

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

distancia, en corto tiempo.

El Intergroup Trial 0139 comparó dos modalidades de tratamiento. En el brazo 1: administró 4 500 cGys de radioterapia junto con la quimioterapia (cisplatino + etopósido) y, luego cirugía. En el brazo 2: vs. quimioterapia más radioterapia sólo.

Los resultados fueron: a) Recaída locorregional del 13%. b) Sobrevida global: 36,7 meses. Sobrevida a los 3 años: 50 %. c) Respuesta completa patológica en 18 %.

Los resultados en el brazo no quirúrgico: a) Recaída locorregional del 21 %. b) Esterilización y aclaración de los ganglios linfáticos del mediastino: 36 %.

The Radiation Therapy Oncology Group está planificando un estudio en el cual los pacientes reciben tratamiento preoperatorio con paclitaxel y carboplatino semanal concurrente con 6 120 cGys de radioterapia en total. Varios grupos europeos están utilizando neoadyuvancia.

La quimioterapia más radioterapia concurrente con 4 500 cGys en total, suministrados

dos veces al día. Todavía no se sabe con exactitud la dosis ideal de radioterapia neoadyuvante o apropiada, que se debe dar a mediastino para conseguir una respuesta patológica completa, ya que puede depender del tamaño de la lesión a tratar.

El rol de la radioterapia posoperatoria es todavía controversial, pero debe ser considerada para pacientes con resección incompleta y enfermedad extranodal persistente o márgenes quirúrgicos comprometidos.

El tratamiento neoadyuvante tiene ventajas potenciales sobre el tratamiento adyuvante (posoperatorio), ya que incluye el tratamiento temprano de las micrometástasis, citorreducción de las grandes adenomegalias mediastinales, aumenta la aceptación del paciente y mejora la tolerancia del mismo. Después de la resección quirúrgica, la quimioterapia adyuvante de consolidación, promete mejores resultados, como lo demuestra el estudio SWOG 9504.

Definitivamente es mejor neoadyuvancia con quimioterapia más radioterapia concurrente que con quimioterapia o radioterapia solos.