

Guía NICE sobre topotecan para la recaída del cáncer de pulmón microcítico

NICE ha publicado una Guía sobre el uso de topotecán para el cáncer de pulmón microcítico (CPM), recomienda el uso de topotecan oral como una opción solo en personas con recaída de CPM para los que:

- El retratamiento con el regimen de primera línea no se considera apropiado y
- Está contraindicada la combinación de ciclofosfamida, doxorubicina y vincristina.

Topotecán I.V. no está recomendado para personas con recaída del CPM.

Para ampliar información pinchar aquí. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/TA184Guidance.pdf>

Revisión: Comprensión de los mecanismos detrás del trastuzumab para el tratamiento del cáncer de mama HER-2 positivo

Los mecanismos de acción de trastuzumab no han sido totalmente dilucidados. Este artículo revisa los datos disponibles hasta la fecha y también analiza el impacto de los mecanismos de acción en el beneficio clínico. Los temas específicos cubiertos incluyen:

- Biología de la familia de los receptores del factor de crecimiento epidérmico humano.
- Justificación de la selección de HER2 en cáncer de mama
- Identificación de trastuzumab
- Trastuzumab actividad biológica y mecanismos de acción
- Trasladando la ciencia en beneficio clínico
- Selección de pacientes
- Los mecanismos potenciales de la resistencia a trastuzumab

J Clin Oncol 2009;27:5.838-47.

Para ampliar información pinchar aquí. <http://jco.ascopubs.org/cgi/content/abstract/27/34/5838>

Agentes estimulantes de la eritropoyesis: preocupación por su uso y riesgos en USA

Según una investigación publicada on line en la revista Journal of The National Cancer Institute, el uso de agentes estimulantes de la eritropoyesis en pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia en EE.UU. ha aumentado 10 veces desde su introducción, sin embargo, no ha habido una disminución asociada en la tasa de transfusiones de sangre.

Los investigadores buscaron evaluar el impacto de los agentes estimulantes de la eritropoyesis en la tasa de transfusión de sangre, el riesgo a largo plazo del tromboembolismo venoso, y la supervivencia global en pacientes que eran mayores de 65 años de edad, que tenían un diagnóstico primario confirmado por anatomía patológica de linfoma de células B grandes y difusas, en los 10 años después de que estos fármacos fueron aprobados por la FDA. Los principales resultados del estudio fueron la recepción de transfusiones de sangre y la demanda de diagnóstico de tromboembolismo venoso (trombosis venosa profunda y / o embolia pulmonar).

Los investigadores informaron que la tasa de transfusión de sangre por año durante 1991-2002 se mantuvo constante en un 22%. Sin embargo, el tromboembolismo venoso se desarrolló en 1.796 (14,3%) de los 12.522 pacientes que recibieron el agente estimulante de la eritropoyesis y 3.400 (9,8%) de los 34.820 pacientes que no lo recibieron (HR = 1,93, IC 95% = 1,79 a 2,07).

Los investigadores concluyeron que a pesar de que los agentes estimulantes de la eritropoyesis se asociara con una reducción en el uso de transfusiones de sangre en los ensayos clínicos, la proporción de pacientes que recibieron al menos una transfusión de sangre se mantuvo constante durante el período de 10 años de estudio, con ligeros descensos en el número de los pacientes anémicos que recibieron y no recibieron agentes estimulantes de la eritropoyesis.

J Nat Cancer Inst, published online 10 november 2009.

Para ampliar información pinchar aquí. <http://jnci.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/djp387v1>

Actualización de las Guías de Práctica Clínica de la ASCO sobre quimioterapia para el cáncer de pulmón no microcítico estadio IV

Se ha publicado en la revista The Journal of Clinical Oncology una actualización de las recomendaciones de la ASCO para el tratamiento de pacientes con cáncer de pulmón no microcítico estadio IV. Estas GPC discuten las opciones de quimioterapia de primera, segunda y tercera línea, y hacen algunas de las siguientes recomendaciones:

- Para el tratamiento de primera línea en pacientes con estado general de 2, es suficiente un único citotóxico
- Interrumpir la quimioterapia citotóxica con progresión de la enfermedad o después de cuatro ciclos in pacientes que no responden al tratamiento.
- Interrumpir la quimioterapia con dos medicamentos a los 6 ciclos incluso en pacientes que estén respondiendo al tratamiento.
- El uso en primera línea de gefitinib puede estar recomendado para pacientes mutación conocida del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR); para estado de la mutación EGFR negativa o desconocida, es preferible quimioterapia citotóxica.
- Bevacizumab está recomendado con carboplatino-paclitaxel, excepto para pacientes con ciertas características clínicas.
- Cetuximab está recomendado con cisplatino-vinorelbina para pacientes con tumores EGFR-positivos por inmunohistoquímica.
- Docetaxel, erlotinib, gefitinib o pemetrexed está recomendado como tratamiento de segunda línea.
- Erlotinib está recomendado como tratamiento de tercera línea para pacientes que no han recibido previamente erlotinib o gefitinib.
- Los datos son insuficientes para recomendar el uso rutinario en tercera línea de medicamentos citotóxicos.

JCO Early Release, published online ahead of print Nov 16 2009.

Para ampliar información pinchar aquí. <http://jco.ascopubs.org/cgi/content/abstract/JCO.2009.23.5622v1>