de los pacientes tratados con FLOT





## ePóster 279

### ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE TOLERABILIDAD Y EMPLEO DEL ESQUEMA QUIMIOTERÁPICO FLOT. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA.

**Beatriz Barrios Collado, Julia Ayuso Martín-Romo, Diego Casado Elía, María García Muñoz, Belén Cigarral García, María Arántzazu Amores Martín, Raquel Seijas Tamayo, Rosario Vidal Tocino, Juan Jesús Cruz Hernández, Elvira Del Barco Morillo** – Hospital Clínico Universitario de Salamanca

**Introducción y Objetivos:** De acuerdo con los datos del estudio fase III FLOT4-AIO, la quimioterapia con triple esquema basado en docetaxel ha demostrado un aumento de la supervivencia libre de progresión y de la supervivencia global en comparación con los esquemas estándar de tratamiento (tripletes con antraciclinas), en el contexto de pacientes con adenocarcinoma gástrico/esofagogástrico reseccable. Objetivo: Evaluar la toxicidad y la eficacia de este régimen en la práctica clínica habitual.

**Material y Métodos:** Se registraron 6 pacientes que iniciaron esquema neoadyuvante con docetaxel 50 mg/m<sup>2</sup> + oxaliplatino 85 mg/m<sup>2</sup> + leucovorin 200 mg/m<sup>2</sup>+5FU 2600 mg/m<sup>2</sup> en perfusión continua de 24 horas en nuestro centro. Se administraron un total de 26 ciclos. Se presenta un análisis descriptivo de los datos obtenidos.

**Resultados:** Las características basales de los pacientes y las principales toxicidades se describen en la tabla 1. El primer paciente presentó un episodio de neutropenia. Por ello, el resto de los pacientes recibieron profilaxis primaria con factores estimulantes de colonias granulocíticas (G-CSF). No se registraron efectos adversos dérmicos, cardíacos, pulmonares o tromboembólicos ni tampoco alteraciones analíticas (elevación enzimática de GPT, GOT, FA). Ningún paciente precisó ajuste de dosis. En el momento actual del estudio, dos pacientes progresaron desarrollando carcinomatosis peritoneal, siendo uno de ellos éxitus por perforación de víscera hueca. Otros dos pacientes desarrollaron una repuesta parcial siendo intervenidos quirúrgicamente (gastrectomía total laparoscópica con linfadenectomía y gastrectomía subtotal laparoscópica con linfadenectomía D1 subtotal distal), y actualmente se encuentran recibiendo tratamiento adyuvante. El resto de los pacientes aún continúan en tratamiento neoadyuvante y su evolución clínica es favorable. Serán reevaluados próximamente, por lo que los datos presentados son provisionales.

**Conclusión:** En nuestra serie, el esquema FLOT ha demostrado ser activo y bien tolerado. Cabe destacar, que el empleo en nuestro centro de G-CSF ha evitado retrasos en el tratamiento y potenciales complicaciones (neutropenias febriles).

Características basales	Pacientes (n=6)	
<b>Edad</b>	Media: 65 años (rango: 56-73)	
<b>Sexo</b>		
- Hombres	4 (67%)	
- Mujeres	2 (33%)	
<b>ECOG</b>		
- ECOG 0-1	6 (100%)	
<b>Localización</b>		
- Cuerpo Gástrico	1 (17%)	
- Antro Gástrico	3 (50%)	
- Incisura Gástrica	1 (17%)	
- Curvatura menor	1 (17%)	
<b>Afectación ganglionar (N+)</b>		
- Si	4 (83%)	
- No	1 (17%)	
<b>Histología (Lauren's classification)</b>		
- Intestinal	0 (0%)	
- Difuso	3 (50%)	
- Mixto	2 (33%)	
- Inclasificable	1 (medular) (17%)	
<b>Efectos adversos (N=26 ciclos)</b>	<b>Grado I-II</b>	<b>Grado III-IV</b>
<b>Gastrointestinales</b>		
- Náuseas/vómitos	6 (23%)	0 (0%)
<b>Hematológicos</b>		
- Anemia	14 (54%)	0 (0%)
- Leucopenia	6 (23%)	0 (0%)
- Neutropenia	2 (8%)	0 (0%)
- Trombopenia	0 (0%)	0 (0%)
<b>Otros</b>		
- Astenia	12 (39%)	0 (0%)

Tabla 1. Características basales de los pacientes y principales toxicidades



## ePóster 280

**ESTUDIO RETROSPECTIVO DE COLANGIOCARCINOMAS DIAGNOSTICADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA EN EL PERIODO 2006-2017.**

**Beatriz Losada Vila, María Victoria De Torres Olombrada, David Gutiérrez Abad, Ignacio Juez Martel, Tamara García Cañibano, Fernando Pereira Pérez, Carmen Pantín González, Juan Antonio Guerra Martínez** – Hospital Universitario de Fuenlabrada

**Introducción y Objetivos:** El colangiocarcinoma es un tumor de la vía biliar/hepático de un comportamiento muy agresivo, diagnosticándose en estadio avanzado en un gran porcentaje y con pocas opciones terapéuticas.

**Material y Métodos:** Describir las características clínicas, analíticas así como los tratamientos recibidos y datos de supervivencia de los pacientes diagnosticados en nuestro Hospital en los últimos 10 años.

**Resultados:** 36 pacientes diagnosticados de colangiocarcinoma desde el año 2006 al 2016. Mediana de edad de 61 años (19-84). Un 58.3% (21/36) debutó con enfermedad metastásica (hepática+peritoneal/primaria en 47.6%, hepáticas aisladas 28.5%, ganglionares en 14.2% y pulmonar 4.8%) mientras que un 41.6% (15/36) eran tumores localizados. En los que inicialmente eran localizados, progresan 11/15 (73.3%): hepático en el 45% en forma explosiva (3 o más órganos) en el 27.3%, ganglionar 18% y peritoneal en un 9%. El tratamiento empleado de quimioterapia en enfermedad localizada fue Gemcitabina en un 80% (12/15), seguido de Gemox y Cisplatino+ Gemcitabina. La media de ciclos recibido fue de 4. De los 15 pacientes, solo 6/15 (40%) completan los 6 ciclos. En enfermedad metastásica, Cisplatino+ Gemcitabina fue la opción preferida en un 80% (16/20) seguido de Gemcitabina (15%) y Gemcitabina+5FU (5%). Sólo un paciente (2.8%) no recibió tratamiento de quimioterapia por rápida progresión. No recibieron una 2ª línea de tratamiento un 58.3% (Folfox), mientras que una 3ª línea (taxanos) un 16.7%. El tratamiento local hepático se realizó en 2 pacientes. La supervivencia global en pacientes metastásicos es de 14.9 meses (2-96). El tiempo desde el diagnóstico del tumor hasta la progresión es de 6.7 meses (0-53 meses). La supervivencia global de los pacientes con tumores localizados es de 27.5 meses (6-112 meses), con un tiempo desde el diagnóstico del tumor a la progresión de 9 meses (3-33 meses). Destacamos dos pacientes con supervivencias superiores a 7 años tras resección aisladas de metástasis.

**Conclusión:**

- Tratamiento de QT adyuvante (Gemcitabina) no completado en casi el 50%.
- La primera línea de QT más empleada es Gemcitabina+Cisplatino seguido de FOLFOX para segunda línea.
- Supervivencia global superior al año en enfermedad metastásica. Plantear opción quirúrgica en lenta progresión.
- La neoadyuvancia con QTRT es un tratamiento poco empleado, no pudiendo ser resecados por persistencia 2/3 pacientes que la finalizan, con una mediana de tiempo hasta la progresión de 10 meses.

## ePóster 281

**ESTUDIO RETROSPECTIVO DE COLANGIOCARCINOMAS DIAGNOSTICADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS. ¿ASOCIACIÓN CON ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA?**

**Beatriz Losada Vila, Carmen Pantín González, David Gutiérrez Abad, Ignacio Juez Martel, María Victoria De Torres Olombrada, Beatriz Antón Pascual, Fernando Pereira Pérez, Javier De la Rubia Maestu, Tamara García Cañibano, Juan Antonio Guerra Martínez** – Hospital Universitario de Fuenlabrada

**Introducción y Objetivos:** El colangiocarcinoma es un tumor de la vía biliar/hepático de un comportamiento muy agresivo. La enfermedad tromboembólica (ETV) es la primera causa de mortalidad el primer año tras el diagnóstico en el paciente oncológico. La asociación ETV y colangiocarcinoma aparece descrita en un 15%. Nuestro objetivo es reflejar las características del perfil de pacientes diagnosticados de colangiocarcinoma y que han presentado ETV en el periodo 2006-2017 de nuestro Hospital.

**Material y Métodos:** Describir las características de los pacientes diagnosticados de un colangiocarcinoma y ETV así como el momento de la aparición de la trombosis, tratamiento, supervivencia y complicaciones relacionadas con el tratamiento anticoagulante.

**Resultados:** 36 pacientes diagnosticados de colangiocarcinoma desde el año 2006 al 2017. Mediana de edad de 61 años (19-84). Un 58.3% (21/36) debutó con enfermedad metastásica y el 95% ha fallecido por progresión de la enfermedad (hepática). Un 13.8% (5/36) presentan ETV y todos ellos eran metastásicos (tabla 1 comparación perfil pacientes ETV/ no ETV). En el 100% el diagnóstico es sincrónico o con 3 meses de demora tras el diagnóstico del tumor (60% al diagnóstico, 40% en la progresión precoz). Un 80% (4/5) reciben en primera línea la combinación de cisplatino y gemcitabina, mientras que 1/5 (20%) recibe gemcitabina. Solo 2/5 (40%) recibe una segunda línea de quimioterapia con FOLFOX. La supervivencia global en pacientes metastásicos es de 14.9 meses [2-96] en nuestra serie, sin embargo en los pacientes con ETV disminuye a 6.2 meses [1-12], dato que coincide con las series donde la presencia de ETV es un factor de mal pronóstico. Todos los pacientes se anticoagularon con heparina de bajo peso molecular y no hubo ninguna complicación en forma de sangrado ni retrombosis por lo que se pudo mantener el tratamiento hasta el fallecimiento.

**Conclusión:**

- ETV y colangiocarcinoma aparecen de forma sincrónica en nuestra población hasta en un 15% de los casos, siendo todos ellos pacientes metastásicos y en tratamiento de quimioterapia con cisplatino y gemcitabina con rápida progresión en el 80%.
- La supervivencia global en pacientes con ETV disminuye a la mitad (6.2 meses) respecto a la supervivencia analizada en nuestra serie de colangiocarcinomas metastásicos (14.9 meses)
- Ante un colangiocarcinoma metastásico debemos pensar, al igual que en cáncer de páncreas metastásico, que en este perfil de pacientes, tras descartar el riesgo de sangrado, podría estar indicada la profilaxis primaria de ETEV con HBPM a dosis profilácticas



	ETV (5 pacientes)	No ETV (31 pacientes)
<b>Fumador</b>	4 (80%)	26 (51,6%)
<b>Metástasis al diagnóstico de ETV</b>	5 (100%)	27 (87,1%)
<b>≥2 localizaciones metástasis</b>	3 (60%)	11(40,7%)
<b>IMC&gt;30</b>	1 (20%)	2( 6,5%)
<b>Localizacion</b>		
Intrahepática	4 (80%)	19(61,2%)
Vesícula biliar	1 (20%)	5 (16,1%)
Extrahepática		7 (22,6%)
<b>Respuesta a 1ª línea de QT</b>		
Respondedores	1 (20%)	8 (26%)
Progresión rápida	4 (80%)	14 (45%)
Estabilidad tumoral		8 (26%)
<b>2º línea de QT</b>	2 (40%)	13 (12%)
<b>3º línea de QT</b>	1 (20%)	6 (19,3%)
<b>Cirugía del primario</b>	0	18 (58%)
<b>Supervivencia global</b>	6,2 meses [1-12]	19,4 meses [2-112]
<b>Khorana</b>	1 [0-2]	0,4[0-2]

Figura 1 Comparación características ETEV vs no ETEV y colangiocarcinoma

## ePóster 282

### Evaluación del Papel del régimen FOLFIRINOX y GEM-ABRAXANE en CÁNCER DE PÁNCREAS LOCALMENTE AVANZADO (LAPC).

**Lucía Andrea Alonso Buznego** – H.U. Marqués de Valdecilla. **Fernando Garicano Goldaraz** – H. de Galdakao. **Laura Ferreira Freire** – H.U. Marqués de Valdecilla. **Alfonso Martín Carnicero** – H. San Pedro. **Ana María López Muñoz** – H.U. de Burgos. **Sara Fernández Arrojo** – Hospital Central de Asturias. **Montserrat Mangas Izquierdo** – H. de Galdakao. **Luis Felipe Sánchez Cousido** – H.U. de León. **Fernando Rivera Herrero, Eva Martínez de Castro** – H.U. Marqués de Valdecilla

**Introducción y Objetivos:** El tratamiento del LAPC continua siendo un reto terapéutico a pesar de los avances en los regímenes de quimioterapia. El objetivo de nuestro estudio es analizar de forma retrospectiva los resultados obtenidos en varios centros nacionales con los esquemas de quimioterapia habituales en LAPC.

**Material y Métodos:** Se identificaron de forma retrospectiva los pacientes diagnosticados de LAPC en varios hospitales nacionales (H.U. Marqués de Valdecilla, H. De Galdakao, H. San Pedro de la Rioja, H.U. de Burgos, H.U. de León y H. Central de

Asturias) tratados con los esquemas FOLFIRINOX (FFNOX) y GEM-ABRAXANE (GA) y se evaluaron características basales de los pacientes, características del tumor y datos de eficacia.

**Resultados:** Un total de 49 pacientes fueron diagnosticados y tratados entre enero del 2014 y diciembre del 2016 con los esquemas FFNOX y GA. 32 pacientes recibieron GE y 17 FFNOX. La edad media de los pacientes en el grupo de GA (70 años) resultó mayor que en el grupo de FFNOX (59 años), siendo similar la distribución por sexos. En cuanto a las características de los tumores tratados la afectación T4 fue similar en ambos grupos (GA 93,8%; FFNOX 94,1%), mientras que la afectación ganglionar era ligeramente superior en el grupo que recibió GA (37,5% vs 29,4%). Llamativamente el marcador CA 19.9 era francamente más alto en el grupo de GA. Tabla 1. En lo que a eficacia se refiere GA muestra una TR de 78% y FFNOX del 82,4%. Un total de 11 pacientes pudieron ser sometidos a cirugía, 5 en el brazo de GA y 6 en el brazo de FFNOX.

**Conclusión:** Dado el pequeño tamaño muestral, el carácter retrospectivo de la serie y las diferencias en las características de las poblaciones evaluadas hacen que los grupos no sean comparables, a pesar de lo cual ambos esquemas parecen activos en el contexto del LAPC. Destacar la selección del esquema en la serie en función de la edad (más jóvenes mayor empleo de FFNOX) y la importante tasa de respuestas en un contexto de importante carga tumoral.

	Gem-nab-paclitaxel	FOLFIRINOX
Edad media (años)	70,2	59,1
Género (%)		
- Varón	50%	41,2%
- Mujer	50%	58,8%
Diabetes mellitus (%)	34,4%	29,4%
Ca 19.9 (U/ml)	2333.5	469
Estadificación (%)		
Tamaño tumoral:		
- T3	6,3%	5,9%
- T4	93,8%	94,1%
Afectación ganglionar		
- No	62,5%	70,6%
- N1	37,5%	29,4%
<b>Resultados de eficacia</b>		
TR (%)	78,1%	82,4%
- EE	40,6% (13 pacientes)	41,2% (7 pacientes)
- RP	18,8% (6 pacientes)	
- RC	3,1% (1 paciente)	
- NE	3,1% (1 paciente)	
SG (meses)	11,6	16,8
SLP (meses)	9,5	10,1

Tabla 1. Características basales de los pacientes y resultados de eficacia

### ePóster 283

## EXPERIENCIA DE LA QUIMIOTERAPIA PERIOPERATORIA CON ESQUEMA ECX EN EL ADENOCARCINOMA GÁSTRICO Y DE LA UNIÓN ESÓFAGO-GÁSTRICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

**Sara Agraso Busto, Carlos Grande Ventura, Marinha Costa Rivas, Noemí De Dios Alvarez, Diego Pereiro Corbacho, Ana Alonso Hernandez, Paula Gonzalez Villarroel, Monica Jorge Fernández** – Hospital Alvaro Cunqueiro

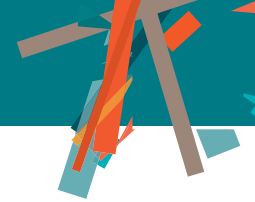
**Introducción y Objetivos:** La publicación del estudio MAGIC en 2006, primer estudio prospectivo y randomizado que demostró beneficio de la quimioterapia perioperatoria en cáncer gástrico avanzado, hizo que la quimioterapia perioperatoria se considere estándar de tratamiento para el adenocarcinoma gástrico resecable en estadio cT3 y/o N+. Hemos realizado un análisis retrospectivo de la experiencia de nuestro centro en estos pacientes desde 2015.

**Material y Métodos:** En un intervalo de 17 meses, 21 pacientes tuvieron indicación de quimioterapia perioperatoria con esquema ECX (Epirubicina, Cisplatino y Capecitabina) y cirugía

con intención curativa. 14 fueron varones y 7 mujeres, con una edad media de 60 años (rango entre 49-74).

**Resultados:** Según la histología, 14 fueron tipo intestinal, 6 tipo difuso y 1 no constaba. Los estadios clínicos según la clasificación de la American Joint Committee on Cancer (7ª edición) fueron 6 estadios II, 5 IIIA, 6 IIIB y 4 IIIC. 21 pacientes completaron la quimioterapia preoperatoria pero solo 14 la postoperatoria. De los 7 que no la completaron, 3 fue por progresión de la enfermedad (PE) y 4 por complicaciones tras la cirugía. Las respuestas tras 3 ciclos fueron 10 respuestas parciales, 10 enfermedades estables y 1 PE. La cirugía resectiva fue posible en 13 pacientes (10/10 de los T2-T3 y 3/11 de los T4a-T4b). La situación actual por estadio es que 4 pacientes con estadio II viven libres de enfermedad (VLE) y 2 fueron exitos, 4 con estadio IIIA VLE y 1 fue exito, 3 con estadio IIIB VLE y 3 fueron exitos, 1 con estadio IIIC VLE y 3 fueron exitos. En total y con una mediana de seguimiento de 30 meses, 12/21 de los casos (>50%) VLE. Las toxicidades las dividimos en grado 1-2 (19 presentaron anemia, 9 emesis, 6 mucositis y 4 trombopenia) y grado 3-4 (11 presentaron neutropenia afebril, 8 diarrea, 5 síndrome mano-pie y 2 emesis).

**Conclusión:** Nuestros resultados son equiparables a los publicados. El nuevo esquema FLOT quizás permita mejorar la tasa de resecabilidad en T4, que presenta los peores resultados con este esquema.



## ePóster 284

### Experiencia en nuestro centro con Ramucirumab en cáncer gástrico.

**Natalia Luque Caro, David Fernández Garay, Fernando Galvez Montosa, Jose Antonio López López, Pedro Sánchez Rovira** – Complejo Hospitalario de Jaén

**Introducción y Objetivos:** L Ramucirumab en combinación con paclitaxel o en monoterapia está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con cáncer gástrico avanzado o adenocarcinoma de la unión gastroesofágica con progresión de la enfermedad tras quimioterapia previa basada en platino y fluoropirimidina.

**Material y Métodos:** Se registraron 17 pacientes que han recibido ramucirumab en nuestro centro. Presentamos un análisis descriptivo de los datos obtenidos.

**Resultados:** Entre las características de nuestra población destacar que el 71% eran hombres, la edad media de inicio de ramucirumab fue de 55 años (38 – 75) , el 58% presentaba un ECOG 0 y el 17% un ECOG 2. En un 23% de los casos el tumor era de la unión gastro-esofágica y en un 47% la histología era difusa en anillo de sello. Un 29% de los pacientes había sido intervenido del tumor primario. A nivel metastásico sólo dos pacientes no presentaban enfermedad visceral, el 35% presentaban tres o más localizaciones metastásicas y el 47% enfermedad peritoneal. El 67% fue tratado en primera línea con el esquema Cisplatino-5fluorouracilo (PF) con o sin trastuzumab asociado en función del HER2. La duración media de la respuesta a platino fue de 7,6 meses (3-18). La combinación Paclitaxel-Ramucirumab fue el esquema que se administró en todos los casos, realizándose posteriormente un mantenimiento con Ramucirumab en 4 pacientes. La supervivencia libre de progresión (SLP) alcanzada hasta el momento es de 7,7 meses (1-27) continuando aun con el tratamiento 2 pacientes. 1 paciente alcanzó una respuesta completa, 6 una respuesta parcial y 3 una estabilización de la enfermedad. La toxicidad grado 1-2 más prevalente fue la hematológica y la neurológica. 6 pacientes experimentaron toxicidad grado 3-4 que obligó a suspender el tratamiento.

**Conclusión:** Los datos obtenidos en nuestro centro son positivos aunque hasta el momento no hemos alcanzado la mediana de supervivencia reflejada en el estudio Rainbow. Los pacientes que mayor beneficio obtuvieron del tratamiento con Paclitaxel-Ramucirumab fueron aquellos con ECOG 0, menos de 3 localizaciones metastásicas e intervalo libre de platino mayor de 6 meses. En conclusión, la incorporación de Ramucirumab al tratamiento del cáncer gástrico metastásico puede suponer un aumento de la supervivencia para nuestros pacientes con un aceptable perfil de seguridad.

## ePóster 285

### Factores pronóstico en pacientes con hepatocarcinoma avanzado tratados con sorafenib.

**David Viñal Lozano, Julia Villamayor Sánchez, Teresa González Merino, Laura Gutiérrez Sainz, Luis Eduardo Garcia de la Calle, Esther Garcia Lorenzo, Sergio Martinez Recio, Sara Martínez Fernández, Pablo Pérez Wert, Jaime Feliú Batlle** – Hospital Universitario La Paz

**Introducción y Objetivos:** Sorafenib es actualmente el tratamiento estándar de primera línea en paciente con hepatocarcinoma avanzado. El objetivo de este estudio es analizar factores pronósticos en pacientes con hepatocarcinoma (HC) avanzado tratados con sorafenib.

**Material y Métodos:** En este estudio de cohortes retrospectivo se incluyeron los pacientes con diagnóstico de HC avanzado tratados con sorafenib dentro del Hospital Universitario La Paz desde marzo de 2010 hasta diciembre de 2017. Se excluyeron 10 pacientes de los que no se disponían datos sobre las dosis administradas. Se recogieron variables respecto a características basales, dosis del fármaco, respuesta radiológica y datos de supervivencia. Posteriormente se llevó a cabo un análisis estadístico mediante regresión logística y regresión de cox para estudiar factores pronóstico de supervivencia.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 91 pacientes. La media de edad de los pacientes fue de 67.95 años. El 89% fueron varones. El 69.23% presentaban estadio funcional 1 en la escala Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) y el 70.33% fueron clasificados como Child-Pugh A al inicio de tratamiento. El 89.01% de los pacientes presentaban HC estadio C en la escala Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) al inicio de tratamiento. La media de dosis inicial, máxima y de mantenimiento de sorafenib fue de 604.39, 670.32, 570.32 mg/día, respectivamente. En análisis multivariante, el ECOG (hazard ratio (HR):2.65; p=0.02) y la dosis máxima (HR:0.55; P=0.03) se asociaron de manera independiente con supervivencia libre de progresión radiológica. Para el tiempo hasta fallo de tratamiento, el ECOG (HR:2.95; P<0.01), BCLC (0.49, P=0.03), invasión vascular (HR: 2.11, P=0.01) y dosis máxima (HR:0.55, P<0.01) resultaron estadísticamente significativos. Para tiempo hasta fallo de tratamiento menor de 2 meses, la edad ≥75 años (OR:0.11; P=0.05), el ECOG (OR:0.06; P<0.01), la presencia de invasión vascular macroscópica (OR:0.03; P=0.02) y la administración previa de tratamiento local (OR:8.12, P=0.04) se asociaron de manera independiente. Por último, para supervivencia global, únicamente el ECOG se asoció de manera inversa (HR:2.86, P<0.01).

**Conclusión:** En nuestra cohorte, la situación funcional del paciente medida mediante la escala ECOG se asocia inversamente con la eficacia del tratamiento. Otros factores como el estadio y la dosis máxima recibida se asocian con la progresión a sorafenib.

## ePóster 286

**Gemcitabina más Nab-paclitaxel versus FOLFIRINOX modificado como primera línea de quimioterapia en el cáncer de páncreas metastásico: una comparación de la toxicidad y supervivencia.**

**Vilma Pacheco-Barcia** – Hospital Universitario La Princesa. **Talya France** – McGill University Health Center. **Olga Donnay** – Hospital Universitario La Princesa. **Jamil Asselah, George Zogopoulos** – McGill University Health Center. **Elena Martin** – Hospital Universitario La Princesa. **Katie Guo** – McGill University Health Center. **Jacobo Rogado, Ramon Colomer, Rebeca Mondéjar** – Hospital Universitario La Princesa

**Introducción y Objetivos:** Gemcitabina más Nab-Paclitaxel y FOLFIRINOXm se han establecido como quimioterapia de primera línea en cáncer de páncreas metastásico, pero no hay datos concluyentes sobre su comparación.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de 85 pacientes diagnosticadas de cáncer de páncreas metastásico entre enero de 2014 y enero de 2018 en dos hospitales. Las diferencias en la toxicidad relacionada con el tratamiento se evaluaron mediante la prueba de Chi-cuadrado, la supervivencia libre de progresión (SLP) y la supervivencia general (SG) con la prueba de log-rank.

**Resultados:** Se incluyeron 46 pacientes: 25 Gemcitabina más Nab-Paclitaxel y 21 recibieron FOLFIRINOX modificado. La mediana de edad fue de 63 años. Las características demográficas y basales fueron similares a las siguientes (Gemcitabina más Nab-paclitaxel / FOLFIRINOXm): Sexo (masculino): 72% / 71%, comorbilidades: 16% / 14%, metástasis hepáticas: 72% / 63%, ictericia que requirió stent inserción: 32% / 48% y eventos tromboembólicos: 56% / 62%. La población de pacientes de edad avanzada (> 70y) fue similar entre ambas cohortes (36% vs. 42%,  $p = 0,2$ ), pero el 48% de los pacientes tratados con Gemcitabina más Nab-Paclitaxel mostraron ECOG PS > 1 en comparación con 4% de los pacientes tratado con mFOLFIRINOX ( $p = 0,01$ ). Se observó un perfil de toxicidad similar entre ambos tratamientos (36% frente a 28%,  $p = 0,67$ ). Las incidencias de neutropenia de grado 4 fueron similares en ambas cohortes (12% frente a 10%,  $p = 0,7$ ), probablemente debido a un mayor uso de G-CSF en pacientes que recibieron FOLFIRINOXm. Además, la neuropatía periférica (5% frente a 7%,  $p = 0,8$ ) y la diarrea (3% frente a 2,1%,  $p = 0,6$ ) fueron similares entre los grupos. No se observaron diferencias significativas en la mediana de SLP (7 meses frente a 4 meses,  $p = 0,26$ ) ni en la mediana de SG (14 meses frente a 11 meses,  $p = 0,28$ ) de FOLFIRINOXm en comparación con Gemcitabina más Nab-paclitaxel.

**Conclusión:** Los pacientes con cáncer de páncreas metastásico se benefician tanto de FOLFIRINOXm como de Gemcitabina más Nab-Paclitaxel, con un perfil de toxicidad similar. Estos resultados plantean la cuestión de seleccionar adecuadamente pacientes con ECOG PS pobres que pueden beneficiarse de Gemcitabina más Nab-paclitaxel con un control adecuado de la enfermedad.

## ePóster 287

**IMPLICACIONES PRONÓSTICAS DE LA INFLAMACIÓN EN TUMORES DE VÍAS BILIARES.**

**Rafael López Bajo** – Hospital Mancha Centro. **José Carlos Villa Gúzmán, Patricia Valiente Raya** – Hospital General Universitario Ciudad Real. **Rocío Galán Moral** – Hospital Virgen Alta Gracia. **Ferrán Ferragut Lloret, Jaime Portela Gutierrez, Milagros García Pérez, María Dolores Pineda Pineda, Javier Espinosa Arranz** – Hospital General Universitario Ciudad Real

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de vía biliar es un tumor maligno infrecuente, pero con una supervivencia baja dado el diagnóstico de la enfermedad en estadios avanzados. La cirugía es el único tratamiento con potencial curativo, pero la invasión tumoral la hace imposible en muchos casos, lo que obliga a recurrir a la quimioterapia como único tratamiento capaz de alargar la supervivencia. El estado inflamatorio del paciente, así como el estado nutricional y la presencia de síntomas son factores pronósticos en estadios avanzados de la enfermedad. El equilibrio entre la inmunidad y la inflamación puede influir en el pronóstico de estos pacientes, siendo los cocientes NLR, PLR, LMR y el fibrinógeno unos buenos estimadores de dicho equilibrio. El objetivo primario consiste en establecer una relación entre el NLR, PLR, LMR y el fibrinógeno con la supervivencia global. Los objetivos secundarios son el análisis de la OS y el TFT en relación a los diferentes factores clínicos-analíticos y el tratamiento y la elaboración de un modelo pronóstico que ayude a predecir la supervivencia de los pacientes.

**Material y Métodos:** Se trata de un estudio observacional y retrospectivo en el que se han incluido 58 pacientes diagnosticados de colangiocarcinoma tratados con cirugía y/o quimioterapia. El análisis de supervivencia se hizo con el método de Kaplan-Meier y el test de log Rank para identificar diferencias entre grupos. El cálculo del Hazard ratio (HR) se estimó con el modelo de regresión de Cox.

**Resultados:** Se han analizado 58 pacientes con una mediana de edad de 69 años. El 58,60% son varones. Se han intervenido 32 pacientes (55,2%) y han recibido quimioterapia de primera línea 48 pacientes (82,8%). Las medianas de OS y TFT fueron de 31,37 meses y 3,18 meses. Los pacientes intervenidos y sin recaídas a los 12 meses de la cirugía, asintomáticos y aquellos con NLR y PLR inferior a la mediana (2,602 y 132,11, respectivamente) y fibrinógeno inferior a 500 mg/dL presentaron OS superiores ( $p = 0,00$ , Hazard Ratio 0,61 IC95% [0,26-1,45]).

**Conclusión:** La integración del estado inflamatorio medido con los cocientes NLR, PLR y el fibrinógeno, de la recaída o no a los 12 meses de la cirugía y el estado sintomático del paciente son factores pronósticos independientes que nos ayuda a predecir la supervivencia de los pacientes.





## ePóster 288

### MANEJO DE TUMORES DE LA VÍA BILIAR EN DOS INSTITUCIONES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID: EXPERIENCIA EN POBLACIÓN CLÍNICA REAL.

**Brezo Martínez-Amores Martínez** – Hospital Rey Juan Carlos. **Ana Lopez Alfonso, Mar Perez Perez, Berta Obispo Portero** – Hospital Infanta Leonor

**Introducción y Objetivos:** El manejo del cáncer avanzado de vía biliar y vesícula biliar continúa siendo un reto en Oncología ya que la mediana de supervivencia para estos pacientes no supera el año de vida y no existe beneficio demostrado en supervivencia ni consenso de esquema más allá de la primera línea de tratamiento. Nuestro objetivo es describir una población de práctica clínica real para conocer si los resultados obtenidos en primera línea se ajustan a lo publicado y como se maneja el paciente que progresa a este tratamiento.

**Material y Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de 23 pacientes con cáncer de vía biliar avanzado tratados en dos centros de la Comunidad Autónoma de Madrid (Hospital Rey Juan Carlos y Hospital Infanta Leonor) en el periodo 2012-2018. Se realiza un análisis descriptivo de características clinicopatológicas de la serie, de eficacia de tratamiento en primera línea y el manejo de segundas líneas. Para la explotación de datos, se utilizó el paquete estadístico SPSS v20.

**Resultados:** N=23 pacientes. Edad mediana 64 años (50-72). 61% varones/39% mujeres. ECOG PS: 0 (48,7%), 1 (48,7%), 2 (4,3%). Localización: intrahepáticos (52,2%), hiliares (17,4%), ampuloma (8,7%), vesícula biliar (21,7%). Estadificación: localmente avanzado (13%), metastásico (78%), recidiva de primario localizado (9%). Carga metastásica: 1 localización (39%), 2 (30%), 3 o más (17%). 35,4% requirieron prótesis biliar. 35,4% desarrollaron evento tromboembólico asociado. Valor mediano de CA19.9: 38 ui/ml (DE 6093) Tratamiento Primera línea: Cisplatino-Gemcitabina (78,3%), Gemcitabina (8,7%), Gemox (13%). Respuesta: parcial (30,4%) y estabilización (39%). Duración mediana 4,4 meses (DS 2,5). 10 pacientes (43%) recibieron segunda línea: Gemcitabina (10%), Capecitabina (10%), basada en taxano (20%), basada en oxaliplatino (60%). Respuesta parcial en 22%. Duración mediana 1,3 meses (DS 1,82). Supervivencia libre progresión 1ª línea: 6,4 meses (IC95% 5,07-7,74). Supervivencia libre progresión 2ª línea: 3 meses (IC95% 2,25-3,92). Supervivencia global: 10,5 meses (IC95% 8,69-12,41).

**Conclusión:** Con las limitaciones de un análisis retrospectivo y una serie pequeña de pacientes, los datos obtenidos confirman el beneficio en supervivencia en primera línea según datos publicados. La segunda línea sigue siendo anecdótica y no claramente definida ni beneficiosa en estos tumores.

## ePóster 289

### MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON CÁNCER DE PÁNCREAS: PROYECTO ENLACE.

**Miriam Lobo de Mena** – Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. **Vincenzo Sforza** – IRCCS "Fondazione G.Pascale" Napoli. Italia. **Vega Irazo, Mireia Gil, Maria José Safont, Alberto Cunquero, Ihsan Shaheen, Amaya Fernández, Claudio Avila, Carlos Camps** – Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

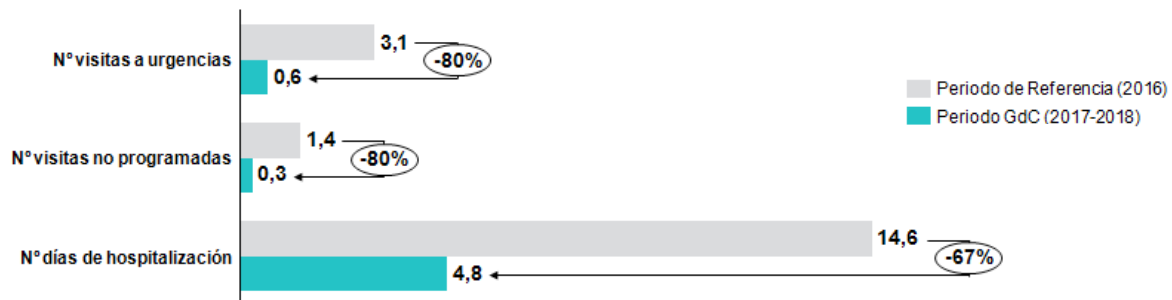
**Introducción y Objetivos:** El cáncer de páncreas (CP) es una enfermedad agresiva con una supervivencia a 5 años en torno al 5%. Más del 80% de los casos se presentan con enfermedad localmente avanzada o metastásica. El manejo de estos pacientes implica la participación de múltiples especialistas suponiendo un reto desde el punto de vista de gestión sanitaria. Por este motivo, el Hospital General Universitario de Valencia ha implementado la figura del Gestor de Casos (GdC) a través del proyecto ENLACE\* para la mejora del nivel asistencial en pacientes con sospecha de CP. El objetivo de este estudio es analizar si la implementación de la figura del GdC ha supuesto una mejora en el manejo de los pacientes con CP avanzado.

**Material y Métodos:** Estudio de cohortes prospectivo (abril 2017-abril 2018: periodo GdC) de pacientes con CP avanzado que compara el tiempo desde la sospecha hasta la confirmación diagnóstica, el tiempo hasta el inicio del tratamiento, el número de visitas a Urgencias, visitas no programadas y días de hospitalización con una cohorte histórica de pacientes valorados durante el año 2016 (periodo de referencia).

**Resultados:** Se incluyeron un total de 13 pacientes en el periodo de referencia y 18 en el periodo GdC. La media de días desde el diagnóstico radiológico hasta el patológico fue de 18 vs 8 ( $p=0.001$ ). La media de días desde el diagnóstico radiológico hasta el inicio del tratamiento fue de 48 vs 26 ( $p=0.006$ ) y desde el diagnóstico patológico hasta el inicio de tratamiento de 29 vs 17 ( $p=0.09$ ). La utilización de recursos sanitarios (número de visitas a Urgencias, visitas no programadas y días de hospitalización) se redujo significativamente entre los dos periodos (Figura 1). Esto supuso una disminución del coste del 75% en la utilización de dichos recursos entre ambos periodos (5281 vs 1297 euros).

**Conclusión:** La implementación de la figura del GdC ha supuesto una mejora considerable en los tiempos de diagnóstico e inicio de tratamiento en los pacientes con CP avanzado, así como una disminución de la utilización de recursos sanitarios y el consiguiente ahorro económico para la institución sanitaria.





Visitas a Urgencias, visitas no programadas, días de hospitalización

### ePóster 290

#### METÁSTASIS CEREBRALES MÚLTIPLES EN NEOPLASIA DE VIA BILIAR. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DONOSTIA.

**Ana Landa Magdalena, María Otaño Ariño, M<sup>a</sup> Ángeles Díaz Gallego, Beatriz Sánchez Casi, Andrea Medina Del Valle, Cristina Churruca Galaz, Larraitz Egaña Otaño, Adelaida La Casta Muñoa** – Hospital Universitario Donostia

**Introducción y Objetivos:** El término neoplasia de vía biliar (BTC), agrupa tanto el colangiocarcinoma como el carcinoma de vesícula biliar y de ampolla de Vater. Aunque la resección completa puede ser curativa, la mayoría de pacientes debutan en fase avanzada, habitualmente con afectación hepática, ganglionar y pulmonar. La aparición de metástasis cerebrales es un evento poco frecuente, pero de mal pronóstico. Existen pocos casos descritos de incidencias en torno al 0.15%-1.4%. El objetivo de nuestro trabajo es el de reportar la incidencia de metástasis cerebrales en los pacientes diagnosticados de BTC en nuestro centro.

**Material y Métodos:** Analizamos retrospectivamente una serie de 275 pacientes diagnosticados de neoplasia de vía biliar en nuestro centro entre los años 2011 y 2017. El TAC cerebral se realizó solo ante la sospecha clínica. Se evaluó la SG desde la detección de las metástasis SNC y desde el diagnóstico primario, así como el tiempo desde el diagnóstico hasta la aparición de las metástasis SNC.

**Resultados:** Encontramos un paciente con metástasis cerebrales, siendo la incidencia del 0.36%. Se trataba de un varón de 69 años diagnosticado en el año 2014 que presentó clínica neurológica en Junio de 2015, tras haber recibido 6 ciclos de cisplatino-gemcitabina. Tras iniciar corticoides y radioterapia 30Gy se observó desaparición de la clínica neurológica. Un mes después inicio Capecitabina-Oxaliplatino. Permaneció estable hasta enero 2016, cuando, ante nueva progresión hepática, se reinició tratamiento con Gemcitabina. El paciente falleció

8 meses después por progresión pulmonar e infección respiratoria. La SG desde el diagnóstico de la neoplasia primaria fue de 28 meses, y el tiempo desde el diagnóstico hasta la detección de las metástasis cerebrales fue de 14 meses. La supervivencia global desde el diagnóstico de las metástasis cerebrales fue de 14 meses.

**Conclusión:** La incidencia en nuestra serie fue del 0.36%. Al igual que se explica en series publicadas previamente, es posible que estos datos infraestimen la frecuencia, al no realizarse TAC cerebral de rutina. Aunque no existe evidencia del mejor tratamiento, la maniobra inicial incluye desde radioterapia holocraneal, cirugía o radiocirugía estereotáxica hasta tratamiento sintomático paliativo. En nuestro caso la radioterapia y tratamiento de soporte permitieron alcanzar una supervivencia de 14 meses.

### ePóster 291

#### MICROMETASTÁSIS GANGLIONARES EN CÁNCER GÁSTRICO LOCALIZADO COMO FACTOR PRONÓSTICO.

**Rosa María Rodríguez Alonso, María Auxiliadora Gómez España, Carlos Villar Pastor, María José Ortiz Morales, Alicia Sanz Zorrilla, Raquel Serrano Blanch, Manuel Valladares Ayerbes, Beatriz Rodríguez Alonso, María Teresa Cano Osuna, Enrique Aranda Aguilar** – Hospital Universitario Reina Sofía. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica. CIBERONC. Servicio de Oncología Médica. Servicio de Anatomía Patológica

**Introducción y Objetivos:** La relevancia de las micrometástasis ganglionares (MMG) en cáncer gástrico localizado (CGL) se desconoce, no siendo contempladas por el sistema TNM de la American Joint Committee on Cancer (AJCC). Se han publicado series retrospectivas, la mayoría asiáticas, con resultados contradictorios como factor pronóstico negativo.

Nuestro objetivo es determinar MMG en nuestra población y correlacionarlas con supervivencia.

**Material y Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de 75 pacientes con CGL: pN0, sin afectación metastásica al diagnóstico e intervenidos en nuestro Hospital desde 2005 hasta 2010. Se han excluido los casos con mortalidad perioperatoria y los no aptos para técnicas de inmunohistoquímica. Definimos MMG como células positivas de 0.2 mm a 2 mm, determinadas por Anatomía Patológica mediante citoqueratinas AE1/AE3. Hemos registrado variables clínico-patológicas, TNM versión 2010 de la AJCC, tratamientos y evolución, actualizando supervivencia a Marzo de 2018. Análisis de resultados mediante el programa SPSS v18.

**Resultados:** De los 75 pacientes incluidos, 46 fueron hombres y 29 mujeres. Se han analizado un total de 1009 ganglios procedentes de 64 casos (85.3% de la muestra). Se observaron MMG en 6 de 64 pacientes (9.37%). 3 fueron estadio I, 1 IIA y 2 IIB. 2 pacientes con MMG recibieron tratamiento perioperatorio (MAGIC) y 1 adyuvante (Mc Donald). En el momento del análisis, 3 de los 6 recayeron a distancia y fallecieron. Con una mediana de seguimiento de 69 meses, la media de SLP de nuestra serie fue de 127 meses IC 95 (115-140); siendo de 87 meses IC 95 (44-130) en los que presentan MMG frente a los que no, 135 meses IC (122-148), estadísticamente significativas ( $p=0.031$ ). No hemos encontrado diferencias significativas al relacionar MMG y SG ( $p=0.55$ ). La mediana de SG en nuestra serie es de 133 meses IC 95 (102.3-163.6). La SG de los que presentan MMG es de 89 meses IC 95 (48-130) versus 109 meses IC 95 (94-125).

**Conclusión:** Los resultados de la primera serie publicada en nuestro país de MMG en CGL, sugieren que la presencia de MMG podría constituir un factor pronóstico de SLP, menos frecuentes a lo descrito en otras series. Nuestro tamaño muestral y tiempo de seguimiento no permiten establecer la confirmación de la hipótesis, no encontrando diferencias estadísticamente significativas en SG.

### ePóster 292

## NECESIDAD DE ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN EL MANEJO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON CÁNCER DE PÁNCREAS.

**Mónica Guillot Morales, Ángeles Pulido Pulido, Margarida Mut Lloret, Raúl Sánchez Morillas, Juan Sarmentero Estrada, Hermini Manzano Alemany** – Hospital Universitari Son Espases

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de páncreas (CP) es un tumor muy agresivo con una supervivencia a los 5 años de 5%. El diagnóstico precoz es de gran importancia ya que aumenta la posibilidad de cirugía, y por lo tanto aumenta también la supervivencia del paciente. La inclusión en el

Comité Multidisciplinar de Tumores (CMT) de una enfermera gestora de casos (EGdC) podría suponer una mejora en el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes. El objetivo es describir y cuantificar el proceso del manejo del paciente con CP en el Hospital con la inclusión de EGdC en el año 2017. Compararlo con los datos que disponíamos del año 2016.

**Material y Métodos:** Se recogieron todos los pacientes con sospecha de padecer CP presentados en el CMT durante el año 2017 y se comparó con el año 2016 (sin EGdC). Se recogieron variables sociodemográficas, variables relacionadas con el diagnóstico e inicio del tratamiento y se realizó un análisis descriptivo. Se midió el impacto económico.

- Tiempo diagnóstico (TD): desde la fecha síntoma inicial hasta realización TAC
- Tiempo diagnóstico histológico (TDH): desde diagnóstico por TAC hasta confirmación histológica
- Tiempo inicio tratamiento (TT): desde TAC diagnóstico hasta inicio de tratamiento
- Nº visitas a Urgencias y días de hospitalización

**Resultados:** Se recogieron 37 pacientes en el año 2016, con edad media 64 años y 38% varones. En el año 2017 se recogieron 48 pacientes, con edad media 66 años y 61% varones. Tabla 1. En el año 2007, la media de días de tiempo transcurrido hasta diagnóstico y tratamiento por paciente ha disminuido considerablemente en un 23% (TD), 38% (TDH) y 23% (TT) con la intervención de la EGdC. La utilización de recursos sanitarios (urgencias/hospitalización) ha disminuido traduciéndose en un ahorro económico del 15% respecto al año 2016.

2016	N	Media(días)	IC 95%
TD	37	26	15-40,6
TDH	34	32	15-48,1
TT	29	48	31,3-64,2
2017	N	Media(días)	IC 95%
TD	48	20	6,7-34,1
TDH	44	20	11,7-29
TT	44	37	27,7-46,2

Tabla 1. Resultados

**Conclusión:** Se confirma que la gestión de una EGdC en el CMT de cáncer de páncreas ha mejorado los tiempos diagnósticos y terapéuticos en el paciente con CP lo cual es de vital importancia en su pronóstico.

## ePóster 293

**PAPEL DEL OXALIPLATINO EN EL TRATAMIENTO PERIOPERATORIO (QPO) DEL CÁNCER ESOFAGOGÁSTRICO (CEG): EXPERIENCIA DE UN CENTRO.**

**Ana Gil Torralvo, Adrián Sánchez Vegas, María Luisa Ruiz Julia, Virgilio Ruíz Luque, Jose Francisco Rodríguez, María Rodríguez de la Borbolla, Amelia López-Ladrón, Carlos Robles Barranza, José Fuentes Pradera, Eva María Fernández Parra** – Hospital Nuestra Señora de Valme

**Introducción y Objetivos:** La QPO aumenta la supervivencia global (SG) y libre de progresión (SLP) en CEG operable, como se demostró en el estudio MAGIC (epirrubicina, cisplatino y 5-FU (ECF) /capecitabina (ECX)). También hay datos de eficacia con el régimen EOX (epirrubicina, oxaliplatino y capecitabina). Recientemente el régimen FLOT (docetaxel, oxaliplatino y fluorouracilo / leucovorin) ha demostrado mejores tasas de SLP y SG comparado ECF/ECX, con mayor tasa de neutropenia 3/4 con FLOT. Valoramos los dos regímenes de QPO usados en nuestro centro, EOX y FLOT mediante tasas de resección con márgenes libres (R0), la morbi-mortalidad perioperatoria, ciclos post-operatorios, toxicidades, SLP y SG.

**Material y Métodos:** Análisis retrospectivo de pacientes con CEG localmente avanzado (N+/T3-4N0) tratados desde agosto 2016 hasta 1 mayo 2018 en H.U.Nuestra Señora de Valme. Se analizaron 19 pacientes, 10 recibieron EOX desde agosto 2016 a agosto 2017 y 9 pacientes recibieron FLOT desde agosto 2017 hasta 1 mayo 2018.

**Resultados:** Del total de pacientes, el 100% de EOX y el 88% de FLOT se intervinieron, mientras que 1 de los pacientes tratados con FLOT progresó al tratamiento. La R0 era del 85.7% en tratados con FLOT y 90% en EOX (los datos publicados muestran tasas R0 del 85% FLOT y 67% EOX) Las complicaciones postoperatorias con EOX se presentaron en 3/10 casos y con FLOT en 1/8 pacientes, tasas menores a las reportadas en la bibliografía. No hubo toxicidades grado 3/4 con EOX y con FLOT 2/9 pacientes presentaron neutropenia 4, uno de ellos febril; lo cual supone una tasa menor que en la literatura. Datos de SLP y SG se presentarán en el congreso.

**Conclusión:** Los esquemas EOX y FLOT, en los que oxaliplatino está presente a diferencia que en estudio MAGIC, muestran en nuestros pacientes altas tasas de R0 con escasas complicaciones postoperatorias y toxicidades 3/4, que permiten recibir casi en el 90% los ciclos programados. Estos datos podrían confirmarse en estudios prospectivos que comparen diferentes regímenes de QPO (EOX, ECX Y FLOT).

## ePóster 294

**Quimioradioterapia (CRT) adyuvante en cáncer de páncreas localmente avanzado. Experiencia de un grupo multiinstitucional en los últimos 7 años.**

**María Victoria de Torres Olombrada, Beatriz Losada Vila, Ignacio Juez Martel, David Gutierrez Abad, Tamara García Cañibano, Rocio Bermúdez Luna, Diego Malón Giménez, Laura Rodríguez Lajusticia** – Hospital Universitario de Fuenlabrada

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de páncreas es resecable en <20% de los pacientes, con una supervivencia de <15% a 5 años lo que hace importante la correcta elección de un tratamiento adyuvante que mejore estos resultados. Nuestro objetivo es revisar si el tratamiento adyuvante elegido en nuestro Hospital mejora las tasas de supervivencia en este subtipo de pacientes.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de 16 pacientes (años 2010-2017) diagnosticados de cáncer de páncreas localmente avanzado que una vez tratados con cirugía, ésta se siguió de QTRT adyuvante. Nuestro protocolo incluye 50,4 Gy de forma concurrente a 5FU/capecitabina o gemcitabina.

**Resultados:** La media de edad fue de 65 años {42-78} con una mediana de seguimiento de 37.4 meses {8-85}. La indicación de RT adyuvante fue debida a una resección incompleta (R1) en 62.5% (10/16) y a la presencia de ganglios afectos +/- T3/T4 en el restante 37.5%. El 81% eran pT3-T4. En el 31.2% (5/16) no había afectación linfática. La localización más frecuente fue la cabeza pancreática con un 62.5% (10/16) seguido de cuerpo-cola con un 31.25% (5/16) y proceso uncinado (6.25%, 1/16). Los tipos de cirugía fueron en un 56.2% (9/16) dudodenopancreatectomía cefálica seguido de dudodenopancreatectomía total en un 12.5% (2/16), esplenopancreatectomía corpoacudal en un 25% (4/16) y pancreatocistomía parcial distal en un 6.25% (1/16). Durante la concomitancia, en el 75% se prefirió gemcitabina vs 5FU/capecitabina (25%). En el 100% se alcanzó la dosis de 50.4 Gy mientras que en un 25% (4/16) de los que reciben QT no se cumplió la dosis prevista. La toxicidad más frecuente fue digestiva en forma de diarrea leve (25%) +/- hematológica (37.5%). En 10/16 se produjo recaída a distancia (ninguna local), de los cuales 7 se habían tratado por R1. Mediana de 20 meses desde el fin de la RT hasta la recaída {0-54}. El 37.6% (6/16) están vivos (18.8% sin enfermedad, 18.8% con enfermedad) mientras que el 62.4% (10/16) falleció en relación al tumor. \*Si comparamos qué factores pueden tener relación con la supervivencia, la mortalidad fue ligeramente superior en cabeza (57.14%) vs resto de localizaciones y resecciones R1.

**Conclusión:**

- El tratamiento de QTRT adyuvante es bien tolerado,finalizándolo el 100% de los pacientes.
- La indicación más frecuente(10/16=62.5%)para RT adyuvante fue debida a una resección incompleta(R1).
- Transcurre una mediana de 20 meses desde el fin de la RT hasta la recaída[0-54].

**ePóster 295**

### Quimioradioterapia (CRT) neoadyuvante en cáncer de páncreas localmente avanzado. Experiencia de un grupo multiinstitucional durante los años 2010-2017.

**Beatriz Losada Vila, Maria Victoria De Torres Olombrada, Ignacio Juez Martel, David Gutierrez Abad, Tamara García Cañibano, Julia Calzas Rodriguez, Carmen Pantín González, Laura Rodriguez Lajusticia, Diego Malón Giménez, Juan Antonio Guerra Martínez** – Hospital Universitario de Fuenlabrada

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de páncreas se diagnostica en >70% como una enfermedad metastásica, con una supervivencia <20% a los 5 años a pesar de la cirugía,por lo que los esfuerzos terapéuticos deben ir encaminados a la mejoría de dichos porcentajes. Nuestro objetivo es revisar las características demográficas,tipo de tratamiento y evolución de los pacientes tratados con quimioradioterapia neoadyuvante.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de 25 pacientes(años 2010-2017)diagnosticados de cáncer de páncreas localmente avanzado no resecable de inicio,en los que se plantea QT de inducción seguida de QTRT concomitante y tras ello cirugía si no progresión. Nuestro protocolo incluye 50,4 Gy de forma concurrente a QT.

**Resultados:** La mediana de edad fue de 65 años {38- 81}con una mediana de seguimiento de 22 meses {7-84}. El 96% son cT3-T4.El 40%(8/20)no presentaba afectación linfática,mientras que en un 30% la afectación era positiva (cN1)o desconocida (cNx)respectivamente. En cuanto a la localización,presentaron un mayor porcentaje en cabeza pancreática (44%) seguido de 28% en proceso uncinado y cola. Se planteó QT de inducción con Gemcitabina+Nab-paclitaxel en 44%(11/25)seguido de Folfirinox (6/25) y Gemcitabina(5/25).En concomitancia se prefirió de forma similar Gemcitabina ( 50%) vs 5FU/ Capecitabina (50%). No se alcanzó el total de 50.4 Gy en 3/25(12%). La toxicidad más frecuente fue digestiva en forma de diarrea leve y hematológica (50%). Hasta en un 56%(14/25) no se realizó cirugía dada la progresión/ no respuesta durante el tratamiento neoadyuvante.En el 44% restante,eltratamiento quirúrgico consistió por orden de frecuencia en dudodenopancreatocetomía cefálica, dudodenopancreatocetomía total,esplenopancreatocetomía corpoacudal e incluso en 15%(3/20) una cirugía paliativa. El 16% están vivos sin enfermedad,el 8% vivos con enfermedad,64%(16/25) falleció en relación al tumor mientras que un 12%(3/25)falleció sin enfermedad por complicaciones derivadas

del tratamiento quirúrgico. Respecto a los factores que pudieran relacionarse con mortalidad,eran pacientes mayoritariamente c T4,localizados en cuerpo-cola. Transcurren 3.7 meses{0-18 meses} desde fin de RT hasta la recaída.En los que se operan, las recaídas son a distancia y no a nivel local.

**Conclusión:**

- Un 15% no consigue completar el tratamiento neoadyuvante y el 40% que sí lo cumple tampoco llegan a ser operados.
- Hasta un 25% de los pacientes están vivos con un seguimiento cercano a los 2 años en una población de mal pronóstico.
- Transcurren 3.7 meses {0-18 meses} desde el fin de RT hasta la recaída.

**ePóster 296**

### Quimioterapia-radioterapia concomitante versus quimioterapia en cánceres de la unión esofagagástrica resecables. Experiencia en el hospital de Fuenlabrada en los últimos 4 años.

**Carmen Pantin González, Maria Victoria Torres, Beatriz Losada, Beatriz Antón, Cristina Sanchez, David Gutierrez, Iñaki Juez, Laura Rodriguez, Diego Malón, Juan Antonio Guerra** – Hospital Universitario de Fuenlabrada

**Introducción y Objetivos:** El papel de la quimioterapia preoperatoria está bien establecido en los carcinomas de la unión esofagagástrica. Nuestro objetivo es comparar la evolución de pacientes tratados con quimioterapia preoperatoria versus quimioterapia-radioterapia (QTRT)concomitante en neoadyuvancia.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de 12 pacientes (2015-2018) diagnosticados de cáncer de la unión esofagagástrica resecable en los que se plantea quimioterapia (capecitabina, oxaliplatino y epirrubicina EOX) seguido de cirugía y quimioterapia (MAGIC)versus carboplatino y paclitaxel semanal concomitante con RT (41.4 Gy) seguido de cirugía (CROSS).

**Resultados:** La mediana de edad fue 62 años(51-74)con una media de seguimiento de 12meses (1-28). EL 41,6% eran cT3,16% ct2 y 16% ct4. El 66% era N+, mientras que el resto no presentaba afectación linfática. 7/12 (58,3 %) presentaban histología de carcinoma epidermoide, 4/12 (33.33%) adenocarcinoma y 1/12 paciente tumor indiferenciado.Valor medio de antígeno carcinoembrionario al diagnóstico (21.18 ug/ml, [0-63]). 2/12(16,6%)fueron tratados con esquema MAGIC. 10/12(83.33%) recibieron QTRT concomitante seguido de cirugía.Tiempo medio desde fin neoadyuvancia hasta cirugía fue de 13.42 semanas (doble de tiempo que el descrito en las series por demora en fecha quirúrgica). 3 pacientes del grupo de QTRT (25%) no recibieron tratamiento quirúrgico (2 por progresión de la enfermedad y uno por muerte tromboembólica). 1 paciente del MAGIC y otro del esquema CROSS no recibieron la dosis completa del tratamiento quimioterapico en la neoadyuvancia debido a toxicidad (diarrea). Todos los pacientes del esquema CROSS

recibieron dosis completa de RT. RO (resección completa sin tumor viable a 1 mm del margen de resección) se alcanzó en el 100% de los pacientes intervenidos bajo esquema CROSS y en el 50% de los que recibieron EOX preoperatorio. No complicaciones postoperatorias reseñables en ninguno de los dos grupos. 3/12 (25%) progresaron. 1 del esquema CROSS presentó recaída ganglionar a los 4 meses de la cirugía. 2/12 del esquema MAGIC sufrieron recaída local y pulmonar a los 4 y 7 meses de terminar el tratamiento. El 75% de los pacientes presentaban anemia y un 83.3% disfgia al diagnóstico, 41.6% sufrieron pérdida de peso y el 16.6% precisó nutrición enteral. El 58% están vivos sin enfermedad, el 33% (4/12, dos del esquema EOX) fallecieron (1 no relacionado con el tumor y los restantes por progresión). 1 paciente permanece vivo con enfermedad.

**Conclusión:** La quimio-radio concomitante seguida de cirugía muestra mejores resultados de supervivencia libre de enfermedad que aquellos pacientes que no reciben RT neoadyuvante, sin aumento de la toxicidad.

### ePóster 297

#### Registro de tumores pancreáticos : Hospital Universitario La Paz.

Patricia Cruz Castellanos, Leticia Ruiz Gimenez, Paz Romera, Jaime Feliu, Miguel Amengual – *Universitario La Paz*

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de páncreas representa una de las neoplasias más agresivas en la actualidad y con peor pronóstico. Por ello, es fundamental realizar registros hospitalarios de esta patología con el objetivo de entender mejor su evolución y caracterizar la población afectada. El registro de tumores pancreáticos de nuestro hospital se encuentra encuadrado dentro del Registro de tumores del Hospital La Paz.

**Material y Métodos:** Se recogieron retrospectivamente todos los pacientes con una patología maligna pancreática diagnosticados en nuestro centro desde Enero de 2015 hasta Junio de 2017. Las variables a registrar son variables clasificadas como esenciales por la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (International Agency for Research on Cancer; IARC) y por la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN): aspectos demográficos sobre el paciente (sexo, fecha de nacimiento), localización tumoral agrupada por las secciones topográficas grandes de la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE-0), método diagnóstico empleado, el estadio tumoral al diagnóstico y el primer tratamiento administrado.

**Resultados:** Durante el periodo del estudio se incluyeron en el registro un total de 157 casos. La edad media de diagnóstico fue de 72 años +/- 10 (intervalo : 44 – 91). El 40.9% de los casos fueron varones y el 59.1% mujeres. La localización más frecuente registrada fue páncreas parte no especificada ( 70.9%), seguida de cabeza pancreática (16.9%). El 99% de los pacientes obtuvieron confirmación histológica de su neoplasia, siendo lo más frecuente el diagnóstico

por citología ( 79.9%) seguido del diagnóstico por biopsia de la tumoración primaria o de las metástasis (19.5%). El tipo histológico más frecuente fue el adenocarcinoma (76%). En cuanto al estadio tumoral, el 49% se diagnosticaron en estadio metastásico, mientras que el 31% en estadio localizado. Hasta un 14.1% de los pacientes no presentaron tratamiento activo para su neoplasia, mientras que un 45.6% recibieron quimioterapia sistémica y un 40% fueron pacientes quirúrgicos. La media de tiempo entre el diagnóstico y en tratamiento fue de 27 días +/- 33. En el momento del estudio el 50.3% de los pacientes habían fallecido.

**Conclusión:** Los registros hospitalarios de tumores pancreáticos podrían ayudar a establecer con precisión el perfil de la población atendida, contribuir a delinear la mejor estrategia diagnóstico-terapéutica y ser de utilidad en la investigación clínica.

### ePóster 298

#### Resultados en pacientes (pts) que habían recibido sorafenib (S) como única terapia sistémica previa del ensayo de fase 3 CELESTIAL de cabozantinib (C) versus placebo (P) en el carcinoma hepatocelular avanzado (CHC).

Luis Cabezón Gutiérrez – *Hospital Universitario de Torrejón*

**Introducción y Objetivos:** En el ensayo CELESTIAL, C mejoró la supervivencia global (SG) y la supervivencia libre de progresión (SLP) vs P en pacientes con CHC avanzado después de 1 o 2 líneas de tratamiento sistémico previo. La mediana de la SG fue 10,2 meses para C vs 8,0 para P (HR 0,76, IC 95% 0,63-0,92; p=0,0049), y la mediana de la SLP fue de 5,2 meses para C vs 1,9 para P (HR 0,44, IC 95% 0,36-0,52; p<0,0001). En este estudio, los resultados se analizaron en pacientes que habían recibido S como única terapia sistémica previa.

**Material y Métodos:** En el estudio general, 707 pts fueron aleatorizados 2:1 para recibir C (60 mg una vez al día) o P y estratificados por etiología, región geográfica y extensión de la enfermedad. Los pacientes elegibles tenían diagnóstico de CHC, Child-Pugh A y ECOG PS ≤ 1. Los pacientes recibieron S previo y podían haber recibido hasta dos líneas de terapia sistémica previa. Los resultados fueron analizados en pacientes que recibieron solo S previo en función de su duración (<3 meses, 3 a <6 meses y ≥6 meses).

**Resultados:** De los 495 pts que recibieron solo S previo, 136 (27%) recibieron S previo <3 meses, 141 (28%) 3 a <6 meses y 217 (44%) ≥6 meses. C mejoró la SG y la SLP vs P en pts que habían recibido solo S previo; la mediana de la SG fue de 11,3 meses para C vs 7,2 para P (HR 0,70) y la mediana de la SLP fue de 5,5 meses para C vs 1,9 para P (HR 0,40). Los resultados para la SG y la SLP también favorecieron C en los subgrupos según la duración del tratamiento con S (Tabla). La mediana de SG fue generalmente más prolongada en pacientes con S previo por períodos de tiempo más largos en



ambos brazos. Los acontecimientos adversos de grado 3/4 en los subgrupos fueron similares a los observados en la población general en ambos grupos.

**Conclusión:** C mejoró la SG y la SLP vs P en pacientes con CHC avanzado que habían recibido S como única terapia sistémica previa, independientemente de la duración del tratamiento previo con S.

	Solo S previo		Duración de S previo					
			<3 meses		3 a <6 meses		≥6 meses	
	C (N=331)	P (N=164)	C (N=89)	P (N=47)	C (N=98)	P (N=43)	C (N=143)	P (N=74)
Mediana SG, meses	11,3	7,2	8,9	6,9	11,5	6,5	12,3	9,2
SG HR (95% CI)	0,70 (0,55-0,88)*		0,72 (0,47-1,10)		0,65 (0,43-1,00)		0,82 (0,58-1,16)	
Mediana SLP, meses	5,5	1,9	3,8	1,8	5,4	1,9	5,7	1,9
SLP HR (95% CI)	0,40 (0,32-0,50)*		0,35 (0,23-0,52)		0,37 (0,25-0,56)		0,48 (0,35-0,67)	

\*Estratificado; los demás HR no están estratificados.

### ePóster 299

## SEGUNDA LÍNEA DE QUIMIOTERAPIA EN CÁNCER DE PÁNCREAS BASADA EN MONO O POLIQUIMIOTERAPIA: DESCRIBIENDO NUESTRA EXPERIENCIA, SUPERVIVENCIA Y FACTORES BIOLÓGICOS ASOCIADOS.

**Beatriz Antón Pascual, David Gutiérrez Abad, Beatriz Losada Vila, María Victoria De Torres Olombrada, Ignacio Juez Martel, Carmen Pantín González, Cristina Sánchez Cendra, Javier Letéllez Fernández, Laura Medina Rodríguez, Juan Antonio Guerra Martínez** – Hospital Universitario de Fuenlabrada

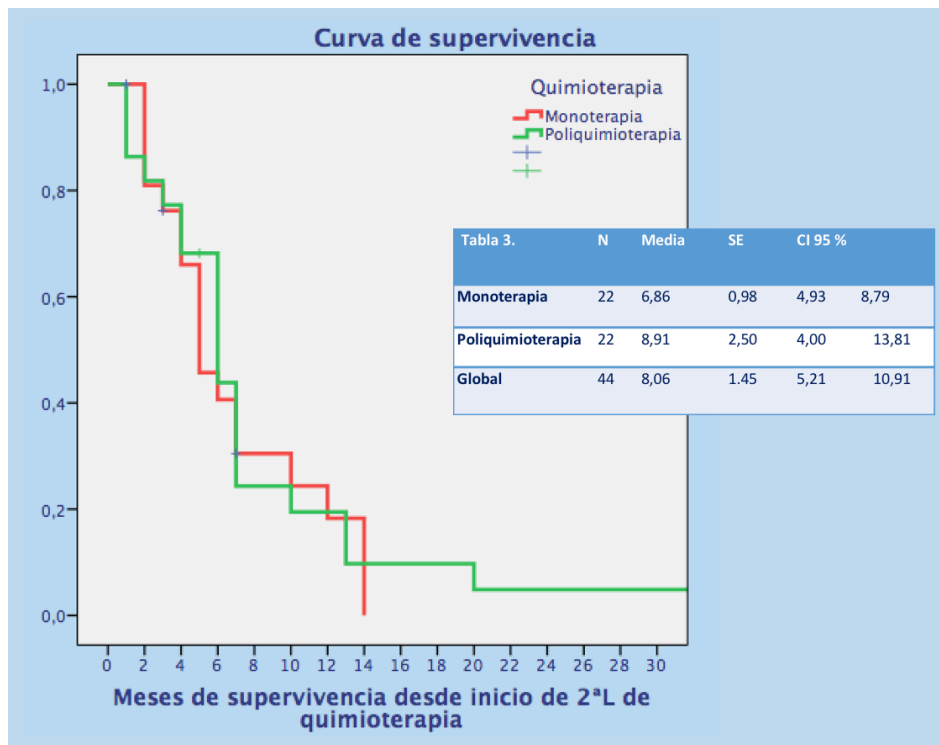
**Introducción y Objetivos:** Los tumores pancreáticos se caracterizan por diseminación metastásica temprana y supervivencia pobre. Así como en 1ª línea de quimioterapia (QT) en estadio avanzado contamos con Folfirinox o Gemcitabina-Nab paclitaxel, existe cierta controversia por la segunda, sin régimen estándar. El reto en la elección radica en la comorbilidad basal y derivada del tumor, además del perfil de efectos secundarios. Planteamos la existencia de correlación entre la situación clínica y toxicidad a la QT. Por eso, parece razonable pensar que regímenes en monoterapia tengan mejor perfil de tolerabilidad, independientemente de la respuesta. Seleccionamos a pacientes con tumor pancreático en nuestra área que han recibido 2ª línea estratificamos según número de fármacos de QT. En función a lo previo, describimos nuestra muestra y analizamos la supervivencia.

**Material y Métodos:** Estudio observacional retrospectivo que recoge los pacientes con adenocarcinoma pancreático diagnosticados desde enero de 2007 hasta diciembre de 2017, seleccionando sólo los que han recibido la 2ª línea de QT (n=51). Se extraen datos de la historia clínica electrónica sobre estadio tumoral, localización, ECOG, metástasis, o marcador CA 19,9 entre otros. Además 1ª y 2ª líneas de QT utilizadas, supervivencia en 2ª línea y global. Realizamos análisis estadístico en programa SPSS versión 22.

**Resultados:** Los tipos de QT más utilizados en 2ª línea son FOLFOX (25,5%), capecitabina (19,6%), gemcitabina (15,7%) o gemcitabina-nab paclitaxel (11,8%). Se estratifican los tratamientos en mono y politerapia, realizando un análisis de supervivencia (Figura 1: 6,86 vs 8,91, p=0,76) que no obtiene diferencias significativas. Este hecho plantea el beneficio de utilizar distintas terapias con perfil de toxicidad variable, que suele ser aditivo al utilizar más de un fármaco en pacientes con condiciones clínicas diversas. Sin embargo, en nuestra muestra gemcitabina en monoterapia y con Nab-paclitaxel presentan similar supervivencia (media 7,06 meses vs 7,49) con aceptable tolerancia (hematológica, astenia y neuropatía) y tendencia a mayor supervivencia global aunque no estadísticamente significativo, puesto que contamos con muestra reducida (p> 0,05).

**Conclusión:** No existen diferencias en supervivencia en pacientes con adenocarcinoma de páncreas que han recibido segunda línea de quimioterapia basada en uno o varios fármacos. En nuestra muestra gemcitabina sola o en combinación con nab-paclitaxel presenta una supervivencia mayor en 2ªL que el resto de los tratamientos elegidos, teniendo en cuenta la adición de fármaco, aunque con tolerancia aceptable de ambos.





Curva de supervivencia en 2ªL entre pacientes que reciben tratamiento en régimen de un sólo fármaco (rojo) frente a poliquimioterapia (verde)

### ePóster 300

## TOXICIDAD EN SEGUNDAS LÍNEAS DE CÁNCER DE PÁNCREAS: ESTUDIO DESCRIPTIVO Y FACTORES PRONÓSTICOS DE SUPERVIVENCIA.

**Beatriz Antón Pascual, Ignacio Juez Martel, Carmen Pantín González, Federico Longo Muñoz, David Gutiérrez Abad, María Victoria De Torres Olombrada, Beatriz Candel García, Beatriz Losada Vila, Diego Malón Giménez, Juan Antonio Guerra Martínez** – Hospital Universitario De Fuenlabrada

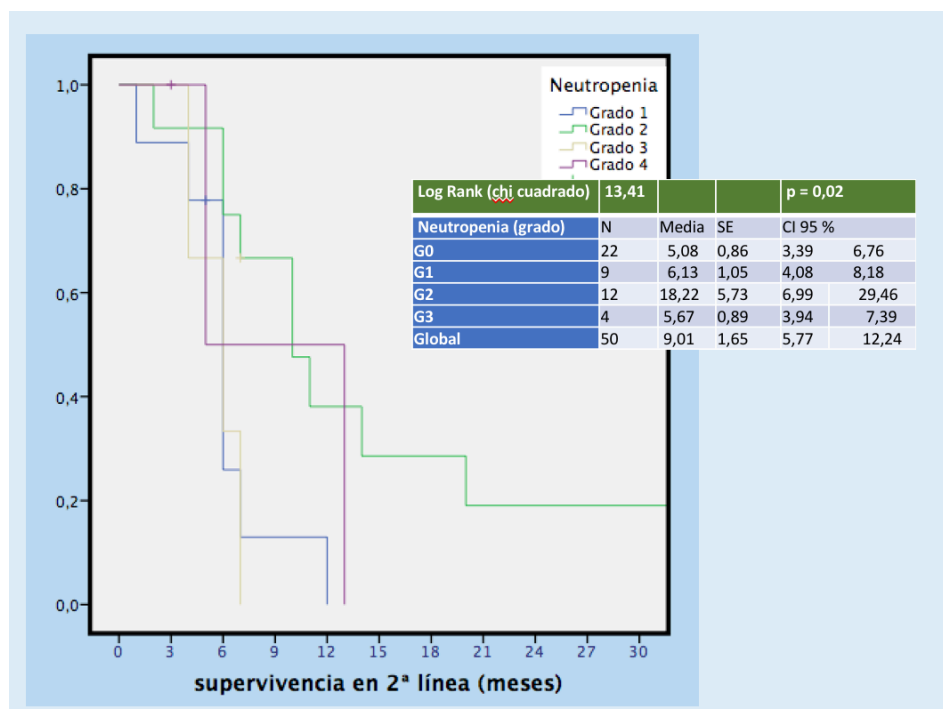
**Introducción y Objetivos:** Las neoplasias pancreáticas se caracterizan por presentar una situación clínica comprometida, derivada del propio tumor y afectación a distancia. Otras complicaciones como trombosis o obstrucción biliar, pueden interferir también en el devenir y tolerancia al tratamiento. Los efectos secundarios más frecuentes de la quimioterapia son mielotoxicidad, astenia y gastrointestinales. Hay que tener en cuenta que la situación basal puede interferir contribuyendo a perpetuarlos y agravarlos, influyendo de forma indirecta en la supervivencia. Se recogen las toxicidades más frecuentes asociadas a quimioterapia en nuestra muestra y realizamos un análisis estadístico para comprobar si se relacionan con cambios en supervivencia.

**Material y Métodos:** Estudio observacional retrospectivo que recoge pacientes con adenocarcinoma de páncreas diagnosticado entre enero de 2007 y diciembre de 2017 (n=105), seleccionando sólo los que han recibido 2ª línea de QT (n=51). Se extraen datos de la historia clínica sobre características del tumor y efectos secundarios como astenia, émesis, neuropatía y mielotoxicidad. Se realiza el análisis estadístico con el programa SPSS versión 22.

**Resultados:** Entre las toxicidades de perfil analítico destaca anemia grado 1 (49%), neutropenia G2 (12%), y trombopenia G2 (19,6%). Si hablamos de parámetros clínicos es la astenia G1 (19%) y G2 (18%), émesis G1 y 2 similar (11,8%) y neuropatía G2 (11,8%). Teniendo en cuenta estos llevamos a cabo un análisis de supervivencia donde se correlaciona la severidad de las anteriores con los meses de supervivencia en 2ª línea. Se obtienen correlación negativa significativa en supervivencia con anemia y astenia ( $p=0,022$  y  $p=0,036$  respectivamente). En el caso de neutropenia, sin embargo, se describe mayor supervivencia en aquellos que tienen un grado 2, con respecto al grado 1 (figura 2). Este hecho está motivado probablemente porque aquellos pacientes que viven más meses son en general aquellos que pueden recibir más ciclos de QT, y que han alcanzado respuesta con la misma.

**Conclusión:** La toxicidad de perfil medular es la más frecuente en los pacientes con tumores de páncreas avanzado seguida de astenia, teniendo en cuenta componente tumoral intrínseco. Aquellos pacientes que presentan mayor grado de anemia y astenia

poseen peor supervivencia en nuestra muestra. Con respecto a la neutropenia ocurre lo contrario, especialmente en el grado 2, debido a administración de más tratamiento, que traduce toxicidad más prolongada, pero que se relaciona con mejor supervivencia.



Curva de supervivencia que relaciona la neutropenia por grados con los meses en supervivencia tras inicio de segunda línea

### ePóster 301

#### Un Índice de Respuesta Inflamatoria Sistémica (IIRS) se correlaciona con la supervivencia en cáncer de páncreas metastásico.

**Vilma Pacheco-Barcia, Rebeca Mondéjar** – Hospital Universitario La Princesa. **Talya France** – McGill University Health Center. **Olga Donnay** – Hospital Universitario La Princesa. **George Zogopoulos** – McGill University Health Center. **Jacobo Rogado, Elena Martín** – Hospital Universitario La Princesa. **Nathaniel Bouganim, Jamil Asselah** – McGill University Health Center. **Ramon Colomer** – Hospital Universitario La Princesa

**Introducción y Objetivos:** La presencia de respuesta inflamatoria sistémica puede desempeñar un papel importante en el curso clínico del cáncer de páncreas. El objetivo de este estudio fue determinar el valor pronóstico de un IIRS basado en recuentos de neutrófilos, monocitos y linfocitos en el cáncer de páncreas metastásico.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de 84 pacientes con cáncer de páncreas metastásico diagnosticados entre enero 2014 y

enero 2018 en dos hospitales. Asociaciones entre la supervivencia general (SG), el tratamiento y los marcadores de respuesta inflamatoria clínicamente disponibles que han sido previamente validados, incluido IIRS (valor de corte  $\geq 1.9$  definido por ROC), índice neutrófilo-linfocitos (INL), índice plaquetas-linfocitos (IPL) e índice linfocitos-monocitos (ILM) fueron analizados.

**Resultados:** La mediana de edad fueron 63 años, 52 eran hombres. Regímenes de quimioterapia de primera línea: 39 (46.4%) recibieron Gemcitabina en monoterapia, 25 (29.8%) Gemcitabina + Nab-Paclitaxel y 20 (23.8%) FOLFIRINOX. La mediana de SG fue de 9 meses. El análisis univariante identificó IIRS  $\geq 1.9$  ( $p = 0.04$ ) y CA  $19.9 \geq 10000$  U/mL ( $p = 0.03$ ) como factores de riesgo significativos para OS. Por el contrario, INL  $\geq 5$  ( $p = 0.36$ ), ILM  $\geq 3$  ( $p = 0.6$ ), IPL  $\geq 150$  ( $p = 0.17$ ) no mostraron significación pronóstica. El análisis multivariante posterior mostró IIRS como un factor pronóstico independiente para la SG (HR 2.65, IC 95% 1.29-5.39,  $p = 0.007$ ). La mediana de SG para IIRS  $< 1.9$  fue de 11 meses en comparación con 5 meses para aquellos con IIRS  $\geq 1.9$  (Log Rank 3.921;  $p = 0.04$ ). Además, los pacientes con IIRS  $\geq 1.9$  tratados con FOLFIRINOX mostraron una mediana de SG de 10 meses en comparación con 5 meses con Gemcitabina + Nab-Paclitaxel (Log Rank 4.795;  $p = 0.02$ ).

## No Colorrectal

**Conclusión:** IIRS se asocia con la supervivencia en pacientes con cáncer de páncreas metastásico tratados con quimioterapia. Este hallazgo podría permitir identificar tratamiento más intensivos en pacientes con índices inflamatorios más altos.

## ePóster 302

### Uso y efectividad de distintos esquemas de quimioterapia en cáncer gástrico avanzado HER2 positivo: estudio nacional AGAMENON.

**Juana Maria Cano Cano** – Hospital General Universitario de Ciudad Real. **Paula Jimenez-Fonseca** – Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. **Javier Gallego Plazas** – Hospital General Universitario de Elche, Elche. **Ana Custodio** – Hospital Universitario La Paz, Madrid. **Manuel Sánchez Cánovas** – Hospital Universitario Morales Meseguer, Murcia. **Eva Martínez de Castro** – Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. **Montserrat Mangas** – Hospital Galdakao, Galdakao-Usansolo. **Laura Visa** – Hospital Universitario El Mar, Barcelona. **Aitor Azkarate** – Hospital Universitario Son Espases, Mallorca. **Alberto Carmona-Bayonas** – Hospital Universitario Morales Meseguer, Murcia

**Introducción y Objetivos:** El objetivo es conocer la efectividad de la quimioterapia en cáncer gástrico avanzado en función de la sobreexpresión de HER2 y el uso de trastuzumab.

**Material y Métodos:** Los datos se obtuvieron del registro AGAMENON de pacientes con adenocarcinoma de esófago distal, unión gastroesofágica (UGE) y estómago avanzado tratados en primera línea con esquemas de poliquimioterapia

estándar y seguidos hasta progresión o muerte entre 2008 y 2017 en 31 hospitales españoles. Los tumores se clasificaron en HER2+ (o HER2-) cuando presentaban (o no) una sobreexpresión definida como inmunohistoquímica de 3 cruces o de 2 con FISH+. Los esquemas de quimioterapia se agruparon en: dobletes de cisplatino u oxaliplatino con fluoropirimidina, tripletes de los anteriores asociados con docetaxel o epirrubicina y otros (modificaciones de los esquemas previos). Los pacientes con cánceres HER2+ recibieron trastuzumab asociado con la quimioterapia de primera línea. Se calculó la supervivencia libre de progresión (SLP) y la supervivencia global (SG) mediante el método de Kaplan-Meier. Para la comparación de las curvas de supervivencia según la sobreexpresión de HER2 se emplearon el estadístico de Log-Rank y la regresión de Cox.

**Resultados:** Se incluyeron 1538 pacientes de los cuales el 17,8% (n=274) presentaban sobreexpresión de HER2. Las características basales de los pacientes incluidos se detallan en la tabla 1. Globalmente, existieron diferencias estadísticamente significativas entre las poblaciones con y sin sobreexpresión de HER2 en la localización tumoral, el grado histológico, el subtipo histológico de Lauren, la existencia de metástasis peritoneales y la presencia de complicaciones graves tumorales al diagnóstico. En primera línea, la quimioterapia asociada con trastuzumab en tumores HER2+ obtuvo una SLP y SG superior a la quimioterapia en los HER2- siendo la SLP de 7.9 vs 6.2 meses,  $p < 0.001$  y la SG de 13.4 vs 10.5 meses,  $p < 0.001$ , respectivamente. La SLP en tumores HER2+ fue favorable a los dobletes con oxaliplatino frente a los de cisplatino (8.7 vs 7.9 meses,  $p = 0.005$ ) sin demostrar beneficio la adición de un tercer agente, docetaxel o epirrubicina.

**Conclusión:** La asociación de trastuzumab a quimioterapia en primera línea de cáncer gástrico avanzado HER2+ mejora la efectividad del tratamiento en términos de SLP y SG con los mejores resultados obtenidos por los dobletes de fluoropirimidina y oxaliplatino asociados con trastuzumab.



Características basales	Grupo sin trastuzumab HER2-, n= 1264		Quimioterapia + trastuzumab HER2+, n= 274		P valor
	N	%	N	%	
<b>Edad (años), mediana (rango)</b>	63.60 (20-89)		64.31 (20-89)		-
<b>ECOG-PS</b>					
0-1	1091	86.3	247	90.1	0.087
≥2	173	13.7	27	9.9	
<b>Estadio tumoral al diagnóstico de enfermedad metastásica</b>					
Metastásico de inicio	792	62.7	181	66.1	0.131
Irresecable localmente avanzado	398	31.5	85	31.0	
Cáncer recurrencia	74	5.8	8	2.9	
<b>Localización del primario</b>					
Estómago	1028	81.3	186	67.9	<0.001
Esófago	225	17.8	85	31.0	
No disponible/No clasificado	11	0.9	3	1.1	
<b>Grado histológico</b>					
1-2	481	38.0	156	56.9	<0.001
3	585	46.3	74	27.0	
No disponible	198	15.7	44	16.1	
<b>Clasificación de Lauren</b>					
Intestinal	544	43.0	174	63.5	<0.001
Difuso	484	38.3	46	16.8	
Mixto	55	4.4	18	6.6	
No disponible	181	14.3	36	13.1	
<b>Sobreexpresión Her2</b>					
No	1264	100	0	0	<0.001
Si	0	0	274	100	
<b>Complicaciones graves relacionadas con el cáncer</b>	164	12.9	18	6.6	0.003
<b>Comorbilidades de Charlson</b>					
<2	1083	82.0	222	81.0	0.715
≥2	228	18.0	52	19.0	
<b>Comorbilidad cardiovascular</b>					
No	1105	87.4	237	86.5	0.677
Si	159	12.6	37	13.5	
<b>Metástasis</b>					
Peritoneo	599	47.4	83	30.3	<0.001
Hígado	407	32.2	153	55.8	<0.001
Pulmón	151	11.9	63	23	<0.001
Hueso	121	9.6	24	8.8	0.676
<b>Cirugía del tumor primario</b>					
No	844	66.8	203	74.1	0.056
Si con intención curativa	376	29.7	65	23.7	
Si con intención paliativa	44	3.5	6	2.2	

Características basales de los pacientes con cánceres sin y con sobreexpresión de HER2.

## ONCOLOGÍA TRASLACIONAL

## ePóster 303

**Análisis de casos discordantes en el estado mutacional de RAS entre biopsia líquida y tejido en cáncer colorrectal metastásico.**

**Andrea Chulià-Piera** – Laboratorio de Oncología Molecular, Hospital General Universitario de Valencia; Valencia, España. **Silvia Calabuig-Fariñas** – Departamento de Patología, Universitat de València, Laboratorio de Oncología Molecular, Hospital General Universitario de Valencia – CIBERONC, Valencia, España. **Marais Mosqueda** – Laboratorio de Oncología Molecular, Fundación para la Investigación del Hospital General Universitario de Valencia; Valencia, España. **Alberto Cunquero** – Servicio de Oncología Médica, Hospital General Universitario de Valencia; Valencia, España. **Eva Escorihuela** – Laboratorio de Oncología Molecular, Fundación para la Investigación del Hospital General Universitario de Valencia – CIBERONC, España. **Lara Navarro** – Servicio de Anatomía Patológica del Hospital General Universitario de Valencia, España. **Sandra Gallach-García** – Laboratorio de Oncología Molecular, Fundación para la Investigación del Hospital General Universitario de Valencia – CIBERONC, España. **María José Safont** – Servicio de Oncología Médica, Hospital General Universitario de Valencia – CIBERONC, España. **Eloísa Jantus-Lewintre** – Laboratorio de Oncología Molecular, Fundación para la Investigación del Hospital General Universitario de Valencia – CIBERONC, Departamento de Biotecnología, Universitat Politècnica de València; Valencia, España. **Carlos Camps** – Departamento de Medicina, Universitat de València, Oncología Médica, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia -CIBERONC, España

**Introducción y Objetivos:** Las mutaciones en genes RAS se realizan rutinariamente en el cáncer colorrectal metastásico

(mCRC). Los tumores mutados en estos genes no responden a la terapia anti-EGFR. La PCR digital es una metodología ultrasensible que permite el análisis de mutaciones en muestras de biopsia líquida. El objetivo del presente estudio es comparar los resultados obtenidos en biopsia líquida frente al tejido tumoral y analizar los casos discordantes para evaluar la utilidad de este tipo de aproximaciones en la práctica clínica.

**Material y Métodos:** Se analizaron 93 muestras de sangre basal (obtenidas en Streck cell-free DNA BCT® o EDTA) y tejido tumoral de pacientes con mCRC mediante PCR digital (OncoBEAM RAS®) o qPCR, respectivamente. Se realizó estudio de correlación entre variables analíticas, considerándose significativas cuando  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Los resultados del análisis mutacional en sangre y tejido se muestran en la Tabla 1. Globalmente, se obtuvo una concordancia de 83.9% entre los resultados en tejido y biopsia líquida. En 15 casos (16.1%) los resultados fueron discordantes, de los cuales 5 presentaban mutaciones de RAS en sangre siendo WT en tejido. En 4 de éstos casos, la fracción mutante era  $< 1\%$ , mientras que en el restante fue del 54.5%. Este último paciente presentó una rápida progresión y fue exitus a los 45 días tras la determinación en sangre. Adicionalmente, en 10 casos se detectaron mutaciones en tumor pero no en sangre, de éstos en 9/10 pacientes había tenido lugar la resección quirúrgica del tumor primario previa a la extracción sanguínea, lo que explicaría la falta de detección de mutaciones en biopsia líquida.

**Conclusión:** La PCR digital aplicada a biopsia líquida presenta una alta concordancia con los resultados obtenidos en tejido en pacientes con mCRC. En los casos discordantes, esta aproximación significaría una manera más fiable de representar la heterogeneidad de la enfermedad metastásica.

Biopsia de tejido				
Biopsia líquida		Mutado	WT	Total
	Mutado	35	5	40
	WT	10	43	53
	Total	45	48	93

Tabla 1. Estado mutacional de RAS.

**ePóster 304**

**ANÁLISIS MOLECULAR DEL CARCINOMA DE ORIGEN PRIMARIO DESCONOCIDO. Caracterización molecular de tumores sólidos avanzados de origen desconocido y su implicación clínica.**

**Amaya B. Fernández Díaz** – Department of Medical Oncology, Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, Spain. **Vega Irazo** – Department of Medical Oncology, Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, Spain Centro de Investigación Biomédica en Red de Cáncer (CIBEROnC), Madrid, Spain. **Silvia Calabuig** – Molecular Oncology Laboratory, Fundación Investigación del Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, Spain Centro de Investigación Biomédica en Red de Cáncer (CIBEROnC), Madrid, Spain Department of Pathology, Universitat de València, Valencia, Spain. **Jesús Corral** – Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, ES. **María Valero** – ONCOAVANZE, Sevilla, ES. **Alejandro Pérez-Fidalgo** – Medical Oncology, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, ES. **Claudio D. Ávila** – Department of Medical Oncology, Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, Spain. **Alberto J. Cunquero** – Department of Medical Oncology, Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, Spain. **Cristina Caballero** – Department of Medical Oncology, Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, Spain Centro de Investigación Biomédica en Red de Cáncer (CIBEROnC), Madrid, Spain. **Carlos Camps** – Department of Medical Oncology,

Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, Spain Centro de Investigación Biomédica en Red de Cáncer (CIBEROnC), Madrid, Spain Department of Medicine, Universitat de València, Valencia, Spain

**Introducción y Objetivos:** La caracterización genómica de tumores mediante Next-Generation-Sequencing (NGS) asociado a pruebas inmunohistoquímicas (IHC) mejora el diagnóstico de origen y permite la detección de mutaciones accionables en pacientes con carcinoma de origen desconocido (CUP). Este estudio analiza la utilidad de la plataforma OncoDEEP® CUP con este propósito.

**Material y Métodos:** Estudio exploratorio prospectivo multicéntrico realizado en 4 instituciones (septiembre de 2017 a marzo de 2018) que incluye una cohorte de 60 pacientes con CUP metastásico. El estudio del perfil molecular se realiza mediante una plataforma que analiza por NGS un panel de más de 3.000 mutaciones en 65 genes (ver figura), seleccionadas por su relevancia clínica en cáncer, que junto con análisis IHC está diseñada para identificar el tumor primario y predecir la sensibilidad a tratamientos dirigidos y quimioterapias. Análisis de datos realizado mediante IBM®SPSS®Statistics.

**Resultados:** El 61,7% de la cohorte son mujeres con una media de edad de 60 años [24-80]. En el momento diagnóstico, el 52% presentaba afectación de más de un órgano con histología predominante adenocarcinoma (36.7%) seguido de carcinoma NOS (25%) y carcinoma de células escamosas (13.3%). El análisis no pudo completarse en el 10% de los casos debido a muestra tumoral insuficiente. En las 54 muestras restantes, se pudo asignar un origen probable en 43 casos (80%) y mutaciones potencialmente accionables en 36 casos (61%). Como era esperable, el gen mutado con mayor frecuencia fue TP53 (12/36), seguido de KRAS, TPMT, ARID1A, BRAF, CDKN2A, PI3KCA, PTEN y STK11. Actualmente se han registrado 11 muertes con una mediana de seguimiento de 6 meses, el resto de pacientes permanecen en estudio.

**Conclusión:** El estudio NGS puede brindar una oportunidad para que pacientes con CUP se beneficien de tratamientos específicos del tumor de origen o terapias personalizadas al identificar mutaciones accionables.

ABL1	AKT1	ALK	APC	ATM	AURK A	BRAF	CCDN1	CCNE1	CDH1
CDK4	CDKN2A	cMYC	CSF1R	CTNNB 1	DDR2	DPYD	EGFR	ERBB 2	ERBB4
ESR1	EZH2	FBXW 7	FGFR1	FGFR2	FGFR3	FLT3	GNA11	GNAQ	GNAS
HNF1A	HRAS	IDH1	IDH2	JAK2	JAK3	KDR	KIT	KRAS	MAP2K 1
MCL1	MDM2	MET	MLH1	MPL	NF1	NOTCH 1	NPM1	NRAS	PDGFRA
PDGFRB	PIK3CA	PTEN	PTPN1 1	RB1	RET	SMAD4	SMARCB 1	SMO	SRC
STK11	TP53	TPMT	UGT1A	VHL					

Genes hotspots analizados en el panel de secuenciación.



## ePóster 305

### Cambios acontecidos en Foxp3+ y CD8+ del tejido tumoral en cáncer de mama localmente avanzado tras neoadyuvancia. Indicadores pronósticos y predictivos.

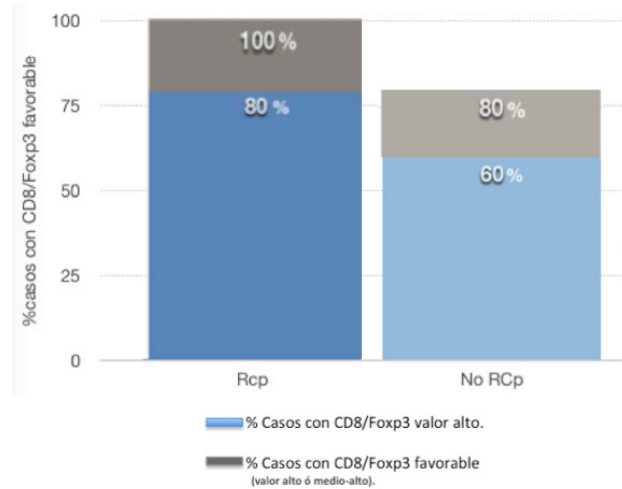
**Natalia Palazón Carrión, Pablo Espejo García, Omar Saavedra Santa Gadea, Francisco José Valdivia García, Alberto Torres Zurita, Lourdes Sevilla Ortega, Rocío Hernández-Pacheco Acosta, María Del Carmen Damas Fuentes, Ana Vallejo Benítez, Luis De La Cruz Merino – Huvmacarena**

**Introducción y Objetivos:** En cáncer de mama se ha descrito una posible correlación entre altos niveles de Foxp3 (Treg) y disminución de la supervivencia. Con este estudio pretendemos evaluar el cambio hacia un infiltrado inmune favorable tras QTNA y correlacionarlo con el tipo de respuesta y supervivencia alcanzada en cada uno de los subtipos tumorales.

**Material y Métodos:** En 40 pacientes con carcinoma infiltrante de mama localmente avanzado (T2-4 N0-3) sometidas a quimioterapia neoadyuvante (CDH ó TAC según estatus her2) entre marzo 2011 y diciembre 2012, se midieron los LT citotóxicos (TCD8+) y LT reg (Foxp3+) tanto en biopsia (preQTNA) como en pieza quirúrgica (postQTNA). Además se analizó el tipo de respuesta alcanzada tras QTNA (Miller & Paine) y la supervivencia (SG/SLE) a fecha de enero 2018, tras un mínimo de 5 años de seguimiento.

**Resultados:** El 100% de las pacientes que alcanzaron RCp o casi RCp (grados 4-5 Miller & Paine) tenían un ratio CD8/Foxp3 favorable (alto ó medio-alto), objetivándose hasta en un 80% de ellas, un ratio bastante elevado; mientras que sólo el 80% de las que no alcanzaron respuesta tuvieron ratio CD8/Foxp3 favorable (sólo 60% con ratio elevado) [Gráfica 1]. Además, el 100% de las pacientes her2 puro vivas y el 80% de pacientes luminal C vivas, tenían un ratio favorable frente al 50% de las pacientes luminal A vivas. Y del mismo modo, el 83% de los pacientes her2 puro sin recaída y el 75% de las pacientes luminal C sin recaída tenían ratio favorable frente al 33% de las pacientes luminal A. Sólo habían 2 pacientes triple negativo en la muestra para sacar conclusiones pero también parece correlacionarse ratio CD8/Foxp3 favorable y supervivencia.

**Conclusión:** La quimioterapia neoadyuvante parece modular el infiltrado inmune tumoral hacia un estado favorable al disminuir el número de Foxp3 (TCD4reg) y aumentar o no modificar los TCD8. Hay correlación entre un infiltrado favorable (CD8/Foxp3 elevado), respuesta a QTNA (RCp o casi RCp) y supervivencia (SG y SLE). En los subtipos Her2+ es mayor esta correlación, siendo más débil en los de fenotipo luminal A/B. Son necesarios más estudios con mayor tamaño muestral y análisis de otras variables (tamaño tumoral o ganglio afecto) para sacar conclusiones más precisas.



Gráfica 1. Relación entre tipo de respuesta alcanzada tras quimioterapia neoadyuvante y porcentaje de pacientes con ratio CD8/Foxp3 favorable

## ePóster 306

### Caracterización molecular de tumores sólidos facilitando el acceso a medicina de precisión en pacientes con reordenamientos de TRK. Experiencia del Hospital Ramón y Cajal.

**Ana Gomez Rueda, María Eugenia Olmedo, Magda Palka, Vanessa Pachon, Reyes Ferreiro, Amparo Benito, Monica Garcia-Cossio, Belen Perez, Jose Palacios, Pilar Garrido Lopez – Ramon y Cajal**

**Introducción y Objetivos:** La medicina de precisión favorece la utilización de fármacos dirigidos en función de las características individuales de cada paciente. Entrectinib, ha demostrado actividad en un estudio fase I en tumores sólidos con reordenamientos de NTRK 1, 2 y 3, ALK o ROS1, por lo que se ha puesto en marcha un ensayo de registro (STARTRK-2). La frecuencia de estos reordenamientos es baja en la mayoría de los tumores (< 3%), por lo que se hace necesaria la identificación de estos pacientes utilizando un método coste-efectivo.

**Material y Métodos:** Para optimizar la búsqueda de los pacientes con estas fusiones, en nuestro hospital seguimos un método con dos pasos, que se basa en la realización local de IHQ (pan-TRK + ROS1 + ALK) seguido de una NGS, en un laboratorio central, en aquellas muestras con IHQ positiva, para verificar la existencia de la fusión diana.

**Resultados:** Hasta el momento hemos analizado 202 pacientes con diferentes tipos tumores, todos ellos en estadio avanzado. La distribución es la siguiente: 68 pacientes (p) (37%) cáncer de pulmón, 57 (28%) colo-rectal, 14 (7%) cáncer de mama, 13 (6%) colangiocarcinomas, 9 (4%) tumores del SNC y sarcomas, 8 (4%) páncreas, 4 (2%) uroteliales y glándula salival, 3 (1.5%) próstata, 2 (1%) esófago, germinal, cabeza y cuello y endometrio, y 1 caso (0.5%)



de origen renal, gástrico, tumor de origen desconocido, cérvix y tumor neuroendocrino. De los pacientes analizados, 13 pacientes (6%) han presentado una IHQ positiva, siendo la distribución por origen tumoral: 3 en cáncer de pulmón, 3 en tumores SNC, 2 en sarcomas y colo-rectal, 1 en páncreas y esófago. Solo 2 de los 13 pacientes con IHQ + se ha confirmado mediante NGS central y han podido recibir tratamiento con Entrectinib dentro del ensayo clínico STARTRK-2.

**Conclusión:** La baja frecuencia de determinadas alteraciones moleculares requiere la validación de herramientas diagnósticas accesibles que contribuyan a la sostenibilidad del sistema. El análisis mediante IHQ permite identificar de una forma más coste efectiva, pacientes con reorganizaciones en genes NTRK, ALK y ROS, favoreciendo además el acceso temprano a fármacos dirigidos en el contexto de ensayos clínicos como es en este caso Entrectinib y el ensayo STARTRK-2.

ORIGEN	N pacientes	% del total	IHQ +	NGS +
PULMON	68	33,66	4	1
CCR	57	28,2	2	1
MAMA	14	6,9	-	-
COLANGIO	13	6,4	-	-
SNC	9	4,4	3	-
SARCOMA	9	4,4	2	-
PANCREAS	8	3,9	1	-
SALIVAL	4	1,98	-	-
UROTELIAL	4	1,98	-	-
PROSTATA	3	1,48	-	-
ESOFAGO	2	0,9	1	-
GERMINAL	2	0,9	-	-
CYC	2	0,9	-	-
ENDOMETRIO	2	0,9	-	-
RENAL	1	0,49	-	-
GASTRICO	1	0,49	-	-
TOD	1	0,49	-	-
CERVIX	1	0,49	-	-
TNE	1	0,49	-	-

*Distribución de pacientes a los que se les llevo a cabo determinación del panel y los que obtuvieron resultado positivo por IHQ y NGS*

## ePóster 307

**Cribado de alto rendimiento y evaluación in vitro/in vivo de nuevos fármacos dirigidos a Células Madre del Cáncer de pulmón.**

**Héctor Amado-Labrador** – Fundación Carolina/BBVA, Laboratorio de Oncología Molecular, Fundación para la investigación del Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España. **Eloisa Jantus-Lewintre** – Laboratorio de Oncología Molecular, Fundación para la Investigación del Hospital General Universitario de Valencia – CIBERONC, Departamento de Biotecnología, Universitat Politècnica de València, Valencia, España. **Silvia Calabuig-Fariñas** – Departamento de Patología, Universitat de València, Laboratorio de Oncología Molecular, Hospital General Universitario de Valencia – CIBERONC, Valencia, España. **Cristóbal Aguilar-Gallardo** – Laboratorio de Oncología Molecular, Fundación para la Investigación del Hospital General Universitario de Valencia – CIBERONC, España. **Juan Murga** – Departamento de Química Inorgánica y Orgánica, Universitat Jaume I, Castellón, España. **Elena Duréndez-Sáez** – Laboratorio de Oncología Molecular, Fundación para la Investigación del Hospital General Universitario de Valencia – CIBERONC, Valencia, España. **Marais Mosqueda** – Laboratorio de Oncología Molecular, Fundación para la Investigación del Hospital General Universitario de Valencia; Valencia, España. **Eva Escorihuela** – Laboratorio de Oncología Molecular, Fundación para la Investigación del Hospital General Universitario de Valencia – CIBERONC, España. **Ricardo Guijarro** – Departamento de Medicina, Universitat de València, Departamento de Cirugía Torácica, Hospital General Universitario de Valencia; Valencia, España. **Carlos Camps Herrero** – Departamento de Medicina, Universitat de València, Oncología Médica, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia – CIBERONC, Valencia, España

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) se caracteriza por bajas tasas de respuesta y mal pronóstico. La mayoría de los pacientes son diagnosticados en estadios

avanzados, donde la quimioterapia sigue siendo el estándar de tratamiento a pesar de los avances producidos en estos últimos años. Las resistencias se han asociado a las Células Madre Tumoraes (CMTs), una subpoblación altamente tumorigénica, con propiedades de auto renovación y con la capacidad de crecer en formación esferoide en condiciones de no adherencia. El objetivo de este estudio es descubrir nuevas estrategias terapéuticas frente a las CMTs de pulmón a través de plataformas de cribado.

**Material y Métodos:** Se realizó un cribado con quimiotecas comerciales (Prestwick y Myria), comparando el efecto citotóxico en células en monocapa frente a las tumoresferas de 8 pacientes con CPNM resecaos y 11 líneas celulares de CPNM. Los compuestos se analizaron por triplicado en tres experimentos independientes a diferentes concentraciones (0,01 a 50µM). Consecutivamente, se indujeron 8 tumores en ratones NOD/SCID mediante la inoculación de tumoresferas derivadas de un paciente con CPNM y de la línea H1650. Los fármacos seleccionados se administraron por vía intraperitoneal (3 veces por semana, 100 mg/kg). En estos momentos se están caracterizando la vías implicadas en la inhibición de las CTMs de estos fármacos mediante análisis de expresión génica.

**Resultados:** Se identificaron 3 fármacos (DSF, Compuesto 1 y Compuesto 2) con mayor efecto citotóxico contra las tumoresferas, en comparación con un efecto pobre o nulo sobre las células en monocapa. Estos resultados se validaron in vivo, demostrando la capacidad de estos fármacos para inhibir el crecimiento tumoral en ratones tratados con respecto al control (Tabla 1). Actualmente se están analizando las vías de señalización involucradas en el mecanismo de acción de estos fármacos.

**Conclusión:** Nuestros hallazgos in vitro e in vivo revelan que los presentes fármacos pueden inhibir las propiedades de las CMTs de pulmón. Por lo tanto, podrían ser una potencial terapia dirigida frente a la subpoblación de CMTs.

Ratón (línea/Paciente)	Volumen Tumoral (mm <sup>3</sup> )	Reducción Tumoral (%)
H1650_CNT	1593,11	
H1650_DSf	541,44	66,02
H1650_Compuesto 1	483,72	68,64
H1650_Compuesto 2	276,98	82,62
Paciente_CNT	1645,68	
Paciente DSf	490	70,23
Paciente_Compuesto 1	721,56	56,16
Paciente_Compuesto 2	1020	38,02

Tabla 1. Porcentaje de reducción tumoral en los ratones tratados respecto al control.

## ePóster 308

### Identificación de Células Madre Tumoraes (CMTs) mediante Autofluorescencia: una técnica sencilla y específica.

Miriam López-Gómez, Enrique Casado, Marta Muñoz – Hospital Universitario Infanta Sofía. Sonia Alcalá – Universidad Autónoma Madrid. Juan Moreno, Silvia Salinas, Francisco Zambrana, Ana María Jiménez-Gordo – Hospital Universitario Infanta Sofía. Bruno Sainz Jr – Universidad Autónoma Madrid

**Introducción y Objetivos:** La investigación en CMTs, su implicación en la progresión tumoral y en el desarrollo de metástasis a distancia representan uno de los pilares de la biología molecular tumoral. El análisis mediante Autofluorescencia (AF) de estas células ofrece un escenario ideal para estudiar sus implicaciones pronósticas y desarrollar nuevos fármacos. Los objetivos de nuestro trabajo son dos: 1) identificar y aislar CMTs mediante AF en tejidos frescos procedentes de tumores resecados y 2) Determinar las correlaciones entre las células autofluorescentes y las características moleculares, histopatológicas y clínicas más representativas de los tumores para obtener información pronóstica y predictiva.

**Material y Métodos:** Se ha analizado tejido en fresco proveniente de 97 tumores resecados a lo largo de 24 meses. El porcentaje de CMTs se ha determinado mediante AF, la consecuencia del acúmulo de Riboflavina en vesículas discretas citoplasmáticas que sobreexpresan el transportador dependiente de ATP ABCG2. Simultáneamente se ha analizado la expresión de los marcadores característicos de CMTs -CD133 y CD90-. Se utilizó Fumitremorgine C (FTC), un inhibidor específico de ABCG2, para verificar la especificidad de la autofluorescencia observada (la AF desaparece en presencia de este inhibidor).

**Resultados:** Se detectaron células AF en el compartimento epitelial (EPCAM+) en el 60% de los tumores analizados, siendo los tumores gastrointestinales los que mostraban un mayor porcentaje. Estas células expresaban además marcadores característicos de CMTs, como CD90. La AF desaparecía cuando las células se incubaban con FTC, lo que a su vez nos confirmaba que la AF era dependiente de ABCG2.

**Conclusión:** Las CMTs pueden detectarse de manera sencilla y rigurosa mediante AF. La sencillez de esta técnica permitiría su universalización y el estudio del comportamiento de las CMTs, su implicación en la progresión de la enfermedad y en los mecanismos de quimioresistencia. Además, nos permitiría desarrollar nuevas moléculas dirigidas que incrementen la supervivencia de los pacientes.

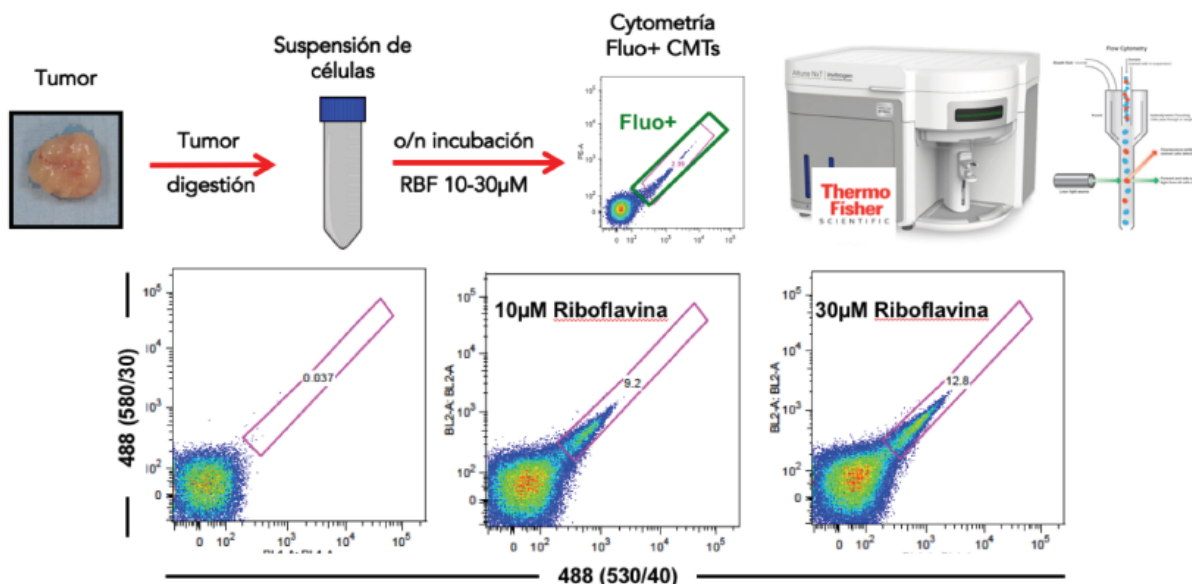


Figura 1: Metodología para detectar las CMTs autofluorescentes en cánceres epiteliales

Metodología para determinación de CMTs

## ePóster 309

**Identificación de marcadores en la carcinomatosis peritoneal de cáncer colorrectal.**

**Daniel Pastor** – Hospital La Paz. **Patricia Carnicero** – UAM. **Jorge Santos** – UAM-CSIC. **Javier Cobos** – UAM. **Nuria Rodríguez, Juan Pedro Perez, Isabel Prieto, Gemma Domínguez** – Hospital La Paz

**Introducción y Objetivos:** Hasta ahora esta carcinomatosis peritoneal se trataba con quimioterapia sistémica, pero no proporcionaba tasas de supervivencia a largo plazo mayores de 6 a 12 meses, y los pacientes terminales presentaban una calidad muy mala (Lieselotte et al., 2012). Hoy en día, suele tratarse mediante una cirugía muy agresiva citoreductora que extrae la mayor parte del tumor, asociada a una quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (HIPEC). La administración de la quimioterapia de forma regional permite la exposición directa del tejido tumoral poco vascularizado a una mayor concentración de agentes citotóxicos. Este tratamiento combinado proporciona una mejor tasa de supervivencia libre de enfermedad, mejores supervivencias a 5 años (alrededor del 40%) y mayor porcentaje de casos de curación. Sin embargo, requiere de especialistas altamente cualificados, ya que se asumen grandes riesgos debido a su alta toxicidad y complicaciones en la cirugía o en la quimioterapia, por lo que además requiere de una selección exhaustiva de los pacientes (Koppe et al., 2006; Spiliotis et al., 2016). Sin embargo, la falta de conocimiento del proceso de carcinomatosis peritoneal hace que la posibilidad de curación en estadios muy avanzados sea todavía limitada. Así nuestro objetivo es conocer en mayor profundidad los mecanismos moleculares subyacentes a esta enfermedad.

**Material y Métodos:** Hemos evaluado en ratones inmunodeprimidos la capacidad de adhesión al peritoneo de células tumorales de colon control o que presentan alteración de distintos miembros de la familia de p53.

**Resultados:** Claramente las células tumorales de colon con expresión aberrante de algunos miembros de la familia de p53 presentan un mayor tropismo por el peritoneo que las células control.

**Conclusión:** El conocimiento de las bases moleculares de la carcinomatosis peritoneal del cáncer colorrectal nos ayudará a un manejo más ajustado de los pacientes y al diseño de nuevos regímenes terapéuticos.

**Pedro Sánchez Mauriño, Gema María Saavedra García, Enrique Aranda Aguilar** – Hospital Universitario Reina Sofía

**Introducción y Objetivos:** La angiogénesis constituye un paso clave en la progresión del tumor y la dispersión metastásica de las células tumorales. Aunque la terapia antiangiogénica ha demostrado su eficacia, se necesitan biomarcadores que permitan identificar pacientes de mayor beneficio a esta terapia. La imagen por espectrometría de masas (MALDI-MSI) es una prometedora técnica que podría contribuir en la identificación de biomarcadores predictivos de respuesta.

**Material y Métodos:** Se seleccionaron 45 muestras de tejido parafinado de 32 pacientes con cáncer de mama metastásico tratadas con bevacizumab, de las cuales 2 presentaron RC, 11 RP, 14 EE y 5 progresión. Las muestras se procesaron sobre cristales ITO para su análisis por MALDI-MSI. Se usó el programa informático Cardinal MSI para el análisis no supervisado de los tumores y la disección virtual de los mismos (separación del tejido tumoral del resto del espécimen) guiado por anotaciones anatómo-patológicas. Mediante el programa informático Caret se generaron diferentes modelos de clasificación de acuerdo con el tiempo de fallo al tratamiento (pacientes respondedores  $\geq 9$  meses; pacientes no respondedores  $< 9$  meses), el estadio inicial de la enfermedad y la supervivencia a los cinco años.

**Resultados:** La utilización de esta técnica permitió la correcta identificación del tejido tumoral y su disección del tejido no tumoral en el 100% de las muestras, para su posterior estudio. El análisis de clasificación de los datos de espectrometría de masas no identificó una firma proteómica característica de respuesta a la terapia con bevacizumab. Igualmente, el análisis no generó un clasificador eficaz como predictor del estadio de la enfermedad ni la supervivencia.

**Conclusión:** La dificultad técnica para el estudio de tejido tumoral de mama y la conocida heterogeneidad molecular del cáncer de mama, unido al hecho de ser pacientes politratadas podrían explicar el resultado de este estudio. La posibilidad de incluir otras biomoléculas en los estudios de MALDI-MSI, como el análisis lipídico, podría constituir un abordaje alternativo para aumentar la capacidad de identificar biomarcadores de pronóstico y de predicción de respuesta al tratamiento.

## ePóster 310

**“Imagen Molecular por Espectrometría de Masas para el desarrollo de biomarcadores clínicamente relevantes en cáncer de mama”.**

**Luis Alonso Álvarez** – Hospital Universitario Reina Sofía. **Francisco Manuel Conde Pérez** – IMIBIC. **CIBERONC. Carmen García Durán** – Hospital Universitario Reina Sofía. **Helena Molina Abril** – IMIBIC.

## ePóster 311

**Interacción entre las Células Madre Tumorales (CMTs) y el microambiente inmune del Cáncer de Pulmón No Microcítico (CPNM).**

**Feyu Zhang, Ning Dong, Susana Torres** – Laboratorio Oncología Molecular. **Fundación Investigación Hospital General Universitario Valencia, Valencia, España. Silvia Calabuig-Fariñas** – Laboratorio





Oncología Molecular.Fundación Investigación Hospital General Universitario Valencia, Valencia, España; Centro Investigación Biomédica en Red de Cáncer (CIBERONc), Madrid, España; Departamento de Patología, Universitat de València, Valencia, España. **Rafael Sira** – Departamento de Biotecnología, Universitat Politècnica de Valencia-CIBERONc, Valencia, España. **Marais Mosqueda** – Laboratorio Oncología Molecular.Fundación Investigación Hospital General Universitario Valencia, Valencia, España. **Eva Escorihuela** – Laboratorio Oncología Molecular, Fundación de Investigación Hospital General Universitario de Valencia-CIBERONc, Valencia, España. **Eloisa Jantus-Lewintre** – Laboratorio Oncología Molecular, Fundación Investigación Hospital General Universitario Valencia, Valencia, España; Centro Investigación Biomédica en Red de Cáncer (CIBERONc), Madrid, España; Departamento de Biotecnología, Universitat Politècnica València, Valencia, España. **Carlos Camps** – Oncología médica, Departamento de la Oncología Médica, Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España; Centro Investigación Biomédica en Red de Cáncer (CIBERONc), Madrid, España; Departamento de Medicina, Universitat de València, Valencia, España

**Introducción y Objetivos:** Las células madre tumorales (CMTs) son una subpoblación celular con propiedades de autorenovación, con capacidad de crecer como esferas en condiciones de no adherencia y de iniciar tumores. Recientemente, avances en los estudios sobre mediadores solubles ha permitido comprender las interacciones entre CMTs y el microambiente tumoral. El objetivo del presente estudio es comparar la capacidad de modulación del microambiente inmune que existe entre las células tumorales más diferenciadas (monocapa) y las tumoresferas de CPNM.

**Material y Métodos:** Se estudió el sobrenadante de los cultivos celulares en monocapa y en tumoresferas a partir de 8 tumores resecados de pacientes con CPNM y 10 líneas celulares, en 2 densidades diferentes (104 y 105 células/ml). Analizamos 8 factores solubles inmunosupresores (IL-4, IL-10, IL-13) e inmunorreguladores (IL-6, IL-8, IL-17A, TNF $\alpha$ , IFN $\gamma$ ) a través de un inmunoensayo multiplexado ultrasensible (Milliplex<sup>®</sup> MAP Kit HSTCMAG-28SK panel, Millipore) en Luminex xMAP<sup>®</sup>.

**Resultados:** Se detectaron niveles de IL-4, IL-6, IL-8 y TNF $\alpha$  en todas las muestras. Respecto al IFN $\gamma$ , IL-10, IL-13, IL-17A no se detectaron en el sobrenadante de células crecidas en adherencia en la mayoría de los cultivos. Se encontraron diferencias significativas en los niveles de IL-6, IL-13, IL-17A, TNF $\alpha$ , IFN $\gamma$  entre las células adherentes y en tumoresferas. Además, los niveles de IL-4, IL-10, IL-13, IL-17A, IFN $\gamma$  en las tumoresferas fueron mucho más elevados respecto a las células en monocapa; sucediendo lo contrario con la IL-6 y TNF $\alpha$ . Para finalizar, destacar que la IL-8 es la molécula más secretada en ambas condiciones en todos los cultivos celulares.

**Conclusión:** Nuestros hallazgos sugieren que la secreción de IL-8, IL-13, IL-17A e IFN $\gamma$  por las CMTs podría estar involucrada en la modulación del microambiente inmune del CPNM. El siguiente paso es ampliar la cohorte para validar estos resultados y analizar nuevos factores. Financiado por FEDER y PI12-02838 y PI15-00753 del ISCIII y Fundación Arnal Planelles.

## ePóster 312

### Perfil Linfocitario en Sangre Periférica como Biomarcador Predictivo de Respuesta a Inmunoterapia Anti-PD1/PDL1 en Carcinoma No-Microcítico de Pulmón.

**Hugo Arasanz Esteban** – Complejo Hospitalario de Navarra/ Navarrabiomed. **Miren Zuazo Ibarra, María Gato Cañas** – Navarrabiomed. **Gonzalo Fernández Hinojal, Berta Hernández Marín, Maite Martínez Aguillo** – Complejo Hospitalario de Navarra. **María Ibáñez Vea, Grazyna Kochan** – Navarrabiomed. **Ruth Vera García** – Complejo Hospitalario de Navarra. **David Escors Murugarren** – Navarrabiomed

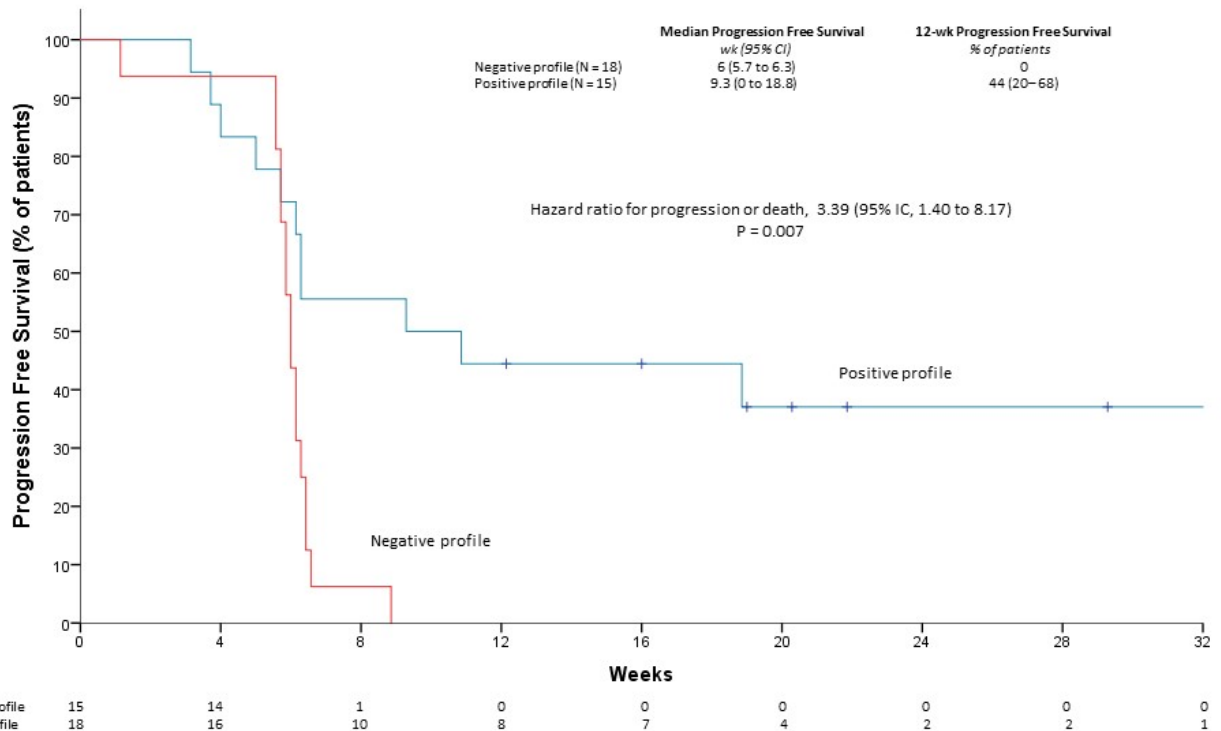
**Introducción y Objetivos:** A pesar de que la inmunoterapia anti-PD1/PDL1 ha supuesto un gran avance en el tratamiento del carcinoma no-microcítico de pulmón (CNMP), una proporción importante de los pacientes no responden a estos tratamientos, y hasta la fecha no se conocen biomarcadores que permitan identificarlos con precisión. Nuestro grupo ha conseguido correlacionar el perfil linfocitario sistémico pretratamiento con la probabilidad de respuesta al tratamiento.

**Material y Métodos:** Se han reclutado 34 pacientes con CNMP, pendientes de inicio de 2<sup>o</sup> línea de tratamiento con anti-PD1/PDL1. A partir de una muestra de sangre periférica, obtenida antes de cada ciclo, se han evaluado por citometría de flujo las subpoblaciones linfocitarias teniendo en cuenta su expresión de CD4, CD8, PD-1, CD27, CD28, CD45RA, CD62L y Ki67. Se ha correlacionado los perfiles linfocitarios basales y los cambios observados en los mismos con la efectividad del tratamiento.

**Resultados:** La tasa de respuestas (TR) para pacientes con un perfil linfocitario CD4 desfavorable (CD4+ CD27+ CD28+  $\leq$  40% y CD4+ CD27+ CD28+ > 40%) fue del 0%, mientras que fue del 40.7% (IC95%, 23.9-59.4) en el resto de pacientes. La supervivencia libre de progresión (SLP) a 12 semanas fue de 0% y 42% (IC95%, 18-66) respectivamente ( $p = 0.005$ ). El hazard ratio (HR) para progresión o muerte fue 3.885 (IC95% 1.6-9.6). La respuesta al tratamiento se asocia con una disminución de la proporción de linfocitos senescentes ( $p = 0.001$ ), y exige que esta se mantenga en el tiempo.

**Conclusión:** La respuesta al tratamiento anti-PD1/PDL1 en CNMP depende de las subpoblaciones de linfocitos T CD4. La monitorización de estas subpoblaciones permite un seguimiento de la eficacia del tratamiento a tiempo real. Un perfil desfavorable previo al inicio de la inmunoterapia se relaciona con una falta de efectividad de la misma y progresión precoz de la enfermedad, por lo que en estos pacientes se debería plantear una estrategia terapéutica diferente.





Kaplan Meier para supervivencia libre de progresión en función del fenotipo linfocitario pre-tratamiento

**ePóster 313**

**Perfil lipidómico sérico como biomarcador de respuesta a inhibidores de tirosina quinasa de EGFR en pacientes con carcinoma de pulmón no microcítico.**

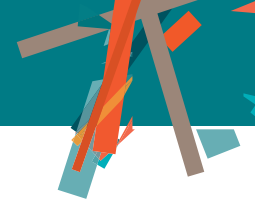
**Oscar Juan-Vidal** – Servicio de Oncología Médica, Hospital UiP La Fe, Valencia /Unidad de Biomarcadores y Medicina de precisión, IIS-LaFe, Valencia. **David Lorente** – Servicio de Oncología Médica, Hospital UiP La Fe, Valencia. **Amelia Insa, Paloma Martín** – Hospital Clínic Universitari, Valencia. **Maribel Alcoriza-Balaguer** – Unidad de Biomarcadores y Medicina de precisión, IIS-La Fe, Valencia. **Sarai Palanca** – Unidad de Biología Molecular, Hospital UiP La Fe, Valencia. **Marta Benet** – Unidad de Biomarcadores y Medicina de precisión, IIS-LaFe, Valencia. **Carmina Rodrigo** – Servicio de Oncología Médica, Hospital UiP La Fe, Valencia. **Julian Carretero** – Unidad de Biomarcadores y Medicina de precisión, IIS-LaFe, Valencia / Universitat de València. **Agustín Lahoz** – Universitat de València

**Introducción y Objetivos:** Los inhibidores de tirosina quinasa (ITQ) constituyen el tratamiento estándar del cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) con mutaciones activadoras del receptor del factor de crecimiento

epidérmico (EGFR). Sin embargo, a pesar del aumento en respuestas y supervivencia libre de progresión (SLP) demostrados en ensayos clínicos, hasta un 30% de los pacientes no se benefician del tratamiento. Además, la mayoría de los pacientes terminan adquiriendo resistencia a los ITQs. El objetivo del estudio es determinar si existe una asociación entre el perfil lipidómico y la efectividad del tratamiento con ITQ de EGFR.

**Material y Métodos:** El análisis lipidómico se llevó a cabo mediante espectrometría de masas y cromatografía líquida. Se analizaron 28 sueros de pacientes CPNM-EGFR recogidos antes del inicio del tratamiento con ITQs. De acuerdo a la supervivencia global, se definió a los pacientes como largos supervivientes (LS – supervivencia ≥ 30 meses) y cortos supervivientes (CS – supervivencia < 10 meses). Se realizó un análisis diferencial de lipotipos entre ambos grupos.

**Resultados:** El análisis diferencial de los lipotipos de SS y LS mostró importantes diferencias en 5 clases de lípidos: ácidos grasos (FA), fosfolípidos (PL), triglicéridos (TG), lisofosfolípidos (LysoPL) y esfingomielinas (SM). El análisis multivariante permitió definir una firma lipidómica asociada al beneficio del tratamiento con ITQ compuesta por 8 PLs, 2 FA, 1 LysoPL, 3 TG y 1 SM.



**Conclusión:** Este estudio sugiere el potencial de la lipidómica para definir firmas moleculares asociadas a la respuesta al tratamiento con ITQs de pacientes CPNM-EGFR. Estos resultados preliminares se encuentran actualmente en fase de validación clínica. En la era de la medicina de precisión, nuestro estudio sugiere que los lipotipos de los pacientes podrían ser la base de modelos predictivos de respuesta a tratamientos que podrían incorporarse para asistir en la toma de decisiones terapéuticas.

### ePóster 314

#### “Proyecto multicéntrico de determinación del perfil mutacional de pacientes con cáncer de tumores sólidos para guiar la estrategia terapéutica hacia una medicina personalizada en el Paraguay”.

**Tania Fleitas Kanonnikoff** – *Clinico Universitario De Valencia-Incliva*. **Cinthia Gauna, Josefina Ayala** – *Instituto Nacional Del Cancer-Paraguay*. **Rita Denis** – *Hospital De Clínicas-Universidad Nacional De Asuncion-Paraguay*. **Ita Yoffe** – *Hospital De Clínicas-Universidad Nacional De Asunción-Paraguay*. **Alicia Pomata** – *Instituto Nacional Del Cancer-Paraguay*. **Maria Teresa Martinez De Filartiga** – *Laboratorio Curie-Paraguay*. **Gloria Ribas** – *Incliva Biomedical Research Institute*. **Andrés Cervantes** – *Hospital Clínico Universitario De Valencia-Incliva*. **Grupo De Cooperación Internacional Para El Estudio Del Perfil Mutacional De Tumores Sólidos En El Paraguay, Proyecto Pinv 156-Conacyt-Paraguay** – *Incliva; Incan-Paraguay; Hc-Paraguay; Laboratorio Curie-Paraguay; Gembiosoft; Veratech*

**Introducción y Objetivos:** Mejorar la estrategia terapéutica de pacientes con cáncer en el Paraguay mediante la medicina personalizada es una prioridad. En dicho sentido, el análisis del perfil mutacional representa una herramienta útil. El objetivo de nuestro estudio fue determinar la presencia de mutaciones comunes que afectan los oncogenes con tratamientos diana específicos, mediante la tecnología MassARRAY en pacientes con tumores sólidos avanzados incluyendo colorrectal (CCR), pulmón y melanoma para su posterior implementación en el Paraguay.

**Material y Métodos:** Estudio prospectivo de casos consecutivos de pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón, colon y melanoma estadio IV procedentes de los servicios de oncología médica del INCAN y del Hospital de Clínicas reclutados entre junio de 2017 a marzo de 2018. El análisis de 238 mutaciones en 19 oncogenes se realizó en 40 muestras embebidas en parafina fijadas en formalina utilizando el panel v1.0 de OncoCarta (Sequenom Hamburg, Alemania) en Incliva- España y formación a investigadores paraguayos en dicha metodología para su posterior implementación en el Paraguay.

**Resultados:** Se reclutaron 40 pacientes, 9 procedentes del HC y 31 del INCAN; El diagnóstico más frecuente fue el de CCR con 36 pacientes seguido del melanoma (3 pacientes) y un caso con adenocarcinoma de pulmón. De las 40 muestras, 23 (57.5%) presentaron al menos una mutación. Se detectaron 21 mutaciones oncogénicas diferentes en 6 genes. Las mutaciones en KRAS y BRAF se detectaron en 10 (25%) y 5 (12.5%) pacientes respectivamente. Cinco pacientes tenían mutaciones en dos genes, todos diagnosticados con cáncer colorrectal. Las co-ocurrencias de la mutación involucraron principalmente a KRAS, PIK3CA, EGFR y NRAS.

**Conclusión:** El análisis del perfil mutacional refleja que en todos los pacientes estudiados, la información es relevante para la selección de terapias dirigidas eficaces, algunas de ellas disponibles y otras en vías de su introducción en el Paraguay. La tecnología MassARRAY es un método rápido y eficaz para identificar mutaciones clave que impulsan el cáncer en una gran cantidad de muestras, lo que permite una selección más adecuada de terapias personalizadas.

### ePóster 314

#### Uso de biomarcadores predictivos en Biopsia Líquida en Cáncer de Pulmón y Melanoma.

**Trinidad Caldes Llopis** – *Hospital Clinico San Carlos. Idissc. Ciberonc*. **Carlos Aguado De La Rosa** – *Hospital Clinico San Carlos*. **Noemi Alvarez Sanchez-Redondo, Victor Lorca Castellanos** – *Hospital Clinico San Carlos. Idissc. Ciberonc*. **Pilar Garre** – *Hospital Clinico San Carlos. Idissc. Ciberonc*. **Jose Luis Gonzalez Larriba** – *Hospital Clinico San Carlos*. **Vanesa Garcia Barberan** – *Hospital Clinico San Carlos. Idissc. Ciberonc*

**Introducción y Objetivos:** El análisis de biomarcadores predictivos en terapias dirigidas tiene un papel fundamental permitiendo tanto identificar pacientes que pueden beneficiarse de los tratamientos como identificar alteraciones que generen resistencia a los mismos. Claros ejemplos de ello son la mutación en V600 en BRAF en melanoma metastásico, indicando sensibilidad a vemurafenib, y el análisis de la mutación T790M en EGFR en cáncer avanzado de pulmón no microcítico, indicando resistencia a ciertos anti-EGFRs y sensibilidad a osimertinib. El análisis de estas mutaciones en la rutina clínica es fundamental para la toma de decisiones de tratamiento. Sin embargo, muchas veces no es posible debido a la falta de muestra tumoral, además de la imposibilidad de monitorizar la respuesta del paciente mediante biopsias del tumor. Por lo tanto, la posibilidad de realizar el análisis de estas mutaciones en biopsia líquida supone un avance importante. En el presente estudio se ha analizado mutaciones en el codon 600 en BRAF y la mutación T790M en EGFR en el plasma de pacientes con melanoma y cáncer de pulmón, respectivamente, para valorar su uso como biomarcadores en biopsia líquida.

## Oncología Traslacional

**Material y Métodos:** Se han reclutado 17 pacientes cáncer de pulmón avanzado no microcítico y 10 pacientes con melanoma metastásico. Se ha obtenido sangre periférica en el momento de diagnóstico o progresión de la enfermedad. En algunos casos, se han obtenido muestras a distintos tiempos para valorar su monitorización. Se ha analizado el tejido tumoral siempre que hubiera disponibilidad. El análisis de BRAF se ha llevado a cabo mediante el kit "Idylla ctBRAF Mutation Assay". En el análisis de EGFR se ha usado sondas Taqman en PCR digital.

**Resultados:** La mutación más frecuentemente detectada en melanoma era V600E. Cuando la mutación era detectada en

el momento basal, se observó una reducción en sus niveles en las siguientes tomas en aquellos pacientes con respuesta al tratamiento. Con respecto a la mutación T790M en cáncer de pulmón, se detectaba en tomas posteriores al inicio de tratamientos anti-EGFR. Además, en un paciente con cambio de tratamiento a Osimertinib, se negativizó la detección de la mutación.

**Conclusión:** Nuestros resultados sugieren que el análisis de estos biomarcadores predictivos en biopsia líquida es factible, permitiendo una mejor monitorización de los pacientes y obteniendo los resultados en un corto periodo de tiempo.

## PREVENCIÓN

## ePóster 316

**Calidad de la imagen y niveles de referencia de dosis en radiografía dental periapical y panorámica en la ciudad de Bogotá D.C., Colombia.**

**Alexandra Peña Rodríguez, Harley Alejo Martínez, Silvia Patricia Ceballo Peláez** – Grupo de Prevención y Detección Temprana del Cáncer, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá D.C., Colombia. **Emeterio Cruz Salazar** – Vicerrectoría de Investigación, Universidad ECCI, Bogotá D. C., Colombia **Devi Nereida Puerto Jiménez** – Grupo de Prevención y Detección Temprana del Cáncer, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá D. C., Colombia

**Introducción y Objetivos:** Aunque las dosis por radiografía dental son pequeñas comparadas con otras técnicas radiográficas, ninguna exposición a los rayos X puede considerarse libre de riesgos. Los efectos adversos generados por radiografía dental son esencialmente estocásticos y el período latente entre la exposición y el diagnóstico clínico de un tumor podría ser de años. Hay evidencia de un incremento de riesgo en el cerebro, glándulas salivares y tiroides. **Objetivo:** Determinar los niveles de referencia de dosis en instituciones que prestan servicios de radiografía dental (periapical y panorámica) en Bogotá D.C. y que cumplen con los criterios de calidad de la imagen.

**Material y Métodos:** En 77 equipos periapicales y 24 panorámicos se evaluó la radiación de fuga, los parámetros relacionados con la exposición del tubo de rayos X, la calidad de la imagen. Para la imagen clínica de un molar maxilar, se estimó el kerma en superficie de entrada (ESAK) y el producto kerma-área (KAP) para equipos periapicales y KAP y el producto kerma-longitud (KWP) para equipos panorámicos.

**Resultados: Resultados:** Las mediciones en los 101 equipos de radiografía dental (periapical y panorámica) se resumen en la tabla 1. Siete equipos periapicales y un equipo panorámico no satisfacían los requerimientos de la evaluación de resolución espacial y resolución de bajo contraste.

**Conclusión:** Se observó que en el 50% de los equipos evaluados el KAP es  $\leq 88$  mGy.cm<sup>2</sup> para equipos periapicales y  $\leq 78$  mGy.cm<sup>2</sup> para panorámicos. Los resultados mostraron que existe una gran diferencia en las exposiciones entre diferentes instituciones de radiografía dental, siendo principalmente asociadas a la antigüedad del equipo, al tipo de receptor de imagen, película o detector digital, al tiempo de exposición, al voltaje en el tubo y a la filtración del haz. Este estudio muestra la necesidad de establecer los niveles de referencia de dosis (DRL) como directrices en radiografía dental para Colombia.

Ítem	Equipos periapicales		Equipos panorámicos	
	ESAK (mGy)	KAP (mGy.cm <sup>2</sup> )	KWP (mGy.mm)	KAP (mGy.cm <sup>2</sup> )
<b>Media</b>	4.89	138.6	49.74	74.52
<b>Desviación estándar</b>	6.20	177.2	27.10	39.39
<b>Mediana</b>	3.09	87.94	50.89	78.36
<b>Tercer cuartil</b>	5.42	153.3	68.87	103.94
<b>Mínimo</b>	0.49	13.8	9.42	14.50
<b>Máximo</b>	34.6	979.4	93.09	143.50

Tabla donde se muestran los principales resultados

### ePóster 317

## IMPACTO DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER COLORRECTAL (PDPCCR) EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SALAMANCA.

**Julia Ayuso Martín-Romo, Beatriz Barrios Collado, Belen Cigarral García, María García Muñoz, Diego Casado Elía, Rosario Vidal Tocino, Juan Jesús Cruz Hernández, Emilio Fonseca Sánchez** – Hospital Clínico Universitario de Salamanca

**Introducción y Objetivos:** En Noviembre de 2013 se puso en marcha el PDPCCR en la Comunidad de Castilla y León, que tiene como objetivo disminuir la incidencia y la mortalidad por CCR en hombres y mujeres entre 50 y 69 años mediante el uso del test de sangre oculta en heces. Objetivos: describir los resultados del cribado de cáncer colorrectal (CCR) mediante la detección de sangre oculta en heces y evaluar el impacto del cribado en la frecuencia de diagnóstico de CCR en la provincia de Salamanca.

**Material y Métodos:** Se analizaron los resultados ofrecidos por el PDPCCR en el Hospital Clínico de Salamanca entre Enero 2014 y Diciembre 2016. Por otra parte se revisaron los pacientes con diagnóstico de CCR remitidos al Servicio de Oncología Médica (SOM).

**Resultados:** En el año 2014 se realizaron 5227 tests de los cuales 521 (11%) resultaron positivos. En 2015 se realizaron 8387 tests, 1041 (12%) con resultado positivo en heces. En 2016 se realizaron 13263 tests resultando positivos 826 de ellos (6%). Por lo tanto se han constatado en este periodo un total de 2389 test con SOH+ concluyendo en la detección de 93 CCR, 133 In situ, 300 pólipos AG (alto grado) y 358 pólipos BG (bajo grado). Los datos demográficos de los 93 pacientes con CCR remitidos al SOM entre Enero 2014 –Diciembre 2016 fueron: 77% hombres, 23% mujeres. Edad media de presentación 65 años. Localización: 25% colon derecho, 75% colon izquierdo. La distribución por estadios se detalla en la tabla 1.

**Conclusión:** La implantación del PPCCR, y la consecuente detección precoz de CCR, se asocian a un incremento de los casos con diagnóstico de CCR en estadios iniciales. La concienciación de la población diana permitiría optimizar los resultados del programa así como las expectativas de los pacientes con CCR.

ESTADIO	Enero 2014-Diciembre 2016
<b>Todos</b>	93
<b>Tis</b>	(15%)
<b>I</b>	(40%)
<b>II</b>	(12%)
<b>III</b>	(28%)
<b>IV</b>	(5%)

Tabla1. Distribución por estadios de los pacientes con CCR remitidos al Servicio de Oncología Médica del Hospital Clínico de Salamanca entre Enero 2014-Diciembre 2016

### ePóster 318

## Resultados preliminares del estudio SMALL CELL. Radón residencial y carcinoma microcítico de pulmón.

**Angeles Rodriguez Martinez** – Complejo Hospitalario de Pontevedra. **Alberto Ruano Raviña** – Universidad de Santiago de Compostela. **María Torres Duran** – Complejo Hospitalario de Vigo. **Victor Sacristan Santos, Nazaret Quiroga Veiga, Gloriet Pammela Vega Rodriguez, David Martin Garcia, Iria Carou Friero, Francisco Ramon Garcia Arroyo, Manuel Constenla Figueiras** – Complejo Hospitalario de Pontevedra

## Prevención

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de pulmón de células pequeñas (CPCP) es el tipo histológico más agresivo de cáncer de pulmón (CP), suponiendo aproximadamente un 10-15% de todos los casos de CP. Existen muy pocos estudios sobre sus factores de riesgo además del tabaco, y aún son menos los que evalúan el papel de la exposición a radón residencial.

**Material y Métodos:** Estudio multicéntrico de casos y controles de base hospitalaria, con la participación de 11 hospitales en 4 regiones de España. Se asignaron detectores de radón y se realizaron mediciones, además de entrevistas y revisión de historial, a casos y controles.

**Resultados:** Exponemos los resultados de los primeros 113 casos incluidos, 63 de ellos con mediciones residenciales de radón. La mediana de edad en el momento del diagnóstico fue de 63 y el 11% de los casos eran menores de 50 años. El 22% de los casos eran mujeres. El 57% tenía enfermedad extendida y el 95% eran fumadores o ex fumadores. La concentración media de radón residencial fue de 128 Bq / m<sup>3</sup>. 8% de los casos tenían

concentraciones superiores a 400 Bq / m<sup>3</sup>. La única diferencia notable fue el porcentaje de personas que nunca habían fumado, que fue mayor en las mujeres en comparación con los hombres ( $p < 0,001$ ). La concentración de radón fue mayor para la enfermedad extendida (diferencia no significativa) y para los pacientes diagnosticados a los 63 años o más ( $p = 0,032$ ).

**Conclusión:** Un alto porcentaje de casos de CPCP se diagnostica a una edad más temprana. Existe predominio de enfermedad extendida al diagnóstico (57%). La edad y el estadio en el diagnóstico son similares entre hombres y mujeres, aunque parece que los hombres tienden a ser diagnosticados con cánceres extendidos con mayor frecuencia. Con respecto a la concentración de radón, está elevada en CPCP cuando se compara con datos de la población general de España. Se puede observar que los sujetos con CPCP extendido tienen una concentración de radón ligeramente mayor y que los sujetos mayores en el momento del diagnóstico tienen concentraciones de radón significativamente más altas que los casos más jóvenes.

Variable	Hombres (N; %)*	Mujeres (N; %)*	Valor p
<b>Edad</b>			
Media	63,8	61,9	
Mediana (pct 25-75)	62,5 (57,2-71,7)	63 (57,2-68)	0,79 <sup>^</sup>
<b>Estadio al diagnóstico</b>			
Enfermedad limitada	35 (39,8)	13 (54,2)	
Enfermedad extendida	53 (60,2)	11 (45,8)	0,207 <sup>^^</sup>
<b>Tabaco</b>			
Nunca fumador	1 (1,1)	4 (16,7)	
Ex fumador	37 (42,0)	15 (62,5)	
Fumador	50 (56,9)	5 (20,8)	<0,001 <sup>^^</sup>
<b>Concentración de radón residencial (Bq/m<sup>3</sup>)</b>			
Media	181,4	140,5	
Mediana (pct 25-75)	129 (91,0-223,0)	107 (71,7-221,5)	0,811 <sup>^</sup>

*Diferencias por sexo en las características de los casos incluidos*



## PULMÓN AVANZADO

## ePóster 319

**¿Influyen las líneas previas recibidas a Nivolumab, en el intervalo libre de progresión conseguido en pacientes con carcinoma no microcítico pulmonar (CPNCP)?.**

**Jacobo Rogado, Maria Dolores Fenor de la Maza, Vilma Pacheco-Barcia, Beatriz Vera, Patricia Toquero, Rebeca Mondejar, Anabel Ballesteros, Olga Donnay, Ramon Colomer, Jose Miguel Sánchez-Torres** – Hospital Universitario de La Princesa, Madrid

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de pulmón supone la primera causa de muerte por cáncer en la población europea. El subtipo más predominante es el CPNCP, y dentro de él, más del 50% se tratan de carcinomas no escamosos (NSqCC). La mayoría de estos tumores, se diagnostican en estadios avanzados, para los cuales en la actualidad, disponemos de múltiples tratamientos, desde terapias dirigidas si existen mutaciones de sensibilidad, pasando por quimioterapia convencional y llegando a la inmunoterapia, pero conociendo que conforme vamos agotando líneas de tratamiento, los diversos estudios existentes demuestran que la efectividad de los tratamientos irá disminuyendo. En nuestro estudio, en una cohorte de pacientes con CPNCP tratados con Nivolumab en nuestro centro, nos planteamos si existen diferencias en la respuesta obtenida al mismo, dependiendo de las líneas previas administradas.

**Material y Métodos:** Se incluyeron 40 pacientes con diagnóstico de CPNCP tratados con Nivolumab desde enero de 2016 a marzo de 2017 en nuestro centro. Se dicotomizó a la población en dos subgrupos, pacientes que hubieran recibido 1 o 2 líneas previas a

Nivolumab (grupo 1) y pacientes que hubieran recibido  $\geq 3$  líneas previas a Nivolumab (grupo 2). Se realizó regresión de Cox, test de Mann-whitney y posteriormente correlación de Pearson.

**Resultados:** Mediana de edad 67 años, 67.5% varones. Histología: 42.5% NSqCC, 52.5% escamoso (SqCC), 5% CPNCP no especificado. El 75% de la población recibió Nivolumab en 2º o 3º línea de tratamiento, el 25% en 4º línea y posteriores. Estado funcional: ECOG 2 el 50%, ECOG 1 el 45% y ECOG 0 el 5% de la población. No se objetivaron diferencias significativas en cuanto a intervalo libre de progresión (ILP): 3.3 meses en grupo 1 vs 5.2 meses en grupo 2, HR 1.87, IC 95% 0.84-4.2,  $p=0.1$ . En la correlación de Pearson, se observó que la edad influía en este resultado, demostrándose que los pacientes del grupo 2, eran más jóvenes, aunque con diferencias no significativas (68.9 vs 53 años,  $p=0.1$ ).

**Conclusión:** Nuestro estudio, confirma la eficacia de Nivolumab en términos de ILP, independientemente de la línea de tratamiento en la que sea administrado.

## ePóster 320

**ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA EN CÁNCER MICROCÍTICO DE PULMÓN. EN BUSCA DE UN MODELO PRONÓSTICO.**

**Rocío Galán Moral** – Virgen Altagracia. **Jose Carlos Villa Guzmán** – Ciudad Real. **Maria Dolores Pineda Pineda** –

## Pulmón Avanzado

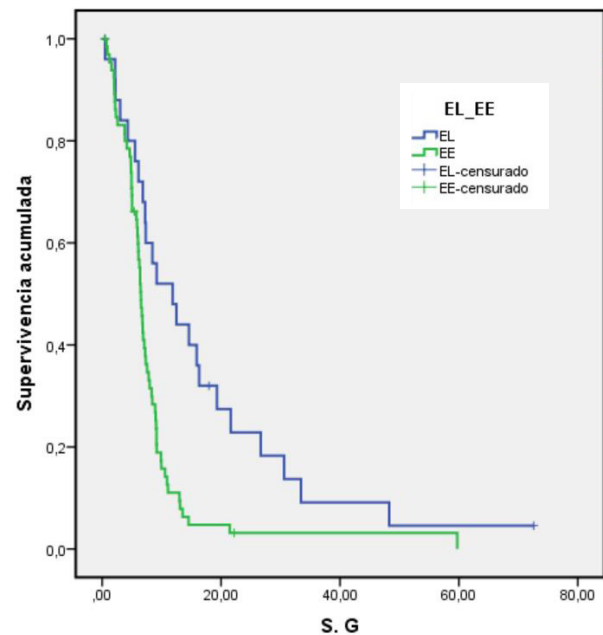
Ciudad Real. **Ana Isabel Yébenes Rubio** – Virgen Altagracia. **Rafael López Bajo** – Mancha Centro. **María José García López, Ferran Ferragut Lloret, Jaime Portela Gutiérrez, Omar Mauricio Montenegro Herrera, Javier Espinosa Arranz** – Ciudad Real

**Introducción y Objetivos:** El cáncer microcítico de pulmón (CMP) supone el 20% de todos los tumores de pulmón siendo un tumor agresivo por su rápido crecimiento y elevada capacidad de metastatizar. La tasa de respuesta es muy buena pero suele presentar una recaída precoz con una supervivencia global (OS) del 15% a los 5 años. No existen modelos pronósticos clínicos validados. Nuestro objetivo es analizar la OS y diseñar un modelo pronóstico.

**Material y Métodos:** Se realiza un estudio retrospectivo con pacientes diagnosticados de CPM por biopsia desde enero de 2009 a diciembre de 2015 en el Hospital General Universitario de Ciudad Real. El método de Kaplan Meier exploró la OS junto con el test de log Rank. El hazard ratio (HR) se estimó con la regresión de Cox. El modelo pronóstico (Score CMP) se diseñó con las variables positivas en el análisis de la supervivencia. Se identificaron 3 grupos: buen pronóstico (ausencia de factores adversos), pronóstico intermedio (1-2 factores) y mal pronóstico ( $\geq 3$  factores).

**Resultados:** Se incluyeron 100 pacientes con una mediana de edad de 62 años, siendo el 85% hombres. El 32% tenían enfermedad limitada al tórax (EL) y el 68% enfermedad extendida (EE). La mediana de supervivencia global fue de 8,6 meses (10,5 meses en el grupo de EL y 8,01 meses en el grupo EE;  $p=0,004$  y  $HR=0,51$ ). En el análisis univariante, la edad  $<70$  años ( $p=0,019$ ;  $HR=0,59$ ), la ausencia de pérdida de peso ( $p=0,028$ ;  $HR=0,58$ ), la ausencia de M1 hepáticas ( $p=0,041$ ;  $HR=0,61$ ) y en el SNC ( $p=0,001$ ;  $HR=0,33$ ), la presencia de anemia ( $p=0,002$ ;  $HR=2,53$ ), un NLR elevado ( $p=0,000$ ;  $HR=2,31$ ) y un PLR bajo ( $p=0,007$ ;  $HR=0,55$ ) influyen en la OS. Finalmente al aplicar el Score CMP la OS del grupo de buen pronóstico fue de 31,4 meses ( $HR=0,10$ ); 12,4 meses para el grupo de pronóstico intermedio ( $HR=0,27$ ) y 6,6 meses para el grupo de mal pronóstico ( $p=0,000$ ).

**Conclusión:** El CMP es un tumor con una pobre supervivencia. La edad, la pérdida de peso, el estadio, la presencia de metástasis hepáticas y en el SNC, la anemia y los cocientes NLR-PLR son factores pronósticos. El modelo Score CMP permite identificar 3 grupos pronósticos independientes.



## ePóster 321

### Análisis retrospectivo de pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) con mutaciones poco comunes de EGFR (u-EGFRm), en el Hospital Universitario Ramón y Cajal.

**Ana Gomez Rueda, María Eugenia Olmedo, Magda Palka, Laura Mezquita, Olga Martínez, Elena Corral, Víctor Albarrán, Amparo Benito, Almudena Santon, Pilar Garrido Lopez** – Ramon y Cajal

**Introducción y Objetivos:** Las u-EGFRm en los exones 18-21 representan el 12-15% de mutaciones en el CPCNP. La baja representación de estos pacientes en EC hace que sea complejo su manejo. Los inhibidores tirosinquinasa frente a EGFR (ITK-EGFR) de 1<sup>o</sup>-2<sup>o</sup> generación, han mostrado actividad frente a algunas u-EGFRm, especialmente G719X, L861Q y S768I aunque son series cortas. Otras mutaciones como la inserción en el exón 20 (Ins20) o la mutación T790M de novo, presentan una baja probabilidad de respuesta. Con el objetivo de conocer las características moleculares y eficacia de los tratamientos en un entorno asistencial, hemos revisado nuestra experiencia con estos pacientes.

**Material y Métodos:** De los pacientes (p) EGFR mutados diagnosticados en nuestro centro entre 2014 y 2017, hemos identificado las u-EGFRm, y los hemos dividido en tres grupos: grupo 1, mutaciones T790M de novo; grupo 2, inserción del exón 20; grupo 3, el resto.

**Resultados:** Entre 2014 y 2017 han sido tratados en nuestro hospital 79p EGFR mutados. Once (13,9%) presentaron u-EGFR. Diez p se diagnosticaron con PCR a tiempo, 1p por Next Generation Sequencing. 4 presentaron ins20, 2p T790M+del 19, 2p G719X + S768, 2p G719X, 1p mutación del exón 22. 2p (T790M+del 19 y G719X+S768) fueron estadios localizados, tratados con cirugía; 9p estadio IV. En 2, hubo pérdida de seguimiento por tratarse en otros centros (G719X, Ins 20). De los tratados en nuestro centro: 1p del grupo 1 ha recibido tratamiento con Osimertinib en primera línea, con excelente respuesta radiológica y SLP hasta el momento de 6 meses. De los 3p con Ins20 (grupo 2), 2 recibieron ITK-EGFR, sin respuesta, presentado así mismo baja respuesta a otras terapias, con SG media de 14 meses. Los pacientes del grupo 3, se trataron con ITK-EGFR en primera línea, 1p tuvo SLP de 27 meses y 2 progresión de enfermedad como mejor respuesta. A la progresión se administró QT con respuesta parcial, y SG hasta el momento de 35 meses.

**Conclusión:** En nuestra serie existe un 14% de u-EGFRm, resultados similares a los de la literatura. La frecuencia de T790M de novo es muy baja, siendo recomendable el tratamiento de entrada con Osimertinib, a diferencia de los pacientes con Ins20 que no parecen beneficiarse de ITK-EGFR. Los pacientes del grupo 3, parecen beneficiarse del tratamiento dirigido.

inhibidor de ALK (IA) en el período de 2010-2018. Hasta el momento se han analizado 24 casos, quedando pendiente el análisis de la población tratada total (N total estimada= 50 pacientes).

**Resultados:** La mediana de edad al inicio del tratamiento fue 45 años (24-70), 43.3% eran varones y 56.7% mujeres, la mayoría con buen estado funcional (ECOG 0-1 previo al inicio de IA: 95.5%). El 60% de los pacientes eran no fumadores y el 30% exfumadores. La enfermedad fue diagnosticada inicialmente como metastásica en el 79.2% de los casos, 21.7% de ellos con afectación cerebral inicial (>3 lesiones: 56.3%). La mediana de tiempo hasta el desarrollo de afectación cerebral fue de 17 meses. El 33.3% de los pacientes recibieron radioterapia para el tratamiento de las MC, y el 5.6% tratamiento quirúrgico. El IA usado en primera línea más frecuentemente fue el crizotinib (87.5% de los casos), seguido de ceritinib (8.3%) y brigatinib (4.2%). La mayoría de ellos (86.4%) a través de ensayo clínico. El tratamiento fue por lo general bien tolerado. Los eventos adversos (EA) más frecuentes fueron: gastrointestinales G1 (53.8%), astenia G1-G2 (54.6%) y alteraciones visuales G1 (26.7%). Sólo tres pacientes presentaron un EA G3-G4, relacionado con hepatotoxicidad. El 25% de los pacientes precisaron reducción de dosis por EA. Aunque la respuesta extracranial fue favorable inicialmente (el 72.2% alcanzaron respuesta parcial), solo el 12.5% de las metástasis cerebrales obtuvieron una respuesta parcial con el tratamiento recibido en primera línea. El 23.5% de los pacientes presentaron progresión cerebral, 47.1% extracerebral y el 29.4% progresión en ambos niveles.

**Conclusión:** Nuestro estudio es consistente con los realizados previamente con IA. Estamos aún pendientes de concluir el análisis estadístico (supervivencia, tasa de respuesta sistémica y mediana duración de respuesta intracranial) tras el análisis completo de nuestra cohorte.

## ePóster 322

### Cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) ALK-positivo y afectación cerebral: 7 años de experiencia clínica.

**Ana Pertejo Fernández** – Hospital Universitario La Paz. **Luis Eduardo García de la Calle, Darío Sánchez Cabrero** – Hospital Universitario La Paz. *Sº Oncología Médica.* **María Isabel Esteban Rodríguez** – Hospital Universitario La Paz. *Sº Anatomía Patológica.* **Patricia Cruz Castellanos, Javier de Castro Carpeño** – Hospital Universitario La Paz. *Sº Oncología Médica*

**Introducción y Objetivos:** Las metástasis cerebrales (MC) son habituales en el CPNM ALK-positivo, desarrollándose en el 15% al 35% de los pacientes. Aunque crizotinib ha demostrado su eficacia como tratamiento de primera línea para CPNM ALK-positivo, es frecuente el desarrollo de progresión cerebral durante el tratamiento. El objetivo del estudio es analizar nuestra experiencia en el tratamiento de los pacientes CPNM ALK-positivo y afectación cerebral.

**Material y Métodos:** Analizamos retrospectivamente los datos de los pacientes diagnosticados de CPNM ALK-positivo tratados con un

## ePóster 323

### CARCINOMA DE PULMÓN DE CÉLULA PEQUEÑA: ¿ALGO NUEVO EN LAS ÚLTIMAS DÉCADAS?

**Beatriz Núñez García, Raquel Gómez Bravo, Juan Cristóbal Sánchez González, Blanca De La Puente Orteu, Cristina Alfaro Autor, Mariola Blanco Clemente, Virginia Calvo De Juan, Mariano Provencio Pulla** – Servicio Oncología Médica (Hospital Puerta de Hierro)

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de pulmón es la primera causa de muerte por cáncer, correspondiendo el 15% a carcinoma de célula pequeña (CPCP), cuya incidencia está directamente relacionada con el consumo de tabaco, con mal pronóstico tanto en pacientes localizados como en metastásicos. El objetivo de nuestro estudio es obtener datos sobre epidemiología, tratamientos y pronóstico, para mejorar el conocimiento y la historia natural de esta patología.

**Material y Métodos:** Se analizó de forma retrospectiva una cohorte de 221 pacientes diagnosticados de CPCP

diagnosticados en nuestro hospital entre 2008 y 2016, empleando como herramienta de análisis estadístico Stata12.0. La Supervivencia libre de progresión (SLP) y la supervivencia global (SG) se analizaron comparando los pacientes según el estadio al diagnóstico.

**Resultados:** La mediana de edad fue 64 años, el 74% varones, siendo el 33% mayores de 70 años. Sólo el 0.5 % fueron nunca fumadores y el 16% tenía historia de otros cánceres, la mayoría relacionados con tabaco. Al diagnóstico, el 67% eran metastásicos. El número medio de metástasis fueron tres: hígado (31.4%), hueso (22.6%) y adenopatías extratorácicas (19.9%). Metástasis cerebrales ocuparon el 5 puesto (15.7%). Las características completas se describen en la tabla1. EL 9% únicamente recibieron tratamiento paliativo sintomático. De los tratados activamente, el 71.5% recibió radioterapia, el 38.9% con intención paliativa, y cirugía en el 8.6%, siendo

fundamentalmente diagnóstica/curativa. Los tratados con quimioterapia, el 98.5 % recibió doblete de platino. En localizados, el 80.9% recibió 4 ciclos y el 11.76% entre 5-6. En metastásicos: 24% y 44.4% respectivamente. Los pacientes localizados obtuvieron respuesta completa en 14.7%, parcial en 61.76%, enfermedad estable 11.8% y progresión en 8.8%; en los metastásicos: 3.8%, 53.4%, 7.5% and 21.8% respectivamente. La mediana de SLP fueron 6.83 meses (IQR 4.8-10.2) en metastásicos frente 13.5 (IQR 7.4-40.8) en localizados (p = .000). La SG fue 8.5 (IQR 3.9-15.5) en metastásicos frente a 21.2 meses (IQR 10.8-39.6) en localizados.

**Conclusión:** CPCP es a menudo diagnosticado en estadio IV y a pesar de la respuesta inicial a quimioterapia y radioterapia, progresa en un corto periodo de tiempo. Nuestros resultados confirman la ausencia de mejora en tratamientos en las últimas décadas y la necesidad de investigación en esta patología.

CARACTERÍSTICAS BASALES	PACIENTES (n=221)	
<b>SEXO</b>	164 (74%) varón; 57 (26%) mujer	
<b>EDAD AL DIAGNÓSTICO</b>	64 años (IQR 58-71); 65 años (IQR 59-73) varón; 61 años (IQR 55-68) mujer.	
<b>PACIENTES &gt; 70 YEARS</b>	72 (33%); 60 hombres y 12 mujeres	
<b>HÁBITO TABÁQUICO</b>	Fumador → 137 (61.9%) Ex fumador (>365 días sin fumar) → 81 (36.65%) Nunca fumador → 1 (0.45%). Desconocido → 2 (0.9%)	
<b>ÍNDICE PAQUETE AÑO (IPA)</b>	58 IPA; 60 IPA varón y 50 IPA mujer	
<b>EDAD DE INICIO DEL HÁBITO TABÁQUICO</b>	16 años	
<b>ESTADIO</b>	10 (5%) Estadio I. 53 (24%) Estadio III. Desconocido 1	8 (4%) Estadio II 149 (67%) Estadio IV.
<b>ECOG</b>	1. → 191 (86%) 2. → 23 (10%) 3. → 7 (3%)	
<b>ENFERMEDAD CARDIOPULMONAR</b>	EPOC 23% DM 25% Cardiopatía 20.3%	HBP 47% DL 43%
<b>HISTORIA FAMILIAR CÁNCER PULMÓN</b>	39%	
<b>HISTORIA FAMILIAR OTROS CÁNCERES</b>	16%	
<b>SÍNTOMAS AL DIAGNÓSTICO</b>	Tos 42%; Pérdida de peso 30%; dolor 28%; disnea 27%; astenia 21%	
<b>TRATAMIENTO</b>	8.2% tratamiento paliativo 91.8% activo (98.8% tratamiento con doblete platino y 1.2% ensayo clínico)	
<b>SUPERVIVENCIA LIBRE DE PROGRESIÓN</b>	206 días (194 en metastásicos y 254 en localizados)	
<b>SUPERVIVENCIA GLOBAL</b>	21,2% meses en localizados y 8,5% en metastásicos.	
<b>SUPERVIVENCIA GLOBAL A 12 Y 24-MESES</b>	Localizado: 73% y 42%.	Metastásico: 33% y 15% respectivamente

Tabla 1: Características de la cohorte. HBP: hipertrofia benigna próstata, DM: diabetes mellitus, DL: dislipemia

## ePóster 324

### Descripción de las características epidemiológicas e identificación de factores predictivos de supervivencia en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico menores de 50 años.

**Marian Fernández Cruz, María Guirado Risueño, Francisco José Pelegrín Mateo, Lucía Gómez González, Marta Llopis Cuquerella, Roberto Morales Giménez** – Hospital General Universitario Elche  
**Alejandra Magdaleno Cremades** – Hospital de Vega Baja Orihuela.  
**Vicente Boix Aracil, María Ballester Espinosa, Álvaro Rodríguez Lescure** – Hospital General Universitario Elche

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de pulmón es la primera causa de muerte por cáncer a nivel mundial. La edad media de aparición se sitúa en torno a la 6ª-7ª década de la vida, aunque cada vez es más frecuente el diagnóstico a edades más tempranas. El objetivo de este estudio es describir las características clínico-epidemiológicas e identificar factores predictivos de supervivencia en pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón no microcítico (CPNCP) menores de 50 años.

**Material y Métodos:** Se incluyen 37 pacientes menores y 27 mayores de 50 años con CPNCP diagnosticados entre el 1.01.2009 y el 31.12.2017 en el Hospital General Universitario de Elche y Vega Baja. Revisión retrospectiva de las historias clínicas y realización de análisis bivariante para evaluar la posible asociación entre edad y factores predictores de supervivencia. Se analizan diferencias en supervivencia mediante análisis de Kaplan Meier.

**Resultados:** El adenocarcinoma fue el tipo histológico más frecuente (66,1%), presentándose en el 88,5% de los pacientes menores de 50 años y en el 46% de los mayores de 50 (p: 0,015). El diagnóstico se realizó en estadio IV en el 68,3% de la muestra: 72% vs 62% en menores y mayores de 50 años. La afectación del SNC al diagnóstico fue de un 39% (33% vs 47% en población menor y mayor de 50 años, respectivamente). Un 82% de pacientes menores de 50 años presentaban un ECOG 0-1, frente a 52% en >50. Un 22% de >50 años fue tratado con cirugía mientras que sólo un 3,3% de los menores de 50 años. La mediana de supervivencia global (SG) y de supervivencia libre de progresión (SLP) fue de 18 meses en <50 años frente a 7 meses en mayores de 50 años (p=0,179); y de 5 meses vs 3 meses respectivamente (p=0,436). En los menores de 50 años hubo más pacientes de sexo femenino (27% vs 7,6%), y más pacientes tratados con doblete de platino (96% vs 66%).

**Conclusión:** Aun no encontrando diferencias estadísticamente significativas, la población menor de 50 años con respecto a la mayor, muestra una mayor SG y SLP a pesar de diagnosticarse en estadios más avanzados. En menores de 50 años, predominan el sexo femenino, ECOG 0-1, el adenocarcinoma y el tratamiento con dobletes de platino.

## ePóster 325

### EFECTOS ADVERSOS INMUNORELACIONADOS Y SUPERVIVENCIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO METASTÁSICO TRATADOS CON INMUNOTERAPIA.

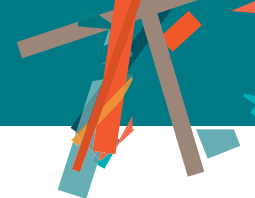
**Marcos Melián, Carlos Puchades, Edwin Navarro, Juan Antonio Méndez, Alba Torres, José Gómez Codina, David Lorente, Óscar Juan** – La Fe, Valencia

**Introducción y Objetivos:** La inmunoterapia representa un Nuevo estándar de tratamiento en primera y segunda línea de cáncer de pulmón no microcítico avanzado (CPNMa). Los efectos adversos inmunorelacionados (EAsIR) se han propuesto como un indicador de eficacia al tratamiento.

**Material y Métodos:** Análisis retrospectivo de pacientes con CPNMa tratados con anti-PD/anti-PDL1 con o sin tratamiento anti-CTLA4. Historia clínica electrónica han sido revisadas; EAsIR fueron identificados y graduados según criterios CTC AE v4.03. La asociación con la supervivencia ha sido evaluada con un modelo de regresión de COX uni y multivariable.

**Resultados:** 64 pacientes fueron identificados; 41 (64.1%) fueron adenocarcinomas y 27 (42.2%) recibieron inmunoterapia en primera línea. 44 pacientes (68.8%) recibieron antiPD1/PDL1 en monoterapia, y 20 pacientes (31.2%) recibieron antiPDL1 + antiCTLA4. 15 pacientes (25%) desarrollaron EAsIR: gastrointestinal (17.6%), endocrino (11.8%), cutáneo (17.6%), otros (33.3%). El tratamiento fue interrumpido en 8 pacientes (53.3%) y suspendido en 5 (33.3%) pacientes. 7 (50%) pacientes recibieron altas dosis de corticoides. No ocurrieron muertes tóxicas. EAsIR no fueron significativamente aumentados en pacientes que recibieron terapia de combinación (30% vs 20%, p=0.377). Mediana de supervivencia global (SG) fue de 6.5 meses (95%IC: 0.24-12.7). Los pacientes que experimentaron EAsIR tuvieron un aumento significativo de la SG (HR: 0.2; 95%IC: 0.07-0.58; p=0.003) en el análisis univariante y fue independiente de otros factores pronósticos en el análisis multivariante (Tabla).

**Conclusión:** El desarrollo de EAsIR podría identificar pacientes con una mayor posibilidad de beneficiarse de la inmunoterapia en CPNMa. Estos hallazgos requerirán una validación prospectiva en ensayos clínicos bien diseñados.



Factor	HR (95%IC)	p-valor
EASIR (sí vs no)	0.18 (0.06 – 0.53)	0.002
Histología	1.11 (0.99 – 1.24)	0.061
ECOG PS	0.82 (0.42 – 1.59)	0.551
Línea de tratamiento (primera línea vs segunda o sucesivas)	1.06 (0.52 – 2.18)	0.868
Tipo de tratamiento (monoterapia vs combinación)	2.25 (1.02 – 4.99)	0.045

Tabla: MV Modelo Supervivencia Regresión de COX

### ePóster 326

#### Eficacia de la inmunoterapia en Cáncer de Pulmón. Real World Data.

**Roberto Morales Giménez, Lucía Gómez González, Marta Llopis Cuquerella, María Ballester Espinosa, Vicente Boix Aracil, María del Rocío Ramírez Belloch, Francisco José Pelegrín Mateo, Marian Fernández Cruz** – Hospital General Universitario de Elche. **Alejandra Magdaleno Cremades** – Hospital de Vega Baja Orihuela **María Guirado Risueño** – Hospital General Universitario de Elche

**Introducción y Objetivos:** La inmunoterapia se ha establecido como opción terapéutica en Cáncer de Pulmón de Célula No Pequeña (CPCNP) con enfermedad avanzada. La magnitud del beneficio en supervivencia global (SG) y la tasa de respuestas (TR) aumenta con la sobreexpresión de PD-L1. El objetivo de este estudio es describir las características, la TR y SG de los pacientes tratados con inmunoterapia en nuestro medio.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo en el que se han seleccionado a pacientes adultos con diagnóstico de CPCNP tratados con Nivolumab y Pembrolizumab entre el 01-01-2015 y el 31-03-2018.

**Resultados:** Se incluyeron 48 pacientes, de los cuales el 79.2% (38) eran hombres. El 47.6% (23) eran fumadores, y un 45.3% (22), exfumadores. La histología más frecuente fue Adenocarcinoma en un 56.3% (27) de los casos. El 72.9% (35) recibió Nivolumab, y el 27.1% (13), Pembrolizumab. La expresión de PD-L1 en la población fue 50% en el 18.8% (9), no habiéndose determinado PD-L1 en el 60.4% de los casos (80% tratados con Nivolumab). De los que recibieron Pembrolizumab, el 69.2% (9) presentaba un PD-L1 >50%. El 11.4% (4) recibió Nivolumab tras progresión en estadios III, el 54.3% (19) en segunda línea y el 34.3% (12) en tercera o sucesivas líneas. Pembrolizumab se administró en primera línea en el 30.8% (4) de los pacientes, en segunda en el 46.2% (6), y en sucesivas en el 23.1% (3). La TR global fue del 3.7% (1) con Nivolumab

(100% respuestas parciales), y del 77.8% (7) con Pembrolizumab (85.7% de respuestas parciales y 14.3% de respuestas completas), siendo estas diferencias estadísticamente significativas ( $p=0.048$ ). Para segunda línea, la TR fue del 5.5% para Nivolumab y del 66.6% para Pembrolizumab. La mediana de SG fue de 16.8 meses en los pacientes que recibieron Nivolumab, frente a 29 meses en los que recibieron Pembrolizumab. La mediana de SG en segunda línea fue de 9.7 meses para Nivolumab por los 29 meses de Pembrolizumab.

**Conclusión:** En nuestra muestra, Pembrolizumab ofrece una mayor tasa de respuestas y una mayor supervivencia global comparado con Nivolumab, pudiendo estar este beneficio en relación con la sobreexpresión de PD-L1.

### ePóster 327

#### EL IMPACTO DE LAS TERAPIAS DIRIGIDAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL.

**Cristina Alfaro Autor, Blanca de la Puente Orteu, Pablo Diaz Campanero, Ana Royuela, Virginia Calvo, Mariano Provencio Pulla** – Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) es la neoplasia más incidente y con mayor mortalidad de nuestro medio. A pesar de los avances terapéuticos, incluidas terapias dirigidas, la supervivencia global (SG) no ha mejorado sustancialmente. En este estudio evaluamos el impacto real en SG de las terapias dirigidas, y analizamos las características de estos pacientes.

**Material y Métodos:** Analizamos 646 pacientes con CPNM estadio IV, tratados en el hospital Puerta de Hierro Majadahonda entre los años 2000 y 2016, incluyendo todos los pacientes con mutaciones activadoras (EGFR y ALK) tratados durante el periodo de estudio. Se realizaron 4 grupos según la fecha de diagnóstico y la presencia de mutaciones: diagnosticados antes



## Pulmón Avanzado

de 2007, cuando no se disponía del análisis de mutaciones (grupo 1); y entre los diagnosticados posterior al 2007, pacientes sin análisis (grupo 2), pacientes con análisis negativo (grupo 3) y pacientes con análisis positivo (grupo 4). Se realizó un análisis descriptivo del global y de cada uno de los grupos. La SG consideró el tiempo entre el diagnóstico del estadio IV y el fallecimiento o la pérdida de seguimiento.

**Resultados:** El grupo 1 y 2 presentaron similar SG (27% al primer año, 10% al segundo año y 5% al tercer año) y características basales similares (15% mujeres, 93% fumadores, 45% adenocarcinoma). El grupo 3 presentó SG del 36% al primer año, 22% al Segundo año y 12% al tercer año (34% mujeres, 82% fumadores, 81% adenocarcinoma). El grupo 4 fue el de mayor SG, con un 76% al primer año, 50% al segundo año y un 34% al tercer año. Destacaba una mayor frecuencia de mujeres (56%), menor tabaquismo (51%) y el adenocarcinoma como subtipo histológico predominante (88%).

**Conclusión:** Aunque la SG del CPNM estadio IV sigue siendo pobre, las terapias dirigidas suponen un claro beneficio para aquellos pacientes que pueden beneficiarse de ellas. Las características basales no parecen explicar la magnitud de la diferencia observada.

ITKs de EGFR, desde enero de 2013 a enero de 2017. Se realizó un análisis descriptivo y analítico mediante: test de Kaplan-Meier, regresión de Cox y regresión logística.

**Resultados:** Se incluyeron 82 pacientes. Mediana edad 69 años; 74% mujeres; 72% ECOG 0-1. La localización pulmonar, fue el sitio más frecuente de metástasis (37.8%). 92% mutaciones comunes (mutación exón 19 (del 19) y mutación exón 21 (L858R)), 8% otras mutaciones poco habituales. El ILP de la muestra completa fue de 14.5 meses. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al ILP entre los tres fármacos, ni en el análisis univariante ni en el multivariante. Afatinib fue el fármaco que más requirió reducción de dosis, por delante de Erlotinib (87.5% vs 33.3%,  $p < 0.001$ ), sin poder compararlo con Gefitinib, dado que no existen dosis inferiores a la estándar de 250 mg. Toxicidades relevantes: diarrea G1 40.74% Erlotinib, 43.75% Afatinib, 12.85% Gefitinib ( $p < 0.05$ ), solo un caso de diarrea G4, en Afatinib; rash G1 75% Afatinib, 51.85% Erlotinib, 25.64% Gefitinib ( $p < 0.01$ ), G2 11% Erlotinib 11%, 2.5% Gefitinib.

**Conclusión:** En nuestro estudio extraído de la práctica rutinaria, los 3 ITKs disponibles para CPNCP EGFR mutados presentan una eficacia similar en términos de ILP. La mayor parte de los efectos adversos fueron en grados leves-moderados y de fácil manejo en la práctica clínica diaria.

## ePóster 328

### Estudio retrospectivo y comparativo de la eficacia y tolerabilidad en la práctica clínica diaria de los tres inhibidores de la tirosina quinasa (ITKs) de EGFR aprobados como primera línea de tratamiento para carcinoma no microcítico pulmonar (CPNCP) con mutación activadora de EGFR.

Jacobo Rogado, Vilma Pacheco-Barcia, José María Serra – Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. Maria Dolores Fenor de la Maza – Centro Integral Oncológico Clara Campal, Madrid. Patricia Toquero, Anabel Ballesteros, Rebeca Mondejar, Olga Donnay, Ramon Colomer, Jose Miguel Sánchez-Torres – Hospital Universitario de La Princesa, Madrid

**Introducción y Objetivos:** Actualmente, disponemos de 3 fármacos aprobados en primera línea en pacientes con CPNCP y mutación activadora de EGFR: Afatinib, Erlotinib y Gefitinib. En los ensayos clínicos y meta-análisis comparativos llevados a cabo entre éstos, no se han detectado grandes diferencias con respecto a la eficacia de los mismo. En nuestro estudio, evaluamos si existen diferencias en intervalo libre de progresión (ILP) y tolerancia en pacientes tratados en la práctica clínica diaria en nuestro centro.

**Material y Métodos:** Se estudiaron de forma retrospectiva todos los pacientes con diagnóstico de CPNCP y mutación activadora de EGFR que recibieron tratamiento con uno de los 3

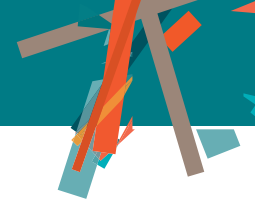
## ePóster 329

### Experiencia clínica con nintedanib en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico metastásico.

Laura Gutiérrez Sainz, Patricia Cruz Castellanos, Sergio Martínez Recio, Gema Casado Abad, Julia Villamayor Sánchez, David Viñal Lozano, Sara Martínez Fernández, Pablo Pérez Wert, Javier De Castro Carpeño – Hospital Universitario La Paz

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de pulmón es la causa más frecuente de muerte por cáncer a nivel mundial. Nintedanib es un inhibidor angioquinasa aprobado con docetaxel para el tratamiento de segunda línea del cáncer de pulmón no microcítico metastásico. El objetivo de este estudio es analizar la eficacia y seguridad de nintedanib en combinación con docetaxel en los pacientes tratados en nuestro centro.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo incluyendo a todos los pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón no microcítico metastásico que recibieron tratamiento con nintedanib en combinación con docetaxel en el Hospital Universitario La Paz desde marzo de 2015 hasta abril de 2018. Se recogieron variables demográficas, clínicas, analíticas y la evolución clínica. Se realizó un análisis descriptivo y posteriormente un análisis de supervivencia mediante el estimador de Kaplan-Meier.



**Resultados:** Durante este intervalo de tiempo se reclutaron 12 pacientes. La proporción hombres-mujeres fue de 7:5, con una media de edad de 56 años. El 92% fueron fumadores. La histología más frecuente fue adenocarcinoma (92%). La mayoría de los pacientes se diagnosticaron en estadio IV (92%). Todos los pacientes habían recibido quimioterapia previa basada en platino, 50% tratamiento previo con bevacizumab y 17% inmunoterapia previa. Los pacientes recibieron una media de 7 ciclos de nintedanib. El 42% de los pacientes obtuvo una estabilización de la enfermedad y el 25% una respuesta parcial. El motivo más frecuente para la suspensión del tratamiento fue la progresión de la enfermedad (83%). La supervivencia libre de progresión fue de 3.2 meses y la supervivencia global de 7.7 meses. La supervivencia global fue mayor en los pacientes que habían recibido tratamiento previo con bevacizumab frente a los que no (mediana de 10.8 vs 3.4 meses, P: 0.27). Las reacciones adversas más frecuentes fueron: astenia (100%), diarrea (91%), náuseas (50%) y tos (42%). 5 pacientes (42%) requirieron ajuste de dosis de nintedanib (3 pacientes un descenso del 50% y 2 pacientes del 25%) y 1 paciente requirió la suspensión del tratamiento.

**Conclusión:** Los resultados obtenidos en supervivencia y perfil de efectos secundarios son similares a los descritos previamente. El tratamiento con nintedanib en combinación con docetaxel es una opción de tratamiento en segunda línea de pacientes con cáncer de pulmón no microcítico metastásico.

efectividad se midieron la supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG). Para el coste se tuvo en cuenta el coste directo.

**Resultados:** 26 pacientes (22 hombres), mediana de edad 63,5 (42-77) años: 26 en segunda línea y 2 en tercera. 17 con histología escamosa y 9 no escamosa. ECOG=0 en 5 pacientes, ECOG=1 en 18 y ECOG=2 en 3. En el momento del análisis 69% (18/26) habían progresado, con una mediana de SLP de 2,5 meses (0,5-5). 58% (15/26) fueron éxitos, con una mediana de SG de 2,7 meses (0,6-24). La mediana de ciclos recibidos fue de 5 (1-20) y 8 recibieron docetaxel tras progresión. 15% (4/26) fallecen en el primer mes, 2 de ellos ECOG 2. Los 4 empezaron la 2ª línea antes de 3 meses de fin de la 1ª. Se recogió toxicidad de cualquier grado en el 92% de los pacientes, la más frecuente: astenia 58%, disnea 42%, tos 38%, hemoptisis 23%, anorexia 19% y toxicidad cutánea 11%. El coste directo en nivolumab fue de 343.858 €, lo que supone un 4,4% del coste total de antineoplásicos en ese periodo.

**Conclusión:** En base al beneficio marginal obtenido y el alto coste que ha supuesto el tratamiento con nivolumab, para incorporar su utilización en nuestra práctica habitual deberíamos seleccionar mejor a los pacientes candidatos a recibir el fármaco. Al igual que otros estudios de vida real publicados, nuestros resultados sugieren que los pacientes con ECOG 2 y que inician tratamiento con < 3 meses desde que finaliza la primera línea no se benefician de nivolumab.

## ePóster 330

### EXPERIENCIA CON NIVOLUMAB TRAS QUIMIOTERAPIA EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL.

**Alicia Quílez Cutillas, María José Martínez Bautista, María Domínguez López, Sara Estalella Mendoza, María José Gómez Reina, Esperanza Arriola Arellano, Julio Calvete Cadenas, José Manuel Baena Cañada** – Hospital Universitario Puerta del Mar

**Introducción y Objetivos:** Tras progresión a una primera línea de quimioterapia en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) las alternativas disponibles son escasas. El objetivo de nuestro estudio es describir la experiencia con nivolumab en CPNM metastásico tras progresión a quimioterapia, en términos de efectividad, toxicidad y coste, para poder incorporar nuestros resultados a la toma de decisiones.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo donde se incluyeron pacientes con CPNM estadio IV tratados con nivolumab tras progresión a quimioterapia, desde 1/04/16 hasta 31/03/18. Los datos demográficos, clínicos, de toxicidad y de tratamiento se recogieron a través del programa Oncowin<sup>®</sup> y Diraya<sup>®</sup> Atención Especializada. Como variables de

## ePóster 331

### EXPERIENCIA UNICÉNTRICA CON PEMBROLIZUMAB EN CARCINOMA DE PULMÓN.

**Itziar Gorospe García, Pablo Ayala de Miguel, Andrea Illán Varella, Javier López Gallego, Jonathan Aires Machado, Ruben Alonso Calderón, Laura Quintana Cortés, Pablo Borrega García** – Hospital San Pedro de Alcántara

**Introducción y Objetivos:** El desarrollo de la inmunoterapia ha permitido alcanzar tasas elevadas de supervivencia global en los pacientes con carcinoma no microcítico de pulmón avanzado con alta expresión de PDL-1 (>50%).

**Material y Métodos:** Con la publicación en 2016 de KEYNOTE024, se dispuso como tratamiento de primera línea pembrolizumab en pacientes con alta expresión de PDL-1, cambiando el paradigma terapéutico en el tumor pulmonar avanzado. Es por ello, que presentamos la experiencia clínica obtenida en nuestro hospital con carcinoma de pulmón avanzado tratados con pembrolizumab, entre noviembre del 2017 y abril del 2018.

**Resultados:** El tamaño muestral aportado es de 6 pacientes. El 67% fueron mujeres y el 33% fueron varones. La edad media al

## Pulmón Avanzado

diagnóstico fue de 64 años (rango 56-78). La histología tumoral predominante fue adenocarcinoma, siendo la mayoría de los pacientes exfumadores. Las localizaciones secundarias más frecuentes fueron a nivel óseo y pulmonar. Tras la determinación de alta expresión de PDL-1 (>50%) las respuestas obtenidas según criterios iRECIST fueron: respuesta parcial en el 17% y estabilización en 33%. El 50% de los pacientes presentaron progresión de la enfermedad, destacando un performance status límite y/o que presentaban muy elevada carga tumoral, lo que podría representar un sesgo en nuestro estudio. El índice neutrófilos/linfocitos (NLR), establecido como factor pronóstico en carcinoma no microcítico de pulmón metastásico, resulta

útil para la toma de decisiones en la práctica clínica: los dos exitus de nuestra población muestral presentaban mayor NLR. La tolerancia al pembrolizumab fue excelente, destacando únicamente dos pacientes con toxicidad cutánea grado 1 que no precisó interrupción temporal del tratamiento.

**Conclusión:** El tratamiento con pembrolizumab en carcinoma no microcítico de pulmón avanzado PDL-1 > 50% ha sido avalado en la literatura científica con perfil favorable de toxicidad y mediana de supervivencia libre de progreso cercanas al año. Pese a nuestro escaso tamaño muestral los datos que presentamos van en la misma línea.

Características	Nº de pacientes (%) N=6
<b>Sexo</b>	
Masculino	2 (33%)
Femenino	4 (67%)
<b>Edad, años</b>	
Mediana (rango)	64 (56-78)
<b>Tabaquismo</b>	
Fumador	2 (33%)
Exfumador	4 (67%)
<b>ECOG Performance Status</b>	
0,1	5 (83%)
≥2	1 (17%)
<b>Histología</b>	
Adenocarcinoma	5 (83%)
Escamoso	1 (17%)
<b>Carga metastásica (nº lugares)</b>	
1	3 (50%)
2	1 (17%)
3	1 (16%)
4	0
5	0
6	1 (17%)
<b>Lactato deshidrogenasa</b>	
Mediana (rango)	469 (196-1119)
<b>Ratio neutrófilo/linfocito (NLR)</b>	
Mediana (rango)	6,8 (3,43-12,4)
<b>Nº de líneas previas</b>	
1	1 (17%)
2	0
3	1 (17%)
<b>Mejor respuesta a pembrolizumab según iRECIST</b>	
Respuesta parcial	1 (17%)
Estabilidad de la enfermedad	2 (33%)
Progresión de la enfermedad	3 (50%)
<b>Toxicidad</b>	Cutánea grado 1

Tabla 1: Características de la población muestral.



## ePóster 332

### EXPERIENCIA UNICÉNTRICA EN EL TRATAMIENTO CON NIVOLUMAB DEL CARCINOMA DE PULMÓN NO CÉLULAS PEQUEÑAS EN 2ª LÍNEA O POSTERIOR.

**Pablo Ayala de Miguel, Andrea Illán Varella, Itziar Gorospe García, Javier López Gallego, Jonathan Aires Machado, Rubén Alonso Calderón** – Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres. **Laura Quintana Cortés** – Hospital de Mérida. **Eduado Ceballos Cerbancho, Ricardo Collado Martín, Pablo Borrega García** – Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

**Introducción y Objetivos:** La irrupción de la inmunoterapia ha supuesto un cambio de paradigma en el tratamiento del cáncer de pulmón no células pequeñas (CPNPC). La expresión de PDL-1 ha demostrado ser un predictor de respuesta válido pero insuficiente para el uso de inmunoterápicos, por lo que en la actualidad la investigación se centra en la búsqueda de nuevos factores clínicos, analíticos e histopatológicos que permitan una mejor selección de pacientes.

**Material y Métodos:** Análisis retrospectivo de los pacientes (n=20) diagnosticados en nuestro centro de CPNPC y tratados con nivolumab tras progresión a una o varias líneas previas de quimioterapia.

**Resultados:** Las características de la población de la muestra se encuentran reflejadas en la tabla 1. Entre los pacientes que habían progresado en menos de 9 meses a la línea previa, solo el 25% alcanzó control de la enfermedad, por un 50% en el grupo de pacientes que habían progresado más allá de los 9 meses. De los pacientes que no experimentaron toxicidad por nivolumab, solo el 20% consiguieron control de la enfermedad, por un 50% entre aquellos pacientes que habían experimentado alguna clase de toxicidad. Un 80% de los pacientes con índice neutrófilos/linfocitos (NLR) mayor de 3.9 sufrieron progresión tumoral en la primera reevaluación, por un 40% en aquellos con NLR menor de 3.9. El 100% de los pacientes con LDH superior a 400 sufrieron progresión de la enfermedad en la primera reevaluación, por un 40% en aquellos con LDH menor de 400.

**Conclusión:** El tamaño muestral del estudio únicamente permite generar hipótesis. Encontramos concordancia con lo publicado en la literatura respecto a parámetros analíticos pronósticos como el índice NLR y el valor de LDH, a falta de datos para conocer si también juegan un papel predictivo de respuesta a la inmunoterapia. En nuestra serie, al marcar los 6 meses como frontera para diferenciar los rápidos y lentos progresores no obtuvimos diferencias en cuanto a intervalo libre de progreso y respuesta a nivolumab, algo que sí sucedió al tomar los 9 meses como nuevo punto de corte. Planteamos por tanto el perfil de paciente que más se beneficiaría del tratamiento con nivolumab, consistente en progresores tardíos a la línea previa (más de 9 meses), índice NLR < 3.9 y LDH < 400.

Características	No de pacientes (%) N=20
<b>Sexo</b>	
Masculino	18 (90)
Femenino	2 (10)
<b>Edad, años</b>	
Mediana (rango)	67 (51-78)
<b>Tabaquismo</b>	
Fumador	8 (40)
Exfumador	12 (60)
<b>ECOG Performance Status</b>	
0,1	16 (80)
≥ 2	4 (20)
<b>Histología</b>	
Adenocarcinoma	13 (65)
Escamoso	7 (35)
<b>TNM</b>	
IV-A	9 (45)
IV-B	5 (25)
IV-C	6 (30)
<b>Lactato deshidrogenasa</b>	
Mediana (rango)	375 (221-728)
<b>Ratio neutrófilo/linfocito (NLR)</b>	
Mediana (rango)	3.58 (1.35-23.18)
<b>Nº de líneas previas</b>	
1	14 (70)
2	6 (30)
<b>Tiempo hasta la progresión a la línea previa</b>	
Mediana (rango)	9.33 (1.07-48.83)
<b>Mejor respuesta a nivolumab según iRECIST</b>	
Respuesta parcial	1 (5)
Estabilidad de la enfermedad	7 (35)
Progresión de la enfermedad	12 (60)
<b>Toxicidad</b>	
Grado 2 o inferior	19 (95)
Grado 3 o superior	1 (5)
<b>Interrupción de tratamiento</b>	
No	15 (75)
Sí	5 (25)

Tabla 1. Características de los pacientes.

## ePóster 333

**FUNCIÓN PULMONAR COMO VALOR PRONÓSTICO EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN LOCALMENTE AVANZADO TRATADOS CON QUIMIO-RADIOTERAPIA.**

**Javier Espinosa Arranz, Jose Carlos Villa Guzmán, Carlos Bujalance Cabrera, Jaime Portela Gutiérrez, Juana María Cano Cano, Roberto Gómez Díaz, José Ramón Martínez, Ferran Ferragut Lloret, Rocío Galán Moral** – Hospital General Universitario Ciudad Real

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de pulmón es la primera causa de muerte por cáncer a nivel mundial con una incidencia muy alta. La supervivencia global de los pacientes con cáncer de pulmón localmente avanzado tratados con quimio-radioterapia a los 5 años está en torno al 15 % a 5 años. El pronóstico depende del estadio TNM, la captación tumoral por PET, el estado funcional (ECOG) y el tratamiento. Sin embargo, existe muy poca evidencia en la bibliografía sobre el valor pronóstico de la función pulmonar medida con espirometría. **Objetivos.** El objetivo primario consiste en establecer una relación entre los valores espirométricos y la supervivencia global (OS). Los objetivos secundarios son correlacionar estos parámetros de la espirometría con el tiempo al fracaso terapéutico (TFT), analizar el impacto en la supervivencia de las distintas variables clínicas, analíticas y patológicas. Se pretende crear un modelo (SCORE pronóstico).

**Material y Métodos:** Estudio observacional y retrospectivo donde se han incluido pacientes con cáncer de pulmón estadio localmente avanzado tratados con quimio-radioterapia estadificados con PET-TC. El análisis de la supervivencia se hizo con el método Kaplan-Meier y el test de log Rank para identificar diferencias grupales. El cálculo de la Hazard Ratio (HR) se estimó con el modelo de regresión de Cox.

**Resultados:** Se han analizado 42 pacientes, con mediana de edad de 68 años. El 90,48 %, varones. El carcinoma epidermoide es el más frecuente (54,8 %). Las medianas de TFT y OS fueron 10,28 y 26,91 meses. Los valores espirométricos no se relacionaron con el TFT ( $p > 0,05$ ). La OS de los pacientes con un FVC (%) disminuido fue de 19,15 meses vs los 43,99 meses en pacientes con FVC (%) aumentado ( $p = 0,06$ ; HR 2,11). El SCORE pronóstico elaborado con FVC (%), fibrinógeno, captación basal por PET de la lesión tumoral, histología y ECOG identifica 3 grupos con supervivencias diferentes: bajo riesgo, riesgo intermedio y alto riesgo con medianas de 51,35; 20,93 y 10,58 meses respectivamente ( $p = 0,001$ ; HR 2,89).

**Conclusión:** La FVC es un nuevo factor pronóstico en pacientes con CP no microcítico localmente avanzado tratados con quimio-radioterapia. El Score pronóstico de Pulmón elaborado con la conjunción de la FVC con el fibrinógeno, captación basal por PET de la lesión tumoral, histología y ECOG permite identificar 3 grupos pronósticos independientes.

## ePóster 334

**GEMCITABINA + IRINOTECÁN EN LA SEGUNDA LÍNEA DEL CARCINOMA MICROCÍTICO DE PULMÓN. EXPERIENCIA DE NUESTRO HOSPITAL Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.**

**Beatriz Losada Vila, Julia Calzas Rodríguez, Laura Rodríguez Lajusticia, Carmen Pantín González, Beatriz Antón Pascual, Cristina Sánchez Cendra, Javier de la Rubia Maestu** – Hospital Universitario de Fuenlabrada

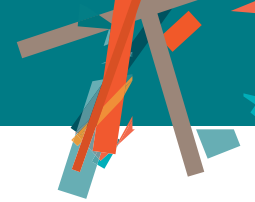
**Introducción y Objetivos:** El carcinoma microcítico de pulmón se presenta en un estadio avanzado en la mayoría de los pacientes, siendo la quimioterapia con intención paliativa el tratamiento de elección. En la segunda línea, el tratamiento aprobado es topotecan, sin embargo existen otras combinaciones como gemcitabina + irinotecán que pueden posicionarse como una alternativa por su buena tolerabilidad consiguiendo una supervivencia global entorno al año. Nuestro objetivo es analizar los datos de respuesta y supervivencia en nuestra población para compararlo con lo descrito en la literatura.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo observacional de 22 pacientes diagnosticados de cáncer microcítico de pulmón estadio IV en el Hospital Universitario de Fuenlabrada y que recibieron gemcitabina+ irinotecán a la progresión de la primera línea. Se incluyen como variables si eran platino sensible/resistente, tasas de respuesta, supervivencia y toxicidad.

**Resultados:** 22 pacientes se han tratado con la combinación de gemcitabina (1500-2000 mg/m<sup>2</sup>) + Irinotecán (150-175 mg/m<sup>2</sup>) cada 14 días en base a los estudios de Domine y Castellanos en 2003, recibiendo  $\geq 6$  ciclos el 47,7%. La tasa de respuesta fue del 63 % en forma de respuesta o estabilidad, siendo del 75% en enfermedad platino sensible y del 50% en platino refractario. La supervivencia desde el inicio de la segunda línea hasta la progresión de 4.4 meses: 4.8 en enfermedad platino sensible [1-10], 3.8 meses en refractaria [2-7]. La supervivencia global fue de 12.2 meses (14.4 en enfermedad platino sensible, 9.6 meses en refractaria). Por tanto, aunque la supervivencia libre de progresión es similar en ambas poblaciones, el grupo de platino sensible presenta una supervivencia global superior ya que reciben en gran medida una tercera línea de quimioterapia (topotecan, paclitaxel). La toxicidad hematológica fue del 9%, mientras que la no hematológica fue del 4.5%. Sólo el 4.5% de los pacientes (1/22) necesitó reducción de dosis.

**Conclusión:** Nuestros datos son concordantes con los estudios previos y pensamos que es un buen esquema de quimioterapia, con una eficacia como mínimo similar y un mejor perfil de toxicidad para una población con escasas líneas terapéuticas y en espera de los resultados de la inmunoterapia. A destacar, los dos pacientes que más ciclos reciben (10 y 11) son platino refractario. Aquellos que se someten a  $> 6$  ciclos de gemcitabina+ irinotecán, viven más de 10 meses, mientras que los 3 pacientes que presentan enfermedad limitada al diagnóstico, son platino sensible y presentan una supervivencia global de 10,15 y 16 meses respectivamente.





## ePóster 335

### IMPLICACIONES PATOGENICAS DE LA HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL EN EL CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO CON MUTACIONES ACTIVADORAS DEL GEN EGFR.

**Javier Espinosa Arranz. Jose Carlos Villa Guzman. Ferran Ferragut Lloret. Roberto Gomez Díaz. Juana Maria Cano Cano. Maria González Cofrade. Jaime Portela Gutiérrez. Rafael Lopez Bajo. Ignacio García Escobar. Rocío Galan Moral**

**Introducción y Objetivos:** Las mutaciones activadores en el gen EGFR se diagnostican en el 10-15% de los pacientes cáncer de pulmón no microcítico (CPNM), sobre todos en mujeres, en no fumadores, en la raza asiática y en la histología adenocarcinoma. Este tumor se trata con inhibidores de la tirosina quinasa obteniendo unas medianas de supervivencia de 20 meses. El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias que se caracteriza por presentar una obstrucción generalizada, variable y reversible al flujo aéreo y que está asociada a una hiperrespuesta bronquial a diferentes estímulos. Se desconoce el papel del asma en el CPNM EGFR mutado pudiendo influir en la evolución de la enfermedad. **OBJETIVOS.** Este trabajo pretende analizar el impacto de la hiperreactividad bronquial en la supervivencia global de los pacientes diagnosticados de CPNM con EGFR mutado.

**Material y Métodos:** Se trata de un estudio observacional y retrospectivo. El análisis estadístico se ha hecho con el programa informático IBM SPSS (v. 21). Para el análisis de la supervivencia global (OS), supervivencia postprogresión (OSpp) y el tiempo al fracaso terapéutico (TFT) se ha utilizado el método de Kaplan-Meier y el test de Log Rank para identificar diferencias entre grupos. El cálculo del Hazard Ratio (HR) se estimó con el modelo de regresión de Cox.

**Resultados:** Se han analizado 30 pacientes. La mediana de edad fue de 57 años. El 73,3% fueron mujeres, el 56,7% eran no fumadores y un 86,7% presentaba histología de adenocarcinoma. La mutación más frecuente fue la delección del exón 19 (66,6%). Un 6,7% tenía hiperreactividad bronquial (HRB). Las medianas de TFT, OSpp y OS de la población global fueron 9,45; 9 y 20,4 meses respectivamente. Al analizar la supervivencia de los pacientes con HR comparados con el resto de la población el TFT fue de 2,4 vs 9,4 meses ( $p=0,05$ ; HR 0,17), la OSpp 1 vs 9 meses ( $p=0,03$ ; HR 0,11) y la OS 5,4 vs 20,402 ( $p=0,06$ ; HR 0,26).

**Conclusión:** Los pacientes con HRB y CPNM con EGFR mutado tienen una peor evolución. La HRB es un nuevo factor pronóstico desfavorable a tener en cuenta en la evaluación oncológica inicial y en el diseño de futuros estudios.

## ePóster 336

### Índice neutrófilos-plaquetas (NPS) como marcador pronóstico en pacientes con cáncer de pulmón no célula pequeña (CPNCP) tratados con inmunoterapia.

**Miguel Sotelo** – Hospital Universitario Infanta Cristina. **María Sereno** – Hospital Infanta Sofía. **Luis Chara** – Hospital Universitario de Guadalajara. **Rafael López** – Hospital Clínico Universitario de Valladolid. **Judit Rubio** – Hospital Universitario de Móstoles. **Alejandro Velastegui** – Hospital Universitario Rey Juan Carlos. **Clara Olier** – Hospital Universitario Fundación Alcorcón. **Sandra Falagán** – Hospital Infanta Sofía. **Alejandro Riquelme** – Hospital Universitario Infanta Cristina. **Xabier Mielgo** – Hospital Universitario Fundación Alcorcón

**Introducción y Objetivos:** La respuesta inflamatoria sistémica se caracteriza por cambios en el recuento celular en la sangre periférica. Varios índices basados en las células sanguíneas han mostrado tener un valor pronóstico en algunos tumores tratados con inmunoterapia. El NPS ha demostrado predecir supervivencia en una variedad de tumores comunes. Nosotros evaluamos el NPS como marcador pronóstico en pacientes con CPNCP tratados con inmunoterapia tras progresión a platino.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo, multicéntrico de pacientes con CPNCP tratados con inmunoterapia tras progresión a platino, entre Marzo 2015 y Abril 2018. El NPS define 3 grupos pronósticos en función del recuento de neutrófilos y plaquetas: buen pronóstico (BP,  $\leq 7500$  y  $\leq 400000$ ), pronóstico intermedio (PI,  $>7500$  o  $>400000$ ) y mal pronóstico (MP,  $>7500$  y  $>400000$ ). El objetivo principal fue la asociación del NPS con la supervivencia global (SG).

**Resultados:** Se incluyeron 168 pacientes. Mediana de edad: 65 años. ECOG: 0 (28%),  $\geq 1$  (72%). Histologías predominantes: Adenocarcinoma (50%), Carcinoma epidermoide (43%). Mutaciones: EGFR (2.3%), ALK (0.6%). PD-L1 fue determinado en el 25% de pacientes:  $<1\%$  (37%), 1-49% (39%),  $\geq 50\%$  (24%). Del total de pacientes 74% recibieron sólo una línea previa. Inmunoterapia recibida: Nivolumab (92%), Pembrolizumab (8%). Mediana de número de ciclos: 11 (1-68). Mediana de seguimiento: 6.3 meses. Tasa de respuesta objetiva: 30.4%. Tasa de control de la enfermedad: 52%. Mediana de supervivencia libre de progresión (SLP) y SG: 5.6 (3.9-7.3) y 11.4 (9.4-13.5) meses, respectivamente. Mediana de SG para BP, PI y MP: 11.9 (9.4-14.4), 6.8 (3.3-10.2) y 3 (1.4-4.6) meses, respectivamente ( $p=0.003$ ). Un mayor NPS se asoció con una peor SG: BP vs PI, HR 1.73 (IC 95%, 1.13-2.65,  $p=0.01$ ); BP vs MP, HR 2.89 (IC 95%, 1.31-6.39,  $p=0.009$ ). No se encontró una asociación significativa entre el NPS y la SLP. Hubo una mayor tasa de progresión de la enfermedad como mejor respuesta en el grupo MP (86%), en comparación con BP (42%) y PI (57%),  $p=0.039$ .



**Conclusión:** El NPS parece predecir SG en pacientes con CPNCP tratados con inmunoterapia tras progresión a platino. Estos resultados necesitan ser validados en estudios prospectivos.

## ePóster 337

### OSIMERTINIB EN PACIENTES CON ADENOCARCINOMA PULMONAR CON MUTACIÓN T790M EN H.GENERAL DE ALBACETE.

**Blanca Riesco Montes, Ana Maria Soler Garrigós, Verónica González Orozco, María Cruz Martín Soberón, Neus Cuadra Català** – *H.General de Albacete*

**Introducción y Objetivos:** El mecanismo de resistencia más frecuente a los inhibidores de la tirosina quinasa (TKs) hasta en el 50% de los casos es la mutación secundaria en EGFR, T790M. Osimertinib es el primer TKIs de 3ª generación aprobado en este subtipo de pacientes.

**Material y Métodos:** Se analiza de forma retrospectiva los pacientes tratados con Osimertinib desde Mayo 2017 hasta la fecha. Desde el año 2015, en nuestro hospital se han registrado un total de 69 pacientes con adenocarcinoma de pulmón estadio IV con mutación EGFR. En el último año, se solicitó la mutación T790M en un total de 14 pacientes obteniendo un resultado positivo en 6 de ellos. Todos los estudios se realizaron en sangre periférica mediante biopsia líquida. Mostramos los resultados de eficacia y toxicidad.

**Resultados:** Media de edad: 68.1 años (44- 79 años), 4 mujeres (no fumadoras) y 2 varones (fumadores). 4 /6 pacientes en el momento del análisis siguen vivos, que corresponden a las mujeres no fumadoras. La detección T790M se realizó por biopsia líquida, 2 pacientes fueron inicialmente negativos; en un segundo análisis 4 meses después se confirmaron positivos para la mutación T790M. Tratamientos recibidos en primera línea: erlotinib (3 pacientes), gefitinib (2 pacientes) y afatinib (1 paciente). 2 pacientes recibieron posteriormente 1 o más líneas de QMT. Respuesta radiológica: 4/ 6 pacientes presentaron enfermedad estable como máxima respuesta; el paciente con tratamiento más prolongado alcanza 8 meses de control de enfermedad. Efectos secundarios: toxicidad dermatológica G1 (33.3%), náuseas y diarrea leve (16.6%) y neutropenia grado 3 (16.6%) que precisó reducción de dosis. Dos éxitos por tromboembolismo pulmonar.

**Conclusión:** La determinación de mutación T790M permite beneficiarse de una nueva línea de tratamiento. La mediana de PFS a 3 meses es algo inferior en nuestra serie a los datos publicados para Osimertinib, por ser pacientes tratados en líneas más avanzadas, si bien es una serie con poco tiempo de seguimiento. La biopsia líquida es una técnica de cribado poco invasiva pero con falsos negativos debido a la heterogeneidad del ADN tumoral. De ahí la necesidad de repetir la determinación si se cree que el paciente puede beneficiarse de tratamiento con Osimertinib, como ocurrió en 2 de nuestros pacientes

## ePóster 338

### EFFECTIVIDAD DE NIVOLUMAB EN FUNCIÓN DE LA LÍNEA DE TRATAMIENTO Y EL INTERVALO LIBRE DE PROGRESIÓN (ILP) A LA PRIMERA LÍNEA EN UNA COHORTE DE PACIENTES (p) CON CARCINOMA DE PULMÓN DE CÉLULA NO PEQUEÑA (CPNCP) AVANZADO.

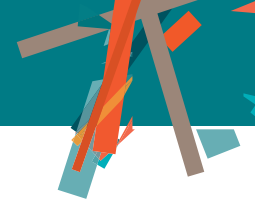
**Marc Cucurull Salamero, Anna Estival González, Sofia España Fernández, Ulises Ferrándiz Brotons, Teresa Morán Bueno, Laura Angelats Company, Jose Maria Velarde Collado, Angelica Ferrando Díez** – *ICO Badalona. Eudald Felip Falgàs – Enric Carcereny Costa* –

**Introducción y Objetivos:** La inmunoterapia ha supuesto uno de los mayores avances en el tratamiento de los p con CPNCP avanzado, con el uso de los inhibidores del receptor de muerte programada 1 (PD-1) y los inhibidores de su ligando (PD-L1). Sin embargo, no todos los p con CPNCP avanzado se benefician de dicho tratamiento. Nivolumab fue el primer fármaco inmunoterápico aprobado en CPNCP. Actualmente es uno de los fármacos más utilizados más allá de la primera línea de tratamiento. El objetivo de este estudio retrospectivo es analizar la efectividad de Nivolumab en relación a la línea de tratamiento y al tiempo transcurrido desde el inicio de la primera línea de tratamiento hasta la progresión.

**Material y Métodos:** El estudio incluye 65p con CPNCP avanzado que recibieron Nivolumab entre 2015 y 2018 en nuestro centro. Las variables analizadas incluyen variables dependientes del p, del tumor, de los tratamientos realizados y de su eficacia. La supervivencia global (SG) se ha analizado mediante curvas de Kaplan-Meier. La prueba no paramétrica de U. de Manwhitney para correlacionar la respuesta con el ILP. Y mediante la prueba de chi cuadrado se ha comparado las variables dicotómicas entre los subgrupos establecidos.

**Resultados:** 59 p realizaron tratamiento con Nivolumab en segunda (41) o tercera (18) línea de tratamiento. La edad media de los pacientes fue de 66 años. El 83% fueron varones, 54.7% fumadores y 64.6% tenían adenocarcinoma. La tasa de respuestas fue de 34.1% y del 38.9% respectivamente, sin mostrar diferencias estadísticamente significativas. La supervivencia global del total de los p analizados fue de 43.9 meses. Los pacientes con un ILP a la primera línea de tratamiento de menos de 6 meses (13), presentaron un control de enfermedad (CE) del 46%, frente a un CE del 82.5% para los p con un ILP de más de 6 m (40). Estableciendo el punto de corte en 9 m (28 vs 25) se mantienen estas diferencias (57.1% vs 92%).

**Conclusión:** El ILP a la primera línea de tratamiento es un factor predictivo de respuesta a nivolumab en nuestra cohorte de pacientes. Dicho factor nos puede ayudar en la elección del tratamiento en p con CPNCP más allá de la primera línea de tratamiento.



## ePóster 339

### Toxicidad a inhibidores tirosina quinasa (ITQ) en una cohorte de pacientes (p) con Cáncer de Pulmón No Célula Pequeña (CPNCP) ALK-positivo.

**Laura Angelats Company, Carlos Erasun, Iris Teruel, Sofía España, Eudald Felip, Jose Maria Velarde, Ulises Ferrandiz, Anna Estival, Teresa Moran, Enric Carcereny** – Hospital Germans Trias i Pujol- Institut Català d'Oncologia de Badalona

**Introducción y Objetivos:** El reordenamiento del gen ALK (anaplastic lymphoma kinase) está presente en aproximadamente el 5% de CPNCP. El estándar de primera línea de tratamiento en CPNCP avanzado ALK-positivo es crizotinib (un ITQ), pero dada la inevitable presencia de resistencias a este fármaco se han desarrollado inhibidores de ALK de segunda (ceritinib, alectinib y brigatinib) y tercera (lorlatinib) generación. El objetivo de nuestro estudio retrospectivo es analizar la toxicidad de los ITQ en p con CPNCP avanzado ALK-positivo.

**Material y Métodos:** El estudio incluye datos consecutivos de p diagnosticados de CPNCP avanzado ALK-positivo y tratados con ITQ en nuestro centro desde 2010 a 2017. La supervivencia global (SG) y la

supervivencia libre de progresión (SLP) ha sido evaluada con la curva de Kaplan-Meier. Las variables analizadas incluyen características del paciente (edad, sexo, hábito tabáquico, comorbilidades y ECOG), del tumor (histología, estadiaje y localización de las metástasis) y toxicidad a cada uno de los fármacos administrados.

**Resultados:** Se incluyeron 24 p (edad media 57,75 años, 66,7% mujeres, 66,7% no fumadores y 41,6% presentaban factores de riesgo cardiovascular como comorbilidad más frecuente) de los cuales 16 p recibieron crizotinib, 11 p ceritinib, 4 p alectinib y 3 p brigatinib. El 83,3% eran estadio IV y 29,2% presentaban metástasis en sistema nervioso central (SNC) al diagnóstico. La SG fue de 40,97m (IC 95% 9,06-72,9) y la SLP a crizotinib 5,55m (IC 95% 0-12,98). De los p tratados con ITQ, el 100% presentaron alguna toxicidad de las cuales eran grado 3 un 18,8% (3 p) con crizotinib, 27,3% (3 p) con ceritinib y 33,3% (1 p) con brigatinib que supuso la suspensión de dicho tratamiento. Los p tratados con alectinib solo presentaron toxicidad grado 1.

**Conclusión:** A pesar de disponer de una muestra pequeña, los ITQ son fármacos bien tolerados en p con CPNCP avanzado ALK-positivo, que como efecto adverso más frecuente presentan toxicidad gastrointestinal (GI) (81,3%) y visual (75%) en los p tratados con crizotinib; y GI (72,7%) y afectación hepática (45,5%) con ceritinib.

TOXICIDAD ITQ	Frecuencia (porcentaje)							
	CRIZOTINIB (n=16)		ALECTINIB (n=4)		CERITINIB (n=11)		BRIGATINIB (n=3)	
	Cualquier Grado	Grado 3-5	Cualquier Grado	Grado 3-5	Cualquier Grado	Grado 3-5	Cualquier Grado	Grado 3-5
<b>EFFECTOS GASTROINTESTINALES</b>	<b>13 (81,3)</b>	<b>1 (6,3)</b>	<b>1 (25)</b>	<b>0</b>	<b>8 (72,7)</b>	<b>0</b>	<b>1 (33,3)</b>	<b>0</b>
Náuseas	6 (37,5)	0	0	0	5 (45,5)	0	0	0
Diarrea	9 (56,3)	1 (6,3)	0	0	5 (45,5)	0	1 (33,3)	0
Vómitos	6 (37,5)	0		0	5 (45,5)	0	0	0
Estreñimiento	4 (25)	0	1 (25)	0	2 (18,2)	0	0	0
Anorexia	3 (18,8)	0	0	0	2 (18,2)	0	0	0
Dolor	1 (6,3)	0	0	0	2 (18,2)	0	0	0
<b>EFFECTOS VISUALES</b>	<b>12 (75)</b>	<b>0</b>	<b>1 (25)</b>	<b>0</b>	<b>1 (9,1)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Visión borrosa	8 (50)	0	1 (25)	0	1 (9,1)	0	0	0
Destellos luminosos	3 (18,8)	0	0	0	0	0	0	0
Fotofobia	2 (12,5)	0	0	0	0	0	0	0
Otros*	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>ALTERACIÓN ENZIMAS HEPÁTICAS</b>	<b>3 (18,8)</b>	<b>2 (12,5)</b>	<b>1 (25)</b>	<b>0</b>	<b>5 (45,5)</b>	<b>2 (18,2)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>EFFECTOS CARDIACOS</b>	<b>2 (12,5)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2 (18,2)</b>	<b>1 (9,1)Λ</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Bradicardia	2 (12,5)	0	0	0	0	0	0	0
Prolongación intervalo QT	0	0	0	0	1 (9,1)	0	0	0
Pericarditis	0	0	0	0	1 (9,1)	1 (9,1)	0	0
Derrame pericárdico	0	0	0	0	1 (9,1)	1 (9,1)	0	0
<b>NEUMONITIS</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1 (33,3)</b>	<b>1 (33,3)</b>
<b>HIPOGONADISMO</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>EDEMA PERIFÉRICO</b>	<b>6 (37,5)</b>	<b>0</b>	<b>1 (25)</b>	<b>0</b>	<b>1 (9,1)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>COMPLICACIONES RARAS**</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

\*Uvetis o Miodesopsias. \*\*Quiste renal complejo o alteración esofágica. Λ El mismo p presenta pericarditis y derrame pericárdico

## PULMÓN PRECOZ

## ePóster 340

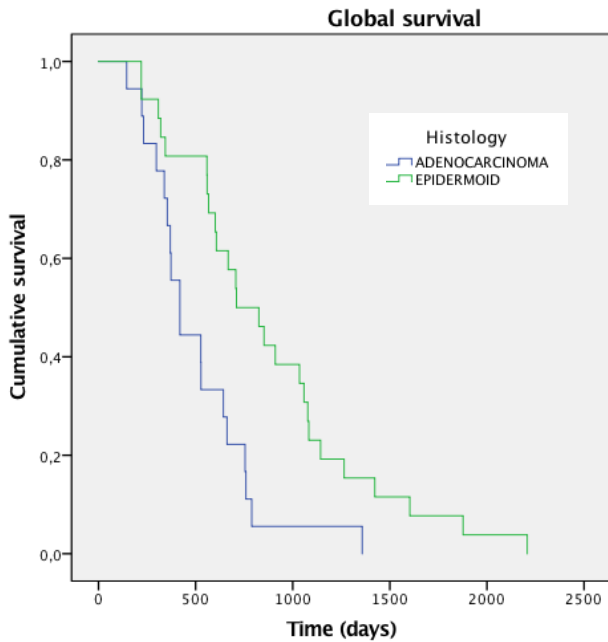
**¿Tiene peor pronóstico el adenocarcinoma de pulmón en los estadios localizados?.**

**Mirian Esther Pérez García, José Miguel Jurado García, Silvia Sequero López** – H. Universitario San Cecilio (Granada)

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de pulmón es la primera causa de muerte por cáncer, con una incidencia del 13%. La mayoría de los estudios se centran en la enfermedad metastásica, y el tratamiento complementario en enfermedad localizada dispone de evidencia limitada. Este estudio pretende evidenciar factores que influyan en la supervivencia del cáncer de pulmón en fase localizada.

**Material y Métodos:** Realizamos un estudio retrospectivo de 96 pacientes (14% mujeres y 86% hombres; mediana de edad 66 años) con cancer de pulmon localizado tratados en nuestro centro desde 2009 a 2017. Al finalizar la recogida de datos, 44 pacientes habían fallecido (46%), quedando vivos 52 (54%) en la actualidad. Se revisaron todas las historias clínicas con el objetivo de analizar distintos parámetros relacionados con histología, estadio, biología tumoral, pruebas de imagen, cirugía y tratamiento; realizando subgrupos para cada parámetro y relacionándolos con la supervivencia. Se aplicó un software de análisis estadístico de datos (SPSS) para buscar relaciones estadísticamente significativas entre las variables. Para el análisis de supervivencia se emplearon curvas de Kaplan-Meier y el test de Log-Rank.

**Resultados:** \*De los 49 pacientes con adenocarcinoma, fallecieron 18 (37% del total) con una mediana de supervivencia de 35 meses (27-43 meses con IC <0.05%). De los 47 epidermoides, fallecieron 26 (55% del total) pero con una mediana de supervivencia 59 meses (40-78 meses con IC <0.05%). \* Por estadios I y II: 8 pacientes fallecidos presentaban adenocarcinoma (44% de los fallecidos con adenocarcinoma) y 9 pacientes fallecidos presentaban carcinoma epidermoide (35% de los fallecidos con este subtipo histológico). La mediana de supervivencia global para el grupo de adenocarcinoma fue de 12,33 meses (3,6-21 meses con IC <0.05%) frente al grupo de epidermoide, con una mediana de 28,75 meses (12,6-57,8 meses con IC <0.05%). \* En estadios III, 10 pacientes fallecieron en el grupo de adenocarcinoma (66% de los fallecidos por adenocarcinoma) y 16 fallecieron en el grupo de pacientes con carcinoma epidermoide (65% de los fallecidos en este grupo histológico). La mediana de supervivencia global en el grupo adenocarcinoma fue de 14 meses (11,7-16,2 meses con IC <0.05%), frente al grupo epidermoide con 22,26 meses (15,7-28,8 meses con IC <0.05%).



Supervivencia en función de la histología.

**Conclusión:** Los adenocarcinomas parecen presentar peor pronóstico en estadio localizado, al contrario de lo que sucede en metastásicos.

**ePóster 341**

**Análisis de supervivencia en Cáncer de Pulmón No células Pequeñas en estadio localizado: experiencia en un centro de atención integral.**

Silvia Sequero López , Miriam Esther Pérez García , Jose Miguel Jurado García, Beatriz González Astorga, Lidia Carnerero Córdoba – Hospital Universitario Campus de la Salud/ San Cecilio (GRANADA)

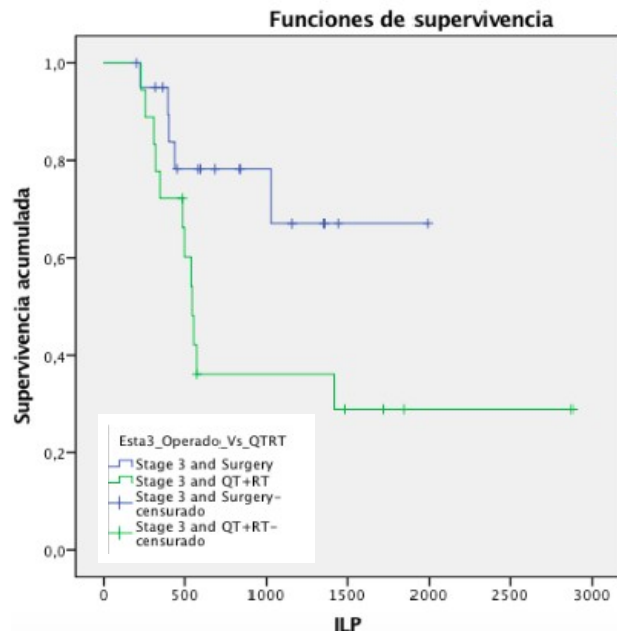
**Introducción y Objetivos:** El cáncer de pulmón es la primera causa de muerte por cáncer, con una incidencia del 13%. La mayoría de los estudios se centran en la enfermedad metastásica, y el . El tratamiento complementario en enfermedad localizada proporciona un éxito limitado. Este estudio pretende averiguar si existen diferencias en supervivencia libre de enfermedad entre el Cirugía o Quimio-Radioterapia en pacientes con cáncer de pulmón Estadio III, e intentar identificar grupos de pacientes que se beneficien más de cada estrategia.

**Material y Métodos:** Se realiza un estudio retrospectivo de 96 pacientes con cancer de pulmon localizado tratados en nuestro centro desde 2009 a 2017, seleccionando

únicamente los pacientes con Estadio III. Se revisaron todas las historias clínicas con el objetivo de analizar distintos parámetros demográficos, histológicos y de tratamiento. Se aplicó un software de análisis estadístico de datos (SPSS) para buscar relaciones estadísticamente significativas entre las variables. Para el análisis de supervivencia se emplearon curvas de Kaplan-Meier y el test de Log-Rank.

**Resultados:**

- Se recogieron 39 casos de pacientes en Estadio III.
- El grupo de cirugía (con quimioterapia neoadyuvante o adyuvante) abarca 21 pacientes (54%). El grupo tratado con Quimio-Radioterapia incluye 18 pacientes (46%).
- Para el grupo de cirugía, la media para el ILE se estima en 51 meses (39,5-62,3 meses), la mediana aún no se ha alcanzado.
- La media de ILE en el grupo de Quimio-Radioterapia es de 40,2 meses (22,6-57,8 meses); siendo la mediana de 18,2 meses (15,75-20,65 meses). Estos resultados son estadísticamente significativos.
- El grupo tratado con cirugía: mediana de edad 66,5 años, 94% hombres fumadores. Los adenocarcinomas representaban el 61% del conjunto frente a los epidermoides, que suponen el 39% . En el 44% de los tumores se encontraron signos de infiltración inflamatoria. El promedio del Standard Uptake Value (SUV) fue de 11,19 (2,72-18 de SUV).
- El grupo tratado con Quimio-Radioterapia: mediana de edad de 66 años, 95% hombres fumadores, 57% tumores epidermoides frente a 43% de adenocarcinomas. Solo un 14% presentaban signos de inflamación histológica. El promedio de SUV fue de 15,94 (3-48 de SUV).



Supervivencia

**Conclusión:** Los pacientes candidatos a Cirugía no solo presentan pruebas funcionales respiratorias óptimas. Parecen presentar menos patología pulmonar, una respuesta inmunitaria frente a tumor más adecuada y un valor de SUV menor.

## ePóster 342

**INFLUENCIA DE LA GRASA MEDIASTÍNICA EN LA SUPERVIVENCIA Y PRONÓSTICO EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS TRATADOS QUIRÚRGICAMENTE.**

**Jaime Portela Gutiérrez, Jose Carlos Villa Guzmán, Carlos Camacho Fuentes, Ferrán Ferragut Lloret, María Dolores Pineda Pineda, Javier Espinosa Arranz, Rocío Galán Moral, Rafael López Bajo** – Hospital General Universitario Ciudad Real

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) es la primera causa de muerte por cáncer. El CPNM tratado con cirugía presenta una elevada tasa de recaída a los 5 años. El tejido adiposo marrón (TAM) se localiza en varias regiones anatómicas, entre ellas la región periaórtica, y tiene propiedades antihipertensivas, antiateroscleróticas, reduce la resistencia a la insulina y mejora de las cifras de glucosa. Por tanto, el TAM del mediastino puede tener una implicación en el pronóstico de los pacientes con CPNM intervenido. **Objetivos:** El objetivo principal es establecer una relación entre la grasa mediastínica y la supervivencia global (OS) de los pacientes operados de CPNM. Los secundarios son el intervalo libre de enfermedad (ILE) y la supervivencia postrecaída (OSpr).

**Material y Métodos:** Se ha estudiado de forma retrospectiva a 47 pacientes operados de CPNM, evaluando mediante TAC la cantidad de grasa que contienen en el mediastino a distintos niveles (el tronco braquiocefálico, nacimiento de la aorta, cayado aórtico y nacimiento de la arteria pulmonar). La estimación de la supervivencia se hizo con el método de Kaplan Meier (test de log Rank) y el hazard ratio se estimó con la regresión de Cox.

**Resultados:** La mediana de edad es 64 años. Un 51,1% presentaban histología de adenocarcinoma, un 40,4% de escamosa, un 4,3% adenoescamoso y otro 4,3% células grandes. La mediana de ILE fue de 43 meses, de OSpr de 8 meses y para la OS de 62 meses. Los pacientes con una mayor cantidad de tejido adiposo a nivel del cayado aórtico tenían un periodo libre de enfermedad de 43 meses frente a 18,4 meses de los que tenían menores acúmulos adiposos ( $p = 0,18$ ; HR= 0,53). La mediana de OSpr y de OS no se ha alcanzado para los pacientes con mayor grasa ( $p = 0,16$  y  $0,07$ ; HR= 0,61 y 0,32 respectivamente).

**Conclusión:** La grasa mediastínica que rodea la aorta en pacientes con CPNM intervenido podría tener un papel protector y su análisis en el estudio inicial de los pacientes con CNMP localizado puede permitir conocer mejor el pronóstico, por lo que debería ser objeto de investigaciones futuras.

## ePóster 343

**REVISIÓN DE LA EVIDENCIA ACTUAL SOBRE EL USO DEL PET EN LA EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO NEOADYUVANTE EN EL CÁNCER DE PULMÓN NO CÉLULA PEQUEÑA LOCALMENTE AVANZADO (CPNCP).**

**Cristina Alfaro Autor, Alberto Cruz-Bermúdez, Rafael Jimeno Pernet, María Soriano Segura, Raquel Gómez Bravo, Miriam Méndez García, Mariano Provencio Pulla** – Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

**Introducción y Objetivos:** El tratamiento del cáncer de pulmón no célula pequeña (CPNCP) localmente avanzado supone un reto diagnóstico y terapéutico. El tratamiento neoadyuvante intenta mejorar los resultados, pero es esencial una adecuada evaluación de la respuesta para elegir la mejor opción terapéutica. El PET ha supuesto una gran ayuda en la evaluación inicial de estos pacientes, pero su utilidad para la evaluación de la respuesta a la neoadyuvancia aún genera controversia (en especial en la evaluación de la respuesta a nivel ganglionar). En este trabajo revisamos la evidencia actual sobre el uso del PET-TC en la evaluación de la respuesta al tratamiento neoadyuvante del CPNCP localmente avanzado.

**Material y Métodos:** Realizamos una revisión sistemática de la literatura mediante búsqueda en Pubmed de los artículos que incluyeran los términos "PET", "non-small cell lung cancer" y "neoadjuvant" o "induction". Revisamos aquellos artículos que evaluarán la utilidad del PET para la evaluación de la respuesta al tratamiento neoadyuvante con quimioterapia y/o quimioradioterapia junto con su bibliografía.

**Resultados:** El valor pronóstico del PET post-tratamiento neoadyuvante en términos de supervivencia global y riesgo de recurrencia es validado por gran parte de la evidencia médica actual. En cambio, la fiabilidad del PET para predecir la respuesta patológica el tratamiento genera controversia, dado su alto número de falsos positivos y negativos, así como su implicación en la decisión de continuación de tratamientos agresivos como la cirugía pulmonar con hallazgos dispares a lo largo de la literatura científica.

**Conclusión:** El PET es una herramienta validada en la evaluación inicial en el CPNCP localmente avanzado. En la evaluación de la respuesta al tratamiento neoadyuvante la evidencia señala que podría tener utilidad, dada su implicación pronostica, pero su precisión real en la evaluación de la respuesta patológica aún no está claramente definida, por lo que debería ser interpretada con cautela. Futuros estudios definirán mejor el valor del PET en este contexto, así como el apoyo de otras técnicas complementarias en desarrollo (biopsia líquida, nuevos radiotrazadores, etc.) para guiar de manera más eficaz el tratamiento de estos pacientes.

## SARCOMAS

## ePóster 344

**CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE GIST EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SALAMANCA ENTRE 2008-2018.**

**Julia Ayuso Martín-Romo, Beatriz Barrios Collado, Belén Cigarral García, María García Muñoz, Diego Casado Elía, Arantzazu Amores Martín, Juan Jesús Cruz Hernández, Lorena Bellido Hernández** – Hospital Clínico Universitario de Salamanca

**Introducción y Objetivos:** Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) representan alrededor del 1-3% de todos los tumores malignos gastrointestinales. La presentación clínica es variable y generalmente son descubiertos incidentalmente, aunque los signos y síntomas dependen del tamaño y de la localización. Se definen como un tipo específico con una morfología característica, generalmente positivo para CD117 (c-kit), producidos/conducidos por mutaciones activantes de KIT o PDGFRA. **Objetivos:** Analizar las características de los pacientes (p) diagnosticados de GIST en nuestro hospital.

**Material y Métodos:** Se han incluido un total de 29 pacientes con GIST (25 estadios localizados y 4 metastásicos) diagnosticados en nuestro hospital desde Enero 2008 hasta Febrero 2018. Se ha realizado una base de datos retrospectiva extrayendo los datos demográficos relevantes (edad, sexo), datos clínicos (localización tumor, síntomas, histología, tamaño), análisis molecular y tratamiento.

**Resultados:** N=29 pacientes. Edad (mediana): 64 años (rango: 31-82). Sexo: 15 varones y 14 mujeres. Localización del primario

más frecuente gástrico (14p), seguida de intestino delgado (11p), colon (3p), recto (1p). El 86% presentaron síntomas, siendo el dolor abdominal el más frecuente (34,5 %), seguido de la HDA (20,7%). Histológicamente, formados por células fusiformes (65%), epiteloides (20%) y mixtas (15%). Tamaño medio 6,3 cm (rango 1-17). El 100% (25p) de los diagnosticados en estadio localizado fueron sometidos a resección quirúrgica. 11 p recibieron adyuvancia con Imatinib. Mutación exón 11 (13p). Mutación exón 9 (1p). Mutación PDGFRA (1p). Metástasis hepáticas en tratamiento con Imatinib (4p) e intervalo libre de progresión (ILP) de 19 meses. Se han producido 4 éxitos. Continúan vivos 25p (2 con enfermedad metastásica).

**Conclusión:** La resección quirúrgica sigue siendo la única opción potencialmente curativa en GIST, aumentando la supervivencia libre de enfermedad con el uso de Imatinib adyuvante en riesgo intermedio-alto. En pacientes metastásicos la cirugía de las recaídas potencialmente resecables y el uso de ITK ha aumentado la SG en los últimos años al igual que el avance en el conocimiento de la biología molecular de estos tumores.

## ePóster 345

**ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST) EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS (HUPA) ENTRE LOS AÑOS 2013 Y 2016.**



**Raquel Molina Villaverde** – Hospital Universitario Príncipe de Asturias. **Beatriz Berzal Hernández** – Melchor Álvarez-Mon Soto –

**Introducción y Objetivos:** Los GIST son los tumores mesenquimales más frecuentes del tubo digestivo, pero sólo suponen el 2% de todos los cánceres de esta localización. La gran mayoría se han relacionado con mutaciones del gen KIT, aunque también se han descrito otras del gen PDGFRA o BRAF. El tratamiento y el pronóstico de este tipo de tumores han sufrido un cambio radical desde la utilización de los inhibidores de la tirosinquinasa (ITK), aunque el pilar fundamental de la enfermedad localizada continua siendo la cirugía.

**Material y Métodos:** Se trata de un estudio epidemiológico observacional, descriptivo, retrospectivo que incluye los diagnósticos de GIST entre el 1 de enero de 2013 y el 24 de diciembre de 2016. Los pacientes fueron atendidos por los servicios de Cirugía General y Digestivo y/o Oncología. Se revisaron sus historias clínicas y se analizaron distintas variables.

**Resultados:** Incidencia: 2,29/100.000 habitantes año (Hombres: 2,95 y mujeres: 1,65). Un 63% de los pacientes fueron hombres con una mediana de edad de 66 años. La localización más frecuente fue gástrica (50%) seguida de intestino delgado (36%). el 96%

de los tumores fueron c-kit positivos. El tratamiento recibido se resume en la tabla adjunta.

**Conclusión:** Se han observado diferencias en cuanto a la incidencia en diferentes países y regiones, por lo que se debería profundizar en las causas responsables. Aunque en las últimas décadas se han realizado numerosos avances en la caracterización y tratamiento de los GIST, siguen existiendo dudas acerca de muchas de sus características, por lo que deben abrirse nuevas líneas de investigación. La realización de resecciones completas, la respuesta al tratamiento con ITK y un seguimiento estrecho, parecen ser los factores que más contribuyen a evitar la progresión de la enfermedad, mejorando la supervivencia y mortalidad de los pacientes.

#### Bibliografía

- Rubió J, Marcos-Gragera R, Ortiz MR, Miró J, Vilardell L, Gironès J, et al. Population-based incidence and survival of gastrointestinal stromal tumours (GIST) in Girona, Spain. *Eur J Cancer*. 2007;43(1):144–8.
- OncoSur. Guía clínica OncoSur de diagnóstico y tratamiento del sarcoma del estroma gastro-intestinal (GIST). Madrid: YOU & US, S.A.; 2013.
- Fletcher CDM, Berman JJ, Corless C, Gorstein F, Lasota J, Longley BJ, et al. Diagnosis of gastrointestinal stromal tumors: A consensus approach. *Hum Pathol*. 2002 May;33(5):459–65.

Riesgo	Enfermedad localizada			Enfermedad metastásica		Total
	Cirugía	Cirugía + Imatinib	Desconocido	Tratamiento paliativo sintomático	Cirugía citoreductora paliativa	
Ausente	1 4,5%					1 4,5%
Muy bajo	5 22,7%					5 22,7%
Bajo	5 22,7%					5 22,7%
Moderado		2 9,1%				2 9,1%
Alto		5 22,7%		1 4,5%	1 4,5%	7 31,8%
No valorable	1 4,5%		1 4,5%			2 9,1%
Total	12 54,5%	7 31,8%	1 4,5%	1 4,5%	1 4,5%	22 100%
	20 90,9%			2 9,1%		

## ePóster 346

**EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL TERCIARIO EN EL TRATAMIENTO DE SARCOMAS DE PARTES BLANDAS METASTÁSICOS.**

**Ana Cebollero de Miguel** – Hospital San Pedro. **Lourdes Calera Urquizu** – Hospital Sierrallana. **Isabel Pajares Bernad** – Hospital Ernest Lluch. **Leticia de Avila Lizarraga, Raquel Salazar Saez, Rosa Sanchez Gomez, Alfonso Martin Carnicero, Isabel Manrique Abos, Edelmira Velez de Mendizabal** – Hospital San Pedro

**Introducción y Objetivos:** Los sarcomas son un grupo raro y heterogéneo de tumores malignos de origen mesenquimal, que suponen menos del 1% de todos los tumores malignos del adulto y alrededor del 12% de tumores pediátricos. Entre los distintos tratamientos de quimioterapia para los sarcomas de partes blandas metastásicos se incluyen las antraciclinas, bien en monoterapia o en combinaciones (ifosfamida, o más recientemente olaratumab), trabectedina, pazopanib, combinaciones de gemcitabina y eribulina. Este estudio analiza la experiencia de un hospital terciario en el tratamiento quimioterápico paliativo de los sarcomas de partes blandas metastásicos.

**Material y Métodos:** Se realiza un estudio observacional retrospectivo de pacientes diagnosticados de sarcomas de partes blandas metastásicos y tratados en el hospital San Pedro de Logroño, desde Enero de 2010 hasta Diciembre 2017.

**Resultados:** Los subtipos histológicos más frecuentes son leiomiomasarcoma y liposarcoma. El 72.7% de los pacientes reciben tratamiento quimioterápico con antraciclinas. De éstos, el 41.7% son RP el 25% EE. 8 pacientes reciben tratamiento con Trabectedina (23.5%) y el 50% presentan una estabilización de la enfermedad. 14 pacientes reciben tratamiento con Gemcitabina en combinación (bien con Docetaxel o con DTIC). De éstos, 4 pacientes presentan estabilización de enfermedad (28.6%) y 5 pacientes presentan una respuesta parcial como mejor respuesta al tratamiento (35.7%). 9 pacientes reciben tratamiento con Pazopanib, lo que supone un 26.5% del total. El 77.8% de los pacientes que reciben Pazopanib presentan una estabilización de la enfermedad como mejor respuesta (7 pacientes).

**Conclusión:** Podemos observar que en nuestra serie quedan representadas las histologías más frecuentes de sarcomas, así como los tratamientos más frecuentes en enfermedad metastásica, con resultados similares a los estudios publicados.

## ePóster 347

**Identificación y caracterización funcional de nodos críticos de señalización y biomarcadores terapéuticos en tumores del estroma gastrointestinal (GIST).**

**César Serrano García** – Hospital Vall d'Hebron/Vall d'Hebron Instituto de Oncología (VHIO), Barcelona, España. **Alfonso García Valverde, Jordi Rosell Aluja** – Vall d'Hebron Instituto de Oncología (VHIO), Barcelona, España. **Claudia Valverde Morales** – Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España. **George D. Demetri** – Dana-Farber Cancer Institute/Harvard Medical School, Boston, Estados Unidos. **Jonathan A. Fletcher** – Brigham and Women's Hospital/Harvard Medical School, Boston, Estados Unidos. **Joan Carles Galcerán** – Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España. **Joaquín Arribas López** – Vall d'Hebron Instituto de Oncología (VHIO), Barcelona, España

**Introducción y Objetivos:** La activación oncogénica de KIT es el evento esencial en GIST y su inhibición con imatinib (IM) genera un importante beneficio clínico. La señalización de KIT a través de RAS/MAPK y PI3K/mTOR es crítica tras la progresión a IM, siendo el principal mecanismo de resistencia la expansión policlonal de subpoblaciones con mutaciones secundarias en KIT. Por lo tanto, la identificación y caracterización de nodos de señalización de KIT puede constituir una oportunidad terapéutica frente a la heterogeneidad tumoral en GIST resistentes a IM.

**Material y Métodos:** En modelos celulares de GIST con mutaciones primarias y secundarias en KIT clínicamente representativas se llevó a cabo un screening farmacológico y funcional (proliferación, apoptosis, activación quinasa) para identificar los principales nodos de señalización de KIT en RAS/MAPK y PI3K/mTOR. Mediante estudios transcriptómicos (RNAseq) determinamos genes críticos coregulados por ambas vías que fueron validados funcionalmente. Estudiamos in vitro e in vivo estrategias terapéuticas de inhibición combinada.

**Resultados:** Todas las subunidades de PI3K-IA son imprescindibles en GIST, mientras que la señalización a través de AKT y mTOR parece dispensable. Aunque la ablación completa de PI3K/mTOR o de MEK generan los mayores efectos antiproliferativos y proapoptóticos, no son mantenidos en el tiempo por el efecto compensatorio de KIT a través de la vía no inhibida. El bloqueo conjunto de PI3K-IA/mTOR y MEK es sinérgico y duradero, y su inhibición intermitente resulta ser in vitro e in vivo un esquema tolerable y efectivo independientemente del tipo de mutación secundaria en KIT. Mediante RNAseq identificamos que Atroquina (ubiquitín-ligasa FBXO32; principal regulador de atrofia muscular en cáncer) incrementa su expresión tras la inhibición de RAS/MAPK y PI3K/mTOR, siendo el gen con mayor expresión diferencial. Las validaciones funcionales demostraron 1) su expresión está regulada por FOXO3; 2) presenta una función prosupervivencia en GIST; 3) incrementa su expresión tras la supresión de KIT con todos los fármacos aprobados en GIST.

**Conclusión:** Nuestros estudios identificaron PI3K-IA/mTOR y MEK como nodos críticos de señalización y vulnerabilidades terapéuticas en GIST. La inhibición conjunta de ambas vías de forma intermitente resulta ser una estrategia efectiva y tolerable frente a la heterogeneidad genética en GIST resistentes a IM. La atroquina es el principal gen coregulado por RAS/MAPK y PI3K/mTOR, constituyendo un biomarcador de inhibición efectiva de la señalización de KIT.



## ePóster 348

## Implementación de las técnicas de secuenciación en el abordaje clínico de los tumores del estroma gastrointestinal en Asturias.

**Pablo Álvarez Ballesteros** – Residente de Oncología Médica en el Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. **Helena Fernández Rodríguez** – Residente de Pediatría en el Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón. **Luisa Sánchez Lorenzo** – Médico Adjunto de Oncología Médica en CUN Madrid, Madrid. **Milagros Balbín Felechosa** – Jefe del Servicio de Oncología Molecular del Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. **Ana Gutiérrez Fernández** – Departamento de Bioquímica y Biología Molecular de la Universidad de Oviedo, Oviedo

**Introducción y Objetivos:** La sistematización de las técnicas de secuenciación génica en los tumores del estroma gastrointestinal (GIST), nos permite realizar una clasificación molecular que tiene importantes implicaciones pronósticas y terapéuticas. Objetivos: Caracterización de los tumores GIST secuenciados en Asturias.

**Material y Métodos:** Fueron incluidos aquellos pacientes diagnosticados de GIST entre los años 2010-2016, a los que el servicio de Oncología Molecular del Hospital Universitario Central de Asturias realizó secuenciación de C-KIT y PDGFRA, descartándose aquellos que no fuesen valorados por Oncología Médica. Se recogieron retrospectivamente datos sobre: edad, sexo, tamaño tumoral, localización, metástasis al diagnóstico, tratamiento recibido, supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia libre de enfermedad (SLE). Para el análisis estadístico se dividió a los pacientes en 3 grupos comparativos: Pacientes con mutaciones en el exón 11 de C-KIT, exón 9 de C-KIT y una miscelánea con el resto. Además, realizamos un mapa con las mutaciones del exón 11 secuenciadas.

**Resultados:** Fueron valorables un total de 32 pacientes, con las características clínicas y patológicas reflejadas en la tabla 1a. En la tabla 1b se observa el tratamiento recibido por estos grupos de pacientes de acuerdo a la extensión de la enfermedad. La mediana de SLP tras tratamiento con imatinib ha sido de 39 meses para los pacientes con mutaciones en el exón 11, no pudiendo valorarse para el exón 9. La mediana de SLE ha sido de 31'5 meses para el exón 11 y 39 meses para el exón 9. La mutación más frecuentemente encontrada fueron las deleciones en el exón 11 de C-KIT, involucrando en su mayoría a los residuos W557 y K558 (W557\_K558del). Todos los pacientes con mutaciones en el exón 9 presentan una variante infrecuente (p.Y503\_F504insAY), descrita en 150 pacientes de la COSMIC Database.

**Conclusión:** Los datos obtenidos concuerdan con los de estudios previos en cuanto al tipo de mutación más frecuente y la localización más típica en ambos exones estudiados. La presencia de metástasis al diagnóstico asociadas a mutaciones del exón 11 concuerda con el carácter más agresivo de esta mutación, descrito previamente. La mutación descrita en el exón 9 es una variante frecuente en nuestro área aunque sería preciso una mejor caracterización pronóstica ya que nuestros resultados muestran una larga SLE y largas SLP en aquellos pacientes que recaen.

	Exon 11	Exón 9	Otros
<b>Nº total de pacientes</b>	19 (59%)	6 (19%)	7 (22%)
<b>Edad (al diagnóstico)</b>			
<60 años	11 (57%)	3 (50%)	4 (57%)
>60 años	8 (43%)	3 (50%)	3 (43%)
<b>Sexo</b>			
Hombres	10 (52%)	4 (66%)	4 (57%)
Mujeres	9 (48%)	2 (33%)	3 (43%)
<b>Media de tamaño tumoral (cms)</b>	10,4 (2,5-30)	7,08 (4,2-9)	14,1 (2-31)
<b>Localización</b>			
Esófago	1 (5%)	-	-
Epigástrico	1 (5%)	-	-
Estómago	6 (32%)	-	5 (72%)
Yeyuno-Ileon	5 (26%)	6 (100%)	-
Hígado	1 (5%)	-	-
Páncreas	1 (5%)	-	1 (14%)
Recto	3 (17%)	-	1 (14%)
Indeterminado	1 (5%)	-	-
<b>Comportamiento clínico (al diagnóstico)</b>			
No metástasis	12 (63%)	5 (83%)	7 (100%)
Metástasis	7 (36%)	1 (17%)	-
Hepáticas	5 (71%)	1 (100%)	-
Peritoneales	2 (29%)	-	-

Tabla 1ª. Características generales de los pacientes del estudio

	Exon 11	Exón 9	Otros
<b>Tratamiento con Imatinib</b>			
Sí	17 (90%)	4 (66%)	4 (57%)
No	1 (5%)	2 (33%)	3 (43%) *PDGFRA D.842V
Intolerancia de inicio	1 (5%)	-	-
<b>Tipo de tratamiento</b>			
Adyuvante por alto riesgo	5 (29%)	3 (75%)	3 (75%)
Sistémico	12 (71%)	1 (25%)	1 (25%)
De inicio	5 (41%)	1 (100%)	-
Recidiva metastásica	6 (50%)	-	1 (100%)
Inoperable	1 (9%)	-	-
<b>Progresión a Imatinib</b>			
No	5 (29%)	3 (75%)	1 (25%)
Sí	12 (71%)	1 (25%)	3 (75%)
Inicio de sunitinib	11 (92%)	1 (100%)	2 (66%)
Tratamiento sintomático	1 (8%)	-	1 (33%)
<b>Fallecimiento y causa</b>			
No	9 (47%)	6 (100%)	5 (71%)
Sí	10 (53%)	-	2 (29%)
GIST	9 (90%)	-	2 (100%)
Otras	1 (10%)	-	-

Tabla 1b. Evolución bajo tratamiento con imatinib en función del tipo de mutación

## ePóster 349

**Localización rara de sarcoma de ewing extraesquelético. Una presentación clínica inespecífica.**

**Alicia Quílez Cutillas** – Hospital Universitario Puerta del Mar.

**Petra Rosado Varela** – Hospital Universitario Puerto Real.

**Araceli Sabino Álvarez** – Hospital Universitario Puerta del Mar.

**José Antonio Contreras Ibáñez** – Hospital Universitario Virgen del Rocío. **José Manuel Baena Cañada** – Hospital Universitario Puerta del Mar

**Introducción y Objetivos:** Los sarcomas de Ewing extraesqueléticos o tumores neuroectodérmicos primitivos (PNET) son un tipo poco frecuente de sarcoma de Ewing que se forma en el tejido blando. Es uno de los tipos histológicos más indiferenciados de los tumores malignos, siendo la localización primaria genitourinaria especialmente infrecuente en esta patología.

**Material y Métodos:** Presentamos el caso de un varón de 68 años estudiado por hematuria de repetición y síndrome miccional. Es intervenido mediante cistoprostatectomía radical con linfoadenectomía ilio-obturatriz bilateral y uretrectomía. Recibe quimioterapia adyuvante según esquema de ciclofosfamida, vincristina y dacarbacina alternante con etopósido e ifosfamida. Tras progresión pulmonar se inicia tratamiento paliativo con esquema gemcitabina y docetaxel.

**Resultados:** El diagnóstico anatomopatológico postquirúrgico es de PNET de próstata. Se visualiza en TAC próstata muy aumentada de tamaño descartándose en el estudio de extensión enfermedad metastásica. Tras el sexto ciclo presenta importante deterioro general, objetivándose en pruebas radiológicas nueva progresión pulmonar decidiéndose derivación a unidad de cuidados paliativos.

**Conclusión:** Los PNET son tumores raros habiendo publicados menos de 10 casos en la literatura, siendo similares las características clínicas y evolución de los pacientes descritos<sup>2</sup> con la presentada por nuestro paciente. Suelen aparecer como una masa de tejido blando grande, infiltrativa y heterogénea, con una región necrótica mal definida<sup>3,4</sup>. Ante tanta inespecificidad, resulta imprescindible el estudio inmunohistoquímico en el que el PNET demuestra positividad a marcadores de la línea neural como la enolasa neural específica, CD 99, Vimentina entre otros<sup>1</sup>. No existe un tratamiento de elección para el PNET extraesquelético<sup>3</sup>. A pesar de esto, la evolución suele ser tórpida con pronóstico pobre en la mayoría de los casos estudiados. Las metástasis están presentes al diagnóstico en el 60% de los casos<sup>3,4</sup>. Debemos destacar de nuestro caso la edad que presentaba el paciente al diagnóstico (superior a la habitualmente descrita en la literatura)<sup>3</sup> y su debut con enfermedad localizada, aunque finalmente, presenta un deterioro evidente y mala respuesta al tratamiento sistémico al igual que ocurre en la literatura descrita. Sirva todo lo anterior para concienciar de la importancia de realizar un diagnóstico diferencial extenso incluyendo la sospecha de histologías infrecuentes en el mismo.

## SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

## ePóster 350

**Análisis de la supervivencia en el glioblastoma en pacientes ancianos en comparación con pacientes no ancianos: seleccionando el tratamiento apropiado.**

**Filipa Pontes, Kayla Pereira, Inês Rêgo, Isabel Domingues, Rita Soares, Tatiana Pereira, Ana Pais, António Pego, Mónica Mariano, Gadiela Sousa** – Instituto Portugues de Oncologia – Coimbra

**Introducción y Objetivos:** La mitad de todos los pacientes diagnosticados con Glioblastoma Multiforme (GBM) tienen 65 años o más, y la tasa de incidencia va en aumento. Las opciones de tratamiento pueden incluir cirugía, radioterapia (RT), quimioterapia (CT) y la mejor terapéutica de soporte (BSC). La mayoría de los ensayos clínicos excluyen a los pacientes de edad avanzada, y esta falta de evidencia hace que la toma de decisiones clínicas sea particularmente desafiante.

**Material y Métodos:** Desde enero de 2015 hasta diciembre de 2017, se identificaron 71 pacientes con diagnóstico inicial de GBM. Nuestro objetivo fue comparar las características demográficas y clínicas, los patrones de tratamiento, la toxicidad y los resultados de supervivencia entre pacientes (pts) no ancianos (<65 años) y ancianos (≥ 65 años).

**Resultados:** De los 71 pts identificados, 36 (50,7%) tenían 65 años o más. Los pts ancianos presentaron un peor Performance Status (ECOG-PS ≥ 2) en el momento del diagnóstico, tuvieron menos probabilidades de recibir temozolomida en adjuvancia (TMZ) y

su supervivencia global (SG) fue más corta en comparación con el grupo más joven: 7,37 meses (mo.) (IC 95%, 5,49-9,25 mo.) vs 16,05 mo. (IC 95%, 11,71 – 20,40 mo.). Entre los pacientes de edad avanzada que recibieron terapia combinada (TMZ y RT) la supervivencia fue superior con el régimen concomitante TMZ/RT en comparación con TMZ seguida de RT (9,26 meses (IC 95%, 5,22-13,31 meses) vs 6,20 meses (IC del 95%, 3,3 – 9,1 meses)). 39 pts fueron tratados con RT/TMZ concomitante. La terapia combinada CT-RT fue bien tolerada en la mayoría de los pts y pudo completarse en 32 pts (82,05%) (21 (65,62%) pts <65 años y 11 (34,38%) ≥ 65 años). 7 pacientes (17,95%) interrumpieron TMZ/RT concomitante por toxicidad hematológica (5 (71,43%) <65 años y 2 (28,57%) ≥65 años).

**Conclusión:** La supervivencia global fue más corta en la población anciana, pero nuestro análisis sugiere que TMZ/RT en concomitancia son bien toleradas en pacientes mayores con GBM. TMZ/RT en concomitancia mostró toxicidad aceptable en comparación con la población más joven, lo que demuestra un beneficio para esta combinación en pacientes mayores.

## ePóster 351

**Células endoteliales circulantes: valor pronóstico en pacientes con glioblastoma.**

**Elena Corral de la Fuente, M<sup>a</sup> Angeles Vaz Salgado, Rodrigo Carrasco Moro, Juan M Sepúlveda Sánchez, Ángel Pérez-Núñez, Daniel Jiménez Zapata, Luis Ley Urzaiz, Alfredo**

**Carrato Mena , Cristina Saavedra Serrano, Julie Earl** – Hospital Ramón y Cajal

**Introducción y Objetivos:** La angiogénesis es un factor clave en glioblastoma (GB). Las células endoteliales circulantes (CECs) pueden ser detectadas en sangre periférica y se han relacionado con la angiogénesis. Su presencia y su valor pronóstico se ha evaluado en otros tumores. Sin embargo existe todavía poca información sobre su papel en GB. En este estudio prospectivo evaluamos la presencia de CECs y pretendemos determinar si su proporción se relaciona con el pronóstico de los pacientes con GB.

**Material y Métodos:** Estudio prospectivo desarrollado en un único centro (Hospital Ramón y Cajal, Madrid), entre 2014 y 2016. Beca GEINO. Se incluyeron 20 pacientes con diagnóstico anatomopatológico de glioblastoma. Se extrajo muestra de sangre periférica en la cirugía. Las CECs eran detectadas usando CellSearch Assay® (Veridex), como CD146+,CD105+CD45–DAPI+. Se crearon dos grupos en cuanto al valor de CEC, los que estaban por debajo de la mediana (grupo1) y los que estaban por encima de la mediana de CEC (grupo2). El análisis estadístico se llevó a cabo mediante las curvas de Kaplan-Meier (Log Rank), y los cálculos estadísticos con SPSS v15.0.

**Resultados:** Se incluyeron 20 pacientes, con edades comprendidas entre 43- 78 años. Doce hombres y 8 mujeres. La mediana de supervivencia libre de progresión (SLP) fue de 6,63 meses. La mediana de supervivencia global fue de 10,22 meses. La media de CECs detectadas fue 68 (rango 0-954). La mediana SLP para los pacientes del G1 (CEC por debajo de la mediana) fue de 6,4 meses y para el G2 (CEC por encima de la mediana) fue de 6,63 meses. La mediana de SG para los pacientes G1 fue de 17,42 meses y G2 fue de 8,52 meses. P 0.327.

**Conclusión:** Los datos analizados permiten observar una tendencia a mejor supervivencia global para los pacientes con mayor número de CECs, sin alcanzar significación estadística (pequeña muestra). Son necesarios estudios con mayor número de pacientes para confirmar estas hipótesis y poder ofrecer una medicina más personalizada.

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo sobre la eficacia y toxicidad de BVZ en el tratamiento de gliomas de alto grado. Entre Mayo 2017-Mayo 2018 se analizaron los datos de 22 pacientes con tumores cerebrales tratados con BVZ a la progresión a temozolamida. La mediana de edad fue de 55 años (27-71 años). El subtipo histológico más frecuente fue el glioblastoma, que representa un 68.8% (15 pacientes) de la muestra, seguido del astrocitoma anaplásico un 13.63% (3 pacientes). También fueron tratados tumores de menor grado: astrocitoma difuso grado II un 9.99% (2 pacientes), el xantastrocitoma pleomórfico un 4.54% (1 paciente) y el oligodendroglioma un 4.54% (1 paciente). La mayoría de los pacientes con ECOG 1-2 al inicio del tratamiento con BVZ. Se analiza también el tipo de cirugía y su posible influencia en el resultado de los pacientes.

**Resultados:** De los 22 pacientes analizados, 6 continúan vivos en el momento del análisis (27.2%). La mediana de SLP fue de 4 meses (1-17 meses), con RP en 38.3% de los pacientes y mejoría clínica en 42.2% que permitió la reducción de corticoides y la mejora de calidad de vida. En cuanto a la toxicidad, destacaba HTA Grado 1-2 en 6 pacientes (27.2%) manejable con tratamiento médico, proteinuria Grado 3 que llevó a la suspensión del tratamiento en 3 pacientes, trombopenia grado 2 en 4 pacientes. En 2 pacientes la RMN evidenció transformación hemorrágica de la tumoración, obligando a suspender el tratamiento. En cuanto a la cirugía, en un tercio se había realizado resección macroscópica completa, en otro tercio resección incompleta y en los restantes sólo se realizó toma de biopsia. Los pacientes tratados con resección completa al diagnóstico mostraban mayor supervivencia global y mayor beneficio con BVZ.

**Conclusión:** No hay tratamiento estándar para el GB en progresión tras RT y TMZ. Bevacizumab se asocia a un RR del 30-40% y a una importante mejoría de calidad de vida, relacionado con el descenso de tratamiento corticoideo, como también se refleja en nuestra serie. Nuestra media de PFS de 4 meses, es similar a los datos publicados en estudios randomizados con Bevacizumab, con un perfil de seguridad aceptable.

### ePóster 352

#### Experiencia en HGA con Bevacizumab en tumores cerebrales tras progresión a quimioterapia estándar en los últimos 5 años.

**Ana Maria Soler Garrigós, Blanca Riesco Montes, Verónica González Orozco, Mari Cruz Martín Soberón** – General de Albacete. **Sandra García Nieto** – Villarrobledo. **Neus Cuadra Català** – General de Albacete

**Introducción y Objetivos:** Experiencia clínica con bevacizumab (BVZ) en monoterapia (dosis quincenal (10mg/m<sup>2</sup>) en segunda o sucesivas líneas en gliomas de alto grado.

### ePóster 353

#### GEINOFOTE-II: análisis de seguridad y eficacia de fotemustina (FTM) en esquema Addeo en el tratamiento de glioblastomas (GB) en recaída según datos de vida real.

**Pedro Pérez Segura** - H. Clínico San Carlos. Madrid. **A Marín** - H. La Princesa. Madrid. **Manuel Benavides** - H.U. Regional de Málaga. **Oscar Gallego** - H. Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. **Anna Estival** - H. Germans Triás i Pujol. Barcelona. **Juana Maria Cano** - H. General de Ciudad Real. **Ray Antonio Manneh** - H. 12 de Octubre. Madrid. **Isaac Ceballos** - H.U. de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. **Marta Covela** - H. Lucus Augusti. Lugo. **Isaura Fernández** - H. Álvaro Cunqueiro. Vigo



**Introducción y Objetivos:** El tratamiento a la progresión en GB no tiene ningún fármaco en indicación real. Los datos de actividad son similares para todos los antineoplásicos pero con perfiles de toxicidad diferentes. Una de las moléculas que se puede utilizar es FTM, un agente alquilante. Se presentan los datos del estudio GEINOFOTE-II cuyo objetivo primario es valorar la seguridad del tratamiento con FTM según esquema Addeo y, como objetivos secundarios, tasa de respuestas (TR), supervivencia libre de progresión (SLP), supervivencia global (SG) y aspectos relacionados con la calidad de vida y funcionalidad de los pacientes (pts).

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo multicéntrico en el que se incluyeron pacientes con diagnóstico confirmado de GB y en situación de recaída tras tratamiento con Stupp.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 117 pts. Los datos pretratamiento Addeo se recogen en la Tabla 1. Actividad:

tasa de respuestas radiológicas 13.7% (12% respuestas parciales (14 pts), 1.7% respuestas completas (2 pts) y 30.8% estabilizaciones (36 pts). Tiempo medio hasta máxima respuesta: 2.5 meses. Mediana SLP 3.17 meses (IC 95% 2.77 – 3.58). Mediana SG 6.31 meses (IC 95% 5.36 – 7.27). Seguridad: 59.8% de los pts presentaron algún tipo de toxicidad (G3-4, 23.1%) siendo la más frecuente la hematológica, fundamentalmente trombopenia (12.8%). La toxicidad global y G3-4 fue significativamente ( $p < 0.001$ ) más frecuente en la fase de inducción global: 46.2% vs 10.3%; G3-4 21.4% vs 1.7%). 30.2% de los pts presentaron mejora del IK, 26.7% del déficit neurológico y un 43.1% redujo las dosis de corticoides.

**Conclusión:** El esquema Addeo es seguro cuando se administra tras esquema de Stupp. Los pts que responden al tratamiento mejoran sus parámetros funcionales. En comparación con otras alternativas terapéuticas, en nuestra serie, las TR es similar pero con una menor SG.

	Número	%
<b>Sexo</b>		
Hombre	68	59.6
Mujer	46	40.4
<b>Edad media (años)</b>	51.8 (19-73)	
<b>Histología</b>		
GB	84	73.7
Gliomas GIII	30	26.3
<b>Tipo Cirugía Inicial</b>		
Completa	59	51.7
Parcial	34	29.8
Biopsia	19	16.6
Desconocida	2	1.9
<b>Tto tras Cirugía</b>		
Stupp	95	83.3
RT + otros Fármacos	9	7.9
Otros	10	8.8

Tabla 1.- Características de los pts incluidos en GEINOFOTE-II



## ePóster 354

### Glioblastoma multiforme (GM): Evolución en función del número de lesiones.

**Sara Custodio Cabello, Luis Cabezón Gutierrez, Magda Palka Kotlowska** – Hospital Universitario de Torrejón. **Parham Khosravi Shahi** – Hospital Universitario Gregorio Marañón, **Eduardo Oliveros Acebes** – Hospital Universitario de Torrejón

**Introducción y Objetivos:** El GM es el tumor cerebral primario maligno más frecuente, con un pronóstico pobre pese a los tratamientos establecidos. Un pequeño porcentaje presenta al diagnóstico más de una lesión (GM multifocal o multicéntrico). Analizamos los pacientes diagnosticados de GM en nuestro centro así como la incidencia de GM multifocal o multicéntrico, sus características, tratamiento y evolución.

**Material y Métodos:** Se analizaron, de forma retrospectiva, 22 pacientes con GM diagnosticados en nuestro centro entre Enero 2015 y Enero 2018. Revisamos las características de los pacientes, el

tipo de cirugía, tratamiento complementario, así como supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG) en el total de pacientes (cohorte1) y estratificado en función del número de lesiones (cohorte2 > 1 lesión; cohorte3 1 lesión).

**Resultados:** 7 de los 22 pacientes (31,8%) presentaban >1 lesión al diagnóstico (cohorte2). En este subgrupo el 42,9% de los pacientes presentaba un índice de Karnofsky (KPS)  $\geq 70$  y se pudo realizar resección macroscópica completa en todos esos pacientes. Únicamente se realizó resección subtotal/biopsia en los dos pacientes con peor estado funcional, relacionado con la localización profunda y el gran tamaño de la lesión que presentaban. (Características en Tabla 1). Con una mediana de seguimiento de 20,5 meses la mediana de SLP en la cohorte1 fue de 7 meses y de 2 y 8 meses en cohorte 2 y 3 respectivamente (test log Rank  $p=0.393$ ); la mediana de SG en cohorte 1 fue de 13 meses y de 3 y 16 meses en cohorte 2 y 3 (test log Rank  $p=0.064$ ).

**Conclusión:** La incidencia de GM multicéntrico o multifocal en nuestro centro es mayor a lo descrito en la literatura, teniendo un comportamiento clínico muy agresivo y pésima evolución.

	Cohorte 1=22	Cohorte 2 (>1 lesión)=7	Cohorte 3 (1 lesión)=15
<b>Sexo</b>			
- Varón	14 (63,6%)	5 (71,4%)	9 (60%)
- Mujer	8 (36,4%)	2 (28,6%)	4 (40%)
<b>Mediana Edad</b>	65,5	65	66
<b>KPS</b>			
- - $\geq 70$	17 (77,3%)	4 (57,1%)	13 (86,7%)
- - $< 70$	5 (22,7%)	3 (42,9%)	2 (13,3%)
<b>Tipo cirugía</b>			
- Resección completa	14 (63,6%)	1 (14,3%)	13 (86,7%)
- Resección subtotal/biopsia	8 (36,4%)	6 (85,7%)	2 (13,3%)
<b>Tratamiento complementario</b>			
- Ninguno	1 (4,5%)	1 (14,3%)	0
- Protocolo Stupp	17 (77,3%)	3 (42,9%)	14 (93,3%)
- Temozolamida-RT	2 (9,1%)	2 (28,6%)	0
- Temozolamida	1 (4,5%)	0	1 (6,7%)
- RT	1 (4,5%)	1 (14,3%)	0
<b>Líneas tratamiento posteriores</b>			
- Ninguna	16 (72,8%)	7 (100%)	9 (60%)
- $\geq 1$	6 (27,2%)	0	4 (40%)

Características clínicas pacientes con GM

## ePóster 355

**RELACIÓN ENTRE EL ESTATUS DE IDH1 Y LA EXPRESIÓN DE GENES INMUNOREGULADORES EN PACIENTES CON GLIOMAS: ¿DOS ENTIDADES INMUNOLÓGICAMENTE DIFERENTES?****Santiago Cabezas Camarero, Rebeca Pérez Alfayate, Vanesa García Barberán, Pedro Pérez Segura** – Hospital Clínico San Carlos**Introducción y Objetivos:** Apenas existen datos respecto al perfil inmunológico de los gliomas en función del estatus de IDH1. El objetivo fue estudiar varios parámetros inmunológicos en gliomas IDH1 mutados (IDH1MUT) e IDH1 nativos (IDH1NAT).**Material y Métodos:** Se seleccionó de manera prospectiva a pacientes con gliomas grados II-IV. Se estudió en muestras de parafina la expresión de genes inmunoreguladores por mRNA (CSF1R, CTLA4, CXCL9, CXCL10, CXCL13, FOXP3, GZMA, HLADRA, IDO1, INFG, PD1, PDL1, PDL2, PRF1, STAT1, STAT3, TIGIT, TIM3, VISTA, TLR7).**Resultados:** Se incluyó a 12 pacientes con gliomas, 8 con glioblastoma (GB) y 4 con gliomas de bajo grado (LGG). De los GB, 5 fueron IDH1MUT y 3 fueron IDH1NAT. De los LGG, hubo 2 IDH1MUT y 2 IDH1NAT. Se encontró mayor expresión de PD1 en los GB que en los LGG ( $P=0.03$ ) y mayor expresión de STAT1 ( $P=0.042$ ), STAT3 ( $P=0.042$ ), TIM3 ( $P=0.007$ ), y TLR7 ( $P=0.007$ ) en los LGG frente a los GB. Al comparar la expresión en función del estatus de IDH1 se encontró una mayor expresión en CXCL10 en los gliomas IDH1NAT ( $P=0.028$ ). Aunque no significativa, la expresión de los genes inmunoreguladores -salvo CXCL13 y STAT3- siempre fue mayor en los IDH1NAT frente a los IDH1MUT. Al comparar los LGG IDH1MUT frente a los GB + LGG IDH1NAT, la expresión de HLADRA ( $P=0.05$ ), IDO1 ( $P=0.05$ ) e IFNG ( $P=0.05$ ) fue significativamente mayor en el último grupo observándose la misma tendencia para CXCL10 ( $P=0.06$ ), mientras que la expresión de CXCL13 fue mayor en los LGG IDH1MUT ( $P=0.03$ ).**Conclusión:** La histología y el estatus de IDH1 parecen identificar grupos de gliomas con inmunofenotipos diferentes, lo que podría tener importancia de cara al empleo de la inmunoterapia en esta enfermedad. El estudio continua en marcha, con la intención de confirmar estos resultados en una muestra mayor.

## ePóster 356

**REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO DE LAS METASTASIS CEREBRALES Y ANÁLISIS DE DICHO TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA (HUVV). VALIDACION DE UN NORMOGRAMA PREDICTIVO EN NUESTRA SERIE.****Javier Baena Espinar, Africa Fernández Forné, Andrea Terrón Sánchez, Sofía Ruiz Medina, Andrés Mesas Ruiz, Laura Gálvez Carvajal, Marta Robles Lasarte, Inmaculada Navarro Domènech, Emilio Alba Conejo** – Hospital Universitario Virgen de la Victoria. **Ismael Herruzo Cabrera** – Hospital Regional Universitario**Introducción y Objetivos:** Las metástasis cerebrales (MC) suponen una enorme causa de morbimortalidad, siendo los tumores intracraneales más frecuentes. Además entre un 10-20% de los pacientes con cáncer desarrollarán las mismas. De lo anterior deriva la necesidad de establecer un tratamiento personalizado para cada paciente, determinado por factores propios y la disponibilidad de recursos. Nuestro estudio pretende por una parte describir cómo es la población de pacientes con MC que recibe radioterapia holocraneal (RTH) en el HUVV así como comprobar si la supervivencia predicha por los índices pronósticos Radiation Therapy Oncology Group's Recursive Partitioning Analysis (RTOG RPA) y Diagnosis-Specific Graded Prognostic Assessment (DS GPA) son buenos estimadores de la supervivencia global. RTOG RPA establece tres categorías siendo la tercera la de peor pronóstico (2,3 meses). Por otra parte DS GPA establece una puntuación de de 0 (peor pronóstico) a 4 (mejor pronóstico) a partir de los factores pronósticos más importantes en cada tipo de neoplasia**Material y Métodos:** Se incluyeron los 118 pacientes diagnosticados de metástasis cerebrales entre enero de 2015 y diciembre de 2016 en HUVV. – Con el programa SPSS se realizó el análisis estadístico de las diferentes variables y los análisis de supervivencia.**Resultados:** La mediana de edad fue 61 años, siendo 35,6% mujeres y teniendo enfermedad a distancia el 81,4%. La supervivencia mediana 3,55 meses IC 95% (2,9-4,2), permaneciendo vivos en la actualidad el 3,4% de los pacientes. El 96,6% era clase 2 RTOG RPA o superior. Sólo el 16,3% tenía una puntuación GS RPA superior a 2. La supervivencia fue estadísticamente significativa para el sexo a favor de la mujer ( $p=0,01$ ), el Karnofsky ( $p=0,42$ ), el diagnóstico RTOG RPA ( $p=0,02$ ) la puntuación GS RPA ( $p=0,009$ ). No lo fue ni para el número de MC, ni la presencia de enfermedad a distancia ni si ésta estaba o no controlada  $p > 0,05$ . La correlación entre el tiempo de supervivencia dado por la puntuación RTOG RPA y nuestra muestra fue del 30%. El tiempo entre el diagnóstico de MC y la RTH alcanzó una mediana de 17 días.**Conclusión:** La puntuación pronóstica en DS-RPA ó RTOG-RPA es predictiva para supervivencia de forma estadísticamente significativa aunque la concordancia entre los índices pronósticos fue débil.

## ePóster 357

**SEGUNDA OPORTUNIDAD PARA PACIENTES CON RECIDIVA DE GLIOBLASTOMA MULTIFORME. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA.****Ana Landa Magdalena, M<sup>a</sup> Ángeles Diaz Gallego, Maria Otaño Ariño, Beatriz Sánchez Casi, Andrea Medina Del**



**Valle, Jenifer Gómez Mediavilla, Ane Areizaga Albisua, Cristina Churruca Galaz, Larraitz Egaña Otaño** – Hospital Universitario Donostia

**Introducción y Objetivos:** El pronóstico de los pacientes con glioblastoma multiforme (GBM) es actualmente muy pobre. Los agentes más empleados en la recidiva son el bevacizumab (BVZ), las nitrosoureas y el retratamiento con temozolamida (TMZ). Nuestro objetivo fue evaluar los resultados del tratamiento de 2ª línea, en pacientes con GBM recurrente tratados en nuestro centro entre 2013 y 2018.

**Material y Métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo evaluando el manejo de cada paciente tras progresión a 1ª línea estándar. Se analizaron supervivencia global (SG) y supervivencia desde la progresión (SDP).

**Resultados:** Desde 2013, 161 pacientes fueron diagnosticados de GBM, con una edad media de 62 años (23-79). 89 varones y 72 mujeres. Al diagnóstico 41,6% obtuvieron una resección completa, mientras el 26,7% obtuvieron solo resección parcial y 31,7% biopsia. Tras la intervención (IQ), 64% recibieron radioterapia; 60,9% TMZ concomitante, y 62,7% TMZ adyuvante. 129 pacientes recayeron, con una mediana de 5m, pero de ellos solo 16 fueron reintervenidos (reIQ). De ellos 11 recibieron tratamiento sistémico tras la segunda IQ (7 BVZ, 4 TMZ) y 5 no recibieron más tratamiento. El resto de pacientes que progresaron no eran candidatos a una segunda IQ, y recibieron solo terapia sistémica, con BVZ en el 39,1% y TMZ en el 37,5%. Un 16,7% no recibió ningún tratamiento de 2ª línea. La SG fue de 11,6 meses y la SDP de 3m. Al analizar los datos en cada grupo de tratamiento observamos que la SDP tendía a ser mayor en los pacientes tratados con reIQ y TMZ, mientras que los pacientes tratados con reIQ y BVZ o solo con reIQ, alcanzaban supervivencias más cortas (12,4m vs 5,3m vs 4m respectivamente). Por otro lado, la SDP de los pacientes tratados solo con BVZ fue también 5,3m, y 4,6m en los tratados solo con TMZ. La SG resultó más larga en los tratados con reIQ y TMZ (34m).

**Conclusión:** En nuestra experiencia, la mayoría de pacientes afectados de GBM no son candidatos a una segunda IQ. Los que son operados y reciben TMZ parecen obtener mejores resultados. Observamos que los pacientes tratados con BVZ no parecen beneficiarse de la IQ. Siendo un análisis descriptivo, no podemos proponer ningún cambio en la práctica clínica.

### ePóster 358

## TRATAMIENTO Y SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES CON METÁSTASIS CEREBRALES TRATADOS EN EL HOSPITAL INFANTA LEONOR (2008-2013).

**Berta María Obispo Portero, Cristina Pangua Méndez, Fernando Sierra Hidalgo, Jorge Zurita**

**Santamaria, Gloria Serrano Montero, Ana López Alfonso, Almudena Martín Marino, María del Mar Pérez Pérez, Miguel Ángel Lara Álvarez** – Hospital Universitario Infanta Leonor

**Introducción y Objetivos:** Las metástasis cerebrales son el tumor intracraneal más frecuente del adulto presentándose en un 25% de los pacientes con cáncer. Hasta el 80% de las metástasis cerebrales son causadas por cáncer de pulmón, mama y melanoma en orden descendente. El pronóstico en pacientes que no reciben tratamiento es infausto, con una mediana de supervivencia en torno a un mes. El objetivo de nuestro estudio es analizar los pacientes de nuestro centro diagnosticados de metástasis cerebrales entre 2008-2013, el tratamiento recibido y su supervivencia desde el diagnóstico de afectación cerebral hasta el fallecimiento. En un segundo análisis se compararán estos datos con los de los últimos cinco años (2013-2018) para ver si existen diferencias en cuanto a supervivencia tras la aparición de nuevas terapias.

**Material y Métodos:** Se recogieron los datos de 88 pacientes diagnosticados de metástasis cerebrales entre 2008 y 2013 y se analizó el tumor primario, forma de debut, tiempo desde el diagnóstico hasta aparición de afectación cerebral, número de líneas de tratamiento previo, tratamiento recibido sobre las lesiones cerebrales y supervivencia media y tratamientos recibidos desde el diagnóstico de metástasis cerebrales hasta el fallecimiento por tipo tumoral.

**Resultados:** De los 88 pacientes analizados, 62 de ellos eran varones con una edad media de 62 años al diagnóstico. El tumor primario fue un carcinoma de pulmón en un 86%, seguido de un 4% de cáncer de mama, 4% melanoma. Un 30% de ellos tenían metástasis cerebrales al diagnóstico y no habían recibido ningún tratamiento previo. El 57% recibieron radioterapia holocraneal paliativa, un 2% fue intervenido quirúrgicamente, y en un 41% se desestimó tratamiento para la afectación cerebral. La mediana de supervivencia tras el tratamiento fue de 3 meses (desde un mes en pacientes no tratados hasta 36 meses en pacientes con tratamiento) con una mediana de una línea de tratamiento recibido tras el diagnóstico de metástasis cerebrales.

**Conclusión:** Según nuestra experiencia entre 2008 y 2013, los datos reportados en cuanto a epidemiología y supervivencia en pacientes con metástasis cerebrales son similares a los descritos en la literatura.

## TIROIDES

### ePóster 359

#### CANCER DE TIROIDES EN MENORES DE 40 AÑOS: EXPERIENCIA DE UN CENTRO.

**Maitane Ocariz Díez, Natalia Alonso Marín, Andrea Sesma Goñi, Marta Gascón Ruiz, Mara Cruellas Lapeña, Elisa Quilez Bielsa, Alexia Fernández Ruiz, Patricia Irazo Gómez, María Pilar Bueso Inglán** – Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de tiroides es el cáncer endocrinológico más común representando el 1% de todas las neoplasias. El número de casos diagnosticados de este tipo de cáncer se ha duplicado en la última década debido al aumento de casos de carcinoma papilar. La edad de presentación más frecuente es en la 5ª década, aunque se ha descrito un pico de incidencia en torno a los 30 años. Los tumores en adultos jóvenes y adolescentes es un tema de interés en la actualidad debido a las implicaciones psicosociales del diagnóstico en esta franja de edad. El bocio es un mal endémico en Aragón, aumentando la prevalencia de cáncer tiroides en esta comunidad. El objetivo de este trabajo es describir las características de los pacientes diagnosticados durante un año de cáncer de tiroides en el Servicio de Oncología Médica del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional de una cohorte de pacientes menores de 40 años diagnosticados de cáncer de tiroides entre el 1 de enero de 2017 y el 1 de enero de 2018. Los datos se recogieron en tablas de Microsoft Office Excel versión 97-2003 y analizados estadísticamente con el programa IBM SPSS Statistics versión 22.0.

**Resultados:** Entre el 1 de enero de 2017 y el 1 de enero de 2018 se diagnosticaron 14 pacientes de cáncer de tiroides menores de 40 años, 13 mujeres (92,85 %) y un varón (7,15 %). La mediana de edad es 35,7 años (rango 31-40). El 85,72 % eran subtipo papilar, el 7,14 % medular y el 7,14% folicular. El 57,15 % fueron diagnosticados en estadio I y el 42,85% en estadio II. El 100 % de los pacientes fueron sometidos a tratamiento quirúrgico, el 85,7% tiroidectomía total y el 14,3% hemitiroidectomía. En el 57,14 % de los pacientes se realizó linfadenectomía y en el 57,14% además se asoció tratamiento con yodo radiactivo. Todos los pacientes se encuentran actualmente vivos y libres de enfermedad.

**Conclusión:** En nuestra muestra el cáncer de tiroides más frecuente entre la población menor de 40 años durante este año ha sido el subtipo papilar, que es el tumor más frecuente en la población general. A pesar de estar en aumento la incidencia, el pronóstico a largo plazo es bueno con tratamiento radical.

### ePóster 360

#### CARCINOMA ANAPLASICO DE TIROIDES CON TRASLOCACION DE ALK QUE NO RESPONDE A CRIZOTINIB.

**Lourdes Calera Urquizu** – Hospital Sierrallana, SCS. **Isabel Pajares Bernad** – Hospital Ernest Lluch De Calatayud. **Ana Cebollero De Miguel** – Hospital San Pedro La Rioja. **Raquel**

## Tiroides

**Jaso Tejera** – Hospital Laredo, SCS. **Laura Aller De Pache** – Hospital Marques De Valdecilla. **Vanesa Alvarez De Eulate, Laura Garcia Alles** – Hospital Sierrallana, SCS. **Itziar Trueba Garayo** – Hospital Txagorritxu. **Clara Caballero Escudero, Eduardo Lopez** – Hospital Sierrallana, SCS

**Introducción y Objetivos:** El carcinoma anaplasico de tiroides es un tumor poco frecuente pero muy agresivo. El tratamiento del carcinoma anaplasico metastasico es paliativo y consiste en quimioterapia con escasos meses de supervivencia. Se han descrito la presencia de mutaciones de ALK y respuestas al tratamiento de crizotinib.

**Material y Métodos:** Presentamos un caso clinico de una paciente de 57 años sin antecedentes de interés que fue

diagnosticada de carcinoma anaplasico de tiroides, estadio IV con metastasis pulmonaresoseas, hepáticas y subcutaneas.

**Resultados:** Tras el diagnostico del carcinoma anaplasico de tiroides se amplio el estudio molecular y se determino por FISH el reordenamiento del gen de ALK. Ante dicho hallazgo y de acuerdo con la paciente se decidio tratamiento con la diana terapéutica crizotinib 250 mg cada 12h. La paciente tomo el tratamiento durante un mes sin respuesta clínica, presento progresión tumoral rápida y falleció 2.5 meses después del diagnóstico.

**Conclusión:** El carcinoma anaplasico de tiroides continua siendo un gran reto en la actualidad. En este caso presentamos un caso clínico de una paciente con carcinoma de tiroides anaplasico metastásico y mutación de ALK que no respodio a crizotinib



## TROMBOSIS

## ePóster 361

**¿NEOPLASIA CEREBRAL PRIMARIA Y TROMBOSIS VENOSA EN LA MISMA FRASE?.**

**Andrea Illan Varella, Pablo Ayala De Miguel, Itziar Gorospe García, Javier López Gallego, Ricardo Collado Martín, Jonathan Aires Machado, Laura Quintana Cortés**  
– Hospital San Pedro De Alcántara Cáceres.

**Introducción y Objetivos:** Presentamos el caso clínico de un paciente varón de 57 años diagnosticado de astrocitoma anaplásico grado III fronto-temporal irreseccable. Se decidió iniciar tratamiento con radioterapia de intensidad modulada (IMRT) concomitante con Temozolamida según esquema STUPP. El paciente experimentó trombopenia grado IV que obligó a la suspensión definitiva del tratamiento citostático pautado.

**Material y Métodos:** Tras 12 meses de intervalo libre de progreso, se realizó ante fiebre sin foco una tomografía axial (TC) torácica de objetivándose bronquiectasias y tromboembolismo pulmonar central en arteria pulmonar derecha con extensión a arteria lobar superior e inferior. Ante ello se pautó tratamiento antibiótico y Tinzaparina dosis de 14000 UI subcutánea (sc), ajustada a peso, cada 24 horas. El paciente presentó buena tolerancia al tratamiento con Tinzaparina sc, sin complicaciones hemorrágicas y sin episodio de retrombosis.

**Resultados:** Según las guías SEOM, la enfermedad tromboembólica incidental presenta una prevalencia estimada entre el 1 y el 5%, dependiendo del tipo de tumor, estadio tumoral, la presencia de hospitalización previa y de otros factores de riesgo adicionales. El riesgo relativo de desarrollar trombosis en un paciente oncológico es del 4.5, y llega a 6.5 veces si recibe quimioterapia ambulatoria,

declarándose ésta como factor de riesgo independiente para el desarrollo de enfermedad tromboembólica venosa (ETV). Los esquemas de quimioterapia empleados influyen en el riesgo de desarrollo de trombosis, alcanzándose las mayores incidencias con tratamientos basados en Cisplatino, Inhibidores de tirosinkinasa e Inhibidores de la angiogénesis, entre otros. Respecto al tumor primario subyacente, se ha descrito de forma más frecuente en tumores primarios de pulmón, gastrointestinal y ginecológicos. La ETV puede aparecer hasta en el 30% de los pacientes con glioma de alto grado. Stein et al reportan un porcentaje de 3,5/100 hospitalizaciones de trombosis venosas en pacientes con cáncer cerebral. En esta línea, Simanek et al afirmaron que existía un aumento del riesgo tromboembólico venoso en los pacientes con glioma de alto grado (Escala WHO III/IV). Un 24% de los pacientes desarrolló tromboembolismo venoso, con un riesgo acumulado del mismo de 31% a los tres meses y del 26% a los 12 meses.

**Conclusión:** En conclusión, la asociación entre tumor primario del SNC y el desarrollo de trombosis, aunque no habitual, puede suceder y debe ser tenida en cuenta por parte del oncólogo.

## ePóster 362

**ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN CÁNCER DE PÁNCREAS AVANZADO.**

**Francisco José Pelegrín Mateo, Vicente Boix Arcil, Roberto Morales Giménez, Lucía Gómez González, Marian**

**Fernández Cruz, M<sup>a</sup> Del Rocío Ramírez Belloch, Marta Llopis Cuquerella** – Hospital General Universitario de Elche. **M<sup>a</sup> Teresa Taberner Bonastre** – Hospital Universitario De La Ribera **Javier Gallego Plazas** – Hospital General Universitario de Elche

**Introducción y Objetivos:** La enfermedad tromboembólica venosa (ETV) es una complicación mayor en los pacientes diagnosticados de cáncer de páncreas avanzado (CPA), con tasas de incidencia reportadas entre el 5 y 36%. Se considera un factor pronóstico negativo con impacto en términos de morbilidad y calidad de vida. El objetivo del estudio es describir la incidencia de ETV en pacientes con CPA en nuestra población así como los posibles factores de riesgo asociados.

**Material y Métodos:** Se revisaron retrospectivamente los datos de los pacientes con diagnóstico de CPA entre 2010 y 2015 en el Hospital General Universitario de Elche y el Hospital Universitario de La Ribera. Presentamos los resultados preliminares del análisis descriptivo.

**Resultados:** 166 pacientes cumplían los criterios de inclusión. De ellos, 79 (47.6%) eran mujeres y 87 (52.4%) hombres, 41 (24.7%) presentaban un cáncer de páncreas localmente avanzado y 125 (75.3%) metastásico. Hubo un total de 47 (28.3%) ETV, siendo más prevalente en hombres, con 29 eventos (61.7% del total de los eventos) frente a 18 en mujeres (38.3%). De los pacientes con ETV, en el 40.43% la localización del tumor primario era el cuerpo del páncreas, el 77% presentaba enfermedad metastásica y en el 77.5% de los casos se encontraba implicación vascular (en un 34.04% el tumor afectaba >180° los vasos). En el 51% de los casos los pacientes se encontraban en tratamiento quimioterápico al diagnóstico de ETV, y de ellos el 75% en primera línea. La localización más frecuente de la trombosis fue los miembros inferiores (25.53%) seguida de la vena mesentérica superior y el tromboembolismo pulmonar (21.28% cada uno). El 91.5% de las trombosis se trataron con heparina de bajo peso molecular (HBPM) ajustada al peso y función renal, sin que progresara la trombosis en un 80.85% de los casos ni surgieran complicaciones en el 85.11% de los pacientes (complicación más frecuente: hemorragias, 4.26%). Tan solo un paciente (2.13%) falleció como consecuencia de la trombosis.

**Conclusión:** Se objetiva una incidencia de ETV similar a la reportada en la bibliografía, con una mayor frecuencia en varones, tratamiento quimioterápico de primera línea, tumores del cuerpo pancreático y con implicación vascular. La complicación más frecuente del tratamiento con HBPM fue el sangrado y la mortalidad relacionada con la ETV fue baja.

**Beatriz Losada Vila, David Gutiérrez Abad, Ignacio Juez Martel, Julia Calzas Rodríguez, Pilar Bravo Barahona, Beatriz Antón Pascual, Carmen Pantín González, Juan Antonio Guerra Martínez** – Hospital Universitario de Fuenlabrada

**Introducción y Objetivos:** La enfermedad tromboembólica venosa (ETE) es muy prevalente en pacientes oncológicos (4-20%), siendo el tratamiento de elección las heparinas de bajo peso molecular (HBPM). El paciente con insuficiencia renal es frecuente en nuestra práctica diaria y no todas las HBPM presentan evidencia en aclaramiento de Creatinina inferior a 30 ml/min. Tampoco los nuevos anticoagulantes orales tienen recomendación de las Guías. Nuestro objetivo es describir las características basales, situación actual y función renal de los pacientes diagnosticados de ETE entre 2012-2014.

**Material y Métodos:** 31 pacientes diagnosticados entre 2012 y 2014 de ETE (Tromboembolismo pulmonar, trombosis de catéter o venosa profunda) y tratados con dosis terapéuticas de tinzaparina.

**Resultados:** Factores de riesgo relacionados con la neoplasia: pulmón (11/31), mama (4/31), colon (3/31). >80% enfermedad metastásica. De los factores de riesgo, el más importante es el tratamiento con quimioterapia, (antiangiogénicos 7/31). No anticonceptivos orales ni cirugía reciente. Mediana de edad de 56,1 años [34-82]. Aclaramiento de creatinina al diagnóstico superior a 60 ml/minuto en 22/22 pacientes. Este dato no es representativo de todos los pacientes diagnosticados de cáncer, ya que estos pacientes analizados son sólo aquellos que fueron derivados al Servicio de Oncología y recibieron Quimioterapia (QT). Durante el tratamiento de QT, 3 pacientes presentaron deterioro de función renal (Cl Cr <30, 30-40 y 50-60) debido a la progresión de la enfermedad (la mayoría son metastásicos) y deterioro clínico en forma de desnutrición y deshidratación. En ellos, no hubo ninguna complicación en forma de sangrado, retrombosis ni toxicidad hematológica. Cabe destacar, que por la propia toxicidad de la quimioterapia, la mayoría de los pacientes presentan deterioros transitorios de la función renal que posteriormente recuperan. En estos periodos de días, tampoco se ha producido ninguna complicación. Actualmente 27/31 fallecidos en relación a progresión tumoral sin complicaciones hemorrágicas ni recidivas tumorales.

**Conclusión:** El tratamiento con tinzaparina es seguro en nuestros pacientes con insuficiencia renal, destacando además que en población oncológica es frecuente el deterioro transitorio de función renal por la toxicidad de la QT o permanente por la desnutrición y deshidratación relacionada con la progresión de la enfermedad.

### ePóster 363

**ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA (ETE) EN PACIENTES CON CÁNCER DIAGNOSTICADA EN 2012-2014 Y EN TRATAMIENTO CON TINZAPARINA. ¿QUÉ OCURRE EN ENFERMEDAD RENAL?**

### ePóster 364

**ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA (ETE) EN PACIENTES CON CÁNCER DIAGNOSTICADA EN 2012-2014 Y EN TRATAMIENTO CON TINZAPARINA. ¿QUÉ OCURRE EN POBLACIÓN ANCIANA?**

**Beatriz Losada Vila, David Gutiérrez Abad, Ignacio Juez Martel, Julia Calzas Rodríguez, Pilar Bravo Barahona, Beatriz Antón Pascual, Carmen Pantín González, María Victoria De Torres Olombrada, Juan Antonio Guerra Martínez** – Hospital Universitario de Fuenlabrada

**Introducción y Objetivos:** La enfermedad tromboembólica venosa (ETE) está presente en 4-20% de los pacientes con cáncer. El paciente anciano va a suponer más del 25% de nuestra práctica diaria y no disponemos de ensayos clínicos en ellos. Nuestro objetivo es describir la edad, y factores que pudieran estar influenciados por la misma así como situación actual de los pacientes diagnosticados de ETE en nuestro Hospital entre 2012-2014.

**Material y Métodos:** 31 pacientes diagnosticados entre 2012 y 2014 de ETE (Tromboembolismo pulmonar, trombosis de catéter o trombosis venosa profunda) y tratados con dosis terapéuticas de tinzaparina.

**Resultados:** Factores de riesgo relacionados con la neoplasia: pulmón (11/31), mama (4/31), colon (3/31), casos aislados diversos. >80% enfermedad metastásica. De los factores de riesgo, el más importante es el tratamiento con quimioterapia, (antiangiogénicos 7/31). Mediana de edad de 56,1 años [34-82], con 6 pacientes >65 años. En ellos, no se observa aumento de complicaciones en cuanto a sangrado ni retrombosis ni tampoco toxicidad hematológica. Únicamente en una paciente aparece hemorragia cerebral pero tenía factores de riesgo cardiovascular como la Hipertensión arterial. Seguimiento tras el primer análisis en 2015: a 2 años de seguimiento, 12/31 vivos mientras que en noviembre de 2017 (5 años seguimiento) se reducen a 4/31. De los 8 nuevos fallecidos; 7 en relación a progresión tumoral sin complicaciones hemorrágicas ni recidivas tumorales. Solo 1/8 presenta sangrado tumoral (cáncer cérvix) sin tinzaparina y 1/8 hematemesis en relación a varices esofágicas (afectación masiva hepática) y tratamiento antiangiogénico. No segundas neoplasias en los 5 años de seguimiento. 1 paciente recurrencia de ETE tras tinzaparina, con mutación de protrombina como factor de riesgo. No plaquetopenia ni anemia tras diagnóstico o inicio de tratamiento anticoagulante

**Conclusión:** Prolongar el tratamiento con tinzaparina no ha aumentado las complicaciones hemorrágicas. Nuestros resultados son concordantes con los del estudio CATCH que demuestra la seguridad de tinzaparina en pacientes oncológicos. El tratamiento con tinzaparina es seguro en nuestros pacientes ancianos, sin aumentar la tasa de complicaciones ni aumento de toxicidad hematológica.

### ePóster 365

#### Incidencia y factores de riesgo de trombosis en pacientes con sarcomas óseos y de partes blandas.

**Laura Gutiérrez Sainz, Virginia Martínez Marín, David Viñal Lozano, Julia Villamayor Sánchez, Sergio Martínez Recio, Sara Martínez Fernández, Pablo Pérez Wert,**

**Enrique Espinosa Arranz, Andrés Redondo Sánchez** – Hospital Universitario La Paz

**Introducción y Objetivos:** Las neoplasias se asocian con un mayor riesgo de enfermedad tromboembólica venosa (ETE), fundamentalmente ciertos tumores sólidos como el cáncer de páncreas o los tumores cerebrales. Además una serie de factores clínicos pueden contribuir a la tendencia trombótica en pacientes con cáncer. El objetivo de este estudio es analizar la incidencia y los factores de riesgo de trombosis en pacientes con sarcomas óseos y de partes blandas.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo incluyendo a todos los pacientes diagnosticados de sarcomas óseos y de partes blandas que habían recibido tratamiento de quimioterapia en el Hospital Universitario La Paz desde enero de 2008 hasta enero de 2018. Se recogieron variables clínicas, anatomopatológicas, analíticas y la presencia o ausencia de ETE. Se realizó un análisis descriptivo y posteriormente un análisis multivariante mediante regresión logística.

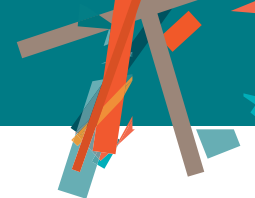
**Resultados:** Durante este intervalo de tiempo se reclutaron 71 pacientes. La proporción hombres-mujeres fue de 46:25, con una media de edad de 43 años. El estadio más frecuente al diagnóstico fue el estadio III (54%), seguido del estadio IV (24%). Las histologías más frecuentes fueron: osteosarcoma (16%), fibrohistiocitoma maligno (13%), sarcoma de Ewing (13%) y sarcoma sinovial (13%). 8 pacientes (11%) presentaron ETE (5 pacientes presentaron trombosis venosa profunda, 2 pacientes tromboembolismo pulmonar y 1 paciente trombosis asociada a catéter venoso central). En el análisis multivariante no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre las variables pronósticas estudiadas (edad, sexo, estadio al diagnóstico, histología, grado histológico, estudio molecular, ECOG, tabaco, factores de riesgo cardiovascular, hepatopatía, presencia de catéter venoso central, anemia, leucocitosis y trombocitosis) y la presencia de ETE.

**Conclusión:** La incidencia de ETE en los pacientes con sarcomas óseos y de partes blandas es muy baja. En nuestra muestra no se encontraron asociaciones significativas entre las variables pronósticas estudiadas y la presencia de ETE, probablemente debido al pequeño tamaño muestral. Son necesarios más estudios con cohortes más amplias para corroborar estos resultados.

### ePóster 366

#### Manejo ambulatorio de la embolia de pulmón incidental (EPI) en el paciente oncológico.

**Andrés J. Muñoz** – Servicio de Oncología Médica, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Universidad Complutense, Madrid. **Magdalena C. Ruiz** – Departamento de Investigación Médico-Quirúrgica, Universidad Complutense, Madrid. **Angela García** – Servicio de Radiología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Universidad Complutense, Madrid. **Gabriela Torres, Carmen Sandoval,**



**Gema Aguado, Iñigo Martínez, Miguel García, Iker Aguilar, Miguel Martín** – Servicio de Oncología Médica, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Universidad Complutense, Madrid

**Introducción y Objetivos:** El manejo ambulatorio de los episodios de EPI en el paciente oncológico permitiría evitar el ingreso y tendría un impacto favorable en los costes sanitarios, aunque no hay claras evidencias al respecto. El presente estudio pretende evaluar este manejo con un seguimiento posterior a tres y seis meses para identificar complicaciones.

**Material y Métodos:** Estudio observacional, prospectivo de ptes pertenecientes a una única institución diagnosticados entre Mayo 2016- Abril 2018. Ptes consecutivos con firma de CI. Ninguno de ellos presentó EP masiva, sangrado activo o alguna complicación relacionada con la enfermedad que precisara ingreso. Tras iniciar tto en urgencias, ptes fueron monitorizados con seguimiento inicial de tres meses (S3M) para determinar incidencia de recurrencia, sangrado y muerte.

**Resultados:** 29 (91%) de 32 pts. 3 no elegibles, 1 con dco. hospitalario y 2 con ingreso para tto. Tabla 1. 22 pacientes (76%) EPI unilateral y 7 (24%) bilateral. 79% afectación de múltiples ramas con localización más frecuente segmentaria. 1 pte (3%) afectación subsegmentaria aislada unilateral. 28 (97%) recibieron tto con HBPM a dosis plenas y 1 (3%) recibió DOACs. El S3M en 27 (93%) de los pacientes ha demostrado no recurrencia, no muertes y un episodio de sangrado digestivo en un paciente con un sarcoma de Kaposi gastrointestinal (tratado con HBPM).

**Conclusión:** El manejo ambulatorio del EPI en pacientes oncológicos es seguro y puede considerarse como una alternativa posible en pacientes pre-seleccionados. Este manejo puede permitir una mejora en la calidad de vida de estos pacientes y reducción de costes hospitalarios.

<b>Edad (años)</b>	63 (42-86)
<b>Sexo</b>	V 52% M 48%
<b>Karnofski</b>	90-100: 62% 70-80: 38%
<b>Tipo de tumor</b>	Colon 24% Mama 14% Pulmón 10% Ginecológico 10% Páncreas 7% Otros 38%
<b>Enfermedad metastásica</b>	76%
<b>Catéter central</b>	52%
<b>Cirugía reciente</b>	3%
<b>Inmovilización reciente</b>	7%
<b>Tratamiento previo</b>	QT 65% Tto Biológico 10% Hormonoterapia 3% Experimental 3% G-CSF 14% Transfusión 3%
<b>Sat O2 (%)</b>	Mediana 98 Rango (95-100)
<b>FC (lpm)</b>	86 (62-116)
<b>PAS (mmhg)</b>	128 (97-159)
<b>Creatinina (mg/dL)</b>	0,79 (0,53-1,19)
<b>Plaquetas 10e9/L</b>	189 (33-649)

Tabla 1. Características de los pacientes (n=29)

## ePóster 367

## NIVELES BAJOS DE ALBÚMINA SÉRICA Y RIESGO DE TROMBOSIS VENOSA. ¿EXISTE RELACIÓN ENTRE ESTOS DOS FACTORES PRONÓSTICOS?.

**Cristina Sánchez Cendra, Maria del Carmen Pantín Gonzalez, Beatriz Antón Pascual, Javier de la Rubia Maestu, Julia Calzas Rozdríguez, David Gutierrez Abad, Ignacio Juez Martel** – Hospital Universitario de Fuenlabrada

**Introducción y Objetivos:** En pacientes oncológicos tanto los niveles bajos de albúmina sérica como la enfermedad tromboembólica venosa (ETE) se han relacionado con un peor pronóstico y mayor mortalidad. Sin embargo, existen datos en la literatura de que se correlacionan: la albúmina en rango inferior a lo normal aumentaría el riesgo de ETE. El cáncer de esófago en estadios avanzados cursa normalmente con niveles bajos de albúmina por malnutrición, con lo que podría aumentar el riesgo de tromboembolismo pulmonar (TEP).

**Material y Métodos:** Se analizaron retrospectivamente los niveles de albúmina sérica de 9 pacientes con cáncer de esófago localmente avanzado/metastásico en dos momentos: diagnóstico del tumor primario y pre-TEP (analíticas de 1 mes anterior como máximo). Se relacionó con la supervivencia desde el evento tromboembólico.

### Resultados:

-La media de edad fue 57 años. 7 varones /2 mujeres, todos fumadores. Fallecieron el 100% a causa de TEP. 8/9 presentaron progresión tumoral en la primera reevaluación. En ningún paciente se detectaron alteraciones en la función renal/hepática ni leucocitosis. La anticoagulación fue con heparinas de bajo peso molecular (HBPM): enoxaparina (3/9) y tinzaparina (5/9). La mediana de tiempo de supervivencia desde el evento tromboembólico fue de 1,5 meses.

-Los mayores tiempos de supervivencia se dieron en 3 pacientes con niveles normales de albúmina en todo momento (2, 5 y 7 meses).

-El resto de pacientes (6/9) tuvieron niveles bajos de albúmina, 2 de ellos desde el momento del diagnóstico del tumor primario y 5 solamente pre-TEP.

-Solo hubo un caso de hemorragia, en un paciente tratado con enoxaparina.

**Conclusión:** Como ya sabíamos, el nivel bajo de albúmina sérica en sí mismo se considera en general un marcador de mal pronóstico (tumores agresivos, con baja respuesta al tratamiento y elevada mortalidad). Según nuestros resultados podría estar además relacionado con un mayor riesgo de ETE/TEP, independientemente de la función renal/hepática y marcadores de inflamación. Se necesita ampliar el estudio a otros tumores y en un mayor número de pacientes para sacar conclusiones.

## ePóster 368

## TROMBO INTRACARDÍACO COMO DIAGNÓSTICO INCIDENTAL EN PACIENTE CON CÁNCER EN TRATAMIENTO ACTIVO.

**Verónica González Orozco, Blanca Riesco, Mari Cruz Martín Soberón, Carmen Alonso García, Encarna Adrover Cebrián, Esther Noguerón** – Hospital General Universitario de Albacete

**Introducción y Objetivos:** La mayor precisión de las pruebas diagnósticas, junto con el aumento de la expectativa de vida de los pacientes con cáncer, se asocia al desarrollo de complicaciones no esperadas, para las que no existe un manejo estándar. Objetivo: Reflejar el diagnóstico incidental y manejo de trombosis intracardíacas en nuestro hospital.

**Material y Métodos:** Se analizaron las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de masa intracardíaca como resultados de pruebas de estadificación/seguimiento en el Servicio de Oncología Médica en los últimos 2 años.

**Resultados:** Se diagnosticaron 4 pacientes asintomáticos con masas intracardíacas catalogadas como trombos en las diferentes exploraciones. Primer caso: Varón 81 años, anticoagulado y portador de marcapasos definitivo. Tratamiento con capecitabina por Adenocarcinoma de colon estadio IV. TAC de re-evaluación: masa en orejuela izquierda que podría corresponder a trombo. Cardiología ante edad y estado general decide no completar más estudios y mantener HBPM. El paciente fallece 8 meses después por progresión de enfermedad, en control por paliativos. Segundo caso: Mujer 58 años, cáncer de mama HER2+ estadio IV; tratamiento con Trastuzumab/Pertuzumab de mantenimiento. Eco-cardio de control: Masa en anillo tricuspideo. Eco transesofágica y RMN: Trombo asociado a catéter alojado en AD, en paciente portadora de port-a-cath. Se inicia HBPM, se retira port-a-cath con mejoría radiológica. Actualmente en tratamiento de mantenimiento, junto con anticoagulación oral prolongada. Tercer caso: Varón 77 años, IAM en 2012 con DVI moderada (FEVI 40-45%). Tratamiento de primera línea Capecitabina-Bevacizumab; Adenocarcinoma de recto con metástasis hepáticas. TAC de re-evaluación: Trombo en zona de aneurisma apical por secuela de lesión isquémica, confirmada por Eco-Cardio. Se inicia HBPM, actualmente, en segunda línea de tratamiento, activo y con mejoría radiológica del trombo en TAC de control. Cuarto caso: Varón de 59 años, TAC postquirúrgico tras intervención por Adenocarcinoma de sigma perforado; imagen en ventrículo izquierdo a descartar trombo Vs metástasis. Se pauta HBPM. Eco-Cardio y RMN: aneurisma isquémico con trombo apical en VI. Finaliza adyuvancia con controles adicionales por cardiología pautando anticoagulación oral de forma prolongada.

**Conclusión:** El manejo actual de las masas cardíacas es no invasivo, con RMN y Eco-Cardio como estándar diagnóstico y tratamiento prolongado con anticoagulación oral, para evitar riesgo embólico. Tener en cuenta esta complicación en la complejidad del manejo del paciente con cáncer.

## TUMORES DE ORIGEN DESCONOCIDO

## ePóster 369

**Aproximación integral para el tratamiento de los pacientes con cánceres de origen desconocido (COD).**

**Alberto Villanueva** – Programa Contra la Resistencia Terapéutica (ProCURE); Institut Català d'Oncologia (ICO).

**Sebastian Moran, Anna Martínez-Cardús, Manel Esteller** – Cancer Epigenetics and Cell Biology Program (PEBC). IDIBELL.

**Xavier Matias-Guiu, María Pané** – Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet.

**Victor Fumanal** – Servicio de Anatomía Patológica, Consorci Sanitari Integral. **Raquel Legido, Gemma Soler** – Servicio de Oncología Médica, ICO-Hospitalet. **Ferran Llosa** – Servicio de Oncología Médica, Hospital Sant Joan Despí-Moises Broggi (ICO-Hospitalet).

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de origen desconocido (COD) se define como un grupo heterogéneo de tumores histopatológicamente confirmados que debutan en forma de metástasis y para los que no se ha conseguido identificar su localización original después de una evaluación diagnóstica adecuada. Estudios epigenéticos basados en la identificación del perfil de metilación del ADN pueden ayudar a reconocer la localización primaria de los COD y guiar terapias más precisas asociadas con mejores resultados. Nuestro objetivo es desarrollar una estrategia integral de oncología personalizada en tiempo real para el tratamiento de los pacientes con COD, integrando genómica, epigenómica y la generación del orthoxenograft o patient derived orthotopic xenografts (PDOX) a partir de biopsias frescas de CODs.

**Material y Métodos:** Desde junio del 2017 han sido recogidas 9 biopsias (dos cilindros/paciente) de pacientes con COD por técnicas radiológicas. Una fue incluida en parafina para estudios histopatológicos, epigenómicos y genómicos, etc.. y la otra se mantuvo en fresco para ser implantada en ratones atímicos para generar el COD-Orthoxenograft/PDOX.

**Resultados:** En 6/9 biopsias no se identificaron más del 50% de células tumorales necesario para los estudios epi/genómicos. Hasta el momento han crecido en los ratones 3/9 biopsias implantadas con un tiempo medio de crecimiento post-implantación de 3 meses. En uno de los casos en los que no había celularidad tumoral mínima para estudios epi/genómicos sí creció el PDOX pudiéndose aplicar los tests. Actualmente estamos expandiendo los 3 casos que de momento han crecido para: (i) Implantarlos en dos localizaciones: subcutáneos y en el órgano que EPICUP predice como sitio de origen; (ii) realizando estudios histopatológicos confirmatorios de la predicción; (iii) realizaremos tratamientos en base a la predicción de su localización o de sus características moleculares (ej. Mutación en EGFR, BRAF, etc.); y (iv) ensayando un algoritmo epigenómico de tratamiento análogo al obtenido con la plataforma molecular epigenética.

**Conclusión:** La aplicación de estrategias multidisciplinares en pacientes con COD que integren los estudios histológicos y radiológicos con los avances en epi/genómica, así como el desarrollo de modelos tumorales avanzados ha de permitir mejorar el tratamiento de estos pacientes con el objetivo de incrementar su supervivencia. Además, los COD-orthoxenografts generados nos han de permitir evaluar nuevas estrategias terapéuticas útiles para este tipo de tumores.



## Tumores de Origen Desconocido

## ePóster 370

**EXPERIENCIA CON EL MANEJO DE TUMORES DE ORIGEN DESCONOCIDO (TOD) EN EL HOSPITAL DE FUENLABRADA. LO QUE PODEMOS MEJORAR.**

**Cristina Sánchez Cendra, David Gutierrez Abad, Beatriz Antón Pascua, María del Carmen Pantín Gonzalez, Begoña Rosario Caballero Perea, Soraya Marcos Sánchez, Juan Antonio Guerra Martínez** – Hospital Universitario de Fuenlabrada

**Introducción y Objetivos:** La aplicación de un protocolo según la evidencia científica podría evitar el manejo incorrecto de los tumores de origen desconocido (TOD), cuya frecuencia actual es del 3-5% de todos los tumores. Describimos nuestra experiencia con su manejo analizando los aspectos a mejorar.

**Material y Métodos:** Se analizan los procedimientos llevados a cabo en 7 pacientes con TOD, en comparación con las recomendaciones de la guía SEOM.

**Resultados:**

- La edad media fue 66 años, 6 varones y 1 mujer. Presentación por frecuencia: adenopatías cervicales (4/7), adenopatías mediastínicas (2/7) y endocarditis con embolia séptica cerebral (1/7).
- Pruebas diagnósticas: según localización laringoscopia, panendoscopia, broncoscopia. En todos los casos TC de cuerpo/PET TC. Procedimientos adecuados según la guía.
- Histología: PAAF (1/7) y BAG (6/7). Resultado de carcinoma epidermoide (4/7), adenocarcinoma (2/7) y células transiciones (1/7). Problema: se define el grado de diferenciación solamente en un caso.
- Inmunohistoquímica: se emplearon CK AE1/AE3, CK7, CK20, CD20, CD3, TTF1, P63. Sirvió para orientar el tratamiento hacia tumores de cabeza y cuello (4/7), pulmón (1/7), pancreato-biliar (1/7) y urológico (1/7). Problemas: A) solamente se analizó p23(HPV) en un caso y FISH-EBER(VEB) en otro. B) Faltan otros marcadores posibles, no disponibles.
- Problema: No se realizaron técnicas de diagnóstico molecular por falta de disponibilidad.
- El tumor primario fue localizado en tan solo 1/7.
- Solamente un paciente presentó progresión a los 3 meses de iniciar el tratamiento, falleciendo a los 6 meses. Un paciente está pendiente de reevaluar. El resto presentaron respuesta/estabilidad y continúan con vida en la actualidad, siendo la mediana de supervivencia 6 meses (2 pacientes largos supervivientes, con 2 y 5 años desde el diagnóstico).

**Conclusión:** Sin localizar el tumor primario, nuestra orientación según la inmunohistoquímica permitió tratar con eficacia a casi todos los pacientes. Es necesario identificar mejor factores pronósticos y optimizar el estudio del tumor primario con técnicas de diagnóstico molecular. La aplicación de un protocolo específico es fundamental.

## ePóster 371

**VALOR DE LA CARACTERIZACIÓN MOLECULAR Y DEL MICROAMBIENTE INMUNE EN TUMORES DE ORIGEN DESCONOCIDO: CARCINOIDE DE BAJO GRADO Y ORIGEN DESCONOCIDO.**

**Pablo Espejo García, Carmen Beato Zambrano, Lourdes Sevilla Ortega, Francisco José Valdivia García, Luis De la Cruz Merino** – Hospital Universitario Virgen Macarena

**Introducción y Objetivos:** Los TOD son considerados una patología huérfana al no disponer de evidencia de calidad que demuestre el beneficio de alguna terapia sobre los mejores cuidados de soporte. En este contexto, la caracterización molecular y del microambiente inmune podría tener gran valor añadido en estos subtipos tumorales. Por otro lado, según la literatura científica, los tumores de origen desconocido (TOD) constituyen aproximadamente del 3 al 5 % de todos los tumores malignos del adulto. Su diagnóstico requiere una minuciosa evaluación anatómo-patológica; sin embargo, no existe una batería diagnóstica mínima exigida para su estudio y las diferentes guías ofrecen diferentes aproximaciones, sobre todo, en lo referente a inmunohistoquímica.

**Material y Métodos:** Presentamos las características moleculares e inmunes extraídas de un perfil de Next Generation Sequencing (NGS) en una paciente con TOD de histología carcinoide y bajo grado, inicialmente tipificado como de histología poco diferenciada y origen desconocido.

**Resultados:** Los hallazgos objetivados fueron la mutación en G1196R de ROS1; el estatus estable de microsatélites y una baja carga de mutaciones tumorales (0 Muts/Mb). La expresión de PD-1 y la infiltración por linfocitos CD8+ fueron consideradas bajas. Las mutaciones de ROS1 han sido reportada en menos del 1% de neoplasias pancreáticas si bien no existen datos en neoplasias carcinoideas. Este tipo de mutación de ROS1 no ha sido caracterizada y su efecto funcional no es claro, si bien ha sido observado en el contexto del cáncer, lo que podría indicar su relevancia biológica. No obstante, sólo las mutaciones de fusión de ROS1 han demostrado dar como resultado activación constitutiva del gen, lo cual sugiere que los sus fármacos inhibidores no serían eficaces en este caso.

**Conclusión:** El proceso diagnóstico de los TOD a menudo es complicado. La dificultad en este caso, condujo a la solicitud del estudio molecular mediante NGS, dando como resultado la caracterización de hallazgos no descrito en este contexto y con una aplicación terapéutica incierta.

## Tumores de Origen Desconocido

## ePóster 372

**VALOR DE LA CARACTERIZACIÓN MOLECULAR Y DEL MICROAMBIENTE INMUNE EN TUMORES DE ORIGEN DESCONOCIDO: CARCINOMA ESCAMOSO DE LOCALIZACIÓN CERVICAL.**

**Lourdes Sevilla Ortega, Carmen Beato Zambrano, Francisco José Valdivia García, Pablo Espejo García, Luis De la Cruz Merino** – Hospital Universitario Virgen Macarena

**Introducción y Objetivos:** Los tumores de origen desconocido (TOD) constituyen aproximadamente del 3 al 5 % de todos los tumores malignos del adulto. Aproximadamente el 5% son de histología escamosa, localización cervical y pronóstico favorable. Su diagnóstico requiere una minuciosa evaluación anatómo-patológica; sin embargo, no existe una batería diagnóstica mínima exigida para su estudio y las diferentes guías ofrecen diferentes aproximaciones, sobre todo, en lo referente a inmunohistoquímica (IH). En aquellos casos en los que la caracterización IH no es suficiente, la expresión génica nos puede orientar hacia el origen celular, así como objetivar vías moleculares o características del microambiente inmune que nos guíen en la elección de ensayos clínicos o alternativas terapéuticas.

**Material y Métodos:** Presentamos las características moleculares e inmunes extraídas de un perfil de Next Generation Sequencing (NGS) en una paciente con TOD de histología escamosa y localización cervical, con respuesta favorable a quimio- radioterapia.

**Resultados:** El inmunograma mostró un alto potencial de beneficio. Se observó una intensa infiltración por linfocitos CD8+ y alta expresión de PD-L1 (70% de la celularidad). No se objetivó inestabilidad de microsatélites y la carga mutacional fue baja. No se hallaron mutaciones relacionadas con sensibilidad ni tampoco de resistencia. En cuanto a vías moleculares, se objetivó la mutación activadora E545K de la vía de PIK3CA. Esta variación conduciría a un activación aumentada de la vía de PIK3CA/Akt/mTOR. La activación de esta vía podría ser relevante en pacientes con pérdida de la función de PTEN. Se describió además una mutación homocigota de este gen, regulador negativo de la vía de PIK3CA/Akt/mTOR. Los inhibidores de esta vía, podrían por tanto ser activos en el tumor reportado. No se demostraron mutaciones activadoras de mTOR.

**Conclusión:** El proceso diagnóstico de los TOD a menudo es complicado. La caracterización molecular y del fenotipo inmune puede guiar la elección del tratamiento, especialmente en relación a la selección ensayos clínicos. En este contexto de TOD de buen pronóstico, podría constituir una herramienta útil en la orientación de las líneas de tratamiento sucesivas.

## TUMORES RAROS

## ePóster 373

**Asociación entre biomarcadores del estado inflamatorio y supervivencia global en pacientes con mesotelioma maligno.**

**Laura Gutiérrez Sainz, Patricia Cruz Castellanos, Sergio Martínez Recio, María Isabel Esteban Rodríguez, David Viñal Lozano, Julia Villamayor Sánchez, Sara Martínez Fernández, Pablo Pérez Wert, Javier De Castro Carpeño** – Hospital Universitario La Paz

**Introducción y Objetivos:** El proceso inflamatorio se ha propuesto como un mecanismo de inmunoresistencia en pacientes con cáncer, favoreciendo el crecimiento y la diseminación tumoral. El índice de neutrófilos/linfocitos derivado (dNLR) mayor que 3 y el nivel de lactato deshidrogenasa (LDH) mayor que el límite superior de la normalidad se han asociado con peores respuestas al tratamiento en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico metastásico. El objetivo de este estudio es analizar si el índice dNLR y el nivel de LDH previos al tratamiento influyen en la evolución clínica de los pacientes con mesotelioma maligno.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo incluyendo a los pacientes diagnosticados de mesotelioma maligno en el Hospital Universitario La Paz desde diciembre de 2009 hasta marzo de 2018. Se excluyeron

pacientes con mesotelioma benigno y aquellos que recibieron quimioterapia en otro hospital. Se recogieron variables clínicas, analíticas y el estatus de PDL1. Se realizó un análisis descriptivo y posteriormente un análisis de supervivencia mediante el estimador de Kaplan-Meier.

**Resultados:** Durante este intervalo de tiempo se reclutaron 30 pacientes de los que se excluyeron 5, obteniendo una muestra final de 25 pacientes incluidos. No se encontró correlación entre los niveles de dNLR y LDH. 5 pacientes (20%) tuvieron un dNLR mayor que 3, de los cuales 1 paciente obtuvo enfermedad estable, 1 paciente experimentó progresión de la enfermedad y 3 pacientes recibieron tratamiento paliativo. Los pacientes con un dNLR mayor que 3 tuvieron una mediana de supervivencia global de 4 meses, mientras que en los pacientes con un dNLR inferior a 3 fue de 17 meses, sin asociación estadísticamente significativa ( $P > 0.05$ ). 3 pacientes (12%) tuvieron un nivel de LDH mayor que el límite superior de lo normal. Con respecto al nivel de LDH, no se encontraron diferencias en supervivencia global. El análisis del estatus de PDL1 está pendiente de finalizarse.

**Conclusión:** Los resultados de nuestro estudio son sugestivos de que parámetros como el dNLR pueden ser predictivos de peor respuesta al tratamiento y peor supervivencia global en pacientes con mesotelioma maligno, si bien el tamaño de la muestra es insuficiente para confirmar este supuesto dado que se trata de un tumor infrecuente.

## ePóster 374

**Leiomiomatosis Benigna Metastatizante: cuando “algo bueno” da metástasis.**

**Natalia Luque Caro, Ana Laura Ortega Granados, Yéssica Plata Fernández, Jose Antonio López López, Pedro Sánchez Rovira** – *Complejo Hospitalario de Jaén*

**Introducción y Objetivos:** La leiomiomatosis benigna metastatizante (LBM) es una entidad infrecuente con unos 150 casos publicados en la literatura científica.

**Material y Métodos:** Presentamos el caso de una paciente diagnosticada de LBM en nuestro centro junto con una revisión bibliográfica del caso.

**Resultados:** Presentación del caso: Mujer de 55 años de edad sin antecedentes familiares ni personales de interés. Fumadora activa al diagnóstico y madre de dos hijos. En el año 2002 había sido sometida a una histerectomía simple por miomas uterinos. En octubre de 2016 consulta con su médico de atención primaria por cuadro de infección respiratoria. Tras realizarse Radiografía de Tórax se aprecian múltiples nódulos pulmonares bilaterales. Se deriva a Medicina interna que completa estudio con TC body que describe múltiples nódulos pulmonares bilaterales bien delimitados, siendo la endoscopia, colonoscopia, mamografía y fibrobroncoscopia normales. Presentado el caso en comité de tumores torácicos se decide toma de biopsia mediante cirugía. Es intervenida en diciembre de 2016 mediante resección atípica de LM y LSD por VATS con diagnóstico histológico de leiomiomatosis pulmonar metastatizante benigna. La paciente es derivada a consultas de oncología para valoración, encontrándose asintomática en todo momento. Solicitamos TC de control que evidencia una estabilidad radiológica de las lesiones. A nivel analítico el perfil hormonal está en rango menopáusico. Tras explicar a la paciente la naturaleza de su enfermedad, la escasa evidencia sobre su tratamiento y comportamiento indolente esperado hemos acordado revisiones periódicas que continua.

**Conclusión:** El leiomioma benigno metastatizante se presenta como nódulos de musculatura lisa, histológicamente benignos, con bajo grado de mitosis y receptores hormonales positivos en mujeres con antecedentes de leiomioma uterino. La patogénesis es incierta y se han propuesto distintas hipótesis sobre la misma. En lo referente a la clínica, la mayoría son asintomáticos y se descubren de forma incidental. La evolución suele ser indolente, salvo complicaciones por crecimiento en número o tamaño de las lesiones. En cuanto al tratamiento, en lesiones asintomáticas se puede plantear el seguimiento. Si aparecen síntomas o crecimiento, el tratamiento consiste en la disminución de los niveles de estrógenos mediante la inhibición hormonal farmacológica con análogos GnRH, progestágenos e inhibidores de la aromatasa o quirúrgica mediante la ooforectomía bilateral. En conclusión, presentamos un caso de una patología infrecuente y evolución incierta lo que dificulta su abordaje.

## ePóster 375

**Mesotelioma: experiencia clínica en un hospital de tercer nivel en la última década.**

**Laura Gutiérrez Sainz, Patricia Cruz Castellanos, Sergio Martínez Recio, María Isabel Esteban Rodríguez, David Viñal Lozano, Julia Villamayor Sánchez, Sara Martínez Fernández, Pablo Pérez Wert, Javier De Castro Carpeño** – *Hospital Universitario La Paz*

**Introducción y Objetivos:** El mesotelioma maligno es un tumor infrecuente y de mal pronóstico, con una mayoría de casos presentados como enfermedad avanzada. El objetivo de este estudio es analizar la experiencia de nuestro centro en el manejo de esta patología.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo incluyendo a los pacientes diagnosticados de mesotelioma maligno en el Hospital Universitario La Paz desde diciembre de 2009 hasta marzo de 2018. Se excluyeron pacientes con mesotelioma benigno y aquellos que recibieron quimioterapia en otro hospital. Se recogieron variables demográficas, de características del tumor, sobre los tratamientos empleados y la evolución clínica. Se realizó un análisis descriptivo y posteriormente un análisis de supervivencia mediante el estimador de Kaplan-Meier.

**Resultados:** Durante este intervalo de tiempo se reclutaron 30 pacientes de los que se excluyeron 5, obteniendo una muestra final de 25 pacientes incluidos. La proporción hombres-mujeres fue de 4:1, con una media de edad de 65 años. La localización pleural del tumor primario fue más frecuente (76%) que la peritoneal. La biopsia fue el método diagnóstico principal (96%), detectando como histología mayoritaria la epiteliode (60%) frente a los subtipos sarcomatoide y mixto. En el 76% de los casos se diagnosticó el tumor en estadio IV. En el 80% de los pacientes el primer tratamiento recibido fue quimioterapia con platino-pemetrexed y mantenimiento con pemetrexed, y el 20% restante recibió tratamiento paliativo. La respuesta al tratamiento más frecuente fue la estabilización de la enfermedad (50%), con menos respuestas parciales y completas y escasas progresiones de la enfermedad. La mediana de tiempo a la progresión fue de 13 meses y la de supervivencia global de 17 meses. Con respecto a la localización del tumor, la supervivencia global fue mayor en los pacientes con mesotelioma peritoneal que en los pacientes con mesotelioma pleural (mediana no alcanzada vs 15 meses; Hazard ratio: 0.21 (IC 95% 0.01 – 0.97), p=0.04).

**Conclusión:** Las características recogidas así como los datos de supervivencia obtenidos en nuestra muestra son similares a los descritos previamente. Destaca el predominio de la quimioterapia con platino-pemetrexed como primera opción de tratamiento, consiguiendo una estabilización o una respuesta de la enfermedad en la mayoría de los pacientes.

## CICOM (DATA MANAGERS)

## ePóster 376

**ANÁLISIS ECONÓMICO DE UN ENSAYO CLÍNICO DE GRUPO COOPERATIVO Y LA APORTACIÓN DEL COORDINADOR DE ENSAYOS CLÍNICOS.**

**Ana Karina Silva Soto** – Hospital Universitario de Cabueñes.  
**Cassandra De Brabandere, Rubén Fernández Álvarez, Javier Barbazán Vázquez, Mónica Carbajales Álvarez, Graciela Méndez Rodríguez, Carmen Fernández Álvarez, Sonia Vázquez Aller, Esther González García** – Hospital Universitario de Cabueñes

**Introducción y Objetivos:** Los Ensayos Clínicos (EC) permiten mejorar la asistencia sanitaria de los pacientes y son una fuente de ahorro farmacéutico. Existen EC promovidos por Grupos Cooperativos (GC) que aportan únicamente el fármaco pero con la complejidad de los protocolos actuales, siendo indispensable la figura del Coordinador de Investigación Clínica (CIC) para su correcta gestión. Objetivos:

- Calcular el ahorro de coste farmacéutico de los pacientes incluidos dentro de un EC de GC.
- Realizar un análisis de procedimientos realizados por el CIC en la gestión de EC de GC.

**Material y Métodos:** Se ha seleccionado el EC ClariDex del GC Pethema abierto actualmente en nuestro Hospital. El tratamiento estándar (TE) para este grupo de pacientes es el Esquema VISTA modificado (9 ciclos). El GC aportó la medicación del estudio. Se

realizó un análisis de costes tomando en cuenta número de pacientes que recibieron tratamiento, número de ciclos administrados en el ensayo y en base a estos datos, se calculó el coste de fármacos del TE publicados en el nomenclator. En este estudio hay 30 pacientes reclutados. Se realizó un análisis de los procedimientos del ensayo que organizaba y gestionaba el CIC.

**Resultados:** De los 30 pacientes, 7 fueron fallos de Screening; 12 se consideraron que hubiesen recibido el TE completo, 6 pacientes hubiesen recibido menos ciclos y 5 han iniciado tratamiento recientemente. Tomando en cuenta lo anterior, se calculó el ahorro de gasto farmacéutico : 816.169,88 €. EL CIC gestionó los siguientes procedimientos:

- Recogida e introducción de datos en el CRD
- Facilitar al paciente el Cuestionario de Calidad de vida
- Colaboración con la Farmacia del Hospital
- Resolución de queries
- Envío y procesamiento de muestras
- Coordinación y comunicación entre el promotor y el equipo investigador

**Conclusión:**

- El ahorro del gasto farmacéutico de los fármacos que hubiesen recibido los pacientes en caso de no participar en el ensayo es significativo: 816.169,88
- El CIC es indispensable para el correcto procedimiento y seguimiento del EC.
- Es importante que los gestores económicos de los hospitales tomen en cuenta el ahorro farmacéutico que un EC de un GC puede aportar y la importancia de la figura del CIC para poder llevarlo a cabo.

## ePóster 377

## Estudio de estimación del ahorro de coste en fármacos derivado de los ensayos clínicos de Oncología Médica en el Hospital de Fuenlabrada.

**Berta Nasarre López, Javier Letellez Fernández** – Hospital Universitario de Fuenlabrada

**Introducción y Objetivos:** Los EECC son esenciales para evaluar eficacia y seguridad de nuevos tratamientos, pero también pueden suponer un beneficio económico al evitar coste derivado de fármacos que pacientes reciben dentro del EC. La participación en EC supone una oportunidad para los pacientes de acceder a tratamientos y un ahorro económico para los centros. Ante la necesidad de tratamiento de pacientes con cáncer nos proponemos cuantificar dicho ahorro en el coste de fármacos cuando tratamiento se recibe en el seno de EC y es proporcionado por promotor. Nuestro objetivo fue determinar coste evitado en fármacos debido a utilización de medicamentos en investigación dentro de EECC de varios tumores realizados en hospital de tercer nivel.

**Material y Métodos:** Se realizó una búsqueda de pacientes incluidos en eecc en servicio Oncología en el histórico del hospital (2004-2018) así como el tratamiento recibido en el contexto del ensayo. La información se obtuvo desde la

base de datos generada en programa prescripción fármacos, FarmaTools, creando una base de datos anonimizada y codificada con número ciclos y dosis de cada fármaco. Se hizo una valoración de aquellos tratamientos que en la actualidad son considerados estándar de tratamiento adecuado a la patología y se descartaron aquellos fármacos que no se consideran práctica habitual. Los precios de los medicamentos fueron calculados según PVL vigente con descuento oficial según RD8/2010. No se incluye en este estudio ahorro de coste generado al SNS debido a aportación por parte del promotor de fármacos que no son de uso hospitalario como, por ejemplo, Fulvestrant.

**Resultados:** De 30 eecc realizados en Servicio Oncología se incluyen en este trabajo 12 (6 mama, 4 páncreas y 2 colorrectal) que cumplieron criterios. Incluyeron 32 pacientes. Se obtuvo un coste evitado global de 634.206 € (546.064 mama, 48.404 páncreas y 39.738 colorrectal), un coste medio evitado por ensayo clínico de 57.655 € y un coste medio evitado por paciente de 19.818 €.

**Conclusión:** El coste evitado en medicamentos es un beneficio tangible de los eecc, cuya realización supone una fuente de ingresos para el hospital, no solo por los generados directamente a través de memoria económica de cada ensayo, si no por los costes evitados en medicamentos proporcionados por promotores. Los eecc suponen un contexto esencial para el avance en investigación clínica, así como un ahorro real en cuanto a gasto farmacéutico para nuestro sistema sanitario.



Tabla 1



## ePóster 378

**Implicación de los tratamientos con inmunoterapia en los centros de investigación.**Pedro MalloI – *FINCIVO*

**Introducción y Objetivos:** Cada avance en cualquier área de trabajo requiere un nuevo esfuerzo por parte de las personas que van a realizar esa tarea. El esfuerzo más obvio es el de la actualización de la materia por parte del investigador, sus colaboradores y el equipo de investigación en general. Pensemos por ejemplo en los problemas que le puede ocasionar a un centro cambiar la forma de preparar y administrar un tratamiento con un Oncovirus, con una vacuna de células dendríticas o con ADXS11-001 (un tratamiento basado en la *Listeria monocytogenes*). O, por ejemplo, hacer cambiar a los radiólogos la forma de ver la respuesta en los pacientes tratados con inmunoterapia (irRECIST). Los médicos de urgencias, han de plantearse que algunos eventos de los pacientes pueden estar relacionados con el nuevo tratamiento inmunológico que están recibiendo, y las pautas de tratamiento nuevas que implican.

- El objetivo principal de este trabajo es dejar patente que los tratamientos con inmunoterapia han implicado cambios en los centros de investigación.
- Como objetivo secundario, realizar una descripción de los algunos cambios que ha habido en los ensayos clínicos a la hora de tratar a sus pacientes con inmunoterapia y las diferentes medidas que se pueden aportar para el correcto funcionamiento de los estudios.

**Material y Métodos:** Se ha realizado una descripción de los requerimientos más relevantes que se necesitan a la hora de administrar ciertos tratamientos inmunoterápicos en los centros de investigación y se han descrito las acciones tomadas para su correcta administración y evaluación.

**Resultados:** Como cambios mas relevantes podemos encontrar:

- Aparición de nuevos métodos de evaluación de tumor (ie-irRECIST, PERCIST)
- Aparición de nuevos profesionales a escena
  - Dermatólogos
  - Microbiólogos
  - Hematólogos y Radiología Intervencionista
  - Enfermeros especializados
- Adecuación de los puestos de trabajo

**Conclusión:** La inmunoterapia trae consigo una necesidad importante de actualización de conocimientos por parte de todo el equipo investigador, sigue apoyando el concepto de equipos de investigación multidisciplinares, con la aparición de disciplinas nuevas que no suelen formar parte en las investigaciones con fármacos convencionales y, por último, destacar la necesidad de actualización de algunos puestos de trabajo.

## ePóster 379

**MEJORA DE CALIDAD DE GESTIÓN – DEFINICIÓN DE LAS FUNCIONES DEL COORDINADOR DE ENSAYOS CLÍNICOS, DATA MANAGER Y DATA ENTRY.**

Ana Karina Silva Soto – *Hospital Universitario de Cabueñes*. Ferran Capdevila Bastons – *NavarraBiomed*. Rosario Arenas Gutiérrez – *FINBA*. Rubén Fernández Álvarez – *Hospital Universitario de Cabueñes*

**Introducción y Objetivos:** En la actualidad los ensayos clínicos (EC) presentan una complejidad creciente y requieren de personal especializado para la coordinación, logística y gestión de la calidad de los datos. La figura del Coordinador de Investigación Clínica (CIC) es indispensable para el correcto funcionamiento de las Unidades de Investigación Clínica (UIC). Sin embargo, un número elevado de EC podría implicar un riesgo de errores en el desempeño de su función. El reparto de responsabilidades entre distintos perfiles profesionales, así como la definición clara de los roles de cada uno contribuiría a garantizar la calidad de las labores que se realizan en la UIC. Objetivos:

- Definir las funciones y responsabilidades requeridas para los diferentes perfiles profesionales dentro de una UIC: CIC, Data Manager (DM), y Data Entry (DE).
- Analizar si las funciones requeridas en las ofertas de empleo se ajustan al perfil demandado.

**Material y Métodos:** Se analizaron las diferentes actividades que desempeña el CIC en nuestra UIC de FINBA (7 CIC) así como las actividades de nuestra experiencia previa en la UIC de NavarraBiomed (9 CIC). Asimismo, se extrajeron las funciones y responsabilidades de demandas en diferentes ofertas de empleo publicadas en febrero 2018 (10 ofertas) por diferentes entidades públicas y privadas. Para complementar y reforzar las descripciones elaboradas, se revisó la bibliografía publicada referente a la identificación de las funciones de estas figuras.

**Resultados:** Se elaboraron tres borradores de descripciones de puestos de trabajo. Se realizó una tabla de comparación entre ellas, con el objetivo de ver las funciones y responsabilidades que puede realizar más de un perfil profesional. Se observó que 10 función son exclusivas del CIC.

**Conclusión:**

- Debería existir una diferenciación bien establecida de las funciones y responsabilidades de los perfiles profesionales dentro de una UIC.
- Tras analizar las ofertas a nivel nacional se ha observado que existe una escasa diferenciación en las funciones de la figura del CIC y del DM.
- La asignación apropiada de las funciones y responsabilidades de cada perfil contribuiría a garantizar la calidad de las actividades que se realizan en la UIC.



FUNCIONES DEL CIC-SC / DAT-MAN / DAT-ENT		
CIC-SC	DAT-MAN	DAT-ENT
Cumplimentar los cuadernos de recogida de datos (CRD).		
Resolución de discrepancias (queries).		
Atención personalizada a cada monitor responsable del ensayo, con el fin de validar los datos		
Preparación de datos y asistencia en las auditorías e inspecciones.		
Realización de distintos entrenamientos para certificaciones acceso de CRF, y buenasprácticas clínicas...		
Preparar documentación para las visitas de monitorización		
Recogida e introducción de datos en los diferentes cuadernos de recogida de datos, (papel o electrónico)		
Cumplir con los cortes de bases de datos.		
Cumplimentar Registros de Proyectos.		
Registro de pacientes y randomización.		
Cumplimentación de la Documentación del Estudio/Ensayo		
Responsable del manejo y custodia del archivo del Investigador		
Notificación de Acontecimientos Adversos Graves (SAE's)		
Preparación y asistencia en las auditorías e inspecciones.		
Asistencia a reuniones de investigadores		
Elaboración de informes		
Mantenimiento y gestión de la documentación		
Evaluación, junto a los investigadores y promotores, sobre la <b>viabilidad de un ensayo</b> en la Unidad		
Coordinación entre el Promotor, Investigador y Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC).		
Conocimiento profundo del protocolo: Criterios de inclusión/exclusión, programación visitas,		
Ayudar en el proceso de información al paciente		
Colaboración y coordinación con Servicios Centrales del		
Colaboración y coordinación con la Farmacia del Hospital (contabilidad y dispensación)		
Coordinación y comunicación entre el promotor y el equipo investigador		
Coordinación de las tareas relativas a los ensayos clínicos		
Supervisión de que los procedimientos se realicen		
Elaborar material de apoyo para el equipo investigador		

Funciones definidas del CIC, DM, DE

## ePóster 380

**Necesidades de nuevas herramientas para la coordinación.**

**Olimpia Garcia Fibla, Pepi Rivera Alonso, Carmen Cuadra Amor, Marta Pamias Nogue, Julia Soler, Albert Balaguer Palau** – *ICO-L'Hospitalet*

**Introducción y Objetivos:** El coordinador de ensayos clínicos (CEC) es un profesional que tiene como función organizar, velar y ser enlace en un protocolo, desde el inicio de un estudio hasta el cierre. Siempre bajo la supervisión del investigador. En los últimos 5 años, en oncología, los ensayos son cada vez más complejos y requieren más tiempo del CEC para la organización, es por eso por lo que ha surgido la necesidad incorporar en el equipo del investigador la figura de data manager (DM), garantizando así las actualizaciones de datos en los tiempos requeridos. Es importante en este contexto, que la comunicación y el trabajo en equipo tomen protagonismo y así poder organizar a los pacientes según protocolo y que el DM pueda registrar cualquier incidencia que encuentre durante la introducción de datos en el CRF. Por ello se ha creado una base de datos donde se permita poder fomentar esta comunicación y el trabajo en equipo. **Objetivos:** Definir número de visitas realizadas por estudio. Enumerar tipo de incidencias que se producen durante la participación del estudio (reprogramaciones por toxicidad y Datos omitidos o no completados). Indicar el número de pruebas/actividades realizadas. Indicar el tiempo desde la visita hasta la entrada de datos. Analizar cargas de trabajo del coordinador y del data manager.

**Material y Métodos:** Metodología: Se ha creado una base de datos en ACCES, en ella se incluyen los pacientes de cada coordinador y se procede al registro de: investigador, nombre del paciente, número de historia clínica, número de CRD, momento de la visita, actividad a realizar, comentarios y próxima visita. En esta base de datos puedes realizar consultas de agenda, pacientes pendientes de programar, pacientes en periodo basal, control de datos actualizados y visualizar todas las visitas realizadas o pendientes de realizar.

**Resultados:** El coordinador es el responsable de introducir los datos en el ACCES, una vez creado el paciente, este puede gestionar las visitas y realizar los comentarios (actualización de medicación concomitante, nuevas enmiendas al protocolo, nuevos consentimientos informados) o los avisos para las próximas visitas (TAC pendientes, ECG, farmacocinéticas pendientes).

**Conclusión:** Esta base de datos ha permitido optimizar el tiempo de coordinación y disminuir el número de actividades no realizadas gracias a la fluida comunicación entre el Coordinador – Investigador – data manager

## ePóster 381

**Nuevos retos en los ensayos clínicos en oncología.**

**Ángela Quintana Vega, Alex Sierra Oliva** – *Hospital Universitario Vall d'Hebron*

**Introducción y Objetivos:** En los últimos años el número de ensayos clínicos en oncología ha crecido exponencialmente, teniendo especialmente gran éxito los anticuerpos monoclonales. Hoy en día, en nuestro hospital, muchos pacientes tienen la posibilidad de participar en un ensayo clínico como primera opción de tratamiento. Años atrás, entrar en un ensayo clínico podía percibirse como la última opción. Esta tendencia se debe principalmente a que cada vez se diagnostican más pacientes -gracias a las técnicas de cribado-, y al aumento de la prevalencia debido a que los nuevos tratamientos están aumentando la supervivencia. No obstante, aunque el incremento de ensayos es una realidad (Figura 1), como personal sanitario, lo que más nos sorprende es como está creciendo el número de procedimientos dentro del ensayo. Ante esta situación, nuestro centro ha realizado una serie de intervenciones para poder asumir esta nueva exigencia.

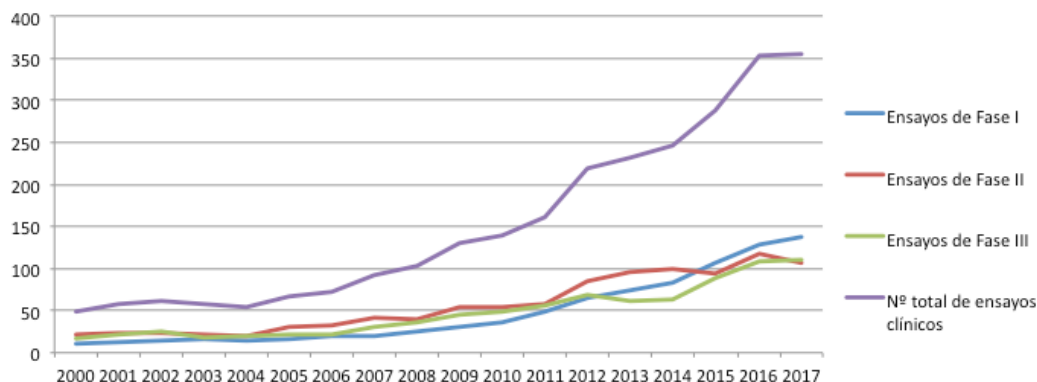
**Material y Métodos:** Se ha apostado por crear una infraestructura acorde con las necesidades, generando puestos de trabajo muy específicos: coordinadores, gestores de datos, de muestras, personal para el start-up del ensayo, gerentes de calidad, etc., además de un equipo sanitario muy especializado. Esta infraestructura se ha visto sostenida además con la creación de un programa interno llamado Fundanet, que sirve para llevar el calendario de actividades de los pacientes, así como la facturación de las pruebas externas y las estadísticas de reclutamiento.

**Resultados:** El beneficio inmediato para los pacientes es que hemos podido asumir una gran cantidad de ensayos clínicos, abarcando muchos fármacos nuevos, combinaciones e indicaciones más específicas. Para el personal sanitario, el amplio abanico de ensayos y fármacos ha hecho que estemos en un continuo aprendizaje y desarrollo. Para el propio hospital, a parte del prestigio internacional, tanto los tratamientos en investigación como las pruebas que se realizan dentro del ensayo suelen estar cubiertos por el laboratorio, generando un ahorro enorme. Para el laboratorio, conseguimos tener menos desviaciones y así aumentar la calidad de los datos clínicos.

**Conclusión:** Creemos que los ensayos clínicos están aportando muchos beneficios a la vez que éxitos científicos. No obstante, consideramos que la propia exigencia del cumplimiento de un ensayo clínico, en algunos casos, hace que ni muchos centros puedan ofrecerlos ni que muchos pacientes puedan participar.



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ensayos de Fase I	10	12	14	17	15	16	19	20	26	31	37	48	66	75	83	106	129	137
Ensayos de Fase II	22	23	23	22	19	30	32	42	40	55	54	57	85	96	99	94	117	107
Ensayos de Fase III	17	22	25	18	20	21	21	31	37	45	49	56	68	61	64	89	108	111
Nº total de ensayos clínicos	49	57	62	57	54	67	72	93	103	131	140	161	219	232	246	289	354	355



Evolución del número de ensayos clínicos en oncología del Hospital Vall d'Hebrón del 2000 al 2017, separados por fase (fuente: [www.vhio.net](http://www.vhio.net))

### ePóster 382

## USO DE UN SOFTWARE DE GESTIÓN DE ENSAYOS CLÍNICOS PARTIENDO DE UNA BASE DE DATOS ÚNICA EN EL CENTRO INVESTIGADOR.

**Vicente Alberola Aragó, Mara Ocasar García, José García Sánchez, Ana Albert Balaguer, Javier Garde Noguera, Vicente Carañana Ballerini, Enrique Cabrera Espinós, Antonio Llombart Cussac** – *Arnau de Vilanova Valencia*

**Introducción y Objetivos:** Partiendo de una DB única existente, que contempla todos los aspectos que forman parte del desarrollo de un EC en un centro investigador, se contempla la posibilidad de ampliar y expandir su uso a todo el personal implicado en la gestión y coordinación de EECC. El objetivo es que dada la complejidad y la limitación de acceso a la DB, toda la unidad pueda aprovechar su funcionalidad y poder interactuar y manejar la DB desde un software de gestión que enlaza directamente con la DB. Otro objetivo importante es la posibilidad que desde el programa el coordinador pueda acceder desde cualquier puesto y en cualquier momento a los datos almacenados en la DB.

**Material y Métodos:** El principal elemento de esta herramienta de gestión es una DB única que incluye todos

los datos, procedimientos e información de un EC desde el momento cero e incluso antes de su puesta en marcha hasta el momento del cierre definitivo del ensayo, teniendo en cuenta los largos períodos de seguimiento. Antes de la creación de esta herramienta, la base de datos depende únicamente de un usuario, lo que limita su uso y obliga al resto del equipo a proveer continuamente un flujo de información para que la DB se alimente. Con el uso del programa cualquier usuario puede acceder, modificar, eliminar y crear nuevos elementos de información sin tener que recurrir al administrador de la DB.

**Resultados:** El uso diario de esta herramienta facilita el acceso a la información relevante de cada EC teniendo en cuenta no sólo las características y necesidades del EC sino también la importancia del cumplimiento de los procedimientos del mismo por los pacientes participantes. En una unidad de ensayos clínicos con una carga importante de EECC y con un elevado número de pacientes activos o en seguimiento se consigue acceder inmediatamente a la información precisada en cualquier momento.

**Conclusión:** Con el uso de la herramienta además de facilitar el trabajo del coordinador, se pretende involucrar y acostumbrar a su uso al equipo investigador, de manera que desde cualquier consulta puedan acceder al programa y evaluar las posibilidades disponibles, acceder a los documentos o programar los siguientes pasos del ensayo.

## ePóster 383

**Utilización del aplicativo UIC (Unidad de Investigación Clínica) como herramienta de mejora en la comunicación y eficiencia inter-centros ICO (Institut Català d'Oncologia).**

**Judith Rodríguez Moreno, Sílvia López Bernal** – ICO Badalona.  
**Núria Martín** – ICO Girona. **Marta Pamias, Ariadna Iserte** – ICO Hospitalet. **Olga Fernández Nuñez** – ICO Badalona

**Introducción y Objetivos:** El aplicativo UIC es una herramienta informática destinada a contener la información disponible de los ensayos clínicos que se llevan a cabo en los centros ICO, permitiendo la consulta, distribución y análisis de la misma. A esta aplicación tienen acceso todos los profesionales (coordinadores de ensayo, médicos, enfermeras, farmacéuticos, así como personal de contabilidad y administración) involucrados en la realización de los ensayos clínicos de los centros ICO. En esta comunicación se pretende valorar la utilidad del aplicativo en el desarrollo de los ensayos clínicos y, concretamente, en los que se realizan dentro de la patología de cáncer de mama.

**Material y Métodos:** El requisito para poder evaluar la utilidad del aplicativo UIC es que los datos se registren en el mismo de forma sistemática a fecha real y de la forma más precisa posible, con el fin de que los diferentes profesionales puedan encontrar

toda la información que precisan de una manera ágil, sencilla y actualizada.

**Resultados:** La utilización del aplicativo permite obtener a todos sus usuarios resultados en datos on-time, en cuanto a ensayos en reclutamiento, registro de pacientes, visitas de inicio, visitas de cierre, visitas de monitorización, auditorías tanto internas como externas, documentación relevante de cada ensayo, como son los criterios de inclusión/exclusión, etc. Asimismo, permite un seguimiento económico de los mismos. El aplicativo UIC así diseñado, facilita y potencia el reclutamiento, ya que posibilita a los investigadores de los centros ICO, el conocimiento de los ensayos clínicos abiertos. Dado que en todos los centros se dispone de la información referente a tratamientos, criterios de inclusión/exclusión y estado del reclutamiento, los investigadores que identifican un paciente potencial para un ensayo abierto en otro centro pueden derivarlo al investigador principal de ese centro para su evaluación y reclutamiento, si es posible.

**Conclusión:** Se trata de una herramienta multifuncional que nos permite mejorar el flujo de información relativa a ensayos clínicos, tanto a nivel de cada centro, entre departamentos e inter-centros de la misma Institución oncológica. La utilización del aplicativo UIC es un ejemplo de la aplicación de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en el campo de los ensayos clínicos y de cómo favorecen y mejoran la calidad en la realización de los mismos.

## CABEZA Y CUELLO

### L 1

#### RECIDIVA PERITONEAL DE LINFOEPITELIOMA DE CAVUM: A PROPÓSITO DE UN CASO.

**Petra Rosado Varela, Alicia Quílez Cutillas** – Unidad de atención integral al cáncer. Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Puerta del Mar y Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz). **Ana Gutierrez Gallardo** – Servicio de otorrinolaringología. Hospital universitario de Puerto Real (Cádiz)

**Introducción y Objetivos:** Los linfopiteliomas de nasofaringe son tumoraciones malignas de origen epitelial con infiltrado linfocitario reactivo que representan el 2% de carcinomas de cabeza y cuello diagnosticados en Europa. Su carácter indiferenciado les confiere gran agresividad, pudiendo metastatizar en las cadenas ganglionares cervicales y a distancia. Vamos a describir un caso de esta particular entidad y realizaremos una revisión bibliográfica de la literatura.

**Material y Métodos:** Mujer de 74 años que consulta por tumoración laterocervical izquierda de meses de evolución sin otra clínica asociada. A la exploración, se palpa tumoración sólida indolora de 4,5 cm en área II izquierda adherida a planos profundos. Con nasofibroendoscopia visualizamos neoformación a nivel de cavum y pared lateral izquierda faríngea hasta borde superior de amígdala palatina. Además de lo anterior, la TAC refiere presencia de múltiples adenopatías de gran tamaño bilaterales de predominio en los niveles II. Se toma biopsia que confirma el diagnóstico

de carcinoma linfopitelial de nasofaringe proponiéndose tratamiento con quimioterapia y radioterapia (QTRT) objetivando una respuesta parcial mantenida estable desde fin de los mismos. Un año después del diagnóstico, se descubre de forma incidental masa sólida retroperitoneal de 4x5,5x3 cm que orienta como primera posibilidad a conglomerado adenopático.

**Resultados:** Es biopsiada la lesión confirmándose metástasis de carcinoma nasofaríngeo no queratinizante indiferenciado, descartándose resecabilidad y administrándose nuevamente tratamiento sistémico con carboplatino y gemcitabina. Tras 4 ciclos, la paciente presenta respuesta completa de la enfermedad a este nivel pero se detecta enfermedad metastásica ósea, por lo que inicia nueva línea de tratamiento con vinorelbina asociando además bifosfonatos.

**Conclusión:** El linfopitelioma es una neoplasia poco frecuente en áreas no endémicas que por su carácter indiferenciado puede metastatizar hasta en un 62% de los casos, variable según diversos estudios. La afectación a distancia más frecuente es hueso, pulmón e hígado, siendo raras otras localizaciones, y aparecen sobre todo dentro de los 3 primeros años posterior a la finalización del tratamiento. La alta radiosensibilidad de este tipo histológico y difícil acceso para el cirujano, ha condicionado que la QTRT concomitante sea considerado su tratamiento de elección en el estadio localizado. El conocimiento de esta enfermedad sigue siendo limitado en los países occidentales, no encontrando casos similares en la literatura al paciente expuesto de enfermedad oligometastásica a nivel retroperitoneal.



## COLORRECTAL

### L 2

#### ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA EN PRIMERA LINEA DE TRATAMIENTO DE CÁNCER COLORRECTAL SEGUN LATERALIDAD Y TERAPIA BIOLÓGICA EN UNA INSTITUCIÓN.

**Brezo Martínez-Amores Martínez, Raquel Badillo Santos, Dolores Martín Ríos** – Hospital Rey Juan Carlos

**Introducción y Objetivos:** Los tumores de colon derecho tienen peor pronóstico respecto a izquierdo según datos de análisis retrospectivos y meta-análisis de los grandes ensayos clínicos con terapias biológicas en primera línea de cáncer colorrectal metastásico (CCRm). El valor predictivo de la lateralidad es más controvertido pero en general los tratamientos antiEGFR son más eficaces en colon izquierdo respecto a derecho. El objetivo principal de este trabajo es evaluar la lateralidad como factor pronóstico en 1ª línea de quimioterapia CCRm. Como objetivos secundarios analizamos otros factores y se describe las características clínico-patológicas.

**Material y Métodos:** Estudio observacional analítico longitudinal de una cohorte retrospectiva de 46 pacientes con CCRm tratados en el Servicio de Oncología Médica del Hospital Rey Juan Carlos en el periodo 2012-2017. Se analizan los datos con el programa SPSS, con análisis descriptivo de las variables clínico-patológicas, análisis de Supervivencia (Kaplan Meier) y análisis univariante (variables valor pronósticas).

**Resultados:** La edad mediana de la población: 63,7 años (69,6 % varones; 30,4% mujeres). El nivel ECOG : 0=63% y 1=37%. La mediana CEA basal: 16,25 ng/dl (+/-108,33). Lateralidad: 67,4% colon izquierdo y 32,6% derecho. Perfil de mutaciones: 2,2 %

BRAF, 52,2 % KRAS y 2,2 % NRAS. 30,4 % se trató con Cetuximab, un 52,2 % con Bevacizumab y el resto, un 17,4% sin biológico. Tasa respuestas: 6,5 % Completa, 50,0 % Parcial, 15,2 % Estable y un 28,3 % Progresión. La mediana de supervivencia libre de progresión fue superior en pacientes con tumores izquierdos versus derechos sin alcanzar la significación estadística (10,3 vs 9,2 meses.  $p=0,819$ ). Los resultados son similares en supervivencia global-SG (14,2 vs 11,1 meses  $p=0,713$ ). Los pacientes tratados con Cetuximab presentaron el doble de mediana de SG respecto a los que recibieron Bevacizumab (14,2 vs 7,2 meses  $p=0,572$ ). Los pacientes con 2 localizaciones tumorales y ECOG PS=0 presentaron mejor evolución de forma significativa ( $p=0,04$  y  $p=0,018$  respectivamente).

**Conclusión:** No se ha podido demostrar la localización tumoral primaria como factor pronóstico de supervivencia global ni libre de progresión en nuestra población de estudio. El Estado General y la carga tumoral se han identificado como factores pronósticos en nuestra serie.

### L 3

#### Análisis retrospectivo de la eficacia y seguridad del regorafenib en pacientes cáncer colorrectal metastásico (CCRm) en progresión a otras líneas de tratamiento: Experiencia acumulada en nuestro centro.

**Maria Del Carmen Gomez Soler, Beatriz Honrubia Peris, Tamara Fenollosa Sanz, Rene Arturo Albino Perez, Ana Albert Balaguer, Enrique Cabrera Espinos** – Hospital Arnau de Vilanova

**Introducción y Objetivos:** Regorafenib es un inhibidor multiquinasa indicado en el tratamiento de pacientes con CCRm que han progresado a las terapias estándar. Su eficacia está demostrada en dos ensayos fase III principalmente; el ensayo CORRECT y el ensayo CONCUR. Nos proponemos revisar la experiencia de este fármaco en nuestro centro.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes con CCRm que progresaron a otros esquemas previos, tratados con regorafenib en dosis de 160 mg/día (d1-21/28) en nuestro centro desde Enero de 2015 hasta la actualidad.

**Resultados:** Se recoge la experiencia de 21 pacientes, siendo el 71,4% varones y el 28,6% mujeres. La mediana de edad es 63 años. La localización más frecuente del tumor primario fue recto (42,9%), seguida de colon izquierdo (38,1%), con un 47,6% de presencia de RAS mutado. El 76,5% de los pacientes había recibido al menos otro antiangiogénico en líneas previas. La mediana de ciclos administrados fue de 3 (rango 1-23). En cuanto a las respuestas obtenidas, el 84,2% de los pacientes presentaron progresión de enfermedad, el 10,5% enfermedad estable y el 5,26% obtiene respuesta parcial. La supervivencia libre de progresión es de 5,6 meses (IC95% 2,64-8,56) y la supervivencia global de 12 meses (IC95% 7,34-16,66). La toxicidad más frecuentemente descrita fue la astenia (85,7%, G2:47,62%) seguida de la elevación de enzimas de colestasis (60%) y del síndrome de mano-pie (52,4%, G2 19%). El 70% de los pacientes precisaron de una reducción de dosis y un 45% tuvieron retrasos en el tratamiento en el primer mes. El 80,95% de los pacientes lo retiraron por progresión de enfermedad, y únicamente el 4,76% lo retiró por toxicidad.

**Conclusión:** El regorafenib supone una buena alternativa al placebo en pacientes tratados previamente con las terapias convencionales y que progresan a las mismas. Los resultados obtenidos en nuestra práctica clínica sobre la supervivencia global son algo mayores que la descrita en el estudio CORRECT. A pesar de que las toxicidades presentadas mayoritariamente fueron leves y se controlaron con reducción o retraso de dosis, su frecuencia en nuestros pacientes es mayor a las descritas en el ensayo. No parece existir relación entre la supervivencia global y la reacción de síndrome mano-pie, o el ECOG previo del paciente.

**Introducción y Objetivos:** Conocer el estado mutacional de RAS en los pacientes con cáncer colorrectal metastásico es necesario para determinar la sensibilidad al tratamiento anti-EGFR. Hasta hace poco su determinación a nivel asistencial se realizaba exclusivamente en tejido. Numerosos estudios han confirmado concordancias altas entre ambas determinaciones (superiores al 90%), por lo que la determinación de RAS en plasma se está incorporando como práctica clínica habitual para la toma de decisiones terapéuticas. El objetivo del estudio es analizar retrospectivamente la experiencia en el Hospital de Mataró en relación a la concordancia presentada entre las determinaciones de RAS en plasma y en tejido en los pacientes con CCRm.

**Material y Métodos:** Se analizan retrospectivamente un total de 31 pacientes con CCRm tratados en nuestro centro entre junio 2017 y marzo 2018. La determinación de RAS en plasma se realiza mediante oncoBEAM™. Se comparan los resultados con la determinación de RAS en tejido solicitada en la práctica clínica. En todos los casos la determinación de RAS en plasma fue realizada previa al inicio del tratamiento oncológico sistémico.

**Resultados:** De los 31 pacientes analizados, el porcentaje de concordancia positiva entre plasma y tejido fue del 66,6% (12/18) y el porcentaje de concordancia negativa fue del 100% (13/13). La concordancia global fue del 80,6% (25/31). De los 6 pacientes discordantes, dos de ellos tenían enfermedad exclusivamente pulmonar y otro enfermedad limitada al peritoneo, coincidiendo con datos ya publicados que confirman concordancias más bajas en pacientes con enfermedad metastásica exclusiva en estas localizaciones. Sin embargo, los otros tres pacientes discordantes presentaban enfermedad metastásica hepática sincrónica al momento del diagnóstico. En estos tres casos el tumor primario había sido previamente intervenido.

**Conclusión:** La concordancia positiva en nuestra serie es inferior a la hasta ahora publicada en la literatura, probablemente en relación al tamaño de la muestra. Hay que tener en cuenta que la localización metastásica, la intervención del tumor primario y el momento de la determinación de RAS en plasma son factores que pueden influir en el resultado. Teniendo en cuenta estos factores, los resultados obtenidos demuestran que la determinación de RAS en plasma es una alternativa viable y puede ser considerada al seleccionar pacientes y en la toma de decisiones terapéuticas

## L 4

### CORRELACIÓN ENTRE LA DETERMINACIÓN DE RAS EN PLASMA Y EN TEJIDO EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE MATARÓ.

Carlos Rivas Corredor, Francesc Salva Ballabrera, Rosa Querol Niñerola, Montserrat Zanui Maestre, Montserrat Bartroli Molins, Irene Ortiz Rubio, Pilar Lianes Barragan – Hospital de Mataró

		RAS Tejido		
		Positivo	Negativo	Total
RAS Plasma	Positivo	12	0	12
	Negativo	6	13	19
	Total	18	13	31

Coconcordancia RAS plasma/tejido

## L 5

### Correlación entre la respuesta patológica completa y la eficacia del tratamiento neoadyuvante en cáncer de recto.

**Mariana López Flores, Irene Delgado Sillero, Carmen Castañón López, Mariam Rojas Piedra, Ana López González, Beatriz Nieto Mangudo, Luis Sánchez Cousido, Manuela Pedraza Lorenzo, Santiago Vivas Alegre, Andrés García Palomo** – Complejo Asistencial Universitario de León

**Introducción y Objetivos:** El 15-20% de los pacientes diagnosticados con cáncer de recto tratados con quimiorradioterapia neoadyuvante consiguen respuesta patológica completa (RPC). La RPC se ha considerado como un factor pronóstico favorable, con beneficio en supervivencia libre de enfermedad, tanto a nivel local como a distancia, como en supervivencia global (SG). El objetivo de este estudio es analizar la correlación entre la RPC y la eficacia tras el tratamiento quimiorradioterápico neoadyuvante en cáncer de recto

**Material y Métodos:** Se incluyeron 84 pacientes diagnosticados de cáncer de recto localmente avanzado (CRLA) y oligometastásico tratados con QTRT neoadyuvante desde enero de 2014 a diciembre 2015 en el servicio de Oncología Médica del CAULE (Complejo Asistencial Universitario de León). Se agrupó la respuesta patológica obtenida por el método de Ryan en pacientes con RPC y respuestas grado 1-3, dichos grupos de correlacionaron con el intervalo libre de progresión (ILP).

**Resultados:** Un total de 84 pacientes. La edad media fue de 70 años (45-89). 51.1% eran hombres. El 100% tenía ECOG < 2. Todos fueron adenocarcinomas, 18% eran tumores de alto grado. 84.6% localizados en recto medio-inferior. 10.7 % eran metastásicos. El 19% obtuvo respuesta patológica completa (RPC) y en 23.8% tuvieron GR 3. 14.3% presentaban mutación en KRAS (Tabla1). El intervalo libre de enfermedad fue de 16 meses (IC 95%= 13.9-18). Al realizar este análisis 20.2% de los pacientes había recaído a distancia y 9.6% localmente. 73,8% estaban libres de enfermedad. 14.5% vivos con enfermedad. 10.7% fueron exitus. Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre la RPC y un mayor ILE (p=0.03). No se demostró relación significativa entre la RPC y las recaídas tanto a locales como a distancia, estos resultados se deben probablemente al pequeño número de pacientes con RPC. Se necesita un mayor seguimiento para estimar la SG.

**Conclusión:** En este análisis la RPC se relacionó con un mayor ILE, se necesita un mayor seguimiento para estimar el impacto sobre la SG

## L 6

### Efectividad y seguridad de Trifluridina-Tipiracilo (TAS-102) en pacientes con cáncer colorrectal metastásico (CCRm) dentro la práctica clínica habitual.

**Ana Fernández Montes** – Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. **Nieves Martínez Lago** – Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. **Antia Cousillas Castiñeiras** – Hospital de Pontevedra. **Francisca Vazquez Rivera** – Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. **Marta Covela Rúa** – Hospital Lucus Augusti. **Juan Cruz De la Camara Gomez** – Hospital Arquitecto Marcide. **Paula Gonzalez Villaruel** – Hospital Universitario Alvaro Cunqueiro. **Jose Carlos Mendez Mendez** – Hospital Oncológico de Galicia. **Jesús García Gómez** – Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

**Introducción y Objetivos:** TAS-102 ha demostrado beneficio en términos de supervivencia global (SG), supervivencia libre de progresión (SLP) y la tasa de respuestas (TR) en CCRm en pacientes politratados. Sin embargo, necesitamos datos de práctica clínica habitual que nos den información en un entorno clínico más aproximado a nuestra práctica asistencial. Este estudio busca evaluar la efectividad en práctica habitual.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, multicéntrico de 134 pacientes tratados con TAS-102 dentro de la práctica clínica habitual en 8 hospitales gallegos, pertenecientes al Grupo Gallego de Investigación en Tumores Digestivos (GITuD). Los datos clinicopatológicos, de eficacia, ya sea en términos de Supervivencia Global (SG), Supervivencia Libre de Progresión (SLP), tasa de respuesta o ciclos de tratamiento administrados, así como la toxicidad; fueron recogidos retrospectivamente y analizados. Se definió SLP como tiempo desde el inicio hasta progresión radiológica, progresión clínica o muerte por cualquier causa, aspecto de especial relevancia al no reevaluarse los pacientes en la práctica habitual en los mismos tiempos que en el ensayo pivotal.

**Resultados:** La mediana de edad fue de 64 años (42-85), 67.6% fueron varones, ECOG PS0/1/2: 11.2%/70.1%/15.7% y el 49.3% de los pacientes recibieron el tratamiento como cuarta línea o posterior (rango 2-8). La mediana ciclos recibidos fue de 3 (rango 1-16). La tasa de respuestas fue del 0.7% y la tasa de control de enfermedad del 13.6%. En el momento del análisis, el 14.4% de los pacientes continuaban tratamiento. Con un 66.4% de eventos, la mediana de SLP fue de 2 meses (IC 95% 1.7-2.3 meses) y la mediana SG de 6 meses (IC 95% 5.1-6.9 meses). En lo referente a la seguridad, el 49.2% de los ciclos sufrieron retrasos y se practicaron reducciones de dosis en el 24.6%. Las toxicidades más frecuentes fueron astenia 45.5 % (G3: 6.7%) y neutropenia 43.3% (G3-4: 22.4%).



**Conclusión:** TAS-102 representa una opción de tratamiento para pacientes con CCRm en condiciones de práctica clínica habitual. La tasa de respuestas fue inferior a la esperada, al integrarse la progresión clínica como un criterio de evaluación, dado que en la práctica clínica habitual la reevaluación mediante pruebas de imagen se realiza a los 3 meses. La eficacia y toxicidad se encuentra en línea con los estudios previamente publicados, por lo tanto es un tratamiento efectivo.

Variable	N(%)
Sexo	
- Hombre	91 (67,6)
- Mujer	43 (32,1)
Estadio al Diagnóstico	
- I	1 (0,7)
- II	6 (4,5)
- III	41 (30,6)
- IV	86 (64,2)
Debut	
- Sincrónico	85 (63,4)
- Metacrónico	49 (36,6)
Cirugía del Primario	
- Si	38 (28,4)
- No	98 (71,6)
Localización del Primario	
- Izquierdo	110 (82,1)
- Derecho	24 (17,9)
Mutaciones	
- KRAS/NRAS	88 (65,7)
- BRAF	2 (1,5)
Localizaciones Metastásicas	
- 1	35 (26,1)
- 2	51 (38,1)
- 3	31 (23,1)
- 4	15 (11,2)
- 5/6	2 (1,4)

Características basales de la población

## L7

## EFICACIA Y SEGURIDAD DE TAS 102 EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO (CCRm) QUIMIORREFRACTARIO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. EXPERIENCIA EN UN CENTRO.

Irene Torres Ramon, Maria Pilar Felices Lobera, Pilar Olier Martinez, Belen Lopez Roldan, Maria Jose Agustin Ferrandez, Ana Comin Orce, Ana Nuño Alves, Ibon Gurrutxaga Sotes, Eduardo Polo Marques, Vicente Alonso Orduña – H.U. Miguel Servet

**Introducción y Objetivos:** TAS102 mejora la supervivencia global en pacientes con CCRm refractario al tratamiento estándar con escasos efectos adversos graves (ensayo RECURSE). Se revisan los pacientes tratados en nuestro centro con el objetivo de validar estos resultados en la práctica clínica habitual.

**Material y Métodos:** Se revisan de forma retrospectiva los pacientes con CCRm refractario tratados con al menos un ciclo de TAS102 en nuestro centro. Para estimar la supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG) se utiliza método de Kaplan-Meier.

**Resultados:** Veintinueve pacientes recibieron tratamiento con TAS102, 52% hombres, mediana de edad 68 años (38 – 77). ECOG al inicio del tratamiento era de 0 en 12 pacientes (42%) y 1 en 17 (58%). En 18 pacientes el tumor primario estaba localizado en colon (62%). La mayoría de los pacientes eran metastásicos >18 meses (97%) y habían recibido  $\geq 3$  líneas de tratamiento previas (69%), siendo regorafenib el último tratamiento previo a TAS102 en 6 pacientes (21%). La duración media del tratamiento con TAS102 fue de 13,1 + 9,64 semanas (mediana 9, rango 2,1 – 37,8). La mayoría de los pacientes recibieron 1 o 2 ciclos (55%). Sólo 6 pacientes (21%) recibieron 6 o más ciclos. No se obtuvieron respuestas completas ni parciales, siendo la enfermedad estable la mejor respuesta en 12 pacientes (41%). La mediana de SLP fue de 2 meses (IC 95% 1,4 – 2,5) y la mediana de SG de 6 meses (IC 95% 4,1 – 7,8). La mayoría de las toxicidades observadas fueron hematológicas (69%), 45% neutropenias grado 3-4. Ello obligó a reducir la dosis en 7 pacientes (24%) y a retrasar el inicio de sucesivos ciclos en 12 (41%). Entre las toxicidades no hematológicas, la astenia fue la más frecuente (52%). El principal motivo para suspender TAS102 fue la progresión radiológica (69%). En el momento en que finaliza el análisis, 6 pacientes continuaban con el tratamiento.

**Conclusión:** Los resultados en cuanto a eficacia y seguridad de TAS102 son concordantes con los observados en el ensayo clínico RECURSE. La menor SG obtenida en nuestra serie (6 vs 7,1 meses) podría ser debido a un peor estado general en nuestros pacientes (ECOG 1 58%vs 44%).

## L 8

### Experiencia con Trifluridina-tipiracilo en cáncer colorrectal metastásico en el Complejo Hospitalario de Jaén.

**David Fernández Garay, Fernando Gálvez Montosa, Jose Antonio López López, Natalia Luque Caro, Yéssica Plata Fernández, Francisco José García Verdejo** – Complejo Hospitalario de Jaén

**Introducción y Objetivos:** Trifluridina-tipiracilo es un derivado de las fluoropirimidinas aprobado en el cáncer colorrectal metastásico a partir de tercera línea. El estudio RECURSE muestra beneficio estadísticamente significativo en supervivencia libre de progresión (SLP) y global (SG). Reportamos los resultados de eficacia y la tolerancia en nuestra práctica clínica.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de una serie de 41 pacientes tratados con trifluridina-tipiracilo en el Complejo Hospitalario de Jaén entre Enero de 2017 y Abril de 2018. Se describen las características clínicas de estos pacientes y los datos de supervivencia.

**Resultados:** La mediana de edad fue de 61 años (43-81), con una proporción de varones del 59%. Al inicio del tratamiento el 88 % tenían un ECOG 0-1. El 59% tenían la mutación en el gen RAS, encontrando 2 pacientes BRAF mutados. El 78% de los tumores se localizaban en el lado izquierdo, perteneciendo un 43% al recto. Respecto a la extensión de enfermedad: el 68% tenían metástasis hepáticas, el 68% pulmonares, el 56% ganglionares, el 14% peritoneales y el 20% óseas. En cuanto al número de líneas previas: el 44% recibieron 2 líneas, 29% 3 y  $\geq 4$  en el 27%. El número medio de ciclos administrados fue de 3 (1-8). El 68% de los casos retrasaron el tratamiento por toxicidad, con un 22% de reducciones de dosis, sobre todo por toxicidad hematológica. Se observaron eventos adversos grado 3-4 en el 46% de los pacientes, predominando la neutropenia (24%), seguida de astenia (14%) y la anemia (9%). 1 paciente presentó eritrodisestesia palmoplantar grado 3. Entre los pacientes evaluados mediante prueba de imagen, se observó 1 respuesta parcial y la tasa de control de enfermedad fue del 20%. La mediana de SLP fue de 3.1 meses y la de SG de 4.27 meses.

**Conclusión:** Al comparar los resultados de eficacia en nuestro estudio con los del ensayo pivotal, tanto la tasa de control de enfermedad como la supervivencia en nuestra serie de casos fueron inferiores a los reportados. Los resultados de toxicidad fueron similares a los reportados en la literatura.

## L 9

### Experiencia en el uso de TAS-102 (Trifluridina/tipiracil) en pacientes de edad avanzada en la Comunidad de Madrid.

**Ana Pertejo Fernández, Jesús Miranda Poma, Oliver Higuera Gómez, Ismael Ghanem Cañete, Nuria Rodríguez Salas, Jaime Feliú Batle** – Hospital Universitario La Paz

**Introducción y Objetivos:** El carcinoma colorrectal (CRC) es el más incidente en España. La edad es un factor de riesgo para su desarrollo, y puesto que la población española cada vez está más envejecida, son más los casos diagnosticados en edades avanzadas. El objetivo del estudio es analizar la experiencia en el tratamiento con TAS-102 en condiciones de práctica clínica en pacientes mayores de 70 años de la Comunidad de Madrid.

**Material y Métodos:** Se revisaron retrospectivamente los datos de 38 pacientes mayores de 70 años diagnosticados de CRC metastásico refractario, tratados con TAS-102 hasta febrero de 2018 en siete hospitales de la Comunidad de Madrid

**Resultados:** la mediana de edad fue 73 años (70-87), con un 6% mayores de 80 años. El 42.1% mujeres y el 57.9% varones, con ECOG 0-1 en el 65.8% de los casos y una mediana de 3 líneas de quimioterapia previas. El 73.7% tenían afectación hepática de inicio, y el 55.3% afectación pulmonar. La mediana de ciclos recibidos fue 3, teniendo 6 pacientes que recibieron  $\geq 5$  ciclos, uno de ellos hasta 11 ciclos. Requirieron reducción de dosis un 28.9% de los pacientes. Después de una mediana de seguimiento de 4 meses, la mediana de supervivencia libre de progresión (SLP) fue 3 meses y de supervivencia global (SG) 9 meses, con el 56.7% de los pacientes vivos en el momento de corte del estudio y una supervivencia del 50% a los 8 meses de seguimiento. El grupo de pacientes que precisaron reducción de dosis presentaron una SLP 11 meses, y una SG de 15 meses, mientras que el grupo que no precisó reducción de dosis, obtuvo unas medianas de SLP y SG de 3 y 5 meses, respectivamente ( $p=0.02$  y  $p=0.023$ ).

**Conclusión:** En nuestra experiencia, los pacientes mayores de 70 años diagnosticados de un CRC metastásico, refractarios a las quimioterapias estándar, llegaron a la 4ª línea de tratamiento con buen estado general, más de la mitad con ECOG 0-1. Los resultados de efectividad obtenidos (en SLP y SG) concuerdan con estudios previos (RECURSE), incluso superándolos en unas semanas, a pesar de ser una población más envejecida. Por lo tanto, nuestros resultados son consistentes con los estudios previos, siendo el tratamiento con TAS-102 es una opción válida para pacientes de edad avanzada politratados.





## L 10

### Experiencia en nuestro centro con Regorafenib en pacientes con Cáncer Colorrectal Metastásico ( CCRm).

José Antonio López López, Fernando Galvez Montosa, David Fernandez Garay – Complejo Hospitalario de Jaén

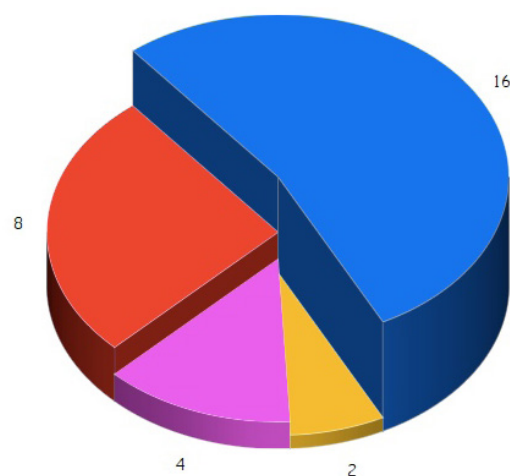
**Introducción y Objetivos:** Regorafenib es un inhibidor multiquinasa oral aprobado en pacientes con CCRm ampliamente pretratados. Ha demostrado, tanto en el estudio CORRECT como REBECCA, beneficio tanto en supervivencia global (SG) como en supervivencia libre de progresión (SLP) en progresión al tratamiento estandar, con una toxicidad aceptable. Analizamos la eficacia y seguridad de Regorafenib en nuestra práctica clínica.

**Material y Métodos:** Estudio observacional retrospectivo que analiza las características y evolución de 30 pacientes con CCRm tratados con Regorafenib entre noviembre de 2013 y marzo de 2018 en nuestro hospital.

**Resultados:** Documentamos 30 pacientes, con una edad media de 64 años, de los cuales, el 63% eran hombres. Respecto a su estado funcional en el momento de pautar Regorafenib, el 43, 33% eran ECOG 0, el 46,66% eran ECOG 1, y el 10% restante, ECOG 2. Solo 8 de los pacientes fueron RAS nativo. De todos los pacientes, 6 de ellos presentaban el cáncer primario en colon derecho, 7 en colon izquierdo, y 17 de ellos, en recto. El 63,33% presentaba metástasis hepáticas, respecto al 36,67% que no presentaba enfermedad hepática. Respecto a diseminación extrahepática, el 76,66 % presentaba alguna lesión. El 56,66% de los pacientes fueron tratados previamente por mas de dos lineas previas, mientras que el 43,34% usó Regorafenib en tercera línea. Tuvieron una duración del tratamiento de 91,4 días de media, donde el paciente que menor duración presentó fue de 7 días, y el que mas, 272. Hubo 12 pacientes que completaron 3 o mas ciclos, y 18 pacientes que completaron menos. Destacamos los 9 ciclos de uno de los pacientes. Si analizamos las causas por las que se finaliza el tratamiento, el 26,66% de los pacientes lo abandonaron por toxicidad, el 53% por progresión, el 6,66% por deseo expreso del paciente. Un 13,33% continua con el tratamiento hasta la fecha. Un 46,66% de los pacientes su TCR fue desconocida, un 10% hizo una respuesta parcial radiológica, y un 43,33% presentó progresión radiológica.

**Conclusión:** Nuestra experiencia con pacientes con CCRm tratados con Regorafenib, es muy similar respecto a la bibliografía publicada. Consideramos importante el reporte de estos casos para aumentar el conocimiento del manejo de este fármaco.

TOXICIDAD PROGRESION DESEO DEL PACIENTE CONTINUA CON TTO



Causas por las que se finaliza el tratamiento

## L 11

### FOLFIRI-aflibercept como segunda línea de tratamiento en pacientes con cáncer colorrectal metastásico (CCRm): experiencia clínica de la Corporació Sanitària Parc Taulí.

José Manuel Cabrera Romero, Helena Oliveres Montero, Maria Marín Alcalà, Ismael Macias, Laia Vila, Clara Martínez Vila, Júlia Giner Joaquín, Clara Ejarque, Eugeni Saigí, Carles Pericay – Corporació Sanitària Parc Taulí

**Introducción y Objetivos:** El estudio VELOUR demostró que la adición de aflibercept a FOLFIRI en 2ª línea en pacientes con CCRm presentaba un incremento significativo en supervivencia global (SG) y sobrevida libre de progresión (SLP). El objetivo principal de nuestro estudio es analizar la eficacia y la seguridad de esta combinación en la práctica clínica habitual.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo unicéntrico que analiza los resultados de eficacia y seguridad de 41 pacientes con CCRm que recibieron FOLFIRI más aflibercept en 2ª línea desde diciembre 2013 hasta enero 2018.

**Resultados:** La mediana de edad fue de 65 años (41-80) con ECOG 1 el 78%. El 85,9% eran varones. Localización izquierda en el 56,1% y derecha en el 43,9%. Un 39% fueron RAS nativos y un 61% mutados. El 63,4% se presentó con enfermedad sincrónica. Resección del primario en un 48,8%. El 60,9% presentaron metástasis hepáticas. En lo que respecta a la 1ª



línea el 14,6% recibió QT estándar, 61% QT + Ac. anti-VEGF y un 22% QT + Ac. anti-EGFR. La mediana de ciclos de FOLFIRI-Aflibercept fue de 6 (rango 1-25), con una tasa de control de enfermedad (DCR) del 53,7% (9,8% con estabilización (EE) y 43,9% con respuesta parcial (RP)). La mediana de SLP fue de 7,37 meses (m) (IC 95% 2,81-11,93), siendo la mediana de SG de 16,68m (IC 95% 7,90-25,4). Se apreciaron diferencias significativas para SLP en función de la resección del tumor primario (cirugía: 12,72m vs no cirugía: 3,01m;  $p=0,04$ ), y del número de órganos afectados por metástasis (1: 8,45m vs  $\geq 2$ : 2,95m;  $p=0,049$ ). De igual forma, se observaron diferencias significativas para SG en relación con la resección del tumor primario (cirugía del primario: 29,11m vs no cirugía: 6,55m;  $p=0,001$ ). Como toxicidades grado  $\geq 3$  destacan hipertensión arterial 9,7%, astenia 14,6%, mucositis 4,87%, enfermedad tromboembólica 2,4%, hematológica 12,19% y proteinuria en un 2,43%.

**Conclusión:** En nuestra experiencia, la combinación de FOLFIRI y aflibercept presenta una alta tasa de respuesta y SG, con una SLP superponible a la reportada en el estudio fase III. Los principales efectos secundarios observados fueron consistentes al referido previamente.

## L 12

### IMPACTO EN LA SUPERVIVENCIA DE STEREOACTIC BODY RADIATION THERAPY (SBRT) SOBRE METASTASIS DE CANCER COLORECTAL

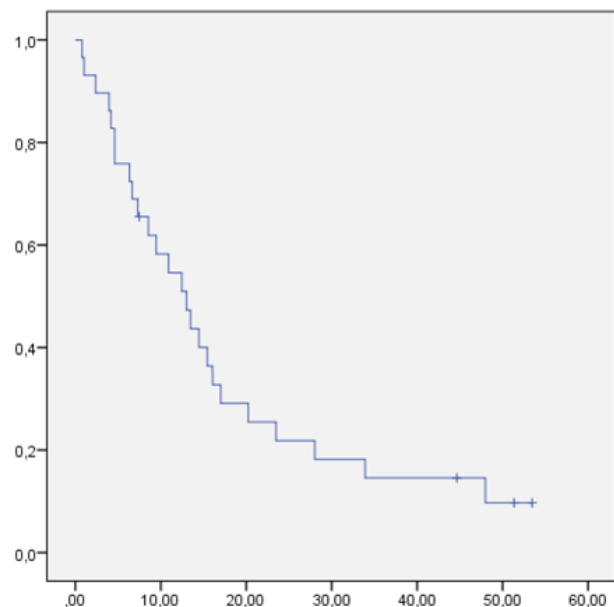
**Marina Merí Abad, Ana Hernández Manchacoses, ALberto Cunquero Tomás, Ihsan Shaheen, Milagros Franco de la Rosa, Martín Núñez Abad, Mireia Gil Raga, Miriam Lobo de Mena, María Jose Safont Aguilera, Carlos Camps Herrero** – Hospital General Universitario de Valencia

**Introducción y Objetivos:** El 25% de los pacientes con cancer colorectal (CCR) presentan metástasis al diagnóstico y el 50% las desarrollarán. La terapia ablativa con SBRT sobre las metástasis irresecables ha mostrado altas tasas de control local. El objetivo de este estudio es analizar los pacientes tratados con SBRT con intención radical sobre las lesiones metastásicas de CCR.

**Material y Métodos:** Se analizaron de forma retrospectiva 30 pacientes tratados con SBRT sobre metástasis irresecables entre 2012 y 2016 en el Hospital General Universitario de Valencia. El seguimiento se realizó hasta el 15 de Abril de 2017. Los datos fueron recogidos en una base de datos. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico IBM SPSS versión 20 para Windows.

**Resultados:** 63,3% fueron hombres y 36,7% mujeres. La edad media fue de  $69.8 \pm 11.87$  años. El tumor primario se localizaba en colon derecho el 13,3% de los casos, izquierdo el 23,3% y recto el 63,3%. El análisis de KRAS se realizó en el 93,3% de los casos, siendo el 40% nativo. El 6,7% fueron estadio I, 16,7% estadio II, 20% estadio III y 56,7% estadio IV. El 53,3% de las lesiones tratadas se localizaban en pulmón, 26,7% en hígado y 3,3% ganglionares. El 36,7% de las lesiones eran la primera recaída, 26,7% segunda, 10% tercera y 16,7% cuarta. El 73,3% recibió una dosis total de 45 Gy (con un fraccionamiento de 1500 cGy) y con DEB (Dosis Equivalente Biológica) 93,8 Gy. El efecto adverso más frecuente fue astenia. Ningún paciente presentó toxicidad grado 3. La supervivencia libre de progresión (SLP) tras SBRT fue  $17.56 \pm 3.03$  meses (IC al 95% de 11,6 a 23,52 meses). El 86,7% de los pacientes progresaron tras SBRT. La Supervivencia Global (SG) media en este grupo fue de  $66.37 \pm 8.51$  meses (IC al 95% de 49,68 a 83,04).

**Conclusión:** en nuestra serie hemos obtenido una media de SLP y SG superior a la de otros grupos. Pese a las limitaciones del estudio, consideramos la SBRT como un tratamiento ablativo local efectivo para las metástasis irresecables de pacientes con CCRm. En próximos análisis, el objetivo es aumentar la muestra y determinar las variables que puedan influir en la supervivencia.



Supervivencia Libre de Progresión tras SBRT



## L 13

### METASTASIS CEREBRALES EN PACIENTES CON CÁNCER DE COLON.

**Lourdes Calera Urquizu** – Hospital Sierrallana, SCS. **Isabel Pajares Bernad** – Hospital Ernest Lluch de Calatayud. **Ana Cebollero De Miguel** – Hospital San Pedro La Rioja. **Itziar Trueba Garayo** – Hospital Txagorritxu. **Laura Aller de Pache** – Hospital Marques de Valdecilla. **Vanessa Alvarez de Eulate** – Hospital Sierrallana, SCS. **Raquel Jaso Tejera** – Hospital de Laredo. **Laura García Alles, Clara Caballero Escudero, Silvia Lorenzo Martín** – Hospital Sierrallana, SCS

**Introducción y Objetivos:** El cáncer colorrectal es el tumor con mayor incidencia en España y representa la 4º causa de muerte por cáncer. Las metástasis cerebrales del cáncer colorrectal son infrecuentes y confieren mal pronóstico.

**Material y Métodos:** Este es un estudio retrospectivo de un solo centro. Se estudian las características de 44 pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal y metástasis cerebrales diagnosticadas por TAC o RNM.

**Resultados:** Se han identificado 44 pacientes con cáncer colorrectal y metástasis cerebrales. El 27% presentaban metástasis cerebrales al diagnóstico de el tumor primario y el 73% presentaron las metástasis cerebrales a lo largo de la evolución. La mediana de edad al diagnóstico de las metástasis cerebrales fue de 68 años (rango 58.48, mínimo 25.36 y máximo 88.83). De los 44 pacientes del estudio 70.5% eran hombres y el 30% eran mujeres. La localización más frecuente del tumor primario colorrectal fue en colon 27 pacientes (61%) y en recto 39%. Al diagnóstico de las metástasis cerebrales el 25% presentaban única y exclusivamente metástasis a nivel cerebral y el 75% pacientes presentaban metástasis además en otros órganos. ECOG 0,1: 52 %, ECOG 2 30% y ECOG 3 18 %. Presentaron una sola lesión cerebral (40%) y múltiples lesiones (60%). La localización cerebral de las LOES cerebrales la más frecuente fue a nivel parietal, seguida de cerebelo.

**Conclusión:** La presencia de metástasis cerebrales del cáncer colorrectal es un fenómeno infrecuente. En este estudio se describen las características de una serie de 44 pacientes.

## L 14

### Metástasis pancreáticas de cáncer de colon: ¿una localización adecuada para la resección?

**Laura Medina Rodríguez, David Gutierrez Abad, Fernando Pereira Perez** – Hospital Universitario de Fuenlabrada

**Introducción y Objetivos:** El páncreas es una localización poco frecuente para las metástasis (M1) solitarias de otros tumores primarios. En una gran serie de autopsias, la prevalencia de las M1 pancreáticas de tumores sólidos descrita fue del 6 -11%. Si bien disponemos de datos robustos en cuanto al beneficio de la cirugía de metástasis hepáticas y pulmonares en cáncer colorrectal (CCR), existen pocos datos disponibles, (la mayoría procedentes de series con un número reducido de pacientes) de los resultados de la pancreatomecía en el contexto del CCR. El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia en nuestro centro en el manejo de metástasis pancreáticas de cáncer colorrectal y comparar los resultados con los publicados previamente en la literatura.

**Material y Métodos:** Procedimos a la realización de una búsqueda de datos, aplicando el filtro “pancreatomecía” en el seno de pacientes diagnosticados de CCR en nuestro centro en los últimos 10 años. En dicho filtro no se excluyeron pacientes con M1 en otras localizaciones

**Resultados:** Encontramos 3 pacientes sometidos a pancreatomecía por M1 procedente de CCR, de ellos, 2 varones y una mujer, con una media de edad de 54 años al diagnóstico del tumor primario. Dos de los pacientes presentaron diagnóstico de cáncer de colon derecho, mientras que el tercero fue diagnosticado de cáncer de colon izquierdo. Todos ellos presentaron estadios III de inicio, precisando de tratamiento adyuvante posterior. La recidiva pancreática se produjo a nivel de la cabeza de páncreas en 2 de ellos y en cola de páncreas en el tercero. Los intervalos libres de enfermedad (ILE) tras la cirugía pancreática se muestran en la tabla anexa. Ningún paciente presentó sintomatología asociada, siendo hallazgos incidentales en pruebas radiológicas en el seguimiento del tumor primario. En todos los pacientes, hubo márgenes microscópicos afectados (R1) en la cirugía del páncreas. Sólo uno de los pacientes permanece vivo y libre de enfermedad a fecha de abril de 2018.

**Conclusión:** La revisión de nuestra experiencia revela que los resultados de la cirugía de las M1 de CCR en el páncreas son congruentes con la literatura, la cual es factible en pacientes muy seleccionados, con ausencia de enfermedad metastásica ampliamente diseminada y en centros con gran volumen de cirugías pancreáticas.

	Paciente 1	Paciente2	Paciente3
<b>sexo</b>	Varón	Varón	Mujer
<b>Edad al diagnóstico</b>	55	61	45
<b>Localización tumor primario</b>	Derecho	Derecho	Izquierdo
<b>Estadio tumoral</b>	pT3N1b	pT3N2b	pT4N1b
<b>Estatus RAS/BRAF</b>	Ras Nativo/BRAF mutado	Desconocido	KRAS mutado
<b>ILE (meses)</b>	16	20	53
<b>Localización M1 en páncreas</b>	Cabeza	Cabeza	Cola
<b>Intervención realizada</b>	DPC <sup>1</sup>	DPC <sup>1</sup>	Pancreatectomía distal + esplenectomía + HIPEC <sup>2</sup>
<b>Metástasis extrapancreáticas</b>	Sí (tras DPC)	No	Sí ( sincrónicas peritoneales
<b>Márgenes quirúrgicos</b>	R1	R1	R1
<b>Otras comorbilidades</b>	Ca trígono retromolar pT4pN1 y Ca papilar tiroides	No	VIH <sup>3</sup> estadio 3-B (buen control)
<b>Estatus del paciente</b>	Fallecido	Fallecido	Viva

1. DPC: duodenopancreatectomía cefálica.
2. HIPEC: quimioterapia intraperitoneal hipertérmica.
3. VIH: Virus de la inmunodeficiencia Humana.

## L 15

## Patrones de uso de capecitabina en cáncer de recto: Evolución 2012-2018.

**Jorge Hernando Cubero, Juan David Assaf, Julia Lostes, Nely Diaz, Francisco Grau, Francisco Javier Ros, Alberto Hernando, Carolina Valdivia, Anna Farriols, Maria Josep Carreras** – Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Vall d'Hebron

**Introducción y Objetivos:** El tratamiento con Capecitabina en cáncer colorrectal fue aprobado como tratamiento adyuvante para la enfermedad localizada en 2005 y en enfermedad metastásica en 2008. Desde entonces su uso es rutinario en todos los hospitales oncológicos de nuestro país para el manejo del cáncer colorrectal. El objetivo del presente estudio es analizar la evolución en el patrón de uso de la Capecitabina en pacientes con cáncer de recto.

**Material y Métodos:** Se incluyeron todos los pacientes consecutivos con diagnóstico de cáncer de recto y tratados con Capecitabina en nuestro centro en el periodo comprendido entre enero de 2012 y diciembre de 2017. Los pacientes fueron divididos en 2 cohortes según la fecha de

administración del tratamiento (cohorte 1 entre enero 2012 y diciembre 2014, y cohorte 2 entre enero 2015 y diciembre 2017) para evaluar la evolución en los patrones de uso del fármaco. Se analizó el tipo de tratamiento (adyuvante, neoadyuvante o metastásico) y los esquemas utilizados en enfermedad avanzada.

**Resultados:** 711 pacientes (pts) fueron incluidos en el análisis: 385 y 326 pts en los periodos 2012-2014 y 2015-2017 respectivamente (-16%). Con respecto al tipo de tratamiento, los resultados de ambas cohortes fueron: Adyuvancia 72 (18%) y 62 (19%) pts (p=0.65), neoadyuvancia 293 (76%) y 248 (76%) pts (p=0.91), paliativo 20 (6%) y 16 (5%) pts (p=0.33). En la enfermedad avanzada, los esquemas más utilizados en ambas cohortes fueron: capecitabina en monoterapia 9 (45%) y 10 (63%) pts (p=0.56), Capecitabina-Bevacizumab 0 y 2 (12%)pts, MitoC-Cape 6 (30%) y 3 (19%) pts (p=0.54), XELOX 5 (25%) y 1 (6%) pts (p=0.19).

**Conclusión:** Los patrones de uso de la Capecitabina en el cáncer de recto muestran una tendencia estable en los últimos años. Es necesario continuar avanzando en la investigación clínica en cáncer de recto para del desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas en el contexto localizado y metastásico.



## L 16

### QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE EN CÁNCER DE RECTO LOCALMENTE AVANZADO. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

**María Fernández González, Leticia López García, Alba Puente García, Raquel Ferreira Alonso, Marta Orozco Belinchón, Luis Enrique Abella Santos, Alvaro Sanz Rubiales, Juan Carlos Torregro García, Joaquín Fra Rodríguez, Virginia De la Cruz Palomero** – Hospital Universitario Río Hortega

**Introducción y Objetivos:** En el cáncer de recto localizado la cirugía es el pilar básico del tratamiento, si bien en estadio II y III es necesario asociar radioterapia y/o quimioterapia prequirúrgica con el objetivo de aumentar el control local y la supervivencia. El valor de la quimioterapia adyuvante en pacientes que han recibido tratamiento prequirúrgico no está bien establecido y las guías clínicas ofrecen recomendaciones dispares. Esto hace que la práctica clínica sea variable. **OBJETIVOS:** Conocer las características clínico-patológicas de los pacientes con cáncer de recto localmente avanzado, remitidos para valoración de tratamiento adyuvante tras quimio-radioterapia preoperatoria y cirugía radical, e identificar que variables clínicas se asocian a la decisión de realizar dicho tratamiento.

**Material y Métodos:** Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de pacientes con cáncer de recto tratados con quimio-radioterapia neoadyuvante seguido de cirugía desde septiembre de 2014 a abril de 2018 en un hospital de tercer nivel.

**Resultados:** Se registraron un total de 64 pacientes, 67% eran varones y 33% mujeres. La mediana de edad fue de 64 (38-87). El 67% presentaba un estadio clínico III y 33% estadio II. En un 92% de los pacientes se realizó escisión mesorrectal total. La tasa de respuesta patológica completa fue de un 17%. En el 55% de los pacientes se produjo una infraestadificación en el tamaño tumoral (T) y 70% en la afectación ganglionar (N). Se observó que el 14% presentaban un grado de regresión Ryan 3, 52% un grado 2, 17% un grado 1 y 17% un grado 0. Del total de los casos, 55% recibieron quimioterapia adyuvante: se administró capecitabina en un 39% de los pacientes y capecitabina-oxaliplatino en un 16%. El análisis multivariante identificó que tener una edad  $\geq$  a 75 años (OR 0.023, IC 95% 0.02-0.29, p 0.004) y una infraestadificación en T (OR 0.16, IC 95% 0.03-0.79, p 0.025) como factores asociados independientemente a la decisión de omitir el tratamiento de quimioterapia adyuvante.

**Conclusión:** En nuestro centro más de la mitad de los pacientes recibieron quimioterapia adyuvante principalmente con capecitabina. Nuestros datos muestran que la decisión de realizar dicho tratamiento es variable siendo la edad  $\geq$  75 y una infraestadificación en T las variables asociadas independientemente a la decisión de no administrar tratamiento de quimioterapia adyuvante.

## L 17

### RADIOTERAPIA DE CICLO CORTO (RTC) PARA CÁNCER DE RECTO (CR) EN EL H.G.U. DE ELCHE.

**María Ballester Espinosa, Carlos Guirao Rubio, Vicente Boix Aracil, María Del Rocio Ramírez Belloch, Roberto Morales Giménez, Lucía Gómez González, Marta Llopis Cuquerella, Marian Ferrández Cruz, Elena Asensio Martínez, Javier Gallego Plazas** – Hospital General Universitario Elche

**Introducción y Objetivos:** La RTC para el CR es una alternativa terapéutica de creciente vigencia. El objetivo de este análisis es describir las indicaciones, tiempos medios, complicaciones y resultados del uso de la RTC en cáncer de recto en nuestro medio.

**Material y Métodos:** Realizamos una revisión retrospectiva del uso de la RTC para CR en nuestro centro desde 2014 a 2017, ambos inclusive.

**Resultados:** Se incluyeron 57 pacientes, de edad media 69 años, 66.7% hombres. La localización tumoral fue: tercio inferior 9%, medio 26%, e inferior 22%. La indicación del tratamiento fue neoadyuvante en el 98.2% (77.15% enfermedad localizada, 21.05% metastásica al diagnóstico) y paliativa en el 1.8%. El 43.8% de pacientes recibieron tratamiento con quimioterapia neoadyuvante, adyuvante o paliativa, mientras que el 43.9% presentaba alguna comorbilidad que limitaba su indicación. El intervalo medio entre el diagnóstico y el inicio de la RTC fue de 49.9 días, de 5.2 días entre el inicio y fin de la RTC, y de 17.6 días entre el fin de la RTC y la cirugía (63.6% resección anterior, 21.8% amputación abdominoperineal). El 8.8% de pacientes presentó toxicidad aguda derivada de la RTC, y el 40% complicaciones postquirúrgicas (18% íleo paralítico). La estadificación pretratamiento mostraba invasión de la fascia mesorrectal en el 25.7% de casos, e invasión venosa extramural en el 38.6%. La concordancia entre la estadificación tumoral clínica y patológica fue del 59.7% (37% en la afectación ganglionar), con un 36.5% de infraestadificación patológica (57.4% a nivel ganglionar). El grado de regresión tumoral fue completo en 3 pacientes,  $>$  50% en 9, entre 25-50% en 14,  $>$  25% en 12, nula en 2 pacientes, y desconocido en el resto. A fecha de marzo 2018, el 24.5% (12,3% enfermedad localizada y 12.2% metastásica al diagnóstico) han presentado recaída de la enfermedad, todas ellas a distancia; estando el 66.7% de los pacientes vivos sin enfermedad, el 15.8% vivos con enfermedad, el 8.8% fallecidos por enfermedad y el resto fallecidos por otras causas.

**Conclusión:** El uso actual de la RTC en nuestro medio permite un adecuado control local de la enfermedad. El avance en las técnicas de estadificación y el manejo perioperatorio podría mejorar los resultados en la aplicación de esta estrategia para el tratamiento del CR localizado.

	ENFERMEDAD LOCORREGIONAL (n: 44)	ENFERMEDAD METASTÁSICA AL DIAGNÓSTICO (n: 13)
<b>Edad media</b>	72,75 años	56.23 años
<b>Sexo</b>	61.4% V, 38.6% M	84.6% V, 15.4% M
<b>Localización</b>	20,5% inferior, 40.9% medio, 38.6% superior	0% inferior, 61.5% medio, 38.5% inferior
<b>rmnT</b>	T2: 8, T3: 31, T4: 5	Tx: 1, T2:2, T3: 7, T4:3
<b>rmnN</b>	N0:15, N1: 18, N2: 10, Nx: 1	N0:1, N1: 1, N2: 10, Nx: 1
<b>FMR</b>	9 (20.5%)	5 (38.46%)
<b>EMVI</b>	14 (31.8%)	8 (61.5%)
<b>Comorbilidades que limitan tratamiento con QM</b>	23 (52.3%)	4 (30.8%)
<b>Tiempo AP-RT</b>	49.9 días	130 días
<b>Toxicidad RT</b>	5 (11.4%)	0%
<b>Tiempo RT-Cirugía</b>	17.63 días	34 días
<b>Tipo de cirugía</b>	9 Miles, 28 RAB, 7 Otras	3 Miles, 7 RAB, 3 Otras
<b>Complicaciones postqx</b>	17 (38.6%)	5 (38.5%)
<b>pT</b>	Tx: 4, Tis:1, T1:3, T2:12, T3:24	Tx:1, T1:0, T2:3, T3:8, T4: 1
<b>pN</b>	Nx: 1, N0: 33, N1: 8, N2: 2	Nx: 1, N0: 7, N1: 3, N2: 2
<b>MRC invadida</b>	6 (13.6%)	2 (15.4%)
<b>Invasión linfática</b>	7 (15.9%)	2 (15.4%)
<b>Invasión vascular</b>	4 (9%)	2 (15.4%)
<b>Invasión perineural</b>	6 (13.6%)	2 (15.4%)
<b>Regresión tumoral</b>	Completa: 2, > 50%: 5, 25- 50% : 11, > 25%: 9, nula: 2, desconocido: 15.	Completa: 1, > 50%: 4, 25- 50% : 3, > 25%: 3, nula: 0, desconocido: 2.
<b>Tratamiento QM periRT</b>	31 ninguno 5 QM neoadyuvante 8 QM adyuvante	13 (100%) paliativa
<b>Recaída</b>	6 (13.6%) a distancia. Ninguna locorregional	8 (61.5%) a distancia. Ninguna locorregional
<b>Estatus actual</b>	32 vivos sin E, 3 vivos con E, 4 fallecidos por E, 5 fallecidos otras causas	5 vivos sin E, 7 vivos con E, 1 fallecido por E

Resultados



## L 18

**Trifluridina/tipiracilo (TAS 102) en pacientes con cáncer colorrectal avanzado refractario: la experiencia en tres hospitales.**

**Irene Ortiz Rubio, Francesc Salva Ballabrera** – *Consorti Sanitari Del Maresme*. **Silvia Griñó Fernández** – *Hospital Universitari de Vic*. **Rosa Querol Niñerola, Montserrat Zanui Maestre** – *Consorti Sanitari del Maresme*. **Gemma Bassagaña Colomer** – *Hospital Universitari de Vic*. **Pilar Lianes Barragan** – *Consorti Sanitari del Maresme*

**Introducción y Objetivos:** Los pacientes afectados de cáncer colorrectal (CCR) avanzado refractarios tienen opciones limitadas de tratamiento fuera de ensayo clínico. Trifluridina/tipiracilo (TAS 102), ha demostrado eficacia en ensayos clínicos randomizados en este grupo de pacientes. En esta revisión analizamos retrospectivamente los resultados de 24 pacientes tratados con TAS 102 en tres hospitales de Cataluña: Hospital de Mataró, Hospital Universitario de Vic (VUH) y Hospital de Campdevàrol.

**Material y Métodos:** Se realiza análisis retrospectivo de un total de 24 pacientes tratados con TAS 102 entre enero del 2017 y febrero del 2018. Todos padecían CCR avanzado y habían recibido, al menos, 2 líneas de quimioterapia (basadas en fluoropiridinas, oxaliplatino e irinotecan) y terapia anti-EGFR y/o anti-VEGF, teniendo en cuenta el estado mutacional

de RAS. Se analizaron el número medio de ciclos, la respuesta global, el intervalo libre de progresión (ILP), la supervivencia global (SG), el control de la enfermedad (CE) y la seguridad.

**Resultados:** De los pacientes analizados, la mitad de ellos (50%) recibieron TAS 102 como tercera línea de tratamiento, 33'3% como cuarta y un 16'6% como sexta o posterior. El número medio de ciclos fue 3'6 (entre 1 y 8) y un 25% de los pacientes recibieron solo un ciclo. Se detectó una respuesta parcial (4'1%), 7 pacientes consiguieron estabilización de la enfermedad (29'1%) y los 16 pacientes restantes (66'6%) presentaron progresión de enfermedad. El control de la enfermedad (enfermedad estable, respuesta parcial o completa) fue de 33'3%. El ILP de 2'56 meses (entre 0'5 y 9'6 meses) y la media de la SG fue de 4'65 meses (entre 1'8 y 8'76). La toxicidad observada más frecuentemente fue la neutropenia grado 3-4, en un 42'5% de los pacientes. Alrededor de un 25% de los pacientes pararon el tratamiento por toxicidad.

**Conclusión:** TAS 102 es una opción segura de tratamiento para los pacientes con cáncer colorrectal politratados. El CE se obtuvo en un 33'3% de los pacientes, siendo estos resultados similares a los reportados previamente en la literatura. Pese a ello, un 25% recibieron solo un ciclo de tratamiento y el beneficio clínico en general es aún escaso. La búsqueda de biomarcadores se hace necesaria para poder seleccionar mejor los pacientes que se pueden beneficiar de esta opción de tratamiento.



## CUIDADOS CONTINUOS

**L 19**

### MANEJO DEL DOLOR EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO.

**Julia Ayuso Martín-Romo, María García Muñoz, Diego Casado Elía, Belen Cigarral García, Beatriz Barrios Collado, Arantzazu Amores Martín, Teresa Martín Gómez, Rocío García Domínguez** – Hospital Clínico Universitario de Salamanca

**Introducción y Objetivos:** Realizar una revisión en la literatura científica sobre el manejo del dolor oncológico.

**Material y Métodos:** Emplear las herramientas principales de búsqueda en la literatura actual para hacer una revisión acerca del control del dolor oncológico.

**Resultados:** Varón de 56 años diagnosticado de Ca renal EIV (pulmonares). Inicialmente recibe tratamiento con Sunitinib con respuesta parcial y tras 8 meses presenta progresión ósea, presentando dolor en cadera derecha y dificultad para movilizar el miembro inferior derecho, objetivándose crecimiento de la masa a nivel del psoas lumbar derecho que contacta con cuerpos vertebrales L3-L4-L5, motivo por el cual el paciente precisa ingreso hospitalario requiriendo morfina intravenosa y radioterapia antiálgica a ese nivel. Ante mejoría clínica se realiza rotación a fentanilo transdérmico y se decide alta hospitalaria. Comienza 2º línea con Nivolumab. Inicialmente presenta mejoría, pero a los seis meses la sintomatología del paciente empeora de nuevo, documentándose progresión de la tumoración renal

derecha y deterioro importante del estado general, por lo que se decide suspender tratamiento activo, pasando a control sintomático.

**Conclusión:** El dolor es un síntoma muy prevalente en los pacientes oncológicos, apareciendo en el 90% de los pacientes con cáncer terminal. El dolor oncológico es un problema complejo de gran importancia en la práctica clínica diaria y requiere un tratamiento multidimensional. En aproximadamente el 70% de los pacientes el dolor les impide realizar sus actividades diarias y en el 42% el dolor afecta a sus relaciones familiares. El dolor no reconocido o tratado deficientemente conlleva a la aparición de síntomas como la depresión, aislamiento, ansiedad, pérdida de capacidad funcional y alteraciones del sueño. Todo ello limita, en ocasiones, la correcta administración del tratamiento antitumoral con el consecuente impacto negativo en la supervivencia del paciente. La mayoría de los autores están de acuerdo con el empleo de las guías clínicas para el manejo del dolor oncológico como la de la OMS (Organización mundial de la salud), NCCN (National Comprehensive Cancer Network) o la de AHCP (Agency for Health Care Policy and Research). A pesar de las múltiples alternativas terapéuticas de las que disponemos, en el 50% de los casos no se consigue buen control analgésico.

## GENITOURINARIO

## L 20

**“Real word data” con el uso de Radium223 en pacientes con cáncer de próstata resistente a la castración (CPRC) y metástasis óseas.**

**Ana Godoy Ortiz** – Unidad Oncología Intercentros Hospitales Universitarios Virgen de la Victoria y Regional de Málaga. **Rebeca Lozano** – Unidad de investigación clínica en cáncer de próstata. Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO). Madrid. **Alvaro Montesa Pino, Maribel Saez Medina** – Unidad Oncología Intercentros Hospitales Universitarios Virgen de la Victoria y Regional de Málaga. **Elena Castro** – Unidad de investigación clínica en cáncer de próstata. Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO). Madrid. **Gala Grau, David Olmos, Nuria Romero** – Unidad CNIO-IBIMA de investigación clínica en tumores genitourinarios. Hospitales Universitarios Regional y Virgen de la Victoria. Málaga

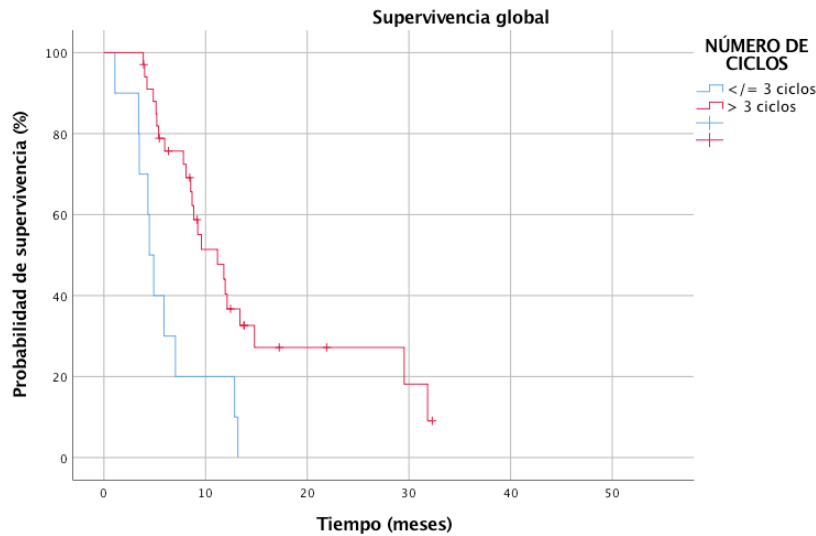
**Introducción y Objetivos:** Radium-223 está aprobado en CPRC con metástasis óseas sintomáticas, con beneficio en supervivencia global (SG). La información sobre supervivencia libre de progresión ósea (SLPo) y clínica (SLPc) así como sobre marcadores pronósticos/predictivos es limitada. Nuestro objetivo ha sido evaluar la eficacia de Radium-223 en la práctica habitual, características clínico-patológicas asociadas a SLPo/SLPc y SG, y en última instancia, análisis de toxicidad.

**Material y Métodos:** Evaluación retrospectiva de pacientes (pts) tratados con Radium-223 en CPRC-M1 ósea en 4 hospitales: HVV-HRU, Málaga y HM Sanchinarro-Quirón, Madrid. Se recogieron variables clínico-patológicas basales y de supervivencia de acuerdo a los criterios PCWG2. Para búsqueda de factores pronósticos y predictivos de eficacia se emplearon modelos uni

y multivariantes. Análisis de supervivencia mediante regresión de Cox (análisis significativos con  $p < 0,05$ ), y curvas Kaplan-Meier. La herramienta estadística empleada, SPSS v25.

**Resultados:** Fueron incluidos 44 pts tratados entre enero/2013-febrero/2018. Mediana edad 65a (r45-84), ECOG 0/1/2 de 9/68/23% y Gleason 8-10 63,6%. Un 15,9% recibió Radium-223 en 1ºL, 25% 2ºL y 59,1% > 3ºL. Como tratamiento previo, docetaxel/abiraterona/enzalutamida en 54/57/38,6% pts. Con una mediana de seguimiento de 8,5 meses (m) (r:1,1-32,3m): mediana SLPc 3,9m (2,86-4,95m), SLPo no alcanzada, 20% progresiones viscerales y mediana SG 8,83m (95%IC 7,1-10,6m). Como potenciales factores pronósticos: tratamiento primario (sí/no), nºciclos (<3 vs >3), línea tratamiento (1-2º vs posteriores), respuesta por FA>30% y FA>50% a >12 semanas y uso previo de taxanos. El análisis univariante identificó asociación significativa entre nºciclos y SG (4,47vs11,1m;  $p=0,001$ , HR 0,30 y 95%CI 0,14-0,65) y SLPc (1,9vs4,6m;  $p=0,027$ ). Aunque se observó tendencia a mayor SG en tratamiento primario vs no (9,23vs7,031m) y 1-2º línea vs posteriores (11,8vs8,08m) la diferencia no fue significativa ( $p=0,764$ ;  $p=0,258$ ). Sin diferencias significativas en SG por FA30%, FA50%, uso previo taxanos ( $p=0,692$ ) u opioides basales ( $p=0,504$ ). Sin diferencias significativas en análisis multivariante de características basales entre grupos de tratamiento primario. No se identificaron factores pronósticos independientes asociados a SLPc/SLPo/SG por análisis multivariante. En el análisis de toxicidad, G3-4 por anemia (16%) y trombopenia (14%).

**Conclusión:** Los resultados obtenidos muestran que Radium-223 es un bien tolerado y efectivo en CPRC M1, incluso en tratados con varias líneas y especialmente para los que reciben más de 3 ciclos. Se precisan evaluaciones prospectivas y cohortes de mayor tamaño para poder encontrar factores pronósticos eficientes.



Supervivencia global, en función de número de ciclos Radium-223

## L 21

## ADENOCARCINOMA DE URETRA FEMENINA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

**Petra Rosado Varela, Alicia Quílez Cutillas, Esperanza Arriola Arellano** – Unidad de atención integral al cáncer. Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Puerta del Mar y Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz).

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de uretra es una entidad infrecuente, siendo el único tumor genitourinario cuya incidencia es mayor en mujeres respecto a hombres. Histológicamente habitualmente se trata de neoplasias epidermoides, aunque se pueden detectar otras histologías menos frecuentes. Vamos a describir un caso de esta particular entidad y realizaremos una revisión bibliográfica de la literatura.

**Material y Métodos:** Mujer de 49 años valorada en urología tras notar bultoma suburetral, dispersión de la orina al miccionar y escozor. A la exploración y uretroscopia muestra a nivel periurtral una formación afambuesada fácilmente sangrante al roce y con zonas duras. Se aprecia también en reborde uretral otra formación mas blanda. Se toma biopsia-escisional compatible con adenocarcinoma moderadamente diferenciado, que en su superficie muestra patron tubulo-veloso, con bordes afectos. Completado estudio de extensión a destacar RMN que refiere tumoración vulvar derecha con afectación de introito vaginal, mal plano de clivje con pared posterior y lateral derecha de la uretra distal y de tamaño no superior a 2 cm. 2 microadenopatías de 5 mm derecha y 7 mm izquierda. La paciente es intervenida en centro de referencia dada la particularidad del caso y se remite la pieza al servicio de anatomía patológica.

**Resultados:** El informe histológico confirmó el diagnóstico de adenocarcinoma de uretra con uno de tres ganglios afectos en linfadenectomía. Tras discutir caso en comité oncológico se propone tratamiento adyuvante con quimioterapia, recibiendo seis ciclos de paclitaxel con cisplatino. La paciente mantiene manteniéndose actualmente sin recidiva de la enfermedad.

**Conclusión:** El adenocarcinoma de uretra deriva del tejido glandular y es mas frecuente en mujeres respecto a varones, en el rango de edad de 60 años. Su origen suele relacionarse con estímulos crónicos (irritaciones, estenosis, infecciones) que favorecen la metaplasia y displasia epitelial y su transformación en carcinoma. El tratamiento de elección en la enfermedad localizada es el rescate quirúrgico, debiendo evaluarse la conveniencia de terapias adyuvantes con radioterapia y quimioterapia de forma individualizada dada la particularidad de este diagnóstico.

## L 22

## Cabazitaxel-Prednisona (CBZP): retratamiento en Cáncer de Próstata Metastásico resistente a la castración (CPRCm) tras quimioterapia con CBZP y Docetaxel. Experiencia en el Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE).

**Luis Felipe Sánchez-Cousido, Ángel Rodríguez-Sánchez, Mariana López-Flores, Irene Delgado-Sillero, Mariam**

**Stephanie Rojas-Piedra, Ana López-Gonzalez, Carmen Castañón-López, Beatriz Nieto Mangudo** – *Complejo Asistencial Universitario de León*

**Introducción y Objetivos:** El estudio TROPIC demostró que el CBZP en segunda línea tras Docetaxel mejora la supervivencia en los pacientes con CPRC. Sin embargo, existe muy poca literatura sobre la efectividad del retratamiento con CBZP. Analizar la efectividad y seguridad del retratamiento con CBZP en los pacientes con CPRCm tras quimioterapia con Docetaxel y CBZP tratados en nuestro centro.

**Material y Métodos:** Se analizaron retrospectivamente 5 casos de CPRCm retratados con CBZP, en el Servicio de Oncología Médica del CAULE entre mayo de 2011 y abril 2018. Se valuó la efectividad y seguridad del retratamiento con CBZP tras tratamiento Docetaxel y CBZP en nuestro centro.

**Resultados:** Se analizaron los datos de 5 pacientes. Edad media 65,2 años. Todos tenían PS 1. El 80% había recibido bloqueo androgénico completo previamente, y el 100% tratamiento con Docetaxel. Cuatro pacientes recibieron CBZP a dosis de 20mg y uno a 25mg cada 21 días. La mediana de ciclos fue de 10. Un paciente presentó neutropenia no febril G3, siendo esta la única toxicidad hematológica identificada. Un paciente presentó astenia G3, la cual fue la única toxicidad no hematológica identificada. La tasa de respuestas objetivada fue del 100%, con estabilización de la enfermedad. El intervalo libre de progresión fue de 8.75 meses (IC95% 5,22-12,28).

**Conclusión:** Los pacientes que finalizaron tratamiento con CBZP con respuesta y sin toxicidad, podrían beneficiarse del retratamiento, siempre que mantengan un performance status adecuado.

## L 23

### **CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A CASTRACIÓN METASTÁSICO (CPRCm): ANALIZANDO LA SECUENCIA DE TRATAMIENTO. EXPERIENCIA CLÍNICA EN UN CENTRO.**

**Belén Cigarral García, Julia Ayuso Martín-Romo, Roberto A. Escala Cornejo, María García Muñoz, Beatriz Barrios Collado, Diego Casado Elía, María Arantzazu Amores** – *Hospital Universitario de Salamanca* **Rebeca Lozano** - *Centro Nacional De Investigaciones Oncológicas.* **Rocío García, Juan Jesús Cruz** – *Hospital Universitario de Salamanca*

**Introducción y Objetivos:** El tratamiento del CPRCm ha experimentado numerosos cambios en los últimos años, con un amplio abanico de fármacos disponibles en indicación (docetaxel-cabazitaxel-abiraterona-enzalutamida-radio 223). La elección de los mismos vendrá determinada fundamentalmente por las características clínico-patológicas de cada paciente, en relación con la presencia o no de unos criterios establecidos de peor pronóstico (P.Maroto et al 2016). **Objetivo:** describir las características clínicas y analíticas de los pacientes con CPRCm tratados en primera línea con nuevos agentes hormonales (NAH: abiraterona/enzalutamida) seguido de Docetaxel y viceversa, analizar la respuesta al tratamiento y la supervivencia libre de progresión (SLP) en cada grupo en el Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

**Material y Métodos:** Se diseñó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo siendo seleccionados los pacientes con diagnóstico de CPRCm que recibieron la secuencia NAH en primera línea seguido de Docetaxel y viceversa entre los años 2014-2017. Se evaluó: edad, histología, localización metastásica, valores analíticos al diagnóstico (PSA, FA, Alb, LDH, Hb), características del tratamiento (tipo, línea, respuesta, progresión y fecha de la misma en las diferentes líneas recibidas) y fecha de éxitus/última revisión. El análisis estadístico se realizó mediante la aplicación IBM® SPSS Statistics V.23.0.

**Resultados:** Se identificaron 28 pacientes, 13 recibieron NAH en primera línea seguido de docetaxel (grupoA), y los 15 restantes la secuencia inversa (grupoB). Los pacientes del grupoB presentaron cifras de PSA y LDH más elevadas, así como menor valor de Alb y Hb, y cerca del 90% tenía dolor al diagnóstico (Tabla.1). La respuesta(R) radiológica a la primera línea de tratamiento(1ªL) fue mejor en el grupoB (47%Vs15%), al igual que la R.bioquímica, con un importante descenso de PSA (reducción del 92% Vs 83%). La R.clínica resultó similar en ambos grupos (80%Vs85%). Análisis SLP(media) 1ªL: NAH: 12meses, docetaxel: 6meses(p0.05).

**Conclusión:** En nuestra serie los pacientes con CPRCm que realizan la secuencia docetaxel-NAH presentan peores factores pronósticos clínicos y analíticos y sin embargo mejor respuesta bioquímica y radiológica. La SLP a la 1ªL es menor en dicho grupo, y sin embargo la SLP a la 2ªL es igual en ambos grupos, observándose una tendencia a mayor supervivencia global en aquellos que comienzan con docetaxel. Serían necesarios posteriores análisis para identificar la secuencia óptima de tratamiento.



	GRUPO A: ABIRATERONA/ ENZALUTAMIDA EN 1L SEGUIDO DE DOCETAXEL	GRUPO B: DOCETAXEL EN 1L SEGUIDO DE ABIRATERONA/ENZALUTAMIDA
<b>EDAD (mediana, rango)</b>	71 (58-80)	69 (61-85)
<b>Histología</b> • <b>ADC</b> - Gleason ≤ 7 - Gleason 8-10	13 (100%) 8 (61.5%) 5 (38.5%)	15 (100%) 9 (60%) 6 (40%)
<b>Localización metástasis</b> - Ósea - Ganglionar - Visceral	10 (76.9%) 7 (53.8%) 3 (23%)	15 (100%) 8 (53.3%) 3 (20%)
<b>PSA (mediana) ng/ml</b>	15.7	33.4
<b>FA (mediana) U/L [LSN: 105 U/L]</b>	117	104.5
<b>Pacientes con FA &gt;LSN</b>	6 (46%)	9 (60%)
<b>Alb (mediana) g/dL [LIN: 3.5g/dl]</b>	4.4	3.9
<b>Pacientes con Alb &lt; LIN</b>	0	6 (40%)
<b>LDH (mediana) U/L [LSN: 214 U/L]</b>	196	221
<b>Pacientes con LDH &gt;LSN</b>	4 (31%)	9 (60%)
<b>Hb (mediana) g/dL [LIN: 12g/dL]</b>	14.6	13.2
<b>Pacientes con Hb &lt; LIN</b>	1 (8%)	5 (33%)
<b>Síntomas (dolor) al diagnóstico</b> - SI - NO	6 (46%) 7 (54%)	13 (87%) 2 (13%)

Tabla 1. Características basales de los pacientes

## L 24

### CARCINOMA RENAL TRATADO CON NIVOLUMAB: EXPERIENCIA DE UN CENTRO.

**Lourdes Calera Urquizu** – Hospital Sierrallana, SCS. **Isabel Pajares Bernad** – Hospital Obispo Polanco Teruel. **Ana Cebollero De Miguel** – Hospital San Pedro La Rioja. **Raquel Jaso Tejera** – Hospital Laredo, SCS. **Laura Aller De Pache** – Hospital Marques De Valdecilla. **Vanesa Alvarez De Eulate** – Hospital Sierrallana, SCS. **Itziar Trueba Garayo** – Hospital Txagorritxu, Vitoria. **Laura García Alles, Clara Caballero Escudero, Fernando Uriarte Estefania** – Hospital Sierrallana, SCS

**Introducción y Objetivos:** El carcinoma renal es un tumor quimiorresistente. Recientemente se ha demostrado el beneficio clínico y aumento de la supervivencia con nivolumab en segunda línea de tratamiento.

**Material y Métodos:** En este estudio recogemos de manera retrospectiva las características clínicas y toxicidades presentadas por los pacientes con carcinoma renal metastásico tratados en un solo centro con nivolumab.

**Resultados:** Desde agosto del 2017 hasta la actualidad han sido tratados en nuestro centro con nivolumab 5 pacientes diagnosticados de carcinoma renal. 60% mujeres y 40% hombres. Tres pacientes continúan en la actualidad con el tratamiento. La mediana de supervivencia libre de progresión ha sido 5.5 meses. 1 paciente falleció por una nefritis e insuficiencia renal posiblemente relacionada con el tratamiento. 3 pacientes han presentado rash grado 1, 2 pacientes han presentado hipotiroidismo y 1 paciente alteración de las transaminasas grado 2.

**Conclusión:** Este estudio retrospectivo muestra datos concordantes de la actividad y toxicidad de nivolumab en carcinoma renal, similares a los ya publicados en el ensayo clínico que le dio la aprobación

## L 25

### DATOS DE LA EXPERIENCIA EN SECUENCIACIÓN DIRECTA ABIRATERONA-ENZALUTAMIDA EN PACIENTES CON CARCINOMA DE PRÓSTATA RESISTENTES A LA CASTRACIÓN.

**José Balsalobre Yago, María José Martínez Ortíz, Ana Checa Soriano, María Isabel Luengo Alcázar, Pablo Cerezuela Fuentes, Iris Muñoz García, Alice Viney, Elena Conesa Nicolás, Mónica Martínez Penella, María Teresa García García** – H. Universitario Santa Lucía. Cartagena. Cartagena.

**Introducción y Objetivos:** En la actualidad disponemos de dos fármacos como alternativa a la quimioterapia en pacientes con diagnóstico de carcinoma de próstata resistentes a la castración (CPRCm). El objetivo de este estudio es evaluar la experiencia obtenida en nuestro centro en los pacientes tratados con Abiraterona y Enzalutamida sin paso previo por quimioterapia.

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con CPRCm tratados con Acetato de Abiraterona y Enzalutamida desde 2012 a 2017 en nuestro centro hospitalario. La selección de pacientes se ha realizado mediante acceso a la plataforma de tratamiento citostático (Farmis Oncofarm 3.0 v.12.100), del programa de gestión farmacoterapéutica (Savac®) y de la historia clínica electrónica (Seline v5.3.3, Siemens).

**Resultados:** De un total de 108 pacientes tratados con Abiraterona o Enzalutamida durante 5 años en nuestro centro, en 13 casos se utilizaron ambos fármacos en algún momento de la evolución, siendo 8 de los mismos de manera secuencial sin administración de quimioterapia entre ellos por su situación basal, y otros 4 casos en los que se administró Docetaxel/Cabazitaxel entre los mismos. En todos los casos en la secuencia se utilizó en primer lugar Acetato de Abiraterona y posteriormente Enzalutamida. En análisis de los 8 pacientes en tratamiento secuencial directo Acetato de Abiraterona – Enzalutamida la media de tiempo hasta progresión con Acetato de Abiraterona fue 8,4 meses vs 3,4 meses durante el tratamiento con Enzalutamida. Respecto a la mediana de supervivencia global se obtuvo  $12,34 \pm 2,3$  meses.

**Conclusión:** En nuestro pequeño grupo de pacientes con tratamiento secuencial directo Acetato de Abiraterona – Enzalutamida, se ha mostrado un limitado beneficio en la mediana de tiempo hasta la progresión en la fase de Enzalutamida, siendo los datos obtenidos semejantes a los obtenidos con el bloqueo hormonal.

## L 26

### DATOS OBTENIDOS DE LA SECUENCIACIÓN DIRECTA ENZALUTAMIDA-ABIRATERONA EN CARCINOMA DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN.

**José Balsalobre Yago, Alice Viney, María José Martínez Ortíz, Ana Checa Soriano, Amelia Chica Marchal, Iris Muñoz García, María Isabel Luengo Alcázar, Elena Conesa Nicolás, Pablo Cerezuela Fuentes, Mónica Martínez Penella** – H. Universitario Santa Lucía. Cartagena

**Introducción y Objetivos:** En los escasos estudios hasta el momento actual en los que se ha realizado secuenciación con Abiraterona y Enzalutamida en carcinoma de próstata metastásico resistente a la castración (CPRCm), se ha establecido que la secuencia abiraterona – enzalutamida ha mostrado mayor efectividad que la realizada en sentido inverso. El objetivo es evaluar la experiencia obtenida en nuestro centro de la secuencia, a priori, menos indicada como es la secuenciación directa de enzalutamida – abiraterona en CPRCm.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo observacional que incluyó todos los pacientes con CPRCm que habían recibido la secuenciación directa de enzalutamida-abiraterona desde diciembre 2013 hasta abril 2018. Se excluyeron todos los pacientes que entre ambos fármacos habían recibido tratamiento quimioterápico. Los datos se obtuvieron mediante revisión de la historia clínica informatizada (Seline®) y el programa de gestión farmacoterapéutica (SAVAC®).

**Resultados:** Se incluyeron un total de 5 pacientes en el estudio, con mediana de edad de 79 años [70-86 años]. 1 paciente presentaba ECOG 0, 2 pacientes ECOG 2, y 2 pacientes ECOG 3. Previo al tratamiento con enzalutamida, todos los pacientes habían sido tratados con bloqueo hormonal completo; y además 1 paciente había recibido previamente una línea de quimioterapia con docetaxel. El tiempo medio de duración del tratamiento con enzalutamida fue de  $8,7 \pm 6,8$  meses. La SLP con enzalutamida fue 11 meses [4-17 meses]. Los motivos de discontinuación del tratamiento con enzalutamida y el posterior inicio de abiraterona fueron progresión de la enfermedad a nivel sistémico (n=4) y en un caso se suspendió por encefalopatía posterior reversible inducida por el fármaco. Respecto a abiraterona el tiempo medio de duración de tratamiento con fue de  $3,7 \pm 2,2$  meses. La mediana de SLP fue de 2,5 meses [2-7 meses]. Un total de 4 pacientes fueron éxitos. La mediana de SG desde el inicio del tratamiento con abiraterona fue de 5 meses [2-12 meses]. Ningún paciente presentó eventos adversos grado III-IV con abiraterona.

**Conclusión:** Los pacientes presentaron una escasa respuesta al tratamiento con abiraterona tras enzalutamida. Los resultados de tiempo de tratamiento, SLP y SG son similares a los descritos en varios estudios donde la utilización de abiraterona tras progresión a enzalutamida mostró menor efectividad en comparación con su utilización previa a la enzalutamida.





## L 27

## EFECTOS ADVERSOS OBJETIVADOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL DEL TRATAMIENTO CON ENZALUTAMIDA EN PRIMERA LÍNEA DE CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN.

**Natalia Fernandez Nuñez, Javier Casas Nebra, Ignacio Fernandez Sobrado, Marta Covela Rua, Lorena Cadavid Vieitez, Marta Carmona Campos, Alberto Carral Maseda, Begoña Campos Balea, Sergio Eloy Vazquez Estevez** – Hospital Universitario Lucus Augusti

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de próstata es la neoplasia maligna más frecuente en pacientes de Edad Avanzada. En los últimos años el curso clínico de esta enfermedad en situación de resistencia a la castración ha cambiado gracias a la aparición de nuevos agentes que han dado lugar a un incremento no sólo en la calidad de vida, si no también en la supervivencia global asociada a esta neoplasia. En primera línea en pacientes asintomáticos o mínimamente asintomáticos tenemos dos agentes hormonales aprobados, la Enzalutamida y la Abiraterona(AA). Estos dos agentes hormonales tienen un perfil de toxicidad diferente. Nuestro objetivo es analizar la toxicidad desarrollada durante el tratamiento con Enzalutamida en la práctica clínica habitual.

**Material y Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, donde se analizan las características clínicas de los pacientes tratados con Enzalutamida y las toxicidad que dichos pacientes han desarrollado en el Hospital Universitario Lucus Augusti.

**Resultados:** Hasta la fecha hemos analizado los resultados de 29 pacientes, con una edad media de 77 años. EL 50% de los pacientes eran Gleason 8 o superior. El 66% presentaban un ECOG 0 y el 86% eran asintomáticos o mínimamente asintomáticos. Sólo el 6% presentaban enfermedad visceral. Se recogieron datos acerca de la toxicidad Digestiva, Neurológica, Infecciosa, Cardiovascular, Musculoesquelética, Cutánea y General(Astenia, Fatiga, Anorexia, Sofocos...). El 48% de los pacientes desarrollaron toxicidad pero sólo el 10% presentó una toxicidad Grado 3 o superior. Dentro de las toxicidades desarrolladas cabe destacar la Neurológica, dado que cinco pacientes de los tratados con Enzalutamida desarrollaron entre el primer mes de tratamiento y el noveno mes alteraciones en la memoria, ánimo depresivo.

**Conclusión:** El cáncer de Próstata, como vemos en nuestra población, se da en pacientes añosos. La edad implica la presencia de comorbilidades siendo una de ellas el deterioro cognitivo. Es importante durante el tiempo de tratamiento analizar las diferentes toxicidad desarrolladas y no olvidar el aspecto cognitivo. dado que como vemos en nuestros datos, un 17% de nuestra población ha desarrollado complicaciones neurológicas, lo que implica impacto en la calidad de vida y en la autonomía del paciente.

## L 28

## Experiencia de uso con Nivolumab en cáncer renal avanzado tras progresión a inhibidores de tirosín quinasa (ITK).

**Ana Godoy Ortiz, Alexandra Cantero Gonzalez, Maribel Saez Medina, Sofia Ruiz Medina, Alvaro Montesa Pino** – Unidad Oncología Intercentros Hospitales Universitarios Virgen de la Victoria y Regional de Málaga

**Introducción y Objetivos:** El cáncer renal (CR) constituye la 8ª neoplasia en frecuencia. Frente a otras neoplasias, su incidencia está en descenso y estabilizándose. La cirugía continúa siendo el tratamiento de elección para el CR localizado con papel controvertido de la adyuvancia con ITK, manteniendo éstos su papel en el tratamiento del CR metastásico. Ninguno de los ITK, ha demostrado beneficio en SG, a diferencia de cabozantinib y nivolumab explorados en 2ª línea de tratamiento paliativo. El objetivo de nuestro trabajo es analizar las características basales y resultados en seguridad y eficacia de los pacientes tratados en nuestra Unidad Intercentros desde la introducción de Nivolumab.

**Material y Métodos:** Se analizaron de forma retrospectiva los pacientes diagnosticados de CR tratados con Nivolumab tras progresión a ITK en 1ª línea. Se recogieron datos clínicos, radiológicos y analíticos, centrando el análisis en eficacia y seguridad. Para el mismo empleamos la herramienta estadística SPSS versión 25.0.

**Resultados:** Con una mediana de seguimiento de 5,51 meses, se incluyeron 11 pacientes (pts). La edad media fue de 68 +/-8,23 años, 63,6% hombres y 36,4% mujeres. La mayoría mantenía hábito tabáquico y/o eran exfumadores. Un 54,5% presentaba enfermedad M1 basal, 33,3% intervenida al diagnóstico inicial. El 90,9% había sido sometido a nefrectomía radical, 30% en escenario paliativo. Pazopanib se pautó en 1ª línea en 45,5% frente a sunitinib en el 54,4%. Hasta un 45,5% presentaba ECOG 2 pre-Nivolumab y categoría de riesgo intermedio según la clasificación pronóstica de Heng y MSKCC (63,7%). Con una mediana de 7 ciclos (r:2-22) el 81,8% experimentó mejoría clínica. La tasa de respuesta parcial fue 18,2% y estabilización de 36,4%. La SLP media (mediana no alcanzada) 5,84 meses (95% IC 2,29-9,46), sin datos de SG por no haber fallecido aún ningún paciente de nuestra serie. En cuanto a seguridad, destacar toxicidad grado 3 en 18,1%: insuficiencia suprarrenal y nefritis autoinmune, que no precisaron de inmunosupresores.

**Conclusión:** Con múltiples opciones de tratamiento, la elección de la secuencia más óptima supone un reto. Sabiendo el carácter retrospectivo de nuestro análisis y escaso tamaño muestral, los datos hablan de un perfil favorable de toxicidad, precisando una mediana de seguimiento mayor para poder valorar datos de supervivencia.

## L 29

### EXPERIENCIA DE USO DE ATEZOLIZUMAB EN CARCINOMA UROTELIAL METASTÁSICO.

José Balsalobre Yago, Elena Conesa Nicolás, María José Martínez Ortiz, Iris Muñoz García, Ana Checa Soriano, Amelia Chica Marchal, Alice Viney, María Isabel Luengo Alcázar, Mónica Martínez Penella, Pablo Cerezuela Fuentes – *H. Universitario Santa Lucía. Cartagena*

**Introducción y Objetivos:** En nuestro centro hospitalario se solicitó el uso expandido de atezolizumab para el tratamiento de pacientes con carcinoma urotelial metastásico previamente a la aprobación por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (octubre 2017). El objetivo es analizar su perfil de tolerancia y de beneficio clínico en estos pacientes.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo observacional de 4 pacientes diagnosticados de carcinoma urotelial metastásicos tratados con Atezolizumab 1200 mg cada 21 días, desde julio de 2017 hasta mayo de 2018.

**Resultados:** Se incluyeron 4 pacientes, 3 varones y una mujer, con una mediana de edad de 57 años [59 – 79 años]. Los 4 pacientes habían recibido tratamiento de primera línea con platino más gemcitabina, con una mediana libre de progresión tras finalizar tratamiento de 9.25 meses. La mediana de tiempo hasta primer evento adverso fue 1.1 meses. Dos pacientes fallecieron tras la administración del primer ciclo, un tercer paciente falleció tras el segundo ciclo de tratamiento, y el cuarto paciente sigue en tratamiento activo tras 12 ciclos y en situación de respuesta completa de enfermedad. Respecto a los eventos que ocasionaron los tres fallecimientos prematuros los motivos fueron respectivamente insuficiencia respiratoria, shock séptico de origen urinario y por último una hemorragia digestiva alta. Los eventos se relacionaron con la administración del tratamiento por lo que se reportó a las autoridades sanitarias oportunas. En cuanto a la otra toxicidad objetivada destaca: hipertransaminasemia grado II (n=2), diarrea grado II (n=2), náuseas grado II (n=1), emesis grado II (n=1), trombocitopenia grado III (n=1), astenia grado III (n=1), hiporexia grado II (n=1).

**Conclusión:** En nuestro medio hemos obtenido toxicidades severas superiores a las objetivadas en los ensayos clínicos. Respecto a la eficacia no es posible ser evaluada dada la escasa muestra de pacientes y el corto periodo de evolución. En cuanto al paciente en tratamiento activo si se ha mostrado eficaz, logrando una respuesta completa de enfermedad tras la administración de 4 ciclos y sin presentar una toxicidad excesiva hasta el momento actual tras siete meses de tratamiento

## L 30

### Factores pronósticos y datos de supervivencia en pacientes con cáncer de próstata tratados con acetato de abiraterona pre y post Docetaxel: Experiencia en el Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid.

Arantzazu Barquin Garcia, Javier Molina Cerrillo, Olga Martínez Saez, Teresa Alonso Gordo, Cristina Saavedra Serrano, María Villamayor Delgado, Víctor Albarran Artahona, Elena Corral de la Fuente, Juan Jose Serrano Domingo, Pablo Gajate Borau – *Hospital Universitario Ramon y Cajal*

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de próstata es el segundo tumor más frecuente en los varones. Actualmente, disponemos de múltiples opciones de tratamiento, aunque su secuenciación óptima esta por definir. Los estudios fase III COU-AA-302 (1,2) y COU-AA-301 (3,4) demostraron la eficacia de acetato de abiraterona (AA) junto con prednisona en términos de supervivencia libre de progresión (SLPr) y supervivencia global (SG) en pacientes con cáncer de próstata resistente a la castración metastásico (CPRCm) antes y después del tratamiento con docetaxel (pre-D y post-D), respectivamente.

**Material y Métodos:** Realizamos un análisis descriptivo retrospectivo de 80 pacientes con CPRCm tratados con AA + prednisona antes o después de recibir docetaxel (41 pre-D y 39 post-D) entre enero de 2012 y agosto de 2017 (tabla 1).

**Resultados:** Con una mediana de seguimiento de 16.3 meses del grupo pre-D, el tiempo a la progresión de PSA es de 10.7 meses, la SLPr es de 15.2 meses y la SG de 30.9 meses. En los pacientes post-D, con una mediana de seguimiento de 19.9 meses, el tiempo a la progresión de PSA es de 8.2 meses, la SLPr de 11.8 meses y la SG de 17.4 meses. Respecto a los patrones de progresión se observa que en ambos grupos existe un porcentaje similar de progresiones a nivel óseo, ganglionar y visceral. Los factores pronósticos asociados al tratamiento con AA son PSA, LDH, FA, hemoglobina, localización metastásica (visceral, óseas, ganglionares), edad, ECOG (0-1 vs 2), Gleason ( $\leq 7$  vs  $\geq 8$ ) y respuesta por PSA (descenso  $>50\%$ ). En los pacientes pre-D el análisis univariante detectó asociación entre SLPr y respuesta por PSA (19,0 vs 10,9 meses; p 0.042). También se observó asociación entre SG y respuesta por PSA (35,6 vs 21,0 meses; p 0.031). En el grupo post-D se observó asociación entre respuesta por PSA y el tiempo a la progresión de PSA (19,4 vs 4,0 meses; p  $<0.0001$ ), SLPr (22,2 vs 6,8 meses; p 0.0039) y SG (34,8 vs 11,3 meses; p 0.0056). En el análisis multivariante no se observó ninguna asociación pronóstica.

**Conclusión:** Por tanto, los resultados aportados son muy similares a los encontrados en los ensayos fase III y parece que la respuesta de PSA es un indicador de beneficio al tratamiento con AA tanto en el grupo pre-D como en post-D.



	Pre-D	Post-D
<b>Edad</b>		
Media	78.6 años	66.5 años
<65	7%	18%
65-75	39%	46%
≥75	54%	36%
<b>PSA basal</b>		
	171ng/ml	708 ng/ml
<b>ECOG</b>		
0-1	97%	92%
2	3%	8%
<b>LDH basal</b>		
	253UI/l	316 UI/l
<b>FA basal</b>		
	258UI/l	160 UI/l
<b>Hb basal</b>		
	13.3gr/dl	12,6 gr/dl
<b>Gleason score</b>		
GS ≤7	46%	38%
GS ≥8	54%	62%
<b>Metástasis</b>		
Óseas	78%	84%
Ganglionares	42%	41%
Viscerales	8%	28%
<b>Clínica al diagnóstico</b>		
	28%	33%

Tabla 1. Características basales de los pacientes.

### L 31

## Impacto pronóstico de la localización metastásica en el momento de la progresión a Radium223 (RAD) dentro de la práctica clínica en pacientes (pts) con cáncer de próstata resistente a la castración metastásico (CPRCm).

**Guillermo De Velasco** – Hospital Universitario 12 de octubre, **Juan Francisco Rodríguez Moreno** – Hospital Unviersitario Madrid-Centro Integral Oncológico Clara Campal, **Carlos Aguado** – Hospital Universitario Clínico San Carlos, **Iciar García Carbonero** – Hospital Universitario Virgen de la Salud, **Pablo Borrega** – Hospital San Pedro de Alcántara, **José Ángel Arranz** – Hospital Unviersitario Gregorio Marañón, **Sara Pérez Ramírez** – Hospital Universitario Gregorio Marañón, **Ángel Rodríguez** – Complejo Asistencial Universitario de León, **Lourdes García Sánchez** – Complejo Asistencial de Segovia, **Pablo Gajate** – Hospital Universitario Ramón y Cajal

**Introducción y Objetivos:** En los últimos años, la supervivencia de los pacientes con CPRCm ha mejorado gracias a la aparición de fármacos activos como RAD. Sin embargo, una de las limitaciones en el manejo de RAD es la monitorización y el seguimiento de este tratamiento debido a las dificultades en la interpretación de la enfermedad exclusiva ósea que padecen estos pacientes.

**Material y Métodos:** Se presentan los datos de un estudio retrospectivo y multicéntrico de pacientes tratados en 15 centros integrantes del “Grupo Centro”. Se ha realizado un análisis multivariante sobre el riesgo de presentar progresión a nivel ganglionar vs visceral vs ósea, mediante un análisis de regresión logística con metodología de selección de variables Stepwise. Los factores incluidos fueron: número de ciclos, ECOG, Sintomatología al inicio, Número metástasis óseas, Número de líneas previas, Metástasis al diagnóstico, PSA, FA, LDH, Tipo de respuesta a RAD, Respuesta a PSA y FA (valor inicio vs semana 12), Progresión radiológica, bioquímica o clínica y Supervivencia Global.

**Resultados:** Se incluyeron 155 pacientes que habían completado tratamiento con RAD entre enero/2014 y abril/2018 con una mediana de seguimiento de 11 meses (rango 8-39). En el análisis multivariante se identificó una relación significativa entre el hecho de presentar progresión de la enfermedad como mejor respuesta y empeoramiento clínico con la probabilidad de progresar a nivel ganglionar frente a visceral u ósea ( $p<0,05$ ). No se identificaron factores relacionados de forma significativa con los otros tipos de progresión.

**Conclusión:** Este trabajo muestra que aquellos pacientes que desarrollan progresión de la enfermedad a nivel ganglionar tras el tratamiento con RAD podrían presentar un peor pronóstico, sugiriendo futuros estudios en esta población de pacientes.

<b>Edad (N=155)(mediana, rango)</b>	<b>66 años (45-87)</b>
<b>Número de ciclos (N=155)(#, rango)</b>	<b>5 (1-6)</b>
<b>Metástasis óseas (N=155)(#, %)</b>	
<6	28
6-20	53
>20	17
<b>Respuesta Radiológica (N=122, %)</b>	
Control de la enfermedad	43
Progresión tumoral	46
No evaluado/Desconocido	11
<b>Localización Progresión Radiológica (N=56, %)</b>	
Ósea	6
Ganglionar	65
Visceral	29
<b>Tratamiento previo (N=155, %)</b>	
Abiraterona/Enzalutamida	71
Docetaxel	59
Cabazitaxel	22

Características basales de los pacientes

## L 32

### Metástasis de carcinoma urotelial como tumor secundario testicular.

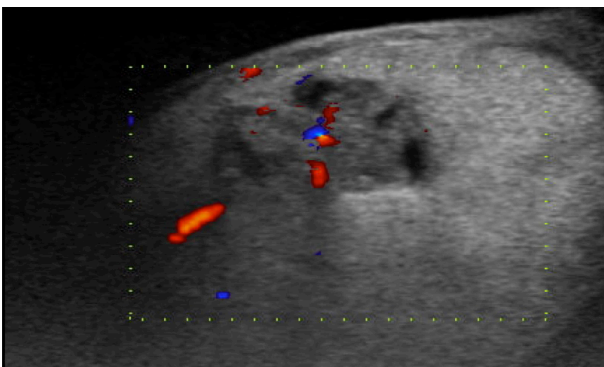
**Daniel Hijazo Gascón, Cristina Plaza Alonso, Olivia Matos Orozco, Agustín Asensio Matas, Laura Muñiz Suarez, Guillermo Muñoz Gonzalez, Carlos Murillo Pérez, Jorge Subirá Ríos, Paula Gayarre Abril** – HCU Lozano Blesa

**Introducción y Objetivos:** Las metástasis de carcinoma urotelial en el testículo son un hallazgo muy infrecuente, siendo los lugares de metástasis más frecuentes de este tumor el hueso, los pulmones y el hígado. Los tumores primarios que con mayor frecuencia metastatizan en esta localización suelen ser el de próstata, pulmón, gastrointestinal y el linfoma. Las metástasis de carcinoma urotelial testiculares son una patología muy infrecuente con apenas 10 casos descritos en la literatura. Además no está clara la vía de diseminación del tumor primario si es hematológica o por contigüidad.

**Material y Métodos:** Se empleó el motor de búsqueda literaria Pubmed-Medline y UpToDate para realizar la revisión literaria.

**Resultados:** Presentamos el caso de un paciente de 81 años con antecedentes de varias resecciones transuretrales de tumor urotelial. Tras una anatomía de carcinoma urotelial infiltrante, en Julio de 2015 se somete a una cistectomía radical con anatomía patológica de Carcinoma urotelial T2bN0 G2 sin infiltración linfovascular ni prostática. En enero de 2018 acude a urgencias por dolor testicular y aumento de hemiescrotos derecho de un mes de evolución. A la exploración se palpa hidrocele derecho a tensión con sensación de masa en lado derecho. En la ecografía se visualizan múltiples lesiones ocupantes de espacio de ecoestructura mixta sólida con áreas quísticas en el interior compatibles con metástasis del tumor primario. En febrero de 2018 se realiza orquiectomía radical derecha, en la anatomía patológica se confirman metástasis masivas de carcinoma urotelial

**Conclusión:** Pese a lo infrecuente de las metástasis de un tumor primario en testículo, la aparición de masa testicular y antecedentes de carcinoma urotelial, ha de considerarse la metástasis del carcinoma urotelial primario como un posible diagnóstico.



Ecografía escrotal en la que se aprecian lesiones de ecoestructura mixta sólida y quística vascularizadas

## L 33

### Nuestra experiencia en tumores germinales testiculares.

**Verónica Serrano Pecos, Elisabeth Inga Saavedra, María Fernanda Martínez Barragán, Alba González-Haba Martínez, Estefanía Casaut Lora** – Hospital Infanta Cristina, Badajoz.

**Introducción y Objetivos:** El cáncer de testículo sólo representa alrededor del 0,5-1% de los tumores del sexo masculino. En concreto en el caso de España el último informe epidemiológico cifra en un 0,6% de los cánceres entre los hombres. A pesar de no ser muy incidente se trata de un tumor propio de jóvenes, entre los 15 y los 35 años es, junto con los linfomas, el tumor más frecuente en los hombres. Y aunque tiene una supervivencia buena en general, la mortalidad ha disminuido, entre otros factores, gracias a la utilización de adecuados esquemas quimioterápicos. El objetivo de nuestro estudio es analizar nuestra experiencia en dicha patología en nuestro centro.

**Material y Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de 57 pacientes a los que se realizó orquiectomía entre 2010 y 2017 con histología confirmada de tumor germinal en el área de Salud de Badajoz

**Resultados:** La edad media al diagnóstico fue 33 años (rango 20 a 53 años), Según la lateralidad del tumor el orden de frecuencia fue: 57% izquierdo, 42% derecho y 1% "burdern-out". Al diagnóstico el síntoma guía más prevalente fue el de masa palpable (52%). Según la histología el 54% era seminomas (TGS) y el 46% no seminomatosos (TGNS). De los 29 pacientes con diagnóstico de TGS Estadio I en el que se realizó seguimiento estricto se registró 1 recaída, con respuesta completa tras tratamiento de quimioterapia (QT). En el grupo de los TGNS Estadio clínico III sólo 3 registraron recaída con respuesta completa tras QT. La supervivencia global fue del 100%.

**Conclusión:** Los resultados obtenidos son similares a los publicados en la literatura. Como vemos, se trata de un tumor con buena supervivencia y escasas recaídas, incluso cuando se decide seguimiento sin quimioterapia adyuvante en los casos en los que está indicado según los factores de riesgo. No obstante se trata de un estudio retrospectivo con las limitaciones del mismo, por lo que se necesitan más estudios al respecto.

## L 34

### Radioterapia estereotáxica corporal en el tratamiento del carcinoma renal: Una revisión sistemática.

**Carolina De la Pinta Alonso, Carmen Vallejo Ocaña, Margarita Martín Martín, Eva Fernández Lizarbe, Sonsoles Sancho García** – Oncología Radioterápica. Hospital Universitario Ramón y Cajal



**Introducción y Objetivos:** La radioterapia estereotáxica corporal o radioterapia estereotáxica ablativa (stereotactic body radiotherapy (SBRT)) es un tratamiento efectivo y seguro en pacientes con carcinoma renal que no pueden optar a otros tratamientos locales. Esta revisión sistemática de acuerdo a las normas PRISMA pretende analizar este tratamiento y su eficacia en pacientes con carcinoma renal inoperable.

**Material y Métodos:** Se ha realizado una exhaustiva búsqueda bibliográfica en PubMed y MEDLINE entre 2007 y 2017 mediante la selección de estudios de lengua inglesa analizando el control local, la supervivencia y las complicaciones de pacientes tratados con SBRT renal. Se han excluido los trabajos en los que estos datos no estaban analizados o eran insuficientes. Se incluyeron estudios de SBRT renal inoperables o irsecables, en pacientes monorrenos, de hasta 6 cm, de cualquier localización incluyendo las proximidades a vasos sanguíneos y uréteres, y un seguimiento mediano mínimo de 12 meses.

**Resultados:** Se analizaron 49 estudios de los que 12 cumplieron todos los criterios de inclusión. Un total de 126 pacientes con carcinoma renal localizado. Dos estudios fueron prospectivos y diez retrospectivos. Las dosis de prescripción oscilaron entre 18 y 50 Gy en 1–6 sesiones. El control local y supervivencia global a 1 año fueron del 64.8 al 100% y del 44 al 100%. Tres estudios analizaron datos con un seguimiento mayor a 3 años siendo el control local del 43.2 al 100% y la supervivencia global del 53.3 al 74%. Las complicaciones derivadas del tratamiento se clasificaron según la escala CTCAE en la mayoría de los estudios, y fueron el empeoramiento de la clase funcional renal y úlceras gastrointestinales. Del 4 al 19% de los pacientes presentaron toxicidades agudas y/o crónicas mayores o iguales que grado 3 consistentes en empeoramiento de la función renal, un paciente desarrollo úlcera duodenal grado 4.

**Conclusión:** Los resultados de esta revisión sistemática demuestran eficacia de la SBRT en el carcinoma renal localizado inoperable con bajo perfil de efectos secundarios. Esta modalidad de tratamiento debería considerarse una opción en el tratamiento local en los pacientes que no tienen otras opciones siendo sus resultados prometedores.

## L 35

### Tratamiento con más de 10 ciclos con Cabazitaxel-Prednisona (CBZP) en pacientes con Cáncer de Próstata Metastásico resistente a la castración (CPRCm): Experiencia en el Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE).

Mariana López Flores, Ángel Rodríguez Sánchez, Luis Sánchez Cousido, Irene Delgado Sillero, Mariam Rojas Piedra, Ana López González, Beatriz Nieto Mangudo, Carmen Castañón López, Manuela Pedraza Lorenzo, Andrés García Palomo – Complejo Asistencial Universitario de León

**Introducción y Objetivos:** Cabazitaxel fue aprobado para el tratamiento del cáncer de próstata resistente a la castración tras progresión a docetaxel, consiguiendo una reducción del 30% en el riesgo de muerte en comparación con mitoxantrona en el ensayo pivotal, en el que 13.5% de los pacientes recibieron 10 ciclos. Se analizó la eficacia y seguridad del tratamiento con CBZP en los pacientes que recibieron 10 o más ciclos en nuestro centro

**Material y Métodos:** Análisis retrospectivo que incluyó 8 pacientes diagnosticados de CPRCm que recibieron tratamiento con CBZP al menos durante 10 ciclos en el Servicio de Oncología Médica del CAULE desde septiembre de 2011 hasta diciembre de 2017. Se evaluó la eficacia y seguridad del tratamiento con CBZP en la práctica habitual de nuestro centro.

**Resultados:** Se analizaron los datos de 8 pacientes. Edad media 64 años. 65.6% tenían ECOG 1. 75% tenía Gleason  $\geq 8$ . Ningún paciente presentaba enfermedad visceral. El 100% había recibido bloqueo androgénico completo. El 100% recibió tratamiento con docetaxel de los cuales 25% recibieron  $\geq 10$  ciclos. El 75% tuvo una supervivencia libre de progresión (PFS) menor de 6 meses con docetaxel. 1 paciente recibió abiraterona y ningún paciente recibió enzalutamida previamente. 75% tenían metástasis óseas y 50% enfermedad ganglionar en el momento de iniciar el tratamiento con CBZP. Tres cuartos de los pacientes iniciaron el tratamiento a la dosis de 20 mg/m<sup>2</sup>. En 25% se administraron G-CSF. La mediana de ciclos administrados fue de 13 (10-19). Todos los pacientes presentaron respuesta bioquímica (Bqx) y radiológica (Rx), 2 pacientes presentaron además adecuado control del dolor. 50% presentaron progresión Bqx y Rx y 12.5% presentaron progresión además clínica. 1 paciente presentó astenia grado 3 que requirió reducción de dosis tras el 5 ciclo. La PFS fue de 7.7 meses (5-10). 25% recibió tratamiento a la progresión tras CBZP.

**Conclusión:** En nuestro análisis el continuar con tratamiento con CBZP más allá de 10 ciclos no supuso detrimento en el performance estatus debido a toxicidad y se obtuvo una PFS ligeramente superior a la reportada en los estudios. Estos datos apoyan el continuar con CBZP a la dosis de 20mg/m<sup>2</sup> hasta progresión o toxicidad inaceptable

## L 36

### Tumor testicular burned-out, a propósito de un caso.

Laura Muñoz Suárez, Cristina Plaza Alonso, Ana Teresa Roberto Alcácer, Olivia Matos Orozco, Daniel Hijazo Gascón, Agustín Asensio Matas, Francisco Xavier Elizalde Benito, Jorge Subirá Ríos, Manuel Ramírez Fabián, Benjamín Blasco Beltrán – HCU Lozano Blesa

**Introducción y Objetivos:** Más del 90% de los tumores testiculares se originan en las células germinales, el pico de mayor incidencia de los mismos se sitúa entre los 15 y los 35 años. El 60% de los tumores de células germinales son mixtos, es decir, se componen



de dos o más tipos histológicos. El tumor testicular burned-out hace referencia a una entidad clínica muy poco frecuente, este fenómeno se refiere a la aparición de enfermedad metastásica extragonadal con regresión histológica parcial o completa de la lesión testicular primaria. Los tumores que más frecuentemente se manifiestan de esta manera son los coriocarcinomas y los carcinomas embrionarios, el fenómeno burn-out es muy poco común en seminomas y no se ha documentado en teratomas. Objetivos: Realizar revisión bibliográfica y analizar la evolución de un caso de tumor testicular burned-out.

**Material y Métodos:** Se ha utilizado FileMaker Pro, la historia clínica del paciente y la bibliografía existente en UptoDate para revisar los casos de burn-out en tumores testiculares y su evolución.

**Resultados:** Paciente de 42 años sin antecedentes de interés que acude a su MAP por molestias lumbares y febrícula vespertina. Es derivado a Urgencias, donde se le practica ecografía que revela un conglomerado adenopático, ingresa para estudio.

- Biopsia de conglomerado adenopático: sin evidencia de malignidad. IHQ: CD20+ en focos germinales, CD3+ en zona interfolicular, Ki bajo.
- TC: Adenopatías mediastínicas posteriores. Adenopatías retrocraurales derechas de 15 mm. Conglomerado adenopático infrarrenal. Adenopatías en cadena ilíaca primitiva izquierda. No adenopatías inguinales. Vejiga normal. Próstata normal.
- Biopsia adenopatía retroperitoneal y para-aórtica: AP: Metástasis ganglionar por tumor de células germinales tipo seminoma. C-KIT positivo 100%, OCT ¾: positivo 100%, PLAP positivo en 40%, CK AE1/AE3: positivo 20%, Ki67 70-80%, CD30 negativo, B-HCG negativo, EMA negativo, CK 5/6 negativo. No se asocia ningún otro componente relacionado con este tipo de neoplasia.
- Ecografía testicular urgente: Teste derecho microlitiasis testicular difusa. Teste izquierdo: microlitiasis testicular difusa. Afectación hipoeocogénica heterogénea sin claros focos nodulares. Ante estos hallazgos se realiza orquiectomía inguinal urgente, cuya anatomía patológica confirma el diagnóstico de seminoma testicular. Se comienza tratamiento con esquema BEP x 3-4 ciclos.

**Conclusión:** Los tumores testiculares burned-out son una entidad clínica muy poco frecuente. Los tumores testiculares deben tenerse en cuenta como posible origen de conglomerados adenopáticos. La orquiectomía vía inguinal debe ser realizada ante la sospecha de tumor testicular.

## L 37

### METÁSTASIS CUTÁNEAS MÚLTIPLES EN PACIENTE CON HEMATURIA: UNA RAREZA ONCOLÓGICA.

**Andrea Illan Varella, Ángel Domínguez Sánchez, Pablo Ayala de Miguel, Itziar Gorospe García, Javier López Gallego, Ricardo Collado Martín, Jonathan Aires Machado, Laura Quintana Cortés** – Hospital San Pedro de Alcántara Cáceres.

**Introducción y Objetivos:** Presentamos el caso clínico de un paciente varón de 53 años, fumador de 40 años-paquete, que

acudió al Servicio de Urgencias por presentar edema progresivo en mano izquierda de un mes de evolución, asociado a disestesias e impotencia funcional. Además, presentaba episodios de hematuria ocasional en los últimos meses. A la exploración física, existían lesiones cutáneas indoloras de tipo nodular en miembros superiores y tórax. Ingresó en Medicina Interna para estudio.

**Material y Métodos:** Se realizó ecografía abdominal objetivándose masa vesical e hidronefrosis izquierda. El estudio tomográfico también reveló múltiples adenopatías patológicas en varios territorios ganglionares. La gammagrafía ósea evidenció lesiones óseas blásticas secundarias. Urología procedió a resección transuretral y nefrostomía percutánea izquierda. Además, se decidió biopsia de uno de nódulos subcutáneo de antebrazo izquierdo, siendo la anatomía patológica definitiva compatible con metástasis de carcinoma. La biopsia de lesión vesical resultó en carcinoma urotelial infiltrante, pobremente diferenciado, con presencia de áreas de necrosis y calcificación. Fue derivado al servicio de Oncología Médica para valoración de tratamiento antineoplásico.

**Resultados:** En Europa en el año 2012 se diagnosticaron más de 151000 casos nuevos de cáncer de vejiga. La edad al diagnóstico suele ser superior a los 65 años de edad. Pese a que el síntoma princeps es la hematuria indolora, otras presentaciones clínicas pueden incluir disuria o urgencia miccional. Se ha descrito como poco frecuente que las localizaciones metastásicas (más frecuentemente adenopáticas, pulmonares y hepáticas, siendo excepcional la presencia de metástasis cutáneas, como en ocurre en nuestro caso clínico), en caso de haberlas, den lugar a sintomatología. El tratamiento de la enfermedad metastásica vesical incluye diferentes esquemas, la mayoría basados en platino. Según las guías clínicas ESMO, la mediana de supervivencia en estos pacientes se encuentra entorno a los 14 meses. La inmunoterapia (Atezolizumab, Pembrolizumab) también ha demostrado efectos beneficiosos en mediana de duración de la respuesta y supervivencia global, y parece que puede prolongar dicha expectativa de vida.

**Conclusión:** El diagnóstico de cáncer vesical en base a lesión cutánea metastásica resulta muy infrecuente, e implica por parte del oncólogo conocer los esquemas de tratamiento en enfermedad avanzada, para conseguir un beneficio de calidad de vida y supervivencia global del paciente.

## L 38

### PRIAPISMO DE ORIGEN TUMORAL SECUNDARIO A ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA.

**Agustín Asensio Matas, Cristina Plaza Alonso, Ana Teresa Roberto Alcácer, Olivia Matos Orozco, Daniel Hijazo Gascón, Laura Muñiz Suárez, Manuel Ramírez Fabián, Jorge Subirá Ríos, Benjamín Blasco Beltrán** – Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa





**Introducción y Objetivos:** El cáncer de próstata es el cáncer más frecuente entre los varones de avanzada edad. El crecimiento del tumor suele ser asintomático, o producir síntomas urinarios atribuibles a la hipertrofia benigna de próstata, dando sintomatología (hematuria, infecciones, obstrucción del tracto urinario inferior,...) cuando es más avanzado. Las metástasis del cáncer de próstata suelen aparecer en los huesos, ganglios linfáticos, pulmones, hígado y cerebro, siendo excepcionales en los cuerpos cavernosos del pene. La existencia de metástasis en los cuerpos cavernosos condiciona un mal pronóstico, falleciendo el 80-90% de los pacientes al año. Presentamos un caso de un priapismo tumoral por infiltración de cuerpos cavernosos secundario a un adenocarcinoma de próstata.

**Material y Métodos:** Se utilizó la base de datos del servicio de Anatomía Patológica y el servicio de Archivos para localizar y revisar la historia clínica del paciente. Se empleó el motor de búsqueda literaria Pubmed-Medline para realizar la revisión literaria.

**Resultados:** Presentamos un paciente de 83 años con adenocarcinoma de próstata (Gleason 8, PSA: 43.09), estadio IV con

metástasis óseas múltiples, en tratamiento con triptolerina semestral y portador de sonda vesical permanente. Acudió a urgencias por episodio de priapismo de bajo flujo, veno-oclusivo de 8 horas de evolución, de sospecha tumoral tras eco-doppler y TC urgente. Se realiza emasculación (extirpación de pene y testículos) y cistostomía. La anatomía patológica confirma la infiltración de cuerpos cavernosos y cuerpo esponjoso por adenocarcinoma de próstata. Tras la cirugía se evidenció el descenso acusado del PSA, con nuevo ascenso en los meses posteriores y aparición de metástasis óseas blásticas en la gammagrafía ósea, motivo por el que se pauta bicalutamida.

**Conclusión:** Existen pocos casos publicados sobre el priapismo tumoral en el adenocarcinoma de próstata debido a su baja frecuencia. El tratamiento del priapismo tumoral es la exéresis local de la lesión, la penectomía parcial o penectomía total, en función de la extensión. La radioterapia y la quimioterapia se reservan para casos en los que el tratamiento quirúrgico no es posible. En el caso expuesto, se optó por la emasculación para conseguir, además, un bloqueo androgénico para el tratamiento del adenocarcinoma de próstata.

## INMUNOTERAPIA

**L 39**

### ANÁLISIS DE LA TOXICIDAD HIPOFISARIA SECUNDARIA A INMUNOTERAPIA EN NUESTRO CENTRO HOSPITALARIO.

**José Balsalobre Yago, María José Martínez Ortiz, Pablo Cerezuela Fuentes, Ana Checa Soriano, María Isabel Luengo Alcázar, Elena Conesa Nicolás, Iris Muñoz García, Mónica Martínez Penella, María Teresa García García** – H. Universitario Santa Lucía. Cartagena

**Introducción y Objetivos:** La toxicidad hipofisaria es una entidad característica pero poco prevalente en relación con el uso de inmunoterapia. El objetivo es analizar la toxicidad hipofisaria secundaria al tratamiento inmunoterápico.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo observacional de todos los pacientes tratados con inmunoterapia en nuestro centro desde enero 2014 hasta abril 2018.

**Resultados:** Se utilizó la inmunoterapia como tratamiento en 51 pacientes. En todos los casos las neoplasias eran estadios metastásicos y la intención del tratamiento era paliativa. El tratamiento inmunoterápico más utilizado fue Nivolumab 62.7% (n=32), seguido de Pembrolizumab 31.5% (n=16), Ipilimumab 3.9% (n=2) y combinación Ipilimumab más Nivolumab 1.9% (n=1). Del total de 51 pacientes, destacó la aparición de toxicidad hipofisaria en 13 de ellos (25.5%). A su vez otros 6 pacientes ya presentaban

un hipotiroidismo previo al tratamiento inmunoterápico. La toxicidad más frecuente fue el hipotiroidismo presente en 9 pacientes (17.6%). Los pacientes estaban recibiendo Nivolumab en 5 casos (9.8%), Pembrolizumab en 3 casos (5.9%) y la combinación Ipilimumab más Nivolumab en un caso (2%). La mediana de dosis de levotiroxina necesaria fue 75 mcg [25 – 125 mcg]. También se analizó el tiempo medio transcurrido desde el inicio de la inmunoterapia y la necesidad de tratamiento tiroideo sustitutivo, siendo el mismo de 6.75 semanas [4 – 10 semanas]. La otra toxicidad objetivada fue el hipertiroidismo en 4 casos (7.8%). En esta ocasión dos pacientes estaban en tratamiento con Nivolumab y otros dos Pembrolizumab. La media hasta el inicio de tratamiento específico para el hipertiroidismo fue de 13.3 semanas [7 – 24 semanas]. También se analiza el caso de 6 pacientes hipotiroideos previos al tratamiento inmunoterápico con Nivolumab en 4 casos y Pembrolizumab en otros dos. Se observó que 3 pacientes no precisaron modificar dosis de levotiroxina, en dos casos se tuvo que subir la dosis 25 mcg, y en el último caso se produjo una bajada de 25 mcg de la dosis habitual del paciente.

**Conclusión:** En nuestro centro se ha observado una prevalencia de toxicidad hipofisaria (25.5%) superior a la evidenciada en los estudios clínicos, siendo el hipertiroidismo la más frecuente. Por el contrario no se ha evidenciado otra toxicidad independiente del tiroides. Por último se ha objetivado de manera más prevalente la toxicidad hipofisaria en pacientes en tratamiento con Nivolumab (13.7%) vs Pembrolizumab (9.8%).

L 40

## ANÁLISIS DEL NÚMERO DE CICLOS DE TRATAMIENTO INMUNOTERÁPICO EMPLEADO EN FUNCIÓN DEL DIAGNÓSTICO Y LÍNEA DE TRATAMIENTO.

José Balsalobre Yago, María José Martínez Ortíz, Pablo Cerezuela Fuentes, Ana Checa Soriano, María Isabel Luengo Alcázar, Alice Viney, Iris Muñoz García, Elena Conesa Nicolás, Mónica Martínez Penella, María Teresa García García – *H. Universitario Santa Lucia. Cartagena*

**Introducción y Objetivos:** El objetivo es analizar el número de ciclos de inmunoterapia administrados en función del fármaco, tipo de neoplasia y línea de tratamiento.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo observacional de todos los pacientes tratados con inmunoterapia en nuestro centro hospitalario desde enero 2014 hasta abril 2018.

**Resultados:** La inmunoterapia se utilizó en 51 pacientes. Los tratamientos más frecuentes han sido Nivolumab 62.7% (n=32), Pembrolizumab 31.5% (n=16), Ipilimumab 3.9% (n=2) y combinación Ipilimumab más Nivolumab 1.9% (n=1). En un análisis global de los tratamientos administrados la media de ciclos fue 8.4 [1 – 35]. En relación con la línea de tratamiento, la media de ciclos en primera línea fue 5.7 [2 – 14], en segunda línea 10.2 [1 – 35], y en tercera línea y sucesivas de 9 [2 – 32]. Realizando un análisis por fármacos y diagnóstico, la media de ciclos de Pembrolizumab en melanoma en primera línea fue 3.57 [2 – 14], y en segunda línea de 11.66 ciclos [1 – 28]. Respecto a su uso en carcinoma de pulmón únicamente se administró en primera línea con un media de 10.5 ciclos [7 – 14]. Por último en carcinoma de vejiga en los dos pacientes registrados se administraron 3 ciclos. Respecto a Nivolumab en carcinoma de pulmón en primera línea la media fue 10.6 [6 – 14], en segunda línea 10.7 [1 – 35], y en tercera y sucesivas 9.54 ciclos [2 – 32]. En carcinoma renal únicamente se administró en segunda línea con un media de 11.6 ciclos [6 – 19]. En cuanto a Ipilimumab en melanoma metastásico dos de los tres pacientes completaron los 4 ciclos, completando el tercer paciente únicamente 2 ciclos por toxicidad.

**Conclusión:** En primer lugar cabe decir que no es equiparable comparar el número de ciclos administrados entre tratamientos dado las distintas periodicidades. No obstante en los análisis dentro del mismo tratamiento e indicación, destaca que el número medio de ciclos administrados de Pembrolizumab en segunda línea de melanoma triplica a los de primera línea probablemente debido a que se tratan de pacientes BRAF mutado con un mejor pronóstico. Y por último destacar que el número medio de ciclos de Nivolumab administrado en las distintas líneas de carcinoma de pulmón son semejantes entre las mismas.

L 41

## Hepatitis inmunomediada.

Angelica Ferrando Díez, Andrea Plaja Salarich, Sofía España Fernández, Marc Cucurull Salameró, María Teresa Moran Bueno, Enric Carcereny Costa, Olatz Etxaniz Ulazia, Vanesa Quiroga García, Agustín Pedro Escobedo Sánchez, Laia Llobera Rius – *Institut Català d'Oncologia (ICO) Badalona*

**Introducción y Objetivos:** La inmunoterapia ha revolucionado el tratamiento y el pronóstico de diversas neoplasias, pero también es responsable de un amplio espectro de efectos adversos inmunomediados. La hepatotoxicidad es un efecto adverso raro, pero potencialmente grave. Nuestro objetivo es describir las características clínicas, el proceso diagnóstico y el manejo de pacientes diagnosticados de hepatitis inmunomediada en nuestro centro.

**Material y Métodos:** Se trata de un estudio retrospectivo, en el que describimos cuatro pacientes con el diagnóstico de hepatitis inmunomediada grado 3-4 según CTCAE (Common Terminology Criteria for Adverse Events) (versión 5.0) durante el tratamiento con inhibidores de PD-L1 (programmed cell death ligand 1), PD-1 (programmed cell death 1) y CTLA-4 (cytotoxic T-lymphocyte antigen 4), que requirieron ingreso hospitalario.

**Resultados:** De los cuatro pacientes, dos de ellos presentaron una hepatitis grado 4 con marcada afectación clínica, uno de ellos con criterios de insuficiencia hepática aguda. Los otros dos presentaron una hepatitis grado 3, estando asintomáticos. Se realizó un diagnóstico de exclusión incluyendo hábitos tóxicos, historia farmacológica, serologías víricas, estudio de autoinmunidad y pruebas de imagen. En las exploraciones complementarias del caso más grave se observó hepatomegalia, un parénquima heterogéneo y líquido libre perihepático, mientras que en los casos más leves no se observaron alteraciones. Sólo uno de los pacientes requirió biopsia hepática, que mostró signos inflamatorios. En todos los casos se suspendió la inmunoterapia y se inició tratamiento con metilprednisolona a dosis de 1 mg/kg/día endovenosa u otro corticoide a dosis equivalente. Tres de los pacientes requirieron de un aumento de dosis a 2 mg/kg/día, por ausencia de respuesta. Ninguno de ellos recibió tratamiento con micofenolato mofetilo. El paciente con insuficiencia hepática aguda fue finalmente éxito. Solamente en uno de los casos se reinició la inmunoterapia.

**Conclusión:** La hepatitis inmunomediada es un efecto adverso poco frecuente con una presentación habitualmente asintomática, excepto en los casos más graves. Requiere de un diagnóstico de exclusión completo, no obstante, ante una alta sospecha clínica y en ausencia de otras etiologías más probables, se debe iniciar de forma temprana un tratamiento con corticoides a dosis altas. Existe controversia en cuanto a la discontinuación permanente de la inmunoterapia, por lo que se debería valorar de forma individual.

## MAMA AVANZADA

**L 42**

### Ceguera y cefalea en cáncer de mama.

**Javier López Gallego, Andrea Illán Varella, Pablo Ayala de Miguel, Itziar Gorospe García, María Helena López de Ceballos Reyna** – Hospital Universitario San Pedro de Alcántara. Cáceres

**Introducción y Objetivos:** Las metástasis orbitarias son entidades poco frecuentes en la práctica clínica diaria, además de suponer una disminución de la supervivencia de los pacientes oncológicos. Manifestaciones clínicas derivadas del efecto masa a nivel orbitario, elevan el diagnóstico de sospecha. Presentamos el caso de una paciente con cáncer de mama y enfermedad metastásica a nivel orbitario.

**Material y Métodos:** Descripción de un caso clínico y revisión de la literatura

**Resultados:** Mujer de 58 años diagnosticada de carcinoma mamario lobulillar infiltrante pT2pN0 (estadio IIA) luminal B tratada con mastectomía derecha y quimioterapia adyuvante mediante esquema con Docetaxel y Ciclofosfamida, iniciando posteriormente Letrozol adyuvante. Tras intervalo libre de progreso de 40 meses, se realiza reevaluación con tomografía coputerizada (TC) en el que se observa progresión de enfermedad con metástasis hepáticas y suprarrenales. Además en consulta refirió clínica basada en empeoramiento de cefalea habitual y disminución severa de la agudeza visual de ojo

izquierdo en las últimas semanas. El estudio mediante TC y resonancia magnética nuclear craneales, constataron masa orbitaria izquierda sugerente de proceso neofornativo secundario. Fue vista en consultas de Oftalmología con diagnóstico de atrofia de nervio óptico irreversible. Dada la presencia de enfermedad avanzada, se desestimó tratamiento quirúrgico y se decidió nuevo tratamiento quimioterápico según esquema de Adriamicina y Ciclofosfamida trisemanales.

**Conclusión:** La etiología primaria más frecuente de metástasis orbitarias es el cáncer de mama (entre el 28.5%–58.8% de todos los casos). La incidencia de metástasis orbitaria en cáncer de mama se encuentra entre el 8 y el 10%. Las manifestaciones clínicas secundarias son diversas destacando masa palpable, exoftalmos o enoftalmos, dolor o edema. El diagnóstico definitivo es por biopsia, pero en pacientes con cáncer activo puede ser innecesaria, llegando al diagnóstico por sospecha clínica y radiológica. El tratamiento, al implicar enfermedad neoplásica avanzada, es de intención paliativa, siendo la quimioterapia la modalidad de elección si tenemos progresión a varios niveles.

L 43

### EXCELENTE RESPUESTA EN PACIENTE CON GRAN MASA MAMARIA COMPATIBLE CON CÁNCER DE MAMA.

**María del Carmen Álamo de la Gala, Rosario Carrillo de Albornoz, Marta Espinosa Montaña, María Dolores Mediano Rambla, Esteban Nogales Fernández, Fernando Henao Carrasco, Carmen Beato Zambrano, Lourdes Sevilla, Alberto Torres Zurita, Pablo Espejo** – Hospital Universitario Virgen Macarena

**Introducción y Objetivos:** Nuestro caso presenta a una paciente de 61 años que como síntoma principal presenta bulto en mama izquierda de años de evolución, que había ido creciendo con el paso del tiempo hasta llegar a 20 cms de diámetro, acompañado de secreción maloliente y dolor. Acude a urgencias en febrero 2018, donde es derivada a Unidad de mama para realización de biopsia. Una vez realizada es derivada a Oncología médica para valoración.

**Material y Métodos:** A la exploración: Lesión exofítica que ocupa la unión de CCSS de mama izquierda, de aspecto tumoral de unos 20 cms en sentido longitudinal y unos 8 cms en sentido a-p. Se le realizan las siguientes pruebas complementarias: TC de extensión: En parénquima pulmonar se observan al menos 3 nodulillos en el lóbulo superior

derecho, sugestivos de metástasis pulmonares. Gran masa sólida que ocupa el parénquima y que está sustituido en su práctica totalidad con posible infiltración del músculo pectoral mayor. Esta masa tiene un diámetro máximo determinado en un plano axial de aproximadamente 20 cm. Se observan adenopatías posiblemente metastásicas a nivel axilar izquierdo y linfangitis carcinomatosa. Metástasis hepáticas y supraneales.

– Gammagrafía ósea: normal

– Marcadores tumorales: Ca, 125 1489.0, Ca.15.3 132.0 , Ca.19.9 45.6

Resultado de AP: INFILTRACIÓN POR CARCINOMA. RE y RP: Negativo. RP: Negativo. HER-2: Negativo (0). Ki67: 25% .E-cadherina: Positivo . Compatible con origen mamario de la lesión.

**Resultados:** Tras hallazgos compatibles con carcinoma de mama triple negativo estadio IV, se decide iniciar tratamiento de quimioterapia con esquema carboplatino 2 AUC + paclitaxel semanal, con buena tolerancia a tratamiento. Tras 6 ciclos semanales, excelente respuesta clínica con práctica desaparición de la lesión tumoral.

**Conclusión:** Nuestro caso destaca por la rápida y excelente respuesta a tratamiento con quimioterapia de primera línea, mejorando no solo radiológicamente sino también clínicamente y en calidad de vida de la paciente, la cual se veía muy limitada por el tamaño de la masa



Respuesta clínica tras quimioterapia.





## MISCELÁNEA

L 44

### El futuro de la medicina de precisión: Fortalezas y debilidades: posicionamiento experto.

**Vicente Guillem** – Instituto Valenciano de Oncología.  
**Antonio Antón** – Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. **Enrique Aranda** – Hospital Reina Sofía, Córdoba.  
**Alfredo Carrato** – Hospital Ramón y Cajal, Madrid. **Juan Jesús Cruz** – Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.  
**Eduardo Díaz-Rubio** – Real Academia de Medicina, IdISCC, CIBERONC. **Jesús García-Foncillas** – Fundación Jiménez Díaz, Madrid. **Rafael López** – Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. **Francisco Campos** – Universidad Francisco de Vitoria, Madrid. **Carlos Camps** – Hospital General de Valencia

**Introducción y Objetivos:** La Medicina de Precisión (MP) es un campo en auge y se requieren directrices que ayuden a su desarrollo de una manera eficiente y sostenible.

**Material y Métodos:** 21 prestigiosos oncólogos españoles se reunieron para alcanzar un consenso en MP, considerando 5 aspectos: eficacia, eficiencia, organización, humanización y formación. La reunión fue promovida por la Fundación ECO con la colaboración de la UFV.

**Resultados:** En términos de eficacia, son necesarios más estudios independientes para determinar el papel de la MP dentro del arsenal terapéutico. La efectividad de la MP debería establecerse en base a la ventaja diferencial en la supervivencia y/o curación en comparación con las terapias convencionales. El hecho de que el análisis genético permita identificar subgrupos de pacientes con muy baja prevalencia dificulta el desarrollo de estudios convencionales de fase III y sugiere implementar otras estrategias para analizar la efectividad de la MP. En relación con la eficiencia, sería conveniente centralizar los procedimientos analíticos en centros de referencia y elevar la adquisición de tecnología a nivel europeo. Aunque en España, la financiación debe ser mayoritariamente pública, deberían tenerse en cuenta colaboraciones público-privadas. Es crítica la elaboración de medidas de resultados en salud tales como la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y las medidas de resultado (PROM) y de la experiencia informada por el paciente (PREM), así como los procesos de estandarización. Además, es primordial garantizar la humanidad de la práctica clínica, conservando una atención personalizada frente a la inclusión de la tecnología.

**Conclusión:** Conseguir el mejor desarrollo de la MP, requiere de un análisis en profundidad de los retos y oportunidades que supone, así como de establecer sus límites. Nuestro posicionamiento y recomendaciones en este documento podrían contribuir al desarrollo eficaz y sostenible de la MP.



## L 45

**MIXOMA ATRIAL EN PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

**Dánae Guerra Fernández, Marta Andrés i Granyó, Cristina Moure Roget, Remedios Blanco Guerrero, Jordi Alfaro Gamero, Aleydis Pisa Gatell, Emma Dotor Navarro, Àngels Arcusa Lanza** – *Consorci Sanitari de Terrassa*

**Introducción y Objetivos:** El mixoma auricular es frecuentemente descubierto como un hallazgo incidental y suele presentarse con síntomas y signos poco específicos. A continuación reportamos el caso de una paciente de 56 años, asintomática, que tras el diagnóstico de carcinoma infiltrante en mama izquierda, siendo candidata a quimioterapia con antraciclinas adyuvante, se le realiza ecocardiograma en el que se detecta un mixoma atrial de más de 5 cm. Se describe este caso con una revisión de la literatura de los mixomas cardíacos, sin asociarse ninguno de los descritos con una neoplasia mama sincrónica.

## L 46

**Neoadyuvancia en pacientes ancianas diagnosticadas de cáncer de mama. Factores pronósticos de respuesta al tratamiento, toxicidad, tiempo a la recaída y supervivencia.**

**Beatriz Losada Vila** – *Hospital Universitario de Fuenlabrada*. **Sonia Del Barco Berrón** – *Hospital Josep Trueta, Instituto Catalán de Oncología (ICO), Girona*. **Carlos Jara Sánchez** – *Fundación Hospital Alcorcón, Madrid*. **Diego Malón Giménez, Laura Rodríguez Lajusticia** – *Hospital Universitario de Fuenlabrada*. **Diana Moreno, Ruth Martínez Cabañes** – *Fundación Hospital Alcorcón, Madrid*. **Sara Montemuiño Muñiz, Pastora Caballero Guerra, Juan Antonio Guerra Martínez** – *Hospital Universitario de Fuenlabrada*

**Introducción y Objetivos:** El cáncer está fuertemente relacionado con la edad y su incidencia aumenta con la misma.

Se estima que alrededor del 47 % de los diagnósticos oncológicos son en pacientes > 65 años (Galceran J, Clin Transl Oncol 2017). Debido al aumento de la esperanza de vida, según el informe "El cáncer en España 2018" de SEOM se espera que las mujeres diagnosticadas de cáncer con >65 años en el año 2035 asciendan a 74800 (2012:47800). La población anciana es muy heterogénea; además, el ECOG no es un buen predictor de la tolerancia y la aquiescencia es dispar requiriendo reducción de dosis, retraso o discontinuación. Por ello, autores como Balducci (Cancer Control 2007) definen paciente "frágil" a aquel que presenta una corta expectativa de vida y varias comorbilidades, por lo que puede beneficiarse menos de un tratamiento citostático. En relación a esto y dado que el cáncer de mama es de los más frecuentes y no se dispone de un esquema estándar, el objetivo de nuestro proyecto es estudiar qué ocurre en cuanto a toxicidad, grado de respuesta y supervivencia en las pacientes > 65 años. El estudio tiene el aval del grupo de Oncogeriatría de SEOM.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de mujeres >65 años, diagnosticadas de un cáncer de mama localmente avanzado desde 2005-2017. Se trata de pacientes del hospital Universitario de Fuenlabrada y Fundación Alcorcón. Se analizan factores clínicos, sociales, analíticos, perfil de toxicidad y supervivencia.

**Resultados:** Se describirán los tipos de tratamiento que se realizan en población anciana (% de infratratamiento) así como los datos de respuesta, toxicidad y supervivencia en función de los rangos de edad y compararlo con lo descrito en la literatura. Se analizará si estos resultados presentan relación con los factores previamente descritos al identificar un status de inmunosupresión o fragilidad que indique un mayor o menor beneficio del tratamiento. Se comprobará si los Scores para predicción de toxicidad que se han ideado para otros tumores, pueden ser también útiles con el objetivo de identificar modelos predictivos.

**Conclusión:**

-Los estudios que evalúan toxicidad en pacientes ancianos incluyen varios tipos de tumores, por lo que no disponemos de ninguna herramienta específica en cáncer de mama.  
-Con este estudio buscamos seleccionar aquellos pacientes que se beneficiarían del tratamiento neoadyuvante, con el objetivo de mejorar la supervivencia y describir lo que realizamos en la práctica diaria.

## NEUROENDOCRINOS

L 47

### 177-LUTECIO COMO TRATAMIENTO DE LOS TUMORES NEUROENDOCRINOS. SEGURIDAD. EXPERIENCIA DE UN CENTRO.

**Víctor Amezcua-Hernández, Rosa María Alonso Cuenca, Yolanda García Rivero, María Dolores Pérez Gómez, Carmen Rodríguez Martín, José Manuel Llamas Elvira, Juan Ramón Delgado Pérez** – Hospital Virgen de Las Nieves

**Introducción y Objetivos:** 177Lu- DOTATATE es un radiofármaco usado como tratamiento paliativo en TNE politratados con ECOG favorable. 177Lu se marca con un radiotrazador mediante un quelante bifuncional llamado DOTA (Octreotate). Presenta excreción renal, por lo que se administra de manera conjunta con una infusión de aminoácidos (VAMIN 18) como nefroprotector. Nos centramos en abordaje multidisciplinar entre oncólogos y enfermería especializada de efectos adversos producidos por esta técnica.

**Material y Métodos:** Búsqueda en Cuiden, Scielo, Lilacs, Pub Med y Cochrane library. Keywords DeCS y MeSH "Lutecio", "177 Lu-dotatate, 177 lu dota, tyr3, 177 Lu- Octreotate, 177 Lutecio oxodotretido AND neuroendocrine tumors" ; Filters: reviews, clinicaltrials y los artículos de los últimos 10 años que tuvieran resumen disponible. Los artículos fueron seleccionados a partir del título y del resumen, obteniéndose el texto

completo para su análisis más detallado. Criterios de selección para los ensayos clínicos: pacientes tratados con terapia metabólica, isótopo 177LuDOTATE y TNE; y que se identificara calidad de vida, efectos adversos y/o toxicidad. Criterios selección Pub Med/Med Line: ensayos clínicos controlados no aleatorizados, metodológicamente bien diseñados y reviews Exclusión: otro tipo de terapia metabólica y efectos adversos no notificados. Hospital Virgen de las Nieves: Perfil del paciente y efectos adversos en diferentes ingresos durante el tratamiento. Actuaciones que realiza la enfermería de Terapia Metabólica para la seguridad del paciente.

**Resultados:** n=11 177Lu- DOTATATE: 45% mujeres y 55% hombres. Dosis administrada: 200mCi. 4 pacientes fallecidos (36.6%) (63.4%) vivos con enfermedad. Efectos adversos: Ansiedad (7/11). Cefalea (1) Prurito gr.II (1) Náuseas y vómitos (7) Flebitis(1) Eritema faríngeo(2) Hiperglucemia (7); Dolor(1) Diarrea (1). El dolor óseo se mejoró en el 100% de los pacientes.

**Conclusión:** La Terapia Metabólica con 177 Lu-DOTATATE se indica en paciente metastásico paliativo previamente tratado con QT/RT. Los principales efectos adversos son gastrointestinales y transitorios durante la administración de los amino ácidos nefroprotectores y la hiperglucemia iatrogénica por esteroides por protocolo y a la propia patología. Se abre una puerta a la investigación oncológica multidisciplinar colaborativa entre enfermería especializada y staff médico, influyendo en el abordaje precoz desde un punto de vista bio-psico-social de los efectos adversos y de la calidad de vida post-tratamiento.

L 48

## REVISIÓN PAPEL DE LA ENFERMERÍA ESPECIALIZADA EN TRATAMIENTO DE TUMORES NEUROENDOCRINOS CON 177-LUTECIO-DOTATATE. EXPERIENCIA DE UN CENTRO.

**Víctor Amezcua-Hernández, Rosa María Alonso Cuenca, Yolanda García Rivero, Carmen Rodríguez Martín, María Dolores Pérez Gómez, José Manuel Llamas Elvira, Juan Ramón Delgado Pérez** – *Hospital Virgen de Las Nieves*

**Introducción y Objetivos:** 177Lu- DOTATATE es un radiofármaco usado como tratamiento paliativo en TNE politratados con ECOG favorable. 177Lu se marca con un radiotrazador mediante un quelante bifuncional llamado DOTA (Octreotate). Presenta excreción renal, por lo que se administra de manera conjunta con una infusión de aminoácidos (VAMIN 18) como nefroprotector. Nos centramos en abordar multidisciplinar por enfermería especializada de efectos adversos producidos por esta técnica.

**Material y Métodos:** Identificar la evidencia científica existente en la literatura indexada sobre los cuidados enfermeros especializados, efectos adversos, toxicidad y calidad de vida en el tratamiento paliativo con 177Lu-DOTATATE). Búsqueda de la evidencia científica. Keywords en DeCS y MeSH. En Cuiden Plus, DeCS " Lutecio "; en Scielo, Lilacs y en Pub Med los términos MeSH " 177 Lu-dotatate; 177 lu dota, tyr3; 177 Lu- Octreotate;

177 lutecio oxodotretotido AND neuroendocrine tumors ". Filtro: reviews, ensayos clínicos y los artículos de los últimos 10 años que tuvieran resumen disponible. Selección por título y resumen. Para ensayos clínicos: filter pacientes tratados con terapia metabólica, 177 lu-octreotate y TNE, calidad de vida, efectos adversos y/o toxicidad. Pub Med: ensayos clínicos controlados no aleatorizados y bien diseñados y reviews. Exclusión: otro tipo de terapia metabólica y efectos adversos derivados del tratamiento no reseñados.

**Resultados:** Cuiden Plus descriptor "lutecio" no resultados. Lilacs con "177 Lutecio"=1 Cielo Google Academic "scielo AND 177 lu octreotate" =17; "scielo AND 177 lu dota tate"= 8. Método integrado regional "177 lutecio oxodotretotido"=1. Pub Med: "177 lu-octreotate AND neuroendocrine tumors" 46 resultados; 25 ensayos clínicos y 21 revisiones. "177 lu dotatate AND neuroendocrine tumors"=3. "177 lu dota, tyr3 AND neuroendocrine tumors" 26 resultados; 18 ensayos clínicos y 8 revisiones. Cochrane Library = 12 resultados. Artículos que cumplieran los criterios de inclusión: Scielo (N=3), Pub Med (N=12), Cochrane Library (N=8).

**Conclusión:** 177 Lu- DOTATATE es un tratamiento bien tolerado con un buen perfil de seguridad. Su toxicidad más grave es la hematológica. Los síntomas gastrointestinales son transitorios, durante la administración de la infusión de VAMIN 18 nefroprotector, sin alteración a largo plazo. El impacto de calidad de vida con esta Terapia es positivo y se asocia a mayor supervivencia. Grado de recomendación B. Para enfermería se precisa mejores mediciones de QOL post tratamiento, con 177 Lu para enriquecer la evidencia científica

## ONCOLOGÍA TRASLACIONAL

L 49

### ¿QUÉ PODEMOS MEJORAR EN LA RESIDENCIA DE ONCOLOGÍA MÉDICA?. MODELO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA.

**Beatriz Losada Vila, David Gutiérrez Abad, Carmen Pantín González, Beatriz Antón Pascual, Diego Malón Giménez, Juan Antonio Guerra Martínez** – *Hospital Universitario de Fuenlabrada*

**Introducción y Objetivos:** La especialidad de Oncología Médica se trata de una de las más complejas por su necesidad de formación en investigación, laboratorio y habilidades comunicativas. Es por eso que se ha ampliado recientemente a 5 años. Nuestro objetivo es reflejar el modelo del Hospital Universitario de Fuenlabrada de cara a otros residentes/tutores.

**Material y Métodos:** El Hospital Universitario de Fuenlabrada acoge a residentes de Oncología desde el año 2013. El hospital atiende a una población de >300.000 habitantes, siendo área de referencia también para Oncología radioterápica así como para Carcinomatosis peritoneal. Destaca el convenio que presenta con el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO). Tanto el jefe de estudios, tutor de residentes como el jefe de servicio encargados de diseñar la residencia de Oncología Médica proceden de tradicionales hospitales por lo que han sabido recoger las carencias y ventajas de su formación.

**Resultados:** -La formación general durante los 2 primeros años tiene su base en Medicina Interna, especialidad que ha de tener gran peso como ocurre en nuestro Hospital al ser un pilar en la formación. -Los siguientes 3 años las rotaciones se dividen en áreas específicas de tumores, en los que el grado de responsabilidad se produce de forma progresiva. Rotación Externa, fuera de España, para marcar diferencia respecto a alguna patología respecto al resto de compañeros. En mi caso Australia con Beca para formación en Sarcomas y Melanoma, para conocer el manejo en un Centro de referencia como tal y la inmunoterapia. -Rotación en Centros de Referencia en España para la formación en Ensayos Clínicos Fase I (Clara Campal) y tumores del sistema nervioso central (12 Octubre). -Rotación en Laboratorio con CNIO con realización de proyectos de colaboración. Asistencia a reuniones de investigación y subinvestigadora en varios ensayos clínicos. - Guardias de Medicina Interna y Onco-Hematología. Asistencia a Comités de Tumores diariamente. - Trabajos multidisciplinares con otros residentes y adjuntos dada la cercanía y buen ambiente entre compañeros. Importancia del trabajo en equipo.

#### **Conclusión:**

- El trabajo del residente en nuestro Hospital compatibiliza asistencia, estudio, investigación y formación específica. Ser el primer residente tiene la ventaja de "diseñar" el modelo de residencia.
- El interés personal, buen ambiente y sensación de no explotación fomenta la inquietud por parte del residente en seguir mejorando y fruto de ello son las publicaciones y premios que caracterizan a nuestro Hospital.

## L 50

### EXPERIENCIA CLÍNICA DE PROYECTO DE CONSULTA EXTERNA ESPECÍFICA MULTIDISCIPLINAR DE “TOXICIDADES DEL TRATAMIENTO CITOSTÁTICO E INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS”.

**Andrea Illan Varella, Lara Martín Rizo, Pablo Ayala De Miguel, Sara Arnaiz Díez, Itziar Gorospe García, Paloma Barriga Rodríguez, Javier López Gallego, Cristina Caba Hernández, Pablo Borrega García, Luis Carlos Fernández Lisón** – Hospital San Pedro De Alcántara De Cáceres.

**Introducción y Objetivos:** Creación de una consulta externa dirigida por los servicios de Farmacia Hospitalaria y Oncología Médica para alcanzar un correcto manejo terapéutico de los citostáticos orales (en una segunda fase también se incluirán los intravenosos), y de forma más concreta en los aspectos de:

- identificación y tratamiento de eventos adversos
- identificación y corrección de interacciones farmacológicas y medicación prohibida
- dispensación de medicación oral.

Con el fin de intentar mejorar la atención de estos pacientes y garantizar un adecuado seguimiento de los tratamientos y sus efectos adversos. La consecución de este proyecto piloto implicará la existencia de la primera consulta registrada en España sobre atención conjunta a pacientes oncológicos por parte de los servicios de Oncología Médica y Farmacia Hospitalaria.

**Material y Métodos:** El rápido desarrollo de la expansión de las nuevas terapias dirigidas citostáticas, la mayoría de ellas de administración oral, precisa el conocimiento por parte del clínico de nuevos perfiles de tolerabilidad que exigen ajuste de dosis. El equilibrio entre manejo de potenciales acontecimientos adversos en los pacientes, de gravedad tan importante como los tratamientos parenterales, y la garantía de continuidad asistencial, resulta fundamental en el paciente oncológico que recibe este tipo de tratamientos.

**Resultados:** En el período transcurrido de febrero a abril de 2018, se han atendido a un total de 16 pacientes oncológicos, 16 de ellos con quimioterápicos orales y 1 con citostático intravenoso. Pendientes de tratar a paciente con inmunoterapia (Pembrolizumab). Se han identificado los siguientes aspectos:

Toxicidades:

- Rash/foliculitis g1 relacionada con Gefitinib. Se recomienda crema con Niacinamida al 4%
- Hipertensión grado 2 por Sunitinib, manejada con Valsartan.
- Hipomagnesemia leve por Topotecan oral. Se pauta Mg vo.
- Interacción entre Fortecortin y Etoricoxib con Tinzaparina. Se realizó descenso progresivo de Fortecortin y suspensión de Etoricoxib.

Interacciones:

- Interacción moderada entre Afatinib y Carvedilol. Se recomienda cambio de Carvedilol por parte de Cardiología.
- Interacción grave entre Trifluridina/Tipiracilo y Metamizol
- Interacción moderada entre Dabrafenib y Omeprazol. Sustitución de Omeprazol por Ranitidina.

**Conclusión:** Presentamos la consecución de la primera consulta multidisciplinaria entre Oncología Médica y Farmacia Hospitalaria registrada en España sobre atención conjunta a pacientes oncológicos por parte de los servicios de Oncología Médica y Farmacia Hospitalaria, con objetivo de mejora de la calidad asistencial y seguridad de los pacientes.

## L 51

### ROTACIÓN DE UN RESIDENTE DE ONCOLOGÍA MÉDICA POR UNA UNIDAD DE ENSAYOS CLÍNICOS FASES 1.

**Beatriz Losada Vila** – Hospital Universitario de Fuenlabrada.  
**Maria José de Miguel Luken, Valentina Boni, Esther Ordóñez, Sergio González, Emiliano Calvo Aller** – START CIOCC

**Introducción y Objetivos:** La investigación tanto básica como clínica en Oncología es fundamental. Para ello cada vez la relación entre práctica clínica habitual e investigación es más fuerte y ya no se incluye en ensayo cuando han progresado a tratamiento estándar, sino de una forma más precoz.

**Material y Métodos:** A raíz de una rotación de 1 mes en la Unidad de Ensayos Clínicos Fases 1 del Centro Integral Oncológico Clara Campal, el objetivo es dar a conocer la actividad diaria de la 1ª Unidad de España en número de ensayos.

#### Resultados:

-La sistemática es inicialmente un contacto vía mail para concertar citas y luego una primera visita con el Oncólogo para ofrecer los ensayos disponibles. Se llevan un consentimiento para leer y aclarar dudas y ya se va planificando TC, analítica e informe para solicitar la muestra de tumor que es mandatoria. En una siguiente visita se realiza un cuestionario de screening para saber si es incluyente o no. El periodo ventana desde el inicio de estas pruebas al inicio de tratamiento es 1 mes.

-Se necesita de un equipo especializado de enfermería y relación con radiología y anatomía patológica para que todo este proceso pueda coordinarse.

-Es clave el rigor a la hora de recoger efectos adversos, igual que la realización de biopsias y planificar TC a las 7-8 semanas.

-Además de visitar a pacientes en planta, en Consulta, acudir a Reuniones de Investigadores o videoconferencias y tener conocimientos de ética y logística, el Oncólogo debe a su vez realizar la valoración por criterios RECIST, y todo ello ha de quedar documentado, escaneado, fechado y firmado.

-La toxicidad de estos fármacos no es despreciable y necesita de un equipo entrenado para su reconocimiento y gradación, ya que los efectos de la inmunoterapia incluyen rash, diarreas, neumonitis que deben manejarse con corticoterapia. Se les facilita un teléfono al que consultar con un Oncólogo las 24 horas.



**Conclusión:**

-La investigación clínica dentro de ensayos clínicos Fase I es fundamental desde el punto de vista del residente de Oncología en cuanto a conocimiento de nuevas dianas terapéuticas, sistemática

y manejo de efectos secundario de nuevos fármacos.

-El Oncólogo que se dedica a Investigación debe tener una sólida formación en medicina interna, investigación y ética por lo que forman parte de la élite de la Oncología.



## PULMÓN AVANZADO

L 52

### Metástasis amigdalares en Adenocarcinoma de Pulmón. A propósito de un caso.

**Rosario Carrillo de Albornoz Soto, María del Carmen Álamo de la Gala, María Dolores Mediano Rambla, David Vicente Baz, Teresa García Manrique** – Hospital Universitario Virgen Macarena. **Coral Pérez Gago** – Hospital Vall d'Hebron Barcelona. **Francisco José Valdivia García, Natalia Palazón Carrión, Omar Saavedra Santa Gadea, Marta Espinosa Montaña** – Hospital Universitario Virgen Macarena

**Introducción y Objetivos:** La metástasis amigdalina en el cáncer de pulmón es un evento extremadamente raro y generalmente está relacionada con la diseminación metastásica de la enfermedad neoplásica. Existe únicamente una pequeña serie de casos recogidos en la literatura, siendo más frecuente que se den en el carcinoma de células pequeñas.

**Material y Métodos:** Presentamos el caso de un paciente de 56 años con diagnóstico de adenocarcinoma de pulmón T2NxM1a, que inició tratamiento en marzo de 2016 dentro de ensayo clínico con durvalumab consiguiendo respuesta parcial mayor tras 6 ciclos. Ingresa en planta de oncología en septiembre de 2016 por cuadro de hemoptisis, síndrome anémico y molestias faríngeas. A la exploración presenta lesión en amígdala palatina izquierda excrecente e hipertrófica, con zonas hemorrágicas y necróticas que se extendían hasta base de la lengua. En TAC de extensión se objetiva progresión a nivel pulmonar con atelectasia asociada y múltiples adenopatías cervicales, torácicas y abdominales.

**Resultados:** Se realiza biopsia amigdalares y de una adenopatía cervical que confirman el diagnóstico de metástasis de adenocarcinoma de probable origen pulmonar. Inicia quimioterapia con esquema carboplatino-paclitaxel en noviembre de 2016. Desde el primer ciclo presenta reducción significativa de la lesión con desaparición de la hemoptisis y sin nuevo requerimiento transfusional. En TAC de reevaluación tras 4 ciclos presenta respuesta parcial por lo que inicia mantenimiento con Pemetrexed hasta nueva progresión tras 6 meses de tratamiento.

**Conclusión:** A pesar de los escasos datos sobre metástasis amigdalares, existe una clara relación en todos los casos recogidos entre la presencia de este tipo de metástasis y un peor pronóstico de la enfermedad, al estar asociada a la existencia de afectación a otros niveles, no superando en la mayoría de los casos una supervivencia mayor a los 10 meses.

L 53

### El carcinoma indiferenciado de pulmón: experiencia en un centro.

**Kevin Doello González, Víctor Amezcua, Cristina Alba Torres, Lucía Ochoa Vallejo, Rafael Ávalos Marfil** – Servicio de Oncología Médica, Hospital Virgen de las Nieves, Granada. **Javier Esquivias** – Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Virgen de las Nieves, Granada. **Javier Valdivia Bautista, Juan Ramón Delgado Pérez** – Servicio de Oncología Médica, Hospital Virgen de las Nieves, Granada

**Introducción y Objetivos:** El carcinoma indiferenciado de pulmón es una variedad de cáncer de pulmón no microcítico de escasa incidencia y prevalencia. Se caracteriza por presentar una histología de cáncer de pulmón no células pequeñas y ser negativo para los marcadores p63, TTF-1 y neuroendocrinos. Se trata de una entidad clínica poco conocida, de epidemiología y pronóstico incierto; y con tratamientos nada estandarizados. Por esta razón, el objetivo de la presente comunicación es revisar estos aspectos en la experiencia clínica de nuestro centro en cáncer indiferenciado de pulmón de cara a poder dar un mejor manejo clínico a estos pacientes.

**Material y Métodos:** Se obtuvieron los pacientes diagnosticados de carcinoma indiferenciado de pulmón estadio IV, ya sea por citología o biopsia, entre los años 2009 y 2017 gracias a la colaboración del Servicio de Anatomía Patológica de nuestro hospital. En total obtuvimos 11 pacientes.

**Resultados:** La edad media al diagnóstico fue de 64,4 años. El 63% son hombres y el 100% son negativos para mutaciones de EGFR. Todos son fumadores o ex-fumadores. La supervivencia media fue de 5,21 meses desde el diagnóstico anatomo-patológico a pesar del tratamiento. Al analizar por subgrupos, puede verse que los que tienen mayor supervivencia han sido los dos pacientes tratados con esquemas de tumores de origen desconocido (Taxol-Carboplatino) y adenocarcinoma (Cisplatino-Permetrexed) con supervivencias de 7,33 y 8,6 meses respectivamente. La media de supervivencia con esquemas de epidermoide fue de 5,24 meses y de 3,72 meses en los esquemas de microcítico. No obstante, no han podido realizarse comparaciones estadísticas dado el pequeño tamaño de muestra.

**Conclusión:** El carcinoma indiferenciado de pulmón estadio IV es una entidad de mal pronóstico, que presenta una supervivencia media con tratamiento de unos 5 meses, frente a los 9-10 meses de supervivencia del carcinoma no microcítico de pulmón con tratamiento. Es más prevalente en hombres y típico de fumadores. No presenta mutaciones de EGFR. En cuanto a tratamientos, los esquemas que han mostrado mejores resultados han sido el Taxol-Carboplatino (7,3 meses) y el Cisplatino-Permetrexed (8,9 meses). Estos resultados preliminares podrían suponer el punto de partida del planteamiento del tratamiento de los pacientes aquejados de esta patología.

## L 54

### Respuesta patológica completa con uso de Nivolumab en 2º línea de cancer de pulmon no celula pequeña (CPNCP).

**Ana Godoy Ortiz, Vanesa Gutierrez Calderón, Irene López Martínez** – Unidad Oncología Intercentros Hospitales Universitarios Virgen de la Victoria y Regional de Málaga

**Introducción y Objetivos:** Los pacientes con CPNCP enfermedad oligometastásica son pacientes con enfermedad M1 limitada, candidatos (siempre de forma individualizada) a terapias de diferente índole que prolonguen la supervivencia. Hasta un 30% de los pacientes con CPNCP tienen metástasis suprarrenales (SPR), valorándose la reseccabilidad en su totalidad de tratarse de una lesión solitaria y con primario igualmente reseccable. Presentamos el caso y satisfactoria experiencia con Nivolumab en un paciente con enfermedad oligometastásica de debut por metástasis única SPR.

**Material y Métodos:** Se recogieron datos clínicos, analíticos, histopatológicos y radiológicos del paciente en cuestión, desde su diagnóstico en marzo/2016 y de los evolutivos de consulta sucesivos hasta última visita el 15/05/2018, empleando nuestra base de datos de historias clínicas (Galen 2.0) y la Historia Clínica Digital Diraya Atención Especializada.

**Resultados:** Varón de 59 años, sin antecedentes personales de interés y con diagnóstico de adenocarcinoma de pulmón pobremente diferenciado, c3N0M1b, EGFR wild-type y ALK/ROS1 no translocados. Inicia 1º línea de tratamiento con esquema carboplatino AUC 6 + permetrexed 500 mg/m<sup>2</sup> día 1 cada 21 días por 4 ciclos y mantenimiento con permetred 500 mg/m<sup>2</sup> en monoterapia día 1 cada 21 días por 6 ciclos (15/05 – 22/08/2015), suspendiéndose por progresión RECIST 1.1 a nivel pulmonar. Se pauta tratamiento de 2º línea con Nivolumab desde 14/02/2017 por un total de 30 ciclos hasta 15/05/2018, con una excelente tolerancia al tratamiento destacando hipertiroidismo como principal toxicidad y respuesta parcial radiológica mantenida, que permite valorar opción de tratamiento quirúrgico radical sobre lesión en SPR y primario pulmonar. El paciente es intervenido en 2 tiempos (21/02/2018 y 25/04/2018 respectivamente) con resultados histopatológicos que aportan la presencia de respuesta completa patológica en pulmón y SPR. A fecha última, presenta un ECOG 0, no evidencia de enfermedad en control radiológico posterior e intención de proseguir tratamiento con Nivolumab hasta toxicidad inaceptable/progresión.

**Conclusión:** La cirugía continúa siendo una estrategia válida para pacientes seleccionados con enfermedad oligometastásica de debut o en oligorreurrencias. Con la revolución actual en el CPNCP a consecuencia de la inmunoterapia, estamos experimentando resultados muy satisfactorios en tolerancia y eficacia comparados con los de los agentes citostáticos clásicos. El caso que presentamos, supone un ejemplo del paradigma actual de la inmunoterapia en el CPNCP.

L 55

### TRATAMIENTO DEL TAPONAMIENTO CARDÍACO MALIGNO (TCM) CON CISPLATINO INTRA-PERICÁRDICO (CIP): EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE EFICACIA, SEGURIDAD Y SUPERVIVENCIA EN UNA LARGA COHORTE DE PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN (CP).

**David Pesántez, Lucio Ghiglione, Carlos Cabrera, Roxana Reyes, Cristina Teixido, Ainara Arcocha, Sandra Lopez-Prades, Victoria Sánchez, Nuria Viñolas, Noemi Reguart**  
– Hospital Clínic de Barcelona

**Introducción y Objetivos:** El TCM, aunque infrecuente (6%), es una urgencia oncológica que requiere una intervención precoz. Presentamos los resultados de eficacia y seguridad del tratamiento con CIP en pacientes con TCM y CP incluidos en un estudio prospectivo asistencial.

**Material y Métodos:** Desde junio de 2007 hasta abril de 2018, se incluyeron un total de 20 pacientes con diagnóstico de TCM y CP. Tras la pericardiocentesis se administró CIP transcatéter según protocolo: dilución de 10 mg de cisplatino en 20 ml de suero fisiológico administrado en infusión diaria de 5 minutos hasta un máximo de 5 dosis u obtener un débito pericárdico inferior a 25 ml. El procedimiento se realizó bajo monitorización cardíaca. Se realizó seguimiento con ecocardiograma durante los 30 días posteriores al procedimiento.

**Resultados:** Todos los pacientes fueron evaluables para los objetivos. El adenocarcinoma pulmonar fue el diagnóstico más frecuente (n=17) seguido del carcinoma microcítico (n=1), escamoso (n=1) y adeno-escamoso (n=1). Se identificó un driver oncogénico en el 50% de los pacientes (EGFR [n=5], BRAF-V600 [n=1], ALK [n=2], KRAS [n=2], WT [n=5], no evaluables [n=5]). El TCM fue la manifestación inicial de la neoplasia en el 45% de los casos (9/20) y en 100% (3/3) de los pacientes ALK/BRAF-V600+, mientras que en todos los pacientes EGFR+ (5/5) el TCM fue manifestación de oligo-progresión. La media de administración de CIP fue de 4 sesiones. En nuestra serie solo se evidenció una recidiva del TCM en paciente BRAF-V600+. El tratamiento fue bien tolerado sin efectos adversos (EA) graves. Se registró un 15% (3/20) de EA grado 1, todos en forma de fibrilación auricular. Se indicó tratamiento sistémico en 15 pacientes (quimioterapia [n=8], terapia dirigida [n=6], inmunoterapia [n=1]). El tratamiento local del TCM permitió continuar con el inhibidor tirosina cinasa post-progresión en todos los pacientes EGFR+. La media de supervivencia desde el diagnóstico del TCM hasta el fallecimiento en nuestra serie fue de 15 meses (19.64 meses pacientes con driver vs 10.8 meses sin driver vs 8.46 meses en EGFR+ post-progresión)

**Conclusión:** El tratamiento con CIP evita las recidivas en la mayoría de los pacientes con TCM y CP. La alta coexistencia de TCM en pacientes con alteraciones oncogénicas sustenta el uso de CIP como otra estrategia eficaz de tratamiento local en este grupo de pacientes.

## TUMORES DE ORIGEN DESCONOCIDO

L 56

### RETOS DIAGNÓSTICOS: CUANDO LA INMUNOHISTOQUÍMICA ES LA SOLUCIÓN.

**Silvia Silva Romeiro, Serena Scocco, Nieves Maira González, Marina Baez Rivas, Ana Roldán Mena, Francisco Javier Rubio Garrido, Encarnación Jimenez Orozco** – Hospital de Jerez de la Frontera

**Introducción y Objetivos:** Los tumores de origen desconocido (TOD) representan entre 3 y 7% del total de casos de cáncer y se definen por presencia de enfermedad metastásica documentada histológicamente sin evidencia de neoplasia primaria tras estudio diagnóstico dirigido. Aquellos en que finalmente se puede asignar un origen tienen mejor pronóstico que los que no se consigue. Entre las herramientas disponibles para identificar el origen de dichas lesiones, la inmunohistoquímica (IHQ) es fiable, barata y accesible a la mayoría de patólogos, pudiendo realizarse en muestras muy pequeñas. Describimos un caso clínico en que el uso de técnicas IHQ fue decisivo para el diagnóstico final.

**Material y Métodos:** Mujer de 83 años, sin alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos. Antecedentes de HTA, cardiopatía isquémica, EPOC, obesidad mórbida. G4P2A2. Menopausia a los 40 años. Ingresó en Medicina Interna por anemia y síndrome constitucional, presentando sangre oculta en heces positiva. La exploración física reveló una

masa inguinal dolorosa de 8cm, sin otros hallazgos. En TAC abdomino-pélvico se describe conglomerado adenopático derecho de 7,5x5x6cm, sin signos intraabdominales de tumoración primaria. Se realizó una colonoscopia que fue normal, y la exploración ginecológica tampoco objetivó alteraciones.

**Resultados:** Ante la localización inguinal de la adenopatía sospechosa de malignidad, se planteó diagnóstico diferencial con los siguientes tumores, por orden de frecuencia: piel de extremidad inferior, cérvix, vulva, ano, recto, ovario y vejiga. Se realizó biopsia escisional, y se constató metástasis de carcinoma de origen desconocido. Aplicando técnicas IHQ se obtuvo expresión positiva para CK7, CK19, CA 125, WT1, PAX8 y P53, y negativa para CK20, CA 19.9, CDX2, receptores estrógenos, P16, vimentina, TTF1 y cromogranina. Con estos resultados se concluye diagnóstico de carcinoma seroso de alto grado de posible origen ovárico. La paciente no fue candidata a tratamiento por comorbilidades y mal PS, terminando por fallecer a los 3 meses del diagnóstico.

**Conclusión:** La mayoría de pacientes con TOD sólo se benefician de tratamiento paliativo. La identificación del tumor primario es crucial ya que algunos casos pueden ser curables con tratamiento dirigido. La IHQ tiene un papel decisivo para llegar al diagnóstico definitivo, principalmente cuando no se detecta el primario por otros métodos, como el caso descrito. Actualmente hay marcadores IHQ que permiten la identificación rápida y precisa del origen en un número elevado de casos.

## Tumores de Origen Desconocido

Perfil IHQ	Localización de tumor primario más común
Citoqueratina 7 + / 20 -	Pulmón, mama, tiroides, endometrio, ovario no mucinoso, cérvix, mesotelioma
WT1	Mesotelioma, tumor desmoplásico, carcinoma seroso de ovario
PAX8	Ovario, riñón, tiroides
S100	Melanoma, carcinoide
Vimentina	Sarcoma, melanoma
TTF1	Pulmón, tiroides
Receptores estrógenos	Mama, carcinoma seroso de ovario (75%)
Cromogranina	Neuroendocrino
CDX2	Colorrectal , biliopancreático

*Diagnóstico diferencial según perfil IHQ*

## TUMORES RAROS

L 57

### A PROPÓSITO DE UN TUMOR POCO FRECUENTE: SCHWANNOMA DE SIGMA EN MUJER DE 41 AÑOS.

**Julia Ayuso Martín-Romo, M<sup>o</sup>Arantxatu Amores Martín, Diego Casado Elía, María García Muñoz, Juan Jesús Cruz Hernández, M<sup>o</sup> Rosario Vidal Tocino** – Hospital Clínico Universitario de Salamanca

**Introducción y Objetivos:** Dentro de los tumores mesenquimales primarios del tracto gastrointestinal, los schwannomas, son tumores que han sido documentados de manera ocasional. Entre ellos, la localización más frecuente es la gástrica, siendo muy infrecuentes y escasamente caracterizados aquellos que afectan al colon. Objetivo: Describir el caso de una paciente diagnosticada de Schwannoma de Sigma y realizar una revisión bibliográfica.

**Material y Métodos:** Se presenta el caso clínico de una paciente de 41 años que consulta por sangrado rectal. Se solicita colonoscopia objetivándose a 20 cm del margen anal lesión polipoidea ulcerada de 25 mm. La biopsia fue inespecífica. Se realiza RM pélvica evidenciándose masa polipoidea en colon izquierdo de 3 cm en contacto con fundus uterino, sin afectación de adenopatías regionales. Se realizó exéresis quirúrgica mediante sigmoidectomía laparoscópica siendo remitida la pieza quirúrgica a Anatomía Patológica para estudio.

**Resultados:** El resultado anatomopatológico fue de Schwannoma ulcerado de Sigma con abundante tejido de granulación, bordes de resección libres de tumor y ausencia de afectación linfática. Se realizó estudio inmunohistoquímico, presentando marcada positividad para

S-100 y CD34, siendo negativos para cKIT, DOG1, actina y desmina. Se presentó el caso en el Comité de Tumores Digestivos, decidiéndose seguimiento clínico con pruebas radiológicas

**Conclusión:** Los schwannomas son comunes en sujetos con enfermedad de Von Recklinghausen. El colon es una localización rara y, cuando aparecen, lo más frecuente es encontrarlos en ciego. Son neoplasias benignas que en raras ocasiones degeneran. El estudio inmunohistoquímico es de gran utilidad en el diagnóstico diferencial con otras lesiones como los GIST, GANT (variante de los GIST derivados de los nervios autónomos), leiomiomas o leiomiomas que pueden presentar un comportamiento más agresivo. Tras su diagnóstico, las opciones son realizar una polipectomía o colectomía segmentaria con bordes libres, dado su bajo riesgo de malignización. Estos pacientes presentan buen pronóstico dada su benignidad siendo muy rara la recidiva o la presencia de metástasis.

L 58

### Colangio-hepatocarcinoma avanzado (CCHC): un reto en el manejo.

**María Otaño Ariño, María Ángeles Díaz Gallego, Ana Landa Magdalena, Arantxa Bujedo Martínez, Adelaida Lacasta Munoa** – Hospital Universitario Donostia

**Introducción y Objetivos:** El CCHC supone un 0.4-14.2% de los tumores hepáticos primarios. Es un tumor de mal pronóstico con escasa supervivencia a largo plazo. La cirrosis hepática y el daño hepático crónico son los principales factores de riesgo. No disponemos de claras guías clínicas



para el manejo de estos tumores y la experiencia clínica se limita a pequeñas series retrospectivas y casos aislados. La cirugía es la única opción curativa. Entre las opciones terapéuticas para los tumores avanzados se contemplan los esquemas de cisplatino-gemcitabina, doxorubicina-cisplatino, monoterapia con fluorouracilo y el sorafenib, no superando la SLP de 3,4 meses y una SG media de 8.3 meses.

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes tratados de colangio-hepatocarcinoma avanzado en la OSI Donostialdea entre enero de 2011 y marzo de 2018. Definición CHC avanzado: enfermedad no resecable o metastásica. Objetivo: sumar a la escasa literatura existente.

**Resultados:** Incidencia: 0.7% de todos los tumores de la vía biliar. Tabla 1: características de los pacientes, tratamientos y resultados

Paciente	Edad	Comorbilidad	Ca 19.9	AFP	1º línea	SLP a 1º línea	Mejor respuesta	2º línea	SLP a 2º línea	Mejor respuesta	SG
1	47	VHC	basal	basal	Cisplatino + Gemcitabina	1,6 m	Progresión	Sorafenib	4,8 m	Progresión	7,5 m
2	71	Cirrosis enólica	Elevado	Normal	Cisplatino + Gemcitabina	0,9 m	Progresión	Sorafenib	0,8 m	Progresión	2 m

**Conclusión:** Nuestra serie, en concordancia con lo publicado hasta la actualidad, confirma la baja incidencia y pobre pronóstico del CCHC. Estos datos confirman la necesidad de profundizar en la investigación de este tipo tumoral y el desarrollo de ensayos clínicos específicos que puedan aportar mayor conocimiento sobre el manejo.

## L 59

### DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO INFRECLENTE DE CARCINOMA RENAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

**Petra Rosado Varela, Alicia Quílez Cutillas, Esperanza Arriola Arellano** – Unidad de atención integral al cáncer. Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Puerta del Mar y Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz).

**Introducción y Objetivos:** El cáncer renal de células claras es el más frecuentemente diagnosticado, aunque se conocen otras variedades más raras como el carcinoma folicular tiroideo-like, referenciado por primera vez en el 2006 y que aún no forma parte de la clasificación de tumores de la OMS. Vamos a describir un caso de esta particular entidad y realizaremos una revisión bibliográfica de la literatura.

**Material y Métodos:** Varón de 68 años entre cuyos antecedentes destaca tiroidectomía total en 2006 por hiperplasia coloides, estudiado en urología por hematuria y dolor en fosa renal izquierda de corta evolución. Se realiza TAC abdominopélico

que describe lesión sólida en riñón izquierdo de 4x3 cm, en contacto con psoas, sin poder descartar hipernefroma. Se realiza nefrectomía radical en 2014 y se remite la pieza al servicio de anatomía patológica.

**Resultados:** El informe histológico confirmó un Carcinoma Renal variante carcinoma folicular tiroideo-like estadio pT1b. La neoplasia asemeja a un carcinoma folicular de tiroides con negatividad a TTF1 y Tiroglobulina, lo que descarta un origen tiroideo de la enfermedad. El paciente mantiene seguimiento presentado recidiva ganglionar local en 2017 siendo también extirpada, manteniéndose actualmente sin recidiva de la enfermedad.

**Conclusión:** A veces es complicado por las pruebas de imagen y la clínica poder determinar el subtipo histológico de la enfermedad oncológica que estamos valorando. El diagnóstico de carcinoma renal variante tiroideo-like es una entidad rara habiendo descritos aproximadamente 10 casos en la literatura científica. El tratamiento de base es la extirpación quirúrgica, pudiendo haber un control local de la enfermedad con radioterapia siempre que esta no sea factible. Dada la rareza del diagnóstico no hay pautas establecidas claramente aunque se aconseja extrapolar las pautas de actitud seguidas en los hipernefomas.

## LINFOMAS

L 60

### SINDROME DE RAMSAY HUNT. COMPLICACIONES POSTRATAMIENTO EN LINFOMA B DIFUSO DE CÉLULAS GRANDES.

**María del Carmen Álamo de la Gala, Esteban Nogales Fernández, Fernando Henao Carrasco, María Dolores Mediano Rambla, Marta Espinosa Montaña, Luis de la Cruz Merino, Pablo Espejo, Alberto Torres Zurita, Lourdes Sevilla, Carmen Beato** – Hospital Universitario Virgen Macarena

**Introducción y Objetivos:** Paciente de 45 años que acude a urgencias en octubre 2015 por aumento de perímetro del cuello, bilateral, progresivo, disnea a medianos esfuerzos. Asociado a estos síntomas, presenta síndrome consitucional y pérdida de peso. Ingresa para estudio.

**Material y Métodos:** TAC. Síndrome de vena cava superior secundario a masa mediastínica. Bioquímica: LDH 525, Rx de torax; ensanchamiento mediastínico .PET: múltiples depósitos patológicos a nivel supra e infradiafragmáticos que se distribuyen a nivel cervical bilateral, supra e infraclavicular , retropectoral, axilar derecho, retroocrural, mesentérico y paraórtico bilateral con un SUV máximo de 10 siendo todos ellos sugestivos de malignidad. Anatomía patológica: LINFOMA B DIFUSO DE CELULAS GRANDES CD 20+ Biopsia de médula ósea: infiltración por linfoma B DIAGNOSTICO: LINFOMA B DIFUSO DE CELULAS GRANDES

ESTADIO IV IPI ALTO RIESGO. Se decide inicio de tratamiento R- CHOP. Tras el tercer ciclo, el paciente ingresa en UCI por sepsis de origen respiratorio. :RMN Cerebral: se visualiza en el conducto auditivo interno izquierdo un pequeño acúmulo de tejido blando hipercaptante situado muy próximo a la base de la coclea izquierda, que rodea al séptimo y octavo par craneal, y captación del ganglio de Gasser con una dudosa captación del 7º par craneal en su recorrido. Los hallazgos descritos son compatibles con patología inflamatoria a ese nivel ( Síndrome de Ramsay Hunt). Hemocultivo, Urocultivo, antígeno de legionella y neumococo en orina, serología de hongos y de neumonía: negativo. Varicela IgG positivo, IgM negativo. Análisis de inmunoglobulinas: proteinograma: Ig G(mg/dl) 270, IgM(mg/dl) 5, IgA (mg/dl) 2, CD4(/ul(%) 259 (36), CD8 (/ul(%) 211 (31), Cd20(ul(%) 35 (3).

**Resultados:** El paciente mejora tras ingreso en la UCI, por lo que finalmente ingresa en planta de oncología mejorando sintomáticamente. . Continuó con tratamiento con esquema R. CHOP hasta alcanzar 8 ciclos objetivándose en PET de reevaluación respuesta completa metabólica.

**Conclusión:** El síndrome de Ramsay Hunt o herpes zóster ótico, que asocia ome que asocia parálisis facial periférica y vesículas en pabellón auricular ipsilateral o boca, como consecuencia de la afectación del ganglio geniculado por el virus de la varicela zoster. Nuestro paciente presentó hipogammaglobulinemia en el proteinograma asociado a infección respiratoria condensante e infecciónn por virus Varicela Zoster y Síndrome de Ramsay Hunt confirmado tanto clínico como radiológicamente.



*Parálisis facial asociada a SD de Ramsay Hunt*





SEOM  
2018

Fundación  
SEOM

SEOM  
Sociedad Española  
de Oncología Médica

ENLAZANDO  
CONOCIMIENTO

GRACIAS A LA COLABORACIÓN SIN RESTRICCIONES:

janssen  Oncology

PHARMACEUTICAL COMPANIES OF *Johnson & Johnson*