

Lo más destacado del Congreso "Choosing Wisely in Cancer" 30 y 31 de marzo de 2022
Santa Cruz, Bolivia.

Ronald Lemon 1, 2, 6, Lucia Reynolds 2, 3, 6, Erick Rocha 2, Lucia Richter 4, Mario Gianella 4
Oscar Nino de Guzman 5, Gerson Mejia 7, Jose Nina 8, Wendy Rojas 9, Lijia Aviles 10, Ivan
Maldonado 11, Cristina Pacheco 12, Claudio Martín 13, María G. Cervantes¹⁴ Edward
Huntp¹

1. Departamento de Oncología de la Universidad del Seguro Social de USS
2. Banca privada Hospital Servicio de Hematología y Oncología
3. Centro Especializado en Tratamiento Oncológico OncoBolivia, Santa Cruz, Bolivia.
Departamento de Oncología.
4. Caja Petrolera Sanitaria de Santa Cruz - Bolivia. Departamento de Oncología
5. Centro Especializado en Oncología y Ginecología Niño de Guzmán para el Tratamiento
del Cáncer. Departamento de Cirugía de Cochabamba – Bolivia.
6. Departamento de Oncología e Investigación del Hospital Universitario Martin Dockweiler.
7. Hospital Clínico Viedma, Cochabamba, Bolivia. Departamento de Oncología
8. Fondo Nacional de Salud La Paz - Bolivia. Departamento de Oncología
9. Centro de Tratamiento Alivio del Dolor Santa Cruz Bolivia.
10. Centro de Radioterapia y Medicina Nuclear Oncoservice La Paz Bolivia.
11. Centro de tratamiento del cáncer OncoHope Quito – Ecuador.
12. Departamento de Oncología Clínica Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
Lima Perú.
13. Departamento de Oncología Torácica - Alexander Fleming Buenos Aires - Argentina
14. Centro médico nacional 20 de noviembre ISSSTE México Departamento de Oncología
15. SLACOM Sociedad Latinoamericana y del Caribe de Oncología Médica

Resumen.

Bajo esta modalidad se llevó a cabo por primera vez en América Latina la conferencia sobre
cáncer "Choosing Wisely" en Santa Cruz - Bolivia. El evento contó con más de 150 inscritos
además de 22 disertantes de diferentes países y diferentes especialidades en el campo de la
oncología quienes expusieron temas sobre prevención, cirugía oncológica, oncología clínica
y cuidados paliativos; con el fin de demostrar la evidencia actual de cómo actuar frente al
paciente en base a los recursos humanos, materiales y medicamentos disponibles,
buscando ofrecer el máximo beneficio al paciente en base a la evidencia científica actual.

Además de abordar temas de vital importancia en el cáncer de mama, durante los dos días del evento se brindó información actualizada generada en los últimos años, cuyos resultados cambiarán la práctica clínica. Todos los expertos se mostraron partidarios de desarrollar estrategias y métodos que nos ayuden a seleccionar adecuadamente los tratamientos para optimizar recursos y reducir la toxicidad económica de los tratamientos más modernos y actuales. Esta conferencia fue un evento de vital importancia porque fue el primer evento presencial después de años difíciles por el COVID-1

Palabras clave: elegir sabiamente, cirugía oncológica, cuidados paliativos, oncología clínica

Correspondencia: Ronald Lemon.

Correo electrónico: r_limon85@hotmail.com

Publicado:

Recibió:

Los costos de publicación de este artículo fueron financiados por ecancer (número de organización benéfica del Reino Unido_____).

Copyright: © los autores; ciencia médica licenciada en cáncer. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia de atribución de Creative Commons (_____), que permite el uso, la distribución y la reproducción sin restricciones en cualquier medio, siempre que se cite correctamente el trabajo original.

Introducción.

La pandemia de COVID-19 que comenzó en 2019 fue un evento que nos obligó a buscar nuevas formas de compartir información médica actualizada. En este caso, la virtualidad fue el método que más impacto tuvo para cumplir con los objetivos; Regresar a los eventos presenciales y ser los primeros latinoamericanos en retomar esta modalidad fue de vital importancia para el evento, ya que creemos que a pesar de las ventajas de la virtualidad, la interacción persona a persona es importante para el intercambio de ideas y conceptos. Lamentablemente, la pandemia afectó mucho a las personas con enfermedades crónicas pero también, y en gran medida, a los pacientes con enfermedades oncológicas, produciendo un impacto negativo en ellos. Algunos de estos aspectos negativos fueron: 1) retraso en la detección y diagnóstico 2) retraso en la administración de terapias oncológicas 3) retraso en los procedimientos quirúrgicos. Esto tendrá un impacto negativo a largo plazo en las estadísticas de cáncer en todo el mundo, donde se espera que la mortalidad por cáncer sea más alta que en años anteriores, todo debido a la pandemia. Otro efecto negativo de la pandemia en el campo de la oncología fue el cierre prematuro de ensayos clínicos y la cancelación de eventos académicos a nivel mundial, lo que nos obligó a

desarrollar eventos virtuales tratando de brindar información actualizada. Luego de momentos difíciles durante los próximos años al 2019, la realización de un evento presencial nos permitió compartir información donde los asistentes pudieron interactuar con expertos, lo cual creemos es de vital importancia. El evento ecancer Choosing Wisely Santa Cruz – Bolivia se llevó a cabo los días 30 y 31 de marzo de 2022, abordando por primera vez en Bolivia los conceptos de elegir sabiamente en las diferentes áreas de la oncología, durante el primer día de la sesión se tocaron temas como : principios de la elección inteligente, farmacología, radioterapia, cribado y detección, cirugía oncológica, medicina de precisión, terapia del dolor e intervencionismo oncológico, ensayos clínicos. El segundo día de la conferencia estuvo dedicado al cáncer de mama, abordando temas del Simposio de Cáncer de Mama de San Antonio 2021, ASTRO 2021 y temas de vital importancia en el cáncer de mama como: cirugía en cáncer de mama en estadios avanzados, tratamiento del cáncer de mama durante el embarazo , tratamiento del cáncer de mama masculino, manejo del cáncer de mama con recaída solo a nivel del sistema nervioso central, terapia endocrina neoadyuvante, entre otros.

Puntos destacados del día 1

Dr. Eduardo Cazap. Presidente SLACOM, Argentina comenzó dando una definición del significado de elegir sabiamente aplicado a la medicina actual, mencionando que la iniciativa de elegir sabiamente tiene su origen en la Junta Americana de Medicina (ABIM) creada en 1989 y que definió a elegir sabiamente como la iniciativa que busca el diálogo para evitar exámenes, tratamientos y procedimientos médicos innecesarios en los pacientes, además de comentar que el enfoque principal de esta iniciativa es promover la conversación entre médicos y pacientes para ayudar a los pacientes a elegir la mejor atención para ellos en base a la evidencia científica actual. Mencionó que este problema afecta a todos los pacientes de las diferentes especialidades, no solo a los oncológicos, y puso como ejemplo que la mayor parte de los recursos económicos y humanos para la atención de los pacientes se dan generalmente durante los últimos tres meses de vida. , cuando los tratamientos son probablemente menos efectivos o nulos, recordó cómo esta iniciativa Choosing wisely se inició en el campo de la medicina allá por el año 2012 en Estados Unidos y es ahí donde se ha extendido a diferentes partes del mundo; Europa, Asia, Oceanía, Medio Oriente y América Latina, como último mensaje al final de su charla, llamó a la reflexión que esta iniciativa tiene un componente médico y que nos muestra la mejor evidencia y las mejores prácticas clínicas, pero también tiene un componente de salud pública que involucra a los gobiernos regionales y que es necesario diseñar políticas que eviten pruebas y tratamientos médicos innecesarios para optimizar los recursos humanos y económicos. Posteriormente, el Dr. Erick Rocha nos habló sobre elegir sabiamente en cirugía oncológica, diciendo que elegir sabiamente un procedimiento oncológico conduce a mejores resultados y mejoras en la calidad de vida del paciente, tomando como ejemplo a un paciente con cáncer de recto en etapas tempranas donde se realiza una vía transanal. la cirugía mínimamente invasiva representa el estándar de atención actual en esta patología,

argumentando que aproximadamente el 30% de los casos se presentan a nivel del recto inferior donde aplicar este procedimiento es seguro para el paciente y brinda excelentes resultados, para cerrar su charla menciono que esta técnica es un claro ejemplo de cómo elegir sabiamente nos permite realizar procedimientos menos invasivos en comparación con la cirugía convencional. A continuación, el Dr. Claudio Martín del Instituto Alexander Fleming Buenos Aires Argentina nos habló sobre medicina de precisión. Habló sobre el concepto de ¿Qué es la oncología de precisión? Definiendo que la medicina de precisión son fármacos orientados a una diana molecular específica independiente de la localización del tumor, el objetivo final dioterapia, cribado y detección, cirugía oncológica, medicina de precisión, terapia del dolor e intervencionismo oncológico, ensayos clínicos. El segundo día de la conferencia estuvo dedicado al cáncer de mama, abordando temas del Simposio de Cáncer de Mama de San Antonio 2021, ASTRO 2021 y temas de vital importancia en el cáncer de mama como: cirugía en cáncer de mama en estadios avanzados, tratamiento del cáncer de mama durante el embarazo , tratamiento del cáncer de mama masculino, manejo del cáncer de mama con recaída solo a nivel del sistema nervioso central, terapia endocrina neoadyuvante, entre otros.

Puntos destacados del día 1

Dr. Eduardo Cazap. Presidente SLACOM, Argentina comenzó dando una definición del significado de elegir sabiamente aplicado a la medicina actual, mencionando que la iniciativa de elegir sabiamente tiene su origen en la Junta Americana de Medicina (ABIM) creada en 1989 y que definió a elegir sabiamente como la iniciativa que busca el diálogo para evitar exámenes, tratamientos y procedimientos médicos innecesarios en los pacientes, además de comentar que el enfoque principal de esta iniciativa es promover la conversación entre médicos y pacientes para ayudar a los pacientes a elegir la mejor atención para ellos en base a la evidencia científica actual. Mencionó que este problema afecta a todos los pacientes de las diferentes especialidades, no solo a los oncológicos, y puso como ejemplo que la mayor parte de los recursos económicos y humanos para la atención de los pacientes se dan generalmente durante los últimos tres meses de vida. , cuando los tratamientos son probablemente menos efectivos o nulos, recordó cómo esta iniciativa Choosing wisely se inició en el campo de la medicina allá por el año 2012 en Estados Unidos y es ahí donde se ha extendido a diferentes partes del mundo; Europa, Asia, Oceanía, Medio Oriente y América Latina, como último mensaje al final de su charla, llamó a la reflexión que esta iniciativa tiene un componente médico y que nos muestra la mejor evidencia y las mejores prácticas clínicas, pero también tiene un componente de salud pública que involucra a los gobiernos regionales y que es necesario diseñar políticas que eviten pruebas y tratamientos médicos innecesarios para optimizar los recursos humanos y económicos. Posteriormente, el Dr. Erick Rocha nos habló sobre elegir sabiamente en cirugía oncológica, diciendo que elegir sabiamente un procedimiento oncológico conduce a mejores resultados y mejoras en la calidad de vida del paciente, tomando como ejemplo a un paciente con cáncer de recto en etapas tempranas donde se realiza una vía transanal. la

cirugía mínimamente invasiva representa el estándar de atención actual en esta patología, argumentando que aproximadamente el 30% de los casos se presentan a nivel del recto inferior donde aplicar este procedimiento es seguro para el paciente y brinda excelentes resultados, para cerrar su charla menciono que esta técnica es un claro ejemplo de cómo elegir sabiamente nos permite realizar procedimientos menos invasivos en comparación con la cirugía convencional. A continuación, el Dr. Claudio Martín del Instituto Alexander Fleming Buenos Aires Argentina nos habló sobre medicina de precisión. Habló sobre el concepto de ¿Qué es la oncología de precisión? Definiendo que la medicina de precisión son fármacos orientados a una diana molecular específica independiente de la localización del tumor, el objetivo final de la medicina de precisión es encontrar un fármaco para una alteración específica, en los últimos años hemos tenido avances muy importantes en la medicina contra el cáncer de pulmón a modo de ejemplo, los avances en medicina de precisión en el cáncer de pulmón, una enfermedad mortal hasta hace muy poco tiempo, han permitido ver cambios en la mortalidad específica por esta enfermedad. En 2019 aproximadamente el 20% de los pacientes con cáncer de pulmón fueron detectados con alguna alteración molecular que podría ser tratable en ese momento, gracias al avance del genoma tumoral, actualmente podemos detectar el 45% con alguna alteración molecular y desencadenar esta mutación para producir un efecto terapéutico. Se dispone de diferentes técnicas que nos han permitido identificar estas alteraciones moleculares ya sea a partir de tejido tumoral o a través de sangre, lo que ahora conocemos como biopsia líquida, además de estas técnicas moleculares que nos permiten identificar variaciones de resistencia o mutaciones tras un tratamiento previo. , gracias a esto podemos identificarlos precozmente y nos permite cambiar de tratamiento específico si es necesario. De hecho, la elección de un tratamiento dependerá del beneficio que se pueda ofrecer al paciente y del acceso a estos fármacos. En cuanto a la radioterapia, el Dr. Federico Bakal inició su presentación refiriéndose a un artículo publicado en 2008 en Estados Unidos, este artículo mencionaba los costos en salud. Algo particular de este estudio fue que los resultados no fueron muy diferentes en comparación con otros países, sin embargo los costos de los tratamientos médicos en Estados Unidos fueron más altos sin mostrar un mayor beneficio en cuanto a resultados relacionados con la mortalidad, durante su charla hizo referencia a nuestra formación médica ya que muchos de estos puntos tienen que ver con nuestra formación, es decir, en qué medida nosotros como médicos en formación y entonces como especialistas, hay que solicitar pruebas? ¿En qué momento debemos dejar de tratar a los pacientes? Son preguntas que a día de hoy no tienen respuesta. El Dr. Bakal dijo que muchos factores influyen en la toma de decisiones por ejemplo La Sociedad Americana de Oncología Radioterápica ASTRO incluye recomendaciones sobre cuándo debemos parar o cuándo no debemos dar radiación al paciente y hay algunas que describimos a continuación porque indirectamente recomienda que debemos elegir sabiamente cuándo, cómo y a quién debemos tratar:

- Cáncer de próstata: 1) No administre radiación de protones fuera de los ensayos clínicos 2) No administre radiación a pacientes de bajo riesgo sin analizar los beneficios del seguimiento activo.
- Cáncer de mama: 1) No ofrecer rutinariamente IMRT o WBRT en cirugía conservadora 2) No iniciar tratamiento sin considerar fraccionamientos más cortos 3) No realizar mamografías más frecuentes debido a cirugía conservadora

- Cáncer de Pulmón: 1) No realizar radioterapia adyuvante en pacientes con cáncer de pulmón N0-1

- Cáncer de endometrio: 1) No ofrecer radioterapia a pacientes con cáncer de endometrio de bajo riesgo.

- Radioterapia paliativa: 1) No iniciar la radioterapia paliativa sin hablar con el paciente de sus beneficios, y haber derivado previamente al paciente a cuidados paliativos.

2) No complementar WBRT post SRS 3) No realizar más de 10 fracciones para metástasis óseas. Es importante considerar todos los aspectos clínicos y patológicos del paciente para poder ofrecer el mejor tratamiento disponible, optimizando nuestros recursos. Este es un gran ejemplo de cómo elegir sabiamente se puede aplicar en todos los campos de la medicina y es algo que ya hemos estado aplicando indirectamente. Desde hace años. Cerrando el primer día, tuvimos una presentación del Dr. Carlos Castro de Colombia quien se refirió a cómo la vacunación contra el VPH ha cambiado drásticamente la lucha contra el cáncer de cuello uterino. Sabemos la importancia de vacunarse contra el VPH porque definitivamente es una deuda que tenemos los médicos con nuestra población. Los datos estadísticos muestran que el 85% de las muertes por cáncer de cuello uterino ocurren en países de ingresos bajos a medios dentro de estos muchos países de América Latina, debemos recordar que el cáncer de cuello uterino se detecta principalmente entre los 35 y los 45 años de edad con una mediana de edad de 50 años en el momento del diagnóstico. El Dr. Castro, pionero en la prevención del cáncer, mencionó que la vacuna contra el VPH ha cambiado favorablemente nuestra lucha contra esta enfermedad ya que es segura, efectiva y se distribuye gratuitamente en Colombia, como en muchos otros países de América Latina. Posteriormente se refirió a que una de las barreras más importantes que debemos combatir es la desinformación respecto a la vacunación frente a este tipo de virus con riesgo oncogénico. Finalmente, concluyó su charla mostrando datos de Colombia donde se evidencia una disminución en la prevalencia de cáncer de cuello uterino y un aumento significativo en la tasa de vacunación como el mayor factor de éxito de estos resultados, además de que gracias a investigación actual, una dosis de la vacuna contra el VPH sería suficiente para reducir el riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino.

Lo más destacado del día 2

El segundo día estuvo dedicado al tratamiento del cáncer de mama, abordando temas generados durante congresos recientes como ASTRO y SABCs.

El Dr. Niño De Guzmán abrió el día hablando de tres importantes estudios presentados en SABCs 2021, el primero de los cuales fue el estudio SINODAR-ONE, un estudio prospectivo multicéntrico aleatorizado de no inferioridad destinado a evaluar el papel terapéutico de la ALND en pacientes sometidos a SBC o mastectomía por CM T1-2 que presentaban 1-2 GC macrometastásicos, las características de las pacientes eran: edad > 40 y < 75 años, carcinoma de mama, lesión unifocal-unilateral, tamaño < 5 cm, ganglios axilares

clínicamente negativos (N0), no más de 2 ganglios centinela con macrometástasis, sin metástasis a distancia, sin tratamiento neoadyuvante, sin cáncer de mama previo, la estratificación de las pacientes fue de 443 pacientes al brazo control, de las cuales 417 fueron sometidas a disección axilar radical y de 440 en el brazo experimental, solo 13 pacientes fueron sometidas disección axilar radical. Los resultados no mostraron una diferencia estadísticamente significativa en términos de supervivencia sin recurrencia o supervivencia general en el momento del corte de la evaluación de resultados. El segundo estudio fue Resultados informados por el paciente (PRO) para el Intergroup Sentinel Breast Study (INSEMA, GBG75, ABCSG43): impacto persistente de la cirugía axilar en los síntomas del brazo y la mama en el cáncer de mama temprano. El objetivo principal: comparar iDFS después de BCS (pregunta de no inferioridad) entre pacientes sin cirugía axilar y SLNB (primera aleatorización). El criterio de valoración secundario clave: comparar iDFS después de BCS (pregunta de no inferioridad) entre SLNB solo y pacientes con ALND completo (c) (segunda aleatorización) Otro criterio de valoración secundario muy importante fue la calidad de vida (QoL). INSEMA (que involucra a más de 5000 pacientes) este es uno de los primeros ensayos aleatorios que investigan la omisión de SLNB en pacientes clínicamente con ganglios negativos y el primero en reportar datos de calidad de vida. Los resultados mostraron que los pacientes sin SLNB habían mejorado los síntomas de la mama y el brazo en comparación con aquellos con SLNB, otro resultado fue que los pacientes en el grupo SLNB habían mejorado los síntomas y la función del brazo en comparación con los que recibieron ALND. No se observaron diferencias relevantes en las otras escalas de CV.

Se espera que los datos del iDFS (resultado principal) se presenten a finales de 2024 y por último el Dr. Niño de Guzmán se refirió al estudio que evaluó el IMPACTO DE LA RAZA Y LA ETNIA EN LA INCIDENCIA Y SEVERIDAD DEL LINFEDEMA RELACIONADO CON EL CÁNCER DE MAMA DESPUÉS DE LA LINFA AXILAR DISECCIÓN DE GANGLIOS: RESULTADOS DE UN ESTUDIO PROSPECTIVO. El reclutamiento de pacientes fue entre noviembre de 2016 y marzo de 2020, los pacientes eran mujeres mayores de 18 años con cáncer de mama post-ALND y SLNB. Los resultados mostraron una alta incidencia de edema en mujeres negras que se sometieron a ALND y RT; sin embargo, la quimioterapia neoadyuvante aumentó el riesgo de linfedema en comparación con la terapia adyuvante en mujeres que se sometieron a ALND y RT. Se desconoce el mecanismo por el cual la NAC aumenta la incidencia de linfedema, se plantea la hipótesis de que la quimioterapia neoadyuvante podría causar fibrosis de los vasos linfáticos llenos de tumor, así como daño del endotelio linfático antes de la cirugía, lo que resultaría en tasas más bajas. descargas de linfedema después de ALND. Dado que es importante individualizar cada caso, por ejemplo, subgrupos de pacientes con pocas probabilidades de lograr pCR ganglionar (p. ej., HR+/HER2-), se necesitan alternativas a la NAC para prevenir la ALND.

La siguiente charla estuvo dedicada al tratamiento del cáncer de mama en hombres, la cual estuvo a cargo del Dr. Cristian Pacheco, quien se refirió a que este tipo de cáncer representa menos del 1% de los cánceres en hombres y en una proporción de 1 a 8 En relación al cáncer de mama en mujeres, la mediana de edad de presentación es alrededor de los 65 años, existen claramente factores de riesgo como la edad, desequilibrio hormonal (andrógeno - testosterona), síndrome de Klinefelter, estrógenos exógenos, radiación

torácica, antecedentes familiares de cáncer, mutaciones genéticas en relación con el cáncer genético-hereditario como BRCA1-2, PLAB2, CHECK2, PTEN. En cuanto a la epidemiología, la literatura reporta que en África el cáncer de mama está presente entre el 5% - 15% de la población, un número elevado en relación al resto de los países. El cáncer de mama en hombres suele ser unilateral y avanzado, el 90% de los casos corresponden a histología ductal y con alta expresión de HR (ER/PgR), en algunos casos esta enfermedad puede presentarse de forma sincrónica, es decir, junto con otros tipos de cáncer como próstata, colon y páncreas. En cuanto al tratamiento de esta patología tanto en hombres como en mujeres, se trata de un tratamiento multimodal, que incluye: cirugía, quimioterapia, hormonoterapia y radioterapia. Es importante tomar ciertas consideraciones, generalmente el tratamiento quirúrgico de elección es la mastectomía total, mientras que la terapia hormonal es el tamoxifeno. A la hora de elegir un tratamiento hormonal, no se recomiendan los inhibidores de la aromatasa iniciales ya que estos fármacos producen un aumento de la secreción de los andrógenos por falla en la retroalimentación de la secreción de gonotropina, también debemos considerar que el 20% de los estrógenos se producen en el testículo, estos estrógenos no serían inhibidos por los inhibidores de la aromatasa ya que no tienen acción a nivel gonadal, es decir, Es importante que todos los pacientes con este tipo de enfermedad cuenten con una evaluación y consejería genética oportuna y adecuada para poder realizar las pruebas genéticas adecuadas, ya que dependiendo del gen que se encuentre, el riesgo de cáncer de mama en los hombres podría llegar hasta un 6.8%, finalmente , el cáncer de mama en hombres es una enfermedad rara, sin embargo los avances y la biología de la enfermedad nos ha permitido desarrollar estrategias de tratamiento similares al cáncer de mama en mujeres. En cuanto al uso de inhibidores de ciclinas, se recomienda su uso en enfermedad metastásica luego de que haya fallado una primera línea de tratamiento, actualmente todos los ensayos clínicos admiten pacientes masculinos con cáncer de mama que cumplan con los criterios de inclusión con el fin de generar información científica adecuada para su uso seguro. A continuación, la Dra. María Guadalupe Cervantes de México nos brindó una conferencia magistral sobre el tratamiento del cáncer de mama durante el embarazo. Dijo que el cáncer de mama asociado al embarazo no solo tiene un componente médico, sino también un componente ético, social, psicológico, etc. El cáncer de mama durante el embarazo se define como el cáncer que afecta a una mujer durante el embarazo o en un período de 12 meses después del parto. y algunos autores definen esta enfermedad como un cáncer que afecta desde el embarazo hasta el final de la vida. lactancia materna, gracias a la información médica podemos ver que esta enfermedad tiene un pequeño aumento a partir de los 30 años y de los 40 años en adelante. En cuanto a los tipos histológicos, podemos decir que la histología ductal es la más frecuente 70-95%, generalmente son tumores de alto grado, con mayor posibilidad de desarrollar infiltración ganglionar axilar y el subtipo molecular predominante es el cáncer de mama triple negativo en aproximadamente 40%, debido al crecimiento del tejido mamario debido a la hormona l efecto que produce el embarazo, la mayoría de los tumores se encuentran localmente avanzados al momento del diagnóstico, existen algunos estudios radiológicos necesarios para su estadificación, tales como: 1) Ultrasonografía 2) Resonancia Magnética sin contraste 3) Mastografía solo si es necesario 4) Radiografía de tórax con protección fetal y existen otros estudios que están completamente contraindicados como: gammagrafía ósea, tomografía y PET/CT. Después de eso, la Dra. María Guadalupe planteó una pregunta muy importante y fue: ¿Se debe

interrumpir el embarazo? Y nos dice que múltiples metanálisis mostraron que la interrupción del embarazo no tiene impacto en la supervivencia general y la supervivencia libre de progresión en mujeres embarazadas con cáncer de mama. En cuanto al tratamiento, enfatizó que el tratamiento debe ser multidisciplinario y debe haber vigilancia fetal cada 3 a 4 semanas y/o antes de cada ciclo de quimioterapia. Nos comenta que para la decisión terapéutica primero hay que identificar en que trimestre de embarazo se encuentra la paciente, ya que el comportamiento podría cambiar en consecuencia ya que no es lo mismo una mujer con cáncer de mama en el primer trimestre de embarazo que una mujer que lo tiene. enfermedad durante el segundo o tercer trimestre del embarazo. Se recomienda el tratamiento axilar y en especial el estudio del ganglio centinela con tecnecio 99, generalmente este procedimiento se realiza solo durante el tercer trimestre del embarazo, hablando un poco del tratamiento local, el consenso sobre cáncer de mama durante el embarazo recomienda la mastectomía especialmente durante el primer trimestre del embarazo y que por obvias razones porque la radioterapia está contraindicada durante todo el proceso del embarazo, efectivamente hay excepciones a esto y es que si una mujer está hacia la última parte de su embarazo, se podría considerar la cirugía conservadora asociada a la radioterapia pero como mencionado anteriormente, esto debe ser consensuado por todo el equipo multidisciplinario. Pasando al tratamiento sistémico, cabe señalar que durante el primer trimestre del embarazo un 20% podría desarrollar malformaciones fetales gracias al uso de quimioterapia, los fármacos más utilizados como las antraciclinas demostraron que podrían generar complicaciones hasta en 4-5 % de pacientes gestantes como: pretérmino, reflujo uretral y pie equino. En cuanto al uso de taxanos lo que más se observó fue bajo peso, restricción del crecimiento y preeclampsia, nos comenta que también hay información de otros fármacos como la ciclofosfamida que comúnmente se combina con antraciclinas donde se pudo ver que este fármaco sí también produce retraso del crecimiento intrauterino como efecto adverso más frecuente; concluyendo que los efectos adversos de la quimioterapia probablemente podrían llegar al 6% de las pacientes que inician tratamiento durante el segundo y tercer trimestre del embarazo, posteriormente se refirió a fármacos más modernos, tomando como ejemplo trastuzumab, mencionando que en una publicación de 2021 trastuzumab interfiere con el Señalización VGEF que se encarga de la producción y reabsorción de líquido amniótico, menciona que en este estudio aproximadamente el 58% de las pacientes presentaron oligohidramnios o anhidramnios, por lo que el uso de Trastuzumab durante el embarazo está contraindicado por el alto riesgo de muerte por hipoplasia pulmonar fetal. y malformaciones fetales. Por último, hizo referencia a la información de la sociedad de enfermedades congénitas donde en su artículo nos muestra cómo durante el primer trimestre del embarazo existe un mayor riesgo de desarrollar problemas y malformaciones fetales en comparación con el segundo y tercer trimestre donde estos problemas recaen. aproximadamente un 4-6%, finalmente nos comenta que hay un aumento en la incidencia de cáncer de mama durante el embarazo a nivel mundial, menciona que no hay cambios en los estándares de tratamiento solo estos cambios se dan para proteger al feto, no recomienda el uso de anticuerpos dirigidos, no se recomienda la interrupción del embarazo y finalmente nos dice que la administración de quimioterapia es segura durante el segundo trimestre del embarazo. A continuación hablamos de un tema muy controvertido el cual fue el papel de la cirugía del tumor primario en pacientes con cáncer de mama metastásico, esta presentación estuvo a cargo del Dr. Mario Gianella quien refirió que aproximadamente

el 6%-8% de las pacientes debutan con enfermedad metastásica de novo, es decir, con metástasis al momento del diagnóstico, se refirió a que aún no hay consenso sobre cuándo operar y qué subtipo podría beneficiarse más de la cirugía. Refiere que durante los últimos 20 años se han realizado diferentes estudios retrospectivos que demostraron algún beneficio del tratamiento quirúrgico, sin embargo carecían de validez por ser estudios retrospectivos, sin embargo en 2017 Badwe et al y 2018 Soran et al. Los resultados de los estudios prospectivos muestran el de Badwe, que no mostró ningún beneficio con la cirugía del tumor primario, y el estudio de Soran, que mostró un beneficio en la supervivencia global cuando se operó el tumor primario ; sin embargo, estos estudios tenían algunos sesgos, como terapias subóptimas según el subtipo de cáncer de mama. Finalmente, en el 2020, Seema Khan et al presentaron un ensayo clínico aleatorizado para pacientes con cáncer de mama metastásico cuyo objetivo primario fue la supervivencia global, muy importante mencionar que todas las pacientes recibieron terapia sistémica óptima dependiendo del subtipo histológico, se escogieron un total de 256 para En el estudio, la mayoría de las pacientes se sometieron a una mastectomía y, además, se omitieron cirugías radicales de axilas en la gran mayoría. En cuanto a los resultados, la Dra. Gianella nos muestra que no hubo diferencias en la supervivencia global cuando se operó el tumor primario, excepto en el subtipo triple negativo. donde los pacientes sometidos a tratamiento local tuvieron una peor supervivencia global en comparación con el grupo control. En base a la literatura presentada, concluye que el estudio de la Dra. Seema Khan no muestra diferencias en la supervivencia global excepto en el subtipo triple negativo donde la supervivencia global fue peor con el tratamiento local temprano, el tratamiento local temprano se puede aplicar individualmente ya que reduce el riesgo de progresión local y Probablemente la mejor recomendación para la cirugía del tumor primario es cuando un paciente progresa localmente durante el tratamiento sistémico. Seguido de esto, tuvimos la presentación de la Dra. Ligia Avilés, donde nos habló de lo más destacado de ASTRO 2021, tocando temas importantes, comenzando con el ultrahipofraccionamiento, radiación en toda la mama, presentado por la Dra. Rachel Rabinovich, refirió la Dra. Ligia Avilés a que actualmente disponemos de suficiente evidencia para utilizar el hipofraccionamiento de forma segura y con excelentes resultados. Ella nos dice que el hipofraccionamiento también reduce la toxicidad de la piel, lo cual es excelente para los pacientes. Comentó sobre el estudio FAST FORWARD diciendo que este estudio probablemente tiene la mayor evidencia para el hipofraccionamiento y además este tratamiento nos permite acortar los días de tratamiento a solo cinco días sin comprometer los resultados finales en comparación con otros estudios previos sobre hipofraccionamiento y terapia. convencional. Finalmente, el Dr. Ronald Limón nos contó sobre dos estudios presentados en SABC 2021, el primer estudio fue el estudio EMERALD, un ensayo de fase 3 sobre Elacestrant, un degradador oral selectivo del receptor de estrógeno (SERD), versus la elección del investigador de monoterapia endocrina para ER+/HER2 - cáncer de mama avanzado/metastásico (mBC) después de la progresión con terapia endocrina y previa con inhibidores de CDK4/6. Elacestrant (RAD1901) es un SERD oral que bloquea el ER de manera dependiente de la dosis e inhibe la inducción dependiente del estradiol de la transcripción de genes y la proliferación celular en líneas celulares ER+ BC. En un estudio de fase 1 de elacestrant en mujeres posmenopáusicas con ER+/HER2-mBC. Se observó actividad de agente único a la dosis de fase 2 recomendada (400 mg diarios) con respuestas parciales confirmadas en pacientes altamente pretratados,

incluidos aquellos con CDK4/6i anterior y fulvestrant anterior, así como aquellos cuyos tumores albergaban mESR1. El diseño del estudio fue: Hombres y mujeres posmenopáusicas con cáncer de mama avanzado/metastásico, ER positivo, HER2 negativo que han progresado durante o después de 1 o 2 líneas de terapia endocrina para la enfermedad avanzada, una de las cuales se administró en combinación con CDK4/6i, ≤ 1 línea de quimioterapia para enfermedad avanzada ECOG PS 0 o 1. 447 pacientes fueron aleatorizados 1:1, brazo de 400 mg diarios de Elacestrant versus elección del médico. El estudio tuvo dos criterios de valoración principales: SLP entre todos los pacientes (mESR1 y mESR1 indetectables) y entre los pacientes con mESR1 y criterios de valoración secundarios: SG en todos los pacientes y en pacientes con mESR1 (probado solo en caso de resultado estadísticamente significativo). de PFS en la población respectiva) que se realizará en el momento del análisis de PFS y cuando ~50% de los pacientes hayan muerto. El estudio mostró que Elacestrant está asociado con una reducción del 30 % en el riesgo de progresión o muerte en todos los pacientes con ER+/HER2-mBC. Elacestrant se asocia con una reducción del 45% en el riesgo de progresión o muerte en pacientes que albergan mESR1. Los eventos adversos que llevaron a la interrupción del uso de elacestrant o SOC fueron raros en ambos brazos (6,3 % y 4,4 %). Las conclusiones del estudio fueron que Elacestrant es el primer SERD oral que demuestra una mejora estadística y clínicamente significativa en la SLP versus la terapia endocrina SOC en un estudio aleatorizado de fase 3 global en hombres y mujeres posmenopáusicas con ER+/HER2-mBC en segunda/tercera línea después de CDK4/6i y que clínicamente Elacestrant tiene el potencial de convertirse en el nuevo estándar de atención en la población de pacientes estudiada y se espera un análisis más profundo. SG final para el próximo año.

El segundo estudio al que se refirió el Dr. Limon fue el estudio KEYNOTE-522 de pembrolizumab neoadyuvante + quimioterapia versus placebo + quimioterapia, seguido de pembrolizumab adyuvante versus placebo para TNBC en etapa temprana: 1714 pacientes aleatorizados 2:1, que cumplieron con los criterios clave de elegibilidad : Edad ≥ 18 años, TNBC recién diagnosticado de T1c N1-2 o T2-4 N0-2, ECOG PS 0-1, muestra de tejido para evaluación de PD-L1. Criterios de valoración primarios y PCR (ypT0/Tis ypN0) evaluados por un patólogo local en la población ITT, EFS evaluados por un investigador en la población ITT, criterios de valoración secundarios PCR según definiciones alternativas (ypT0 ypN0 y ypT0/Tis), OS, PCR, EFS y OS en el PD -Población L1 positiva, Seguridad en todos los pacientes tratados. Análisis exploratorios, análisis de sensibilidad de EFS y EFS en subgrupos de pacientes. Los resultados fueron favorables para la combinación de quimioterapia asociada con pembrolizumab en comparación con el brazo de control con un HR de 0,63 para la supervivencia sin eventos, el análisis multivariado mostró que todos los subgrupos se beneficiaron de la combinación en comparación con el brazo de control. Las conclusiones del estudio fueron: pembrolizumab neoadyuvante + quimioterapia seguida de pembrolizumab adyuvante resultó en una mejoría estadística y clínicamente significativa en la SSC. Los análisis de sensibilidad de EFS preespecificados muestran un gran beneficio del tratamiento con pembrolizumab neoadyuvante + quimioterapia seguido de pembrolizumab adyuvante para TNBC no metastásico no tratado previamente. Este beneficio fue generalmente consistente en una amplia selección de subgrupos de pacientes preespecificados, incluidos aquellos definidos por el estado de los ganglios y el estadio general de la enfermedad. Nos dice que el estudio muestra que la seguridad fue consistente con los perfiles conocidos de cada régimen. Estos resultados respaldan aún más

a pembrolizumab más quimioterapia neoadyuvante que contiene platino, seguida de pembrolizumab adyuvante después de la cirugía, como un nuevo régimen de tratamiento estándar para pacientes con TNBC en etapa temprana de alto riesgo.

Conclusiones

Definitivamente después de años difíciles desde el inicio de la Pandemia del covid-19 estamos optimistas con el reinicio de las actividades académicas ya que somos conscientes de la importancia de la educación médica continua, durante los dos días del congreso pudimos conversar y presentar novedades y actualizados en diferentes campos de la oncología, enfocados por primera vez en “elegir sabiamente” este concepto desarrollado por primera vez en Estados Unidos y aplicando este formato de congreso por primera vez en Latinoamérica. donde el principal objetivo fue compartir información actualizada además de aplicar el concepto “choosing wisely” en los diferentes temas del evento. Este congreso permitió a ponentes y asistentes compartir cara a cara, ya que somos conscientes de que la interacción cara a cara es muy importante para la comprensión de los diferentes temas que se presentan. Finalmente, el Dr. Ronald Limon procedió a cerrar el congreso concluyendo: Que elegir sabiamente es un concepto que se puede aplicar en todas las áreas de la oncología, que es importante optimizar nuestros recursos humanos, económicos y materiales para poder ofrecer tratamientos adecuados con los pacientes. sin sobrepasar las decisiones terapéuticas.

Divulgación

El autor no tiene conocimiento de ninguna afiliación, membresía, financiamiento o tenencia financiera que pueda percibirse como que afecte la objetividad de esta revisión.

Referencias.

1. Schnipper LE; Smith TJ; Raghavan D et al. La Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica identifica cinco oportunidades clave para mejorar la atención y reducir los costos: la lista de las cinco principales para oncología. *J Clin Oncol.* 2012; 30: 1715-1724
2. C S Pramesh, Harit Chaturvedi, Vijay Anand Reddy, Tapan Saikia, Sushmita Ghoshal, Mrinalini Pandit, K Govind Babu, K V Ganpathy, Dhairyasheel Savant, Gunita Mitera, Richard Sullivan, Christopher M Booth, en nombre de National Cancer Grid. Elegir sabiamente India: diez prácticas dañinas o de bajo valor que deben evitarse en la atención del cáncer. DOI: 10.1016/S1470-2045(19)30092-0

3. Cáncer y cuidados paliativos en COVID-19 y otras situaciones desafiantes: aspectos destacados del Instituto del Cáncer de Uganda: Asociación de Cuidados Paliativos de Uganda 3.^a Conferencia de Uganda sobre el cáncer y los cuidados paliativos, 23 y 24 de septiembre de 2021, celebrada en Kampala, Uganda y virtualmente en Julia Downing y otros <https://doi.org/10.3332/ecancer.2021.1333>

4. Lista de cáncer Choosing Wisely Canada: diez prácticas dañinas o de bajo valor que deben evitarse en la atención del cáncer. *Práctica J Oncol.* 2015; 11: e296-e303

5. Mitera G; Earle C; Latosinsky S et al. Sociedad Americana de Oncología Clínica 2013 lista de los cinco primeros en oncología. *J Clin Oncol.* 2013; 31: 4362

6. Fidel Rubagumya, MD et al Choosing Wisely Africa: diez prácticas dañinas o de bajo valor que deben evitarse en la atención del cáncer. *JCO Global Oncol* 6:1192-1199.

7. Lo mejor de San Antonio Simposio de Cáncer de Mama Lima-Perú 2021. <https://bestofsabcperu.educa.cr>

8. Reunión anual de ASTRO 2021: reunión y educación <https://www.astro.org/Meetings-and-Education/Micro-Sites/2021/Annual-Meeting>

9. FAST: ensayo avanzado de fase 3 Radioterapia mamaria hipofraccionada durante 1 semana versus 3 semanas Adrian Murray et al. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30392-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30392-6)

10. Keynote 522 Pembrolizumab para el cáncer de mama triple negativo temprano Peter Schmid et al. <https://doi:10.156/NEJMoa1910549>

11. EMERALD Elacestrant versus terapia endocrina estándar para los resultados del cáncer de mama avanzado HER2(-) con receptor de estrógeno positivo del ensayo de fase III Francois-Clement Bidard et al. <https://doi.org/10.1200/JCO.22.00338>.