1DENTIFY TODAY

BOLETÍN TRIMESTRAL DE ACTUALIDAD SOBRE LA DETERMINACIÓN DE EGFR M+

Nº 5 • ENERO 2012

1DENTIFY NEWS

ÉXITO EN LA SEGUNDA JORNADA MULTIDISCIPLINAR 1DENTIFY EGFR M+ "ABORDAJE DEL CPNM EGFR M+: DE LA EVIDENCIA A LA EXPERIENCIA"

El pasado 26 de octubre, se celebró la Segunda Jornada 1DENTIFY con un formato innovador (ya que se retransmitió vía webcast a 14 sedes regionales), reuniendo de nuevo a todos los especialistas implicados en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de pulmón no microcítico (CPNM).

La jornada contó con la presencia de ponentes de prestigio tanto nacionales como internacionales. Todos coincidieron en que uno de los mayores avances en el tratamiento del cáncer de pulmón no microcítico ha sido la introducción de los inhibidores de la tirosín quinasa (TKIs) en el tratamiento de pacientes con mutaciones en el EGFR.

1DENTIFY IN ADVANCE

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN EL ESTUDIO IPASS

En un reciente artículo publicado en el Journal of Thoracic Oncology se han presentado los resultados de un estudio aleatorizado en fase III. Los resultados de los objetivos CVRS y mejora de los síntomas favorecieron a gefitinib en pacientes con tumores con EGFR M+.

En el interior del boletín se encuentra el resumen completo del estudio.

1DENTIFY PEOPLE

Dr. Juan Jesús Cruz

ENTREVISTA A LOS PRESIDENTES DE LA SEOM Y LA SEAP

El **Dr. Juan Jesús Cruz**, Presidente de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), Catedrático de Universidad, especialista en Medicina Interna y Oncología Médica y Jefe de Servicio de Oncología Médica del Hospital Clínico Universitario de Salamanca y el **Dr. Ricardo González Cámpora**, Presidente de la Sociedad Española de Anatomía Patológica y División Española de la Academia Internacional de Patología (SEAP-IAP), Catedrático de Universidad, Jefe de Servicio y Director de la Unidad de Gestión de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla, han querido dedicarnos su tiempo para ponernos al día sobre los retos que afrontan ambas sociedades en los próximos años.

Dr. Ricardo González Cámpora

1DENTIFY OPINIONS

"EFICACIA DE LOS INHIBIDORES TIROSINA QUINASA (TKIS) EN PACIENTES CON MUTACIONES MENOS FRECUENTES DEL EGFR (EXONES 18 Y 20, Y OTRAS MUTACIONES)"

La **Dra. Dolores Isla**, del Servicio de Oncología Médica del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza, nos habla en esta ocasión de la eficacia de los TKIs reversibles de EGFR, gefitinib y erlotinib, en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico portadores de la mutación EGFR.

1DENTIFY AGENDA

Identifica los principales congresos y jornadas científicas tanto nacionales como internacionales en el campo de la Anatomía Patológica y la Oncología.

ÉXITO EN LA SEGUNDA JORNADA MULTIDISCIPLINAR 1DENTIFY EGFR M+ "ABORDAJE DEL CPNM EGFR M+: DE LA EVIDENCIA A LA EXPERIENCIA"

Uno de los mayores avances en el abordaje del cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) ha sido la introducción de los inhibidores de la tirosina quinasa (TKIs) (gefitinib y erlotinib) en el tratamiento de pacientes portadores de mutaciones en el EGFR. Son ya muchos los estudios que avalan los beneficios de este tratamiento y, hoy en día, el reto radica en mejorar la respuesta y potenciar la identificación de los pacientes con mutaciones de manera que cada uno de ellos reciba el tratamiento más adecuado según sus características. Para poner en común y debatir los últimos avances claves para lograr este reto, AstraZeneca organizó la Segunda Jornada Multidisciplinar 1DENTIFY EGFR M+, que se celebró el pasado 26 de octubre con el título "Abordaje del CPNM EGFR M+: de la evidencia a la experiencia".

La Jornada tuvo como sede central Madrid y se retransmitió vía webcast a 14 sedes regionales desde las que oncólogos, patólogos, neumólogos y biólogos moleculares pudieron participar activamente.

Para la **Dra. Pilar Garrido**, coordinadora de la jornada, jefe de sección del Hospital Ramón y Cajal de Madrid y responsable del área de cáncer de pulmón en dicho centro, la determinación de la mutación del gen EGFR "es tan importante porque diferentes estudios han demostrado que, en pacientes con CPNM avanzado portadores de esta mutación, los resultados en tasa de respuesta, calidad de vida y tiempo a la progresión del tratamiento son superiores cuando se utiliza un TKI oral del EGFR como gefitinib que cuando se utiliza quimioterapia convencional".

El **Dr. Tarón**, coordinador de la jornada, Jefe del Laboratorio de Biología Molecular del Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona, introdujo la jornada hablando del futuro del diagnóstico molecular: "El futuro es muy esperanzador. En diagnóstico molecular se ha progresado mucho en los procedimientos y sobre todo en los controles de calidad, tanto a nivel de laboratorio como en los circuitos. Es especialmente importante el trabajo multidisciplinar. Hay equipos multidisciplinares de oncólogos, neumólogos, cirujanos, patólogos, y biólogos moleculares muy implicados lo que ha permitido que en estos años se haya avanzado mucho en el diagnóstico y tratamiento oncológico".

La primera ponencia corrió a cargo del **Dr. Tony Mok**, profesor del departamento de Oncología Clínica de la Universidad China de Hong Kong. El Dr. Mok hizo un recorrido por los diferentes estudios realizados con TKIs mostrando la importancia de identificar cuanto antes al paciente mutado por las ventajas que supone el tratamiento desde la primera línea. El Dr. Mok planteó su visión acerca de algunas cuestiones pendientes, como la correcta identificación de los pacientes, las alternativas de tratamiento para pacientes con EGFR M+ que han progresado a un tratamiento con TKI en primera línea o cómo actuar para mejorar los resultados del tratamiento con TKIs.

El **Dr. Rafael Rosell**, Jefe del Departamento de Oncología Médica del Hospital Germans Trias i Pujol de Barcelona, dio a conocer la base genética y molecular de la mutación EGFR en CPNM avanzado, incluyendo la biología de la progresión de la enfermedad. El Dr. Rosell detalló otros factores genéticos, además de las mutaciones del EGFR, implicados en la respuesta a los TKIs de los pacientes con CPNM poniendo de manifiesto la necesidad de plantear nuevas líneas de investigación para mejorar los resultados de los TKIs en pacientes EGFR M+.

Por su parte, el **Dr. Dietel**, del Instituto de Patología del Hospital Universitario Charitè de Berlín, habló de la importancia del abordaje multidisciplinar del CPNM y de la calidad de la muestra obtenida, a fin de optimizar la identificación de los factores predictivos que permitan la selección del tratamiento idóneo. El Dr. Dietel insistió en la importancia de obtener muestra suficiente para realizar el diagnóstico completo del tumor así como de la importancia de seleccionar la técnica de determinación adecuada, en función de la cantidad y calidad del tejido disponible, de manera que no aparezcan falsos negativos o no se identifiquen las mutaciones menos frecuentes.

La intervención del **Dr. Tomeu Massutti**, Jefe del Departamento de Oncología Médica en el Hospital General Universitario de Alicante, se centró en la difusión de los resultados del estudio REASON realizado en población española no seleccionada con CPNM avanzado. El objetivo principal fue determinar la incidencia de mutación del EGFR, observándose la presencia de mutaciones activadoras en un 11,57% de los pacientes con CPNM avanzado considerando todas las histologías. Por otro lado, en dicho estudio se mostró que es posible realizar la determinación en citologías, siendo los resultados comparables a los realizados en tejido obtenido por biopsia.

Como segundo punto de su ponencia, el **Dr. Massutti** habló de las ventajas de hacer el diagnóstico mutacional a través de la plataforma diagnóstica 1DENTIFY. Actualmente, 207 hospitales han utilizado ya esta plataforma, se han analizado más de 7700 muestras y conseguido un tiempo para disponer de resultados de 5,4 días laborables.

Tras finalizar el programa general, los resultados de la plataforma diagnóstica 1DENTIFY fueron detallados de forma local en las diferentes sedes, de manera que los asistentes pudieron hacerse una idea del panorama del CPNM EGFR en su región. Asimismo, se discutió localmente del proceso para determinar la mutación del EGFR en cada área y de cómo mejorarlo logrando que dicha mutación se realice a la vez que el diagnóstico histológico.

Como conclusión de la Jornada, la **Dra. Garrido** afirmó que "es prioritario identificar los pacientes que van a ser subsidiarios de un tratamiento con un TKIs, lo que supone en torno a unos 2.500 pacientes en España al año. Además, se ha avanzado mucho, pero es necesario seguir dando respuesta a las preguntas que son muy numerosas, por lo que es necesario trabajar en equipo. Este es el reto que tenemos por delante". El **Dr. Tarón** animó a seguir identificando a los pacientes a través de la plataforma 1DENTIFY y a seguir en el empeño de conocer la biología molecular del tumor, no solo al principio sino también en el momento de la progresión para un mejor tratamiento de los pacientes con CPNM M+.

Calidad de vida relacionada con la salud en un estudio aleatorizado fase III de gefitinib frente a carboplatino/paclitaxel como tratamiento de primera línea en pacientes asiáticos con CPNM avanzado seleccionados clínicamente (estudio IPASS)

Thongprasert S et al. J Thorac Oncol. 2011 Nov;6(11):1872-80.

Introducción

En el estudio IPASS, la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y la mejoría de los síntomas, se planificaron como objetivos secundarios, tanto para la población total, como en los análisis post-hoc en los subgrupos con mutación positiva/negativa del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR).

Métodos

La CVRS se evaluó utilizando la escala funcional del tratamiento para el cáncer de pulmón (FACT-L) y el índice de resultados de ensayos (TOI); la mejora de los síntomas se valoró según la subescala del cáncer de pulmón (LCS). Las mejoras se definieron como: incremento de 6 o más (FACT-L; TOI); de dos o más (LCS) puntos mantenidos durante 21 días o más.

Resultados

En general (n=1.151/1.217 evaluables), las tasas de mejora de la CVRS fueron significativamente mayores con gefitinib frente a carboplatino/paclitaxel; las tasas de mejoría de los síntomas fueron similares con ambos tratamientos. Con gefitinib, un número significativamente mayor de pacientes registró mejoras de la CVRS y de los síntomas en el subgrupo con mutación positiva del EGFR (n=259; FACT-L 70,2% versus 44,5% odds ratio 3,01 [intervalo de confianza del 95%, 1,79-5,07]; p<0,001; TOI 70,2% versus 38,3%; 3,96 [2,33-6,71]; p<0,001; LCS 75,6% versus 53,9%; 2,70 [1,58-4,62]; p<0,001), y con carboplatino/paclitaxel en el subgrupo con mutación negativa del EGFR (n=169; FACT-L 14,6% versus 36,3%; odds ratio 0,31 [0,15-0,65]; p=0,002; TOI 12,4% versus 28,8% según; 0,35 [0,16-0,79]; p=0,011; LCS 20,2% versus 47,5%; 0,28 [0,14-0,55]; p<0,001). La mediana de tiempo hasta el empeoramiento (meses) según FACT-L fue superior con gefitinib frente a carboplatino/paclitaxel en la población general (8,3 frente a 2,5) y en el subgrupo con mutación positiva de EGFR (15,6 frente a 3,0) y similar para ambos tratamientos en el subgrupo de mutación EGFR negativo (1,4 frente a 1,4). La mediana de tiempo hasta la mejoría con gefitinib fue de 8 días en los pacientes con tumores con mutación positiva del EGFR que experimentaron mejoría.

Conclusiones

Los resultados de CVRS y mejora de los síntomas fueron consistentes con los resultados de eficacia del estudio IPASS y favorecieron a gefitinib en pacientes con tumores con mutación positiva del EGFR y a carboplatino/paclitaxel en pacientes con tumores con mutación negativa del EGFR.

LOS RECIÉN NOMBI
DE LA SEAP Y LA SEOM
Y LOS RETOS QUE AFR
DURANTE LOS PR

Dr. Juan Jesús Cruz, Presidente de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), Catedrático de Universidad, especialista en Medicina Interna y Oncología Médica y Jefe de Servicio de Oncología Médica del Hospital Clínico Universitario de Salamanca

El cáncer de pulmón es el segundo tumor con mayor incidencia en España y el que mayor índice de mortalidad produce. Según la Asociación Española de Afectados de Cáncer de Pulmón, el número de nuevos casos diagnosticados de cáncer de pulmón será de 24.400 en 2012 (19.200 hombres y a 5.200 mujeres), por lo que el papel de Sociedades Médicas como la SEOM y la SEAP es clave para seguir reclamando una asistencia de calidad y que se continúe destinando esfuerzos y recursos suficientes para la prevención, concienciación, investigación, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad con unos criterios cada vez más estandarizados.

Preguntamos a los dos nuevos presidentes sobre los objetivos y retos que se plantean en estos próximos años y el **Dr. Cruz** apunta que *"sobre todo nuestra labor debe ser continuista, de manera que sigan desarrollándose los interesantes proyectos puestos en marcha en el periodo anterior además de proponer nuevas iniciativas según las necesidades que vayan surgiendo".* Ambos coinciden en que los retos principales de su presidencia se podrían resumir en tres líneas de acción: mejora de la calidad asistencial, investigación y formación y docencia. En cuanto a la calidad asistencial, las mejoras pasan por el mantenimiento y desarrollo de los programas ya existentes, como es Programa de Control de Calidad EGFR "Mirando al gen", y la apertura de nuevos proyectos. El **Dr. Cruz** nos explica *"considero necesario identificar el mapa español de las necesidades en oncología de los próximos años: cuántos oncólogos de cada especialidad y generalistas son necesarios y elaborar así una especie de libro blanco que permita dar los pasos necesarios." Añade que "es importante que el oncólogo médico siga siendo el referente del paciente con cáncer en esta época en la que es imprescindible el trabajo multidisciplinar para alcanzar un correcto diagnóstico y tratamiento del cáncer".* Además, considera que *"todos los centros hospitalarios deberían estar en igualdad de oportunidades a la hora de cubrir la demanda de sus pacientes".*

En el plano de la investigación, el **Dr. González Cámpora** comenta que *"desde la SEAP se pretende fomentar el desarrollo de bancos y registros hospitalarios de tumores con la finalidad de potenciar la investigación traslacional, fortalecer los lazos de unión con disciplinas afines, especialmente la Oncología, y, en definitiva, mejorar la atención al paciente".* El **Dr. Cruz** corrobora que tenemos los medios para seguir acercando la investigación básica a la clínica y desde la SEOM van a tratar de poner todos los medios para facilitar que así sea.

Por último, en el plano formativo y docente el **Dr. Cruz** recalca que *"el Dr. Alba, anterior presidente, ha logrado que la especialidad de oncología médica sea reconocida en Europa, y mi labor como nuevo presidente es continuar trabajando para que la especialidad de oncología en España permita que los residentes puedan trabajar también en Europa".* El **Dr. González Cámpora** comenta *"nos gustaría contribuir al posicionamiento de nuestra especialidad –Anatomía Patológica- como disciplina clave en el proceso diagnóstico, potenciando el desarrollo de subespecialidades y la creación de diplomas de acreditación de expertos, participando en la elaboración de programas formativos en hospitales y acercándonos más al estudiante de medicina".*

Cuando hablamos de medicina personalizada, centrándonos en el cáncer de pulmón no microcítico (CPNM), los dos presidentes coinciden en que la detección de las mutaciones del gen EGFR es uno de los mayores avances en este tipo de tumores y ha supuesto un hito en la llamada "medicina personalizada", permitiendo seleccionar el tratamiento más adecuado para cada tipo de paciente. El **Dr. Cruz** apunta que "*antes la diana era el ADN, pero ahora debemos buscar alteraciones moleculares*

"Antes la diana era el ADN, pero ahora debemos buscar alteraciones moleculares concretas, lo que supone un reto para todos"
Dr.Cruz

BRADOS PRESIDENTES . HABLAN SOBRE CPNM RONTAN EN SU CARGO RÓXIMOS 2 AÑOS

Dr. Ricardo González Cámpora, Presidente de la Sociedad Española de Anatomía Patológica y División Española de la Academia Internacional de Patología (SEAP-IAP), Catedrático de Universidad, Jefe de Servicio y Director de la Unidad de Gestión de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla

concretas, lo que supone un reto para todos". Por su parte, el **Dr. González Cámpora** ve el futuro de este tipo de medicina bastante prometedor porque los avances en este campo son constantes: *"cada día se ensayan nuevos fármacos dirigidos específicamente contra dianas moleculares claves en la trasmisión de la señal proliferativa, además se ponen en marcha nuevas estrategias en pacientes que han desarrollado resistencia secundaria al fármaco. En la actualidad, se han encontrado mutaciones importantes, la mayoría mutuamente excluyentes, en casi el 60% de los CPNM y existen terapias específicas o están en fase de desarrollo experimental. En un futuro muy próximo, probablemente, la indicación para estudio molecular se hará extensiva a todos los pacientes con CPNM, ya que también está demostrada la presencia de mutaciones de EGFR en tumores de fumadores intensos, en ciertos carcinomas escamosos y en tumores de otros colectivos considerados hasta ahora como no beneficiarios."*

El tratamiento de los pacientes con CPNM avanzado EGFR M+ con un TKI en primera línea es ya una práctica clínica estándar, por lo que les preguntamos qué ha supuesto en este contexto la puesta en marcha en España de la plataforma de diagnóstico 1DENTIFY, ya que no cabe duda que se está produciendo un cambio importante y que la prescripción en primera línea de un TKI redundará en una respuesta terapéutica más favorable. El **Dr. González Cámpora** nos confirma que *"la puesta en marcha de la plataforma 1DENTIFY ha sido una de las iniciativas más acertadas que se ha instaurado en el manejo del CPNM, ya que permite a los pacientes beneficiarse de un tratamiento personalizado, con independencia del hospital donde sea atendido y de su lugar de residencia".* Según el presidente de la SEAP, "la plataforma 1DENTIFY garantiza el control y seguimiento del proceso desde la solicitud de estudio mutacional del gen EGFR hasta la recepción de los resultados y todo ello en un periodo de tiempo muy corto (menos de 7 días laborables) y con una fiabilidad garantizada. Estos centros cuentan con patólogos y biólogos moleculares expertos en cáncer de pulmón y se hayan sometidos a controles de calidad externos". Por su parte, el **Dr. Cruz** apunta que *"esta es una iniciativa interesante ya que al principio no todos los centros pueden realizar las determinaciones. Así, una vez se crea la necesidad y hay un periodo de introducción, si los resultados son buenos, el método de trabajo puede estandarizarse y pasar a la cartera de servicios generales de los centros".*

"La puesta en marcha de la plataforma 1DENTIFY ha sido una de las iniciativas más acertadas que se ha instaurado en el manejo del CPNM, ya que permite a los pacientes beneficiarse de un tratamiento personalizado, con independencia del hospital donde sea atendido y de su lugar de residencia".
Dr. González Cámpora

Preguntados sobre la responsabilidad y el papel que juegan las Sociedades Médicas para conseguir que el proceso de identificación de la mutación EGFR forme parte de la práctica clínica habitual y el paciente pueda beneficiarse de un tratamiento personalizado, ambos doctores afirman que la SEAP-IAP y la SEOM vienen desarrollando conjuntamente una labor coordinada y muy beneficiosa en pro de la instauración de las terapias personalizadas, ya que, como nos cuenta el **Dr. González Cámpora,** *"periódicamente se celebran simposios específicos y se editan guías de consenso encaminadas a facilitar el manejo terapéutico y a promover estrategias que permitan una mayor difusión de los tratamientos. De hecho, en este año, se han llevado a cabo dos reuniones científicas conjuntas en las que se han analizado problemas relacionados con biomarcadores en el cáncer de pulmón y se ha elaborado un artículo de consenso nacional sobre recomendaciones para la determinación de biomarcadores en CPNM en el que han participado conjuntamente oncólogos y patólogos de reconocido prestigio nacional y que aparecerá publicado próximamente en las revistas oficiales de ambas Sociedades".*

Hoy nadie pone en duda que los diagnósticos y tratamientos oncológicos, especialmente los que requieren identificación de dianas terapéuticas para terapias dirigidas, deben ser multidisciplinares y que las decisiones deben ser consensuadas en los distintos comités con los datos que aporta cada uno de los miembros. El oncólogo médico es el referente del paciente con cáncery los patólogos y biólogos moleculares deben trabajar conjuntamente con los oncólogos con el fin de que la identificación de dianas moleculares específicas permita al oncólogo administrar los fármacos más adecuados para alcanzar los beneficios más relevantes y prolongados.

Dra. Dolores Isla
Servicio de Oncología Médica
Hospital Clínico Universitario
Lozano Blesa de Zaragoza

Eficacia de los inhibidores tirosina quinasa (TKIs) en pacientes con mutaciones menos frecuentes del EGFR (exones 18 y 20, y otras mutaciones)

Tras aceptar la invitación para escribir este artículo, he podido confirmar definitivamente que la información que disponemos sobre el tema en cuestión es muy limitada, a pesar de que las mutaciones de EGFR fueron ya descubiertas hace más de 7 años y son muchas las publicaciones disponibles sobre este tema.

Lo que hoy tenemos muy claro es que conocemos bien la eficacia de los TKIs reversibles de EGFR gefitinib y erlotinib en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico portadores de la mutación EGFR en general.

Alrededor de un 90% de las mutaciones EGFR se denominan "clásicas" y se producen en los exones 19 (E19del (LREA), son deleciones in-frame) y 21 (L858R, son mutaciones puntuales).

Las mutaciones EGFR se encuentran en aproximadamente un 10% de los pacientes con cáncer de pulmón no microcítico en Europa. Alrededor de un 90% de las mutaciones EGFR se denominan "clásicas" y se producen en los exones 19 (E19del (LREA), son deleciones in-frame) y 21 (L858R, son mutaciones puntuales). El resto serían las llamadas mutaciones menos frecuentes de EGFR: en exón 18, en exón 20, mutaciones no comunes en exones 19 y 21, y mutaciones múltiples (varias en un mismo tumor). También está descrita la conocida mutación T790M en exón 20 llamada de resistencia adquirida pero que en varias series ya se ha detectado en alguna proporción al diagnóstico de la enfermedad antes del inicio de TKIs de EGFR.

En la mayoría de los ensayos clínicos más importantes con TKIs de EGFR (comparando gefitinib o erlotinib con quimioterapia en estudios fase III) solo se aceptaba la inclusión de pacientes con mutaciones en los exones 19 y 21: estudios WJTOG3405, OPTIMAL, EURTAC; y solo en el estudio NEJ002 sabemos que alrededor de un 6% presentaban otras mutaciones, y en el estudio IPASS en un 8%, pero sin conocerse en ninguno de estos dos estudios los resultados de eficacia de gefitinib para dicho subgrupo de pacientes.

Así pues, lamentablemente no disponemos de información procedente de estudios importantes con pacientes portadores de mutaciones menos frecuentes de EGFR que hayan sido tratados con TKIs de EGFR que nos permita llegar a alguna conclusión sobre su eficacia con cierta robustez.

Tampoco el estudio español de cribado de mutaciones de EGFR en alrededor de 2.100 pacientes, estudio SLADB, aportó información sobre mutaciones menos frecuentes. En el estudio español REASON, se ha determinado la incidencia de mutaciones EGFR en alrededor de 1.000 pacientes, encontrándose un 5% de mutaciones menos frecuentes de EGFR entre aquellos en los que éstas pudieron analizarse (solo alrededor de la mitad de los incluidos). Pero en este estudio no se recopiló información sobre eficacia de los tratamientos administrados a dichos pacientes.

La valoración conjunta de todas las mutaciones menos frecuentes de EGFR no debiera ser lo correcto, sino que se tendría que identificar aisladamente la actividad de los TKIs de EGFR para cada tipo de mutación.

Sobre todo disponemos de datos procedentes de estudios *in vitro*, y de publicaciones de casos o bien de experiencias propias de determinadas instituciones, es decir, la evidencia científica es todavía muy pobre. Por eso, ni las Guías de Práctica Clínica, ni los diferentes Consensos que sobre biomarcadores en cáncer de pulmón se han publicado hasta ahora, hacen mención a este tema.

Globalmente, parece que la eficacia de los TKIs de EGFR en la población con mutaciones menos frecuentes es peor respecto de las mutaciones "clásicas", con respuestas de solo 5-30% y supervivencia considerablemente más corta. Esto es así especialmente en aquellas mutaciones localizadas en exón 20, sobre todo inserciones, que suponen un 4% de todas las mutaciones de EGFR, con resistencia a TKIs reversibles e irreversibles también; y de forma similar cuando la mutación puntual T790M está presente al diagnóstico. Por tanto, al parecer existe una resistencia a TKIs de EGFR observada preclínicamente y también clínicamente.

Pero la valoración conjunta de todas las mutaciones menos frecuentes de EGFR no debiera ser lo correcto, sino que se tendría que identificar aisladamente la actividad de los TKIs de EGFR para cada tipo de mutación.

La necesidad de evaluar el mejor abordaje terapéutico para este subgrupo de pacientes portadores de mutaciones menos frecuentes de EGFR, pasa previamente por un imprescindible mejor conocimiento de su incidencia real (muchas veces estas mutaciones no son analizadas) y posteriormente por saber cuáles son los resultados de las terapias convencionales para cada una de dichas mutaciones (información todavía casi inexistente).

La necesidad de evaluar el mejor abordaje terapéutico para este subgrupo de pacientes portadores de mutaciones menos frecuentes de EGFR, pasa previamente por un imprescindible mejor conocimiento de su incidencia real y posteriormente por saber cuáles son los resultados de las terapias convencionales para cada una de dichas mutaciones (información todavía casi inexistente).

1DENTIFYAGENDA

CONGRESOS ONCOLOGÍA

NACIONALES

XIV Simposio de Revisiones en Cáncer
8 al 10 de Febrero 2012. Madrid

V Jornada Intensiva de Radio-Quimioterapia en Cáncer de Pulmón
17 de Febrero 2012. Santiago de Compostela, La Coruña

II Simposio de Cáncer de Pulmón en Mujeres
29 de Febrero 2012. Madrid

II Simposio de Tratamiento de Inducción de Cáncer de Pulmón
1 de Marzo 2012. Lérida

3ª Edición - Curso Avances en el Abordaje Multidisciplinar del Cáncer de Pulmón 2012
8 de Marzo 2012. Madrid

XV Reunión de Consenso en Tratamiento Oncológico: Cáncer de Pulmón
16 de Marzo 2012. Córdoba

8º Simposio Internacional de Oncología Traslacional
26 y 27 de Abril 2012. Barcelona

II Curso de Capacitación de Cáncer de Pulmón
26, 27 y 28 de Abril 2012. Madrid

XXIV Curso Avanzado de Oncología Médica
20 al 23 de Junio 2012. San Lorenzo de El Escorial, Madrid

INTERNACIONALES

18th Annual Network of Oncology Clinicians and Researchers (NOCR)
9 al 11 Febrero 2012. Las Vegas, Nevada, USA

12th Annual Targeted Therapies of the Treatment of Lung Cancer
22 al 25 de Febrero 2012. Santa Monica, California, USA

10th International Congress on Targeted Anticancer Therapies
8 al 10 de Marzo 2012. Amsterdam, Holanda

13th European Congress: Perspectives in Lung Cancer
9 al 10 de Marzo 2012. Amsterdam, Holanda

3rd European Lung Cancer Conference
18 al 21 de Abril 2012. Ginebra, Suiza

2012 ASCO Annual Meeting
1 al 5 de Junio 2012. Chicago, Illinois

13th Central European Lung Cancer Conference (CELCC13)
24 al 17 de Junio 2012. Praga, República Checa

CONGRESOS ANATOMÍA PATOLÓGICA

NACIONALES

XXXV Reunión Anual de la Sociedad Española de Anatomía Patológica y División Española de la Academia Internacional de Patología (SEAP-IAP)
16 y 17 de Febrero 2012. Madrid

INTERNACIONALES

33rd Annual Pathology Seminar
12 al 17 de Febrero 2012. Snowmass Village, Colorado

Annual Meeting 2012 (USCAP, United States and Canadian academy of Pathology)
17 al 23 de Marzo 2012 Vancouver, BC Canadá

Pulmonary Pathology Society
12 al 14 de Abril 2012. Charleston, Carolina del Sur

Practical Pathology Seminars 2012 (USCAP, United States and Canadian academy of Pathology)
17 al 20 de Mayo 2012. Boston, MA, USA

ESOIRE0152 (Enero 2012)