

ISSN: 0325 - 142X

Volúmen XLVIII - Nº 1 - 2021



# Revista Argentina de **Cancerología**

Órgano de la Sociedad Argentina de Cancerología, Asociación Civil

**2021**



**FESCAS**

Federação das Sociedades de Cancerologia da América do Sul  
Federación de Sociedades de Cancerología de Sudamerica



Asociación Médica Argentina



# Revista Argentina de Cancerología

Órgano de la Sociedad Argentina de Cancerología, Asociación Civil

Volúmen XLVIII - Nº 1 - 2021

- Editada desde 1962
- 1993: Mención otorgada por la Biblioteca de la Facultad de Medicina de la U.B.A.
- Sociedad Argentina de Cancerología | Miembro de la Federación de Sociedades de Cancerología del Mercosur
- 1º Filial de la Sociedad Argentina de Cancerología USHUAIA

## Comisión Directiva 2020-2021

**Presidente:** Dr. Jorge Ramón Puyol

**Vicepresidente:** Dr. Marcelo Blanco Villalba

**Secretario General:** Dr. Daniel Rampa

**Secretario de Actas:** Dr. Guillermo Streich

**Tesorero:** Dr. Darío Niewiadomski

**Director de Publicaciones:** Dr. Mario Félix Bruno

### Vocales Titulares:

1ª Dra. Clelia Vico

2ª Dra. Luisa Rafailovic

3ª Dr. Isaac Fleischer

4ª Dra. Marina Bramajo

**Órgano de Fiscalización:** Dra. Liliana González / Dr. Darío Niewiadomski / Dra. Diana María Soledad Aguirre

**Coordinadora de Capítulos:** Dra. Marina Bramajo

### Capítulos:

**Capítulo de Psicooncología y Cuidados Paliativos:** Lic. Luisina Onganía / Dra. Marina Bramajo / Dr. Jorge Dureaume

**Capítulo de Neurooncología:** Dra. Alejandra Rabadán / Dr. Máximo Barros

**Capítulo de Prevención:** Dra. Clelia Vico / Dr. Darío Niewiadomski

**Capítulo del Interior:** Dr. Guillermo Streich / Dra. Mónica Repetto / Dr. Néstor Fernández Céspedes / Dr. Jorge Ramón Puyol

**Capítulo de Gestión Institucional:** Dr. Juan Pablo Re / Dr. Darío Niewiadomski / Dr. Daniel Rampa / Dr. Marcelo Blanco Villalba

**Capítulo de Estomatología:** Dra. Nelly Frascino / Dra. Romina Petrelli

**Capítulo de Enfermería:** Lic. Constanza Celano / Enf. Sebastián Salinas /

Enf. Myriam Parrupatto

**Capítulo de Oncogeriatría:** Dr. Daniel Rampa / Dra. María Soledad Aguirre /

Dr. Carlos Gustavo González Palacios

**Capítulo de Ginecología Oncológica:** Dra. Clelia Vico / Dra. Rosa María Garrido

**Genética y Biología Molecular:** Dr. Rodrigo Sánchez / Lic. Adriana Rinflerch

### Past-Presidents:

Dr. Norberto Brocato (1996-1997)

Dr. Antonio Guardo (1998-1999)

Dra. Silvia L. Jovtis (2000-2001) †

Dra. Stella Maris Espora (2002-2003)

Dra. Clelia Vico (2004-2005)

Dra. Silvia Jovtis (2006-2007) †

Dra. Clelia Vico (2008-2009)

Dr. Marcelo Blanco Villalba (2010-2011)

Dra. Mónica Liliana López (2012-2013)

Dr. Marcelo Blanco Villalba (2014-2015)

Dr. Marcelo Blanco Villalba (2016-2017)

Dr. Mario Félix Bruno (2018-2019)

Dr. Daniel Rampa  
Secretario General 2020 - 2021

Dr. Jorge Ramón Puyol  
Presidente 2020 - 2021



Sociedad Argentina  
de Cancerología  
Asociación Civil

Volúmen XLVIII • N.º 1 - 2021

<b>Editorial</b>	
Dr. Jorge Ramón Puyol / Presidente de la Sociedad Argentina de Cancerología.	04
<b>COVID, cáncer y medios de comunicación</b>	
Dr. Mario Bruno / Past President SAC y Secretario permanente de FESCAS.	06
<b>Noticias esperanzadoras en Cáncer de Cuello en el año 2021</b>	
Dra. Clelia Vico / Coordinadora Capítulo de Oncología Ginecológica y Mamaria - SAC.	
Dra. Rosa María Garrido / Coordinadora Capítulo de Oncología Ginecológica y Mamaria - SAC.	09
<b>El tratamiento en adenocarcinoma de páncreas: casos clínicos</b>	
Dr. Guillermo Mendez / Jefe de la Sección de Oncología del Hospital de Gastroenterología "Dr. Carlos Bonorino Udaondo".	21
<b>El acceso... teníamos problemas y llegó la Pandemia</b>	
Dr. Marcelo Blanco Villaba / Director Médico del Centro Médico Austral - Magister en Economía y Gestión de Servicios de Salud.	24
<b>Estado de vacunación COVID-19 de Médicos Oncólogos en Argentina</b>	
Dr. Gonzalo Di Mario / Médico Oncólogo de Planta. Servicio de Oncología. HGA. Dr. Ignacio Pirovano. CABA. Argentina.	
Dra. Carina Balasini / Médica Oncóloga de Planta. Servicio de Oncología. HGA. Dr. Ignacio Pirovano. CABA. Argentina.	
Dra. Irma Martínez Lazzarini / Jefa de Servicio de Oncología. Servicio de Oncología. HGA. Dr. Ignacio Pirovano. CABA. Argentina.	33
<b>Formación médica continua en oncología a un año de la pandemia COVID-19 en Argentina</b>	
Dr. Gonzalo Di Mario / Médico Oncólogo de Planta. Servicio de Oncología. HGA. Dr. Ignacio Pirovano. CABA. Argentina.	
Dra. Carina Balasini / Médica Oncóloga de Planta. Servicio de Oncología. HGA. Dr. Ignacio Pirovano. CABA. Argentina.	
Dra. Irma Martínez Lazzarini / Jefa de Servicio de Oncología. Servicio de Oncología. HGA. Dr. Ignacio Pirovano. CABA. Argentina.	38
<b>Desafíos bioéticos en neurociencias del siglo XXI: El presente y el futuro</b>	
Dr. Alejandra T. Rabadán / Jefa de la División Neurocirugía, Instituto de Investigaciones Médicas A. Lanari	42

## CONTÁCTENOS EN [WWW.SOCARGCANCER.ORG.AR](http://WWW.SOCARGCANCER.ORG.AR)

**La Revista Argentina de Cancerología es una publicación de la Sociedad Argentina de Cancerología, Asociación Civil.**

Esta publicación no puede ser reproducida o transmitida, total o parcialmente, sin el permiso del editor y de los autores.

El contenido de los conceptos vertidos en los trabajos publicados en la presente edición es de exclusiva responsabilidad de los autores.

**Diagramación y diseño editorial:**  
CabraOn - Comunicación Visual  
[www.cabraon.com](http://www.cabraon.com)

Hecho el depósito legal en la República Argentina. Registro Nacional de la Propiedad Intelectual 08856. ISSN 0325 -142X

[www.socargcancer.org.ar](http://www.socargcancer.org.ar)



**Dr. Jorge Ramón Puyol**

Presidente de la Sociedad Argentina de Cancerología.  
Jefe del Servicio del Oncología del Hospital Médico Policial Churrucá Visca.

Como Presidente de la Sociedad Argentina de Cancerología es muy grato invitarlos a las **XIV JORNADAS INTERDISCIPLINARIAS DE ONCOLOGÍA DEL INTERIOR**, organizadas por los Capítulos del Interior y Oncología Ginecológica y Mamaria conjuntamente con la Sociedad de Oncología de Rosario, abordamos un tema de crucial importancia en la Argentina, en las Américas y el mundo, como **es el cáncer de cuello uterino (CCU)**.

El CCU representa apenas el 7 % de patologías oncológicas en los países industrializados con excelentes planes de prevención, vacunación, diagnóstico y tratamiento.

En los países en vías de desarrollo y pobres de las Américas es una grave amenaza para la salud pública, en la Argentina es la segunda causa tumoral en frecuencia en mujeres menores de 45 años, luego del cáncer de mama, con altos índices de mortalidad y serias consecuencias sociales al fallecer mujeres jóvenes con hijos.

El director general de la OMS, Tedros A. Ghebreyesus elaboro la estrategia 90-70-90 en 2020, plan mundial para combatir este tumor para el año 2030 con los siguientes objetivos : 90% de mujeres vacunadas, 70 % se realicen una prueba de alta calidad para detección del VPH y 90% con accesos a tratamientos adecuados, sean quirúrgicos, radiantes y/o quimioterapia. Deseamos con optimismo que tal proyecto pueda cumplirse.

Como Sociedad Científica y con fines educativos y de formación para nuestros ciudadanos, organizamos esta interesante Jornada focalizada en el CCU, con diferentes tópicos desde la prevención con planes de vacunación, epidemiología, métodos de diagnóstico eficaces y todas las terapéuticas actuales con la disertación de expertos colegas en cada una de estas temáticas.

La Sociedad Argentina de Cancerología trabaja intensamente con las demás Sociedades de Cancerología de América del Sur, sus representantes estarán presentes en este día de trabajo, desde Paraguay, Chile, Bolivia y Brasil con nuestros pares de Argentina.

Agradezco la intensa labor de cada uno de los integrantes de la Comisión Directiva de la SAC y el gran compromiso en la organización, diseño y uso de plataformas digitales realizada por Lacort Medical.

Mis más sinceros saludos a cada uno de ustedes y un fuerte abrazo, los invito a encontrarnos virtualmente en la Jornada del Interior con sede en la ciudad de Rosario.

Dr. Jorge Ramón Puyol  
*Presidente de la Sociedad Argentina de Cancerología.*



Sociedad Argentina  
de Cancerología

Asociación Civil

**"XIV JORNADAS INTERDISCIPLINARIAS  
DE ONCOLOGÍA DEL INTERIOR-SAC"  
CÁNCER DE CUELLO UTERINO**  
JORNADA VIRTUAL ROSARIO, ARGENTINA

MODO VIRTUAL - 5 DE NOVIEMBRE 2021

Capítulo del Interior SAC

Capítulo de Oncología Ginecológica y Mamaria SAC

**Dra. Clelia Vico - Dra. Rosa Garrido**

Sede invitada Ciudad del Rosario - Pcia de Santa Fe

**Dra. Alejandra Bartoli**

[www.lacortmedicalvirtual.com/oncologia-sac](http://www.lacortmedicalvirtual.com/oncologia-sac)

AVALES ACADÉMICOS



AUSPICIO INSTITUCIONAL  
**AAOC**  
ASOCIACIÓN ARGENTINA  
DE ONCOLOGÍA CLÍNICA

ASOCIACIÓN ARGENTINA DE  
Neurocirugía

**CTIF**



**SAU**  
FACULTAD ARGENTINA DE UROLOGÍA  
Fundada en 1923

UNIVERSIDAD  
**ISALUD**



**USAL**  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR  
Creación a la medida - virtual y presencial



**SADAM**  
ASOCIACIÓN ARGENTINA DE  
AUDITORIA Y GESTIÓN SANITARIA



SOCIEDAD ARGENTINA DE  
**PATOLOGÍA**



**FCM** Facultad de Ciencias  
Médicas - UNR

Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires- **SOGIBA**  
Asociación Argentina de Cirugía

PATROCINADOR PLATINO

**varian**

A Siemens Healthineers Company

PATROCINADORES ORO



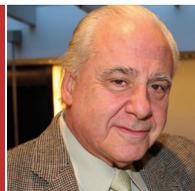
PATROCINADOR PLATA



ORGANIZADO POR



## COVID, cáncer y medios de comunicación



**Dr. Mario Bruno**

Past President SAC y Secretario permanente de FESCAS.

El 1º de Septiembre se conmemoró el 26 Aniversario del Día Internacional del Paciente Oncológico, establecido por la Federación de Sociedades de Cancerología de América del Sur. La sesión fue una reunión conjunta entre las Sociedades Argentina de Cancerología (SAC) y de Periodismo Médico (SAPEM), y el tema desarrollado fue: COVID, CÁNCER Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN. Bajo la coordinación del Dr. Mario Bruno, participaron como disertantes, el Dr. Jorge Puyol, presidente de SAC, el Dr. Mariano Jehin, presidente de SAPEM, y como invitado especial, el Dr. Charles Da Silva Rodrigues, profesor de la Universidad de Guanajuato, México.

El Dr. Jorge Pujol, expuso el tema de los pacientes oncológicos, que padecieron Covid19. Nos decía “La cronología de la Pandemia por Sar-Covid-19 se inició el 31 de diciembre de 2019 en Wuhan, China. La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud establecieron guías mundiales durante la primera ola, por la enorme cantidad de contagios y el riesgo aparente evidenciado en pacientes con quimioterapia en China. Las sociedades científicas dieron consejos sobre priorizar a los pacientes oncológicos por niveles de riesgo, basados en el estadio de su patología tumoral, y en el tratamiento a emplear: cirugía, radioterapia, quimioterapia y/o inmunoterapia.

La atención por la crisis provocada por los pacientes con Covid19, sobreexigió al sistema de salud en la Argentina, y dejó en segundo plano a las personas con enfermedades crónicas que requerían seguimiento. El slogan difundido por los medios de comunicación fue: “QUEDATE EN CASA”, a fin de minimizar las consultas en los sistemas de salud, y postergar cirugías y tratamientos de quimioterapia intensivos, con el objetivo de evitar por la sumatoria de contagiosidad, inmunosupresión y riesgo de muerte.

El personal de salud, con el transcurrir del tiempo y la llegada de mejor información, sumado a la implementación de los EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL, inicialmente insuficientes en los hospitales públicos, reanudó todos los tratamientos en forma progresiva y confiable. Sin embargo, surgió un nuevo obstáculo: muchas cirugías en personas con cáncer que requerían soporte postoperatorio en terapia, no se realizaron al no haber disponibilidad de camas en cuidados intensivos, ocupadas por pacientes con Covid. Además, hubo dificultades en conseguir medicamentos anestésicos y para endoscopias, con lo que este tipo de estudios diagnóstico, se demoraron.

Durante la segunda ola mundial, en Argentina, se logró que el personal de salud estuviera completamente vacunado (100% con 2 dosis). Sin embargo, el resto de la comunidad y los pacientes con cáncer en especial, no tenían el sin plan de vacunación completo. Por otra parte, se comprobó que era MUY ALTO EL RIESGO DE CONTAGIO Y MORTALIDAD EN PERSONAS CON:

1. Edad avanzada
2. Comorbilidades previas
3. Cáncer en estadios avanzados
4. Enfermedades pulmonares obstructivas y cardiovasculares
5. Trasplantados e inmunosuprimidos

Por lo tanto, las Sociedades Científicas y los Medios de Comunicación, solicitaron el máximo esfuerzo desde el estado para completar el plan de vacunación en un 80/90 % de la población, y así disminuir los riesgos en los grupos más vulnerables". Seguidamente, el Dr. Charles Da Silva Rodrigues, disertó sobre los trastornos neurológicos por Covid19 en pacientes oncológicos.

Nos contaba que: "La enfermedad oncológica es una dolencia que genera un deterioro paulatino tanto del funcionamiento general como de la ejecución básica del órgano o sistema afectado. Uno de los aspectos más importantes de este problema de salud pública, fue la afectación de los sistemas neurológicos y de los mecanismos neurocognitivos, provocados tanto por tumores encefálicos primitivos, como por tumores metastásicos en el SNC provenientes de pulmón, mamas, melanoma gastrointestinales, colorrectales y otros no identificados. , mismos que se consideran como los más frecuentes entre la población mundial. Además, hay que sumarle los efectos neurotóxicos de las terapias utilizadas contra el cáncer.

Estas complicaciones funcionales, con la aparición del nuevo coronavirus (CoV) tipo 2 agravó o incluso potenció, una serie de comorbilidades asociadas a la enfermedad covid-19, producida por dicho virus. El SARS-CoV-2, debido a su elevada capacidad patogénica, se propagó de manera precipitada por los órganos del cuerpo, reportándose diversos casos de inflamación encefálica, encefalomielitis diseminada aguda, síndrome de Guillian-Barré, infartos isquémicos generalizados, encefalitis, encefalopatía transitoria con delirio o psicosis, entre otros trastornos cerebrales.

Las manifestaciones neuropsicológicas se describieron a partir de cuadros de ceguera cortical, dificultad para coordinar los movimientos, debilidad para ejecutar movimientos oculares o faciales, parestia, hemiparesia, dolor crónico, alteración del ritmo cardiaco, de la tensión arterial, alteraciones del control de esfínteres, entre otras consecuencias incapacitantes, en su mayoría, del sistema motor. Estas alteraciones fueron, en algunos casos, permanentes y definitivas, necesitando de la supervisión y del apoyo de otro adulto para realizar las actividades de la vida diaria o actividades instrumentales.

Las secuelas post-infecciosas han estado casi exclusivamente relacionadas con los trastornos neurocognitivos y con algunas situaciones de sintomatología psiquiátrica, aunque también se reportaron pacientes con cambios psicológicos en el periodo de convalecencia o al momento de recibir el alta clínica. Las alteraciones psicológicas estuvieron asociadas a pacientes con síntomas neurológicos y elevados índices de anticuerpos en el líquido cefalorraquídeo, o con cambios en la sustancia blanca cerebral, a pesar de que no fu posible establecer una relación directa.

Esto propone una reflexión sobre cómo las instituciones de salud, podrán prepararse para el manejo del síndrome post-infecciosa de la covid-19. La creación de protocolos de prevención, intervención y rehabilitación neuropsicológica; la evaluación y aplicación de técnicas en el tratamiento, y el seguimiento

multidisciplinario, resultarán indispensables para minimizar el daño cerebral, entre otros aspectos esenciales en el proceso ambulatorio de recuperación”

Finalmente, el Lic. Mariano Jehin, hizo referencia a como los medios de comunicación desarrollaron los temas, Covid19 y cáncer. “El 2020 será recordado como el año del COVID en todo el mundo, por lo que trajo y se llevó. Nació a finales del 2019 y continuará durante esta década en las conversaciones cotidianas, en las salas de los hospitales y en nuestra memoria. Es parte de cada ser humano en todo el mundo, como así lo es esta conmemoración para quienes estamos conectados este 1º de septiembre de 2021.

El tema, en esta oportunidad, es la conexión, correspondencia, trato o unión que hay entre dos enfermedades sociales que afectan más allá de a quienes la padecen, porque son sociales. Las comunicamos, las compartimos, nos llegan.

Y durante la pandemia, los medios de difusión masiva llegaron a nuestro vocabulario con mayor influencia. Aprendimos que había nuevos términos, o que conocíamos poco, y nos invitaron a conocer un discurso distinto. Quizás perdimos el canal de contacto cara a cara, y necesitábamos volver al teléfono, a la televisión, y a quedarnos en casa con nuestros problemas.

El cáncer pasó a ser secundario en la agenda mediática., La connotación negativa de la que solía ser la enfermedad enemiga número uno, quedó en segundo lugar. El COVID vino a disputarle ese cetro que los medios de difusión e intereses comerciales impuros han construido durante décadas. En las redes sociales, las cadenas de oraciones se mudaron al coronavirus, y solo quedaron alrededor los protagonistas, otros enfermos oncológicos, sus familiares/amigos y médicos, en muchos casos virtuales.

Sin embargo, hay que ver la oportunidad que nos abrieron los medios de difusión, tanto los tradicionales como los digitales. Aprendimos a valorar los momentos, los segundos, los abrazos, estar abierto a escuchar con más atención, a desear que llegue un WhatsApp. Nos obligó a reconocer un tono de voz, y en las videoconferencias, a ver a los ojos más que a un papel o historia clínica. En algún punto, pasamos a ser la compañía de un paciente oncológico, porque al ser humanos con aislamiento social padecemos., Queríamos transmitir esperanza, pero no sabíamos cómo. Solo tratábamos de levantar el ánimo, pensábamos en cuentas pendientes y soñábamos con volver a ser.

Hoy, los medios nos desafían otra vez. ¿Aprendimos a evitar cerrarnos en nuestros pensamientos? ¿Valoramos la pequeña comunicación o agradecemos que puedo escuchar mensajes al doble de velocidad? Cada día nos levantamos a vivir, saliendo o no, pero agradeciendo que pudimos entender por un tiempo lo que es ser un paciente, ya que la esperanza de curarnos fue lo único que nos mantuvo libres.

Todos perdimos a alguien, ya no podemos diferenciarnos entre pacientes, familiares, recuperados, somos lo mismo. Un conjunto con oportunidades de salir. De romper con los medios, de saber que somos los medios, que “del cáncer yo hablo”, con mis 10, 100 o 500 seguidores, amigos o ex contactos que salieron de un grupo o me bloquearon porque comuniqué la celebración del día del paciente oncológico”. Luego de las tres exposiciones, entidades argentinas y extranjeras, integradas por pacientes, expresaron como debieron adaptar sus actividades habituales, a las conductas sanitarias y al aislamiento provocado por la pandemia. Finalizó la reunión, con un deseo unánime de retomar las actividades propias de cada entidad, apenas la pandemia lo permita.

# Noticias esperanzadoras en Cáncer de Cuello en el año 2021



**Dra. Clelia Vico**

Coordinadora Capítulo de Oncología Ginecológica y Mamaria - SAC.



**Dra. Rosa María Garrido**

Coordinadora Capítulo de Oncología Ginecológica y Mamaria - SAC.

El cáncer de cuello uterino desde hace muchos años es una gran preocupación a nivel global, es el tercer tumor ginecológico en frecuencia a nivel mundial y el primero en los países en vías de desarrollo, y es un importante problema de salud pública en todo el mundo. Desde hace años las sociedades científicas afines al estudio del cáncer de cuello de útero vienen haciendo hincapié en la necesidad de intensificar la investigación clínica para mejorar los tratamientos disponibles con el fin de disminuir la mortalidad por cáncer de cérvix.

La incidencia de cáncer de cuello uterino en los Estados Unidos disminuyó aproximadamente un 1% por año entre 2001 y 2017, pero al mismo tiempo hubo un aumento en la incidencia de otros cánceres relacionados con el virus del papiloma humano (VPH), como revelan nuevos estudios. Durante el mismo período, hubo un aumento anual general del 1.3% en cánceres orofaríngeos, anales, rectales y vulvar es en mujeres y un aumento anual del 2.3% en estos cánceres en hombres.

El VPH está asociado con más del 90% de los cánceres de cuello uterino y entre el 60% y el 75% de los cánceres de orofaringe, vulva, vagina y pene en los EE.UU.

Desde la aparición de las vacunas contra el VPH en el 2006, en muchos países se incorporaron rápidamente en sus planes de vacunación los resultados de sus beneficios que están mostrando la disminución de la incidencia de la patología oncológica cervical y es quizás esos datos los que han llevado a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a la implementación de un programa de triple intervención.

La Estrategia Mundial de la OMS para Acelerar la Eliminación del Cáncer del Cuello Uterino, cuyo lanzamiento ha tenido lugar en noviembre 2020, se basa en tres pilares fundamentales: la vacunación, la detección y el tratamiento. La aplicación con éxito de los tres podría llevar a una reducción de más del 40% de los nuevos casos de la enfermedad y evitar 5 millones de muertes relacionadas con ella para el año 2050.

El logro de las siguientes metas para el año 2030 pondrá a todos los países en el camino hacia la eliminación:

- **90%** de las niñas totalmente vacunadas antes de cumplir los 15 años con la vacuna contra el virus del papiloma humano
- **70%** de las mujeres examinadas antes de los 35 y nuevamente antes de los 45 años mediante una prueba de alta precisión
- **90%** de las mujeres diagnosticadas con cáncer del cuello uterino reciban tratamiento (90% de las mujeres con lesiones precancerosas y 90% de las mujeres con cáncer invasivo).

Triple intervención 90–70–90 (Canfell K, Kim JJ, Brisson M, Keane A, *thelancet.com* Vol 395 February 22, 2020)

El último informe de Globocan 2020 nos muestra un panorama actual de la situación en incidencia y mortalidad sobre cáncer de cuello uterino con datos mundiales y argentinos (*Figuras 1; 2; 3 y 4*)

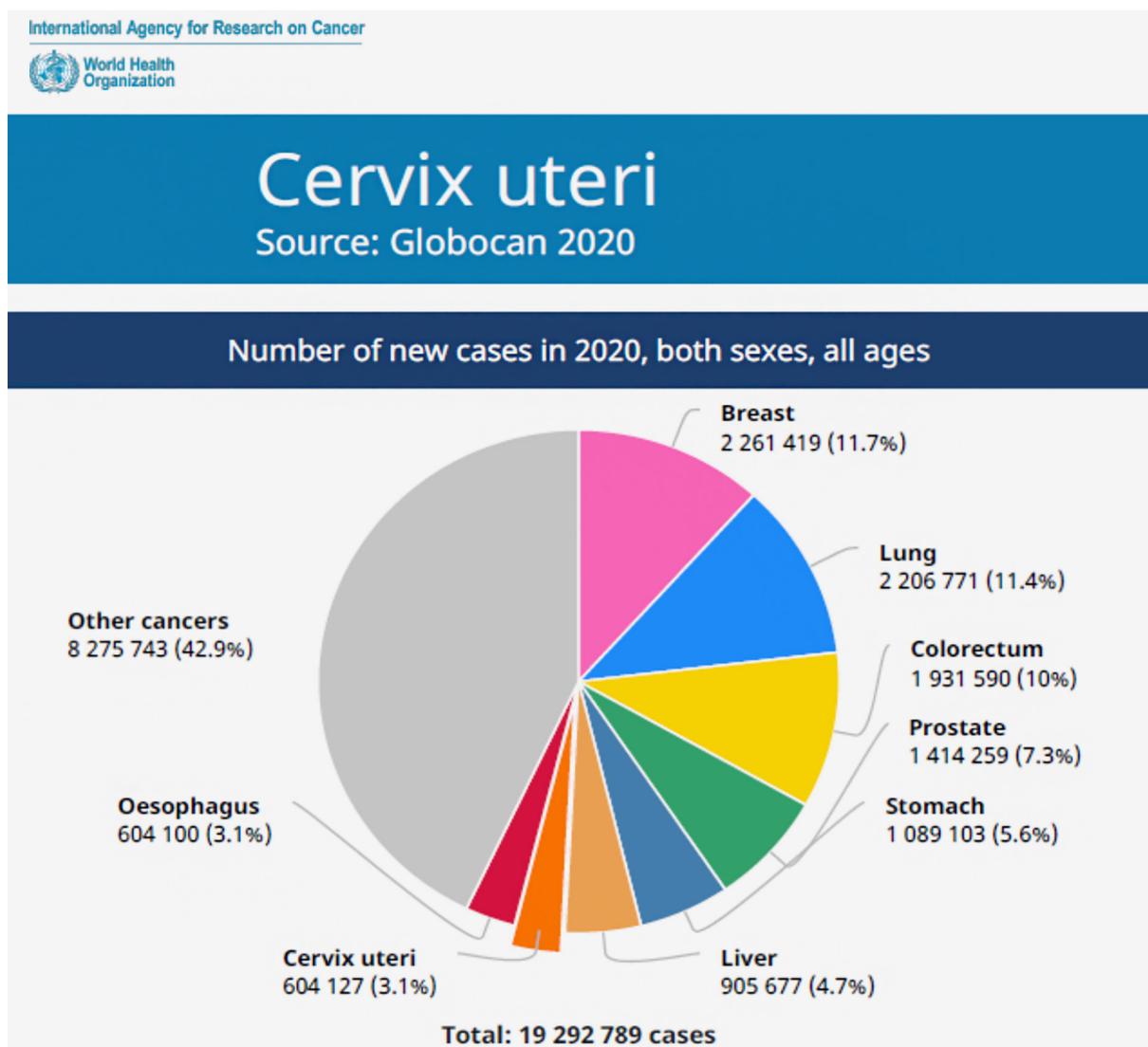


Figura 1: Número de nuevos casos en el 2020 en ambos sexos y en todas las edades. Observemos las cifras de Cáncer de Cérvix Uterino en el mundo.

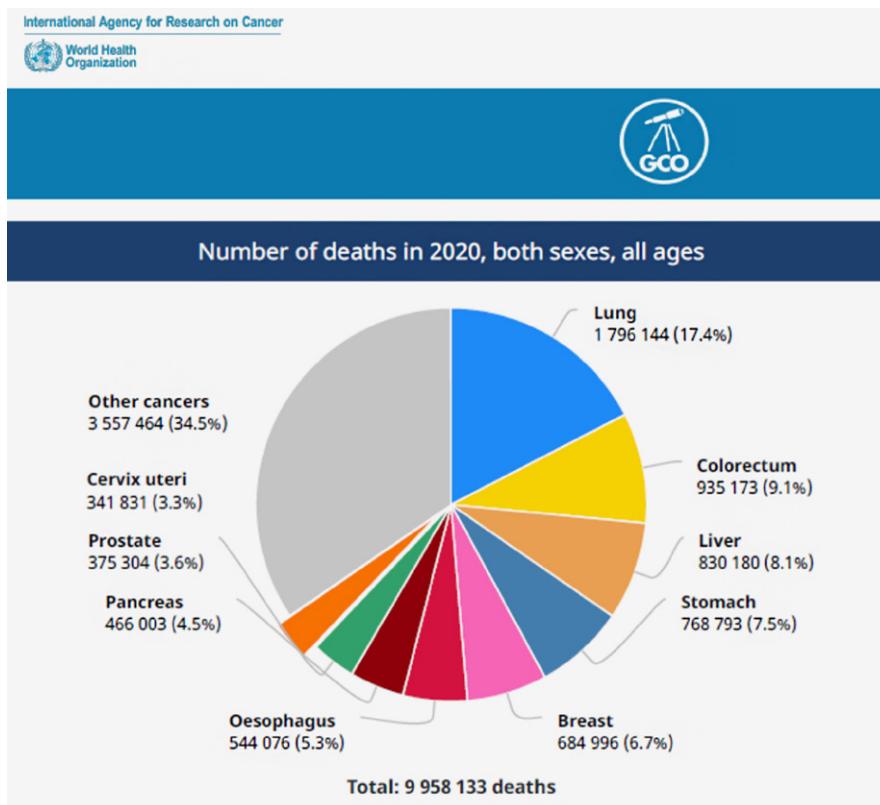


Figura 2: Número de muertes en el 2020 ambos sexos y todas las edades. Observemos las cifras de Cáncer de Cérvix Uterino en el mundo.

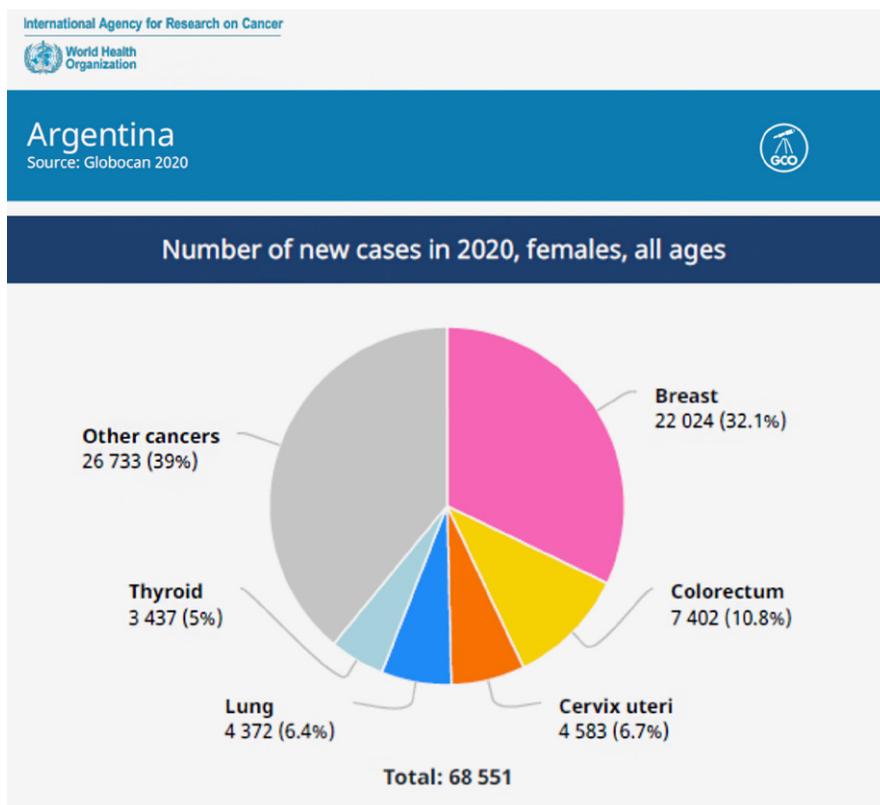


Figura 3: Número de casos nuevos en el 2020 en las mujeres todas las edades. Observemos las cifras de Cáncer de Cérvix Uterino en Argentina

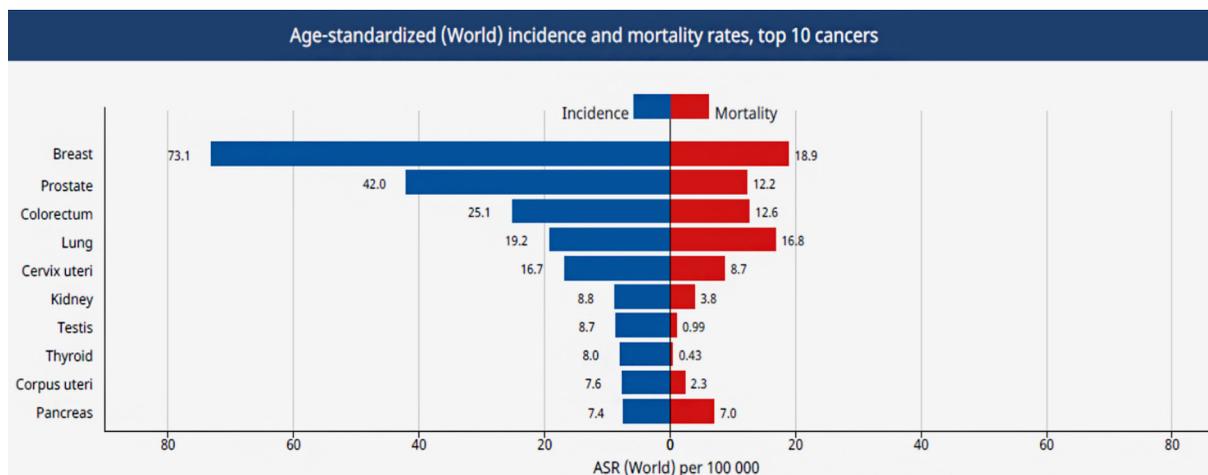


Figura 4: Incidencia y Mortalidad según Globocan 2020. Observemos los datos de Cáncer de Cérvix Uterino en Argentina

En Argentina se diagnostican alrededor de 4.500 casos nuevos por año y se estima que fallecen a causa del Cáncer de Cérvix Uterino unas 2.000 mujeres por año, con un promedio de edad de 46 años (INC, 2018)

Las pacientes con enfermedad recurrente no susceptibles de control local o metástasis a distancia tienen un pronóstico muy pobre: un año de supervivencia (menor al 20% de sobrevivida al año) (CA CANCER JCLIN 2019;69:7–34; Gynecologic Oncology October 2018)

La historia más reciente sobre un tratamiento distinto al habitual del cáncer de cuello uterino data del año 1999 donde un alerta del Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos determinó un nuevo estándar en el tratamiento del cáncer de cuello después de la publicación de cinco trabajos (Keys HM et al. N Engl J Med 1999;340:1154–61. Morris M, Eifel PJ et al. N Engl J Med 1999;340:1137–43. Rose PG et al. N Engl J Med 1999;340:1144–53. Whitney CW et al. J Clin Oncol 1999;17:1339–48. Peters WA et al. J Clin Oncol 2000;18:1606–13) los que mostraban una disminución de riesgo de mortalidad entre el 30 % y el 50% en pacientes con cáncer cuello localmente avanzado con un tratamiento de quimiorradioterapia: cisplatino concomitante con radioterapia vs radioterapia, pero a pesar de esos resultados el riesgo de recurrencia de la enfermedad es del 10%-20% en FIGO estadios IB-IIA y 50%-70% en los casos localmente avanzados estadios IIIB-IVA.

En la actualidad hay puntos de discusión en el capítulo del cáncer de cuello uterino potencialmente curable, uno de ellos es la indicación de neoadyuvancia seguida de cirugía en comparación con la quimiorradiación concomitante en el carcinoma cervical en estadios IB2- IIB. La justificación del uso de quimioterapia neoadyuvante (NACT) incluye: 1- Reducción del tamaño del tumor primario, lo que permite la operabilidad. 2- Erradicación de enfermedad micrometastásica, 3- Aumento potencial de la vascularización del tumor, 4-Reducción del número de células hipóxicas (Eur J Cancer 1998; 34: 341–346. GynecolOncol 1986; 25: 139–149. Int J Gynecol Cancer 1995; 5: 296–300.).

En la aplicación de quimioterapia neoadyuvante seguida de cirugía radical (operación de Wertheim Meigs) se está a la espera del resultado de protocolos prospectivos internacionales en curso para definir en qué circunstancias tiene una precisa indicación. These results indicate that NACT may offer a benefit over surgery alone in cervical cancer patients (borderline LACC, nodes positive, parametrial invasion at MRI), reducing the need for adjuvant RT [I, C].

La Quimioterapia Neoadyuvante (NACT) puede ofrecer un beneficio sobre la cirugía sola en pacientes con cáncer de cuello uterino

- Cáncer locamente avanzado en el límite del tamaño tumoral para el tratamiento quirúrgico)
- Ganglios positivos
- Invasión parametrial positiva en la resonancia magnética.  
Y en estas circunstancias reduce la necesidad de RT adyuvante.

Recomendación I C: Evidencia de al menos un gran ensayo controlado aleatorio de buena calidad metodológica (bajo potencial de sesgo) o metaanálisis de ensayos aleatorios bien realizados sin heterogeneidad. La evidencia insuficiente de eficacia o beneficio no supera el riesgo o las desventajas (eventos adversos, costos,...) Opcional (Cervical cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology Volume 28 | Supplement 4 | August 2017)

La NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®)

Cervical Cancer Version 1.2021 —October 2, 2020 refiere: Según datos sobre pacientes con cáncer de cuello uterino en un meta-análisis con Estadios IB1 a IIA encontraron que la quimioterapia neoadyuvante puede reducir la necesidad de radioterapia adyuvante al disminución del tamaño del tumor y metástasis, pero no se asoció a un beneficio en la sobrevida global. (Kim HS, Sardi JE, Katsumata N, et al Eur J Surg Oncol 2013;39:115- 124). Sin embargo, los datos de un segundo meta-análisis sugirieron que la respuesta a la quimioterapia neoadyuvante fue un factor pronóstico fuerte para sobrevida libre de progresión y sobrevida total. (Landoni F, Sartori E, Maggino T, et al. Gynecol Oncol 2014;132:611-617. Ye Q, Yuan HX, Chen HL. J Cancer Res Clin Oncol 2013;139:1887-1898). Fuera de un ensayo clínico, el panel no recomienda el uso de quimioterapia neoadyuvante.

Las indicaciones más aceptadas en el tratamiento del cáncer de cuello son en estadios iniciales IB2, en casos de tratamientos para preservación de la fertilidad o el interés de gestar o no gestar en estadio IB2-IB3- IIA para posibilitar luego el tratamiento quirúrgico.

La investigación en Curso para definir el verdadero rol de la neoadyuvancia en preservación de la fertilidad FIGO 2018 es el ensayo Stage IB2 (2–4 cm) **Cervical cancer treated with Neo-adjuvant chemotherapy followed by fertility Sparing Surgery (CONTESSA); Neo-Adjuvant Chemotherapy and Conservative Surgery in Cervical Cancer to Preserve Fertility (NEOCON-F). A PMHC, DGOG, GCIG/CCRN and multicenter study.** (Marie Plante, Nienke van Trommel, Stephanie Lheureux, et al. Int J Gynecol Cancer 2019;29: 969–975)

Actualmente estamos esperando respuesta sobre el valor de la quimioterapia neoadyuvante ya que está transcurriendo el ensayo clínico **INTERLACE**: sobre quimioterapia de Inducción con un nuevo enfoque 1-Reducir la duración del ciclo a tratamiento semanal. 2-Incorporar taxanos y mantener platino. 3- Eliminar el retraso entre la quimioterapia y la quimiorradioterapia definitiva.

Esquema de tratamiento Paclitaxel semanal (80 mg/m<sup>2</sup> y Carboplatino (AUC2) entre las semanas 1-6 seguido de quimiorradioterapia entre las semanas 7 y 13 comparando con el tratamiento estándar de quimiorradioterapia (Radioterapia+ 40 mg/m<sup>2</sup> por 5 semanas)(Figura 5)

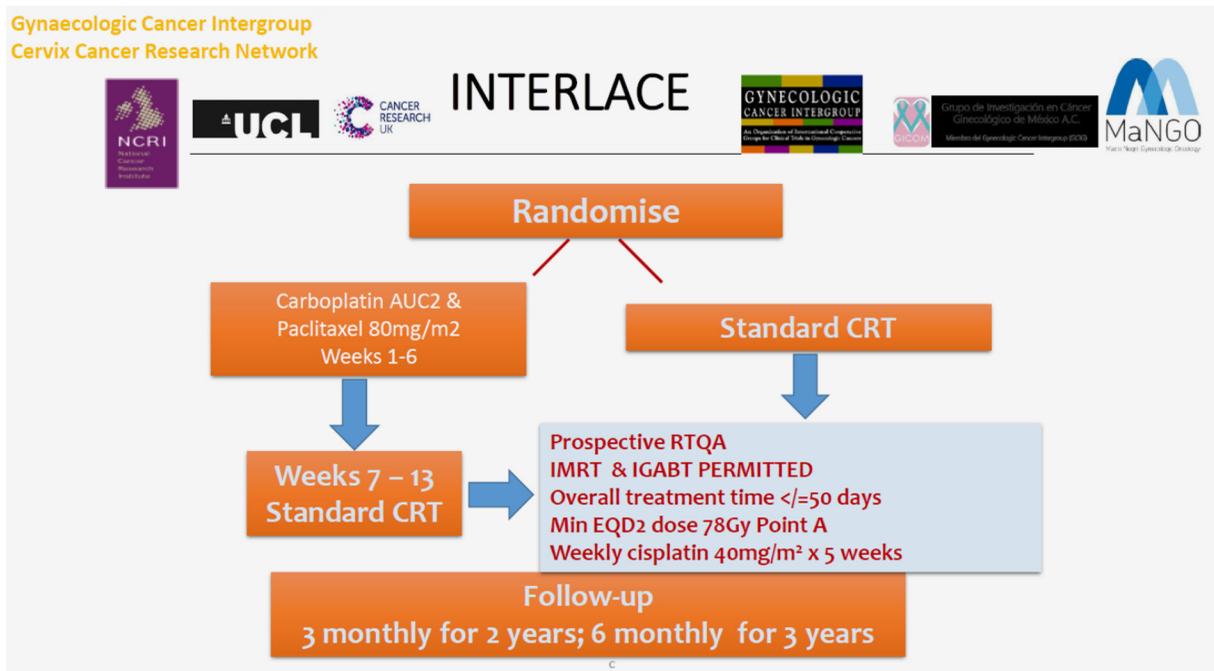


Figura 5: Diseño del Estudio que está transcurriendo

### Criterios de inclusión

- FIGO IB1 ganglios positivos.
- FIGO IB2-IVA.
- Carcinoma escamoso, Adenocarcinoma y Adenoescamoso.
- Adecuada función renal y hepática.
- VIH negativo documentado en (países de alto riesgo).

### Criterios de exclusión

- Afectación del tercio inferior de la vagina.
- Neoplasia pélvica previa.
- Antecedentes de enfermedad de Crohn.
- Hidronefrosis, a menos que se alivie con la colocación de un stent / nefrostomía, excepto si el riñón no funciona.
- Ganglios linfáticos aumentados de tamaño ( $> 15$  mm TC / MRI) por encima de la bifurcación aórtica.

**El ensayo INTERLACE nos dará la respuesta tan esperada para definir la controversia sobre la utilidad de la quimioterapia neoadyuvante?. Estamos a la espera de sus resultados...**

En el año 2014 en la Reunión de Oncología Clínica de la Sociedad Americana EEUU (ASCO) se dan a conocer los resultados del **Ensayo Clínico 240de Fase III sobre cáncer de cuello uterino recaído y metastásico** (Figura 6-7) que incorporaba el anticuerpo monoclonal antiangiogénico bevacizumab ya que

evidencias acumuladas apoyaban el concepto que la angiogénesis tenía un rol central en la carcinogénesis cervical y en la progresión de la enfermedad.

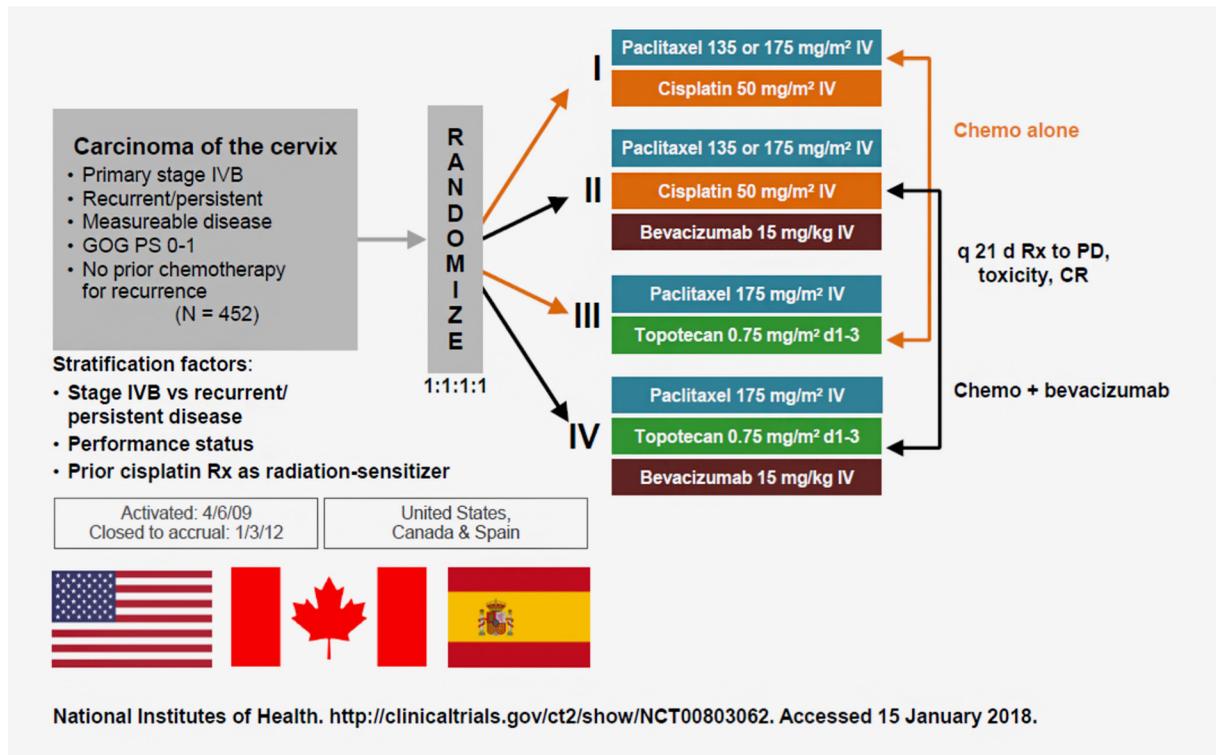


Figura 6: Diseño del Ensayo 240. Datos de Sobrevida Total

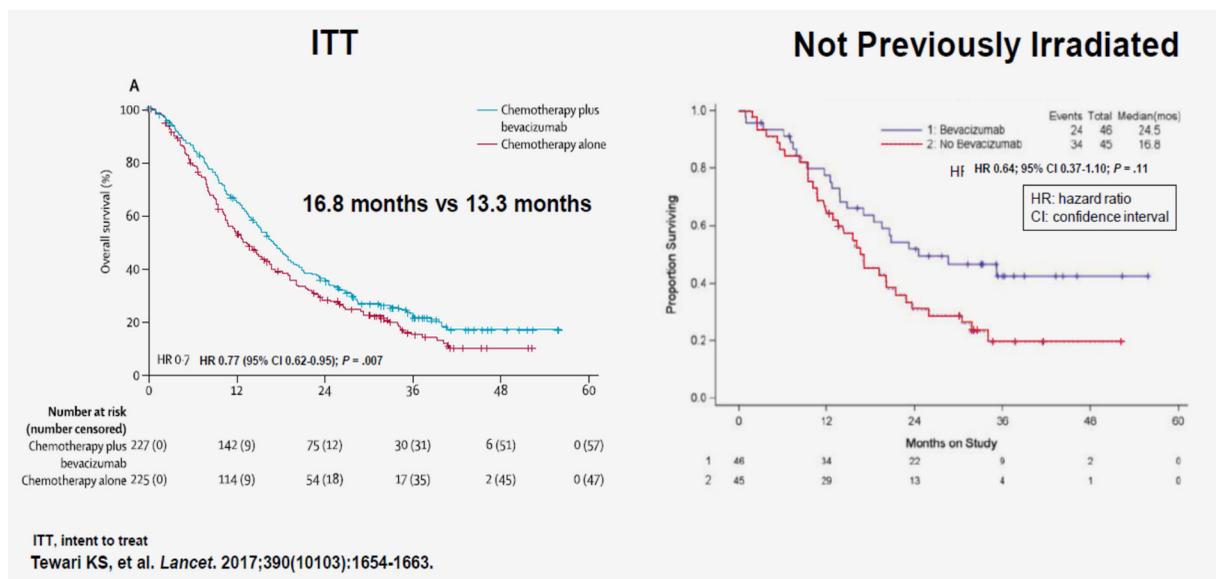


Figura 7: Datos de Sobrevida del ensayo 240

Las fístulas siempre fueron una preocupación con la aplicación de bevacizumab en las pacientes que tenían antecedentes de radioterapia.

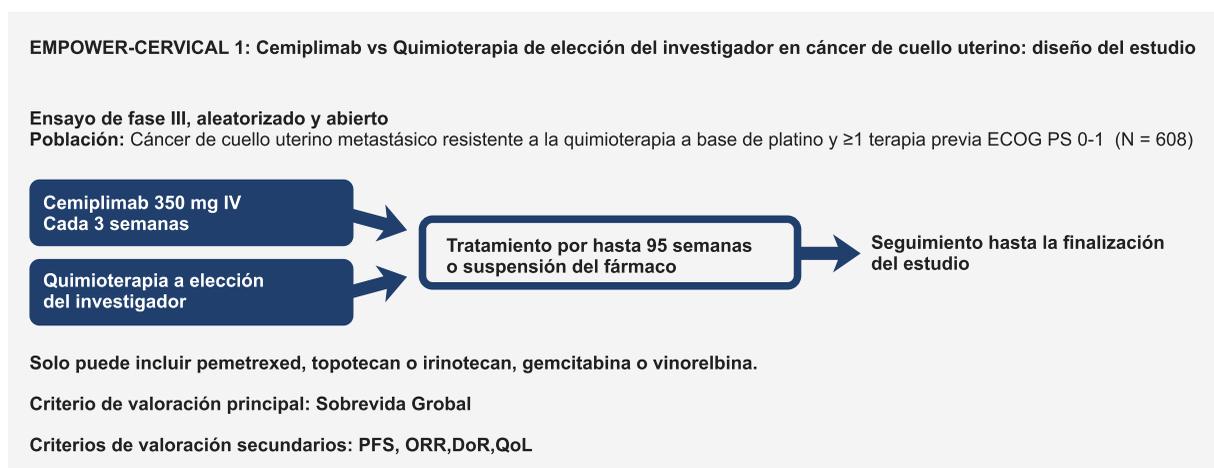
Las fístulas gastrointestinales y genitourinarias grado mayor o igual a 2 ocurrieron en el 8.6% de las pacientes tratadas con bevacizumab en las pacientes que habían recibido radioterapia previa y grado mayor o igual a 2 gastrointestinales con perforación en el 2.3% de las pacientes tratadas con bevacizumab (Tewari KS, et al. NEngl J Med.2014; 370 (8): 734-743. Tewari KS, et al.Lancet.2017; 390 (10103): 1654 -1663). En pacientes con cáncer de cuello uterino tratadas con radioterapia pélvica, la adición de bevacizumab aumentó sustancialmente el riesgo de formación de fístulas, es recomendable manejarse con precaución y con estrecha vigilancia en estas pacientes (Kim N, et al. Int J GynecolCancer 2021;31:59–65)

## GOG 240: Conclusiones

- Bevacizumab + Quimioterapia mejoró significativamente la Sobrevida Total en el Estadio IVB del Cáncer cervical recurrente o persistente.
- 4 meses de mejoría clínica significativa en la Sobrevida Total.
- Incrementó de la Sobrevida Libre a la Progresión.
- Cisplatino + Paclitaxel es el estándar.
- Beneficio incluso en la pelvis irradiada.
- Bevacizumab se asoció con efectos adversos 3-8%.
- La mejoría de la Sobrevida Total con Bevacizumab no se acompañó con disminución de la Calidad de Vida.
- Es el 1er agente target que mejora la Sobrevida Total en el Cáncer Ginecológico.

Después del 2014 recién aparecen nuevas novedades en el tratamiento del cáncer de cuello uterino en el transcurso de este año 2021.

Una de ellas es el cemiplimab un anticuerpo monoclonal IgG4 completamente humano contra PD-1 (Libtayo) inmunoterápico que en el ensayo de fase 3 (*Figura 8*) muestra sobrevida prolongada como segunda línea en el tratamiento de cáncer de cuello uterino recurrentes o metastásicos, si bien no está aprobado en esta localización aún, cemiplimab fue aprobado recientemente en los Estados Unidos para su uso en ciertos pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas y para el tratamiento del carcinoma cutáneo de células escamosas avanzado.



*Figura 8: Diseño del Ensayo Empower-Cervical 1. Tewari. ESMO 2021. Abstr VP4. NCT03257267*  
 PFS; SOBREVIDA LIBRE DE ENFERMEDAD, ORR: TASA DE RESPUESTA, DoR: duración de respuesta, QoL: calidad de vida.

Se conocieron en ESMO 2021 los resultados del tratamiento del cáncer de cuello uterino que provienen de la observación del segundo análisis intermedio del estudio EMPOWER-CERVICAL 1 / GOG-3016 / ENGOT-CX9, randomizado y abierto.

Esta inmunoterapia demuestra beneficio de sobrevida estadísticamente significativa, en el carcinoma de cuello uterino recurrente o metastásico, después de la progresión de primera línea con platino. El segundo análisis intermedio se realizó con una mediana de seguimiento de 18,2 meses, cuando se había producido el 85% del total de eventos de sobrevida global. Se incluyeron 608 mujeres (edad media, 51 años) con cáncer de cuello uterino que habían progresado después de la quimioterapia de primera línea basada en platino. Las pacientes independientemente de la expresión de PD-L1. Fueron randomizadas al azar en una proporción de 1:1 para recibir cemiplimab 350 mg por vía intravenosa cada 3 semanas o la elección del investigador de una quimioterapia única (pemetrexed, vinorelbine, gemcitabina, irinotecano topotecan) por hasta 96 semanas. Los resultados muestran una sobrevida media de 12,0 meses con cemiplimab, frente a 8,5 meses con quimioterapia (índice de riesgo [HR], 0,69) la mediana de sobrevida global fue de 11,1 meses con cemiplimab, frente a 8,8 meses con quimioterapia (HR, 0,73) en pacientes que tenían carcinoma de células escamosas de cuello uterino (CCE). Siendo de 13,3 meses, frente a 7,0 meses (HR, 0,56) en pacientes que tenían adenocarcinoma.

Las pacientes que tenían carcinoma de células escamosas de cuello uterino representó la mayoría de los pacientes en ambos brazos (239 de 304 pacientes que tomaban cemiplimab y 238 de 304 pacientes que recibían quimioterapia).

La sobrevida libre de progresión (SLP) tanto en la población general como en la de cáncer cervical escamoso (CCE) fue de 2,8 y 2,9 meses con cemiplimab y quimioterapia, respectivamente (HR, 0,75 y 0,71) y 2,7 y 2,8 meses, respectivamente, para los pacientes con adenocarcinoma (HR, 0,91).

Aunque la SLP parece similar, el beneficio global de SLP fue impulsado por la cola de la curva, las curvas se separaron aproximadamente a los 4 meses para las poblaciones general y de SCC y permanecieron así. Como es conocido cuando las pacientes responden a la inmunoterapia se benefician en un largo plazo. Se observó buena tolerancia entre los eventos adversos figura anemia, náuseas y vómitos, que ocurrieron con más frecuencia con cemiplimab que con quimioterapia, efectos mencionados para los fármacos inhibidores de PD-1 / PD-L1.

### EMPOWER-CERVICAL 1: Sobrevida Total en la población con Cáncer Escamoso

En el segundo análisis intermedio (85% del total de eventos de SG), **el comité independiente de monitoreo de datos y seguridad** (IDMC) recomendó que el ensayo se detuviera antes por razones de eficacia. (Figura 9-10-11)

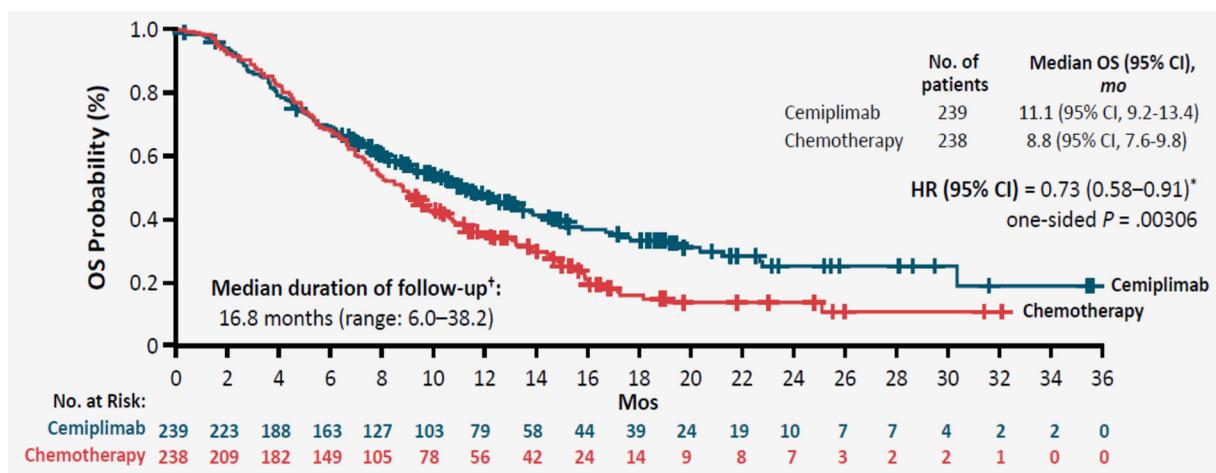


Figura 9: Sobrevida Total en la población con Cáncer Escamoso.  
Tewari. ESMO 2021. Abstr VP4. NCT03257267

## EMPOWER-CERVICAL 1: Sobrevida Total en toda la población

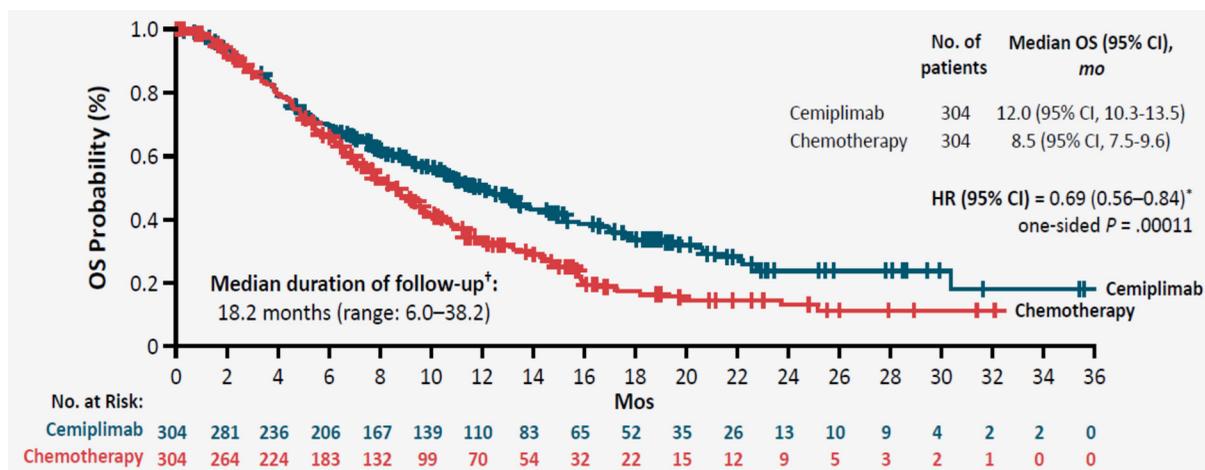


Figura 10: Sobrevida Total en toda la población  
Tewari. ESMO 2021. Abstr VP4. NCT03257267

## EMPOWER-CERVICAL 1: Sobrevida Total en la población con Adenocarcinoma

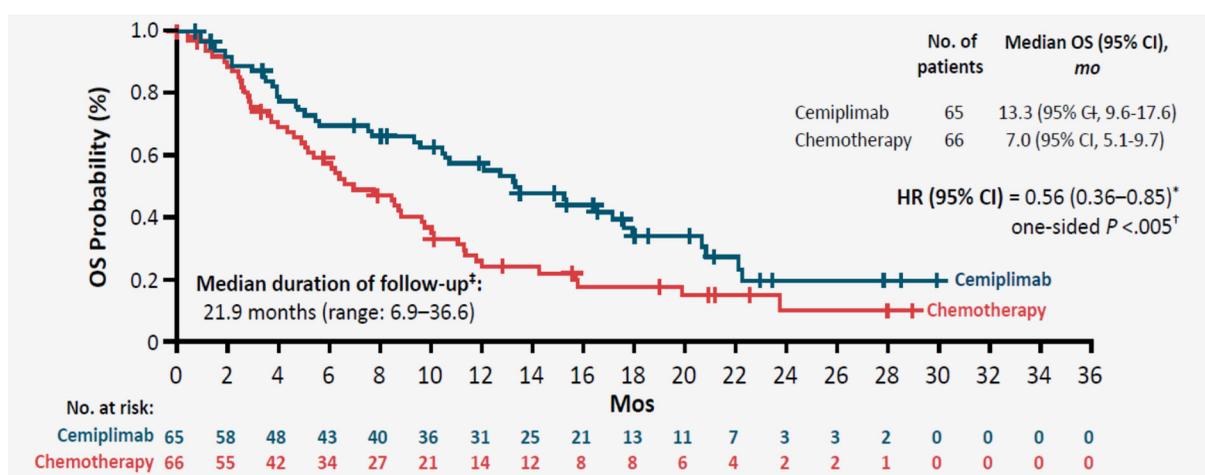


Figura 11: Sobrevida Total en la población con Adenocarcinoma  
Tewari. ESMO 2021. Abstr VP4. NCT03257267

Es el inicio de un nuevo camino, en el que empezamos a observar nuevos tipos de drogas con la única finalidad de mejorar la sobrevida de esta patología que anualmente mata a más de 375.000 mujeres por año en todo el mundo.

En la reunión de ESMO 2021 la ginecología oncológica se vio sorprendida con una excelente noticia relacionada a nueva propuesta terapéutica para pacientes con cáncer de cuello uterino persistente, recurrente o metastásico, la adición de pembrolizumab a la quimioterapia con o sin bevacizumab mejoró significativamente las tasas de sobrevida y respuesta. Los datos del primer análisis intermedio del ensayo de fase 3 KEYNOTE-826 (NCT036355667). En este ensayo doble ciego KEYNOTE-826, ingresaron pacientes con cáncer de cuello uterino persistente, recurrente o metastásico que no eran susceptibles de tratamiento curativo. (Figura 12)

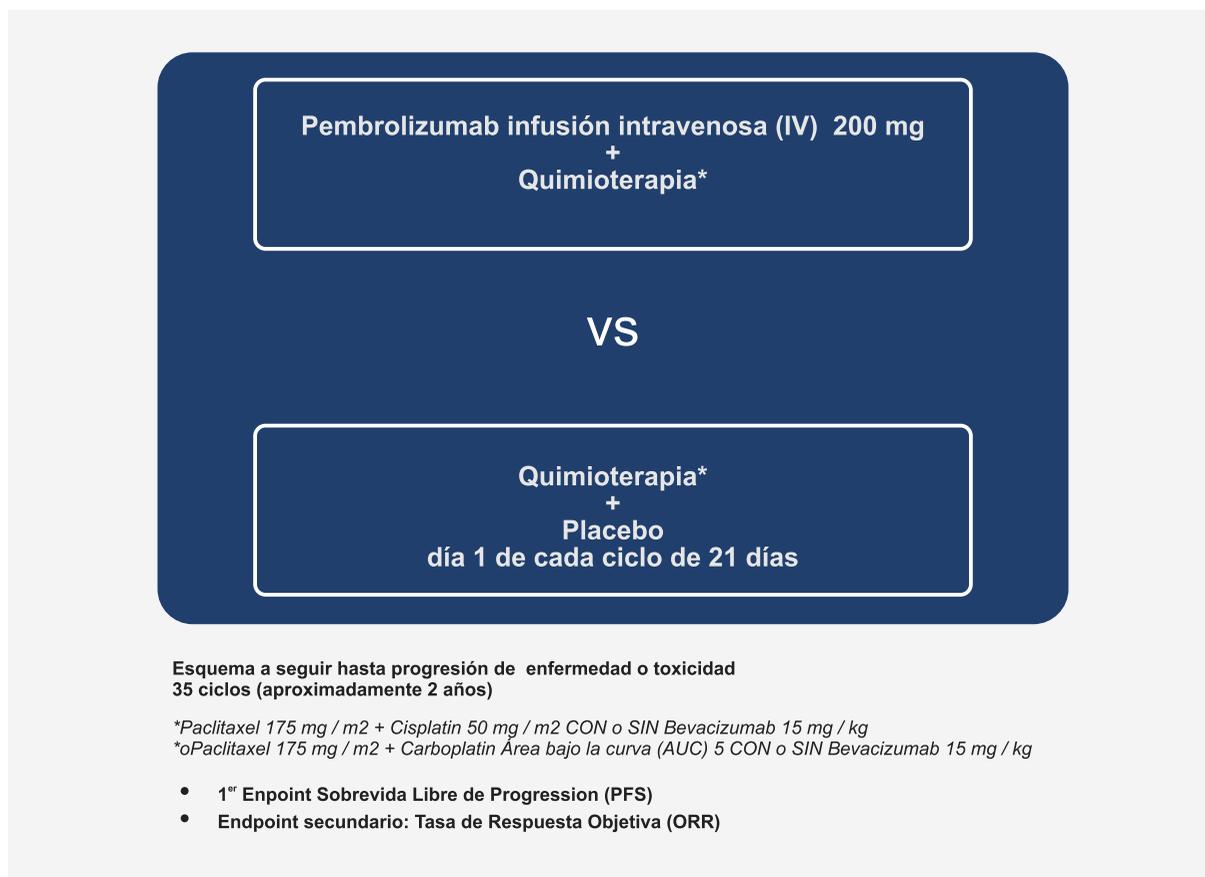


Figura 12: Diseño del Ensayo Keynote 826

Se asignó al azar a un total de 617 participantes 1: 1 para recibir pembrolizumab intravenoso (IV) a 200 mg cada 3 semanas durante un período de hasta 35 ciclos más paclitaxel y cisplatino o carboplatino cada 3 semanas durante hasta 6 ciclos con o sin bevacizumab IV a 15 mg / kg cada 3 semanas (n = 308) o placebo más quimioterapia con o sin bevacizumab en la misma dosis y número de ciclos (n = 309).

Los factores de estratificación incluyeron pacientes con enfermedad metastásica en el momento del diagnóstico, PD-L1 CPS (menor a 1, 1 a 10, y mayor o igual a 10) y uso planificado de bevacizumab. Las pacientes incluidas debían tener un estado funcional ECOG de 0 o 1 y no podían tener el antecedente de haber recibido previamente quimioterapia sistémica. Se permitió el antecedente de tratamiento con radioterapia y quimiorradioterapia. El beneficio de sobrevida libre de progresión (SLP) y sobrevida global (SG) de agregar pembrolizumab se evaluó secuencialmente en 3 poblaciones de pacientes: 1) aquellas con PD-L1 CPS de 1 o más, 2) todas las pacientes (all comers) y 3) aquellas con PD-L1 CPS de 10 o más. A la fecha de corte de datos del 3 de mayo de 2021, 307 pacientes del brazo de investigación y 309 pacientes del brazo de control recibieron tratamiento. Entre la población de todos los participantes, la edad media entre los brazos fue de 50,5 años (rango, 22-82). Además, el 43,3% de los pacientes tenía un estado funcional ECOG de 1, el 72,3% tenía enfermedad de células escamosas y el 48,3% había recibido previamente quimiorradiación o radiación. (NEJM, September 18, 2021). En cuanto al estado de PD-L1, el 51,4% de los pacientes tenía un CPS de 10 o más, el 37,4% tenía un CPS entre 1 y 10 y el 11,2% tenía un CPS de menos de 1. El 63,1% de los pacientes utilizó bevacizumab durante el estudio. La Dra. Nicoletta Colombo, investigadora principal del estudio, mencionó que la incorporación de pembrolizumab a la quimioterapia con o sin bevacizumab

proporciona mejoras estadísticas y clínicamente significativas en la SSP y la SG en pacientes con cáncer de cuello uterino persistente, recurrente o metastásico. El beneficio significativo se observó en todas las poblaciones analizadas.

En 548 pacientes con una puntuación positiva combinada de PD-L1 de 1 o más, la mediana de progresión libre de supervivencia fue de 10,4 meses en el grupo de pembrolizumab y 8,2 meses en el grupo de placebo (índice de riesgo de progresión de la enfermedad o muerte, 0,62; Intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,50 a 0,77;  $P < 0,001$ ). En 617 pacientes en la intención-a la población a tratar, la supervivencia libre de progresión fue de 10,4 meses y 8,2 meses, respectivamente (índice de riesgo, 0,65; IC del 95%, 0,53 a 0,79;  $P < 0,001$ ). En 317 pacientes con una puntuación positiva combinada de PD-L1 de 10 o más, la supervivencia sin progresión fue de 10,4 meses y 8,1 meses, respectivamente (cociente de riesgo, 0,58; IC del 95%, 0,44 a 0,77;  $P < 0,001$ ). La supervivencia global a los 24 meses fue del 53,0% en el grupo de pembrolizumab y 41,7% en el grupo placebo (índice de riesgo de muerte, 0,64; IC del 95%, 0,50 a 0,81;  $P < 0,001$ ), 50,4% y 40,4% (índice de riesgo, 0,67; IC del 95%, 0,54 a 0,84;  $P < 0,001$ ) y 54,4% y 44,6% (índice de riesgo, 0,61; IC del 95%, 0,44 a 0,84;  $P = 0,001$ ), respectivamente. La supervivencia global en meses en la población con intención a tratar (all comers) fue de 24,4 meses en el grupo tratado con pembrolizumab versus 16,5 meses en el grupo que no recibió pembrolizumab (HR: 0.67 IC95%, 0.54-0.84,  $P < 0,001$ ).

Los eventos adversos de grado 3 a 5 más comunes fueron anemia (30,3% en el grupo de pembrolizumab y 26,9% en el grupo de placebo) y neutropenia (12,4% y 9,7%, respectivamente)

Las noticias son más que esperanzadoras, ya que la incorporación de nuevas drogas, especialmente inhibidores de checkpoint inmunológicos, combinadas con otras ya utilizadas en el tratamiento estándar nos están mostrando la nueva senda de tratamiento en el cáncer de cuello uterino aunque quizás las más grandes expectativas y esfuerzos deben estar en la prevención y en esta área las vacunas contra el VPH son la mejor estrategia contra el cáncer de cuello y ya empiezan también a darnos excelentes noticias mostrando un descenso del número de casos en algunos países del mundo.

# El tratamiento en adenocarcinoma de páncreas: casos clínicos



Dr. Guillermo Mendez

Jefe de la Sección de Oncología del Hospital de Gastroenterología “Dr. Carlos Bonorino Udaondo”

## Cáncer de Páncreas <sup>1-6</sup>

El adenocarcinoma ductal de páncreas (ADP) comprende más del 90% de las neoplasias malignas que pueden afectar dicha glándula. Es la cuarta causa de muerte relacionada al cáncer en el mundo con una supervivencia global a 5 años menor al 10%, y su incidencia es esperable que se duplique en los próximos 10 años, en parte, como consecuencia del incremento de la obesidad y DBT tipo 2, ambos implicados en la etiología del ADP.

La eficacia y resultados del tratamiento del ADP están directamente relacionados con el estadio al momento del diagnóstico. Estrategias con intención curativa, con cirugía más tratamientos adyuvantes, sólo es posible en 10-20% de los pacientes mientras que el 80-90% restante de los pacientes se presenta con enfermedad locorregionalmente avanzada y sobre todo metastásica.

La quimioterapia sistémica es usualmente utilizada en primera línea en estadios no pasibles de cirugía curativa siendo las fluoropirimidinas y gemcitabina, las primeras drogas utilizadas en demostrar beneficio por sobre el mejor cuidado de soporte en estadios avanzados. Recientemente, esquemas de combinación de drogas como FOLFIRINOX, régimen compuesto por 5-fluorouracilo, leucovorina, oxaliplatino e irinotecan, así como la combinación de gemcitabina con nab-paclitaxel han mejorado la supervivencia global versus gemcitabina monoterapia en los estudios de Fase III PRODIGE4 y MPACT, respectivamente. Ambos esquemas son considerados hoy como opciones válidas de tratamiento, cada uno con diferente perfil de toxicidad. Es de notar algunas diferencias entre las poblaciones de los dos estudios, PRODIGE4 y MPACT, destacándose en el estudio de FOLFIRINOX mayor proporción de pacientes más jóvenes (no incluyó pacientes mayores de 75 años), mayor proporción de pacientes con ECOG PS 0 (37% vs 16%), menor proporción de pacientes con ECOG PS 2 (1% vs 7%), y menor requerimiento de stent biliar (16% vs 19%)

Es esencial en este sentido, una adecuada selección clínica de los pacientes al momento de decidir la estrategia sistémica de tratamiento, siendo dos factores importantes a tener en cuenta a la hora de decidir la primera línea: las características del paciente (edad, comorbilidades, etc) y la eventual secuencia de tratamiento, aunque la óptima secuencia todavía debe ser determinada y definida en estudios clínicos.

Paclitaxel en su formulación estándar requiere el uso de disolventes, tales como cremofor, que contribuye a algunas de las toxicidades comúnmente asociadas al tratamiento con dicha molécula, como las reacciones de hipersensibilidad y el desarrollo de neurotoxicidad. El paclitaxel unido a albúmina en nanopartículas es una novedosa formulación sin disolventes. La formulación se prepara mediante homogeneización a alta presión de paclitaxel en presencia de albúmina sérica en una suspensión coloidal de nanopartículas. Las

partículas de paclitaxel estabilizadas con albúmina humana tienen un tamaño medio de 130 nm.

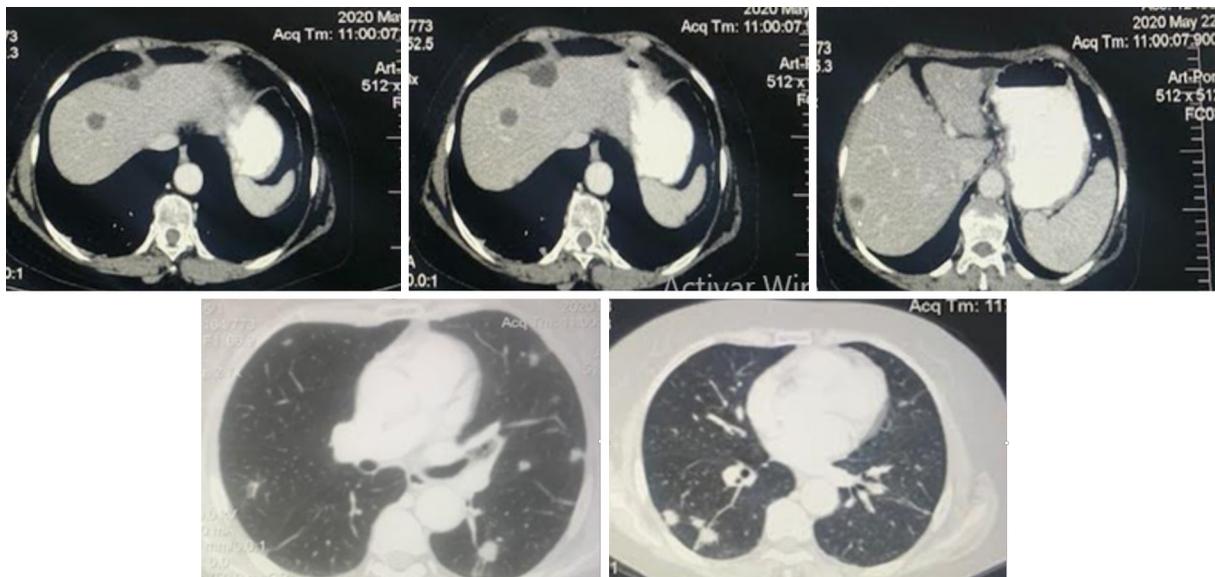
El nab- paclitaxel tiene varias ventajas prácticas sobre paclitaxel, incluido un tiempo de infusión más corto (30 min) y la ausencia de premedicación para las reacciones de hipersensibilidad. Además, elimina el impacto del cremofor en la farmacocinética del paclitaxel y utiliza los mecanismos de transporte de albúmina endógena para concentrar nab- paclitaxel dentro del tumor, con el potencial beneficio terapéutico resultante.

Aunque nab-paclitaxel se desarrolló inicialmente para minimizar los efectos tóxicos del tratamiento con taxanos, varios ensayos clínicos iniciales demostraron que el nab-paclitaxel también era más eficaz que el paclitaxel convencional basado en disolventes en otros modelos tumorales como cáncer de mama.

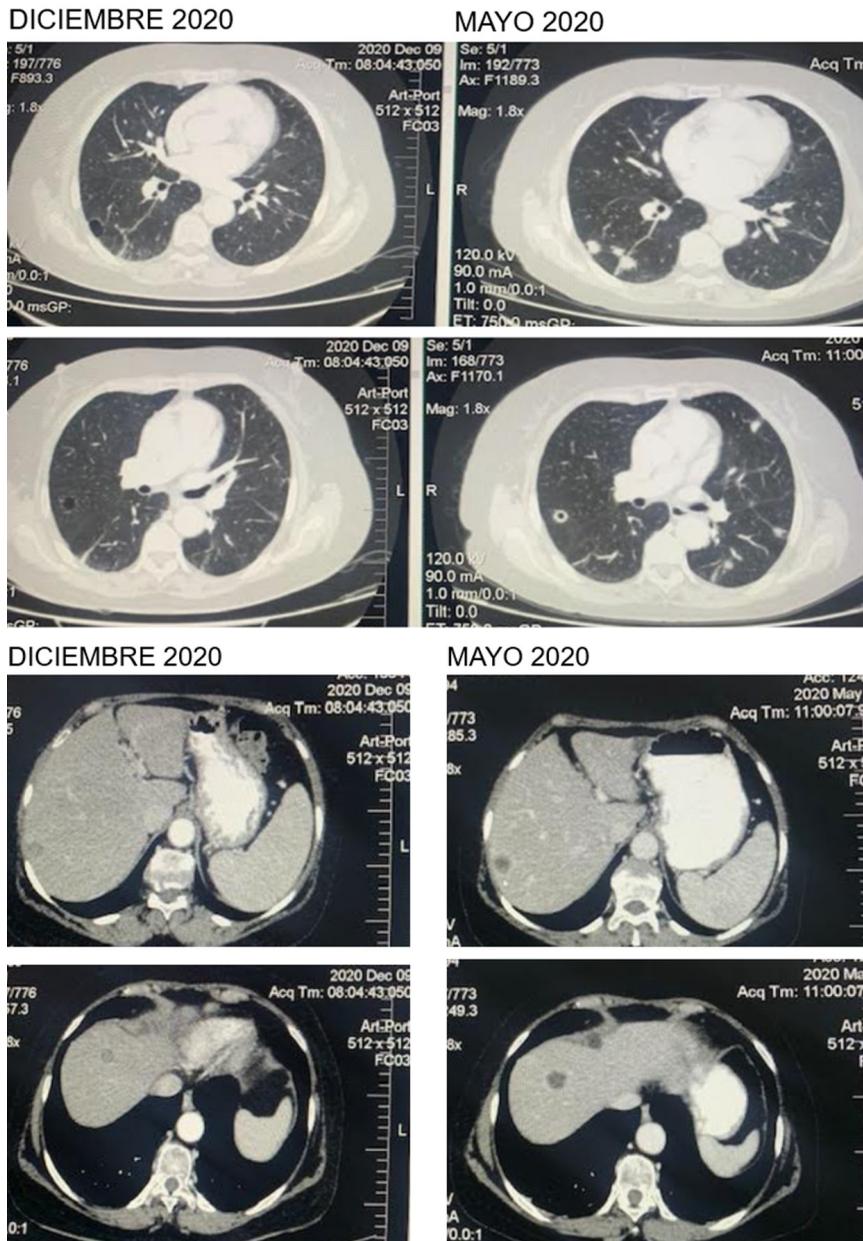
1. Conroy T, Desseigne F, Ychou M, Bouché O, Guimbaud R, Bécouarn Y, Adenis A, Raoul JL, Gourgou-Bourgade S, de la Fouchardière C, Bennouna J, Bachet JB, Khemissa-Akouz F, Péré-Vergé D, Delbaldo C, Assenat E, Chauffert B, Michel P, Montoto-Grillot C, Ducreux M, Groupe Tumeurs Digestives of Unicancer; PRODIGE Intergroup FOLFIRINOX versus gemcitabine for metastatic pancreatic cancer. *N Engl J Med.* 2011;364(19):1817–25. doi: 10.1056/NEJMoa1011923.
2. Von Hoff DD, Ervin T, Arena FP, Chiorean EG, Infante J, Moore M, Seay T, Tjulandín SA, Ma WW, Saleh MN, Harris M, Reni M, Dowden S, Laheru D, Bahary N, Ramanathan RK, Taberero J, Hidalgo M, Goldstein D, Van Cutsem E, Wei X, Iglesias J, Renschler MF. Increased survival in pancreatic cancer with nab-paclitaxel plus gemcitabine. *N Engl J Med.* 2013;369(18):1691–703.
3. Abraxane (nab-paclitaxel, prospecto), Summit, Nueva Jersey; Celgene Corporation. (2013).
4. Gradishar, WJ y col. Ensayo de fase III de paclitaxel unido a albúmina en nanopartículas en comparación con paclitaxel a base de aceite de ricino polietilado en mujeres con cáncer de mama. *J. Clin. Oncol.* 23 , 7794–7803 (2005).
5. Guan, ZZ y col. Eficacia superior de un paclitaxel unido a albúmina sin Cremophor en comparación con paclitaxel a base de disolvente en pacientes chinas con cáncer de mama metastásico. *Asia Pac. J. Clin. Oncol.* 5 , 165-174 (2009).
6. Gradishar, WJ y col. Supervivencia libre de progresión significativamente más larga con nab-paclitaxel en comparación con docetaxel como terapia de primera línea para el cáncer de mama metastásico. *J. Clin. Oncol.* 27 , 3611–3619 (2009).

### Caso Clínico 1

Paciente de sexo femenino, de 62 años, sin antecedentes de relevancia, tabaquista 10 p/y, que refiere dolor epigástrico referido a dorso de 5 meses de evolución. Se realiza ecografía abdominal el 08/05/2020 que objetiva metástasis hepáticas múltiples y tumoración en cuerpo de páncreas de 42x40 mm. Endoscopias alta y baja normales. Laboratorio (21/05/2020): CEA 8.8, CA 19-9 370. TAC (22/05/2020): tumor en cuerpo de páncreas con múltiples metástasis pulmonares y hepáticas. Punción biopsia hepática: adenocarcinoma moderadamente diferenciado.



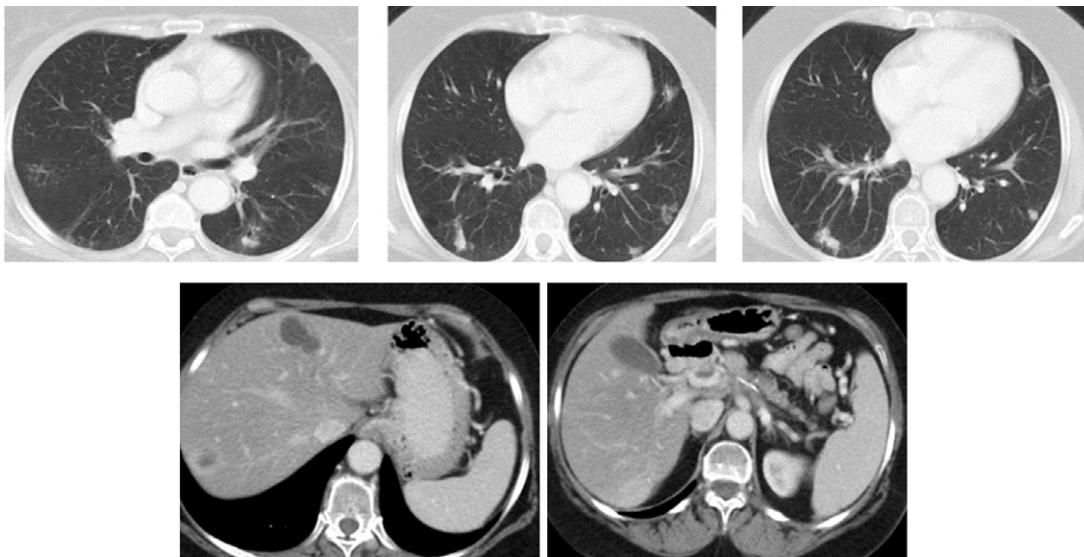
Inicia gemcitabine- nab paclitaxel el 19/06/2020 (Día 1-8-15 cada 28 días) con buena tolerancia. Presenta plaquetopenia G1 (64000) luego del segundo ciclo por lo que continúa con esquema Día 1 y 8 cada 21. Se realiza TAC (25/08/2020) que muestra respuesta parcial. Descenso progresivo de los marcadores tumorales: CEA 3.3, CA 19-9 13.6 (09/10/20). Se realizan tomografías control el 15/12/20 y 16/07/21 donde se observa respuesta parcial de su enfermedad.



Mayor descenso en marcadores tumorales (10/05/2021): CEA 1.9, CA 19-9 14. Completa 20 ciclos en julio 2021. Toxicidad: alopecia G2, neutropenia G2-3 (requirió G-CSF). En la tomografía realizada el 23/07/2021 se observa respuesta parcial. En este momento la paciente solicita “vacaciones de quimioterapia” por motivos personales a lo que se accede.

En octubre 2021 se realizan estudios control donde se objetiva progresión de enfermedad a nivel hepático y pulmonar, con elevación de marcadores (CEA 7.9, CA 19-9 61). El paciente se encontraba con un ECOG PS 0.

TAC (05/10/2021):



Se decide reexposición a igual esquema de quimioterapia con gemcitabina-nab paclitaxel (tres meses de “vacaciones de quimioterapia”) quedando como opciones de una eventual segunda línea las combinaciones de 5-Fluorouracilo + Irinotecan liposomal o combinación basada en platinos.

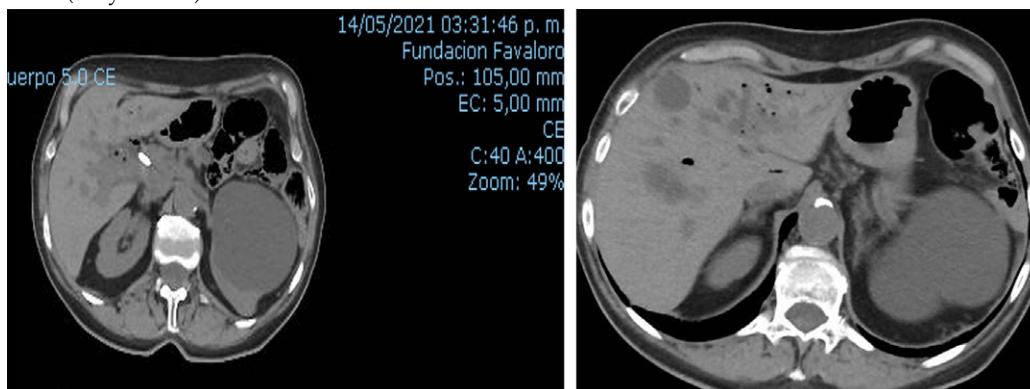
## Caso Clínico 2

Paciente femenina de 72 años, con antecedente de cáncer de mama derecha en 2002. Se presenta con ictericia de piel y mucosas en diciembre 2020 y antecedente de dolor dorsolumbar de 4 meses de evolución. ECOG PS 2 debido a astenia, dolor e hiporexia.

Se realiza RMN que informa tumor en cabeza de páncreas, con compromiso vascular, implantes peritoneales y lesiones hepáticas. Se realiza CPRE con drenaje de vía biliar y colocación de stent biliar. Se realiza ecoendoscopia con toma de biopsia que hace diagnóstico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Por signos de esteatorrea inicia pancreatina 2400 mg/d. Los niveles de los marcadores tumorales (01/2021) al momento del diagnóstico eran: CEA 1.8, CA 19-9 256.

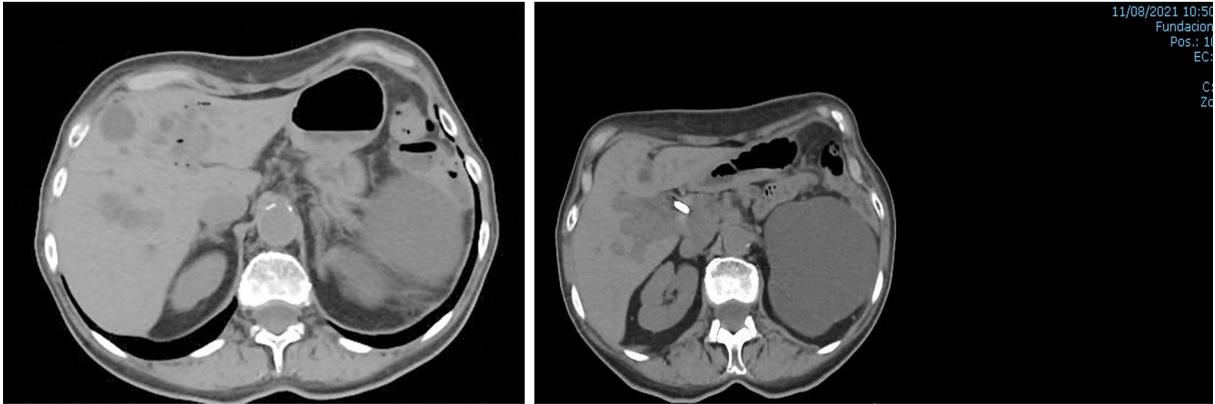
Inicia primera línea de tratamiento con gemcitabine-nab paclitaxel el 08/02/2021. Completa 3 ciclos con buena tolerancia y mejoría del dolor e hiporexia, ausencia de esteatorrea. Como toxicidad presentó alopecia G1, náuseas G1. ECOG PS 0. Luego del tercer ciclo, en mayo 2021 se realiza tomografía control donde se evidencia enfermedad estable, con gran descenso de los marcadores tumorales (CEA 2.6, CA 19-9 25). Se realiza estudio mutacional de BRCA con resultado no mutado.

TAC (mayo 2021)



Completa 6 ciclos con aceptable tolerancia, se realizó reducción de dosis en ciclo7 y 8. ECOG PS1 (astenia G1).

En agosto 2021 presenta enfermedad estable por tomografía, con pequeña elevación de marcadores (CEA 2.8, CA 19-9 51).



Continúa con mismo esquema 2 ciclos más, con buena tolerancia. En octubre 2021 presenta nueva elevación de marcadores (CEA 3.2, CA 19-9 82) y empeoramiento del dolor dorsal con mayor requerimiento analgésico e hiporexia. ECOG PS 1.

En TAC se objetiva leve incremento de la lesión en cabeza de páncreas por lo que se decide suspender tratamiento y se planifica segunda línea con 5-fluorouracilo + Irinotecan liposomal.

ABRAXANE® (Paclitaxel) es una Especialidad Medicinal registrada por Monte Verde S.A. Certificado ANMAT 57.089. Prospecto de prescripción vigente. 2013-AR-2100013

# Abraxane<sup>®</sup>

El primer y único paclitaxel unido  
a albúmina en forma de nanopartículas



# OFRECIENDO UNA MEJOR ALTERNATIVA

## **Adenocarcinoma de páncreas<sup>1</sup>**

ABRAXANE® está indicado para el tratamiento en primera línea de pacientes con adenocarcinoma metastásico de páncreas, en combinación con gemcitabina.

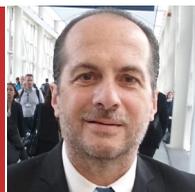
## **Cáncer de mama metastásico<sup>1</sup>**

ABRAXANE® está indicado para tratar el cáncer de mama en caso de fracasar la quimioterapia combinada para la enfermedad metastásica o la recidiva dentro de los 6 meses de quimioterapia adyuvante.

## **Cáncer de pulmón no microcítico<sup>1</sup>**

ABRAXANE® está indicado para el tratamiento en primera línea de cáncer de pulmón no microcítico localmente avanzado o metastásico en combinación con carboplatino en pacientes que no son candidatos a cirugía curativa o terapia de radiación.

# El acceso... teníamos problemas y llegó la Pandemia



Dr. Marcelo Blanco Villaba

Director Médico del Centro Médico Austral - Magister en Economía y Gestión de Servicios de Salud.

Al ver las novedades de la reunión anual de la American Society of Clinical Oncology (nuevamente en formato virtual) gratamente encontré que la misma puso su foco central a través de su presidenta la Dra. Lori J. Pierce, en la temática de la "Equidad". "La equidad en salud es un componente fundamental de la justicia social que indica la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediabiles entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas".<sup>1</sup>

Este eje propuesto se puede ver en varios trabajos presentados, siendo uno de ellos donde se visualiza la problemática más nítidamente: "la población Negra tiene más probabilidad de morir de Cáncer que la población Blanca en Estados Unidos" (aceptando un concepto ya dejado de usar como el de raza y afortunadamente reemplazado por la síntesis cultural de etnia):

- Hombres Negros: tienen el doble de probabilidades de morir de Cáncer de Próstata.
- Mujeres Negras:
  - A) 62 % mayor de probabilidad de morir de Cáncer de Cervix
  - B) 39% mayor de probabilidad de morir de Cáncer de Mama<sup>2</sup>

Entonces, fui a buscar trabajos recientemente publicados que podrían visualizar de distintas formas la asimetría en el acceso. Tres áreas fueron en esa dirección, acceso a los medicamentos, aprobación de medicamentos con su posterior obligatoriedad de cobertura y el acceso a los estudios clínicos:

1. **Acceso a los medicamentos:** El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad.<sup>3</sup>

1. [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5586:health-equity-egc&Itemid=0&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5586:health-equity-egc&Itemid=0&lang=es)

2. *Mescape Oncology Briefing*, 25 de Junio de 2021.

3. <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>

La Encuesta Nacional de Entrevistas de Salud (2011-2018)<sup>4</sup> aporta los siguientes datos:

- A) De 17.672 sobrevivientes de cáncer entrevistados 288 (1,6%), debieron comprar fuera de EEUU.
- B) Si extrapolamos, el numero asciende a 120.000 pacientes y se plantea que “podría aumentar durante esta pandemia”

Los autores concluyen que esta necesidad, es una “**estrategia de afrontamiento desadaptativa**”, que impacta negativamente en la seguridad y eficacia del tratamiento.

2. Sobre el **Proceso de aprobación de drogas oncológicas** dos artículos publicados en JAMA evidencian una problemática singular:

- A) Los autores plantean que dicho proceso “está roto” ya que “llegan al mercado en EEUU y, eventualmente mundial a **precios inaccesibles** con incertidumbre masiva sobre sus beneficios y daños” seguido de la cobertura obligatoria de Medicare<sup>5</sup>. En el mismo trabajo se plantea: “Considerar que nuestra política... **tenga repercusiones negativas para los pacientes con cáncer en todo el mundo**”.
- B) La revisión Pancanadiense (pCODR) emitió 104 recomendaciones de reembolso para tumores sólidos<sup>6</sup>:
  - El 75 % recibieron recomendación positiva.
  - El 92% fueron condicionales, por serias reservas sobre la rentabilidad.
  - El 40 % de las autorizadas no alcanzaron el umbral de beneficio clínico sustancial (ESMO).

Debemos recordar que muchas de las aprobaciones realizadas por la FDA utilizan criterios sustitutos del tipo de: encogimiento del tumor o el retraso en el crecimiento del tumor y no los clásicos que se han utilizados para la investigación en oncología (Ej. Sobrevida).

En la misma área de aprobación de drogas es interesante también mencionar otro trabajo, Beaver y Pazdur - 2021, plantean en relación a la aprobación de drogas, que el Comité Asesor de Medicamentos Oncológico (ODAC) interno de la FDA, reevaluó 35 aprobaciones aceleradas, de las cuales 10 ensayos no confirmaron beneficio.<sup>7</sup>

Se plantea un enfoque “defectuoso” de la FDA para juzgar **terapias redundantes** (medicamentos “yo también”) ya que solo se le exige superar un resultado superior al estándar, sin considerar el beneficio incremental o el costo potencial. De esta manera se continúa con un **status quo fallido**. La FDA no está obligada a seguir la votación de sus paneles, pero generalmente lo hace.

La aprobación de drogas Oncológicas como su utilización en forma estandarizada con el objetivo de asegurar la equidad de la atención de los pacientes oncológicos, debería ser el resultado de una gestión intersectorial, estatal, privada, sociedades académicas, asociaciones de pacientes, etc; cuyo principal articulador sea el estado. Permitiendo de esta manera que el médico prescriptor no sea quien muchas veces gestione y reiteradas veces se vea frustrado en el acceso de los tratamientos para los pacientes.

---

1. Young-Rock Hong Univ de Florida- 2020- American Journal of Preventive Medicine.

5. Prasad V, Kim MS. Approval and Coverage of Cancer Drugs in England, Canada, and the US. JAMA InternMed. 2021 Apr 1;181(4):509-510. doi: 10.1001/jamainternmed.2020.8587. PMID: 33616600.

6. Harrison P, Meyers D, Univ de Calgary, Alberta, Medscape Medical News, February 25, 2021.

7. Beaver JA, Pazdur R. “Dangling” Accelerated Approvals in Oncology. N Engl J Med. 2021 May 6; 384(18):e68. doi: 10.1056/NEJMp2104846. Epub 2021 Apr 21. PMID: 33882220.

3. Desde otra área fundamental como es la **investigación realacionada con el cáncer**, también recibimos datos que son inquietantes:

- A) El 5% de los ensayo clínicos se realizan en población negra que constituye el 13% de la Población de EEUU.
- B) Se plantean como **posibles causas**: Barreras financieras, prejuicios de proveedores, falta de conocimiento de los ensayos y desconfianza comprensible basada en un historial de maltrato.<sup>8</sup>

El acceso a los ensayos clínicos es fundamental, la diversidad en los ensayos clínicos es necesaria. Una pequeña parte de esa diversidad es genética, las variaciones más frecuentes son de tipo socio económicas.

En este escenario el 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró al brote de SARS-COV-2 “emergencia de salud pública de interés internacional”, ya para el 11 de marzo se había declarado como pandemia puesto que el brote epidémico estaba afectando a más de un continente y los casos de cada país se generaban por transmisión comunitaria, generando una situación sanitaria global inusitada, que requirió gestionar en el sentido más estricto del conocimiento científico (prueba/error), en un monumental esfuerzo global para conocer al Virus COVID-19 y disminuir el impacto de la enfermedad. Producto de este esfuerzo se desarrollaron vacunas en tiempos no habituales para la investigación.

La Pandemia sumo nuevas complejidades a las enunciadas, el retraso de los tratamientos oncológicos se ha presentado como un grave problema en los sistemas de salud en todo el mundo durante la Pandemia.<sup>9</sup>

En cuanto a nuestra práctica clínica, nos informaron rápidamente sobre dos realidades:

- A) Los **pacientes oncológicos** bajo terapia sistémica debieron ser considerados como de “alta prioridad” para recibir vacunas, dado que 1 de cada 4 pacientes con cánceres activos fallece al contraer Covid-19.<sup>10</sup>
- B) **La Investigación en Cáncer** recibiría un recorte enorme presupuestario<sup>11</sup>:
  - El Cancer Research UK, refiere una perdida de 200 millones de libras al año por cancelación de eventos benéficos.
  - La Sociedad Canadiense del Cáncer una disminución de USD 100 millones.
  - La Sociedad Estadounidense del Cáncer informó la disminución de USD 200 millones.

En este escenario las organizaciones benéficas tardarán entre cuatro o cinco años en recuperar su dinámica financiera.

---

8. Pierce L. En la investigación sobre el cáncer ‘inclusiva’, tenga cuidado con el refuerzo de las percepciones incorrectas sobre la raza. *ASCO Daily News*, May 07, 2021

9. Hanna T, King W Thibodeau S. Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis, *BMJ* 2020;371:m4087 <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m4087>

10. Matías A. Loewy, 12 de febrero de 2021. *Medscape Noticias*

11. David J. Kerr, CBE, MD, DSc February 17, 2021. *Univ de Oxford (UK)*. *Medscape Noticias*

Finalmente las vacunas estuvieron disponibles y en un inicio parecían ordenarse en su distribución, un ejemplo de ello fue el Mecanismo de Acceso Mundial a las Vacunas COVID 19 (COVAX) cuyo objetivo fue la distribución equitativa, presentado en abril del 2020 por la OMS<sup>12</sup> :

- A) COVAX permitió a fabricantes realizar inversiones precoces y arriesgadas.
- B) Con la aprobación de las vacunas, se asignaron dosis disponibles a los participantes.
- C) En una primera etapa llegarían más de 35 millones de dosis en las Américas.

El Dr. Mark Eccleston-Turner, profesor de derecho sanitario (Universidad de Keele) recuerda que las empresas farmacéuticas recibieron fondos anticipados para desarrollar las vacunas<sup>13</sup>:

- A) BioNTech, recibió USD 445 millones del Gobierno Alemán para desarrollar
- B) El Gobierno de EEUU realizó un pedido anticipado por 100 millones de dosis aportando USD 2.000 millones durante la F-III.
- C) Mal distribuidas podría convertirse en un **“apartheid de vacunas”**, los países ricos podrían ser inoculados años antes que más pobres.

En la región latinoamericana la vacunación se retrasó o se realizó de forma más lenta que en los países con recursos o ingresos más altos.

A medida que avanzaba la pandemia recibimos los datos sobre los efectos que causaba la misma:

- A) En México (01-08 del 2020) el COVID-19 produjo 108.658 defunciones, representando un exceso del 38% de defunciones del año anterior.<sup>14</sup>
- B) En Perú: **“reconocíamos 70.000**, y si se utilizaran instrumentos de medición adecuados podrían ser **180.000”**, (pasando del 12 al 1º lugar del mundo, la tasa de mortalidad: > 5.000/mill de hab, no indirectos). **Grupo de Trabajo Técnico**.<sup>15</sup>

La Directora de la Organización Panamericana de la Salud, Dra. Carissa Etienne difundió: “del número real de fallecimientos estimado en el 2020: **3 millones vs 1,8 millones** notificados, el 50 % ocurrió **en las Américas, siendo este un impacto desmedido”**.

A la fecha en nuestro querido país las defunciones informadas por COVID-19 superan las 115.000 y posiblemente en el día a día se dificulta visualizar la magnitud de lo acontecido, quizás se podría equiparar los siguientes hechos bélicos:

- **Guerra de la Triple Alianza** (1864-70) considerado el conflicto bélico que más víctimas causó en América Latina; Argentina, Brasil y Uruguay perdieron 120.000 hombres y Paraguay perdió 280.000 hombres.<sup>16</sup>
- **Guerra del Pacífico** (1879-83) murieron 23.000 soldados, bolivianos, chilenos y peruanos.<sup>17</sup>
- **Guerra Chaco-Paraguay** (1932-35) más de 100.000 soldados perdieron la vida.

---

12. <https://www.who.int/es/initiatives/act-accelerator/covax>

13. Publicado en Bureau of Investigative Journalism (UK) con la colaboración de Ojo Público (Perú)

14. INEGI Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México

15. Matías A. Loewy, 4 de junio de 2021. Perú: la revisión del número de muertes por COVID-19 certifica “situación devastadora” y abre interrogante para otros países, Medscape Noticias

16. Veronica Smink 1 marzo 2020. Triple Alianza: cómo fue el conflicto bélico que más víctimas causó en la historia de América Latina, BBC News Mundo, Cono Sur.

17. Lic Musicó Aschiero Ana María -Guerra sudamericana del Pacífico: 1879-1883, -[www.colegiomilitar.mil.ar](http://www.colegiomilitar.mil.ar)

Yuval Noah Harari en su libro “Homo Deus: Breve Historia del mañana”<sup>18</sup>, plantea que el estudio que popularizó la actriz Angelina Jolie tiene un costo aproximado de USD 3000, sin desvalorizar la importancia de su utilidad, podríamos considerar que vivimos en un mundo con marcadas diferencias en donde 1000 millones de personas ganan menos de 1 USD/día y 1500 millones de personas entre 1-2 USD/día<sup>19</sup>, estas diferencias socio económicas impactan en la posibilidad de acceso a diagnósticos y tratamientos adecuados.

En conclusión la problemática de acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son el fundamento de un sistema de salud equitativo.

Se plantea necesario que los profesionales del área de la Oncología continuemos trabajando en “poner en agenda” la problemática del acceso, favoreciendo la implementación de políticas y acciones para promover la salud, para intentar trabajar en la disminución de la brecha entre los países de diferentes ingresos o dentro de las diferentes regiones de un mismo país. Para que los métodos de diagnóstico y los distintos tratamientos lleguen a todos los pacientes y de este modo sea posible continuar mejorando las tasas de supervivencia. Si la Pandemia nos propone un cambio de paradigma, espero que tomemos la oportunidad de hacer un mundo más equitativo.

---

18. Harari Yuval Noah - 2016- *Homo Deus: Breve historia del mañana*- Buenos Aires, Debate.

19. World Bank. 2012. *World Development Indicators 2012*. World Development Indicators. Washington, DC. © World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/6014> License: CC BY 3.0 IGO.

# Estado de vacunación COVID-19 de Médicos Oncólogos en Argentina



**Dr. Gonzalo Di Mario**

Médico Oncólogo de Planta. Servicio de Oncología. HGA. Dr. Ignacio Pirovano. CABA. Argentina.

**Dra. Carina Balasini** / Médica Oncóloga de Planta. Servicio de Oncología. HGA. Dr. Ignacio Pirovano. CABA. Argentina.

**Dra. Irma Martinez Lazzarini** / Jefa de Servicio de Oncología. Servicio de Oncología. HGA. Dr. Ignacio Pirovano. CABA. Argentina.

Correspondencia: Servicio de Oncología - Av. Monroe 3555 - CP. 1430 - CABA - Argentina.

Mail: [oncologiapirovano@gmail.com](mailto:oncologiapirovano@gmail.com)

## Resumen

El descubrimiento de un nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) en la localidad de Wuham, China, fue notificado el 31 de diciembre de 2019 a la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 11 de marzo de 2020 dicha organización declaró la pandemia. Una carrera por encontrar una vacuna para el mismo se inició, a fin de inmunizar a los grupos de riesgo, entre ellos el personal de salud. Es el propósito de este registro evaluar el estado de vacunación COVID-19 en los médicos oncólogos de Argentina.

## Summary

The discovery of a new coronavirus (SARS-CoV-2) in the town of Wuham, China, was notified on December 31, 2019 to the World Health Organization (WHO), on March 11, 2020 the WHO declared the pandemic. A race to find a vaccine for it began, in order to immunize risk groups, including health personnel. It is the purpose of this registry to evaluate the status of COVID-19 vaccination in medical oncologists in Argentina.

## Keywords

COVID-19, Vacuna, Oncólogos, Vaccine, Oncologist, Argentina.

## Introducción

El 31 de diciembre de 2019<sup>1</sup>, se reportó Wuham (China) el caso de una neumonía, compatible con distres respiratorio, por un nuevo virus el SARS-CoV-2 y a esta enfermedad se la llamó COVID-19. El día 11 de marzo de 2020 la OMS declaró la Pandemia.

1. <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>.

La carrera por encontrar inmunización a la población llevo al desarrollo de diferentes vacunas, con diferentes mecanismos de acción. El personal sanitario es población estratégica dentro de la comunidad para la inmunización, dictado por el Ministerio de Salud de la Nación<sup>2</sup>.

## Objetivo

Evaluar el estado de vacunación COVID-19 en los médicos oncólogos de Argentina.

## Material y Métodos

Se realizó un estudio transversal analítico mediante una encuesta dirigida a médicos oncólogos de Argentina por redes sociales como Whatsapp y Telegram desde el 24 de Mayo de 2021 hasta el 13 de Junio de 2021 y fue distribuida a 100 participantes aproximadamente.

La misma constaba de preguntas simples de opción múltiple, las cuales en total podían ser respondidas en cinco (5) minutos aproximadamente y las mismas contaban con un registro demográfico y etario (sexo, edad, años en la profesión), preguntas acerca de la vacunación COVID-19.

Los datos se presentan como media  $\pm$ DS, mediana, rango intercuartílico 25-75% y porcentaje. Las comparaciones se realizaron con Chi2 según la naturaleza de los datos. Una  $p < 0.05$  fue considerada significativa. Se utilizó STATA 15 como software de estadística.

## Resultados

Se recibieron 63 encuestas (63% de los encuestados), la distribución se muestra en la *Figura 1*. El mayor volumen de respuestas estuvo concentrado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y la Provincia de Buenos Aires.

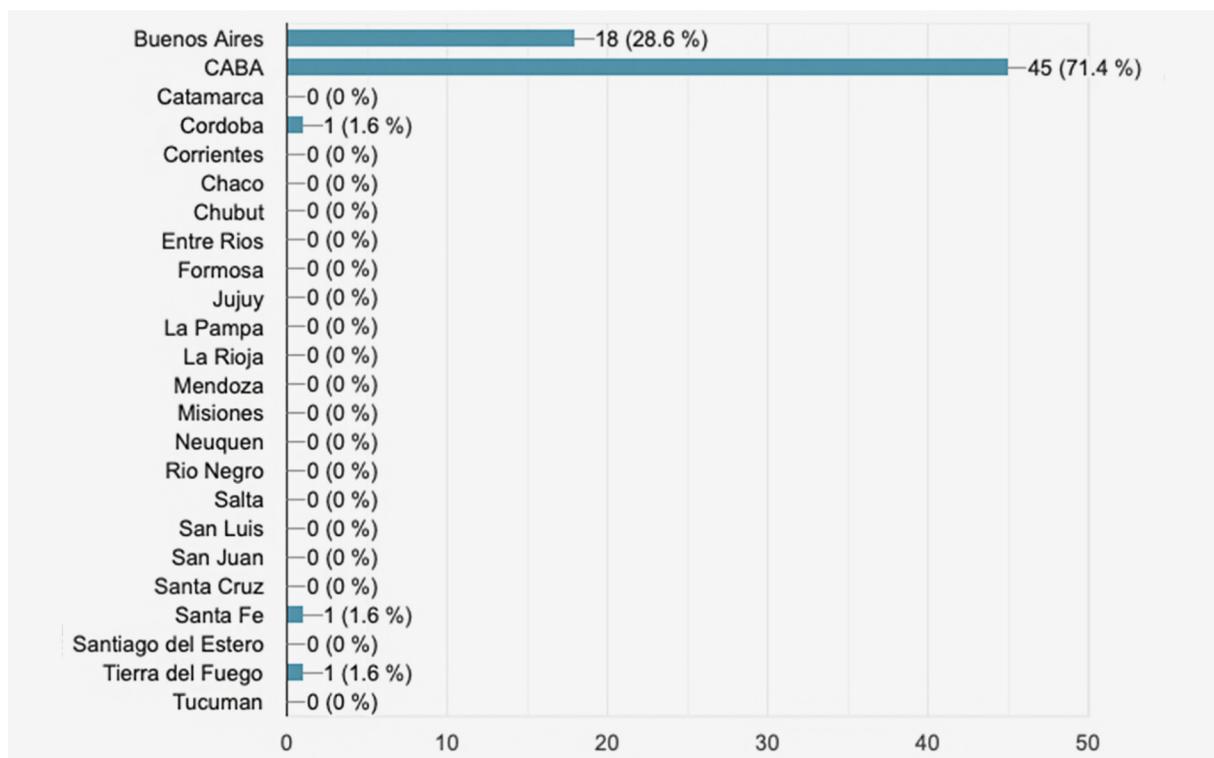


Figura 1: Provincias de Argentina de residencia de los médicos oncólogos participantes

2. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/coronavirus-vacuna-plan-estrategico-vacunacion-covid-19-diciembre-2020.pdf>

El 47,6 % de los encuestados corresponde al sexo masculino, la edad media fue  $51 \pm 6$  años. Se desempeñan 28,6% exclusivamente en instituciones privadas/ consultorio particular, 20,6% en públicas y 50,8% en ambas áreas.

El 20,6% de los encuestados respondió haber sido diagnosticado COVID-19 positivo, observando la mayoría de infectados, 40%, durante la primera ola en los meses de Julio/ Agosto 2020 y 33% en Enero 2021. La incidencia en la segunda ola fue menor, observando un total de 13% en el periodo Abril/ Mayo 2021 al momento de finalizar esta encuesta. *Figura 2.*

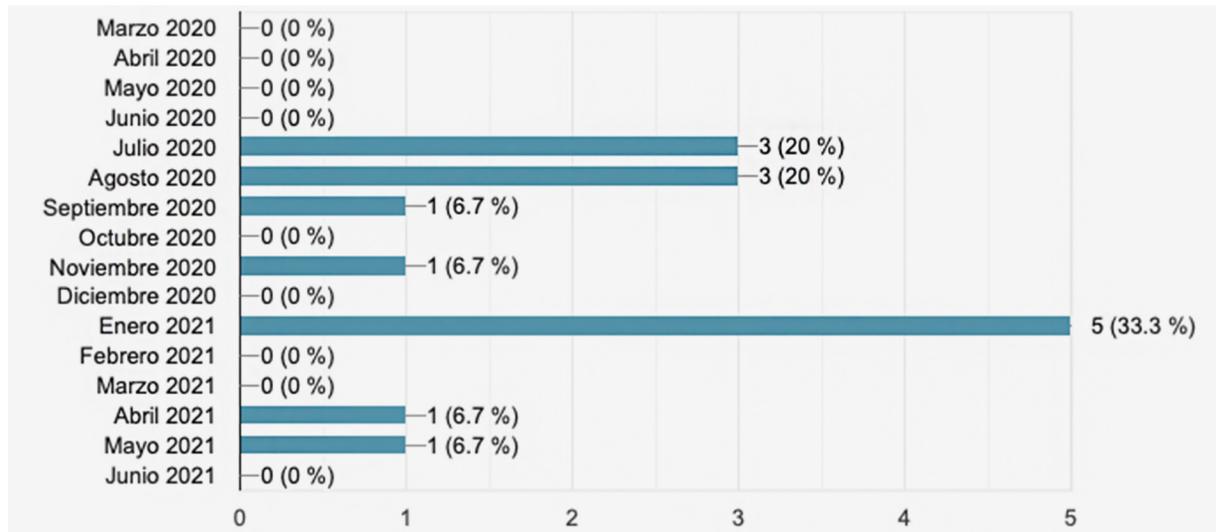


Figura 2: Meses donde se diagnosticó COVID-19 positivo

Todos los encuestados refirieron estar vacunados, y ninguno de ellos recibió la vacuna dentro de un estudio de investigación.

En cuanto al tipo de vacuna recibida, en su gran mayoría recibió la vacuna Sputnik V, seguida de la vacuna Sinopharm, y en menor medida Covishield y Astra Zeneca. *Figura 3.*

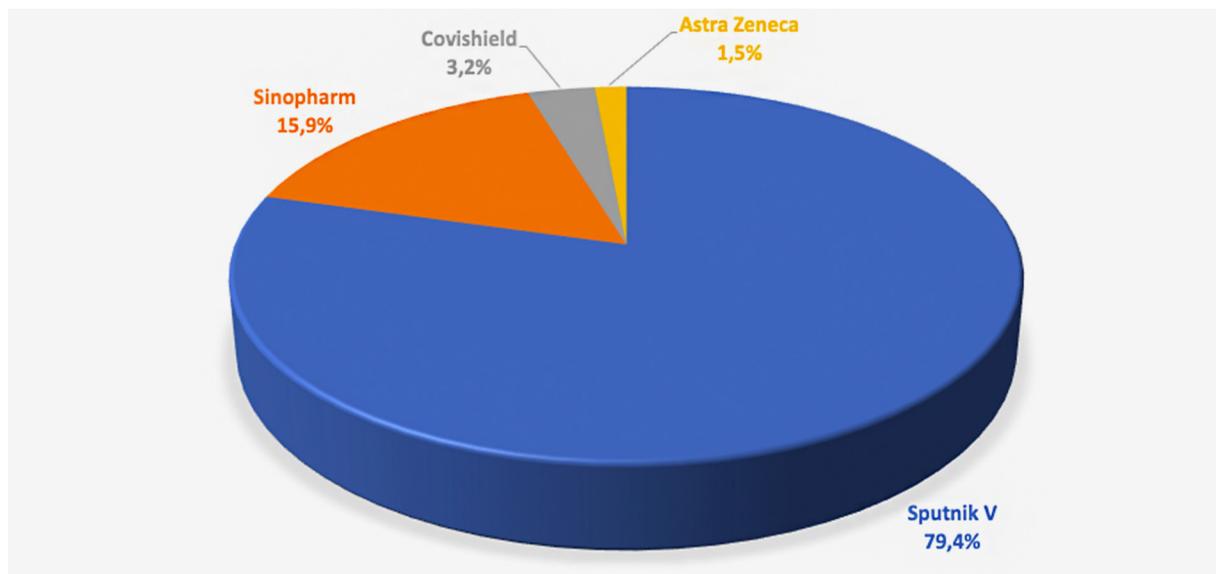


Figura 3: Vacunas recibidas

Recibieron 2 dosis de la vacuna el 90,5% de los encuestados. No se observó una diferencia significativa en cuanto a la vacuna recibida y la edad mayor o menor a 60 años (p 0.61).

Solo dos profesionales encuestados respondieron haber sido diagnosticados COVID 19 positivo luego de la vacunación, uno luego de recibir dos dosis de Sputnik V y otro luego de recibir una dosis de Sinopharm.

En la siguiente tabla se describe cuando los encuestados recibieron la primera dosis de la vacuna.

MES	%
Diciembre 2020	6,3
Enero 2021	9,5
Febrero 2021	33,3
Marzo 2021	47,6
Abril 2021	4,8

En cuanto a las vacunas recibidas, según el ámbito laboral se grafica en la figura 4.

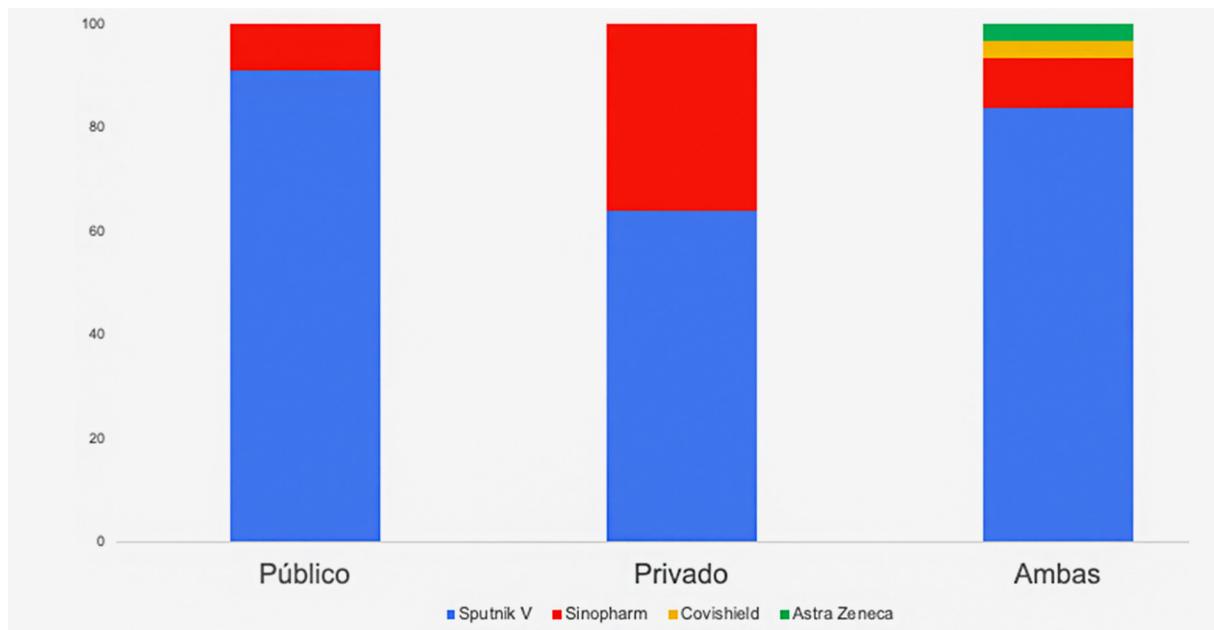


Figura 4: Vacunas recibidas según ámbito laboral

El síntoma más frecuente luego de la vacunación fue el dolor en sitio de inoculación 58,7%, seguido por astenia 33%, dolor muscular 23,8%, cefalea 17%, escalofrío 15,9%, fiebre 11,1%; otros síntomas se presentaron con menor frecuencia. Asimismo 12,7% reportó no haber tenido ninguna sintomatología.

Los profesionales que recibieron Sputnik tuvieron dolor muscular y dolor en sitio de inoculación estadísticamente significativo mayor que con otras vacunas (p 0.03 y p 0.04 respectivamente).

## Discusión

El Ministerio de Salud de la Nación Argentina, el día 23 de diciembre de 2020 publicó un plan estratégico de vacunación COVID-19. En el primer escalón de ese plan estaba el personal esencial conformado en primer término por el personal sanitario.

Diferentes vacunas fueron recibidas de distintos países, en particular Rusia (SPUTNIK V), China (SINOPHARM), India (COVISHIELD) y el Reino Unido (ASTRA ZENECA).

Estas fueron desarrolladas a partir de un vector viral no replicativo, con excepción de la de origen chino que es a virus inactivado<sup>3</sup>. La dosis recomendada para todas ellas es de dos (2) aplicaciones, con un intervalo de tiempo que al inicio era de 21 días, sin embargo se fue prolongando el tiempo de la segunda inoculación viendo que el mismo no provocaba un detrimento en la inmunización.

Si bien este es un estudio transversal en una población específica, podemos observar que al igual que en el resto del país luego de la vacunación disminuyó el número de contagios. Sin embargo, fueron pocos los meses que pasaron desde la vacunación hasta la encuesta para realizar afirmaciones.

Los efectos adversos registrados, se encuentran en concordancia con lo descrito por el Ministerio de salud de Nación<sup>4</sup>.

## Conclusión

Consideramos que el plan de vacunación COVID-19 en los médicos oncólogos argentinos es adecuado, asimismo las medidas de prevención físicas y el distanciamiento social deben continuar vigentes en todos los ámbitos laborales.

**Nota:** *Los autores agradecen a todos los médicos oncólogos que participaron de la encuesta como así también el auspicio institucional por parte de la Sociedad Argentina de Cancerología.*

Los autores no declaran conflicto de interés.

---

3. <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/vacuna/cuales>

5. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/12o-informe-de-vigilancia-de-seguridad-en-vacunas>

# Formación médica continua en oncología a un año de la pandemia COVID-19 en Argentina



**Dr. Gonzalo Di Mario**

Médico Oncólogo de Planta. Servicio de Oncología. HGA. Dr. Ignacio Pirovano. CABA. Argentina.

**Dra. Carina Balasini** / Médica Oncóloga de Planta. Servicio de Oncología. HGA. Dr. Ignacio Pirovano. CABA. Argentina.

**Dra. Irma Martinez Lazzarini** / Jefa de Servicio de Oncología. Servicio de Oncología. HGA. Dr. Ignacio Pirovano. CABA. Argentina.

Correspondencia: Servicio de Oncología - Av. Monroe 3555 - CP. 1430 - CABA - Argentina.

Mail: [oncologiapirovano@gmail.com](mailto:oncologiapirovano@gmail.com)

## Resumen

El descubrimiento de un nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) en la localidad de Wuham, China, fue notificado el 31 de diciembre de 2019 a la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 11 de marzo de 2020 dicha organización declaró la pandemia. Desde entonces el desarrollo de vacunas contra el mismo y la inmunización se convirtió en una prioridad global. Dentro del grupo estratégico de vacunación se encuentra el personal de salud. Es el propósito de este registro evaluar el estado de vacunación de los médicos oncólogos de Argentina..

## Summary

The discovery of a new coronavirus (SARS-CoV-2) in the town of Wuham, China, was notified on December 31, 2019 to the World Health Organization (WHO), on March 11, 2020 the WHO declared the pandemic. Since then the development of vaccines against it and immunization has become a global priority. Within the strategic group of vaccination is the health personnel. The purpose of this registry is to evaluate the vaccination status of oncologists in Argentina.

## Keywords

COVID-19, Vacuna, Oncólogos, Oncologist, Argentina.

## Introducción

El 31 de diciembre de 2019<sup>1</sup>, se reportó Wuham (China) el caso de una neumonía, compatible con distress respiratorio, por un nuevo virus el SARS-CoV-2 y a esta enfermedad se la llamo COVID-19. El día 11 de marzo de 2020 la OMS declaró la Pandemia y el 20 de Marzo de 2020<sup>2</sup> fue declarada la cuarentena obligatoria en Argentina.

1. <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>

2. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>

Toda actividad de capacitación médica continua: congresos nacionales e internacionales, cursos de formación, rotaciones locales e internacionales fueron suspendidas. Una modalidad de educación surgió en este periodo con mayor fuerza, la modalidad virtual.

## Objetivo

Evaluar a un año de la declaración de la pandemia el cambio de educación continua presencial a virtual de médicos oncólogos de Argentina.

## Material y Métodos

Se realizó un estudio transversal analítico mediante una encuesta dirigida a médicos oncólogos de Argentina por redes sociales como Whatsapp y Telegram desde el 24 de mayo de 2021 hasta el 13 de junio de 2021.

La misma constaba de preguntas simples de opción múltiple, las cuales en total podían ser respondidas en cinco (5) minutos aproximadamente y las mismas contaban con un registro demográfico y etario (sexo, edad), preguntas acerca de contagio o no COVID-19 y datos de vacunación recibida, contexto de la vacunación y sintomatología luego de la aplicación de la misma.

Los datos se presentan como media  $\pm$ DS, mediana, rango intercuartílico 25-75% y porcentaje. Las comparaciones se realizaron con Chi2 según la naturaleza de los datos. Una  $p < 0.05$  fue considerada significativa. Se utilizó STATA 15 como software de estadística.

## Resultados

Los mismos serán presentados durante la “XLI Reunión de Trabajos y Actualización Post Chicago”.

Se recibieron 28 encuestas (48% de los encuestados), la distribución se muestra en la *Figura 1*. El mayor volumen de respuestas estuvo concentrado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

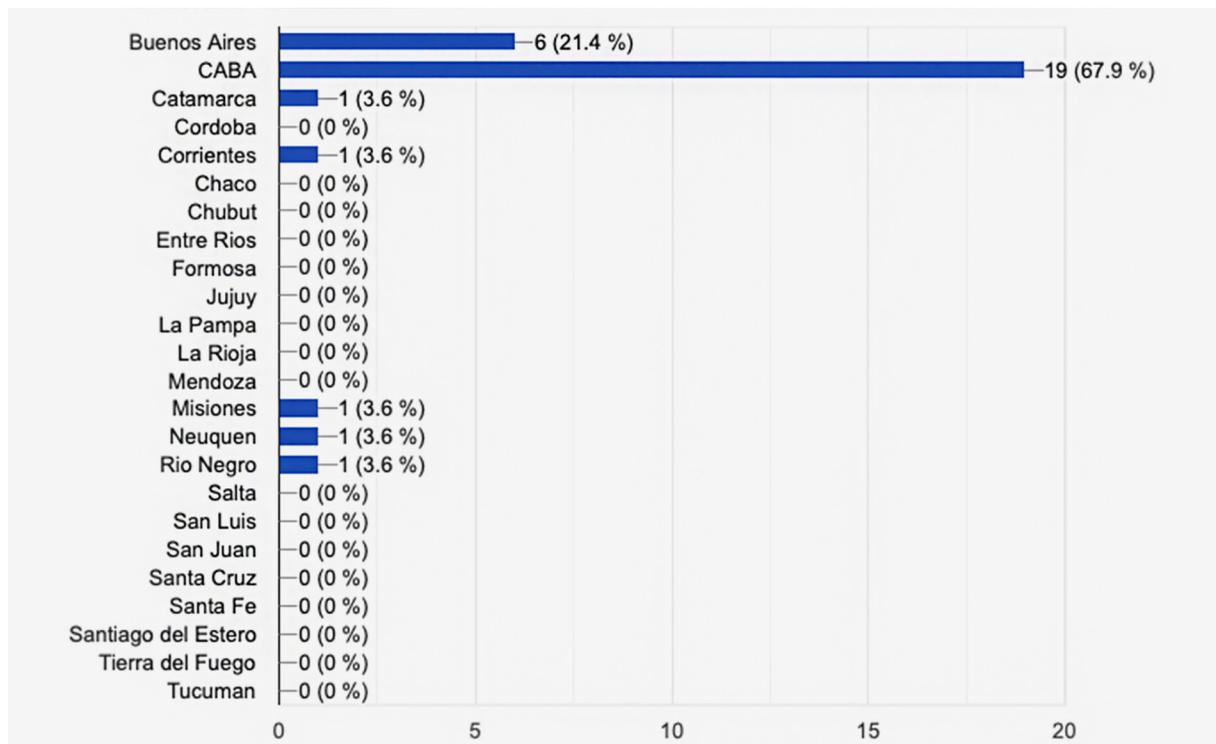


Figura 1: Provincias de Argentina de residencia de los médicos oncólogos participantes

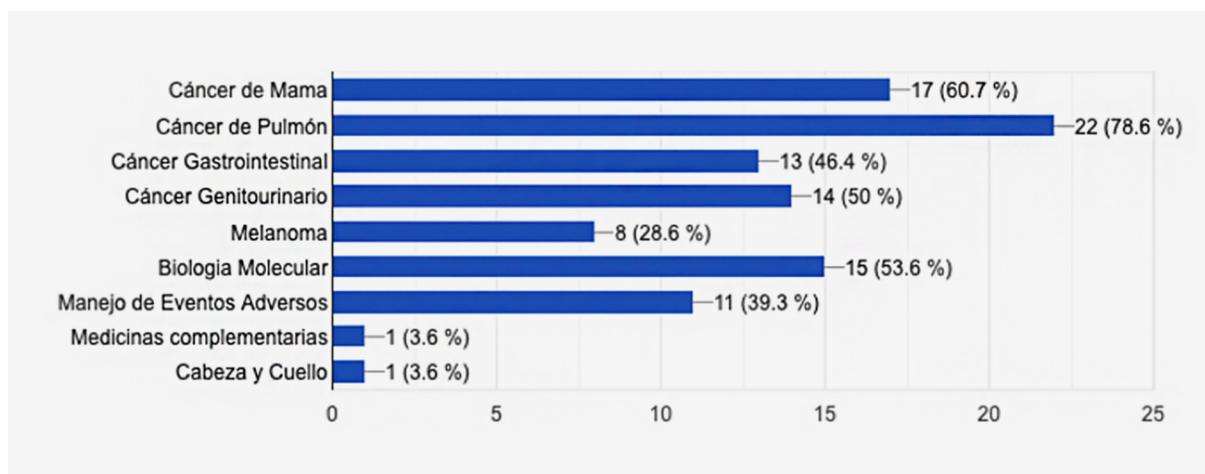
El 60,7% de los encuestados corresponde al sexo masculino, la edad media fue  $49 \pm 9$ , con una antigüedad media en la profesión de  $17.44 \pm 8$  años. Se desempeñan 42% en instituciones privadas /consultorio particular, 10,7% en públicas y 46,4% en ambas áreas.

El 96,4% de los encuestados respondió haber realizado algún curso online en el último año, asimismo 32,1% informaron que era la primera vez que usaban esta modalidad.

Las vías de notificación de los mismos fue por email 75%, sitio web del organizador 75%, Whatsapp 42,9%, colegas 32,1% y representantes de la industria farmacéutica 3,6%.

La organización de los mismo fue a través de diferentes entidades nacionales e internacionales: Asociación Argentina de Oncología Clínica 85,7%, industria farmacéutica 78,6%, Asociación de Oncólogos Clínicos de Córdoba 28,6%, Sociedad Argentina de Cancerología 25%, European Society of Medical Oncology 3,6%, Intergrupo Argentino para el Tratamiento de Tumores Gastrointestinales 3,6%.

Los temas abordados en dichos cursos fueron los descriptos en la *Figura 2*.



*Figura 2: Temas desarrollados en cursos de formación médica continua 2020*

El grado de satisfacción de la educación brindados fue evaluada por una escala ordinal del 1 al 10, donde, 1 es "Siento que fue poca la actualización recibida" y 10 es "Me siento muy actualizado/a, el resultado fue una mediana de 8,1 [7.5-9].

Al consultarse si considera que se actualizo más respecto a las novedades en oncología de esta manera que con modalidades "pre-pandemia" los resultados fueron: Si 17,9%, No 42,9%, Tal Vez 39,3%; cuando se les preguntó si consideraban continuar utilizando educación virtual, el 64,3% considera continuar con esta modalidad de actualización en la especialidad.

En cuanto a la calificación general de la modalidad de cursos online de actualización médica en oncología el resultado fue 8 [7.5-9].

Cuando se evaluaron los mayores y menores de 15 años de especialidad se pudo observar que ambos grupos habían realizado cursos online previo a la pandemia (p 0,3), consideran que se sintieron actualizados (p 0.8), piensan continuar con esta modalidad (p 0.9).

Consultados acerca de los futuros temas a tratar, la distribución de los mismos se grafica en la *Figura 3*.

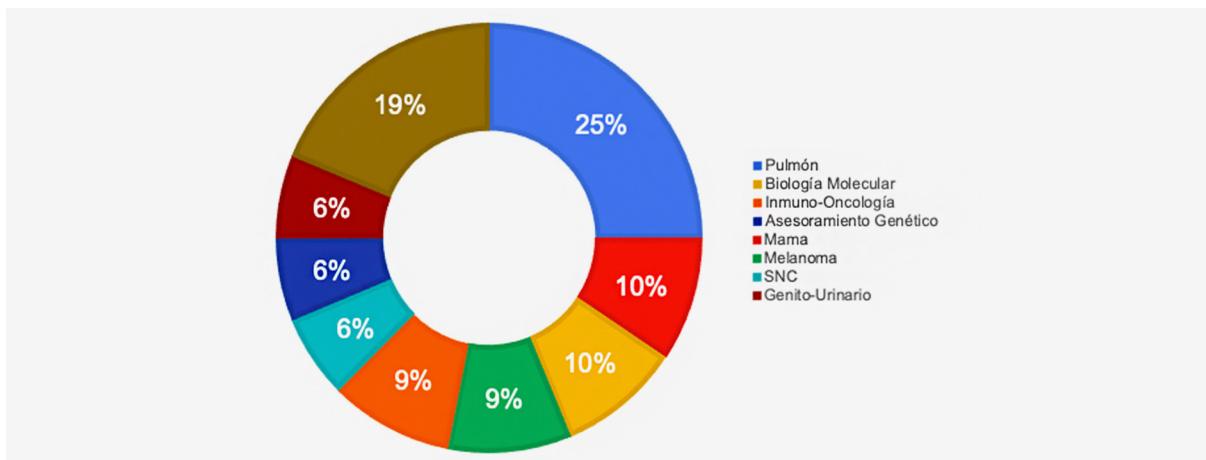


Figura 3: Temas a tratar en los futuros cursos on-line.

## Discusión

Durante la pandemia, se llevó a cabo un confinamiento social casi total que impidió continuar con la vida habitual. Se cerraron universidades, había restricción de ingreso a hospitales y se suspendieron las reuniones sociales.

Esto trajo consecuencias de que no se puedan realizar cursos o reuniones presenciales para educación y actualización de profesionales en oncología.

Paralelamente, surgió una necesidad de comunicación en primer momento para conocer de la enfermedad COVID 19, como afectaba a los pacientes oncológicos, pero luego ocupó un papel preponderante en la vida de los profesionales en relación a actualización de conocimientos, sí como también el desarrollo de nuevas moléculas y nuevas indicaciones.

Los cursos fueron mayormente gratuitos o esponsorados por la industria farmacéutica.

Los profesionales utilizaron el tiempo libre de consulta, dado que muchos de los pacientes citados no concurrían a las consultas por las restricciones impuestas, o en horarios vespertinos, incluso algunos de ellos se llevaron a cabo durante días de fin de semana.

El modo de ofrecimiento de los cursos y congresos fue mediante mails, Whatsapp o el resto de las redes sociales y se utilizaron diferentes plataformas digitales.

El número de participantes en dichas reuniones variaba según la naturaleza de la misma, a saber presentación de producto, curso o congreso nacional o internacional.

## Conclusión

Durante el último año debido a la pandemia ha habido un cambio de estrategias en la modalidad de formación médica, de la presencialidad al modo virtual, siendo este último adoptado con mayor afinidad que en años previos. Consideramos que es una modalidad que seguirá creciendo y llevándose a cabo con mayor compliance en los próximos años.

**Nota:** Los autores agradecen a todos los médicos oncólogos que participaron de la encuesta como así también el auspicio institucional por parte de la Sociedad Argentina de Cancerología.

Los autores no declaran conflicto de interés.

# Desafíos bioéticos en neurociencias del siglo XXI: El presente y el futuro



**Autora: Dra. Alejandra T. Rabadán**  
Jefa de la División Neurocirugía, Instituto de Investigaciones Médicas A. Lanari



“Desafíos bioéticos en neurociencias del siglo XXI: El presente y el futuro”, de la Dra. Alejandra T. Rabadán, trata acerca del enorme desarrollo de las neurociencias en los últimos años ligado a la genética, la informática y la tecnología; de la influencia directa que tienen estos avances sobre el cerebro y su impacto sobre las personas, la sociedad y aún sobre la misma especie humana.

Se aborda la temática con un enfoque original: actualiza, plantea dilemas, ofrece argumentos con un enfoque que sirva para la práctica asistencial y anticipa los desafíos que vislumbra están por llegar. El contenido comprende 4 Secciones (35 capítulos). En la Sección 1 el lector podrá encontrar un panorama de todos los aspectos que abarca la neuroética más las bases neurobiológicas modernas de la conducta humana. La Sección 2 está dedicada a las innovaciones y nuevas tecnologías, desde la inteligencia artificial, neurochips, cyborgs, hasta la telerobótica, las células madre, el aprendizaje automático (machine learning), el aumento artificial de las capacidades cognitivas y sensoriales, y la investigación. Una 3ra Sección está dedicada a las enfermedades del sistema nervioso que en el día a día suscitan enormes retos, sea en el consultorio, en la sala de internación o en el quirófano. En la Sección 4, se presentan herramientas para resolver situaciones dilemáticas. El cierre lo da un glosario con términos de uso frecuente en esta joven disciplina.

La obra está dirigida a todos los profesionales del campo de las neurociencias, y también a estudiantes y profesionales de la medicina, ciencias sociales y jurídicas, y de la gestión en el área de salud.

Editorial: [www.edicionesjournal.com](http://www.edicionesjournal.com)



Sociedad Argentina  
de Cancerología  
Asociación Civil

**SOCIEDAD ARGENTINA DE CANCEROLOGÍA - ASOCIACIÓN CIVIL**

Av. Santa Fe 1171 (C1059ABF) Ciudad Autónoma de Bs. As. - Argentina

[sec.cancerologia@gmail.com](mailto:sec.cancerologia@gmail.com)

[www.socargcancer.org.ar](http://www.socargcancer.org.ar)