

es interesante entender que estas moléculas pudieran ayudar a comprender como estos elementos posiblemente participan en los estadios iniciales del cáncer de mama.

En conclusión, en la actualidad conocemos algunos de los mecanismos implicados en la génesis, la perpetuación y la progresión del

cáncer mamario. Indudablemente, que cada uno de ellos representa vías particulares, con posibles interrelaciones entre los diferentes elementos. Estas rutas constituyen modelos teórico-prácticos que ayudarían a entender lo que significa el rompecabezas del carcinoma mamario.

CÁNCER DE PULMÓN EN PACIENTES ANCIANOS

ELIZABETH CURCIO

Existen ciertas consideraciones generales que debemos plantear antes de desarrollar este tema y es que la proporción de ancianos en la población mundial se encuentra en expansión siendo el 12,5 % en 1990 y con una proyección aproximada del 21 % para el 2030.

Desde 1973 a 1995 la incidencia de cáncer de pulmón no células pequeñas (nsclc) se incrementó en un 31 %. Actualmente corresponde el 50 % a pacientes mayores de 65 años y, el 30 % a mayores de 70 años, y a pesar de toda esta información están siendo subevaluados en los estudios clínicos.

Hay que resaltar además las condiciones médicas asociadas a estos pacientes, como son enfermedad coronaria (60 %); EBPOC (35 %), diabetes mellitus, enfermedad vascular periférica, artritis, trastornos gastrointestinales (32 %), lo que nos lleva a una gran preocupación cuando se debe tomar la decisión de si tratar o no a estos pacientes, y considerando también

algunos problemas frecuentes en estos pacientes como son que en la mayoría de los estudios clínicos de NSCLC tiene muy poca participación, se hace necesario establecer objetivos de tratamiento así como explicar la relación riesgo-beneficio a los pacientes y sus familiares, ya que en muchas oportunidades por la alta tasa de comorbilidad, tienen que estar implicados los mismos, en el tratamiento.

Recordando el estudio de Elvis y col. en donde se hacía la comparación de vinorelbine vs. el mejor tratamiento de soporte en paciente ancianos, ya se evidenciaba una clara justificación en el tratamiento de los mismos.

En los estudios fase II específicos para esta población de pacientes en donde se evaluó la combinación de cisplatino/gemcitabine a dosis de 100 mg/m² y 1 250 mg/m² D1-D8, cada 21 días, con presentación de menor toxicidad hematológica que un régimen que implicaba el gemcitabine D1-D8-D15, cada 28 días.

En base a estos resultados se inician estudios fase III, demostrando esta combinación mayor

sobrevida libre de progresión que la combinación cisplatino/ etopósido y cisplatino/ paclitaxel.

La recomendación usual de utilización de carboplatino, en sustitución del cisplatino, es muy conveniente debido a su bajo perfil de toxicidad no hematológico, siendo la toxicidad hematológica (leucopenia, trombocitopenia y anemia), aceptable. Shibata y col., hacen un estudio de las dosis de carboplatino cuando es utilizado en combinación con el etopósido, siendo la dosis máxima AUC: 4, para no aumentar riesgo de toxicidad hematológica.

Un estudio fase III, combinan gemcitabine/ carboplatino vs. gemcitabina/cisplatino, con iguales porcentajes de respuesta en cuanto a intervalo libre de progresión y sobrevida, con mejor tolerancia y menos toxicidad para el grupo de del carboplatino, las dosis de carboplatino es este ultimo es de AUC:5.

En cuanto a la quimioterapia neoadyuvante seguida de cirugía, el estudio de Dángeli y col.,

en donde se analiza toxicidad y factores predictivos en cirugía en pacientes mayores de 65 años con estadios IIA y IIB, además de la sobrevida, se evidenció que hasta un 69,5 % de los pacientes evaluados pudieron ser resecados radicalmente, y el porcentaje que no pudo ser resecado, fue debido a la comorbilidad pulmonar, así como, sus condiciones generales no lo permitieron.

Es importante destacar los estudios que cada vez se profundizan más, relacionados a los inhibidores del factor de crecimiento epidérmico, IRESSA (Gefitinib)

Por último, es importante señalar que cuando estemos ante un paciente anciano, es la edad biológica más relevante que la edad cronológica y, la evaluación de comorbilidad será el determinante más importante para evaluar el beneficio de la quimioterapia en esta población y, que en base a los estudios que se han estado realizando definitivamente la quimioterapia puede ser el tratamiento estándar para pacientes ancianos con NSCLC.

TRATAMIENTO NEO-ADYUVANTE EN CÁNCER DE PULMÓN CÉLULAS NO PEQUEÑAS

MILKA GONZÁLEZ GIORGIEW

La controversia se presenta en el estadio III N2 –NSCLC- operable o técnicamente no operable, cuyo tratamiento en primera instancia debe ser quimioterapia más radioterapia concurrente.

Para aquellos pacientes con estadio III N2 resecable, el Intergroup Trial 0139 ofrece tratamiento neoadyuvante, quimioterapia más radioterapia concurrente y luego cirugía,

mejorando la sobrevida libre de progresión, al compararlo con quimioterapia más radioterapia concurrente sólo. Como es sabido, el rol de la cirugía sin tratamiento neoadyuvante previo, no ha sido muy promisorio hasta ahora, arrojando pobres resultados, aún con una resección mediastinal completa; generalmente en forma subsiguiente, aparecerán metástasis a