



## ORIGINAL

# Manejo del osteosarcoma con la terapia Rizzoli en la rutina de los servicios de un país en desarrollo



Natalia Arango<sup>a,b,\*</sup>, Carlos Bonilla<sup>a,b</sup> y Ricardo Sánchez<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Grupo de Oncología Clínica, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá D. C., Colombia

<sup>b</sup> Universidad El Bosque, Bogotá D. C., Colombia

<sup>c</sup> Grupo de Epidemiología Clínica, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá D. C., Colombia

Recibido el 19 de abril de 2013; aceptado el 27 de mayo de 2014

### PALABRAS CLAVE

Osteosarcoma;  
Quimioterapia;  
Amputación;  
Preservación  
de extremidad

### Resumen

**Objetivo:** Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con osteosarcoma de extremidad de alto grado tratados entre 2007 y 2010 con los protocolos Rizzoli 2 o Rizzoli 4 en el Instituto Nacional de Cancerología.

**Materiales y métodos:** Se analizaron las historias clínicas de pacientes con osteosarcoma de extremidad que recibieron tratamiento con los regímenes Rizzoli 2 o Rizzoli 4. Se utilizaron técnicas de estadística descriptiva y se estimaron funciones de supervivencia para mortalidad y recaída.

**Resultados:** Se encontraron un total de 18 pacientes que recibieron protocolo Rizzoli. Con edad promedio de 25 años (DE=10,2) y localización anatómica más frecuente en el fémur. 15 de los 18 pacientes que recibieron quimioterapia preoperatoria fueron llevados a cirugía, lográndose la preservación de la extremidad en 9 de ellos (60%); los demás requirieron amputación. Entre los 15 pacientes operados, se encontró buena respuesta patológica (viabilidad tumoral  $\leq 10\%$ ) en 5 (33,33%). Luego de un seguimiento de 2 años, el 57% de los pacientes se encontraban vivos. El evento adverso no hematológico más frecuente fue la elevación de transaminasas grado 3. La toxicidad hematológica más frecuente fue la leucopenia grado 2 y neutropenia grado 3.

De los 18 pacientes, 7 abandonaron el tratamiento (2 durante la neoadyuvancia y 5 en la adyuvancia).

**Conclusiones:** El uso de los protocolos Rizzoli 2 y 4 en la población incluida dio como resultado tasas de respuesta, preservación de extremidad y supervivencia global menores que las reportadas en las publicaciones originales.

© 2013 Instituto Nacional de Cancerología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [natiarang@hotmail.com](mailto:natiarang@hotmail.com), [natiarang@gmail.com](mailto:natiarang@gmail.com) (N. Arango).

**KEYWORDS**

Osteosarcoma;  
Chemotherapy;  
Amputation;  
Limb salvage

## Management of osteosarcoma with Rizzoli therapy in routine services in a developing country

**Abstract**

**Objective:** To describe the clinical and epidemiological characteristics of patients with osteosarcoma high grade limb osteosarcoma treated between 2007 and 2010 using Rizzoli 2 or Rizzoli 4 protocols in the National Cancer Institute, Colombia.

**Materials and methods:** An analysis was made of the medical histories of patients with limb osteosarcoma who had received treatment with the Rizzoli 2 or Rizzoli 4 protocol. Descriptive statistics were used and survival and recurrence rates were estimated.

**Results:** A total of 18 patients were found that had received treatment using the Rizzoli protocol. The mean age was 25 years (SD=10.2) and the most frequent anatomical location was in the femur. Surgery was performed on 15 of the 18 patients who received pre-operative chemotherapy, with limb salvage being achieved in 9 (60%) of them, and the remainder required amputation. A good pathological response was observed in the 15 patients who received surgery (tumor viability  $\leq$  10%) in 5 (33.33%). In the follow up at 2 years, 57% of the patients were still alive. The most frequent non-hematological adverse event was a grade 3 increase in transaminases. The most frequent hematology event was grade 2 leukopenia and grade 3 neutropenia

Of the 18 patients, 7 of them dropped out of the treatment (2 during neoadjuvant and 5 during adjuvant).

**Conclusions:** The use of the Rizzoli 2 and 4 protocols in this population gave lower response, limb salvage, and overall survival rates than those reported in other publications.

© 2013 Instituto Nacional de Cancerología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

**Introducción**

El osteosarcoma es, después del mieloma múltiple, la neoplasia primaria del hueso más frecuente<sup>1</sup>. Los hombres son los más afectados, en una relación 1,2-1,5:1<sup>1,2</sup> y con una tasa de mortalidad cercana a 0,15/100.000 habitantes/año<sup>3</sup>.

Tiene un pico de presentación en la segunda década de la vida (14 a 20 años), por lo cual la mayoría de los estudios involucran niños, mientras que los datos en población adulta son escasos<sup>2,3</sup>.

Los osteosarcomas se han clasificado según la profundidad del compromiso inicial (superficial vs central), según el grado y el subtipo histológico, de la siguiente forma<sup>4</sup>:

- 1) **Osteosarcomas de superficie:** abarcan el osteosarcoma parosteal de bajo grado, el osteosarcoma periosteal y el osteosarcoma de superficie de alto grado.
- 2) **Osteosarcoma central (intramedular):** usualmente de alto grado, es la forma más común de osteosarcoma e histológicamente se subdivide en: osteoblástico (45%), condroblástico (27%), fibroblástico (9%), anaplásico (17%), telangiectásico (1%), de célula pequeña (1%), y otros tipos (1%). Los tipos osteoblásticos, fibroblásticos y condroblásticos en conjunto, son llamados osteosarcomas convencionales. Los casos de osteosarcomas intramedulares de bajo grado son anecdóticos<sup>5</sup>.

Hay dos sistemas de estadificación aceptados para el osteosarcoma (ver [tabla 1](#)). El primero es el sistema quirúrgico propuesto por Enneking y adoptado posteriormente por la Musculoskeletal Tumor Society (MTS)<sup>6,7</sup>. El segundo

es el de la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC) y el American Joint Cancer Committee (AJCC) de acuerdo al concepto TNM<sup>8</sup>. En la práctica clínica se aconseja utilizar ambos sistemas<sup>9</sup>.

El manejo quirúrgico es la piedra angular del tratamiento locorregional, pero usado como modalidad terapéutica exclusiva falla en 80 a 90% de los casos debido a frecuentes micrometástasis tempranas<sup>1,10</sup>.

Inicialmente se brindaba a los pacientes manejo quirúrgico radical (amputación), pero posteriormente se desarrollaron técnicas que permitían la resección curativa y preservar la extremidad, lo que permite mantener la funcionalidad y una mejor calidad de vida, y por tal motivo deben intentarse siempre que sea posible<sup>11-15</sup>.

Estudios que evalúan la radioterapia adyuvante no han mostrado impacto en supervivencia<sup>16,17</sup>, por lo que esta modalidad de tratamiento debe reservarse para pacientes que no acepten manejo quirúrgico o que tengan tumores irreseccables y para aquellos llevados a cirugía con bordes macro o microscópicamente comprometidos que no puedan ser re-operados<sup>18</sup>.

La quimioterapia es un pilar importante del tratamiento del osteosarcoma que administrada de forma pre y postoperatoria ha logrado tasas de curación de 60 a 70% y tasas de preservación de extremidad entre 70 y 95%<sup>19</sup>. Los agentes de quimioterapia más activos para esta enfermedad son: antraciclinas, platinos, ifosfamida, ciclofosfamida, metotrexate, etopósido y alcaloides de la vinca. Estos se pueden administrar en variedad de combinaciones, sin existir un estándar aceptado.

Un ensayo clínico fase III publicado en 1992 mostró que un régimen de quimioterapia de cisplatino y doxorubicina

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3997139>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3997139>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)