REDIO
Red de Información Oncológica

Integrantes

Instituto Alexander Fleming – Fuca

Dr. Reinaldo Chacón
Director Académico
Jefe del Servicio de Oncología

Dr. Federico A. Coló
Director Médico

Dr. José Mordoh
Asesor Científico de Biblioteca

Dr. Marcelo Zylberman
Asesor Médico de Biblioteca

Dr. Rubén Burgos
Dra. Adriana Vitriu
Oncohematología

Dra. Carmen Pupareli
Dr. Fernando Petracci
Oncología Clínica

Dr. Fernando Sánchez Loria
Cirugía Oncológica

Dra. María Teresa Verón
Infectología y Microbiología Clínica

Dr. Roberto Gavazzi
Oncogeriatría

Dra. Carolina Chacón
Radioterapia

Dra. Mora Amat
Dr. Enzo Domenichini
Patologia

Dr. Daniel Mysler
Dr. Lisandro Paganini
Imágenes

Dr. Daniel Santos
Cardio-Oncología

Prof. María Luisa Poljak
Directora Biblioteca
Editora Newsletter REDIO

Mario Cazeneuve
Soporte Técnico Newsletter REDIO

Fundación Instituto Leloir

Dr. Roberto J. Staneloni
Investigador CONICET

Dra. Andrea S. Llera
Investigadora CONICET

Dra. Vanesa Gottifredi
Investigadora CONICET

Dr. Mariano Javier Alvarez
Center for Computational Biology and Bioinformatics (C2B2)
Columbia University

Dra. Sabrina F. Mansilla
Post-Doc CONICET

Dra. Mónica B. Pérez
Directora Biblioteca
Editora Newsletter REDIO

Marcos Sciannamea
Nicolas Rucks
Biblioteca
Soporte Técnico Newsletter REDIO

.

Newsletter REDIO

2017, Marzo 13 (3)

EDITORIAL

Estimado Profesional:

Impacto de las recomendaciones de AMA y de NIH en el nivel educativo del material del paciente de Radioterapia.
María L. Poljak

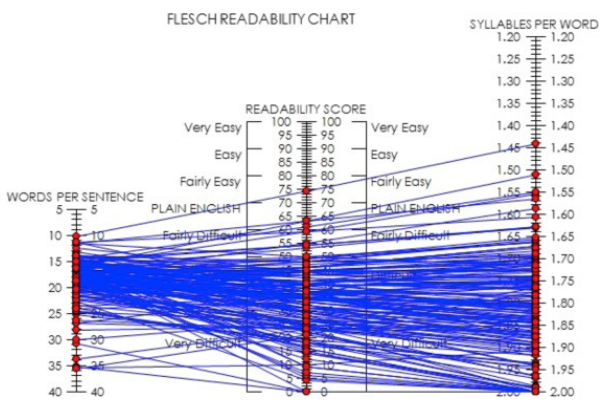
El 80% de los usuarios de Internet buscan información para investigar enfermedades, tratamientos médicos y procedimientos.

El objetivo de este estudio fue evaluar el nivel de legibilidad de los recursos educativos del paciente en el área de Radioterapia.

Fueron seleccionados cinco sitios web de referencia y se evaluaron un total de 135 artículos con 10 escalas de legibilidad ampliamente aceptadas en la literatura médica. Sólo 1 de los 135 artículos (0.74%) cumplió con las recomendaciones de American Medical Association (AMA) y de lNational Institutes Health (NIH).

En conclusión, el material para el paciente tiene un nivel superior a las recomendaciones de NIH y de AMA, se sugiere reescribirlos, y así mejorar la comprensión de los pacientes sobre su salud y opciones terapéuticas, haciendo más productiva y eficiente la interacción médico-paciente …[+Info]

Prabhu AV,et al.
Radiation Oncology and Online Patient Education Materials: Deviating From NIH and AMA Recommendations.
Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2016 Nov 1;96(3):521-8.



BIOLOGIA MOLECULAR Y CANCER

Mariano Alvarez

Tumor checkpoints, oncotecture y dystasis. Encontrando los talones de Aquiles del cáncer.

En lugar de comentar un artículo de investigación, esta vez decidí hacerlo con uno de revisión.
En este trabajo presentamos una nueva teoría, avalada por más de una década de investigación, para describir e interpretar la lógica regulatoria (desregulada) del cáncer. En parte, esta visión fue impulsada por una paradoja que comenzó a ser evidente a principios de la era post-genómica: si bien existen millones de posibles combinaciones de alteraciones genéticas, solo observamos un número reducido (menos de 100) fenotipos tumorales.
Haciendo una analogía con los conceptos de homeostasis celular — donde el universo de posibles estados fenotípicos se encuentra reducido a un número finito de estados energética y fisiológicamente viables, cada uno representando un estadio de diferenciación en distintos linajes celulares — podemos interpretar el efecto de alteraciones en el genoma de una célula tumoral como una modificación en el repertorio de estados fisiológicamente estables. De esta forma, y por analogía con la homeostasis de una célula normal, nos referimos al fenotipo tumoral como un estado de homeostasis desregulada o "**dystasis**", y a la arquitectura regulatoria de la célula tumoral como "**oncotecture**". En esta arquitectura regulatoria, un grupo reducido de **reguladores maestros** se encuentran organizados en motivos *fuertemente autoregulados* denominados **tumor checkpoints**, responsables de implementar y mantener el estado transcriptional de la célula tumoral en forma independiente de los eventos iniciadores del tumor, así como de perturbaciones internas y externas.
En un reciente trabajo presentamos estos conceptos, los métodos para la identificación sistemática de tumor checkpoints y estrategias para identificar fármacos capaces de inactivar estos módulos regulatorios produciendo su colapso y la muerte específica de las células tumorales. Los tumor checkpoints constituyen un talón de Aquiles más universal que los oncogenes, pueden ser identificados en virtualmente el 100% de los pacientes, y debido a que constituyen el punto de control del estado de dystasis, es menos probable el desarrollo de mecanismos de resistencia a terapias dirigidas contra ellos …[+Info]

Califano A, Alvarez MJ.
The recurrent architecture of tumour initiation, progression and drug sensitivity.
Nat Rev Cancer. 2017 Feb;17(2):116-130. doi: 10.1038/nrc.2016.124. Review

IMÁGENES

Lisandro Paganini

Nuevas guías 2017 de la Sociedad Fleischner para el manejo de los nódulos pulmonares hallados incidentalmente en tomografía computada.

La Sociedad Fleischner es una sociedad médica multidisciplinaria, referente mundial en radiología torácica, dedicada al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del tórax, fundada en 1969.
Sus guías para el manejo de los nódulos pulmonares incidentales en tomografía computada (TC) son ampliamente reconocidas y utilizadas. Recientemente han sido publicadas las nuevas guías para el manejo tanto de los nódulos pulmonares sólidos como subsólidos que actualizan las previamente presentadas en los años 2005 y 2013, respectivamente, haciendo uso de la información más reciente disponible de distintos trabajos como el National Lung Screening Trial (NLST), Nederlans-Leuvens Longkanker Screening Onderzoek (NELSON), International Early Lung Cancer Action Program (iELCAP), Pan-Canadian Early Detection of Lung Cancer Study (PanCan) y la British Columbia Cancer Agency (BCCA), con el objetivo de reducir el número de TC de seguimiento innecesarias.Estas guías aplican para pacientes adultos mayores de 35 años sin enfermedades oncológicas ni inmunosupresión.

Los cambios más destacables de esta nueva versión son:

a) El aumento del tamaño mínimo para el seguimiento rutinario de un nódulo pulmonar sólido que pasó de 4 a 6 mm y de un nódulo subsólido que cambió de 5 a 6 mm.
b) Los intervalos de seguimiento recomendados se expresan en rangos y no en un período de tiempo preciso con el objetivo de brindar a los médicos radiólogos y clínicos mayor discrecionalidad para el manejo individualizado del paciente según sus factores de riesgo y preferencias.
c) Los nódulos pulmonares subsólidos tienen un rango inicial de seguimiento más prolongado (de 3 a 6 meses) así como su tiempo total de seguimiento que se extendió a 5 años.
d) Se han simplificado en una sola tabla las guías para el manejo de nódulos sólidos y los subsólidos, considerando si son únicos o múltiples.

Recomiendo la lectura en detalle de estas nuevas guías que resultan de gran valor para los radiólogos, clínicos y cirujanos ya que simplifican y sistematizan el manejo de los nódulos pulmonares hallados incidentalmente en TC, una situación cada vez más frecuente en la práctica médica cotidiana ...[+Info]

MacMahon H,et al.
Guidelines for Management of Incidental Pulmonary Nodules Detected on CT Images: From the Fleischner Society 2017.
Radiology. 2017 Feb 23:161659. doi: 0.1148/radiol.2017161659.

PATOLOGÍA

Mora Amat

CDX2 como marcador pronóstico en cáncer de colon.

El tratamiento quimioterapico logro una mejoría significativa en la sobrevida de los pacientes con cáncer de colon Estadio III. Sin embargo, esto no se trasladó a los pacientes con estadios tempranos (estadios I y II) ya que no existen métodos validados para identificar a los grupos de pacientes de alto riesgo en estos estadios

En el trabajo se estudia la expresión de CDX2 por Inmunohistoquímica, un marcador de tejido colónico maduro, para la identificación de pacientes de alto riesgo y su relación con la sobrevida a 5 años …[+Info]

Dalerba P,et al.
CDX2 as a Prognostic Biomarker in Stage II and Stage III Colon Cancer.
N Engl J Med. 2016 Jan 21;374(3):211-22. doi: 10.1056/NEJMoa1506597

RECURSOS DE INFORMACIÓN

Mónica B. Pérez

ORCID soluciona el problema de identidad de autor y favorece la visibilidad e impacto de la producción.

Orcid (Open Researcher and Contributor ID) es un identificador de autor con un código único e inequívoco que permite al investigador reunir y vincular su producción y actividades profesionales, favoreciendo la visibilidad e impacto de sus publicaciones.

Es un proyecto abierto que cuenta con el apoyo de instituciones académicas como MIT, CalTech y CERN y las editoriales Elsevier, Wiley, ACS y NPG, entre otras. Trabaja bajo un sistema internacional interoperable con numerosas bases de datos y de gestión de la investigación como Scopus, Web of Science y Mendeley.

Se recomienda incorporar ORCID como identificador en las publicaciones y proyectos de investigación propios, en la firma del correo electrónico y páginas web personales, como firma en el envío de manuscritos para su publicación, comunicaciones a congresos y pósteres científicos, para concursar a ayudas y convocatorias, estando ya integrado en el Curriculum Vitae y en Repositorios Institucionales y en las plataformas científicas en las que participe …[+Info]

ORCID
Conectando a los investigadores con la investigación

https://orcid.org/