

Suplemento Especial



**ASOCIACIÓN DE HEMATOLOGÍA Y
ONCOLOGÍA MÉDICA DE PUERTO RICO**

Convención 2011

**29 de septiembre al 2 de octubre de 2011
Hotel El Conquistador
Fajardo, Puerto Rico**

Convención 2011

29 de septiembre al 2 de octubre de 2011
 Hotel El Conquistador
 Fajardo, Puerto Rico

Program Agenda

THURSDAY, SEPTEMBER 29

6:00 - 7:00pm Convention Registration

7:00 - 11:00pm Welcome Cocktail

FRIDAY, SEPTEMBER 30

Moderator: Fernando Cabanillas, MD

7:30 - 8:30am Registration & Breakfast

8:30 - 9:00am Satellite Symposium
Metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer: A New Therapy Shown to Improve Overall Survival
Cy Aaron Stein, MD, PhD

9:00 - 9:15am Welcome and Introductions

9:15 - 10:00am *Results of Management of Hepatoma at San Juan VA Hospital*
William Cáceres, MD

10:00 - 10:45pm *Hormone-Producing Ovarian Tumors*
Luis J. Santos, MD

10:45 - 11:15am Coffee Break and Networking

11:15 - 12:00md How should I treat Multiple Myeloma?
Robert Orlowski, MD

12:00 - 1:00pm *Enrique Pérez Santiago Memorial Lecture: What is the best Treatment for Waldenstrom's Macroglobulinemia?*
Donna Weber, MD

1:00 - 2:30pm Lunch

Afternoon at Leisure

7:00 - 12:00mn Social Activity and Dinner

SATURDAY, OCTOBER 1

Moderator: José A. Lozada

7:30 - 8:30am Registration & Breakfast

8:30 - 9:00am Satellite Symposium

9:00 - 9:45am *Emerging Treatments in All: Adolescent and young Adults*
Archie Bleyer, MD

9:45 - 10:15am *Targeted Therapy for Lung Cancer*
Fadlo Khuri, MD, FACP

10:15 - 11:00am *New Approaches to Low Grade Lymphoma*
Nathan Fowler, MD

11:00 - 11:30am Coffee Break & Networking

11:30 - 12:15am *Multimodality Management of Head-Neck Cancer*
Fadlo Khuri, MD, FACP

12:15 - 1:15pm Administrative Meeting

1:00 - 3:00 Live Transmission: Radial Program
 120 Minutos e Salud with
 Dr. Tavares Valle (WKAQ 580 AM)

1:15 - 2:30pm Lunch

Afternoon at Leisure

8:00 - 12:00mn Social Activity and Dinner

Faculty:

Archie Bleyer, MD, FRCP
 St. Charles Health System,
 Central Oregon
 Oregon Health and Science
 University, Portland, Oregon
 University of Texas Medical
 School at Houston,
 Texas, United States

Cy Aaron Stein, MD, PhD
 Professor of Medicine and
 Molecular Pharmacology Director
 Medical Genitourinary Oncology
 Montefiore-Einstein Cancer
 Center
 Bronx, NY

Donna M. Weber, MD
 Associate Professor
 Department of
 Lymphoma/Myeloma
 The University of Texas,
 M. D. Anderson Cancer Center
 Texas, United States

Fadlo R. Khuri, MD, FACP
 Professor and Chair of
 Hematology and Medical
 Oncology
 Roberto C. Goizueta
 Distinguished Chair in Cancer
 Research
 Deputy Director of the Winship
 Cancer Institute
 Emory University

Luis J. Santos, MD
 Assistant Professor Department
 Obstetrics and Gynecology
 Division of Gynecology Oncology
 University of Puerto Rico
 San Juan, Puerto Rico

Nathan H. Fowler, MD
 Assistant Professor
 Department of
 Lymphoma/Myeloma
 The University of Texas,
 M. D. Anderson Cancer Center
 Texas, United States

Robert Z. Orlowski, MD, PhD
 Professor of Medicine
 Director, Myeloma Section
 Departments of
 Lymphoma/Myeloma and
 Experimental Therapeutics
 Chair, Southwest Oncology
 Group
 Salmon/Barlogie Myeloma
 Committee
 The University of Texas,
 M. D. Anderson Cancer Center
 Texas, United States

William Cáceres, MD, FACP
 Staff Physician
 Internal Medicine and
 Hematology/Oncology
 San Juan Veterans
 Administration Hospital
 San Juan, Puerto Rico

Accreditation Statement

The "Academia Médica del Sur de Puerto Rico" designates this educational activity for a maximum of 6.5 credits category I towards the American Medical Association Physician Recognition Award (AMA-PRA1). "This activity has been planned and implemented in accordance with the Essential Areas and policies of the Accreditation Council for Continuing Medical Education through the Joint sponsorship of the Academia Médica del Sur de Puerto Rico and Asociación de Hematología y Oncología Médica de Puerto Rico. Academia Médica del Sur de Puerto Rico is accredited by the TEM (032-MY10) to provide continuing medical education for physicians.



**ASOCIACIÓN DE HEMATOLOGÍA Y
 ONCOLOGÍA MÉDICA DE PUERTO RICO**

Cáncer de mama triple negativo: ¿Favorable o desfavorable?

A medida que conocemos más acerca del cáncer, nos percatamos de su gran heterogeneidad, aun dentro de ciertos tumores que uno pensaría son homogéneos, como el cáncer de mama.



Fernando Cabanillas, MD.

Especialista en Hematología y Oncología

Director del Centro de Cáncer del Hospital Auxilio Mutuo, San Juan, Puerto Rico

El cáncer de mama se puede clasificar de acuerdo a la expresión de tres receptores en la superficie de las células. Estos receptores son: ER (receptor de estrógeno), PR (receptor de progesterona) y Her-2. Reconocemos al menos tres grupos clínicos con diferencias importantes en su comportamiento al igual que en su tratamiento.

Los tres grupos que reconocemos como entidades clínicas son:

- 1) ER o PR positivo pero Her-2 negativo (aprox. 60% de todos los casos)
- 2) Her-2 positivo en combinación con ER positivo o con ER negativo (aprox. 20%)
- 3) Los llamados triple negativos que no expresan ER, PR ni Her-2 (aprox. 20%).

El grupo 1 es el menos agresivo de los tres, el grupo 2 es intermedio en agresividad y el grupo 3, el triple negativo, es el más agresivo de todos. En una investigación reciente, llevada a cabo en nuestro Centro de Cáncer, hemos encontrado que la fracción de células que están proliferando activamente, medidas por el antígeno Ki-67, es de un 52% en los casos triple negativos, comparado con 9% en el grupo 1, lo cual explica la gran agresividad del grupo 3.

Se ha dicho que los casos triple negativos tienen un mal pronóstico comparados con los demás pero esto depende de muchos factores incluyendo el estadio de la enfermedad. En nuestro estudio, de 15 casos triple negativos que se presentaron con ganglios axilares positivos, 4 (27%) han recaído mientras que de 37 con ganglios negativos solo 1 (3%) ha recaído ($p=.02$).

En parte por su gran capacidad proliferativa, los triple negativos tienden a responder muy bien a la quimioterapia. Por tanto, otro factor importante es el uso de quimioterapia, ya sea adyuvante o neoadyuvante, especialmente con taxanos (Paclitaxel o Docetaxel) en combinación con antraciclinas, ya sea Doxorubicina o Epirubicina. Debido a su actividad en triple negativos, se ha comprobado que el uso de estas drogas es primordial, mucho más que en el grupo 1. Siempre y cuando se traten en su etapa localizada, estos pacientes tienen un pronóstico excelente. En nuestra experiencia, 80% de estas pacientes permanecen vivas y libres de enfermedad a los 5 años. Sin embargo, si presentan o desarrollan metástasis más allá de los ganglios linfáticos, ya se convierten en incurables y la mayoría mueren usualmente dentro de los primeros 3 años.

En este momento, se están llevando a cabo investigaciones con drogas que pertenecen al grupo conocido como inhibidores de PARP que interfieren con el mecanismo de reparación del daño al ADN de las células. Los inhibidores de PARP parecen ser capaces de aumentar la actividad antitumoral de los agentes citotóxicos en los triple negativos ya que las células se tornan incapaces de reparar el daño inducido por estos agentes.

Al contrario de lo que se piensa, el cáncer de mama triple negativo si se presenta en etapa localizada y, si se maneja apropiadamente, tiene un pronóstico muy favorable. Los inhibidores de PARP, todavía experimentales, podrían representar un arma adicional en un futuro cercano. **G**

Cáncer en niños: Importancia del diagnóstico temprano

En Puerto Rico, se diagnostican anualmente alrededor de 140 casos nuevos de cáncer en la edad pediátrica. Si bien la causa principal de muerte entre niños y adolescentes son los accidentes, el cáncer es una de las cinco principales causas de mortalidad a esa edad.



Maribel García, M.D.

Hematóloga Oncóloga Pediátrica
San Jorge Children's Hospital

Pronóstico favorable frecuente

El cáncer en edad pediátrica es una enfermedad curable en la mayoría de los casos. Así, por ejemplo, un 80% de los niños y adolescentes con leucemia linfoblástica aguda (la malignidad más común en este grupo con alrededor del 30% de todos los casos nuevos al año) se curan y llevan una vida completamente saludable.

Aspecto genético

Muchas enfermedades malignas en adultos se asocian al estilo de vida y a la exposición a elementos tóxicos. Este no es el caso entre los pacientes pediátricos, en los que existen alteraciones en su material genético que pueden predisponerlos a padecer de cáncer. En la mayoría de los casos, no se puede identificar el factor que inició la enfermedad. Se entiende también que, mientras más joven es el niño, menor es la probabilidad de que una exposición medioambiental se asocie al desarrollo de la enfermedad.

Importancia de terapia temprana

La identificación precisa y el inicio rápido de un tratamiento son la clave del éxito para vencer el cáncer. Los síntomas que presentan los niños suelen ser distintos a los que se observan en los adultos. Al comienzo pueden ser muy leves, casi como una gripe o afección viral. Muchas veces, la clave para el diagnóstico y la observación de que algo marcha mal es proporcionada por los padres. Es importante tomar nota del historial proporcionado por el paciente y sus familiares.

Síntomas frecuentes y pruebas iniciales

Por ejemplo, en **leucemia**, algunos síntomas y signos de alerta son: palidez, cansancio, cojera, sangrado o hematomas excesivos y fiebre recurrente asociada a dolor de huesos y coyunturas. Generalmente, con un

hemograma (CBC) se puede hacer el diagnóstico preliminar, el cual se completa luego con estudios de médula ósea. La mayoría de las leucemias pediátricas son agudas, linfoides o mieloides, con evolución rápida y alta mortalidad si es que no se identifican y tratan a la mayor brevedad posible.

Los **tumores del cerebro** son la segunda causa de cáncer en niños y adolescentes (un 20% de los casos nuevos). Se originan en el mismo cerebro (en los adultos la mayoría son metástasis). Los síntomas están relacionados con la zona afectada. Además del examen hecho por el pediatra, se realizará estudios como tomografía computarizada o resonancia magnética, ante la aparición de los siguientes síntomas: dolor de cabeza y vómitos, sobre todo en las mañanas, visión doble, desbalance, caminar de base ancha o cambios en el comportamiento.

El **linfoma** es de los cánceres más comunes en adolescentes. Se debe considerar cuando hay pérdida de peso, fiebre recurrente (sobre todo en las noches), sudoración excesiva, picor en la piel y adenomegalias. Es altamente curable, aun si se diagnostica en etapa avanzada.

También son comunes en niños el **cáncer renal** (tumor de Wilms) y el neuroblastoma. Muchas veces, lo descubre un familiar al bañar al paciente y palpar una masa abdominal. El neuroblastoma surge de remanentes de tejido neural y puede afectar múltiples sitios, aun al momento en que podemos realizar el diagnóstico.

En resumen

Es importante prevenir y diagnosticar el cáncer pediátrico tempranamente ya que, cuando esto ocurre, es curable en un alto porcentaje. **G**

Nauseas y vómitos inducidos por quimioterapia:

Prevención y manejo

José A. Fernández Chávez, MD

Hematólogo-Oncólogo

Las náuseas y vómitos son efectos adversos frecuentes en pacientes con cáncer que reciben quimioterapia. Su incidencia y severidad dependen de varios factores, como: medicamentos y dosis empleadas, combinación de agentes, rutas de administración, concurrencia con radiación y factores inherentes al paciente como etnicidad, género, comorbilidades, entre otros.

Prevención y evaluación

Es fundamental prevenir y tratar las náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia ya que pueden comprometer la calidad de vida y llevar, en casos extremos, a una hospitalización por desbalances hidroelectrolíticos severos, pobre nutrición y mala adherencia con el tratamiento o su interrupción.

Al evaluar a un paciente en quimioterapia con náuseas y vómitos, debemos tener presente que, si bien la causa más frecuente de estos síntomas está relacionada con el tratamiento, puede haber otros elementos causantes o favorecedores como anormalidades electrolíticas, metástasis cerebrales, obstrucción intestinal, gastroparesia, infecciones gastrointestinales, uso de opioides, entre otros.

Clasificación

Náuseas y vómitos por quimioterapia se clasifican en:
Agudos: se presentan de minutos a algunas horas después de la quimioterapia y usualmente pasan en menos de 24 horas.

Retardados: se presentan después de las primeras 24 horas del tratamiento.

Anticipatorios: ocurren antes de que el paciente reciba un ciclo de quimioterapia y dependen de una experiencia negativa con los tratamientos previos.

Tipos de terapia

Existen varios tipos de terapias antieméticas y se recomienda comenzar antes de iniciar la quimioterapia, para disminuir el riesgo de náuseas y vómitos anticipatorios.

Las guías de manejo de cáncer (*NCCN guidelines*) dan recomendaciones sobre la base del potencial emetogénico de cada tratamiento. Lo dividen en dos grupos: de alto a moderado y de bajo a mínimo riesgo.

En pacientes con **tratamientos de alto a moderado riesgo** emetogénico se recomienda el uso de granisetrón, ondasetrón, dolasetrón o palonosetrón más un esteroide (dexametasona) y un antagonista de neurokinina 1 como aprepitant o fosaprepitant. Se puede añadir bloqueadores de la bomba de protones o bloqueadores H2 y considerar, según sea necesario, lorazepam.

En pacientes con regímenes con **bajo o mínimo potencial emetogénico**, las guías recomiendan administrar antes de la quimioterapia dexametasona, o metoclopramida o proclorperazina. Se puede añadir bloqueadores de la bomba de protones o bloqueadores H2.

La prevención de náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia debe ser guiada según el riesgo establecido, aunque otros factores no menos importantes como la edad, la etnicidad, comorbilidades y hábitos tóxicos deben considerarse.

El uso combinado de varios agentes como 5-HT₃ antagonistas, neurokinina-1 antagonista y esteroides se recomiendan como categoría 1 en todo paciente que recibirá regímenes con varios agentes de quimioterapia.

Resumiendo

En resumen, el manejo de náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia juega un papel central en el éxito del tratamiento y en el bienestar del paciente durante todo el periodo de tratamiento. **G**

Cáncer de riñón en la era de las terapias dirigidas



José R. Dávila-Torres, MD

Hematólogo-Oncólogo

Profesor Recinto de Ciencias Médicas
Universidad de Puerto Rico

Epidemiología

El carcinoma renal afecta a cerca de 58000 personas al año en los Estados Unidos. La edad promedio de diagnóstico es de 64 años. Su incidencia ha ido en aumento, probablemente por el incremento de estudios sonográficos de “rutina”, en los que muchas veces se encuentra una masa renal en un paciente asintomático.

Factores de riesgo

El factor de riesgo prevenible de mayor importancia en el desarrollo del cáncer del riñón es fumar cigarrillos, lo que, se estima, está relacionado con una tercera parte de los casos de carcinoma renal. También hay un riesgo significativo en pacientes con enfermedad poliquística renal adquirida y que están en diálisis.

Entre los factores genéticos que predisponen a esta neoplasia, están la enfermedad poliquística congénita y el síndrome von Hippel Lindau. Podemos presumir un factor genético cuando se diagnostica a edad temprana (antes de los 40 años), cuando hay enfermedad en ambos riñones o múltiples familiares con historial de cáncer.

Histología

La gran mayoría (80 a 85%) de los tumores renales surgen de las células de la corteza renal y son los comúnmente denominados carcinomas renales. La histología predominante es la de células claras (*clear cell carcinoma*). Existen tumores fuera del riñón, usualmente localizados en la pelvis renal que tienen histología de célula transicional (*transitional cell carcinoma*), por lo que el tratamiento es más parecido al de cáncer de vejiga, a diferencia del carcinoma renal.

Signos y síntomas

El paciente con cáncer renal puede mostrar diversos síntomas. La triada de dolor en el flanco, hematuria y una masa abdominal palpable solo se identifica en el 9% de los casos. Como no existe una prueba de descarte

para el cáncer de riñón, cualquier paciente con síntomas sospechosos, especialmente con hematuria persistente, debe ser evaluado con estudios de imágenes (de preferencia con sonografía renal).

Diagnóstico

Cuando se determina que el paciente tiene una masa sólida renal, es necesario hacer pruebas adicionales para determinar si la masa está invadiendo vasos sanguíneos y si hay evidencia de metástasis. De ser una masa localizada, debemos referir el paciente al urólogo para una nefrectomía. Esta cirugía serviría tanto para diagnóstico como para el tratamiento. En casos que haya metástasis, se podría confirmar el diagnóstico con una biopsia de aguja.

Tratamiento y terapias dirigidas

Avances

La cirugía puede ser curativa cuando el tumor está circunscrito a una zona. Sin embargo, las recurrencias son frecuentes. Además, cerca del 25% de los casos de cáncer renal se diagnostican en etapa avanzada, inoperable o con metástasis. En estos casos, el manejo ha cambiado mucho en los últimos años debido al empleo de las terapias dirigidas o *targeted therapies*.

Interleukina 2

Antes, entendíamos que el carcinoma renal era resistente a la quimioterapia convencional. Los primeros resultados favorables fueron con Interleukina 2 (IL-2) que, en dosis altas, mostró respuestas duraderas en el 10% de los pacientes. IL-2 aumenta y activa la respuesta del sistema inmune contra la célula cancerosa. Debido a que debe administrarse en dosis altas, sus efectos secundarios limitan el uso en muchos pacientes.

Biología molecular y blancos

Entender la biología molecular del cáncer renal ha permitido crear medicamentos dirigidos contra diferentes

blancos o *targets*. Estos *targets* usualmente son señales que confieren a la célula cancerosa su carácter inmortal (perder apoptosis) y crecer desmedidamente (por lo que metastatiza). A diferencia de la quimioterapia convencional, que “ataca” cualquier célula del cuerpo en división celular, las terapias dirigidas son más selectivas al atacar la célula maligna.

VEGF y medicamentos

Uno de estos “blancos” del carcinoma renal es el factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF), el cual está expresado en gran cantidad en la célula maligna. Una de las dos maneras de inhibir este factor es mediante medicamentos llamados *small molecule tyrosine kinase inhibitors*. Estos incluyen varios medicamentos orales (sunitinib, sorafenib, pazopanib) que inhiben la enzima tirosina quinasa (TK) y, al hacerlo, le quitan a la célula cancerosa una de las señales importantes para su crecimiento (el *VEGF pathway*). También se puede inhibir con bevacizumab, un anticuerpo monoclonal dirigido contra del VEGF, usado junto con Interferon.

Otro de los “blancos” de ataque en carcinoma renal es inhibiendo la señal del *mTOR pathway*. Uno de estos medicamentos, el temsirolimus, se administra por vía intravenosa, mientras que el everolimus es oral. Ambos han tenido resultados en primera y segunda línea de tratamiento contra el carcinoma renal.

Estos medicamentos han aumentado la sobrevida, y sus efectos secundarios comunes son: cambios o *rash* en la piel, aumento de la presión sanguínea y retraso en la cicatrización de heridas.

Situación actual y futuro

A pesar de haber múltiples alternativas de tratamiento dirigido para el cáncer de riñón, aún no queda claro en qué secuencia es mejor usar estos agentes. Continúan efectuándose los estudios para contestar esta pregunta así como siguen desarrollándose múltiples nuevos medicamentos.

Ciertamente, estos medicamentos proveen mejores alternativas de tratamiento a una enfermedad que había demostrado ser resistente a la quimioterapia convencional. 



EL HOSPITAL EN TU HOGAR

- Infusión ambulatoria de quimioterapias intravenosas (5FU)
- Manejo del dolor (Bomba de morfina ambulatoria)
- Hidrataciones
- Nutrición Enteral y TPN
- Antibióticos IV

Despacho y entrega:

Antieméticos,
Quimioterapias inyectables y orales,
Procrit/Epogen,
Neupogen,
y mucho más

SERVICIO
24/7

ACEPTAMOS TODOS LOS PLANES MÉDICOS Y MI SALUD

FARMACIA ESPECIALIZADA

1-800-981-0021

FAX: 787.883.6042 | OPTIMAINFUSION.COM

Medicamentos para entrega:

farmacia@optimainfusion.com

Intravenosos ambulatorios:

infusion@optimainfusion.com