

# GACETA MEXICANA DE ONCOLOGÍA

SOCIEDAD MEXICANA DE ONCOLOGÍA, A.C.

VOLUMEN 4, NÚM. 5 SEPTIEMBRE-OCTUBRE 2005

ISSN: 1665-9201

## EDITORIAL

### XXIV Congreso Nacional de Oncología

Mensaje pronunciado en la ceremonia de inauguración por el Presidente de la Sociedad Mexicana de Oncología, A.C.

*EJ. Ochoa Carrillo.*

## Trabajos científicos originales

[www.smeo.org.mx](http://www.smeo.org.mx)



**SM<sub>e</sub>O**

Sociedad Mexicana de Oncología, A.C.



**MESA DIRECTIVA  
2004-2005**

DR. FRANCISCO JAVIER OCHOA CARRILLO  
*Presidente*

DR. ROLANDO OCAMPO LE ROYAL  
*Vicepresidente*

DR. ADOLFO FUENTES ALBURO  
*Secretario*

DR. HÉCTOR ACOSTA MONDRAGÓN  
*Tesorero*

DRA. PATRICIA CORTÉS ESTEBAN  
DR. PEDRO M. ESCUDERO DE LOS RÍOS  
DR. ROGELIO MARTÍNEZ MACÍAS  
*Vocales*

DR. JORGE MARTÍNEZ CEDILLO  
*Coordinador de capítulos*

DR. EDUARDO ARANA RIVERA  
DR. FRANCISCO TENORIO GONZÁLEZ  
*Consejeros*

GUADALUPE PALACIOS VINEROS  
*Asistente editorial*

# GACETA MEXICANA DE ONCOLOGÍA (GAMO)

**Publicación oficial de la Sociedad Mexicana de Oncología**  
Septiembre - Octubre 2005, Vol. 4 Núm. 5

## EDITORIA EN JEFE:

**Dra. Ma. Guadalupe Cervantes Sánchez**

Jefa de Oncología Clínica, Centro Médico "20 de Noviembre" ISSSTE, México, D.F.

## EDITORES ASOCIADOS

**DR. FRANCISCO J. OCHOA CARRILLO**  
Presidente de la Sociedad Mexicana de Oncología

**DRA. AURA A. ERAZO VALLE SOLIS**  
Jefe de la División de Padecimientos Neoplásicos y Proliferativos, CMN "20 de Noviembre", ISSSTE

**DR. JUAN RAMÓN AYALA HERNÁNDEZ**  
Director del Hospital de Oncología, CMN "Siglo XXI", IMSS

**DR. HUGO FEDERICO RIVERA MÁRQUEZ**  
Jefe del Servicio de Oncología, Hospital de Pediatría, CMN "Siglo XXI", IMSS

**DR. EDUARDO ARANA RIVERA**  
Jefe del Servicio de Oncología, Hospital General de México, OD

**DR. ARMANDO MARTÍNEZ ÁVALOS**  
Jefe de la Unidad de Oncología, Hospital Infantil de México "Federico Gómez"

**DRA. ROCÍO CÁRDENAS CARDOS**  
Jefe de la Unidad de Oncología, Instituto Nacional de Pediatría

**DR. ALEJANDRO MOHAR BETANCOURT**  
Director General del Instituto Nacional de Cancerología

**DR. EUCARIO LEÓN RODRÍGUEZ**  
Coordinador del Departamento de Hematología y Oncología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

**DR. FRANCISCO MARIO GARCÍA RODRÍGUEZ**  
Jefe de la Unidad de Oncología, Hospital Juárez de México

**DR. JOSÉ ANTONIO OCEGUERA VILLANUEVA**  
Profesor titular del Curso de Cirugía Oncológica, Hospital Civil de Guadalajara

**DR. RAMIRO JESÚS SANDOVAL**  
Director de la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala de la UNAM

**DR. RAÚL CASTELLANOS ALEJANDRE**  
Jefe de Especialidad de Oncología, Hospital Central Norte de Alta Especialidad, Petróleos Mexicanos

**DR. ROLANDO OCAMPO LE ROYAL**  
Presidente del Consejo Mexicano de Oncología

**DR. VÍCTOR M. LIRA PUERTO**  
Asesor del Consejo Mexicano de Oncología

## COMITÉ EDITORIAL

**DR. SALVADOR ALVARADO AGUILAR**  
Psico-oncología

**DR. HUMBERTO ARENAS MÁRQUEZ**  
Apoyo nutrición

**DRA. ROSALVA BARRA MARTÍNEZ**  
Sarcomas y partes blandas y óseas

**DR. EDUARDO CERVERA CEBALLOS**  
Leucemias agudas y crónicas y mieloma múltiple

**DRA. MA. ELENA CRUZ RAMOS**  
Prótesis maxilofacial

**DR. JOSÉ FRANCISCO GALLEGOS HERNÁNDEZ**  
Tumores de cabeza y cuello

**DR. MARCOS GUTÉRREZ DE LA BARRERA**  
Biología molecular

**DR. MIGUEL ÁNGEL JIMÉNEZ RÍOS**  
Tumores urológicos

**DR. JAVIER KELLY GARCÍA**  
Tumores de tórax y mediastino

**DR. PEDRO LUNA PÉREZ**  
Tumores de colon, recto y ano

**DR. HÉCTOR MARTÍNEZ SAÍD**  
Piel y melanoma

**DRA. AÍDA MOTA GARCÍA**  
Radioterapia

**DR. ALFONSO JORGE OJEDA ORTIZ**  
Colposcopia

**DRA. MARICRUZ PÉREZ AMADOR DEL CUETO**  
Bioética

**DRA. ASTRID RASMUSSEN ALMARAZ**  
Genética clínica y consejo genético

**DR. JOSÉ RUANO AGUILAR**  
Oncología pediátrica

**DR. FRANCISCO SANDOVAL GUERRERO**  
Tumores mamarios

**DR. ERIC SANTAMARÍA LINARES**  
Cirugía reconstructiva oncológica

**DR. JUAN ALEJANDRO SILVA**  
Oncología médica

**DR. PEDRO SOBREVILLA CALVO**  
Linfomas

**DR. GILBERTO SOLORZA LUNA**  
Tumores ginecológicos

**DRA. LAURA TORRECILLAS TORRES**  
Cuidados paliativos y control del dolor

**DR. SERGIO TORRES VARGAS**  
Tubo digestivo alto y hepatobiliopancreático

**DRA. SILVIA VIDAL MILLÁN**  
Genética clínica y consejo genético

## Dirigida a:

Especialistas en oncología y miembros de la Sociedad Mexicana de Oncología

**Suscripción \$ 1,000.00**

Registro No. 04-2003-090317145700-102

**Periodicidad**

Seis números al año

**SOCIEDAD MEXICANA DE ONCOLOGÍA, A.C.**  
TUXPAN 59 PH, COL. ROMA MÉXICO, D.F., C.P. 06760  
TEL. 55 74 14 54 / FAX 55 84 12 73 smeo@infosel.net.mx  
www.smeo.org.mx

La SMEO no garantiza, ni directa ni indirectamente, la calidad ni eficacia de ninguno de los productos o servicios descritos en los anuncios u otro material de carácter comercial contenido en este número.



Editado por:  
MASSON DOYMA  
MÉXICO

Santander Núm. 93, Col. Insurgentes Mixcoac  
03920, México, D.F.  
Tels. 5563-0036 5598-6713

Director general:  
Dr. Marco Antonio Tovar Sosa

Ejecutivo de ventas:  
José J. Sosa Gutiérrez

Producción:  
Martha García Lomelí

# Gaceta Mexicana de Oncología

## Sociedad Mexicana de Oncología, A. C.

### A

ABDOMINAL-PERINEAL RESECTION, 10 YEARS OF EXPERIENCE IN THE MIXED OF THE ONCOLOGY SERVICE AT THE HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D.....	115
ADRENAL MIXEDEMA UNILATERAL. CLINICAL CASE.....	119
ALBUMIN AS A PREDICTOR FACTOR.....	113

### B

BASIC ORODENTAL PREVENTION.....	124
BILATERAL BREAST CANCER.....	132
BILATERAL SYNCHRONIC TESTICULAR TUMOR PERTAINING TO A DIFFERENT HISTOLOGIC TYPE.....	118
BREAST ANGIOSARCOMA. A CASE REPORT LITERATURE REVIEW.....	129
BREAST CANCER IN MALE PATIENTS.....	132
BREAST CANCER IN MALE PATIENTS. 13 CASES REPORT.....	132
BREAST CARCINOSARCOMA.....	130
BREAST LOBULAR CARCINOMA PRESENTING WITH METASTASIS TO EYEBALL . A CASE REPORT.....	131
BREAST LYMPHOMA. A CASE PRESENTATION.....	129
BREAST SARCOMA, TWO CASES REPORT AND LITERATURE REVIEW.....	129
BREAST LIPOSARCOMA IN A MALE PATIENT. A CASE REPORT.....	132

### C

CA19-9 SERUM LEVEL AS A SURGICAL RESECTABILITY PREDICTOR IN PANCREATIC NEOPLASMS. STUDY OF 15 CASES.....	112
CASE REPORT: MALIGNANT VULVAR MELANOMA.....	116
CASE REPORT: MEDIASTINAL PRIMARY PRIMITIVE NEURAL-ECTODERMAL TREATED BY CONCOMITANT CHEMO-RADIO THERAPY.....	123
CASE REPORT: MENINGEAL CARCINOMATOSIS AS GASTRIC CANCER PRESENTATION.....	113
CASE REPORT: METASTATIC BLADDER NEURAL-ENDOCRINE CARCINOMA.....	119
CHEMO-RADIO THERAPY ACCOMPANYING GEMCITABINE + CETUXIMAB IN ORAL CAVITY CANCER, LOCALLY ADVANCED. A CASE REPORT.....	127
CLEAR CELLS SARCOMA AND SENTINEL NODE. CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW.....	123
CLINICAL CASE: SETTING OF A TITANIUM PLATE WITH CONDYLE FOR RECONSTRUCTION IN A MANDIBULECTOMIZED PATIENT.....	123
CLINICAL FEATURES OF PATIENTS WITH MEDIASTINAL MASSES.....	121
CLINICAL IMPACT OF TUMOR SIZE ON VULVAR CANCER RECURRENCE.....	118
CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL FEATURES IN PATIENTS WITH BRONCHOGENIC CANCER IN JALISCO, MEXICO.....	134
COSMETIC NASAL REHABILITATION USING AN INDUSTRIAL SILICONE PROSTHESIS.....	128
CYSTIC LESIONS SECONDARY TO CAPECITABINA THERAPY FOR COLONIC CANCER ADVANCED.....	135

### D

DEFINITIVE OBTURATOR WITH METILMETACRILATE AND SILICON BULB IN A PATIENT HEMIMAXILLECTOMIZED FOR MAXILLARY SINUS.....	124
DISTRIBUTION, MANAGEMENT AND COMPLICATIONS OF SALIVARY GLAND TUMORS IN CMN 20 NOV, ISSSTE.....	128
DOPPLER SPECTRAL PATTERN OF THE JUGULAR-SUBCLAVIAN AXILARY SYSTEM IN SYMPTOMATIC AND ASYMPTOMATIC PATIENTS WITH AN INDWELLING VENOUS CATHETER DURING LONG TIME.....	111
DYSGEUSIA.....	124

### E

ENDOSCOPIC DIAGNOSIS AND THERAPY FOR GASTRIC CARCINOMA IN JAPAN.....	110
ESOPHAGEAL CANCER, 5 YEARS OF EXPERIENCE IN THE HOSPITAL GENERAL MEXICO.....	114
ESTROMAL ENDOMETRIAL SARCOMA WITH METASTATIC LOW DE GREE. CASE REPORT.....	116
ETHMOIDAL CELLS FIBROMA.....	127
EXPENSES FOR FEEDING AS A NUTRIOLOGIC INDEX CORRELATED TO MORTALITY RATE DUE TO MAIN CANCER KINDS IN MEXICO.....	133
EXPERIENCE ON CERVICAL NEUROLOGICAL-ENDOCRINOLOGICAL CARCINOMA, 8 CASES REPORT AND LITERATURE REVIEW IN THE ONCOLOGIC GYNECOLOGY SERVICE AT THE HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NÚMERO 4, "LUIS CASTELAZO AYALA", INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.....	117
EXPERIENCE ON LAPAROSCOPIC SURGERY IN AN ONCOLOGIC GYNECOLOGY SERVICE. 100 CASES.....	117
EXPERIENCE ON LIGASURE IN THE ONCOLOGY SERVICE, HOSPITAL GENERAL DE MEXICO.....	134
EXPERIENCE ON OVARIAN GRANULOSA CELL TUMORS. 11 CASES REPORT AND LITERATURE REVIEW IN THE ONCOLOGIC GYNECOLOGY SERVICE AT THE HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NÚMERO 4, "LUIS CASTELAZO AYALA", INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.....	117

EXPERIENCIE ON THE MANAGEMENT OF UTERINE ADENOSARCOMA, A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW IN THE ONCOLOGIC GYNECOLOGY SERVICE AT THE HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NÚMERO 4, "LUIS CASTELAZO AYALA", INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.....	116
--	-----

### F

FIBROADENOMAS IN BREAST TISSUE ARE SCARCELY REPORTED, LETTING THE APPEARANCE OF ALL BREAST PATHOLOGIES.....	133
FINDING OF A SERRATED ADENOCARCINOMA WITH HIGH DEGREE DYSPLASIA IN CECAL APPENDAGE AFTER INCIDENTAL APPENDECTOMY.....	120

### G

GANGLIONAR MAPPING AND SENTINEL NODE BIOPSY IN CERVICAL CANCER.....	112
GANGLIONAR STATUS AND IMMUNOHISTOCHEMICAL RECEPTORS IN EARLY BREAST CANCER. PRESENT STATUS IN THE HOSPITAL GENERAL DE MEXICO.....	130
GASTRIC CANCER IN PATIENTS AGGED LESS THAN 30.....	113
GASTRIC CANCER TREATMENT IN JAPAN, GASTRECTOMY Y D2 DISSECTION.....	110
GIANT CELLS TUMOR.....	121
GIANT DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS. A CASE PRESENTATION.....	123

### H

HEAD AND NECK MELANOMAS MANAGED THROUGH CENTRAL MAXILLECTOMY.....	124
HEAD AND NECK SARCOMAS: SURGICAL MANAGEMENT IN THE CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE.....	126

### I

INCIDENTAL FINDING OF A PSEUDO-PAPILLARY TUMOR. A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW.....	120
INTRAOPERATIVE EVALUATION OF THE SENTINEL NODE WITH CYTOLOGIC PRIMING IN WOMEN HAVING EARLY BREAST CANCER.....	131
INTRAPULMONARY PRESENTATION OF HIGH LEVEL EXTRASQUELTAL MIXOID CHONDROSARCOMA.....	122
IS COMBINED MANAGEMENT THE BEST FOR EXTRANODAL LYMPHOMAS?.....	118
IS NEPHROURETERECTOMY THE THERAPY OF ELECTION FOR RENAL PELVIS CANCER?.....	118

### J

JAPANESE CLASIFICACION OF GASTRIC CARCINOMA.....	111
JEJUNAL MICROVASCULAR FLAP. 4 CASES PRESENTATION.....	128

### L

LAPAROSCOPIC MANAGEMENT OF OVARIAN CYSTS.....	116
LAPAROSCOPIC SURGERY IN CERVICAL CANCER.....	117
LARYNGEAL CANCER, EXPERIENCE IN THE CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE, ISSSTE.....	126
LIPOSARCOMA UNDIFFERENCIATED FROM LEUKEMOID AS PARANEOPLASIC SYNDROME.....	122
LIVER CARCINOMA IN PATIENTS WITH DIAGNOSIS OF AUTOIMMUNE HEPATITIS: 3 CASES REPORT AND LITERATURE REVIEW.....	115
LUNG ADENOCARCINOMA AND RENAL CLEAR CELL CANCER: SYNCHRONOUS NEOPLASMS. ABOUT A CASE.....	133

### M

MALIGNANT PERITONEAL MESOTELIOMA, THREE CASES PRESENTED VAND LITERATURE REVIEW.....	120
MAMMARY GLAND PRESERVATION THROUGH AN INTERSTITIAL GRAFT WITH HIGH RATE IR-192 DOSE IN BREAST CANCER.....	113
MAXILLECTOMY: 10 YEARS OF SURGICAL EXPERIENCE IN TREATING NEOPLASMS IN PARANASAL SINUSES FROM VARIOUS ORIGINS IN THE HEAD AND NECK UNIT OF THE ONCOLOGY SERVICE AT THE HOSPITAL GENERAL MEXICO.....	129
MELANOMA IN THE ANAL CANAL. A CASE SERIES.....	115
MENINGEAL CARCINOMATOSIS ASSOCIATED TO GASTRIC CANCER.....	113
METASTATIC BASOCELLULAR CARCINOMA IN DORSAL COLUMN.....	126
METASTATIC MUCINOUS CARCINOMA IN NECK AND ARMPIT.....	120
METASTATIC THYROID MEDULAR CARCINOMA RESEMBLING NECK ABSCESS.....	125
MICROANGIOPATHY ASSOCIATED TO CISPLATINUM IN A PATIENT WITH OVARIAN EPITHELIUM CANCER.....	116
MINOR SALIVARY GLAND ADENOCARCINOMA OPENNING WITH METASTASIS TO OPPOSITE HUMERAL BONE. ONE CASE PRESENTATION AND LITERATURE REVIEW.....	123
MUSIC THERAPY EFFECT AND RELAX FOR IMPROVING ANALGESY QUALITY FOR PATIENTS SUFFERING CHRONIC PAIN, IN INSTITUTO PALIA.....	134

<b>N</b>	
NASOPHARYNGEAL JUVENILE ANGIOFIBROMA. CRANEOFACIAL APPROACH. TWO CASES REPORT.....	128
NEURAL-ENDOCRINE TUMOR IN THE SKIN OF THE SACRAL REGION.....	125
<b>O</b>	
ONCOLOGIC EFFECTS OF IMMEDIATE BREAST RECONSTRUCTION AFTER MASTECTOMY.....	112
OCULAR METASTASIS FROM BREAST CARCINOMA. REPORT ON 6 CASES.....	131
OPERATORY MARGINS IMPACT ON BREAST CONSERVATIVE TREATMENT IN WOMEN WITH DIAGNOSIS OF EARLY BREAST CANCER.....	131
OVARIAN LYMPHOMA. A CASE REPORT.....	116
<b>P</b>	
PALIATIVE SURGICAL TREATMENT FOR RETROPERITONEAL GIANT LIPOSARCOMA.....	121
PANCREATIC MUCINOUS CYSTADENOMA.....	122
PERIPHERAL NERVE SHEATH TUMOR IN THE PARAPHARYNGEAL SPACE.....	127
PHARMACOLOGICAL FOLLOW-UP OF PATIENTS SUFFERING PAIN, IN THE INSTITUTO JALISCIENSE DE CUIDADOS PALIATIVOS Y ALIVIO AL DOLOR, FROM MARCH 2004 TO JUNE 2005.....	134
PHASE II CLINICAN ESSAY, GEMCITABINE PLUS CARBOPLATINUM IN NON-SMALL-CELLS LUNG CANCER ADVANCED.....	115
PHASE II STUDY ON THALIDOMID AS A PALLIATIVE THERAPY IN METASTATIC RENAL CANCER.....	112
POORLY DIFFERENTIATED EPIDERMOID CARCINOMA, HYPOPHARYNGEAL BASALOID CELLS AND DISTAL SYNCHRONOUS ESOPHAGEAL CA. A CASE REPORT.....	128
POSITIVE PREDICTIVE VALUE OF MASTOGRAPHY IN PATIENTS UNDERGOING A CLAMP GUIDED BIOPSY FOR SUSPECTED BREAST CANCER.....	131
PREDICTOR FACTORS OF RENAL CANCER: MULTIVARIATED ANALYSIS.....	119
PRIMARY MALIGNANT PERIPHERAL NERVE SHEATH TUMOR IN TESTICLE.....	119
PRIMARY PANCREATIC LEIOMIOSARCOMA, CASE NUMBER 23 IN GLOBAL LITERATURE.....	122
PRIMARY RENAL LYMPHOMA AND RENAL CELLS CARCINOMA. A CASE REPORTE.....	118
PRIMARY SPLEEN ANGIOSARCOMA.....	122
PROSPECTIVE CLINICAL ESSAY FOR THE EVALUATION OF PROPHILACTIC USE OF IRON AND FOLIC ACID, IN THE FRECUENCY OF HEMOTOXICITY IN INDIVIDUALS WITH NON-SMALL CELL LUNG CANCER TREATED WITH GEMCITABINE AND CARBOPLATINUM.....	134
PROSTHETIC APPARATUS USED IN RADIO THERAPY FOR A PATIENT WITH HARD PALATE EPIDERMOID CANCER.....	124
<b>R</b>	
RADICAL SURGICAL TREATMENT FOR METASTATIC BONE LESION OF WELL DIFFERENTIATED THYROID CARCINOMA.....	126
RADICAL VS CONSERVATIVE SURGERY AND RADIO THERAPY OF SOFT TISSUE SARCOMAS.....	121
RADIOFREQUENCY ABLATION FOR INVASIVE BREAST CANCER.....	132
RADIOGUIDED LOCALIZATION OF NON PALPABLE BREAST LESIONS.....	111
RECURRENCE AND USEFULNESS PATTERNS IN THE FOLLOW-UP RECONSTRUCTION OF THE AREOLA-NIPPLE COMPLEX.....	131
RECONSTRUCTIONS OF SURGICAL DEFECTS IN FACE AND NECK ONCOLOGIC SURGERY USING PEDICULATED MIOCUTANEOUS FLAP FROM THE MUSCULUS LATISSIMUS DORSI.....	129
STRATEGIES AFTER NEPHRECTOMY IN PATIENTS PRESENTING RENAL CANCER.....	120
RECURRENT AMELOBLASTOMA. ONE CASE PRESENTATION AND LITERATURE REVIEW.....	127
RENAL CLEAR CELL CARCINOMA, METASTASIS TO COLON. A CASE REPORT.....	133
RENAL FAILURES IN PATIENTS PRESENTING ICTERIC SYNDROME SECONDARY TO NEOPLASM PROCESSES IN THE BILIARY-PANCREATIC INTERSECTION.....	114
RESTRUCTURING OF THE PROGRAM FOR TRANSPLANTATION OF HEMOPOIETIC STEM CELLS IN THE INCMNSZ. FIRST RESULTS IN 6 YEARS.....	111
RESULTS OF THE CRANIAL-FACIAL APPROACHES.....	125
RETROSPECTIVE EVALUATION OF THE MANAGEMENT OF BREAST CANCER WITH NEGATIVE LYMPHATIC NODES IN THE HOSPITAL GENERAL DE MEXICO.....	133
RISK FACTORS DETERMINATION AND THEIR ASSOCIATION TO HER-2 PROTEIN EXPRESSION IN PRE-MENOPAUSAL PATIENTS HAVING BREAST CANCER IN WESTERN MEXICO.....	130
RISK FACTORS FOR BREAST CANCER IN MEXICO, MAMOGRAPHIC PATTERNS, C PEPTIDE AND GROWTH FACTORS, A MULTICENTER STUDY. PRELIMINARY RESULTS.....	130
ROLL OF GROWTH FACTOR AND HORMONES RECEPTORS EXPRESSION IN LIVER CARCINOMA.....	114
<b>S</b>	
SENTINEL NODE DETECTION IN MALIGNANT INTERSCAPULAR MELANOMA. A CASE PRESENTATION AND TOPIC REVIEW.....	128
SENTINEL NODE DETECTION WITH BLUE PATENT IN CERVICAL CANCER. PILOT STUDY.....	111
SURGICAL TREATMENT FOR LIVER METASTASIS FROM COLORECTAL CANCER. CASE REPORT AND TOPIC REVIEW.....	115
SURGICAL TREATMENT FOR PENILE CANCER. 10 YEARS EXPERIENCE IN THE MIXED TUMORS UNITY OF THE ONCOLOGY SERVICE AT THE HOSPITAL GENERAL DE MEXICO.....	119
SURGICAL TREATMENT FOR RENAL CANCER IN THE INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN "SALVADOR ZUBIRÁN": MORBILITY AND MORTALITY ANALYSIS.....	112
SYNOVIAL SARCOMA WITH EXTENSIVE OSTEOID AND BONE FORMATION. CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW.....	123
SYSTEMIC WEEKNESS, WEIGHT LOSS, WASTING, HYPOTENSION, IN A YOUNG WOMAN, TALKING ABOUT NEOPLASIAS OR BENIGN DISEASES. CLINICAL CASE.....	121
<b>T</b>	
THYROID PAPILAR CARCINOMA WITH ABERRANT METASTASIS.....	126
<b>U</b>	
UNKNOWN PRIMARY ORIGIN CANCER: EXPERIENCE AT THE INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN.....	114
UTERINE SARCOMA. EXPERIENCE IN THE ONCOLOGY SERVICE AT THE HGM.....	117
UTILITY OF CLINICAL CLASSIFICATIONS OF HEPATOCELLULARIS CARCINOMA.....	114

# Gaceta Mexicana de Oncología

## Sociedad Mexicana de Oncología, A. C.

<b>A</b>			
ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA EN CÁNCER DE MAMA INVASOR.....	132	CORRELACIÓN CON LA TASA DE MORTALIDAD POR LOS PRINCIPALES TIPOS DE CÁNCER EN LA REPÚBLICA MEXICANA.....	133
ADENOCARCINOMA DE GLÁNDULA SALIVAL MENOR QUE DEBUTA CON METÁSTASIS A HÚMERO CONTRALATERAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	123	¿EN LINFOMAS EXTRANODALES EL MANEJO COMBINADO ES MEJOR?.....	118
ADENOCARCINOMA PULMONAR Y CÁNCER RENAL DE CÉLULAS CLARAS: NEOPLASIAS SINCRÓNICAS. A PROPÓSITO DE UN CASO.....	133	ENSAYO CLÍNICO FASE II, GEMCITABINE MÁS CARBOPLATINO EN CÁNCER DE PULMÓN NO CÉLULAS PEQUEÑAS AVANZADO.....	115
AMELOBLASTOMA RECURRENTE. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	127	ENSAYO CLÍNICO PROSPECTIVO PARA EVALUAR EL USO PROFILÁCTICO DE HIERRO Y ÁCIDO FÓLICO, EN LA FRECUENCIA DE HEMATOTOXICIDAD EN SUJETOS CON CÁNCER PULMONAR DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS TRATADOS CON GEMCITABINA Y CARBOPLATINO.....	134
ANGIOFIBROMA JUVENIL NASOFARÍNGEO. ABORDAJE CRANEOFACIAL. REPORTE DE DOS CASOS.....	128	¿ES LA NEFROURETERECTOMÍA EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN PARA EL CÁNCER DE PELVIS RENAL?.....	118
ANGIOSARCOMA DE MAMA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	129	ESTADO GANGLIONAR Y RECEPTORES INMUNOHISTOQUÍMICOS EN EL CÁNCER MAMARIO TEMPRANO. ESTADO ACTUAL EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.....	130
ANGIOSARCOMA PRIMARIO DE BAZO.....	122	ESTUDIO FASE II DE TALIDOMIDA COMO TRATAMIENTO PALIATIVO EN PACIENTES CON CÁNCER RENAL (CR) METASTÁSICO.....	112
APARATO PROTÉSICO PARA TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA EN UN PACIENTE CON CÁNCER EPIDERMÓIDE DE PALADAR DURO.....	124	EVALUACIÓN RETROSPECTIVA DEL MANEJO DE CÁNCER MAMARIO CON GANGLIOS NEGATIVOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.....	133
<b>C</b>		EVALUACIÓN TRANSOPERATORIA DEL GANGLIO CENTINELA CON IMPRONTA CITOLÓGICA EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA TEMPRANO.....	131
CÁNCER DE ESÓFAGO, EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.....	114	EXPERIENCIA CON LIGASURE EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA. HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.....	134
CÁNCER DE LARINGE, EXPERIENCIA EN EL CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE, ISSSTE.....	126	EXPERIENCIA DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN UN SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA. 100 CASOS.....	117
CÁNCER DE MAMA BILATERAL.....	132	EXPERIENCIA DE LOS TUMORES DE OVARIO DE CÉLULAS DE LA GRANULOSA, REPORTE DE ONCE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA DEL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NÚMERO 4, "LUIS CASTELAZO AYALA", INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.....	117
CÁNCER DE MAMA EN EL HOMBRE.....	132	EXPERIENCIA DEL CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE CÉRVIX UTERINO, REPORTE DE OCHO CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA DEL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NÚMERO 4, "LUIS CASTELAZO AYALA", INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.....	117
CÁNCER DE MAMA EN HOMBRES. REPORTE DE 13 CASOS.....	132	EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE ADENOSARCOMA DE ÚTERO, REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA DEL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NÚMERO 4, "LUIS CASTELAZO AYALA", INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.....	116
CÁNCER DE ORIGEN PRIMARIO DESCONOCIDO (COPD): EXPERIENCIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN.....	114	<b>F</b>	
CÁNCER GÁSTRICO EN MENORES DE 30 AÑOS.....	113	FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER DE MAMA EN MÉXICO, PATRONES MAMOGRAFICOS, PÉPTIDO C Y FACTORES DE CRECIMIENTO, UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO. RESULTADOS PRELIMINARES.....	130
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON MASAS MEDIASTINALES.....	121	FACTORES PRONÓSTICOS EN CÁNCER RENAL: ANÁLISIS MULTIVARIADO.....	119
CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS EN PACIENTES CON CÁNCER BRONCOGÉNICO EN JALISCO.....	134	FARMACOVIGILANCIA EN PACIENTES CON DOLOR, DEL INSTITUTO JALISCIENSE DE CUIDADOS PALIATIVOS Y ALIVIO AL DOLOR, DURANTE EL PERIODO MARZO 2004-JUNIO 2005.....	134
CARCINOMA MUCINOSO METASTÁSICO A CUELLO Y AXILA.....	120	<b>H</b>	
CARCINOMA BASOCELULAR METASTÁSICO A COLUMNA VERTEBRAL.....	126	HALLAZGO DE ADENOMA SERRADO CON DISPLASIA DE ALTO GRADO EN APÉNDICE CECAL DESPUÉS DE APENDICECTOMÍA INCIDENTAL.....	120
CARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS RENAL, METASTÁSICO A COLON. REPORTE DE UN CASO.....	133	HALLAZGO INCIDENTAL DE TUMOR PSEUDOPAPILAR DE PÁNCREAS. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	120
CARCINOMA EPIDERMÓIDE POCO DIFERENCIADO, CÉLULAS BASALOIDES DE HIPOFARINGE Y CA. DE ESÓFAGO DISTAL SINCRÓNICO. REPORTE DE UN CASO.....	128	HEPATOCARCINOMA EN PACIENTES CON HEPATITIS AUTOINMUNE: REPORTE DE 3 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	115
CARCINOMA LOBULILLAR DE MAMA QUE SE PRESENTA CON METÁSTASIS A GLOBO OCULAR. REPORTE DE UN CASO.....	131	<b>I</b>	
CARCINOMA MEDULAR DE TIROIDES METASTÁSICO SIMULANDO UN ABSCESO CERVICAL.....	125	IMPACTO DE LOS MÁRGENES OPERATORIOS EN EL TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL SENO EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA TEMPRANO.....	131
CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES CON METÁSTASIS ABERRANTES.....	126	IMPACTO DEL TAMAÑO TUMORAL CLÍNICO EN LA RECURRENCIA POR CÁNCER DE VULVA.....	118
CARCINOMATOSIS MENÍNGEA ASOCIADA A CÁNCER GÁSTRICO.....	113	<b>L</b>	
CARCINOSARCOMA MAMARIO.....	130	LA ALBÚMINA COMO FACTOR DE PRONÓSTICO.....	113
CASO CLÍNICO: COLOCACIÓN DE PLACA DE TITANIO CON CÓNDILO PARA RECONSTRUCCIÓN DE UN PACIENTE MANDIBULECTOMIZADO.....	123	LEIOMIOSARCOMA PRIMARIO DE PÁNCREAS, EL CASO 23 DE LA LITERATURA MUNDIAL.....	122
CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER CERVICOUTERINO.....	117	LESIONES QUISTICAS SECUNDARIAS AL MANEJO CON CAPECITABINA EN CÁNCER DE COLON AVANZADO.....	135
CIRUGÍA RADICAL VS CIRUGÍA CONSERVADORA Y RADIOTERAPIA EN SARCOMAS DE TEJIDOS BLANDOS.....	121	LINFOMA DE MAMA. PRESENTACIÓN DE UN CASO.....	129
CISTOADENOMA MUCINOSO DE PÁNCREAS.....	122	LINFOMA DE OVARIO. REPORTE DE CASO.....	116
CLASIFICACIÓN JAPONESA DEL CÁNCER GÁSTRICO.....	111	LINFOMA RENAL PRIMARIO MÁS CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES. REPORTE DE UN CASO.....	118
COLGAJO MICROVASCULAR DE YEYUNO. PRESENTACIÓN DE 4 CASOS.....	128	LIPOSARCOMA DE MAMA EN PACIENTE MASCULINO. REPORTE DE UN CASO.....	132
<b>D</b>		LIPOSARCOMA DESDIFERENCIADO CON REACCIÓN LEUCEMOIDE COMO SÍNDROME PARANEOPLÁSICO.....	122
DEBILIDAD GENERALIZADA, PÉRDIDA DE PESO, DESGASTE, HIPOTENSIÓN, EN UNA MUJER JOVEN; ESTAMOS HABLANDO DE UNA NEOPLASIA O DE UNA ENFERMEDAD BENIGNA. CASO CLÍNICO.....	121	LOCALIZACIÓN RADIOGUIADA DE LESIONES MAMARIAS NO PALPABLES.....	111
DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS GIGANTE. PRESENTACIÓN DE UN CASO.....	123	LOS FIBROADENOMAS EN TEJIDO MAMARIO SUPERNUMERARIO SON POCO REPORTADOS EN LA LITERATURA, PERMITIENDO LA APARICIÓN DE TODA LA PATOLOGÍA VISTA EN MAMAS.....	133
DETECCIÓN DE GANGLIO CENTINELA CON AZUL PATENTE EN CÁNCER CERVICOUTERINO. ESTUDIO PILOTO.....	111		
DETECCIÓN DE GANGLIO CENTINELA EN MELANOMA MALIGNO INTERESCAPULAR. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DEL TEMA.....	128		
DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO Y SU ASOCIACIÓN CON LA EXPRESIÓN DE LA PROTEÍNA HER-2 EN PACIENTES PREMENOPAUSICAS CON CÁNCER DE MAMA DEL OCCIDENTE DE MÉXICO.....	130		
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ENDOSCÓPICOS DE CARCINOMA GÁSTRICO EN JAPÓN.....	110		
DISGEUSIA.....	124		
DISTRIBUCIÓN, MANEJO Y COMPLICACIONES DE LOS TUMORES DE GLÁNDULAS SALIVALES EN EL CMN 20 NOV ISSSTE.....	128		
<b>E</b>			
EFFECTO DE LA MUSICOTERAPIA Y LA RELAJACIÓN EN LA MEJORÍA DE LA CALIDAD ANALGÉSICA PARA PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO EN EL INSTITUTO PALIA.....	134		
EFFECTOS ONCOLÓGICOS DE LA RECONSTRUCCIÓN MAMARIA INMEDIATA (RMI) POSTERIOR A MASTECTOMÍA.....	112		
EL GASTO EN ALIMENTOS COMO INDICADOR NUTRIOLÓGICO EN			

<b>M</b>	MANEJO LAPAROSCÓPICO DE QUISTES DE OVARIO.....	116	REHABILITACIÓN NASAL ESTÉTICA MEDIANTE PRÓTESIS DE SILICÓN INDUSTRIAL.....	128
	MAPEO GANGLIONAR Y BIOPSIA DE GANGLIO CENTINELA EN CÁNCER CERVICOUTERINO.....	112	REPORTE DE UN CASO: CARCINOMA NEUROENDÓCRINO DE VEJIGA METASTÁSICO.....	119
	MAXILECTOMÍA: EXPERIENCIA QUIRÚRGICA DE 10 AÑOS EN EL TRATAMIENTO DE NEOPLASIAS DE SENOS PARANASALES CON DIVERSA ETIOLOGÍA EN LA UNIDAD DE TUMORES DE CABEZA Y CUELLO, SERVICIO DE ONCOLOGÍA, HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.....	129	REPORTE DE UN CASO: CARCINOMATOSIS MENÍNGEA COMO PRESENTACIÓN DE CÁNCER GÁSTRICO.....	113
	MEDIDAS BÁSICAS DE PREVENCIÓN BUCODENTAL.....	124	REPORTE DE UN CASO: MELANOMA MALIGNO DE VULVA.....	116
	MELANOMA DE CANAL ANAL. SERIE DE CASOS.....	115	REPORTE DE UN CASO: TUMOR NEUROECTODÉRMICO PRIMITIVO PRIMARIO DE MEDIASTINO TRATADO CON QUIMIO-RADIOTERAPIA CONCOMITANTE.....	123
	MELANOMAS DE C Y C MANEJADOS CON MAXILECTOMÍA CENTRAL.....	124	RESECCIÓN ABDOMINOPERINEAL, EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN LA UNIDAD DE TUMORES MIXTOS DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O.D.....	115
	MESOTELIOMA PERITONEAL MALIGNO, PRESENTACIÓN DE 3 CASOS Y REVISIÓN DE LITERATURA.....	120	RESULTADOS DE ABORDAJES CRANEOFACIALES.....	125
	METÁSTASIS OCULARES EN CARCINOMA MAMARIO. REPORTE DE 6 CASOS.....	131	<b>S</b>	
	MICROANGIOPATÍA ASOCIADA A CISPLATINO EN PACIENTE CON CÁNCER DE OVARIO EPITELIAL.....	116	SARCOMA ESTROMAL ENDOMETRIAL DE BAJO GRADO METASTÁSICO. INFORME DE UN CASO.....	116
	MIXOEDEMA SUPRARRENAL UNILATERAL. CASO CLÍNICO.....	119	SARCOMA DE CÉLULAS CLARAS Y GANGLIO CENTINELA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	123
<b>N</b>			SARCOMA DE MAMA, PRESENTACIÓN DE 2 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	129
	NEUROFIBROMA DE CELDILLAS ETMOIDALES.....	127	SARCOMA SINOVIOL CON EXTENSA FORMACIÓN DE OSTEOIDE Y HUESO. COMUNICACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	123
	NIVELES SÉRICOS DE CA19-9 COMO PREDICTOR DE RESECABILIDAD QUIRÚRGICA EN NEOPLASIAS PANCREÁTICAS. ESTUDIO DE 15 CASOS.....	112	SARCOMA UTERINO. EXPERIENCIA EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA. HGM.....	117
<b>O</b>			SARCOMAS DE CABEZA Y CUELLO: MANEJO QUIRÚRGICO EN EL CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE.....	126
	OBTURADOR DEFINITIVO CON METILMETACRILATO Y BULBO DE SILICÓN EN UN PACIENTE CON HEMIMAXILECTOMÍA POR CÁNCER DE SENO MAXILAR.....	124	<b>T</b>	
<b>P</b>			TRATAMIENTO DE CÁNCER GÁSTRICO EN JAPÓN. GASTRECTOMÍA Y DISECCIÓN D2.....	110
	PAPEL DE LA EXPRESIÓN DE RECEPTORES DE FACTORES DE CRECIMIENTO Y RECEPTORES HORMONALES EN HEPATOCARCINOMA.....	114	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO RADICAL PARA LESIÓN ÓSEA METASTÁSICA DE CARCINOMA BIEN DIFERENCIADO DE TIROIDES.....	126
	PATRÓN ESPECTRAL DOPPLER DEL SISTEMA YÚGULO-SUBCLAVIO-AXILAR (SYSA) EN PACIENTES SINTOMÁTICOS Y ASINTOMÁTICOS CON CATÉTER VENOSO DE PERMANENCIA PROLONGADA.....	111	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE METÁSTASIS HEPÁTICAS POR CÁNCER COLORRECTAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DEL TEMA.....	115
	PATRONES DE RECURRENCIA Y UTILIDAD DE LAS ESTRATEGIAS DE SEGUIMIENTO POSTERIOR A NEFRECTOMÍA EN PACIENTES CON CÁNCER RENAL.....	120	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE PENE, EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN LA UNIDAD DE TUMORES MIXTOS, DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA, HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.....	119
	PRESENTACIÓN DE FALLA RENAL EN PACIENTES CON SÍNDROME ICTÉRICO SECUNDARIO A PROCESOS NEOPLÁSICOS DE ENCRUCIJADA BILIOPANCREÁTICA.....	114	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER RENAL EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN "SALVADOR ZUBIRÁN": ANÁLISIS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD.....	112
	PRESENTACIÓN INTRAPULMONAR DE CONDROSARCOMA MIXOIDE EXTRAESQUELÉTICO DE ALTO GRADO.....	122	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PALIATIVO DE LIPOSARCOMA GIGANTE DE RETROPERITONEO (TRPT).....	121
	PRESERVACIÓN DE LA GLÁNDULA MAMARIA MEDIANTE IMPLANTE INTERSTICIAL DE ALTA TASA DE DOSIS CON IR-192 EN CÁNCER MAMARIO.....	113	TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES.....	121
<b>Q</b>			TUMOR DE VAINA DEL NERVI PERIFÉRICO EN EL ESPACIO PARAFARÍNGEO (EPF).....	127
	QUIMIO-RADIOTERAPIA CONCOMITANTE CON GEMCITABINE + CETUXIMAB EN CÁNCER DE CAVIDAD ORAL LOCALMENTE AVANZADO. REPORTE DE UN CASO.....	127	TUMOR MALIGNO DE VAINA DE NERVI PERIFÉRICO PRIMARIO DE TESTÍCULO.....	119
<b>R</b>			TUMOR NEUROENDOCRINO DE PIEL DE REGIÓN SACRA.....	125
	RECONSTRUCCIÓN DEL COMPLEJO AREOLA-PEZÓN.....	131	TUMOR TESTICULAR SINCRÓNICO BILATERAL DE DIFERENTE ESTIRPE HISTOLÓGICA.....	118
	RECONSTRUCCIONES DE DEFECTOS QUIRÚRGICOS EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA CERVICOFACIAL CON EL COLGAJO MIOCUTÁNEO PEDICULADO DEL DORSAL ANCHO.....	129	<b>U</b>	
	REESTRUCTURACIÓN DEL PROGRAMA DE TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS (TCPH) EN EL INCMNSZ. RESULTADOS DE LOS PRIMEROS 6 AÑOS.....	111	UTILIDAD DE LAS CLASIFICACIONES CLÍNICAS EN EL CARCINOMA HEPATOCELULAR.....	114
			<b>V</b>	
			VALOR PREDICTIVO POSITIVO DE LA MASTOGRAFÍA EN PACIENTES CON BIOPSIA GUIADA POR ARPÓN POR SOSPECHA DE CÁNCER DE MAMA.....	131

# XXIV Congreso Nacional de Oncología

## *Mensaje pronunciado en la ceremonia de inauguración por el Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo\**

\*Subdirección de Cirugía, Instituto Nacional de Cancerología. México. Presidente de la Sociedad Mexicana de Oncología, A.C.

**H**oy en día, uno de los objetivos fundamentales de los congresos de los médicos especialistas es ofrecer a la membresía de las agrupaciones médicas las posibilidades de ampliar los horizontes del conocimiento, aumentar las capacidades profesionales a través del intercambio de ideas y experiencias, aprender de los demás, difundir los resultados de la tenaz dedicación de los profesionales de la medicina a la investigación y aprovechar la oportunidad para cultivar una fraternal y respetuosa amistad.

La Sociedad Mexicana de Oncología, A.C. (SMeO) reconoce el nivel científico-académico, desempeño, entusiasmo y calidad humana del trabajo cotidiano de la comunidad oncológica mexicana, latinoamericana y del Caribe, que se vio reflejada en la nutrida asistencia y participación de ellos durante el XXIV CONGRESO NACIONAL ANUAL y I INTERNACIONAL DE ONCOLOGÍA, que se llevó a cabo del 19 al 22 de octubre del año en curso.

Cumpliendo con los objetivos de la SMeO, sus comités académicos volcaron su entusiasmo, capacidad, experiencia y trabajo en confeccionar un atractivo programa de actividades a desarrollar durante el magno evento de la oncología mexicana.

Se contó con la participación de 44 profesores internacionales líderes en diferentes campos de la oncología, procedentes de Asia, Europa, Norteamérica y América de Sur, así como 130 destacados profesores nacionales de prestigiosos centros oncológicos que abordaron temas de actualidad como: el comportamiento biológico del cáncer, metodologías diagnósticas avanzadas, geonómica, terapias blanco moleculares, nuevos y prometedores agentes quimioterapéuticos, los avances con inhibidores de aromatasa, técnicas sofisticadas en radioterapia, procedimientos quirúrgicos innovadores, estado actual del melanoma, sarcomas, tumores del estroma gastrointestinal, neuroendócrinos, trasplante alogénico, manejo de enfermedad metastásica, así como control de emesis por quimioterapia, sólo por mencionar algunos tópicos.

El congreso fue estructurado con simposios, conferencias magistrales, comidas con expertos, cursos avanzados y un curso básico de oncología para el médico de primer contacto.

**Solicitud de sobretiros:** Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo. Tuxpan 59 PH, Col. Roma Sur, C.P. 06760, México, D.F. Correo electrónico: smeopresident@prodigy.net.mx

Gran parte del éxito de este congreso estuvo en la participación de los 121 trabajos libres que se presentaron en forma oral y en cartel, los cuales proyectaron la capacidad de investigación y creatividad de los oncólogos de nuestro país y de Latinoamérica, por lo que la SMeO se honró en ser la plataforma para la exposición de los mismos.

El Comité Científico integrado por oncólogos destacados en las áreas de cirugía oncológica, radioterapia, oncología médica, oncología pediátrica y hemato-oncología, se reunieron para seleccionar ocho tópicos distribuidos en diez secciones, los mejores trabajos libres que fueron calificados desconociendo el nombre de los autores, coautores e institución, siendo valorados cada uno de ellos por lo menos por cuatro revisores.

Se evaluó cada uno de los trabajos en cuanto a su originalidad, el que éste fuera prospectivo o retrospectivo, aleatorizado, con número adecuado de casos, contando con un diseño y metodología considerando su reproducibilidad, así como la repercusión de la práctica asistencial cotidiana, valorando su importancia y trascendencia de sus resultados.

Se empleó la escala decimal para calificar de manera objetiva, y a partir de siete fueron aceptados y aquellos con calificaciones de nueve o diez, se seleccionaron para la presentación oral, dependiendo de los espacios disponibles.

Debido al gran número de trabajos de excelente calidad fue imposible que la mayoría de ellos fuera presentado en forma oral, sin embargo, el hecho de que sean presentados en cartel no demeritó la calidad y trascendencia de los mismos, siendo lo usual en los grandes congresos internacionales.

Estamos seguros que al revisar cada uno de los trabajos expuestos, éstos darán ideas, sembrarán inquietudes y, sobre todo, podrán estimular para ser más creativos en el quehacer cotidiano.

Finalmente, deseamos agradecer y felicitar a cada uno de los participantes e invitarlos para que sus colaboraciones sean escritas en extenso y enviarlas al Comité Editorial de la *Gaceta Mexicana de Oncología* (GAMO), que es el órgano oficial de divulgación científica de la SMeO, para que sean considerados, y publicarlos.

Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo  
Presidente SmeO



acapulco 2 mil 5



Sociedad Mexicana de Oncología, A.C.

## ENDOSCOPIC DIAGNOSIS AND TREATMENT OF GASTRIC CANCER IN JAPAN

TETSUYA NOGUCHI, MD, PHD  
MIYAGI CANCER CENTER

THE LEADING CAUSE OF DEATH IN JAPAN IS CANCER, AFTER LUNG CANCER, GASTRIC CANCER CAUSES MORE DEATHS THAN ANY OTHER FORM OF CANCER. FOR THIS REASON, THE GASTRIC MASS SURVEY WAS BEGUN ABOUT 40 YEARS AGO. THE DEATH RATE DECREASED DUE TO EARLY DIAGNOSIS AND TREATMENT AND THE GASTRIC MASS SURVEY FOUND THE RATE OF EARLY GASTRIC CANCER TO BE ABOUT 70%. THE SPREAD OF EGD (ESOPHAGOGASTRO-DUODENOSCOPY) AND THE PROGRESS OF DIAGNOSIS ARE NECESSARY FOR EARLY DIAGNOSIS. IN ENDOSCOPIC DIAGNOSIS OF GASTRIC CANCER, WE HAVE BEEN CARRYING OUT CONVENTIONAL OBSERVATION, THE DYE-SPRAYING METHOD WITH INDIGO-CARMINE, ENDOSCOPIC ULTRASONOGRAPHY(EUS), AND BIOPSY. IN OUR CANCER CENTER, WE HAVE EXAMINED ABOUT 4500 CASES USING EGD, AND ABOUT 400 CASES USING EUS A YEAR. WE HAVE DIAGNOSED THE LESION AND THE DEPTH OF CANCER INVASION FROM FORM SIZE, HARDNESS, AND BY OBSERVATION FROM DIFFERENT ANGLES, AND DIFFERENT AIR STRENGTHS. IN ADDITION, WE SPECULATED ON THE HISTOLOGICAL TYPE. WE HAVE DIAGNOSED THE DEPTH OF CANCER INVASION AND THE DEPTH OF ULCERATION BY USING EUS.

ENDOSCOPIC TREATMENT OF EARLY GASTROINTESTINAL CANCERS HAS BEEN SHOWN TO BE EFFECTIVE IN THE TREATMENT OF MUCOSAL MALIGNANCIES WITHOUT LYMPH NODE METASTASIS. ENDOSCOPIC MUCOSAL RESECTION (EMR) DESIGNED TO REMOVE MUCOSAL LESIONS BY SECTION THROUGH THE SUBMUCOSA IS THE MOST IMPORTANT TECHNIQUE FOR ENDOSCOPIC TREATMENT OF EARLY GASTRIC CANCERS. ACCORDING TO GASTRIC CANCER TREATMENT GUIDELINES ISSUED IN APRIL 2004 BY THE JAPANESE GASTRIC CANCER ASSOCIATION (JGCA), EMR SHOULD BE PERFORMED ON PATIENTS WITH SMALL MUCOSAL CANCER AND NO CONCOMITANT LYMPH NODE METASTASIS. INTESTINAL-TYPE (WELL AND/OR MODERATELY DIFFERENTIATED ADENOCARCINOMA) THE LEADING CAUSE OF DEATH IN JAPAN IS CANCER. AFTER LUNG CANCER, GASTRIC CANCER CAUSES MORE AND/OR PAPILLARY CARCINOMA) MUCOSAL CANCERS WITHOUT EVIDENCE OF ULCER OR ULCER SCAR MEASURING LESS THAN 2CM IN DIAMETER FOR THE SUPERFICIALLY-ELEVATED (IIA) TYPE, OR LESS THAN 1CM IN DIAMETER FOR THE FLAT (IIB) OR DEPRESSED (IIC) TYPE ARE INCLUDED IN EMR INDICATION. VARIOUS EMR TECHNIQUES HAVE BEEN DEVELOPED, FOR EXAMPLE, THE STRIP BIOPSY METHOD, THE EMR-C METHOD, THE ERHSE METHOD AND SO ON. IN OUR CANCER CENTER, WE HAVE EXAMINED ABOUT 100 CASES USING THE STRIP BIOPSY METHOD OR EMR-C METHOD FOR GASTRIC CANCER AND ESOPHAGEAL CANCER A YEAR.

IN PRINCIPLE, EMR CONSISTS OF THREE STAGES; MARKING, LIFTING, AND CUTTING. IN THE MARKING STAGE, THE SUPERFICIAL EXTENT OF THE LESION IS PRECISELY DETERMINED USING DYE ENDOSCOPY, AND THE PERIPHERAL MARGIN IS OUTLINED BY ELECTROCOAGULATION. THE NEXT STAGE, LIFTING, CONSISTS OF LIFTING THE LESION TO RENDER IT POLYPOID BY 10% GLYCEOL INJECTION. THE MUCOSAL AND SUBMUCOSAL LAYERS ARE SEPARATED FROM THE MUSCULARIS PROPRIA IN THIS STAGE. IN THE FINAL STAGE, CUTTING, THE LESION IS RESECTED BY ELECTRODIATHERMY USING SNARE WIRES. IF ANY OF THE LESIONS REMAINS, IT IS TREATED BY LASER OR APC (ARGON PLASMA COAGULATION). FOCAL RECURRENT RATE IS AT THE LOW RATE OF ABOUT 4% AFTER THIS COMBINATION OF TREATMENT.

HOWEVER, EN-BLOC RESECTION IS PREFERABLE BECAUSE OF THE RISK OF RESIDUAL CANCER LEFT AFTER EMR. THE GUIDELINE INDICATES THAT 2CM IS THE MAXIMUM CANCER SIZE FOR EN-BLOC RESECTION. THE RECENTLY DEVELOPED NEW EMR PROCEDURE, ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION (ESD), MAKES EN-BLOC RESECTION POSSIBLE FOR MUCOSAL CANCERS GREATER THAN 2CM IN DIAMETER. THE CONCEPT AND TECHNIQUE OF ESD IS MARKEDLY DIFFERENT FROM CONVENTIONAL EMR. THE FIRST AND SECOND STEPS OF ESD ARE IDENTICAL TO THOSE OF CONVENTIONAL EMR. AFTER 10% GLYCEOL INJECTION, INCISION AROUND THE LESION IS PERFORMED USING A NEEDLE KNIFE OR HOOKING KNIFE OR INSULATION-TIPPED ELECTROSURGICAL KNIFE (IT KNIFE) OR FLEX KNIFE TO SEPARATE THE LESION FROM THE SURROUNDING NORMAL MUCOSA. THE ISOLATED LESION IS EXFOLIATED EN-BLOC FROM THE GASTRIC MUCOSA BY CUTTING THE SUBMUCOSAL LAYER BELOW THE LESION. ESD HAS THE ADVANTAGE OF PERMITTING EN-BLOC AND HISTOLOGICAL COMPLETE RESECTION REGARDLESS OF LESION SIZE. HOWEVER, THIS METHOD HAS THE DISADVANTAGE OF LONG PERFORMANCE TIME AND HIGH FREQUENCY OF COMPLICATION AS WELL AS NEEDING A HIGH LEVEL OF TECHNICAL SKILL.

NOW I WOULD LIKE TO PRESENT A FEW VIDEOS WHICH SHOW THE DIAGNOSIS AND TREATMENT.

### REFERENCES

1. TADA M, ET AL. ENDOSCOPIC RESECTION OF EARLY GASTRIC CANCER. ENDOSCOPY 25:445-451, 1993.

2. INOUE H. TREATMENT OF ESOPHAGEAL AND GASTRIC TUMORS. ENDOSCOPY 33:119-125.
3. YAMAMOTO H, ET AL. A NOVEL METHOD OF ENDOSCOPIC MUCOSAL RESECTION USING SODIUM HYALURONATE. GASTROINTEST ENDOSCO 50:251-256, 1999.
4. ONO H, ET AL. ENDOSCOPIC MUCOSAL RESECTION FOR TREATMENT OF EARLY GASTRIC CANCER. GUT 248:225-229, 2001.
5. OHKUWA M, ET AL. NEW ENDOSCOPIC TREATMENT FOR INTRAMUCOSAL GASTRIC TUMORS USING AN INSULATED-TIP DIATHERMIC KNIFE. ENDOSCOPY 33:221-226, 2001.

## GASTRIC CANCER TREATMENT IN JAPAN GASTRECTOMY AND D2 DISSECTION

DR. TSUNEAKI FUJIYA

GASTRIC CANCER IS THE SECOND MOST COMMON MALIGNANCY IN THE WORLD, AND SURGICAL RESECTION REMAINS THE ONLY CURATIVE TREATMENT OPTION. LYMPH NODE METASTASES OCCUR DURING THE EARLY STAGE OF THIS DISEASE, AND REGIONAL LYMPHADENECTOMY IS RECOMMENDED AS PART OF RADICAL GASTRECTOMY. HOWEVER, THE EXTENT OF LYMPHADENECTOMY TO ACHIEVE THE OPTIMAL RESULT IS CONTROVERSIAL, AND THERE IS NO WORLDWIDE CONSENSUS.

JAPANESE SURGEONS FIRST INTRODUCED THE EXTENDED LYMPHADENECTOMY PROCEDURE, KNOWN TODAY AS D2, IN THE 1960S. 1) THIS TECHNIQUE REQUIRES THE SYSTEMIC DISSECTION OF LYMPH NODES IN THE FIRST TIER (PERIGASTRIC) AND THE SECOND TIER (ALONG THE CELIAC ARTERY AND ITS BRANCHES). EARLY STUDIES HAVE REPORTED BETWEEN 30% TO 40% OF PATIENTS WITH POSITIVE LYMPH NODE METASTASES INCLUDING THE SECOND TIER LYMPH NODES, HAVE SURVIVED LONGER THAN 5 YEARS WITH D2 LYMPHADENECTOMY. 2) HOWEVER, D2 GASTRECTOMY HAS A STEEP LEARNING CURVE, AND MAY BE ASSOCIATED WITH A HIGHER-THAN-EXPECTED OPERATIVE MORTALITY AND MORBIDITY. TWO EUROPEAN RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS COMPARING D1 AND D2 GASTRECTOMY REVEALED A HIGH OPERATIVE MORTALITY EXCEEDING 10% IN D2 GROUP 3. 4) BASED ON THESE REPORTS, THE BRITISH NATIONAL HEALTH SERVICE CANCER GUIDANCE DISCOURAGES THE USE OF D2 TECHNIQUE IN ROUTINE CLINICAL PRACTICE. IN CONTRAST, D2 GASTRECTOMY IS A STANDARD AND SAFE PROCEDURE IN JAPAN, WHERE 100,000 CASES OF GASTRIC CANCERS ARE DIAGNOSED EVERY YEAR. GENERAL SURGEONS ARE TAUGHT THIS TECHNIQUE EARLY DURING THEIR SURGICAL TRAINING. THE JAPANESE NATIONWIDE REGISTRY REPORTED AN OPERATIVE MORTALITY OF LESS THAN 2%, AND IN SPECIALIZED INSTITUTIONS, LESS THAN 1% FOR D2 GASTRECTOMY. 5) SINCE THE EIGHTIES, EVEN MORE RADICAL EXTENDED LYMPHADENECTOMY PROCEDURES HAD BEEN PRACTICED IN MANY JAPANESE SPECIALIZED CENTERS. IT WAS REPORTED THAT 20% TO 30% OF PATIENTS WITH NON EARLY GASTRIC CANCER HAD MICROSCOPIC METASTASES PRESENT IN THE PARA-AORTIC NODES. THE 5-YEAR SURVIVAL FOR THESE PATIENTS HAS REACHED 14% TO 30% AFTER EXTENDED SYSTEMIC DISSECTION. IN ADDITION TO D2 LYMPHADENECTOMY, LYMPH NODES AROUND THE UPPER ABDOMINAL AORTA WERE DISSECTED, PRIMARILY FOR ULTIMATE LOCAL TUMOR CONTROL. HOWEVER, THIS EXTENDED DISSECTION MAY NOT ONLY INCREASE OPERATIVE MORBIDITY BUT ALSO MAY EFFECT THE FUNCTION OF OTHER ABDOMINAL ORGANS.

THE JAPAN CLINICAL ONCOLOGY GROUP (JCOG) STARTED PROSPECTIVE TRIALS IN 1995 TO EVALUATE THE ROLE OF EXTENDED SURGERY: D2 VS. D2+PARA-AORTIC LYMPHADENECTOMY (D3) FOR T2B/T3/T4 TUMORS (JCOG9501). A TOTAL OF 523 PATIENTS WERE RANDOMIZED AND ENROLLMENT WAS CLOSED IN APRIL 2001. THE FINAL SURVIVAL ANALYSIS IS PLANNED IN 2006. THE MORBIDITY / MORTALITY ANALYSIS SHOWED A SLIGHTLY HIGHER MORBIDITY RATE IN THE EXTENDED SURGERY GROUP, BUT HOSPITAL DEATH WAS SEEN ONLY IN 2 CASES (0.8%) IN EACH ARM.

SPECIALIZED SURGEONS COULD SAFELY PERFORMED GASTRECTOMY WITH D2 LYMPHADENECTOMY IN PATIENTS WITH LOW OPERATIVE RISK. PARA-AORTIC LYMPHADENECTOMY COULD BE ADDED WITHOUT INCREASING MAJOR SURGICAL COMPLICATIONS IN THIS SETTING.

### REFERENCE

- 1) KAJITANI T. THE GENERAL RULES FOR THE GASTRIC CANCER STUDY IN SURGERY AND PATHOLOGY: PART 1-CLINICAL CLASSIFICATION. JPN J SURG 11:127-139, 1981.
- 2) SASAKO M, MCCULLOCH P, KINOSHITA T, ET AL. NEW METHOD TO EVALUATE THE THERAPEUTIC VALUE OF LYMPH NODE DISSECTION FOR GASTRIC CANCER. BR J SURG 82:346-351, 1995.
- 3) BONENKAMP JJ, SONGUN I, HERMANS J, ET AL. RANDOMIZED COMPARISON OF MORBIDITY AFTER D1 AND D2 DISSECTION FOR GASTRIC CANCER IN 966 DUTCH PATIENTS. LANCET 345: 745-748, 1995.
- 4) CUSHIERI A, FAYERS P, FIELDING J, ET AL. POSTOPERATIVE MORBIDITY AND MORTALITY AFTER D1 AND D2 RESECTION FOR GASTRIC CANCER: PRELIMINARY RESULTS OF THE MRC RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL -THE SURGICAL COOPERATIVE GROUP. LANCET 347: 995-999, 1996.
- 5) FUJII M, SASAKI J, NAKAJIMA T. STATE OF THE ART IN THE TREATMENT OF GASTRIC CANCER. FROM THE 71ST JAPANESE GASTRIC CANCER CONGRESS. GASTRIC CANCER 2:151-157, 1999.



## JAPANESE CLASSIFICATION OF GASTRIC CARCINOMA

YOICHIRO KAKUGAWA, MD, PHD  
MIYAGI CANCER CENTER

THE JAPANESE CLASSIFICATION OF GASTRIC CARCINOMA BY THE JAPANESE GASTRIC CANCER ASSOCIATION (JGCA) HAS BEEN DESIGNED AS A COMPREHENSIVE GUIDE TO TREATMENT, ORIGINALLY FOR SURGEONS AND PATHOLOGISTS. THE MOST RECENT CLASSIFICATION IS AIMED AT SURGEONS, PATHOLOGISTS, ONCOLOGISTS, AND ENDOSCOPISTS WHO CARRY OUT ENDOSCOPIC MUCOSAL RESECTION.

THE CLASSIFICATION IS COMPOSED OF THE FOLLOWING FOUR PARTS.

1. BASIC RULES FOR CLINICAL, SURGICAL, PATHOLOGICAL, AND FINAL FINDINGS, 2. SPECIFIC RULES FOR HISTOLOGICAL FINDINGS, 3. GROUP CLASSIFICATION OF GASTRIC BIOPSY SPECIMENS, 4. RESPONSE ASSESSMENT OF CHEMO-RADIOTHERAPY FOR GASTRIC CARCINOMA.

THE JGCA CLASSIFICATION OUTLINES A WHOLE APPROACH TO GASTRIC CANCER.

RULES ARE DEFINED FOR DIAGNOSIS, SURGICAL PROCEDURES, HISTOLOGY, AND STAGING, AS WELL AS DETAILS OF HOW TO PREPARE THE SURGICAL SPECIMEN AND LYMPH NODES.

THE JGCA CLASSIFICATION GIVES A NUMBER TO ALL OF THE REGIONAL LYMPH NODE STATIONS, WHICH ARE CLASSIFIED INTO THREE TIERS ACCORDING TO THE LOCATION OF THE PRIMARY TUMOR. RADICAL LYMPHADENECTOMY IN GASTRIC CANCER HAS LONG BEEN COMMON PLACE IN JAPAN. THE ANATOMICAL-BASED N-STAGING WAS ESTABLISHED BASED ON ANALYSIS OF LYMPHADENECTOMY EFFECTIVENESS. THE PURPOSE OF THE LYMPH NODE CLASSIFICATION IN THE GENERAL RULES WAS THEREFORE TO GUIDE SURGEONS TO DECIDE THE EXTENT AND LOCATION OF LYMPHADENECTOMY, SO THAT ANY POTENTIALLY INVOLVED NODES COULD BE REMOVED ACCORDING TO THE SITE AND DEPTH OF PENETRATION OF THE PRIMARY GASTRIC CANCER. STAGE GROUPING FOR PROGNOSIS USES THE SAME NODAL TIRE BASIS FOR N-STAGE STRATIFICATION, AS IT REFLECTS BOTH THE SPREAD OF THE DISEASE AND ITS TREATMENT STRATEGY.

WITHIN THE JGCA CLASSIFICATION, THERE IS CLEAR GUIDANCE ON THE RELEVANCE OF METASTATIC DISEASE IN THE PERITONEAL CAVITY OR ANY OF THE RELEVANT LYMPH NODE GROUPS, ENABLING SURGICAL STRATEGY TO BE DECIDED ON THE BASIS OF KNOWLEDGE OF THE LIKELY ONCOLOGICAL OUTCOME OF THE PATIENT.

THE JGCA CLASSIFICATION IS HIGHLY DETAILED AND ANATOMICALLY BASED, AND IT IS INSEPARABLE FROM THE GUIDANCE ON SURGICAL TREATMENT, WHICH IS ITS PRIMARY FOCUS.

THE THIRTEENTH EDITION OF THE JAPANESE CLASSIFICATION OF GASTRIC CARCINOMA (SECOND ENGLISH EDITION) IS DOWNLOADABLE FROM [HTTP://WWW.JGCA.JP/PDFFILES/JCGC-2E.PDF](http://www.jgca.jp/pdffiles/jcgc-2e.pdf)

### REFERENCES

1. JAPANESE GASTRIC CANCER ASSOCIATION. JAPANESE CLASSIFICATION OF GASTRIC CARCINOMA: 2ND ENGLISH EDITION. GASTRIC CANCER 1998;1:10-24
2. TAKASHI A, ET AL. THE NEW JAPANESE CLASSIFICATION OF GASTRIC CARCINOMA: POINTS TO BE REVISED. GASTRIC CANCER 1998;1:25-30
3. MAZINN ES, ET AL. TNM AND JAPANESE STAGING SYSTEMS FOR GASTRIC CANCER: HOW DO THEY COEXIST? GASTRIC CANCER 2004;7:140-148.

## PRESENTACIÓN ORAL

### REESTRUCTURACIÓN DEL PROGRAMA DE TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS (TCPH) EN EL INCMNSZ. RESULTADOS DE LOS PRIMEROS 6 AÑOS

LEÓN-RODRÍGUEZ E., HERNÁNDEZ RIVERA G., PIEDRAS ROSS J., GRUPO DE TRASPLANTES DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS DEL INCMNSZ  
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN  
"SALVADOR ZUBIRÁN", MÉXICO, D.F.

**ANTECEDENTES.** LA REESTRUCTURACIÓN DEL PROGRAMA DE TCPH TUVO COMO OBJETIVOS: REDUCCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD DEL TRASPLANTE E INCREMENTO DE LA SUPERVIVENCIA.

**OBJETIVO.** SE PRESENTAN LOS RESULTADOS DE ESTA REESTRUCTURACIÓN (R) (XI-1988-XII-2004) Y SE COMPARAN CON LOS OBTENIDOS EN LOS 10 AÑOS INICIALES DEL PROGRAMA (EIP).

**MATERIAL Y MÉTODO.** LAS ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS FUERON: A) CRITERIOS ESTRICTOS DE SELECCIÓN DE PACIENTES B) MODIFICACIÓN DEL ESQUEMA DE ACONDICIONAMIENTO EN TCPH ALOGÉNICOS (ALO) C) UTILIZACIÓN DE MÉDULA ÓSEA ESTIMULADA CON FEC. CRITERIOS DE INCLUSIÓN: EDAD <60 AÑOS ALO; <60 AÑOS AUTÓLOGO (AU); KARNOFSKY >80% Y NO DISFUNCION ORGÁNICA. INDICACIONES: ALO: AAG, LGC, LAM, LAL. AU: LAM EN 1º RC, LNH, E HODGKIN EN 1º RECAÍDA, CA DE TESTÍCULO DE POBRE PRONÓSTICO.

**RESULTADOS.** DESDE LA R SE REALIZARON 65 TRASPLANTES EN 57 PACIENTES, 34 AU (64.7%), 22 ALO (33.8%), 1 SINGÉNICO (1.5%) (10.8 TRASPLANTES/ AÑO). EN LA EIP SE REALIZARON 33 TRASPLANTES: 23 ALO (70%) 10 AU (30%) (3.3 TRASPLANTES/ AÑO). LA MORTALIDAD ASOCIADA AL TRASPLANTE (MAT) A PARTIR DE LA R HA SIDO: 10.3% PARA ALO Y 11.1% PARA AU. LA SUPERVIVENCIA A 5 AÑOS ES DE 61% (68% PARA ALO, 57% PARA AU). EN LA EIP LA MAT FUE DE 60% PARA ALO Y 30% PARA AU. LA SUPERVIVENCIA A 5 AÑOS FUE 33% (28% ALO, 44% AU).

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.** LAS ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS, PERMITIENDO TENER UN PROGRAMA DE TCPH CON ALTAS TASA DE ÉXITO Y BAJA MORTALIDAD EN INSTITUCIONES CON LIMITADA CAPACIDAD PARA REALIZAR ESTE PROCEDIMIENTO.

### DETECCIÓN DE GANGLIO CENTINELA CON AZUL PATENTE EN CÁNCER CERVICOUTERINO: ESTUDIO PILOTO

BAÑUELOS FLORES JOEL, ZEFERINO TOQUERO MOISÉS, MAYTORENA CORDOVA GERMÁN, REYNA AMAYA HORACIO

HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NÚMERO 4, "LUIS CASTELAZO AYALA", INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. CIUDAD DE MÉXICO, MÉXICO

**ANTECEDENTES.** LA BÚSQUEDA DE GANGLIO CENTINELA (GC) PARA EVITAR LAS DISECCIONES GANGLIONARES ESTÁ PROBADO EN CÁNCER DE MAMA Y MELANOMA; EN CÁNCER CERVICAL

ESTE PROCEDIMIENTO ESTÁ EN PROCESO DE VALIDACIÓN, HABIÉNDOSE ENCONTRADO UTILIDAD EN EL 60 A 90% DE LOS CASOS.

**OBJETIVO.** INVESTIGAR LA FACTIBILIDAD DE IDENTIFICAR EL GC USANDO AZUL PATENTE EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER CERVICOUTERINO SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA RADICAL (HR) CON LINFADENECTOMÍA PÉLVICA Y RETROPERITONEAL (LPR).

**MÉTODO.** DE AGOSTO 2004 A MAYO 2005, 21 PACIENTES CON CÁNCER CERVICOUTERINO TEMPRANO SE SOMETIERON A BÚSQUEDA DE GC APLICANDO AZUL PATENTE. PREVIO A CIRUGÍA SE INYECTÓ 1 ML EN CADA CUADRANTE DEL CÉRVIX, POSTERIORMENTE SE REALIZÓ HR Y LPR.

**RESULTADOS.** IDENTIFICAMOS EL GC EN 57.1% (12/21), DETECTANDO EN PROMEDIO 2 GC (RANGO DE 1-5). EN 50% SE LOCALIZARON EN 1 GRUPO GANGLIONAR Y 50% EN 2. EN 83.3% EL GC SE LOCALIZÓ EN FOSA OBTURATRIZ, 50% EN ILÍACOS EXTERNOS Y 16.6% EN ILÍACO INTERNO. EL PORCENTAJE DE FALSO NEGATIVO TRANSOPERATORIO FUE DE 8.3% CON VPN DE 83.3%. EN 1 PACIENTE EL ESTUDIO PATOLÓGICO DEFINITIVO REPORTÓ MICROMETÁSTASIS TANTO EN EL GC COMO EN OTRO GANGLIO NO TENIDO, CONFIRIÉNDOLE UNA ESPECIFICIDAD DEL 100% CON VPN DEL 90.9%. EN 19% DEL GRUPO TOTAL SE ENCONTRARON METÁSTASIS GANGLIONARES.

**CONCLUSIÓN.** LA DETECCIÓN DE GC CON AZUL PATENTE ES FACTIBLE Y POTENCIALMENTE CONFIABLE PARA OBIVAR LA LINFADENECTOMÍA EN PACIENTES CON CÁNCER CERVICOUTERINO TEMPRANO.

### PATRÓN ESPECTRAL DOPPLER DEL SISTEMA YÚGULO-SUBCLAVIO-AXILAR (SYS) EN PACIENTES SINTOMÁTICOS Y ASINTOMÁTICOS CON CATÉTER VENOSO DE PERMANENCIA PROLONGADA

DRA. ROCÍO BROM, EO ODILIA TÉLLEZ, EO LAURA BARRERA,  
DR. LUIS OÑATE, DRA. PATRICIA VOLKOW  
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA. DEPARTAMENTO DE TOMOGRAFÍA Y ULTRASONIDO Y EQUIPO DE TERAPIA INTRAVENOSA. MÉXICO, D.F.

LOS CATÉTERES VENOSOS CENTRALES (CVC) SON PIEDRA ANGULAR PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON CÁNCER QUE RECIBEN QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA INTRAVENOSA. LA ENFERMEDAD NEOPLÁSICA PER SE, EL USO DE FÁRMACOS ANTINEOPLÁSICOS Y LA PRESENCIA DEL CVC SON FACTORES DE RIESGO RECONOCIDO PARA EL DESARROLLO DE TROMBOSIS VENOSA (TV). EL ULTRASONIDO DOPPLER (USD) ES UNA HERRAMIENTA VALIOSA EN EL DIAGNÓSTICO DE TROMBOSIS SYS POR SU BAJO COSTO Y ACCESIBILIDAD, ASÍ COMO POR NO UTILIZAR RADIACIÓN IONIZANTE NI SER INVASIVA. SE ANALIZARON LAS CARACTERÍSTICAS DEL ESPECTRO DOPPLER SYS EN 59 PACIENTES (35 ASINTOMÁTICOS) CON CATÉTER SUBCLAVIO DE PERMANENCIA PROLONGADA (PROMEDIO 192.86 DÍAS). SE DIAGNOSTICARON 9 TV EN EL GRUPO SINTOMÁTICO (36%) Y 1 EN EL GRUPO ASINTOMÁTICO (2.9%). 80% DE LOS PACIENTES CON TV PRESENTARON COLATERALES VENOSAS Y ALTERACIÓN DE LOS PATRONES ESPECTRALES. SE REALIZÓ FLEBOGRAFÍA EN 4 CASOS DUDOSOS CONFIRMANDO TV; EN UN PACIENTE SINTOMÁTICO CON USD NEGATIVO LA FLEBOGRAFÍA MOSTRÓ TV NO OCLUSIVA. CUATRO PACIENTES NO REQUIRIERON FLEBOGRAFÍA POR VISUALIZACIÓN DIRECTA DEL TROMBO. EL PRESENTE ESTUDIO DESCRIBE EL ESPECTRO DOPPLER DE SYS PERMEABLES, PATRONES SONOGRÁFICOS SUGESTIVOS DE TV, Y OTROS DATOS CLÍNICOS Y SONOGRÁFICOS ASOCIADOS. EL USD TIENE EL POTENCIAL PARA DIAGNOSTICAR CON CERTEZA UN PROBLEMA COMÚN, CUYA DETECCIÓN TEMPRANA ES CRUCIAL PARA LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES POTENCIALMENTE MORTALES. ES NECESARIO CAPACITAR AL TÉCNICO Y MÉDICO RADIÓLOGOS EN EL USO ADECUADO DEL USD PARA QUE LOS RESULTADOS SEAN SATISFACTORIOS.

### LOCALIZACIÓN RADIOGUIADA DE LESIONES MAMARIAS NO PALPABLES

DR. HERIBERTO MEDINA-FRANCO, DR. LEONARDO ABARCA-PÉREZ,  
DRA. LAURA J. ORTIZ-LÓPEZ, DR. JESÚS SEPÚLVEDA MÉNDEZ,  
DRA. CECILIA ROMERO TREJO

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN  
"SALVADOR ZUBIRÁN", MÉXICO, D.F.

**ANTECEDENTES.** LA LOCALIZACIÓN CON ARPÓN EN EL MANEJO DE LESIONES MAMARIAS NO PALPABLES TIENE LAS POTENCIALES DESVENTAJAS DE DISLOCACIÓN DEL MISMO Y GENERAR MOLESTIAS EN LA PACIENTE. EL OBJETIVO DEL PRESENTE ESTUDIO ES EVALUAR LA EFICACIA DE LA LOCALIZACIÓN DE LESIONES MAMARIAS NO PALPABLES UTILIZANDO ALBÚMINA SÉRICA HUMANA MARCADA CON TECNOCIO-99M.

**MATERIAL Y MÉTODO.** SE INCLUYERON PACIENTES CON LESIONES MAMARIAS NO PALPABLES ENCONTRADAS POR MASTOGRAFÍA O ULTRASONOGRAFÍA Y CANDIDATAS A BIOPSIA DE DICHA LESIÓN, SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE BI-RADS. SE INYECTARON MACROAGREGADOS DE ALBÚMINA TC-99 (0.1 MCI) EN EL CENTRO DE LA LESIÓN BAJO GUÍA ULTRASONOGRÁFICA (MASAS) O MASTOGRÁFICA (MICROCALCIFICACIONES). EL MISMO DÍA SE REALIZÓ BIOPSIA EXCISIONAL EN QUIRÓFANO, GUIÁNDOSE CON UNA SONDA GAMMA DETECTORA (NEOPROBE®, JONSON&JONSON) DETECTANDO EL SITIO DE MAYOR RADIOACTIVIDAD. AL TERMINAR, SE VERIFICÓ EL ÁREA QUIRÚRGICA CON LA SONDA GAMMA EN BÚSQUEDA DE RADIOACTIVIDAD RESIDUAL. SE VERIFICÓ RADIOGRÁFICAMENTE LA PRESENCIA DE LA LESIÓN SOSPECHOSA EN LA PIEZA QUIRÚRGICA.

**RESULTADOS.** SE INCLUYERON 37 PACIENTES (EDAD MEDIA 56.6 AÑOS, RANGO 44 A 76 AÑOS). EN 36 PACIENTES (97%), SE LOCALIZÓ LA "LESIÓN CALIENTE". EN UNA PACIENTE NO SE IDENTIFICÓ RADIO ACTIVIDAD POSTERIOR A LA INYECCIÓN. EN EL 92% SE IDENTIFICÓ LA LESIÓN Y SE CORROBORÓ RADIOGRÁFICAMENTE; EN 3 PACIENTES SE REQUIRIÓ REEXICIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO PARA OBTENER LA LESIÓN. EL EXAMEN PATOLÓGICO REPORTÓ 6 LESIONES MALIGNAS (16.6%). NO SE REGISTRARON EFECTOS COLATERALES SIGNIFICATIVOS.

**CONCLUSIÓN.** LA LOCALIZACIÓN RADIOGUIADA DE LESIONES MAMARIAS NO PALPABLES PARECE SER UN MÉTODO SIMPLE Y CONFIABLE, PERMITIENDO LA EXTRACCIÓN COMPLETA DE LAS LESIONES EN EL 91.6% DE LOS CASOS. DEBIDO A LA PEQUEÑA CANTIDAD DE RADIOACTIVIDAD, EL PROCEDIMIENTO ES SEGURO PARA EL PACIENTE Y PARA EL PERSONAL MÉDICO.

## MAPEO GANGLIONAR Y BIOSPIA DE GANGLIO CENTINELA EN CÁNCER CERVICOUTERINO

ANTONIO MAFFUZ AZIZ, GUSTAVO CORTÉS MARTÍNEZ, RAMÓN DELGADO RAMÍREZ, PEDRO ESCUDERO DE LOS RÍOS, DANIEL LÓPEZ HERNÁNDEZ, FELIX QUIJANO CASTRO

DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA. HOSPITAL DE ONCOLOGÍA DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. MÉXICO D.F.

**INTRODUCCIÓN.** EL ESTADO GANGLIONAR PREOPERATORIO CÁNCER CERVICOUTERINO (CACU) PUEDE EVITAR TRATAMIENTOS INADECUADOS EN ETAPAS TEMPRANAS, YA QUE SU POSITIVIDAD OBLIGA A TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA O QUIMIOTERAPIA Y NO CON CIRUGÍA RADICAL. LOS ESTUDIOS DE IMAGEN NO TIENEN UNA ADECUADA SENSIBILIDAD PARA SU DETECCIÓN, LO QUE HA CONDUCIDO AL USO DEL MAPEO LINFÁTICO CON DETECCIÓN DE GANGLIO CENTINELA (GC). EL PROPÓSITO DEL PRESENTE ESTUDIO ES VALIDAR LA IDENTIFICACIÓN DEL GC EN CACU POR ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DETERMINANDO EL PORCENTAJE DE CERTEZA AL HALLAZGO Y FALSOS NEGATIVOS DE LA PRUEBA.

**MATERIAL Y MÉTODO.** ESTUDIO PROSPECTIVO, TRANSVERSAL, OBSERVACIONAL Y ANALÍTICO INCLUYENDO A PACIENTES CON CACU ETAPAS CLÍNICAS IA2 A IIB. SE REALIZÓ MAPEO GANGLIONAR CON TÉCNICA COMBINADA (RADIOCOLOIDE/AZUL PATENTE) O SÓLO CON COLORANTE AZUL PATENTE.

### RESULTADOS

PACIENTE	CENTINELA PÉLVICOS	CENTINELA RETROPERITONEALES	LINFADENECTOMÍA PÉLVICA	MUESTREO RETROPERITONEAL	CENTINELA POSITIVOS
1	7	0	22	1	0
2	4	2	22	3	0
3	4	0	13	0	0
4	2	0	15	4	0
5	1	2	6	0	1
6	3	2	12	2	3
7	0	0	16	1	0
8	0	0	10	11	0
9	2	1	18	5	0
10	2	0	28	2	0
TOTAL	25	7	152	29	4

**CONCLUSIÓN.** SE LOGRÓ LA IDENTIFICACIÓN DEL GANGLIO CENTINELA EN 80% DE LAS PACIENTES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO (N=10). NINGÚN PACIENTE CON GC NEGATIVO TUVO ALGÚN GANGLIO POSITIVO EN EL RESTO DE LA LINFADENECTOMÍA POR LO QUE EL PORCENTAJE DE FALSOS NEGATIVOS ES 0%. EN LAS DOS PACIENTES QUE NO SE IDENTIFICÓ EL GANGLIO CENTINELA SÓLO SE UTILIZÓ AZUL PATENTE COMO MÉTODO DE DETECCIÓN POR NO CONTARSE CON SONDA GAMMA DURANTE EL TRANSOPERATORIO.

## ESTUDIO FASE II DE TALIDOMIDA COMO TRATAMIENTO PALIATIVO EN PACIENTES CON CÁNCER RENAL (CR) METASTÁSICO

DAN GREEN, JUDITH MEZA-JUNCO, CLAUDIA ARCE, MARIANA CHÁVEZ-MACGREGOR, ROBERTO DE-LA-PEÑA, MARIANO SOTOMAYOR, FERNANDO GABILONDO  
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN, MÉXICO, D.F.

**ANTECEDENTES.** LA INMUNOTERAPIA (IFN- $\alpha$  IL-2) ES CONSIDERADA EL TRATAMIENTO ESTÁNDAR DEL CR METASTÁSICO. SIN EMBARGO, POCOS PACIENTES RESPONDEN Y SOBREVIVEN A LARGO PLAZO Y LA TOXICIDAD ES CONSIDERABLE. LA TALIDOMIDA TIENE ACTIVIDAD ANTIANGIOGÉNICA Y ANTIPROLIFERATIVA. CONSIDERANDO QUE EL CR ES ALTAMENTE ANGIOGÉNICO, EVALUAMOS LA EFICACIA Y TOXICIDAD DE ESTA DROGA EN PACIENTES CON CR METASTÁSICO.

**MÉTODO.** SE INCLUYERON 20 PACIENTES VÍRGENES A TRATAMIENTO SISTÉMICO, 60% CON NEFRECTOMÍA PREVIA. SE INDICÓ TALIDOMIDA 100 MG/D, DUPLICANDO LA DOSIS C/2 SEMANAS HASTA UN MÁXIMO DE 800 MG/D O TOXICIDAD PROHIBITIVA.

**RESULTADOS.** SE ALCANZARON DOSIS DE 800 MG, 600 MG Y  $\leq$ 400 MG EN 15 (75%), 1 (5%) Y 4 (20%) PACIENTES, RESPECTIVAMENTE. DOS PACIENTES (10%) OBTUVIERON RESPUESTA PARCIAL, 11 (55%) ENFERMEDAD ESTABLE Y 7 (35%) PROGRESARON, NINGUNO SE RETIRÓ POR TOXICIDAD. LA MEDIANA DE SUPERVIVENCIA LIBRE DE PROGRESIÓN FUE DE 4.2 MESES (IC95%, 2.9-5.4) Y DE SUPERVIVENCIA GLOBAL DE 10 MESES (IC95%, 5.2-14.7); 7 (35%) ESTABAN VIVOS A UN AÑO. LA TOXICIDAD FUE FRECUENTE, PRINCIPALMENTE LEVE (GRADO 1-2): CONSTIPACIÓN EN 12 PACIENTES, SOMNOLENCIA EN 7 Y NÁUSEA EN 6. LA ÚNICA TOXICIDAD GRAVE FUE CONSTIPACIÓN (GRADO 3) EN 2 PACIENTES (10%). EN TODOS LOS CASOS SE CONTROLÓ CON TRATAMIENTO SINTOMÁTICO O REDUCCIÓN DE DOSIS.

**CONCLUSIÓN.** NUESTROS RESULTADOS EN TÉRMINOS DE EFICACIA Y TOXICIDAD CONCUERDAN CON REPORTES PREVIOS Y MUESTRAN QUE LA TALIDOMIDA PUEDE SER UNA ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO EN CR METASTÁSICO, CON LA VENTAJA ADICIONAL DE SER ADMINISTRADA POR VÍA ORAL CON UN PERFIL DE TOXICIDAD ACEPTABLE. DEBIDO A QUE SE OBSERVA ENFERMEDAD ESTABLE EN CR INCLUSO SIN TRATAMIENTO, SE REQUIERE UN ESTUDIO FASE-III PARA CONFIRMAR LOS RESULTADOS Y CLARIFICAR EL PAPEL DE LA TALIDOMIDA.

## NIVELES SÉRICOS DE CA.19-9 COMO PREDICTOR DE RESECABILIDAD QUIRÚRGICA EN NEOPLASIAS PANCREÁTICAS. ESTUDIO DE 15 CASOS

AUTORES: DR. ARAGON SANCHEZ JUAN FERNANDO, DR. PALOMEQUE LOPEZ ANTONIO, DR. SANDOVAL TERAN MARX, NICTE-HA. GARIBALDI GIGIOLA, QUINTANA ALEJANDRO  
SERVICIO DE ONCOLOGIA HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

EL MARCADOR TUMORAL CA.19-9, ES EL QUE HA MOSTRADO MAYOR SENSIBILIDAD PARA LOS PROCESOS NEOPLÁSICOS DE PÁNCREAS. SU SENSIBILIDAD AUMENTA CONFORME SON MÁS ALTOS SUS NIVELES SÉRICOS. SU UTILIZACIÓN PRINCIPAL ES PARA EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES SOMETIDOS A RESECCIÓN QUIRÚRGICA. EXISTEN REPORTES DONDE SE UTILIZA EL MARCADOR COMO PREDICTOR DE RESECABILIDAD. SE REVISAN 15 CASOS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PÁNCREAS, TODOS LOS CUALES FUERON SOMETIDOS A LAPAROTOMÍA. EL PROMEDIO DE EDAD FUE DE 56.2 AÑOS, 11 CASOS DEL SEXO FEMENINO Y 4 MASCULINOS. EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN PROMEDIO DE LOS SÍNTOMAS FUE DE 3.5 MESES. SÓLO 2 CASOS CURSARON SIN ICTERICIA, EL DOLOR ESTUVO PRESENTE EN TODOS LOS CASOS. LOS VALORES PROMEDIO DE FOSFATASA ALCALINA FUE DE 764U/ML. 7 CASOS FUERON SUSCEPTIBLES DE RESECCIÓN QUIRÚRGICA, PRESENTADO EN PROMEDIO VALORES DE CA.19-9 DE 101NG/ML (1.62 A 128NG/ML). 8 CASOS NO FUERON SUSCEPTIBLES DE RESECCIÓN QUIRÚRGICA CON VALORES DE CA.19-9 1319NG/ML (19 A 7750NG/ML). EN DOS CASOS DE NO RESECCIÓN EL VALOR DE CA.19-9 FUE MENOR DE 50NG/ML. LOS PACIENTES CON VALORES MENORES DE 128 NG/ML FUERON SUSCEPTIBLES DE RESECCIÓN QUIRÚRGICA. CONCLUSIONES: EL MARCADOR CA.19-9 PUEDE SER UNA HERRAMIENTA MÁS EN LA VALORACIÓN DE RESECCIÓN QUIRÚRGICA DE PACIENTES CON CÁNCER DE PÁNCREAS. EN EL PRESENTE ESTUDIO, LA SENSIBILIDAD DEL CA 19-9 PARA PREDECIR RESECABILIDAD FUE DE 100% CON VALORES MENORES A 128. LA SENSIBILIDAD PARA NO RESECCIÓN CON VALORES MAYORES DE 200 NG/ML FUE DE 75%.

## EFFECTOS ONCOLÓGICOS DE LA RECONSTRUCCIÓN MAMARIA INMEDIATA (RMI) POSTERIOR A MASTECTOMÍA.

E. SÁNCHEZ FORGACH, C. SÁNCHEZ BASURTO, M. HIRSCH MEILLON, H. MIRANDA, J.L. HADDAD, F. MAGALLANES  
CENTRO DE ESTUDIOS MASTOLÓGICOS SA DE CV. MÉXICO, D.F.

**OBJETIVO.** DETERMINAR SI LA RMI POSTERIOR A LA MASTECTOMÍA POR CÁNCER MAMARIO EN ESTADIOS TEMPRANOS RETRASO EL DIAGNÓSTICO DE RECURRENCIA LOCAL O AUMENTA O DISMINUYE LA SOBREVIVENCIA, AL COMPARARLA CON LA MASTECTOMÍA SIN RECONSTRUCCIÓN. **MATERIAL Y MÉTODO.** ESTUDIO PROSPECTIVO, LONGITUDINAL NO ALEATORIZADO, COMPARATIVO Y DESCRIPTIVO. 214 PACIENTES, 110 CON RMI EN ESTADIOS 0, I Y II EN EL PERIODO DE ENERO DE 1997 A JUNIO DE 2004 TRATADOS EN LA UNIDAD DE ONTOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO Y EN EL CENTRO DE ESTUDIOS MASTOLÓGICOS SA DE CV. ANÁLISIS ESTADÍSTICO; CHI CUADRADA Y CORRELACIÓN LINEAL.

**RESULTADOS Y CONCLUSIÓN.** LA RMI ES ONCOLOGICAMENTE SEGURA YA QUE EN ESTE GRUPO DE PACIENTES NO SE APRECIA UN AUMENTO EN LA RECURRENCIA LOCAL NI UNA DISMINUCIÓN EN LA SOBREVIVENCIA A PESAR DE UN AUMENTO EN TIEMPO OPERATORIO, SANGRADO, COMPLICACIONES LOCALES Y EL RETRASO EN EL INICIO DE LA QUIMIOTERAPIA.

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER RENAL EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN "SALVADOR ZUBIRÁN": ANÁLISIS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD

ALEJANDRO GARCÍA PULIDO, FD HUITZIL MELÉNDEZ, EUCARIO LEÓN-RODRÍGUEZ

DEPARTAMENTO DE HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA. INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN, MÉXICO, D. F.

**ANTECEDENTES.** LA CIRUGÍA ES EL ÚNICO TRATAMIENTO EFECTIVO PARA EL CARCINOMA RENAL LOCALIZADO. EL OBJETIVO DEL PRESENTE TRABAJO ES DESCRIBIR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER RENAL EN NUESTRA INSTITUCIÓN, EN TÉRMINOS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD.

**MATERIAL Y MÉTODO.** SE IDENTIFICARON TODOS LOS PACIENTES OPERADOS POR CARCINOMA RENAL ENTRE 1988 Y 2002 EN NUESTRA INSTITUCIÓN. DE MANERA RETROLECTIVA SE OBTUVO LA INFORMACIÓN DE LAS VARIABLES A PARTIR DE LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS. SE EXAMINÓ LA ASOCIACIÓN DE LAS DIFERENTES VARIABLES CON LA MORBILIDAD. SE UTILIZÓ LA PRUEBA DE CHI CUADRADA PARA EVALUAR LA SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA DE DICHA ASOCIACIÓN.

**RESULTADOS.** SE ANALIZARON UN TOTAL DE 116 PACIENTES CON CÁNCER RENAL, SOMETIDOS A TRATAMIENTO QUIRÚRGICO. LA MEDIANA DE EDAD FUE DE 59 AÑOS. SE REALIZÓ NEFRECTOMÍA RADICAL EN EL 84%, NEFRECTOMÍA PARCIAL EN 14% Y NEFRECTOMÍA SIMPLE EN 2% DE LOS PACIENTES. LA VÍA DE ABORDAJE MÁS FRECUENTE FUE LA LUMBAR EN 81%, LA TRANSPERITONEAL EN 12% DE Y LA TORACO-ABDOMINAL EN 7% DE LOS CASOS. LA MORBILIDAD MÉDICA SE PRESENTÓ EN 15%, LA MORBILIDAD QUIRÚRGICA EN 16% Y LA MORBILIDAD INFECCIOSA EN 5% DE LOS CASOS. LA MORBILIDAD GLOBAL FUE DE 30%. LA MORTALIDAD FUE DE 1.7%. LA HIPOALBUMINEMIA Y EL MAYOR TAMAÑO TUMORAL (T) SE ASOCIARON A LA OCURRENCIA DE MORBILIDAD DE MANERA ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVA.

**CONCLUSIÓN.** EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER RENAL EN NUESTRO MEDIO SE REALIZA CON UNA MORBILIDAD Y MORTALIDAD ACEPTABLES. LA PRESENCIA DE HIPOALBUMINEMIA Y UNA MAYOR EXTENSIÓN TUMORAL PODRÍAN SER FACTORES PRONÓSTICOS DE MORBILIDAD.

## LA ALBÚMINA COMO FACTOR DE PRONÓSTICO

ONATE LF, AIELLO V, HERRERA R, GALLARDO D.  
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

**ANTECEDENTES.** LA INVESTIGACIÓN DE LOS FACTORES DE PRONÓSTICO EN PACIENTES CON CARCINOMA GÁSTRICO (CG) ES UN TEMA CONTROVERSIAL EN LA ACTUALIDAD. DEFINIR EL POTENCIAL CLÍNICO DE LA ALBÚMINA SÉRICA PRETERAPÉUTICA COMO FACTOR DE PRONÓSTICO (FP) ES MUY IMPORTANTE DADO QUE SU MEDICIÓN ES MUY SENCILLA, BARATA Y DISPONIBLE EN PRÁCTICAMENTE CUALQUIER MEDIO. POR TAL MOTIVO, EN EL PRESENTE ESTUDIO. NUESTRO OBJETIVO ES DEFINIR CON DETALLE EL PAPEL DE LA ALBÚMINA SÉRICA PRETERAPÉUTICA COMO FP Y SU PAPEL EN LA SELECCIÓN DEL MEJOR TRATAMIENTO EN PACIENTES CON CG.

**MATERIAL Y MÉTODO.** ESTE ES UN ESTUDIO DE COHORTE HOSPITALARIA DE 15 AÑOS. SE INCLUYERON PACIENTES CON DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO DE CG Y CON EL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO INEQUÍVOCO DE LA BIOPSIA ENDOSCÓPICA. TODOS LOS DATOS CLÍNICOS, PATOLÓGICOS Y TERAPÉUTICOS FUERON REGISTRADOS RETROSPECTIVAMENTE Y DESDE ENERO DE 1995 DE MANERA PROSPECTIVA. LA DEFINICIÓN DE FACTORES DE PRONÓSTICO SE REALIZÓ CON EL MÉTODO DE KAPLAN-MEIER Y CON EL MODELO DE COX. EL DESENLACE PRIMARIO FUE LA SUPERVIVENCIA ASOCIADA A CÁNCER.

**RESULTADOS.** SE ESTUDIARON 1,074 PACIENTES. EL NIVEL PRETERAPÉUTICO DE ALBÚMINA SÉRICA MOSTRÓ UN PROFUNDO IMPACTO PRONÓSTICO, AÚN AJUSTADO POR ETAPA TNM. POR ANÁLISIS MULTIVARIADO LA CLASIFICACIÓN TNM, LA ALBÚMINA SÉRICA Y LA POSIBILIDAD DE RESECCIÓN QUIRÚRGICA CON LINFADENECTOMÍA D1 O D2 FUERON LAS VARIABLES MÁS IMPORTANTES ( $P = 0.00001$ ).

**CONCLUSIÓN.** LA ALBÚMINA SÉRICA ES UN FP FUNDAMENTAL EN PACIENTES CON CG Y DEBE INTEGRARSE A LA CLASIFICACIÓN TNM PARA DEFINIR EL MEJOR TRATAMIENTO PARA CADA CASO.

## PRESERVACIÓN DE LA GLÁNDULA MAMARIA MEDIANTE IMPLANTE INTERSTICIAL DE ALTA TASA DE DOSIS CON IR-192 EN CÁNCER MAMARIO

GRAL. DE DIV. MC. RET. RAFAEL DE LA HUERTA SÁNCHEZ, MAYOR MC FEDERICO MALDONADO MAGOS, MMC ULISES MEJÍA GAMBOA, CAP 2º. MC NESTOR GÓMEZ GONZÁLEZ

SERVICIO DE RADIONCOLOGÍA. HOSPITAL CENTRAL MILITAR

LA PRESERVACIÓN DE LA GLÁNDULA MAMARIA TANTO EN CÁNCER MAMARIO TEMPRANO COMO TARDÍO TIENE UN ALTO GRADO DE SIGNIFICANCIA PARA LA MAYORÍA DE LAS PACIENTES QUE CURSAN CON ESTE PADECIMIENTO. EL EMPLEO DE LA BRAQUIETERAPIA DE BAJA TASA DE DOSIS LOGRA RESULTADOS COSMÉTICOS IMPORTANTES CON CONTROLES DE HASTA EL 95% DE LA MAMA Y EN ALGUNOS REPORTES DE ETAPAS TARDÍAS HASTA UN 70%. EXISTE POCAS EXPERIENCIAS EN EL EMPLEO DE BRAQUIETERAPIA CON IRIDIO 192 DE ALTA TASA DE DOSIS A LARGO PLAZO. PRESENTAMOS UN REPORTE PRELIMINAR CON ESTA TÉCNICA DE TRATAMIENTO IMPLEMENTADA EN EL HOSPITAL CENTRAL MILITAR. 12 PACIENTES DEL SEXO FEMENINO, CON REPORTE HISTOLÓGICO COMPROBADO DE MALIGNIDAD FUERON SOMETIDAS COMO PARTE DE SU TRATAMIENTO A UN IMPLANTE INTERSTICIAL TEMPORAL MEDIANTE LA COLOCACIÓN CON ANESTESIA LOCAL DE LAS AGUJAS GUÍA FIJÁNDOLAS MEDIANTE UN SISTEMA DISEÑADO EN EL HOSPITAL CENTRAL MILITAR, A CONTINUACIÓN SE TOMARON PLACAS ORTOGONALES LAS CUALES FUERON TRANSFERIDAS A UN SISTEMA DE CÓMPUTO (BRACHYVISION) PARA LA ELABORACIÓN DE LAS CURVAS DE ISODOSIS, SELECCIONANDO LA CURVA APROPIADA Y APLICANDO AL PUNTO DE REFERENCIA UNA DOSIS DIARIA DE 600 CGY POR 2 A 5 DÍAS CONSECUTIVOS. EL PROCEDIMIENTO FUE BIEN TOLERADO, LA EVOLUCIÓN POSOPERATORIA SATISFACTORIA. 7 PACIENTES EN ETAPAS TEMPRANAS (T1N0M0=1; T2N0M0=3; T2N1M0=3) Y 5 EN ETAPAS TARDÍAS. (T3N1M0=2; T4N2M0=3), 11 IMPLANTES FUERON MONOPLANARES, UNO DE ELLOS BILATERAL SIMULTÁNEO, SÓLO UNO FUE BIPLANAR. EN ALGUNOS CASOS NO FUE NECESARIA LA HOSPITALIZACIÓN DE LAS PACIENTES. EL PRESENTE ESTUDIO SE INICIÓ EN JUNIO DEL 2004.

EL CONTROL DE LOS CASOS OSCILA ENTRE LOS 3 A 12 MESES DE APLICADO EL TRATAMIENTO, NO SE HA DEMOSTRADO ACTIVIDAD TUMORAL EN EL SITIO DEL IMPLANTE, LOS RESULTADOS FUNCIONALES Y COSMÉTICOS SON SATISFACTORIOS CONCLUYENDO QUE ESTE TIPO DE PROCEDIMIENTO ES UNA ALTERNATIVA MÁS PARA EL MANEJO LOCALREGIONAL DE ESTAS NEOPLASIAS, DE FÁCIL APLICACIÓN, SIN COMPLICACIONES, CON BUENA TOLERANCIA Y EXCELENTES RESULTADOS COSMÉTICOS HASTA LA FECHA.

## EXPOSICIÓN EN CARTEL

### CÁNCER GÁSTRICO EN MENORES DE 30 AÑOS

HORACIO NOÉ LÓPEZ BASAVE, JOSÉ LUIS BARRERA FRANCO,  
FLAVIA MORALES VÁSQUEZ, ADOLFO FUENTES ALBURO,  
ANA MARÍA CANO VALDEZ, JUAN MANUEL RUIZ MOLINA

**INTRODUCCIÓN.** EL ADENOCARCINOMA GÁSTRICO ES FRECUENTE ENTRE LOS 50 Y 70 AÑOS. SIN EMBARGO, EXISTEN REPORTES DE CÁNCER GÁSTRICO EN GENTE JOVEN. LA PROPORCIÓN DE PACIENTES JÓVENES CON ADENOCARCINOMA GÁSTRICO HA VARIADO DE 2 A 8% EN SERIES DONDE EL PACIENTE FUE DEFINIDO COMO JOVEN POR DEBAJO DE LOS 36 Y 41 AÑOS.

**OBJETIVO.** DETERMINAR LA FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO MENORES DE 30 AÑOS EN UN CENTRO ONCOLÓGICO.

**MATERIAL Y MÉTODO.** SE REALIZÓ UNA REVISIÓN RETROSPECTIVA DE 1975 A 1996. Y FUERON ANALIZADOS LOS SIGUIENTES DATOS: EDAD, SEXO, ANTECEDENTES FAMILIARES, SIGNOS Y SÍNTOMAS, ESTUDIOS PREOPERATORIOS, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES MENORES DE 30 AÑOS.

**RESULTADO.** SE ENCONTRARON 30 PACIENTES, CON UN RANGO DE 18-30 AÑOS, 16 HOMBRES Y 14 MUJERES, 33% CON ANTECEDENTES ONCOLÓGICOS, 40% HABÍA RECIBIDO TRATAMIENTO PREVIO, EL 57% FUE CANDIDATO A TRATAMIENTO, SÓLO AL 37% SE LE PROPUSO CIRUGÍA; DE ESTE PORCENTAJE EL 81% TUVO UNA RESECCIÓN TUMORAL.

**DISCUSIÓN.** EL PRONÓSTICO EN PACIENTES JÓVENES ES DESFAVORABLE A PESAR DE UNA AGRESIVA RESECCIÓN QUIRÚRGICA Y UNA ADECUADA ADYUVANCIA DEBIDO PRINCIPALMENTE A UN DIAGNÓSTICO TARDÍO; SIN EMBARGO, DEBERÁ TRATARSE DE IDENTIFICAR AL SUBGRUPO DE PACIENTES QUE PUEDE BENEFICIARSE DEL ESCRUTINIO, ASÍ COMO IDENTIFICAR LOS FACTORES AMBIENTALES QUE FAVORECEN EL DESARROLLO Y PROGRESIÓN DE ESTA ENFERMEDAD.

**CONCLUSIÓN.** ES NECESARIO IDENTIFICAR ESTA ENFERMEDAD EN ESTADIOS MÁS TEMPRANOS, EN PACIENTES MENORES DE 30 AÑOS, DADO QUE EL TRATAMIENTO ACTUAL HA MEJORADO EL CURSO DE ESTA ENFERMEDAD.

## CARCINOMATOSIS MENÍNGEA ASOCIADA A CÁNCER GÁSTRICO

RAMÍREZ-BOLLAS JULIO, RUIZ-MOLINA JM,  
LAVÍN-LOZANO AJ, ROMERO-HUESCA A, ALBORES-ZÚÑIGA O,  
HERNÁNDEZ-PEÑA RE, LUMBI-RAMÍREZ NJ

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA, MÉXICO. CIUDAD DE MÉXICO, D. F.

**CASO.** PACIENTE MASCULINO DE 46 AÑOS CON ANTECEDENTES DE TÍAS ABUELAS MTERNAS FINADAS POR CÁNCER DE MAMA, MADRE FINADA POR CÁNCER RENAL, HERMANO CON CÁNCER DE PRÓSTATA, UNA HERMANA CON CÁNCER DE MAMA Y UNA HERMANA CON SCHWANNOMMA, OTRA HERMANA CON CÁNCER DE TIROIDES Y UNA HERMANA CON ADENOMA HIPOFISIARIO. INICIA SU PADECIMIENTO 6 MESES PREVIOS CON HEMATEMESIS, DOLOR EN EPIGASTRIO, PÉRDIDA DE PESO, MELENA, ASÍ COMO SÍNDROME ANÉMICO POR LO QUE REALIZAN PANENDOSCOPIA CON TUMOR EN CURVATURA MAYOR DE 4 CM. RHP: ADENOCARCINOMA CON CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO. EXPLORACIÓN CON KARNOFSKI DE 80% REGULARES CONDICIONES GENERALES, PALIDEZ DE PIEL Y TEGUMENTOS, ASCITIS SIN TENSIÓN, NO SE PALPAN ADENOPATÍAS. TAC: ENGRASAMIENTO DE LA PARED GÁSTRICA, ADENOMEGALIAS INTERCAVOAÓRTICAS. ACUDE A URGENCIAS POR ALTERACIONES EN LA ESFERA MENTAL DE 2 SEMANAS DE EVOLUCIÓN, ELEVACIONES TÉRMICAS, ASÍ COMO PERIODOS DE PERPLEJIDAD CON DILATACIÓN PUPILAR EN OCASIONES AMNESIA Y AGITACIÓN PSICOMOTRIZ, ADEMÁS CEFALEA DE MODERADA A SEVERA INTENSIDAD. EXPLORACIÓN: KARNOFSKI DE 60%, FONDO DE OJO SIN ALTERACIONES CON BUENA RESPUESTA A LA LUZ, MOVIMIENTOS OCULOMOTORES SIN LIMITACIONES, NO ASIMETRÍA FACIAL, FUERZA MUSCULAR 5/5, CON REFLEJO PLANTAR FLEXOR BILATERAL, FRANCO SÍNDROME MENÍNGEO (HAY KERNIG Y BRUDZINSKI TANTO CEFÁLICO COMO PODÁLICO Y RIGIDEZ DE NUCA). SE INTEGRA SÍNDROME CONVULSIVO DE TIPO PARCIAL COMPLEJO. TAC SIMPLE Y CONTRASTADA DE CRÁNEO: NORMAL. SE REALIZA PUNCIÓN LUMBAR PARA DESCARTAR NEUROINFECCIÓN VS. MENINGOENCEFALITIS NEOPLÁSICA, SE INICIA ANTIEPILÉPTICO Y ANTIPSICÓTICO. CITOLOGÍA DE LCR: CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO. ADEMÁS RMN DE CRÁNEO CON GADOLINIO: NORMAL. SE EVALÚA POR ONCOLOGÍA MÉDICA QUIENES CONSIDERAN TRATAMIENTO SISTÉMICO, SIN EMBARGO, POR LAS MALAS CONDICIONES DEL PACIENTE SE DIFIERE TRATAMIENTO. PRESENTA EXACERBACIÓN DE SU ALTERACIÓN NEUROLÓGICA, KARNOFSKI DE 40%, INTOLERANCIA A LA VÍA ORAL, DIFICULTAD RESPIRATORIA POR ASCITIS Y A PETICIÓN DE LOS FAMILIARES SE EGRESA.

**COMENTARIO.** LA CARCINOMATOSIS MENÍNGEA SECUNDARIA A CÁNCER GÁSTRICO ES UNA CONDICIÓN RARA QUE CONFIERE UN POBRE PRONÓSTICO. LA MEDIANA DE SOBREVIDA ES DE ALGUNAS SEMANAS POSTERIORES A LA DETERMINACIÓN DEL DIAGNÓSTICO. LA IMAGEN DE TAC O RMN NO SON ESPECÍFICAS. LA CITOLOGÍA DEL LCR ES LA HERRAMIENTA ÚTIL MÁS IMPORTANTE PARA EL DIAGNÓSTICO DE CARCINOMATOSIS MENÍNGEA. CUANDO EL SÍNTOMA INICIAL DE ENFERMEDAD ES EL CUADRO NEUROLÓGICO, IMPLICA UN RETO DIAGNÓSTICO AL CLÍNICO. SE HA INTENTADO TRATAMIENTO INTRATECAL PARA LA CARCINOMATOSIS; SIN EMBARGO, NO HA DEMOSTRADO UN BENEFICIO EN MEDIANA DE SOBREVIDA.

## REPORTE DE UN CASO: CARCINOMATOSIS MENÍNGEA COMO PRESENTACIÓN DE CÁNCER GÁSTRICO

DRA. GLORIA MARTÍNEZ MARTÍNEZ, DR. GONZALO VALDEZ DUARTE,  
DR. JOAQUÍN REINOSO TOLEDO, DR. JUAN ALEJANDRO SILVA  
HOSPITAL DE ONCOLOGÍA CMN SIGLO XXI, DISTRITO FEDERAL, MÉXICO.

EL CÁNCER GÁSTRICO CONSTITUYE LA CUARTA NEOPLASIA EN EL MUNDO. LOS SITIOS DE METÁSTASIS SON LOCALREGIONALES ES INFRECUENTE CARCINOMATOSIS MENÍNGEA. SE TRATA DE MASCULINO DE 58 AÑOS. INICIA PADECIMIENTO 4 DÍAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR CEFALEA, NÁUSEA, VÓMITO, INCOORDINACIÓN Y ALTERACIONES DE LA MARCHA. CLÍNICAMENTE CON MARCHA EN ZIGZAG Y BABINSKI DERECHO. SE REALIZA TAC DE ENCÉFALO CON LESIÓN EN FOSA POSTERIOR, SUGESTIVA DE METÁSTASIS. IRM DE ENCÉFALO: LESIONES EXTRA AXIALES DE SITUACIÓN PARIETAL IZQUIERDA Y TENTORIAL, ACOMPAÑADAS DE MODERADO EDEMA Y COMPRESIÓN DE ESTRUCTURAS ADYACENTES, ORIGEN MENÍNGEO. LA APLICACIÓN DE CONTRASTE REVELA ENGRASAMIENTO Y REFORZAMIENTO ANORMAL LEPTOMENÍNGEO. CONCLUYENDO METÁSTASIS PAQUI Y LEPTOMENINGEAS. TAC DE ABDOMEN CON ENGRASAMIENTO DE PARED DEL ESTÓMAGO A NIVEL DEL FUNDUS Y CURVATURA MAYOR. ENDOSCOPIA: LESIÓN INFILTRANTE EN CUERPO QUE SE EXTIENDE A REGIÓN PREPILORICA. RHP: ADENOCARCINOMA GÁSTRICO DIFUSO. MARCADORES TUMORALES: AFP, APE, CA 19-9. ACE NORMALES. VALORADO POR RADIOONCOLOGÍA, NO ACEPTA RADIOTERAPIA, FALLECE 15 DÍAS DESPUÉS. METÁSTASIS MENÍNGEA ES UNA COMPLICACIÓN AGRESIVA QUE AFECTA 5-8% DE LOS TUMORES SÓLIDOS, DE LOS CUALES LOS MÁS FRECUENTES SON: CÁNCER DE MAMA, MELANOMA, CÁNCER DE PULMÓN, Y MENOS DEL 1% CÁNCER GÁSTRICO. CON POBRE PRONÓSTICO CON UNA SOBREVIDA MEDIA DE 4 SEMANAS. EL CUADRO CLÍNICO ES INESPECÍFICO INCLUYE CEFALEA, NÁUSEA, VÓMITO, ALTERACIÓN DEL ESTADO MENTAL Y CONVULSIONES. EL ESTUDIO DE ELECCIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO ES IRM CON UNA SENSIBILIDAD CERCANA AL 100%, CITOLÓGICO DE LCR ES UN PROCEDIMIENTO INVASIVO CON UNA SENSIBILIDAD SUBÓPTIMA DE 54%. LAS OPCIONES DE TRATAMIENTO INCLUYEN RADIACIÓN HOLOCRANEANA O QUIMIOTERAPIA INTRATECAL (METOTREXATE O ARA-C) CON FINES PALIATIVOS.

## CÁNCER DE ESÓFAGO EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

DR. SANDOVAL TERÁN MARX, MARTÍNEZ MR, DÍAZ RL, ARAGÓN SF, PALOMEQUE A, QUINTANA OA

**ANTECEDENTES.** EL CÁNCER DE ESÓFAGO PRODUCE MÁS DE 12 MIL MUERTES AL AÑO EN ESTADOS UNIDOS, EL 75% SE ENCUENTRA FUERA DE TRATAMIENTO. EL TIPO HISTOLÓGICO PREDOMINANTE ES EL CARCINOMA EPIDERMÓIDE. EL 75% SE PRESENTA EN ESTADIOS AVANZADOS, DE LOS CUALES EL 80% PRESENTA INVASIÓN GANGLIONAR Y TEJIDOS ADYACENTES, POR LO QUE PRODUCE UNA MORTALIDAD DEL 90% A CORTO PLAZO.

**OBJETIVOS.** OBTENER DATOS DEMOGRÁFICOS DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL HGM CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE ESÓFAGO, IDENTIFICAR FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS, IDENTIFICAR LOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS UTILIZADOS Y REALIZAR UN ANÁLISIS COMPARATIVO CON LOS DATOS DE LA LITERATURA.

**MATERIAL Y MÉTODO.** ESTUDIO DESCRIPTIVO, OBSERVACIONAL, RETROSPECTIVO Y TRANSVERSAL 39 PACIENTES CUMPLIERON CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE 108 CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE ESÓFAGO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.

**RESULTADOS.** 74% FUERON SEXO MASCULINO, 59% FUERON MAYORES DE 55 AÑOS, EL FACTOR PRINCIPAL FUE TABAQUISMO (67%) Y ALCOHOLISMO (54%), 71% EN ETAPAS AVANZADAS, EL PRINCIPAL SÍNTOMA FUE LA DISFAGIA 44%, 13% RESECCIÓN CON INTENTO CURATIVO, EL 95% FUERON SOMETIDOS A RADIOTERAPIA Y 51% A QUIMIOTERAPIA CON UN SEGUIMIENTO DE MÁS DE 12 MESES EN EL 10% DE LOS CASOS.

**CONCLUSIONES.** LA EXPERIENCIA DEL HGM ES COMPARABLE CON LA LITERATURA MUNDIAL, ES IMPORTANTE IDENTIFICAR FACTORES DE RIESGO, ASÍ COMO REALIZAR ESTUDIOS PERIÓDICOS EN LA POBLACIÓN DE RIESGO, BUSCANDO DETECCIÓN TEMPRANAS Y MANEJOS CON INTENTO CURATIVO Y MEJOR SOBREVIVENCIA.

## PRESENTACIÓN DE FALLA RENAL EN PACIENTES CON SÍNDROME ICTÉRICO SECUNDARIO A PROCESOS NEOPLÁSICOS DE ENCRUCIJADA BILIOPANCREÁTICA

DR. ARAGÓN SANCHEZ JUAN FERNANDO,  
DR. PALOMEQUE LÓPEZ ANTONIO, DR. GRACIDA MANCILLA NOÉ  
ISAIAS, DR. ARIZMENDI ISSASI SERGIO,  
DR. SANDOVAL TERÁN MARX

SERVICIO DE ONCOLOGÍA, HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

LOS PROCESOS NEOPLÁSICOS DE ENCRUCIJADA BILIOPANCREÁTICA SON UNA ENTIDAD POCO COMÚN. EN MUCHAS OCASIONES EL SÍNTOMA DE PRESENTACIÓN ESPECÍFICO ES SÍNDROME ICTÉRICO. LOS ALTOS NIVELES DE BILIRRUBINA NO SE OBSERVAN COMÚNMENTE EN LOS PADECIMIENTOS BENIGNOS. SE HA DESCRITO LA RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE BILIRRUBINA Y LA FALLA RENAL OCASIONADA POR EL DEPÓSITO DE LOS PIGMENTOS BILIARES A NIVEL DE GLOMÉRULO Y TÚBULOS, QUE EN MUCHAS OCASIONES LLEVA A LA MUERTE A LOS PACIENTES. SE REVISAN 23 CASOS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME ICTÉRICO SECUNDARIO A NEOPLASIA DE ENCRUCIJADA BILIOPANCREÁTICA. 3 CASOS POR TUMOR DE KLATSKIN, 1 CASO DE HEPATOCARCINOMA, 7 CASOS DE CÁNCER DE CABEZA DE PÁNCREAS Y 9 CASOS DE COLANGIOCARCINOMA. 13 DE LOS CASOS EN SEXO FEMENINO Y 9 MASCULINOS. EL PREDOMINIO DE EDAD FUE EN MAYORES DE 65 AÑOS 10 CASOS, ENTRE 55 Y 64 AÑOS 4 CASOS, ENTRE 45 Y 54 FUERON 6 CASOS, Y ENTRE 35 Y 44 2 CASOS. LA FALLA RENAL SE PRESENTÓ EN 9 CASOS, DE ACUERDO A LOS NIVELES DE UREA Y CREATININA, CORROBORADO TAMBIÉN POR ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO. NO SE ENCONTRÓ RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE BILIRRUBINA Y LA APARICIÓN DE FALLA RENAL EN PACIENTES CON SÍNDROME ICTÉRICO POR PROCESOS NEOPLÁSICOS. ENTRE LAS CAUSAS DE MUERTE, 11 FUERON POR CHOQUE SÉPTICO, 8 POR SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO Y 4 POR INSUFICIENCIA RESPIRATORIA.

**CONCLUSIONES.** DEBEMOS CONSIDERAR QUE CUALQUIER PACIENTE CON SÍNDROME ICTÉRICO SECUNDARIO A PROCESOS NEOPLÁSICOS DE ENCRUCIJADA BILIOPANCREÁTICA SE ENCUENTRA EN RIESGO DE PRESENTAR DAÑO RENAL POR PIGMENTOS BILIARES.

## UTILIDAD DE LAS CLASIFICACIONES CLÍNICAS EN EL CARCINOMA HEPATOCELULAR

JUDITH MEZA JUNCO, ALDO MONTAÑO LOZA,  
DAN GREEN RENNER

DEPARTAMENTO DE HEMATO-ONCOLOGÍA Y GASTROENTEROLOGÍA  
DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN. MÉXICO, D. F.

**ANTECEDENTES.** EXISTEN VARIAS CLASIFICACIONES PRONÓSTICAS PARA EL CARCINOMA HEPATOCELULAR (CHC) OKUDA, TNM, CHILD, BARCELONA (BCLC), FRANCESA, ITALIANA (CLIP) Y JAPONESA, LAS CUALES NO PROVEEN UN PRONÓSTICO PRECISO. LOS FACTORES QUE DEBEN CONSIDERARSE EN UN MODELO PRONÓSTICO SON: TAMAÑO, MULTICENTRICIDAD, INVASIÓN Y GRADO TUMORAL, LAS METÁSTASIS EXTRAHEPÁTICAS, ESTADO FÍSICO, COMORBILIDADES, LA CIRROSIS Y LA EFICACIA TERAPÉUTICA.

**OBJETIVO.** EVALUAR LA UTILIDAD DE LAS CLASIFICACIONES CHILD, OKUDA, CLIP, BCLC, FRANCESA Y TNM EN EL PRONÓSTICO DE PACIENTES CON CHC.

**MATERIAL Y MÉTODO.** ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 148 PACIENTES CONSECUTIVOS CON CHC. LOS PACIENTES SE CLASIFICARON POR ESTADIOS DE CHILD, OKUDA, TNM, BCLC, CLIP Y FRANCESA; RECIBIERON TRATAMIENTO ONCOLÓGICO A DISCRECIÓN DEL MÉDICO TRATANTE: CIRUGÍA (23), ALCOHOLIZACIÓN (7), TAMOXIFÉN (11), QUIMIOTERAPIA SISTÉMICA (5), QUIMIOEMBOLIZACIÓN INTRAARTERIAL (9), TALIDOMIDA (3) Y CUIDADOS DE SOPORTE (90).

**RESULTADOS.** TODAS LAS CLASIFICACIONES, EL PORCENTAJE DE DAÑO HEPÁTICO, AFP, ECOG Y EL TRATAMIENTO FUERON SIGNIFICATIVAS PARA SUPERVIVENCIA (SV) EN EL ANÁLISIS

UNIVARIADO; EL ANÁLISIS MULTIVARIADO SELECCIONÓ AL TRATAMIENTO Y AFP ELEVADA COMO VARIABLES PREDICTORAS INDEPENDIENTES DE SUPERVIVENCIA. LA SV GLOBAL FUE DE 15.43 MESES, HUBO DIFERENCIA SIGNIFICATIVA A FAVOR DE LA RESECCIÓN QUIRÚRGICA CON SV DE 30.7 (P = 0.014, RM 0.37).

**CONCLUSIÓN.** NINGUNA DE LAS CLASIFICACIONES (TNM, OKUDA, BCLC, CLIP, CHILD Y FRANCESA), FUERON DE UTILIDAD PRONÓSTICA EN NUESTRA COHORTE DE PACIENTES. COMO SE HA REPORTADO PREVIAMENTE, LA CIRUGÍA ES UNA DE LAS MODALIDADES TERAPÉUTICAS CURATIVAS PARA EL CHC. EL PAPEL DE LA AFP EN EL PRONÓSTICO DEL CHC SE HA REPORTADO EN DIFERENTES SERIES Y ES CONTROVERSIAL.

## PAPEL DE LA EXPRESIÓN DE RECEPTORES DE FACTORES DE CRECIMIENTO Y RECEPTORES HORMONALES EN HEPATOCARCINOMA

MEZA JUNCO JUDITH, MONTAÑO LOZA ALDO,  
GAMBOA DOMÍNGUEZ ARMANDO, GREEN RENNER DAN  
DEPARTAMENTO DE HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA, PATOLOGÍA Y  
GASTROENTEROLOGÍA DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y  
NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN. MÉXICO, D. F.

**INTRODUCCIÓN.** EL CARCINOMA HEPATOCELULAR (CHC) TIENE MAL PRONÓSTICO, LAS OPCIONES TERAPÉUTICAS SE LIMITAN POR LA INSUFICIENCIA HEPÁTICA ASOCIADA A CIRROSIS (PRESENTE EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS), POR LO QUE ES NECESARIO EXPLORAR NUEVOS BLANCOS DE TRATAMIENTO EN EL CHC.

**OBJETIVOS.** DETERMINAR LA EXPRESIÓN DE RECEPTORES ESTROGÉNICOS (RE), PDGF-R, EGF-R, RECEPTOR DE SOMATOSTATINA (SM-R), VEGF, HER-2/NEU Y C-KIT EN CHC Y SU IMPACTO EN LA SUPERVIVENCIA.

**MATERIAL Y MÉTODO.** SE INCLUYERON 148 PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CHC. IDENTIFICAMOS LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, DEMOGRÁFICAS Y PATOLÓGICAS, SE CLASIFICARON POR TNM, OKUDA Y CHILD-PUGH. LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE CRECIMIENTO SE REALIZÓ CON LAS TÉCNICAS ESTÁNDAR.

**RESULTADOS.** EL DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO SE REALIZÓ EN 90 PACIENTES, EN 35 POR AFP Y EN 23 POR AMBOS. EL 68% FUERON MODERADAMENTE DIFERENCIADOS, PERMEACIÓN LINFÁTICA (PL) EN 55% Y VASCULAR (PV) EN 45%. RE, EGF-R Y C-KIT, EN 5%, HER 2NEU EN 9%, PDGF-R EN 3% Y SM-R EN 20%. EL CHILD, OKUDA, TNM, PORCENTAJE DE DAÑO HEPÁTICO, ECOG, AFP, PL, PV Y EL TRATAMIENTO FUERON SIGNIFICATIVOS EN EL ANÁLISIS UNIVARIADO; EL ANÁLISIS MULTIVARIADO SELECCIONÓ AL TIPO DE TRATAMIENTO Y AFP COMO PREDICTORES INDEPENDIENTES DE SV.

**CONCLUSIÓN.** LA EXPRESIÓN DE RECEPTORES Y FACTORES DE CRECIMIENTO NO FUERON PREDICTORES INDEPENDIENTES DE SV EN NUESTROS PACIENTES. LOS RE PUEDEN ESTAR EN 33-45% DE LOS CHC, OTROS FACTORES DE CRECIMIENTO HAN SIDO POCO ESTUDIADOS CON RESULTADOS VARIABLES, POR LO QUE SU PAPEL EN EL PRONÓSTICO DEL CHC ES CONTROVERSIAL, SON NECESARIOS ENSAYOS CLÍNICOS QUE DEFINAN LA UTILIDAD DE TRATAMIENTOS DIRIGIDOS.

## CÁNCER DE ORIGEN PRIMARIO DESCONOCIDO (COPD): EXPERIENCIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

DAN GREEN, HAROLD AYALA, MYRNA CANDELA, RICARDO SOSA-SÁNCHEZ, EUCARIO LEÓN-RODRÍGUEZ  
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y  
NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN, MÉXICO, D. F.

**INTRODUCCIÓN.** EL COPD REPRESENTA 5-15% DE TODAS LAS NEOPLASIAS. TIENE PRESENTACIÓN VARIABLE E INESPECÍFICA, CON EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DIFÍCIL. EL TRATAMIENTO ES GENERALMENTE COMPLICADO Y POCO ÚTIL.

**OBJETIVOS.** DESCRIBIR LA HISTORIA NATURAL Y ANALIZAR VARIABLES CLÍNICAS, HISTOPATOLÓGICAS Y DE TRATAMIENTO. ANALIZAR LA EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA Y COMPARARLA CON LA PUBLICADA.

**MATERIAL Y MÉTODO.** ESTUDIO RETROSPECTIVO (ENERO/1988-DICIEMBRE/2000), 106 PACIENTES CON COPD. SE DOCUMENTÓ MALIGNIDAD SIN SITIO PRIMARIO EN 76 CASOS. SE ANALIZARON ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS Y VARIABLES CLÍNICAS, HISTOPATOLÓGICAS Y DE TRATAMIENTO.

**RESULTADOS.** LA MEDIANA DE EDAD FUE 58 AÑOS, CON DISCRETO PREDOMINIO DE MUJERES. LA PRESENTACIÓN FUE DE ACUERDO AL SITIO DE METÁSTASIS. EL KARNOFKY FUE  $\leq 70\%$  EN LA MITAD DE CASOS. EL ESTUDIO RADIOLÓGICO MÁS UTILIZADO FUE TOMOGRAFÍA ABDOMINAL; EL RESTO SE INDICÓ DE ACUERDO A LA SINTOMATOLOGÍA. LAS METÁSTASIS GANGLIONARES Y HEPÁTICAS FUERON LAS MÁS FRECUENTES; 47% DE PACIENTES TENÍAN METÁSTASIS A 1 SITIO, 46% A 2-3 SITIOS, 7% A MÁS DE 3 SITIOS. LA MAYORÍA DE CASOS (63.2%) FUERON ADENOCARCINOMA; 52% DE LOS TUMORES FUERON POBREMENTE DIFERENCIADOS. SÓLO 34 PACIENTES RECIBIERON QUIMIOTERAPIA, CON TASA DE RESPUESTA DE 26.5% (3 COMPLETAS, 6 PARCIALES). LA MEDIANA DE SUPERVIVENCIA FUE DE 2.9 MESES. LA AGRUPACIÓN DE PACIENTES DE BUEN PRONÓSTICO (LOCALIZACIÓN E HISTOLOGÍA) CON KARNOFKY  $\geq 70\%$  IDENTIFICÓ SUBGRUPOS CON MEJOR SUPERVIVENCIA.

**DISCUSIÓN.** ESTE ESTUDIO ES RETROSPECTIVO Y NECESARIAMENTE LIMITADO EN SOLIDEZ, SIN EMBARGO, IDENTIFICÓ FACTORES RELEVANTES PARA EL PRONÓSTICO DE PACIENTES CON COPD, SOBRE TODO AL AGRUPARLOS DE ACUERDO A LOCALIZACIÓN E HISTOLOGÍA PARA ORIENTAR EL TRATAMIENTO. SE CONFIRMA QUE NO SE PUEDEN ESTABLECER GUÍAS PARA LA EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA Y SE RECOMIENDA EVITAR QUE SEA EXTENSA Y COSTOSA.

## ENSAYO CLÍNICO FASE II, GEMCITABINE MÁS CARBOPLATINO EN CÁNCER DE PULMÓN NO CÉLULAS PEQUEÑAS AVANZADO

J. RUBIO, G. MORGAN, J. RODRÍGUEZ, F. FIGUEROA  
DIVISIÓN DE ONCOLOGÍA UMAE CENTRO MÉDICO NACIONAL  
DE OCCIDENTE IMSS, GUADALAJARA, JALISCO, MÉXICO.

**OBJETIVO.** ANALIZAR RESPUESTA OBJETIVA, TOXICIDAD, TOLERABILIDAD, TIEMPO PARA PROGRESIÓN Y SUPERVIVENCIA.

**MATERIAL Y MÉTODO.** LOS PACIENTES RECIBIERON CARBOPLATINO AUC 5 DÍA 1 Y GEMCITABINE 1000 MG/M<sup>2</sup> DÍAS 1 Y 8 CADA 28 DÍAS.

**RESULTADOS.** A LA FECHA DEL ANÁLISIS, FUERON INCLUIDOS 29 PACIENTES, 20 MASCULINOS Y 9 FEMENINOS, CON UNA EDAD PROMEDIO DE 61.37 AÑOS. TABAQUISMO POSITIVO EN EL 82.7%. EN ESTADO CLÍNICO (EC) IV EL 56.8%, EN EC IIIB EL 37.9%, Y EN EC IIIA, SÓLO EL 3.4%. LA RESPUESTA OBJETIVA (RO) SE OBSERVÓ EN EL 34.48% DE LOS PACIENTES, CON RESPUESTA COMPLETA (RC) EN EL 17.24% Y RESPUESTA MAYOR (RP) DEL 50% EN 17.24%, MEJORÍA O RESPUESTA MENOR (RM) EN EL 27.58%, CON ENFERMEDAD ESTABLE (EE) EN EL 24.13% Y PROGRESIÓN EN EL 13.79%. UNA TASA DE CONTROL TUMORAL (RC + RP + RM + EE) DEL 86.19%. LA TOXICIDAD FUE, EN GRADO 3, 1 EPISODIO DE VÓMITO, 1 PLAQUETOPENIA, 1 LEUCOPENIA Y 2 ALOPECIA. EN GRADO 4, 1 EPISODIO DE VÓMITO, 1 PLAQUETOPENIA Y 1 LEUCOPENIA. TIEMPO PARA PROGRESIÓN (TPP) GENERAL, FUE DE 7.8 MESES, Y LA SUPERVIVENCIA GENERAL FUE 11.17 MESES. EL SUBGRUPO DE PACIENTES CON RO EL TPP FUE 14.7 MESES Y SUPERVIVENCIA FUE 16.45 MESES. NO HUBO ABANDONOS POR INTOLERANCIA.

**CONCLUSIÓN.** ESTE RÉGIMEN ES EFECTIVO EN CÁNCER DE PULMÓN AVANZADO. RESALTAMOS LA ALTA TASA DE CONTROL TUMORAL. LA TOXICIDAD ES LEVE Y EL ESQUEMA FUE BIEN TOLERADO. EL TPP Y LA SUPERVIVENCIA SON SATISFACTORIOS, ESPECIALMENTE EN EL SUBGRUPO DE RESPUESTA OBJETIVA.

## MELANOMA DE CANAL ANAL. SERIE DE CASOS

RAMÍREZ-BOLLAS JULIO, LAVÍN-LOZANO AJ, RUIZ-MOLINA JM,  
VÁZQUEZ ROMO R, ROMERO-HUESCA A, ALBORES-ZÚÑIGA O,  
HERNÁNDEZ-PEÑA RE, MEDINA-CASTRO JM.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA, MÉXICO. CIUDAD DE MÉXICO, D. F.

**INTRODUCCIÓN.** EL MELANOMA DE CANAL ANAL CORRESPONDE AL 2% DE LAS LESIONES DE ESTE SITIO ANATÓMICO. DE COMPORTAMIENTO AGRESIVO LOCAL Y CON POBRE PRONÓSTICO. EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CON RESECCIÓN ABDOMINO PERINEAL (RAP) ES EL TRATAMIENTO ESTÁNDAR, PERO EN LOS ÚLTIMOS AÑOS LA ESCISIÓN LOCAL AMPLIA (ELA) HA DEMOSTRADO TENER SIMILAR SOBREVIVENCIA.

**OBJETIVO.** DESCRIBIR LA EXPERIENCIA QUE EXISTE EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA CON ESTA PATOLOGÍA.

**MATERIAL Y MÉTODO.** SE REALIZA REVISIÓN DE EXPEDIENTES ENTRE MAYO DE 1997 Y ABRIL DEL 2005 Y SE INCLUYERON TODOS LOS PACIENTES CON HISTOLOGÍA DE MELANOMA, DE LOCALIZACIÓN EN CANAL ANAL. TRATADOS QUIRÚRGICAMENTE O CON TRATAMIENTO PALIATIVO.

**RESULTADOS.** SE INCLUYERON 9 PACIENTES (4 HOMBRES Y 5 MUJERES), RANGO DE EDAD DE 51-85 AÑOS, EDAD PROMEDIO DE 68 años. CUADRO CLÍNICO DE 1 A 12 MESES PREVIOS. TAMAÑO DE LA LESIÓN DE 3 A 10 CM. (PROMEDIO DE 7 CM). SÓLO UNA DE LAS LESIONES SE REPORTÓ COMO MELANOMA NODULAR, EL RESTO SÓLO COMO MELANOMA MALIGNO. EN TRES CASOS EL DIAGNÓSTICO INICIAL FUE DE CARCINOMA CLOACAGÉNICO. AL DIAGNÓSTICO 6 PACIENTES TUVIERON ENFERMEDAD METASTÁSICA, 5 A HÍGADO, 3 A INGLE, 2 A RETROPERITONEO, 1 A PULMÓN Y 1 A GANGLIOS CERVICALES. EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CONSISTIÓ EN: 1 EXCISSION AMPLIA DE LA LESIÓN, 2 RAP, 1 EXCENTRACIÓN POSTERIOR Y 2 COLOSOTOMÍAS PALIATIVAS. EL TRATAMIENTO ADYUVANTE SE OFRECIÓ SÓLO A DOS PACIENTES, LOS CUALES FUERON SOMETIDOS A RAP, UNO A BASE DE QT/RT (DTIC, VP16, TMX Y 16 GY) QUE PRESENTÓ PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD Y FINALMENTE FALLECIÓ Y UNO CON RT (20 GY), ACTUALMENTE VIVO SIN ENFERMEDAD CON PLE DE 4 AÑOS. SE CONSIGUIÓ UN PLE DE 4 AÑOS, ADEMÁS EN UNO DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A RAP ÚNICAMENTE. LAS RECURRENCIAS SE PRESENTARON EN GANGLIOS, PELVIS, HÍGADO Y PULMÓN. SÓLO EN DOS PACIENTES SE OBTUVO SV DE 4 AÑOS, EN UNO DE 34 MESES, UNO MÁS DE 14 MESES, UNO DE 3 MESES Y 4 MENOR A UN MES DEL DIAGNÓSTICO.

**CONCLUSIÓN.** EL MELANOMA DE CANAL ANAL TIENE POBRE PRONÓSTICO, EL 40% DE LAS LESIONES SE ENCUENTRAN CON ENFERMEDAD METASTÁSICA AL DIAGNÓSTICO, AUNQUE NUESTRA SERIE ES PEQUEÑA OBSERVAMOS QUE EL 60% DE LOS PACIENTES TUVIERON ENFERMEDAD METASTÁSICA DE INICIO, NO EXISTE EVIDENCIA EN CUANTO A QUE EL TIPO DE TRATAMIENTO CONFIERA MEJOR SOBREVIVENCIA. SIN EMBARGO, OBSERVAMOS QUE PARA LESIONES LOCALIZADAS TRATADAS CON TERAPIA MULTIMODAL, SE PUEDE ALCANZAR MEJORES RESULTADOS EN SOBREVIVENCIA LIBRE DE ENFERMEDAD. LA CAUSA DE MUERTE EN ESTE GRUPO DE PACIENTES, COMO SE HA DEMOSTRADO EN LOS REPORTES PREVIOS, SE ASOCIA A ENFERMEDAD METASTÁSICA.

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE METÁSTASIS HEPÁTICAS POR CÁNCER COLORRECTAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DEL TEMA

MORALES PALOMARES MA., DÍAZ RODRÍGUEZ L., MARTÍNEZ MACÍAS R., MORALES M. TM., JACUINDE ÁVILA JL., AVECILLA GUERRERO CA  
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

**INTRODUCCIÓN.** EL 50% DE LOS PACIENTES CON CÁNCER COLORECTAL DESARROLLAN METÁSTASIS HEPÁTICAS DURANTE EL CURSO DE SU ENFERMEDAD. CON UNA SOBREVIVENCIA

MEDIA MENOR A 2 AÑOS. LA RESECCIÓN HEPÁTICA SE CONSIDERA LA MODALIDAD POTENCIALMENTE CURATIVA MÁS IMPORTANTE PARA EL TRATAMIENTO DE ESTOS PACIENTES, PERO NO LLEGA AL 10%. CON UNA MORTALIDAD OPERATORIA MENOR AL 5%.

**CASO CLÍNICO.** FEMENINA DE 66 AÑOS, CON DIAGNÓSTICO DE ADENOCARCINOMA MODERADAMENTE DIFERENCIADO DEL TERCIO SUPERIOR DEL RECTO, UN ACE DE 1.0 NG-ML, LA TAC MUESTRA QUE NO EXISTE INFILTRACIÓN A ESTRUCTURAS ADYACENTES. SE REALIZA RESECCIÓN ANTERIOR BAJA, CON ANASTOMOSIS PRIMARIA. EL INFORME PATOLÓGICO DEFINITIVO: ADENOCARCINOMA ORIGINADO EN UN PÓLIPO VELLOSO QUE INVADE HASTA EL TERCIO INTERNO DE LA CAPA MUSCULAR, SIN TUMOR EN BORDES QX. SIN METÁSTASIS EN 8 GANGLIOS PERICÓLICOS. DUKES B. QUEDA EN VIGILANCIA. DESPUÉS DE 3 AÑOS PRESENTA METÁSTASIS ÚNICA EN EL LÓBULO DERECHO DEL HÍGADO, SE REALIZA HEPATECTOMÍA DE RECHA Y ADYUVANCIA 6 CICLOS A BASE DE 5-FU Y LEUCOVORIN. PRESENTA METÁSTASIS HEPÁTICAS DIFUSAS 13 MESES DESPUÉS. SE MANEJA CON 4 CICLOS DE TOMUDEX Y ELOXATIN, PRESENTA PROGRESIÓN ÓSEA Y SÓLO QUEDA CON CUIDADOS PALIATIVOS POR CLÍNICA DEL DOLOR Y FALLECE 5 SEMANAS DESPUÉS.

**COMENTARIO.** LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES QUE SOBREVIVEN DESPUÉS DE LA RESECCIÓN HEPÁTICA, MUEREN DE ENFERMEDAD RECURRENTE. A NIVEL HEPÁTICO EN UN 45-75% DE LOS CASOS.

## HEPATOCARCINOMA EN PACIENTES CON HEPATITIS AUTOINMUNE. REPORTE DE 3 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

MEZA JUNCO JUDITH, MONTAÑO LOZA ALDO  
DEPARTAMENTO DE HEMATO-ONCOLOGÍA Y GASTROENTEROLOGÍA  
DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN. MÉXICO, D. F.

**INTRODUCCIÓN.** LA HEPATITIS AUTOINMUNE (HAI) ES UN DESORDEN DE ETIOLOGÍA NO CONOCIDA, QUE FRECUENTEMENTE PROGRESA A CIRROSIS (CH), TIENE ALTA MORTALIDAD A PESAR DEL TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR; EL CARCINOMA HEPATOCELULAR (CHC) ES UNA COMPLICACIÓN RARA, SE HAN REPORTADO 29 CASOS.

**OBJETIVOS.** DESCRIBIR TRES CASOS DE CHC EN 70 PACIENTES CON HAI.

**PACIENTE 1.** DE 22 AÑOS, CON HAI DESDE 1992, SIN TRATAMIENTO, EN 02/93 CON DATOS DE CH, EN CHILD C, LA TAC ABDOMINAL MOSTRÓ LESIONES HEPÁTICAS Y LA BIOPSIA CONFIRMÓ EL DIAGNÓSTICO DE CHC. LA AFP FUE NORMAL. NO RECIBIÓ TRATAMIENTO POR INSUFICIENCIA HEPÁTICA Y ECOG 3, FALLECIÓ 2 MESES DESPUÉS.

**PACIENTE 2.** DE 49 AÑOS, CON HAI DESDE 1999, BAJO TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR. EN 04/05 YA CON CH COMPENSADA, SE ENCONTRÓ UN TUMOR HEPÁTICO DE 10 CM POR USG Y RMN DIAGNÓSTICOS DE CHC, CON AFP NORMAL. RECIBE TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA INTRAARTERIAL.

**PACIENTE 3.** DE 70 AÑOS CON HAI DESDE 2000. SIN TRATAMIENTO POR CH DESCOMPENSADA. EN 07/05 SE LE DETECTÓ UN TUMOR DE 10 X 12 CM EN SEGMENTO VIII DE HÍGADO POR USG Y RMN DIAGNÓSTICOS DE CHC, Y AFP NORMAL. DEBIDO A ECOG 3, TROMBOSIS PORTAL E INSUFICIENCIA HEPÁTICA, SÓLO RECIBE TRATAMIENTO SINTOMÁTICO.

**CONCLUSIÓN.** LAS PRINCIPALES CAUSAS DE CHC Y CH SON VHC, ALCOHOLISMO, VHB, Y HEMOCROMATOSIS. LA HAI CONSTITUYE DEL 0.5-5% DE LAS CAUSAS DE CH. EL DESARROLLO DE CHC EN CIRROSIS AUTOINMUNE ES INFRECUENTE, CON UNA PREVALENCIA DEL 0.5-1%. EN ESTA SERIE DE 70 CASOS DE HAI, 3 (4%) DESARROLLARON CHC.

## RESECCIÓN ABDOMINOPERINEAL, EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN LA UNIDAD DE TUMORES MIXTOS DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O.D.

DR. IBÁÑEZ GARCÍA OSCAR, DR. MARTÍNEZ MACÍAS ROGELIO,  
DRA. GARIBALDI GIGIOLA, DRA. BARRA MARTÍNEZ ROSALVA,  
DR. DÍAZ RODRÍGUEZ LUIS, DR. DE LA GARZA NAVARRO MARIO,  
DR. ARIZMENDI ISASSI SERGIO

SERVICIO DE ONCOLOGÍA, CLÍNICA DE TUMORES MIXTOS. HGM.

EN MÉXICO, EL CARCINOMA RECTAL, OCUPA EL SEGUNDO LUGAR EN FRECUENCIA DE LOS CÁNCERES DEL TUBO DIGESTIVO. UNO DE LOS TRATAMIENTOS DE ELECCIÓN COMPRENDE LA CIRUGÍA, DENTRO DE ÉSTA, LA RESECCIÓN ABDOMINOPERINEAL (RAP).

**OBJETIVO.** DESCRIBIR LA EXPERIENCIA QUIRÚRGICA LLEVADA A CABO CON LA RAP PARA LOS TUMORES DE RECTO BAJO Y CANAL ANAL, RECURRENTE A (QT-RTP) EN 10 AÑOS EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA.

TIPO DE ESTUDIO: OBSERVACIONAL, RETROSPECTIVO, DESCRIPTIVO Y TRANSVERSAL.

**MATERIAL Y MÉTODO.** EXPEDIENTES COMPLETOS DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA, CON EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE RECTO, CUALQUIER EDAD Y SEXO, CON TRATAMIENTO CON BASE EN QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA.

**RESULTADOS.** DE 94, CUMPLIERON CON LOS CRITERIOS 39. POR SEXO: 41% FEMENINOS Y 59% MASCULINOS; GRUPOS DE EDAD MÁS AFECTADOS: 50-60 AÑOS 41%; PATRÓN HISTOLÓGICO: ADENOCARCINOMA MODERADAMENTE DIFERENCIADO (71.9%); LOCALIZACIÓN MÁS AFECTADA: EL RECTO INFERIOR (87.2%); ETAPA CLÍNICA: IIIA (30.8%) Y IIIB (30.8%); LA MORBIMORTALIDAD QUIRÚRGICA CORRESPONDIÓ A INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA (2.6%), MORTALIDAD (0%); SOBREVIVENCIA A 5 AÑOS ETAPA CLÍNICA II (90%), IIIA (65%), IIIB (40%), IIIC (31%)

**CONCLUSIÓN.** LA RAP ES UN PROCEDIMIENTO CON MORBILIDAD BAJA, MORTALIDAD NULA Y SOBREVIVENCIA DE ACUERDO A LOS REFERIDOS EN LA LITERATURA VIGENTE.

## MICROANGIOPATÍA ASOCIADA A CISPLATINO EN PACIENTE CON CÁNCER DE OVARIO EPITELIAL

DRA. JAZMÍN FIGUEROA VADILLO\*, DR. MARIO ÁLVAREZ BLANCO\*\*, DR. MARIO ESCOBAR GÓMEZ\*\*\*, DRA. ANA MARIA LANDA FERNÁNDEZ\*\*\*\*, DR. MANUEL ERNESTO MAGALLANES MACIEL\*\*\*\*\*.

\*JEFE DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO. (MEX. D.F)

\*\*MÉDICO DE BASE DEL SERVICIO DE TUMORES MAMARIOS DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO. (MEX. D.F)

\*\*\*MÉDICO DE BASE DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO. (MEX. D.F)

\*\*\*\*RESIDENTE DE ONCOLOGÍA MÉDICA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO. (MEX. D.F)

\*\*\*\*\*RESIDENTE DE ONCOLOGÍA MÉDICA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO. (MEX. D.F)

FEMENINA DE 48 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES MÉDICOS DE IMPORTANCIA CON DIAGNÓSTICO DE ADENOCARCINOMA OVÁRICO LOCALMENTE AVANZADO. INICIALMENTE LA PACIENTE FUE TRATADA CON CITORREDUCCIÓN, LA CUAL FUE SUBÓPTIMA POR LA QUE INICIÓ QUIMIOTERAPIA A BASE DE CISPLATINO/CICLOFOSFAMIDA, CON EL OBJETIVO DE LLEVARLA A CIRUGÍA DE INTERVALO.

SEIS DÍAS DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DEL SEGUNDO CICLO DE QUIMIOTERAPIA, LA PACIENTE PRESENTÓ CAMBIOS DE COLORACIÓN A NIVEL DE LOS PULPEJOS DEL 1o, 4o, Y 5o DEDO DEL PIE IZQUIERDO, A SU VEZ PRESENTA DISMINUCIÓN DE LA DEPURACIÓN DE CREATININA A 28% DE LA FUNCIÓN RENAL (PREVIA 90%), Y ANEMIA MICROCÍTICA HIPOCRÓMICA. CON ESTOS TRES DATOS SE INTEGRÓ EL SÍNDROME DE MICROANGIOPATÍA POR CISPLATINO.

SE INICIÓ TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES, ASÍ COMO HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR, RESOLVIÉNDOSE EL CUADRO EN EL TÉRMINO DE 2 MESES. SE REALIZÓ ESTUDIO DOPPLER, EL CUAL NO MOSTRÓ ALTERACIONES. SE CAMBIÓ EL RÉGIMEN DE QUIMIOTERAPIA A BASE DE TAXANOS (3 CICLOS) CON BUENA RESPUESTA CLÍNICA Y EN EL MARCADOR TUMORAL (CA-125 DE 2000 INICIAL) Y PREVIO A CIRUGÍA DE 200.

SE LLEVÓ A CIRUGÍA DE INTERVALO LA CUAL MUESTRA TUMOR IRRESECCABLE CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL EXTENSA.

SE PRESENTA EL CASO EN VIRTUD DE LA POCA FRECUENCIA DE MICROANGIOPATÍA ASOCIADA A CISPLATINO (MENOS DEL 1% DE LOS CASOS).

EL DIAGNÓSTICO DE TAL COMPLICACIÓN SE INTEGRA DE MANERA SINDROMÁTICA Y LOS TRES DATOS CLAVE SON:

- 1) PRESENCIA DE DATOS DE MICROTROMBOBOSIS (FIG 1) (FIG 2).
- 2) DISMINUCIÓN AGUDA DE LA FUNCIÓN RENAL.
- 3) DESARROLLO DE ANEMIA MICROCÍTICA HIPOCRÓMICA.

### BIBLIOGRAFÍA:

MICHAEL C.PERRY, 2ND ED, 2001, P 576-79.

## EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE ADENOSARCOMA DE ÚTERO, REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA DEL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NÚMERO 4, "LUIS CASTELAZO AYALA", INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

BURGOS PORTILLO IVAN, BAÑUELOS FLORES JOEL, ZEFERINO TOQUERO MOISÉS, REYNA AMAYA HORACIO, MAYTORENA CÓRDOVA GERMÁN

FEMENINO DE 23 AÑOS, CON ANTECEDENTES DE TÍA MATERNA CON CA ÓSEO, TABAQUISMO DESDE LOS 17 AÑOS, 2 A 3 CIGARROS POR DÍA. AGOB: M: 12 AÑOS, 30x3, DISMENORREICA; IVS: 17 AÑOS, 4 PAREJAS. CUADRO DE 3 MESES DE EVOLUCIÓN, CON HIPERPOLIMENORREA ACOMPAÑADA DE DESCARGA FÉTIDA. E.F: ÚTERO DE 10x12 CM, DE CONSISTENCIA DURA BORDES REGULARES, FIJO; CÉRVIX CON PRESENCIA DE TUMOR DE 6 CM, DE CONSISTENCIA DURA, SANGRANTE. TAC: IMÁGENES CON DENSIDAD HETEROGÉNEAS A NIVEL DE ÚTERO. REPORTE DE BIOPSIA: ADENOMA MÜLLERIANO PAPILAR CON INFLAMACIÓN Y NECROSIS IMPORTANTE NO MALIGNO. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CON HTA PIVER 1 MÁS LPV CON PRESERVACIÓN DE OVARIOS. REPORTE HISTOPATOLÓGICO: ADENOSARCOMA DE ENDOMETRIO CON ORIGEN EN FONDO UTERINO QUE PROTRUYE POR ORIFICIO EXOCERVICAL SIN INFLTRACIÓN MIOMETRAL NI CERVICAL, CERVICITIS CRÓNICA CON METAPLASIA SIN ATIPIA, VAGINA CON PRESENCIA DE CONGESTIÓN DE VASOS; 4 GANGLIOS PÉLVICOS DERECHOS Y 7 GANGLIOS PÉLVICOS IZQUIERDOS CON HIPERPLASIA LINFORRETICULAR. POR FACTORES DE MAL PRONÓSTICO, REQUIERE TRATAMIENTO ADYUVANTE CON RADIOTERAPIA.

## MANEJO LAPAROSCÓPICO DE QUISTES DE OVARIO

MORALES PALOMARES MA, ROMÁN BASSAURE E, TORRES LOBATÓN A, VILLALÓN CALDERÓN R, ABOITES LUCERO JL, ALBRANT SALMERÓN A., MORALES MONTIEL TM, SOSA BLANCA, OROZCO SOCRATES, HURTADO ESTRADA G, ROMERO OROZCO MJ, PETRO PRIETO FC, ARAGÓN SÁNCHEZ JF, BRAVO SÁNCHEZ R.  
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO Y HOSPITAL ISSEMYM SATELITE

**INTRODUCCIÓN.** UN 80% DE LOS TUMORES OVÁRICOS SON BENIGNOS Y DE ÉSTOS LOS CISTOADENOMAS SEROSOS SON LOS MÁS COMUNES. ACTUALMENTE SE PUEDE SABER CON MUCHA EXACTITUD DIAGNÓSTICA PREOPERATORIA LAS CARACTERÍSTICAS DE ESTOS TUMORES. LOS DATOS CLÍNICOS, EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN, LAS CARACTERÍSTICAS DE LA LESIÓN POR ULTRASONIDO VAGINAL O DOPPLER, Y SOBRE TODO LOS HALLAZGOS POR TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA, ASOCIADO A UN CA 125 EN LÍMITES NORMALES, PERMITEN ASEGURAR QUE UNA LESIÓN OVÁRICA ES BENIGNA.

**MATERIAL Y MÉTODO.** DE ENERO DEL 2002 A JULIO DEL 2005 SE HAN REALIZADO 32 PROCEDIMIENTOS LAPAROSCÓPICOS, TODOS CUENTAN CON USG PÉLVICO, ALGUNOS DOPPLER Y LA MAYORÍA CON TC DE ABDOMEN Y PÉLVICO, CA 125 A TODOS, SE ANALIZA EL TAMAÑO, EL TIPO HISTOLÓGICO, DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN Y EL MANEJO LAPAROSCÓPICO.

**RESULTADOS.** CON EDADES DE 17 A 78 AÑOS, LOS TUMORES DE OVARIO FUERON DE DIVERSOS TAMAÑOS, EL DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO FUE DE CISTOADENOMAS SEROSOS EN 28 CASOS, 2 ENDOMETRIÓSICOS Y 2 TUMORES DESMOIDES. CUANDO LOS TUMORES POR SU GRAN TAMAÑO (CISTOADENOMAS SEROSOS), LLEGABAN MÁS ARRIBA DE LA CICATRIZ UMBILICAL, SE PUNCIONABAN EN FORMA PERCUTÁNEA, OBTENIENDO UN LÍQUIDO CRISTALINO, SE COLOCARON 3 O 4 TROCARES, SE UTILIZARON NUDOS EXTRACORPÓREOS, PINZA TRIPOLAR, UN CASO CON ENDOGIA Y ACTUALMENTE LOS ÚLTIMOS CASOS CON LIGASURE ATLAS. ESTUVIERON EN PROMEDIO 1 DÍA DE ESTANCIA HOSPITALARIA, NO TUVIMOS COMPLICACIONES.

**CONCLUSIÓN.** ESTE MÉTODO DE INVASIÓN MÍNIMA PUEDE SER REALIZADO EN CASOS BIEN SELECCIONADOS DE TUMORES OVÁRICOS BENIGNOS, SIN IMPORTAR EL TAMAÑO DE LA LESIÓN QUISTICA (CISTOADENOMA SEROSO), CON EXCELENTES RESULTADOS ESTÉTICOS Y MÍNIMAS MOLESTIAS POSOPERATORIAS, CON MENOS DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN, LO QUE DISMINUYE LOS COSTOS DE LA CIRUGÍA.

## SARCOMA ESTROMAL ENDOMETRIAL DE BAJO GRADO METASTÁSICO. INFORME DE UN CASO

MIGUEL ÁNGEL PLUMA JIMÉNEZ\*, GUILLERMO OLIVAREZ BELTRÁN\*\*, DANIEL CAPDEVILLE G, #ISABEL ALVARADO CABRERO\*\*\*, PEDRO ESCUDERO DE LOS RÍOS Y J ALEJANDRO SILVA#\*

\*ONCOLOGÍA MÉDICA, HOSPITAL DE ONCOLOGÍA CMN SXXI, IMSS, MÉXICO D. F. \*\*ONCOLOGÍA MÉDICA HOSPITAL GINECO-3 LA RAZA IMSS, MÉXICO D. F. #ADSCRITO AL CENTRO ONCOLÓGICO HOSPITAL ARANDA DE LA PARRA LEÓN, GTO. MÉX. \*\*\*JEFE DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA DEL HOSPITAL DE ONCOLOGÍA CMN SXXI, IMSS. MÉXICO D. F. #JEFE DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA, HOSPITAL DE ONCOLOGÍA CMN SXXI. IMSS. MÉXICO D. F. SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA CMNSXXI. IMSS.

**INTRODUCCIÓN.** EL SARCOMA DE ESTROMA ENDOMETRIAL (SEE) REPRESENTAN EL 0.2-1% DE TODAS LAS NEOPLASIAS UTERINAS. EL DE BAJO GRADO TIENE UN LENTO CRECIMIENTO, CONSISTENTEMENTE MUESTRAN EXPRESIÓN DE RECEPTORES DE ESTRADIOL (RE) Y PROGESTERONA (RPG) CON BUENA RESPUESTA A LA MANIPULACIÓN HORMONAL, ESPECIALMENTE ACETATO DE MEGESTROL.

**CASO.** MUJER DE 50 AÑOS, EUMENORREICA, GESTA Y PARA I. CON DOLOR ABDOMINAL BAJO DE 3 MESES DE EVOLUCIÓN Y CAMBIOS EN EL HÁBITO INTESTINAL, AMERITANDO PARACENTESIS REPETITIVA. ULTRASONIDO Y TOMOGRAFÍA ABDOMINOPÉLVICOS (TAC AP) REPORTARON CARCINOMATOSIS. LOS DATOS DE LA MINILAPAROTOMÍA (27-08-2003): SARCOMATOSIS NO RESECCABLE, BIOPSIA DE IMPLANTE EN PARED ABDOMINAL CON INFORME HISTOPATOLÓGICO: SEE DE BAJO GRADO, CON RE Y RPG POSITIVOS (75%). SE ETAFIPIÓ COMO IIIC Y SE DECIDIÓ MANEJO CON TAMOXIFENO (TMX) Y MEGESTROL (MG) EL 10-09-2003 EN MEDIO PRIVADO, LOGRANDO RESPUESTA CLÍNICA COMPLETA 11 MESES DESPUÉS. TAC ENERO-2004 DATOS DE PROGRESIÓN, POR LO QUE SE MANEJÓ CON ADRIAMICINA 6 CICLOS CON ENFERMEDAD ESTABLE. SE DECIDIÓ CONTINUAR TMX Y MG SEGUIR HASTA EL MOMENTO. LA PACIENTE EVOLUCIONA CON BUENA TOLERANCIA AL MANEJO, ECOG DE 0, MANTIENE CALIDAD DE VIDA, CON UNA SOBREVIVENCIA DE 2 AÑOS. ÚLTIMA TAC AP (06-01-005) CON RESPUESTA PARCIAL DE UN 80%.

**DISCUSIÓN.** LA HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL CON SALPINGOOFORRECTOMÍA BILATERAL ES EL TRATAMIENTO ESTÁNDAR EN ETAPAS TEMPRANAS DEL SEE. LA QUIMIOTERAPIA (QT) ADYUVANTE NO HA DEMOSTRADO BENEFICIO, Y LA RADIOTERAPIA ADYUVANTE MEJORA LA SOBREVIVENCIA A 5 AÑOS COMPARADO CON LA CIRUGÍA SOLA (62% Y 46% RESPECTIVAMENTE). EN ENFERMEDAD METASTÁSICA LA QT PALIATIVA NO MEJORA LA SOBREVIVENCIA GLOBAL (SVG), PERO LA TERAPIA HORMONAL HA DEMOSTRADO REGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD METASTÁSICA Y UNA BUENA SOBREVIVENCIA GLOBAL CONSIDERÁNDOSE UNA BUENA OPCIÓN DE MANEJO.

## LINFOMA DE OVARIO. REPORTE DE CASO

DR. JIMENÉZ, DR. ZIAD ABOHARP HAZAN, DR. FRANCISCO GARCÍA RODRÍGUEZ, DR. PEDRO FRÍAS, DR. RUIZ OVALLE  
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO, MÉXICO, D.F.

**ANTECEDENTES.** EN LOS OVARIOS PUEDEN APARECER TUMORES BENIGNOS COMO MALIGNOS, ENTRE ELLOS LOS FIBROMAS, HEMANGIOMAS, LEIOMIOMAS, SARCOMAS DE TEJIDOS BLANDOS, LINFOMAS Y NEOPLASIAS RARAS, DE LOS MÁS COMUNES E IMPORTANTES SE PRESENTAN LOS LINFOMAS Y FIBROMAS.

**OBJETIVO.** FORMA DE PRESENTACIÓN DE UN LINFOMA DE OVARIO.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** FEMENINO DE 26 AÑOS CON ASTENIA ADINAMIA, DOLOR LUMBAR, PÉRDIDA DE PESO DE 2 KG EN UN MES EVACUACIONES MELÁNICAS EN TRES OPCIONES. EXPLORCIÓN TUMORACIÓN FLANCO DERECHO MOVIL, DOLOROSA, COLONOSCOPIA SE OBSERVÓ LESIÓN ELEVADA FRIABLE EN COLON ASCENDENTE, CON BX DE LINFOMA. TAC EN FLANCO DERECHO, LESIÓN DE APROX 7x5 CM MOVIL DOLOROSA, LAPE.

**RESULTADOS.** LESIÓN DE OVARIO DERECHO DE 15x9 E IZQ DE 7x9 CON ACTIVIDAD, GANGLIOS RETROPERITONEALES. INFILTRACIÓN DE MESENTERIO.

**CONCLUSIÓN.** LA FORMA DE PRESENTACIÓN DEL LINFOMA DE OVARIO, PUEDE INICIAR Y CONFUNDIRSE COMO CÁNCER DE COLON, LA ENFERMEDAD LOCALIZADA EN UN OVARIO ES DE MEJOR PRONÓSTICO Y EL TX ES CON CIRUGÍA QUIMIOTERAPIA.

## REPORTE DE UN CASO: MELANOMA MALIGNO DE VULVA

DRA. ARGELIA ROSALES SARACCO, DR. MICHEL BONIFANT CISNEROS, DR. JOAQUÍN REINOSO TOLEDO, DR. JUAN ALEJANDRO SILVA  
HOSPITAL DE ONCOLOGÍA, CMN SXXI, DISTRITO FEDERAL, MÉXICO

CÁNCER DE VULVA CONSTITUYE EL 4% DE LOS TUMORES DEL TRACTO GENITAL FEMENINO: CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS ES LA HISTOLOGÍA PREDOMINANTE. EL MELANOMA, CÉLULAS BASALES Y SARCOMAS CONSTITUYEN MENOS DEL 10% DE LAS HISTOLOGÍAS. SE TRATA DE FEMENINO DE 57 AÑOS.

**ANTECEDENTES.** HIPERTIROIDISMO DE 4 AÑOS DE DIAGNÓSTICO EN TRATAMIENTO CON METIMAZOL. INICIA PADECIMIENTO ACTUAL EN MAYO DE 2004 CON AUTODETECCIÓN DE LESIÓN HIPERPIGMENTADA EN LABIOS MAYOR Y MENOR IZQUIERDOS DE 2 CM DE DIÁMETRO. SE REALIZÓ BIOPSIA EXCISIONAL CON REPORTE HISTOPATOLÓGICO DE MELANOMA INVASOR IN SITU, SIN INVASIÓN VASCULAR, CON MÁRGENES QUIRÚRGICOS POSITIVOS, CON BRESLOW DE 5 MM Y UNA SEGUNDA LESIÓN PERINEAL QUE SE RESECÓ Y MOSTRÓ MÁRGENES POSITIVOS Y BRESLOW DE 0.1 MM, POR LO ANTERIOR FUE CATALOGADA COMO MELANOMA VULVAR MULTICÉNTRICO. SE REALIZÓ HEMIVULVECTOMÍA IZQUIERDA, BIOPSIA DE GANGLIO CENTINELA CON DISECCIÓN INGUINAL SUPERFICIAL IPSO LATERAL EN SEPTIEMBRE DE 2004. CON REPORTE DE MELANOMA IN SITU, GANGLIOS INGUINALES NEGATIVOS. SE DEJÓ EN VIGILANCIA. CON PERIODO LIBRE DE ENFERMEDAD DE 10 MESES, PRESENTÓ RECURRENCIA INGUINAL DERECHA, LA BIOPSIA EXCISIONAL REPORTÓ MELANOMA LENTIGINOSO, NO CANDIDATA A MANEJO QUIRÚRGICO. ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO PALIATIVO CON DTIC. EL MELANOMA MALIGNO ES LA SEGUNDA CAUSA DE CÁNCER DE VULVA, REPRESENTA 0.05% AL 0.5% DE NEOPLASIAS MALIGNAS DEL TRACTO GENITAL. EL PRONÓSTICO ESTÁ DADO POR EL NIVEL DE INVOLUCRO A LA PIEL DE ACUERDO AL BRESLOW, REPORTANDO SOBREVIVIDA A 5 AÑOS DE NIVEL II 100%, III-IV 40%, V 20%. EL TRATAMIENTO SISTÉMICO VA PARALELO A LAS ESTRATEGIAS PARA MELANOMA CUTÁNEO PRIMARIO DE OTROS SITIOS

## CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER CERVICOUTERINO

GUSTAVO CORTÉS MARTÍNEZ, RAMÓN DELGADO RAMÍREZ, PEDRO ESCUDERO DE LOS RÍOS, DANIEL LÓPEZ HERNÁNDEZ, FÉLIX QUIJANO CASTRO, ANTONIO MAFFUZ AZIZ  
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA. HOSPITAL DE ONCOLOGÍA DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI.  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. MÉXICO, D.F.

**INTRODUCCIÓN.** LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER CERVICOUTERINO (CACU) REPRESENTÓ GRAN ADELANTO EN LA ÚLTIMA DÉCADA POR DESARROLLO TECNOLÓGICO, MAYOR EXPERIENCIA EN LA TÉCNICA, MAYOR NÚMERO DE SERIES COMPARATIVAS CON CIRUGÍA ABIERTA Y LOS BENEFICIOS PROPIOS DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA. SIN EMBARGO, FALTA MAYOR SEGUIMIENTO PARA DETERMINAR SI EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN RESULTADOS ONCOLÓGICOS A LARGO PLAZO.

**OBJETIVO.** DETERMINAR LA FACTIBILIDAD DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN CACU EN TRATAMIENTO, ETAPIFICACIÓN Y MAPEO LINFÁTICO CON RESULTADOS QUIRÚRGICOS SIMILARES A LA TÉCNICA ABIERTA EN TIEMPO QUIRÚRGICO, SANGRADO TRANSPERATORIO, MORBILIDAD Y ESTANCIA HOSPITALARIA.

**MATERIAL Y MÉTODO.** 36 PACIENTES CON CACU CANDIDATAS A CIRUGÍA TERAPÉUTICA O ETAPIFICADORA Y ESTUDIO DE GANGLIO CENTINELA EN ETAPAS HASTA IIB, ENTRE SEPTIEMBRE 2002 Y JUNIO 2005.

**RESULTADOS.** 36 PACIENTES, 11 ETAPA 0, 1 CASO IA1, 18 ETAPA IB1, 2 EN IB2 Y 4 ETAPA IIB, REALIZANDO 12 HISTERECTOMÍAS PIVER I, 7 HISTERECTOMÍAS PIVER II-III CON LINFADENECTOMÍA PÉLVICA BILATERAL, 8 CON HISTERECTOMÍA PIVER II-III CON LINFADENECTOMÍA PÉLVICA Y MAPEO DE GANGLIO CENTINELA, 6 CIRUGÍAS ETAPIFICADORAS CON LINFADENECTOMÍA PÉLVICA Y RETROPERITONEAL, 2 INCLUYENDO MAPEO DE GANGLIO CENTINELA, 3 PACIENTES SÓLO LINFADENECTOMÍA PÉLVICA, COBERTIDAS POR FALLA DEL EQUIPO EN 2 Y OTRA POR GANGLIO POSITIVO TRANSPERATORIO. MEDIANA SANGRADO: 277 C.C., RANGO 50-1700 C.C., TIEMPO QUIRÚRGICO: 204 MINUTOS, RANGO: 60 -360 MINUTOS, DÍAS DE ESTANCIA PROMEDIO: 2.8 DÍAS, RANGO: 1-7 DÍAS, MORBILIDAD EN 4 PACIENTES (11%), TODA CIRUGÍA RADICAL, POR LESIÓN VESICAL 2 Y SANGRADO.

## EXPERIENCIA DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN UN SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA. 100 CASOS

GUSTAVO CORTÉS MARTÍNEZ, RAMÓN DELGADO RAMÍREZ, PEDRO ESCUDERO DE LOS RÍOS, DANIEL LÓPEZ HERNÁNDEZ, FÉLIX QUIJANO CASTRO, ANTONIO MAFFUZ AZIZ  
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA. HOSPITAL DE ONCOLOGÍA DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI.  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. MÉXICO, D.F.

**INTRODUCCIÓN.** LA APLICACIÓN DE CIRUGÍA DE MÍNIMA INVASIÓN ES UN RECURSO CADA VEZ MÁS ACEPTADO PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE PATOLOGÍA BENIGNA Y MALIGNA, ADEMÁS DEL TRATAMIENTO Y ETAPIFICACIÓN EN NEOPLASIAS GINECOLÓGICAS. OBJETIVO. EXPERIENCIA EN LOS PRIMEROS 32 MESES DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA, COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO, ETAPIFICADOR O TERAPÉUTICO EN NEOPLASIAS GINECOLÓGICAS.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** 100 PACIENTES CONSECUTIVOS POR TIPO DE CIRUGÍA, TIEMPO QUIRÚRGICO, SANGRADO TRANSPERATORIO, DÍAS DE ESTANCIA, PORCENTAJE DE CONVERSIÓN Y COMPLICACIONES EN CIRUGÍAS LAPAROSCÓPICAS REALIZADAS DE SEPTIEMBRE DE 2002 A ABRIL DEL 2005.

**RESULTADOS.** 100 CASOS, 20 PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS (14 TUMOR DE ANEXO, 6 PATOLOGÍA NO TUMORAL), 26 ETAPIFICADORES (2 DE OVARIO, 8 CERVICOUTERINO Y 8 ENDOMETRIO), Y 54 TERAPÉUTICOS (27 DE CÉRVIX, 12 CUERPO UTERINO Y 10 OTRAS NEOPLASIAS). DEL TOTAL, 19 POR PATOLOGÍA BENIGNA, 13 PREMALIGNAS Y 68 MALIGNAS. EL SANGRADO DE 280 ML EN CIRUGÍA DIAGNÓSTICA, 225 ML ETAPIFICADORA Y 300 ML TERAPÉUTICA. TIEMPO QUIRÚRGICO DE 120 MINUTOS EN CIRUGÍA DIAGNÓSTICA, 158 MINUTOS ETAPIFICADORA Y 214 EN TERAPÉUTICA, CON ESTANCIA POSOPERATORIA DE 2.4 DÍAS EN DIAGNÓSTICA, 2 EN ETAPIFICADORA Y 2.7 TERAPÉUTICA. MORBILIDAD EN 13 PACIENTES, LAS PRINCIPALES, LESIÓN VESICAL 5 E HIPERCAPNIA 2. CONVERSIÓN EN 12%.

**CONCLUSIÓN.** LA CIRUGÍA DE MÍNIMA INVASIÓN ES FACTIBLE EN PACIENTES SELECCIONADAS PARA DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE PATOLOGÍA BENIGNA Y NEOPLASIAS GINECOLÓGICAS, ES FACTIBLE Y ÚTIL PARA PROCEDIMIENTOS ONCOLÓGICOS CON DIAGNÓSTICO PREVIO DE MALIGNIDAD, CON TIEMPOS QUIRÚRGICOS, SANGRADO, DÍAS DE ESTANCIA Y COMPLICACIONES SIMILARES A CIRUGÍA ABIERTA, ADEMÁS DE REALIZAR ETAPIFICACIÓN QUIRÚRGICA QUE PERMITE UNA RÁPIDA RECUPERACIÓN PARA EL MANEJO NEOADYUVANTE O ADYUVANTE.

## EXPERIENCIA DE LOS TUMORES DE OVARIO DE CÉLULAS DE LA GRANULOSA, REPORTE DE ONCE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA DEL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NÚMERO 4, "LUIS CASTELAZO AYALA", INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

REYNA AMAYA HORACIO, BAÑUELOS FLORES JOEL, ZEFERINO TOQUERO MOISÉS, MAYTORENA CORDOVA GERMÁN  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. CIUDAD DE MÉXICO, MÉXICO

**ANTECEDENTES.** LAS FORMAS CLÍNICAS DE LOS TUMORES DE LAS CÉLULAS DE LA GRANULOSA HAN SIDO CLASIFICADAS COMO FORMAS JUVENILES EN MENOS DEL 5% O FORMAS ADULTAS, CON UNA MEDIANA DE EDAD DE 50 A 54 AÑOS, SE INFORMA DE UNA INCIDENCIA EN UN RANGO QUE VA DE 0.4 A 1.7 POR 100 000. LAS TASAS DE SOBREVIVIDA A 10 AÑOS SE INFORMAN ENTRE UN 60 Y 90%. LOS FACTORES PATOLÓGICOS SUGIEREN UN INCREMENTO EN RECURRENCIAS TEMPRANAS, SON TUMORES MUY RAROS DEL OVARIO, SE HAN MANIFESTADO POR SECRECIÓN EXCESIVA DE ESTRÓGENOS Y CÁNCER ENDOMETRIAL.

**OBJETIVO.** PRESENTAR NUESTRA EXPERIENCIA DE TUMORES DE OVARIO DE CÉLULAS DE LA GRANULOSA, REPORTE DE ONCE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA, DEL PERIODO DEL 1 DE ENERO DE 1998 AL 1 DE ENERO DE 2005.

**MATERIAL Y MÉTODO.** DURANTE EL PERIODO PRIMERO DE ENERO DE 1998 AL PRIMERO DE ENERO DE 2005, SE ESTUDIARON 11 MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE TUMOR DE OVARIO DE CÉLULAS DE LA GRANULOSA, CONFIRMADOS POR PIEZA ANATOMOPATOLÓGICA.

**RESULTADOS.** PREDOMINARON ETAPAS INICIALES DE LA IA-IC, 9 PACIENTES CON CIRUGÍA RADICAL Y DOS CON CIRUGÍA CONSERVADORA, 10 PACIENTES CON CIRUGÍA CITORREDUCTORA ÓPTIMA Y UNA CON CIRUGÍA CITORREDUCTORA SUBÓPTIMA, 3 PACIENTES CON QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE. ACTUALMENTE TODAS VIVAS SIN RECURRENCIA.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.** LA SOBREVIDA ESTIMADA PARA ESTADIO I ES DE 95% A 5 AÑOS. LA CIRUGÍA CITORREDUCTORA ES LA PARTE FUNDAMENTAL EN EL TRATAMIENTO, LA CUAL BRINDA MEJORES TÉRMINOS DE SOBREVIVIDA.

## EXPERIENCIA DEL CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE CÉRVIX UTERINO, REPORTE DE OCHO CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA DEL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NÚMERO 4, "LUIS CASTELAZO AYALA", INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

REYNA AMAYA HORACIO, BAÑUELOS FLORES JOEL, ZEFERINO TOQUERO MOISÉS, MAYTORENA CORDOVA GERMAN.  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. CIUDAD DE MÉXICO, MÉXICO

**ANTECEDENTES.** ALBORES-SAAVEDRA Y COLABORADORES EN 1972 FUERON LOS PRIMEROS EN DESCRIBIR LA DIFERENCIACIÓN NEUROENDOCRINA EN UN CARCINOMA CERVICAL DE CÉLULAS PEQUEÑAS, AL QUE DENOMINARON "CARCINOIDE" CERVICAL, EN UNA PUBLICACIÓN POSTERIOR LOS MISMOS AUTORES ENCONTRARON 14 NUEVOS EJEMPLOS DE LA MISMA NEOPLASIA DE ENTRE UN GRUPO DE 4,000 CARCINOMAS CERVICALES. POCO TIEMPO DESPUÉS APARECIERON VARIAS PUBLICACIONES EN LA LITERATURA INFORMANDO EJEMPLOS SIMILARES CON NOMBRES DIVERSOS, TALES COMO: CARCINOMA ARGIRÓFILO, APUDOMA, CARCINOIDE POCO DIFERENCIADO Y CARCINOMA DE CÉLULAS PEQUEÑAS.

**OBJETIVO.** PRESENTAR NUESTRA EXPERIENCIA DEL CARCINOMA NEUROENDOCRINO DEL CÉRVIX UTERINO, REPORTE DE 8 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA, DEL PERIODO DEL 1 DE ENERO DE 1998 AL 1 DE ENERO DE 2004.

**MATERIAL Y MÉTODO.** DURANTE EL PERIODO DEL 1 DE ENERO DE 1998 AL 1 DE ENERO DE 2004, SE ESTUDIARON A 8 MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE CÉRVIX UTERINO, CONFIRMADOS POR PIEZA ANATOMOPATOLÓGICA O BIOPSIA DIRECTA CERVICAL.

**RESULTADOS.** PREDONIMARON ETAPAS AVANZADAS EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO, TALES COMO DE LAS IIB A LA IVB SEGÚN LA FIGO, SIETE PACIENTES MURIERON SEIS MESES DESPUÉS DEL DIAGNÓSTICO, UNA PACIENTE SOBREVIVIÓ POSTERIOR A CIRUGÍA RADICAL Y RADIOTERAPIA PÉLVICA COMPLETA CON ETAPA IBI.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.** EL CARCINOMA NEUROENDOCRINO DEL CÉRVIX ES UN TUMOR VIRULENTO ASOCIADO A UN POBRE PRONÓSTICO, AUN EN ESTADIO I DE LA ENFERMEDAD.

## SARCOMA UTERINO. EXPERIENCIA EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA. HGM

ZAVALA LÓPEZ JOSÉ R2RO HGM, OD

ESTUDIO RETROSPECTIVO, DESCRIPTIVO. REVISIÓN DE EXPEDIENTES (ENERO DE 2000 A MAYO DE 2004). 29 PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SARCOMA UTERINO. SE ANALIZÓ EDAD, ESTUDIOS GABINETE (TAC Y/O USG) LIU(REPORTE), RHP, RADIOTERAPIA (TÉCNICA Y DOSIS), CIRUGÍA, ASOCIACIÓN CON QUIMIOTERAPIA, SOBREVIVIDA, RECURRENCIA, FACTORES DE ALTO RIESGO.

**RESULTADOS.** EDAD PROMEDIO 53. AÑOS USG 20/29 PACIENTES SÓLO UNA REPORTÓ TUMORACIÓN, TAC 5/29 TUMOR EN 2... LIU 8/29 PACIENTES, MALIGNIDAD 3, ETAPA CLÍNICA, I=3, II=1, IV=5. NO CLASIFICADOS 20. RHP, LEIOMIOSARCOMA: 13, T. MÜLLERIANO MIXTO 10, SARCOMA ESTROMA ENDOMETRIAL 5 Y ADENOSARCOMA 1. CIRUGÍA 29/29, HTA + SO (BILATERAL 28 Y UNILATERAL EN 1), OTROS PROCEDIMIENTOS: RESECCIÓN YEYUNO, ÍLEON, SIGMOIDECTOMÍA, METASTASECTOMÍA PULMONAR. RADIOTERAPIA 29/29, RADICAL 20 (50 GY/25 FC), PALIATIVA 9 (30 GY/10 FC EN 3 Y 40 GY/20 FC EN 6), BRAQUITERAPIA 14 (LDR), PAR DE COLPOSTATOS (30 GY A CÚPULA), QUIMIOTERAPIA SÓLO RECIBIERON 3 PACIENTES POR ENFERMEDAD METASTÁSICA. SOBREVIVIDA PROMEDIO 32 MESES, RECURRENCIAS EN 12 PRINCIPALMENTE A DISTANCIA, CONCLUIMOS QUE ES NECESARIO BUSCAR NUEVAS OPCIONES DE MANEJO MULTIDISCIPLINARIO. LA QUIMIOTERAPIA NO PUEDE SER EVALUADA EN EL PRESENTE TRABAJO YA QUE SÓLO SE EMPLEÓ EN 3 PACIENTES Y ÉSTOS YA PRESENTABAN ENFERMEDAD METASTÁSICA, DENTRO DE LOS FACTORES PRONÓSTICOS, NUESTRAS PACIENTES CASI TODAS EL TUMOR ERA DE ALTO GRADO (19/29), TAMAÑO TUMORAL PROMEDIO FUE DE 9 CM CON INVASIÓN MIOMETRIAL >50% EN 15 PACIENTES, Y EL ÍNDICE MITÓTICO MAYOR DE 10 LO PRESENTARON 14/29, AUNQUE LA SOBREVIVIDA GLOBAL FUE LIGERAMENTE MAYOR DE LO REPORTADO EN LA LITERATURA, ES NECESARIO LA BÚSQUEDA DE NUEVAS OPCIONES DE TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO YA QUE CONTINÚA SIENDO CORTA.

## ¿EN LINFOMAS EXTRANODALES EL MANEJO COMBINADO ES MEJOR?

FIGUEROA SANDOVAL FRANCISCO

**INTRODUCCIÓN.** LOS LINFOMAS PRIMARIOS EXTRANODALES CONSTITUYEN DEL 20 AL 30% DEL LOS LINFOMAS.

**OBJETIVO.** PRESENTAR LOS LINFOMAS EXTRANODALES VISTOS EN EL H.E.C.M.O. Y DESCRIBIR EL MANEJO ESTABLECIDO.

**MATERIAL Y MÉTODO.** FUERON ONCE DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, SEIS DE ÓRBITA, DOCE MACIOFACIAL, DOS DE MAMA, CINCO GÁSTRICOS, UNO DE CÉRVIX, OVARIO, INTESTINO DELGADO, VEJIGA URINARIA, DOS DE FÉMUR DERECHO. LOS ESTUDIOS DE EXTENSIÓN FUERON NEGATIVOS POR LO QUE SE TRATÓ DE ETAPAS IE Y/O IIE. TODOS LOS PACIENTES RECIBIERON RADIOTERAPIA A DOSIS QUE FLUCTUARON ENTRE 3,500 A 5,000 CGY, Y EL SEGUIMIENTO MÍNIMO DE DOS AÑOS Y EL MÁXIMO DE CINCO AÑOS, SE DESCRIBEN LOS ESQUEMAS DE QUIMIOTERAPIA UTILIZADOS.

**RESULTADOS.** EN LINFOMAS PRIMARIOS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EL CONTROL FUE DE 23%, EN ÓRBITA EL 92%, EN MACIOFACIAL 46.7%, EN LINFOMA GÁSTRICO, CÉRVIX, OVARIO E INTESTINO DELGADO. TODOS ESTÁN VIVOS SIN ACTIVIDAD TUMORAL EN LO QUE SE REFIERE A LOS DE FÉMUR LOS DOS ESTÁN VIVOS, UNO CON ACTIVIDAD TUMORAL Y OTRO SIN ACTIVIDAD.

**DISCUSIÓN.** EN LOS LINFOMAS DE TRACTO DIGESTIVO SE ACEPTA EN LA ACTUALIDAD QUE EL MANEJO COMBINADO CON ERT MÁS QT, TIENEN LOS MISMOS RESULTADOS QUE SI SE MANEJAN PREVIAMENTE CON CIRUGÍA, TENIENDO LA VENTAJA DE LA PRESERVACIÓN DEL ÓRGANO, COMO LO INFORMA (YAHALOM), EXCEPCIÓN HECHA EN LOS DE INTESTINO DELGADO DONDE EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO ES EL MANEJO INICIAL Y LA RADIOTERAPIA Y LA QUIMIOTERAPIA SON ADYUVANTES.

LOS LINFOMAS ORBITARIOS DEPENDIENDO DEL TAMAÑO E HISTOLOGÍA SE PUEDEN MANEJAR EN FORMA COMBINADA. SE SUGIERE QUE NO SE EXCEDA DE 4,000 CGY PORQUE LA MORBILIDAD AUMENTA. CON LINFOMAS DE SENOS PARANASALES EL MANEJO ACEPTADO ES EL COMBINADO IGUAL EN MAMA, HUESO Y SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

## IMPACTO DEL TAMAÑO TUMORAL CLÍNICO EN LA RECURRENCIA POR CÁNCER DE VULVA

DR. FÉLIX QUIJANO CASTRO, DR. WILFREDO RENÉ CAMACHO BRAVO, DRA. DULCE MARÍA HERNÁNDEZ, DR. DANIEL LÓPEZ HERNÁNDEZ, DR. RAMÓN DELGADO MARTÍNEZ, DR. GUSTAVO CORTÉS MARTÍNEZ, DR. PEDRO ESCUDERO DE LOS RÍOS, DR. ANTONIO MAFUZ AZIZ

HOSPITAL DE ONCOLOGÍA CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI, INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, MÉXICO, D.F.

**ANTECEDENTES.** EL CÁNCER DE VULVA REPRESENTA EL 5% (312 CASOS EN 1998 REGISTRO HISTOPATOLÓGICO DE LA NEOPLASIA) DE LAS NEOPLASIAS GINECOLÓGICAS EN MÉXICO. EXISTEN POCOS REPORTES NACIONALES SOBRE PRONÓSTICO. EN LA LITERATURA MUNDIAL ESTADO GANGLIONAR Y TAMAÑO TUMORAL SON LAS VARIABLES ASOCIADAS A SOBREVIVENCIA Y RECURRENCIA.

**OBJETIVO.** ANALIZAR EL TAMAÑO TUMORAL CLÍNICO EN CÁNCER DE VULVA, COMO FACTOR PRONÓSTICO CLÍNICO PREDICTOR DE SOBREVIVENCIA Y RECURRENCIA.

**MATERIAL Y MÉTODO.** SE REVISARON 22 PACIENTES CONSECUTIVAS CON CÁNCER DE VULVA DE DICIEMBRE 1999 A ENERO 2005. EDAD MEDIA DE 64.6 AÑOS, SEGUIMIENTO DE 23.9 MESES. SE REALIZÓ ESTUDIO CLÍNICO, COLPOSCÓPICO E HISTOPATOLÓGICO. SE REGISTRÓ EL TAMAÑO TUMORAL, HISTOLOGÍA, MÁRGENES QUIRÚRGICOS Y ETAPA. LA FRECUENCIA, SEGUIMIENTO Y SOBREVIVENCIA FUERON ANALIZADOS POR MÉTODO DE KAPLAN-MEIER Y ANÁLISIS DE REGRESIÓN DE COX PARA RECURRENCIA.

**RESULTADOS.** LA COMPARACIÓN DE LAS VARIABLES CLÍNICAS CON LA RECURRENCIA MOSTRÓ SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA SÓLO EN EL TAMAÑO TUMORAL P MENOR A 0.02. SE OBSERVÓ AUMENTO EN LA RECURRENCIA A MAYOR TAMAÑO TUMORAL P IGUAL A 0.04. EL RIESGO RELATIVO AJUSTADO POR EL EFECTO DE LA EDAD MOSTRÓ QUE TUMORES DE 2 A 4 CM TUVIERON UN RIESGO DE RECURRENCIA 2.8 VECES MAYOR COMPARADO CON TUMORES MENORES DE 2 CM; MIENTRAS QUE TUMORES DE MÁS DE 4 CM, EL RIESGO DE RECURRENCIA FUE DE 8.7 (1.0-76.1) CON UN INTERVALO LÍMITE EN LA SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA.

**DISCUSIÓN.** EN NUESTRA SERIE 7 DE 22 (31.8%) PACIENTES PRESENTARON RECURRENCIA ATRIBUIBLE AL TAMAÑO TUMORAL POR ANÁLISIS DE REGRESIÓN DE COX, ESTO REPRODUCE LO REPORTADO POR RUTLEDGE, QUIEN ESTABLECE EL TAMAÑO TUMORAL COMO UN FACTOR PRONÓSTICO SIGNIFICATIVO CON RECURRENCIAS DEL 5-7%.

## TUMOR TESTICULAR SINCRÓNICO BILATERAL DE DIFERENTE ESTIRPE HISTOLÓGICA

DR. HUGO MANZANILLA, DR. MARIO ALMANZA, DR. ALEJANDRO ROSAS, DR. RUBÉN MELÉNDEZ, DR. GUIDO SALAZAR CASTILLO, DR. EDUARDO CRUZ, DR. IVAN FARRERAS, DR. RUBÉN NERUBAY, DR. OMAR SÁNCHEZ.

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, SERVICIO DE UROLOGÍA

**ANTECEDENTES.** EL CÁNCER DE TESTÍCULO REPRESENTA EL 1% DE TODOS LOS TUMORES EN HOMBRES, SIENDO EL TUMOR MALIGNO SÓLIDO MÁS FRECUENTE A LOS 15 Y 35 AÑOS DE EDAD. LOS TUMORES TESTICULARES BILATERALES SON INFRECUENTES, CON UNA INCIDENCIA DE 0.5% Y 7% SEGÚN DIFERENTES SERIES. DE ÉSTOS, UN 15 A 24% OCURREN DE MANERA SINCRÓNICA. EN LA MAYORÍA DE LOS REPORTES LOS TUMORES SINCRÓNICOS SE PRESENTAN CON LA MISMA HISTOLOGÍA. PRESENTAMOS DOS CASOS DE PACIENTES CON TUMOR TESTICULAR BILATERAL SINCRÓNICO: UNO CON SEMINOMA BILATERAL Y OTRO CON TUMOR TESTICULAR GERMINAL DE DIFERENTE ESTIRPE HISTOPATOLÓGICA.

**CASO 1.** MASCULINO DE 34 AÑOS CON CRIPTORQUIDIA DERECHA CON AUMENTO DE VOLUMEN DE TESTÍCULO IZQUIERDO DE 6 MESES DE EVOLUCIÓN. MARCADORES:  $\alpha$  GCH: 0.13 MUI/ML. ALFAFETOPROTEÍNA: 2.18 NG/ML DHL: 497 U/DL. ULTRASONIDO CON CRIPTORQUIDIA DERECHA, IMAGEN HETEROGÉNEA DE TESTÍCULO IZQUIERDO Y MICROLITIASIS BILATERAL, SE REALIZA ORQUIECTOMÍA BILATERAL, CON RESULTADO DE SEMINOMA CLÁSICO BILATERAL, TAC QUE REVELA AUSENCIA DE ADENOPATÍAS. SE ESTATIFICÓ COMO ESTADIO I. PENDIENTE SU RADIOTERAPIA CON 25 GY.

**CASO 2.** MASCULINO DE 21 AÑOS CON AUMENTO DE VOLUMEN DE AMBOS TESTÍCULOS DE 6 MESES DE EVOLUCIÓN, CON HALLAZGOS ULTRASONOGRÁFICOS DE IMÁGENES HETEROGÉNEAS EN AMBOS TESTÍCULOS, TAC CON CONGLOMERADO < 5CM. MARCADORES:  $\alpha$  GCH: 6.0 MUI/ML ALFA FETO PROTEÍNA: 4129.2 NG/ML DHL: 497 U/DL. SE REALIZA ORQUIECTOMÍA BILATERAL CON RESULTADO HISTOPATOLÓGICO DE SEMINOMA CLÁSICO EN TESTÍCULO DERECHO Y TUMOR DE SENOS ENDODÉRMICOS Y TERATOMA INMADURO QUE INFILTRA ALBUGÍNEA EN TESTÍCULO IZQUIERDO, CON ESTADIO CLÍNICO II, SE SOMETE A TRES CICLOS DE ETOPOSÍDO, BLEOMICINA Y CISPLATINO, CON BUENA EVOLUCIÓN. TAC DE CONTROL SIN EVIDENCIA DE ENFERMEDAD ACTIVA.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.** LOS TUMORES BILATERALES SINCRÓNICOS DE TESTÍCULO SON POCO FRECUENTES Y, CON DIFERENTE ESTIRPE HISTOLÓGICA, LO SON AÚN MÁS. PRESENTAMOS DOS CASOS DE TUMOR SINCRÓNICO BILATERAL: UNO CON CRIPTORQUIDIA DERECHA Y MICROLITIASIS BILATERAL. EL SEGUNDO CASO ES UNO DE DIFERENTE ESTIRPE HISTOLÓGICA DE TUMORES GERMINALES. LA FORMA HISTOPATOLÓGICA MÁS FRECUENTE SON LOS SEMINOMAS, ENCONTRÁNDOSE HASTA EN EL 68-100% DE ESTOS TUMORES. EN VARIOS ESTUDIOS SE HA DEMOSTRADO QUE LA PRESENTACIÓN CON DIFERENTE ESTIRPE HISTOLÓGICA SON RAROS. FACTORES COMO CRIPTORQUIDIA, ATROFIA TESTICULAR Y MICROLITIASIS SE ASOCIA CON TUMORES BILATERALES.

## ¿ES LA NEFROURETERECTOMÍA EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN PARA EL CÁNCER DE PELVIS RENAL?

DR. HUGO MANZANILLA, DR. MARIO ALMANZA, DR. ALEJANDRO ROSAS, DR. FARRERAS, DR. GUIDO SALAZAR, DR. EDUARDO CRUZ, DR. RUBÉN NERUBAY, DR. SÁNCHEZ

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, SERVICIO DE UROLOGÍA

**INTRODUCCIÓN.** EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO ESTÁNDAR DEL CÁNCER DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR ES LA NEFROURETERECTOMÍA CON RODETE VESICAL (1) PRESENTAMOS DOS CASOS DE ESTA PATOLOGÍA TRATADOS CON ESTE PROCEDIMIENTO Y CON HALLAZGOS TRANSOPERATORIOS DIFERENTES.

**CASO 1.** FEMENINO DE 52 AÑOS CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE TUMOR DE CAVIDADES SUPERIORES SOMETIDA A NEFROURETERECTOMÍA CON RODETE VESICAL, CON ESTUDIO TRANSOPERATORIO CON BORDES QUIRÚRGICOS POSITIVOS. LO QUE MOTIVÓ A LA AMPLIACIÓN DEL MARGEN QUIRÚRGICO VESICAL, HASTA ENCONTRAR BORDE LIBRE DE TUMOR. CISTOSCOPIA POSQUIRÚRGICA CON MAPEO VESICAL NEGATIVO A CÉLULAS MALIGNAS.

**CASO 2.** FEMENINO DE 63 AÑOS DE EDAD, CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE CÁNCER DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR, POR LO QUE SE LE REALIZÓ, NEFROURETERECTOMÍA CON RODETE VESICAL, PRESENTÓ ESTUDIO TRANSQUIRÚRGICO CON BORDES LIBRES DE TUMOR, EVOLUCIÓN FAVORABLE.

**DISCUSIÓN.** EL CÁNCER DE PELVIS RENAL ES POCO COMÚN (2), CON UNA INCIDENCIA DE 1/100 000 PERSONAS-AÑO. (3) DOS VECES MÁS FRECUENTES EN HOMBRES QUE EN MUJERES (4), DOS VECES MÁS FRECUENTES EN AFROAMERICANOS. UNA TERCERA PARTE DE ESTOS TUMORES SON DE FOCOS MÚLTIPLES BILATERALES (5) Y SINCRÓNICO EN 1% (6). PUEDEN PRESENTARSE EN FORMA METACRÓNICA POSTERIOR A NEFROURETERECTOMÍA EN 2 A 9% (7). EL RIESGO DE DESARROLLAR CA. VESICAL POSTERIOR AL DIAGNÓSTICO DE CA DE CAVIDADES RENALES ES ALTO DE UN 30 A 50% (8), POR LO QUE ES IMPORTANTE PONER ÉNFASIS EN EL ANÁLISIS CUIDADOSO DEL RODETE VESICAL DURANTE LA CIRUGÍA (9).

**COMENTARIO.** EL ALTO RIESGO DE PRESENTAR CÁNCER VESICAL POSTERIOR A LA NEFRECTOMÍA, DEBE DE MOTIVAR A LA IMPLEMENTACIÓN DE UN ESTUDIO METÓDICO DE LOS BORDES QUIRÚRGICOS DURANTE LA CIRUGÍA. COMO SE EJEMPLIFICA EN EL CASO 1, DONDE DE NO HABER SIDO CUIDADOSOS EN EL ESTUDIO TRANSQUIRÚRGICO HUBIERA REPERCUTIDO EN LA EVOLUCIÓN Y EL PRONÓSTICO DEL PACIENTE. LA VIGILANCIA POSQUIRÚRGICA ES LA CLAVE PARA MEJORAR LA SOBREVIVENCIA Y DEBE INDIVIDUALIZARSE EN CADA PACIENTE SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS DEL TUMOR. SON FACTORES DE RIESGO IMPORTANTES EL ESTADIO TUMORAL, EL GRADO Y MULTIFOCALIDAD. LA NEFROURETERECTOMÍA CON RODETE VESICAL CONTINÚA SIENDO LA MEJOR OPCIÓN TERAPÉUTICA, SIN EMBARGO, ES PERTINENTE EFECTUAR ESTUDIO TRANSOPERATORIO DEL MUÑO VESICAL (8).

## LINFOMA RENAL PRIMARIO MÁS CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES. REPORTE DE UN CASO

DR. HUGO MANZANILLA, DR. MARIO ALMANZA, DR. ALEJANDRO ROSAS, DR. FARRERAS, DR. GUIDO SALAZAR CASTILLO, DR. EDUARDO CRUZ, DR. RUBÉN NERUBAY, DR. OMAR SÁNCHEZ

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, SERVICIO DE UROLOGÍA

**ANTECEDENTES.** LOS LINFOMAS RENALES PRIMARIOS SON RAROS EN LA LITERATURA MUNDIAL, MÁS AÚN LO ES LA PRESENCIA DE LINFOMA RENAL PRIMARIO ASOCIADO A OTRA ESTIRPE TUMORAL. EXISTEN MUY CONTADAS PUBLICACIONES AL RESPECTO, POR LO QUE ES NECESARIO SENTAR ANTECEDENTES PARA NORMAR UN PROTOCOLO DE MANEJO ES ESTOS CASOS SELECTOS.

**OBJETIVOS.** PRESENTAR UN CASO DE ESTA PATOLOGÍA ES POCO FRECUENTE. ASÍ COMO DIFUNDIR LA OPCIÓN TERAPÉUTICA EFECTUADA EN ESTE PACIENTE Y SU SOBREVIVENCIA. PACIENTE FEMENINO DE 66 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA. PADECIMIENTO ACTUAL DE UN AÑO DE EVOLUCIÓN, CON DOLOR EN FOSA RENAL DERECHA Y HEMATURIA TOTAL, CON REFORZAMIENTO AL FINAL DE LA MICCIÓN Y PRESENCIA DE COÁGULO.



GULOS FILIFORMES CON PERIODOS DE REMISIÓN Y EXACERBACIÓN. PÉRDIDA DE PESO ESTIMADA EN 8 KG, ASTENIA, ADINAMIA. A LA EF: MASA PALPABLE EN FLANCO DERECHO, MÓVIL, INDOLORA. LOS ESTUDIOS DE IMAGEN USG Y TAC, DEMUESTRAN UN TUMOR DEPENDIENTE DE RIÑÓN DERECHO, ESTADIFICACIÓN CLÍNICA T3ANM0. EXÁMENES DE LABORATORIO CON SÍNDROME ANÉMICO, QUE CORRIGE A LA TRANSFUSIÓN. SE REALIZA NEFRECTOMÍA RADICAL DERECHA. EL REPORTE HISTOPATOLÓGICO REVELA (4), LINFOMA RENAL PRIMARIO (6) Y CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES MODERADAMENTE DIFERENCIADO (5). SE REALIZARON ESTUDIOS DE INMUNOHISTOQUÍMICA QUE CORROBORARON EL DIAGNÓSTICO. EL PACIENTE FUE MANEJADO POSTERIORMENTE CON QUIMIOTERAPIA POSQUIRÚRGICA (CICLOFOSFAMIDA, ADRIAMICINA, VINCRISTINA, PREDNISONA).

**DISCUSIÓN.** LOS REPORTES DE LINFOMA RENAL PRIMARIO SON ESCASOS EN LA LITERATURA (1), LA GRAN PARTE DE LOS LINFOMAS RENALES, SON SECUNDARIOS A INFILTRACIÓN LINFOIDE DE LOS RIÑONES (2), NO EXISTE UNA ESTADÍSTICA ACERCA DE ESTA PATOLOGÍA. AUN MÁS RARA ES LA PRESENCIA DE UN LINFOMA PRIMARIO ASOCIADO A OTRA NEOPLASIA RENAL SINCRÓNICA. MÁRQUEZ Y COL. REPORTAN UN CASO DE CARCINOMA RENAL CROMÓFOTO SINCRÓNICO CON LINFOMA CENTROCÍTICO EN UN PACIENTE MASCULINO DE 38 AÑOS. EN LOS CASOS REPORTADOS EN LA LITERATURA, LA TAC ES EL ESTÁNDAR DIAGNÓSTICO (3) COMO EN EL CASO PRESENTADO. EL ASPECTO CON LAS TÉCNICAS DE IMAGEN ES INESPECÍFICO. SU CARACTERÍSTICA MÁS HABITUAL ES LA DE MASAS SÓLIDAS, HOMOGÉNEAS Y MÚLTIPLES QUE PUEDEN ESTAR DEFINIDAS PERO QUE TIENDEN A PRESENTAR BORDES INFILTRATIVOS EN EL RIÑÓN. (4) CUANDO EL LINFOMA INFILTRA DE MANERA DIFUSA UN RIÑÓN, ÉSTE AUMENTA DE TAMAÑO PERO MANTIENE SU CONFIGURACIÓN RENIFORME (5,6). EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN EN EL LINFOMA RENAL PRIMARIO, ES LA NEFRECTOMÍA RADICAL Y QUIMIOTERAPIA POSQUIRÚRGICA, MISMO TRATAMIENTO EMPLEADO EN EL CASO PRESENTADO.

### MIXOEDEMA SUPRARRENAL UNILATERAL CASO CLÍNICO

SÁNCHEZ MARTÍNEZ TEMOC JS, ÍÑIGUEZ ORTIZ RAFAEL, OCEGUERA VILLANUEVA A, GUDIÑO MAGALLÓN JUDITH A  
INSTITUTO JALISCIENSE DE CANCEROLOGÍA SSA,  
GUADALAJARA, JALISCO, MÉXICO

LAS IMÁGENES DE TAC DE ALTA RESOLUCIÓN HAN PLANTEADO UN NUEVO PROBLEMA DIAGNÓSTICO, LA PRESENCIA DE UNA MASA ADRENAL ASINTOMÁTICO, SU INCIDENCIA ES DE 0.6% EN LOS RASTREOS ECOGRÁFICOS Y DEL 0.6% AL 1.2% DE LOS ESTUDIOS ABDOMINALES DE RUTINA O POR OTRAS PATOLOGÍAS, QUE EN SU MAYORÍA SON ADENOMAS BENIGNOS QUE SE ENCUENTRAN EN EL 8.7% DE LAS AUTOPSIAS, EL ABORDAJE DEL ESTUDIO NOS PLANTEA DOS PREGUNTAS, ¿EL TUMOR ES FUNCIONAL, ES UN CÁNCER? PRESENTAMOS UN CASO CLÍNICO DE UNA MUJER DE 64 AÑOS CON EL ANTECEDENTE DE CÁNCER DE MAMA TIPO DUCTAL INVASIVO MODERADAMENTE DIFERENCIADO EC IIIA EN 1994 MANEJADA CON MRM, RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA CON ESQUEMA DE CICLOFOSFAMIDA, METREXATE Y 5 FU CON UN PERIODO LIBRE DE ENFERMEDAD HASTA DICIEMBRE DE 2004 QUE EN SU EVALUACIÓN RUTINARIA SE DEMUESTRA UNA TUMORACIÓN DE GLÁNDULA SUPRARRENAL DE LADO DERECHO REALIZANDO BIOPSIA Y POSTERIORMENTE SUPRA ADRENALECTOMIA CON REPORTE HISTOPATOLÓGICO DE MIXOEDEMA SUPRARRENAL, SE PRESENTA CASO Y REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA.

### TUMOR MALIGNO DE VAINA DE NERVIOPERIFÉRICO PRIMARIO DE TESTÍCULO

RAMÍREZ-BOLLAS JULIO, JIMÉNEZ-RÍOS MA, MARTÍNEZ-CERVERA P, LAVÍN-LOZANO AJ, ROMERO-HUESCA A, ALBORES-ZÚÑIGA O, HERNÁNDEZ-PEÑA RE, LUMBI-RAMÍREZ NJ  
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA, MÉXICO. CIUDAD DE MÉXICO, D. F.

**CASO.** PACIENTE MASCULINO DE 19 AÑOS, EL CUAL INICIA SU PADECIMIENTO CON LA PRESENCIA DE LESIÓN TUMORAL EN TESTÍCULO IZQ. SE OPERA FUERA DEL INSTITUTO Y EN LA REVISIÓN DE LAMINILLAS SE REPORTA TUMOR GERMINAL NO SEMINOMATOSO (TGNS) POR TERATOMA MADURO 90% Y SENOS ENDODÉRMICOS 10%, CON ENFERMEDAD PULMONAR Y EN RETROPERITONEO CORROBORADO POR TAC, A SU INGRESO  $\alpha$ FP DE 9713 NG/ML, F $\alpha$ GCH DE 0.0. SE CLASIFICA COMO TGNS EC III. SE INICIA TRATAMIENTO CON BEP 4 CICLOS, CON MARCADORES NEGATIVOS AL TÉRMINO DE ESTE ESQUEMA. EN LA EVALUACIÓN POSTERIOR LA TAC DE ABDOMEN SE ENCUENTRA LESIÓN EN RETROPERITONEO. SE SOMETE A LAPAROTOMÍA EXPLORADORA CON INTENTO DE RESECCIÓN DE LA LESIÓN DE RETROPERITONEO; SIN EMBARGO, SE ENCUENTRA NO RESECABLE, POR TUMOR RETROPERITONEAL INTERCAVOAÓRTICO QUE ENVUELVE LA AORTA INFRARRENAL HASTA LA BIFURCACIÓN DE LAS ILIACAS, ASÍ COMO LA VENA CAVA DE 8 X 10 CM. SÓLO SE TOMAN BIOPSIAS CON RHP DE TUMOR MALIGNO DE VAINA DEL NERVIOPERIFÉRICO (TMVNP) ASOCIADO A TERATOMA MADURO POSTERIOR A PRUEBAS DE INMUNOHISTOQUÍMICA (VICENTINA Y PROTEÍNA S-100 POSITIVAS). SE VALORA POR ONCOLOGÍA MÉDICA, QUIENES SUGIEREN INICIO DE TRATAMIENTO DE SEGUNDA LÍNEA DE QT A BASE DE VIP 4 CICLOS. LOS MARCADORES TUMORALES SON NEGATIVOS Y LA RX. DE TÓRAX SIN ENFERMEDAD RESIDUAL. EL RESIDUAL DE RETROPERITONEO REDUCE HASTA UN 30% DEL TAMAÑO INICIAL POR SU LOCALIZACIÓN QUEDA EN VIGILANCIA.

**COMENTARIO.** EL TMVNP ES UNA LESIÓN RARA FRECUENTE EN PACIENTES JÓVENES, LOCALIZADOS MÁS EN EXTREMIDADES, MEDIASTINO Y CABEZA Y CUELLO. LA LOCALIZACIÓN EN GENITALES ES POCO COMÚN. SE HAN REPORTADO CASOS ASOCIADOS A NEUROFIBROMATOSIS, PRINCIPALMENTE SCHWANNOMAS BENIGNOS. OTRA ASOCIACIÓN DESCRITA ES EN ENFERMEDAD DE VON RECKLINGHAUSEN Y TERATOMA TESTICULAR SIN DIFERENCIACIÓN DEL TERATOMA A OTRO TIPO DE LESIONES. EN ALGUNOS PACIENTES ESTA NEOPLASIA SE HA RELACIONADO RT, DONDE SE INCLUYEN LAS GÓNADAS EN EL CAMPO DE RADIACIÓN. SIN EMBARGO, NO HAY REPORTES DE TUMORES PRIMARIOS ORIGINADOS EN TERATOMA MADURO Y TMVNP. EL DIAGNÓSTICO DEBERÁ INCLUIR REACCIONES DE INMUNOHISTOQUÍMICA. SIN EMBARGO, NO EXISTE NADA DESCRITO CON RELACIÓN A LA TERAPÉUTICA.

### REPORTE DE UN CASO: CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE VEJIGA METASTÁSICO

DR. JOAQUÍN GABRIEL REINOSO TOLEDO, DRA. BLANDINA HERNÁNDEZ CRUZ, DRA. ARGELIA ROSALES, DR. MICHEL BONIFANT, DR. JUAN ALEJANDRO SILVA  
HOSPITAL DE ONCOLOGÍA CMN SIGLO XXI, DISTRITO FEDERAL, MÉXICO

**ANTECEDENTES.** EL CÁNCER DE VEJIGA OCUPA EL CUARTO LUGAR POR FRECUENCIA EN EL HOMBRE Y EL VEINTEAVO EN LA MUJER EN MÉXICO, EL SUBTIPO HISTOLÓGICO MÁS FRECUENTE ES EL CARCINOMA UROTELIAL (CÉLULAS TRANSICIONALES) 90%, CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS 5%, ADENOCARCINOMAS 2%.

SE TRATA DE PACIENTE FEMENINO DE 57 AÑOS DE EDAD. ANTECEDENTES: MONORRENA POR DONACIÓN RENAL HACE 13 AÑOS. INICIÓ PADECIMIENTO CON HEMATURIA MACROSCÓPICA, AUMENTO DE LA FRECUENCIA URINARIA Y DISURIA, SE REALIZÓ TOMOGRAFÍA ABDÓMINO PÉLVICA, ENCONTRÁNDOSE TUMORACIÓN POLIPOIDE EN LA PARED POSTERIOR INFERIOR DE VEJIGA, ADEMÁS DE ADENOPATÍAS PARAARÓRTICAS Y METÁSTASIS HEPÁTICAS; SE REALIZÓ RESECCIÓN TRANSURETRAL, CON REPORTE HISTOPATOLÓGICO DE CARCINOMA NEUROENDOCRINO, ESTADIFICÁNDOSE COMO T2N1M1 ETAPA CLÍNICA IV. SE DECIDE POR DEPURACIÓN DE CREATININA DE 45 ML/MIN, INICIÓ QUIMIOTERAPIA PALIATIVA CON VINCRISTINA, EPIRUBICINA, Y CICLOFOSFAMIDA, RECIBIÓ 3 CICLOS DE QUIMIOTERAPIA CON ESTATISMO DE LA ENFERMEDAD METASTÁSICA.

**CONCLUSIÓN.** LOS TUMORES NEUROENDOCRINOS REPRESENTAN MENOS DEL 1% DE LAS NEOPLASIAS MALIGNAS PRIMARIAS DE LA VEJIGA, TIENEN UN COMPORTAMIENTO AGRESIVO, TIENDEN A PRESENTARSE EN ETAPAS AVANZADAS CON INVOLUCRO GANGLIONAR Y METÁSTASIS DISTANTES, CONDICIONANDO UN PRONÓSTICO POBRE, SIENDO LA TASA DE SOBREVIVENCIA GLOBAL A 5 AÑOS DE SÓLO 8%. POR SU RAREZA, NO HAY UN TRATAMIENTO ÓPTIMO. SE HA UTILIZADO CISTECTOMIA O RESECCIÓN TRANSURETRAL, COMBINANDO LA RADIOTERAPIA O QUIMIOTERAPIA SISTÉMICA. SE HAN UTILIZADO DIVERSOS AGENTES COMO DOXORRUBICINA, CISPLATINO, ETOPOSIDO O RÉGIMENES SIMILARES A LOS UTILIZADOS PARA EL CARCINOMA UROTELIAL, POR LO QUE NO HAY UN MANEJO ESTABLECIDO.

### TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE PENE, EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN LA UNIDAD DE TUMORES MIXTOS, DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA, HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

DR. IBÁÑEZ O, DR. MARTÍNEZ R, DRA. GARIBALDI G, DRA. BARRA R, DR. DÍAZ L, DR. DE LA GARZA M, DR. SANDOVAL M, DR. QUINTANA A.  
SERVICIO DE ONCOLOGÍA, CLÍNICA DE TUMORES MIXTOS, HGM

**ANTECEDENTES.** EN EUA LA TASA ES DE 1 POR CADA 100 000 VARONES POR AÑO, Y EN MÉXICO MENOS DEL 3%. EL CÁNCER DE PENE ES UNA ENTIDAD SUMAMENTE CURABLE EN ETAPAS TEMPRANAS. LA CIRUGÍA ES LA PIEDRA ANGULAR EN EL TRATAMIENTO.

**OBJETIVO.** ENUNCIAR LOS TIPOS DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS REALIZADOS EN EL CÁNCER DE PENE, EVALUANDO MORBIMORTALIDAD Y SUPERVIVENCIA.

**MATERIAL Y MÉTODO.** OBSERVACIONAL, DESCRIPTIVO, RETROSPECTIVO, TRANSVERSAL; REVISIÓN DE EXPEDIENTES CON ESTE DIAGNÓSTICO EN EL TIEMPO REFERIDO, CUALQUIER EDAD.

**RESULTADOS.** DE LOS 93 CASOS CUMPLEN CON LOS CRITERIOS 43. GRUPO DE EDAD MÁS AFECTADO 71-80% (46.5%), LESIÓN ULCERADA 53.5%, LOCALIZACIÓN: GLANDE DEL PENE 69.8%, HISTOLOGÍA MÁS COMÚN: CARCINOMA EPIDERMÓIDE MODERADAMENTE DIFERENCIADO (67.4%), ETAPA CLÍNICA PREDOMINANTE: II (49%), PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: PENECTOMÍA TOTAL 41.9% Y PENECTOMÍA PARCIAL 51.2%, EL RESTO CIRCUNCISIÓN. COMPLICACIONES: INFECCIÓN 8.2% Y SEROSA EN DISECCIÓN GANGLIONAR (12.4%).

LA SUPERVIVENCIA A CINCO AÑOS: ENFERMEDAD LOCALIZADA LIMITADA AL PENE: 65 A 90%, METÁSTASIS INGUINALES, 30 AL 40%, METÁSTASIS EN GANGLIOS ILIACOS, MENOS DEL 20%, METÁSTASIS A DISTANCIA 2%.

**CONCLUSIÓN.** PROCEDIMIENTO CON BAJA MORBIMORTALIDAD, MÍNIMAS COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS, CON SOBREVIVENCIA ACEPTABLE EN ETAPAS CLÍNICAS TEMPRANAS, EN GANGLIOS DISMINUYE PROPORCIONALMENTE. ESTO CONCUERDA CON LAS SERIES REPORTADAS MUNDIALMENTE.

### FACTORES PRONÓSTICOS EN CÁNCER RENAL: ANÁLISIS MULTIVARIADO

FD HUITZIL MELÉNDEZ, A GARCÍA PULIDO, E LEÓN-RODRÍGUEZ  
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

**ANTECEDENTES.** EL SISTEMA TNM DETERMINA SÓLO PARCIALMENTE EL PRONÓSTICO EN PACIENTES CON CÁNCER RENAL. EL OBJETIVO DEL TRABAJO ES IDENTIFICAR OTRAS VARIABLES ASOCIADAS AL PRONÓSTICO EN ESTOS PACIENTES.

**MATERIAL Y MÉTODO.** SE INCLUYERON A TODOS LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO DE CÁNCER RENAL TRATADOS EN NUESTRA INSTITUCIÓN ENTRE 1998 Y 2002. SE RECABÓ DE MANERA RETROLECTIVA INFORMACIÓN SOBRE DIFERENTES VARIABLES CLÍNICAS, PATOLÓGICAS Y DE LABORATORIO. SE CALCULÓ LA SOBREVIVENCIA GLOBAL, SOBREVIVENCIA CÁNCER ESPECÍFICA Y SOBREVIVENCIA LIBRE DE ENFERMEDAD UTILIZANDO EL MÉTODO DE KAPLAN-MEIER. PARA COMPARAR LAS CURVAS DE SOBREVIVENCIA SE UTILIZÓ LA PRUEBA DE LOG RANK. SE CONSTRUYÓ UN MODELO DE RIESGOS PROPORCIONALES DE COX.

**RESULTADO.** SE IDENTIFICARON 132 PACIENTES ÚTILES PARA EL ANÁLISIS. LA MEDIANA DE EDAD FUE DE 58 AÑOS. LA MEDIANA DE SOBREVIVENCIA DE CÁNCER ESPECÍFICA FUE DE 130.8 MESES. LA MEDIANA DE SOBREVIVENCIA LIBRE DE ENFERMEDAD FUE DE 130.5 MESES. EN EL ANÁLISIS MULTIVARIADO DE SOBREVIVENCIA LIBRE DE ENFERMEDAD, EL GRADO NUCLEAR, LA PRESENCIA DE PARANEOPLASIA Y LA PÉRDIDA DE PESO MOSTRARON SER FACTORES PRONÓSTICOS INDEPENDIENTES DE LA ETAPA TNM. EN EL ANÁLISIS MULTIVARIADO DE SOBREVIVENCIA CÁNCER ESPECÍFICA, LA HIPOALBUMINEMIA Y EL GRADO NUCLEAR FUERON FACTORES PRONÓSTICOS INDEPENDIENTES DE LA ETAPA TNM.

**CONCLUSIÓN.** EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON CÁNCER RENAL NO ESTÁ DETERMINADO SÓLO POR LA ETAPA TNM. OTRAS VARIABLES CLÍNICAS, PATOLÓGICAS Y DE LABORATORIO DE FÁCIL DETERMINACIÓN MEJORAN LA CAPACIDAD DE PREDICCIÓN DE DESENLACE EN LOS PACIENTES CON CÁNCER RENAL.

## PATRONES DE RECURRENCIA Y UTILIDAD DE LAS ESTRATEGIAS DE SEGUIMIENTO POSTERIOR A NEFRECTOMÍA EN PACIENTES CON CÁNCER RENAL

FD HUITZIL-MELÉNDEZ, A GARCÍA-PULIDO, E LEÓN-RODRÍGUEZ  
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

**ANTECEDENTES.** POSTERIOR A LA NEFRECTOMÍA EN PACIENTES CON CARCINOMA RENAL LOCALIZADO, ALGUNOS PACIENTES EXPERIMENTARÁN RECURRENCIA DE LA ENFERMEDAD. EL CARCINOMA RENAL ES UNA NEOPLASIA RESISTENTE A LA QUIMIOTERAPIA Y A LA RADIOTERAPIA. UNA ESTRATEGIA DE VIGILANCIA CON ESTUDIOS DE IMAGEN SERÁ ÚTIL SÓLO SI SE DETECTA ENFERMEDAD POTENCIALMENTE RESECABLE.

**MATERIAL Y MÉTODO.** SE IDENTIFICARON PACIENTES CON CARCINOMA RENAL LOCALIZADO, TRATADOS QUIRÚRGICAMENTE EN NUESTRA INSTITUCIÓN. DE MANERA RETROLECTIVA, SE OBTUVO LA INFORMACIÓN DE DIFERENTES VARIABLES RELACIONADAS CON LA RECURRENCIA DE LA ENFERMEDAD. SE ESTIMÓ EL TIEMPO A LA RECURRENCIA POR EL MÉTODO DE KAPLAN-MEIER. SE COMPARÓ EL PORCENTAJE DE RECURRENCIAS RESECABLES DE ACUERDO A LA FORMA DE DETECCIÓN DE LA RECURRENCIA (POR SÍNTOMAS VS POR ESTUDIOS DE ESCRUTINIO).

**RESULTADOS.** SE REALIZÓ CIRUGÍA CON INTENCIÓN CURATIVA EN 97 PACIENTES, MISMOS QUE ESTUVIERON EN RIESGO DE RECURRENCIA. RECURRIERON 31 PACIENTES. LA MEDIANA DE EDAD FUE DE 59 AÑOS. LA MEDIANA DE TIEMPO A LA RECURRENCIA FUE DE 5 MESES. EL SITIO MÁS FRECUENTE DE RECURRENCIA FUE EL PULMÓN (35%). LAS RECURRENCIAS FUERON DETECTADAS POR SÍNTOMAS EN 40%, POR RADIOGRAFÍA DE TÓRAX DE VIGILANCIA EN 26%, POR TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE VIGILANCIA EN 26%. LA RESECABILIDAD DE LAS LESIONES DETECTADAS POR ESTUDIOS DE ESCRUTINIO FUE MAYOR EN COMPARACIÓN CON LOS PACIENTES SINTOMÁTICOS ( $P = .033$ ;  $\chi^2$ ).

**CONCLUSIÓN.** OBSERVAMOS RECURRENCIA EN 35% DE LOS PACIENTES. EL REALIZAR VIGILANCIA CON ESTUDIOS DE IMAGEN AUMENTA LA PROBABILIDAD DE RESECAR LA RECURRENCIA EN COMPARACIÓN CON REALIZAR ESTUDIOS DE IMAGEN HASTA LA PRESENTACIÓN DE SÍNTOMAS

## MESOTELIOMA PERITONEAL MALIGNO, PRESENTACIÓN DE 3 CASOS Y REVISIÓN DE LITERATURA

DR. VÍCTOR E. VALDESPINO\*, DRA. SILVIA M. ÁLVAREZ\*, DRA. BEATRIZ ORTEGA M\*\*, DR. ALEJANDRO RUIZ J\*, DR. SERGIO HERNÁNDEZ G.\*\*\*

\*RESIDENTES DE ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA. \*\*JEFE DE SECCIÓN ONCOLOGÍA GINECOLÓGICA. \*\*\*MÉDICO ADSCRITO A TUMORES MIXTOS, ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA

LOS MESOTELIOMAS MALIGNOS REPRESENTAN MENOS DEL 2% DE TODOS LOS TUMORES MALIGNOS. LA INCIDENCIA DE MESOTELIOMAS PERITONEALES APARENTEMENTE SE HA INCREMENTADO EN ESTADOS UNIDOS Y EUROPA, Y AHORA REPRESENTAN DEL 25% AL 33% DE LOS MESOTELIOMAS MALIGNOS.

HISTOLÓGICAMENTE LOS MESOTELIOMAS MUESTRAN UNA MORFOLOGÍA EPITELIAL, O FIBROSA O UNA COMBINACIÓN DE ÉSTAS.

**CASO 1.** SE TRATA DE PACIENTE FEMENINO DE 78 AÑOS DE EDAD CON EL DOLOR ABDOMINAL, DE 7 MESES DE EVOLUCIÓN, BAJA DE PESO DE 12 KILOS EN 8 MESES, SE REALIZA UNA TOMOGRAFÍA ABDOMINAL Y PÉLVICA CON HALLAZGO DE UN GRAN TUMOR PÉLVICO. SE PRACTICA CA 125 CON RESULTADO DE 483. SE LLEVA A TRATAMIENTO QUIRÚRGICO, EN ABRIL DE 2005, CON RESULTADO DE UN GRAN TUMOR QUE AFECTABA PELVIS Y PARED ABDOMINAL, SE LLEVÓ A UNA RESECCIÓN TOTAL DE TUMOR; EL REPORTE HISTOPATOLÓGICO DE MESOTELIOMA MALIGNO DIFUSO DE TIPO EPITELIAL, CON EXTENSIÓN COMPONENTE EPITELOIDE. ACTUALMENTE LA PACIENTE ESTÁ EN EVALUACIÓN POR ONCOLOGÍA MÉDICA PARA VALORACIÓN DE TRATAMIENTO.

**CASO 2.** SE TRATA DE PACIENTE FEMENINO DE 36 AÑOS DE EDAD. HACE 5 AÑOS SE LLEVÓ A LAPAROTOMÍA EXPLORADORA POR CIRUGÍA DE URGENCIA, SE PRACTICÓ UNA RESECCIÓN PARCIAL DE TUMOR CON REPORTE DE BENIGNO. EN DICIEMBRE 2004, SE VALORÓ EN EL SERVICIO TUMOR PÉLVICO CON EXTENSIÓN ABDOMINAL IMPORTANTE, SE LLEVA CIRUGÍA Y POR AFECTACIÓN A GRANDES VASOS FUE IRRESECABLE. EL REPORTE DE LAS BIOPSIAS ES MESOTELIOMA DE BAJO GRADO DE MALIGNIDAD. LA PACIENTE FALLECIÓ POR ACTIVIDAD TUMORAL.

**CASO 3.** SE TRATA DE PACIENTE FEMENINO DE 48 AÑOS DE EDAD, INICIA SU PADECIMIENTO ACTUAL EN NOVIEMBRE DE 2003, POR DOLOR ABDOMINAL SE LLEVA A LAPAROTOMÍA EXPLORADORA POR CIRUGÍA DE URGENCIA, SE PRACTICA OMENTECTOMÍA, EL REPORTE DEFINITIVO: MESOTELIOMA EPITELOIDE VARIEDAD DE CÉLULAS CLARAS, NO FUE CANDIDATA A TRATAMIENTO ADYUVANTE CON QUIMIOTERAPIA O RADIOTERAPIA. SE ENCUENTRA LIBRE SIN ACTIVIDAD TUMORAL.

## CARCINOMA MUCINOSO METASTÁSICO A CUELLO Y AXILA

DR. JESÚS ANTONIO SALAZAR MELÉNDEZ\*, DR. MANUEL E. MAGALLANES MACIEL\*\*, DR. ROGELIO MARTÍNEZ MACÍAS\*\*\*, DR. ISABEL PACHECO ÁLVAREZ\*\*\*\*, DRA. ANA MARÍA LANDA FERNÁNDEZ\*\*\*\*\*

\*RESIDENTE DE ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO. (MEX.D.F)

\*\*RESIDENTE DE ONCOLOGÍA MÉDICA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO. (MEX.D.F)

\*\*\*JEFE DEL SERVICIO DE TUMORES MIXTOS DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO. (MEX.D.F)

\*\*\*\*RESIDENTE DE ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO. (MEX.D.F)

\*\*\*\*\*RESIDENTE DE ONCOLOGÍA MÉDICA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO. (MEX.D.F)

MASCULINO DE 20 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA PARA SU PADECIMIENTO ACTUAL, QUIEN PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE 9 MESES DE EVOLUCIÓN CON APARICIÓN DE TUMORACIONES EN HEMICUELLO IZQUIERDO Y AXILA IZQUIERDA. LA PRIMERA DE 15X12 CM UBICADA EN AXILA IZQUIERDA QUE IMPIDE LA ABDUCCIÓN DEL BRAZO IZQUIERDO, LA SEGUNDA EN HEMICUELLO IZQUIERDO EN NIVELES IV Y V DE LA CADENA YUGULAR DE

12 X 8 CM. RESTO DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA SIN ALTERACIONES. LA TOMOGRAFÍA DE TÓRAX Y ABDOMEN REVELA LA PRESENCIA DE CONGLOMERADOS GANGLIONARES AXILARES IZQUIERDOS, ASÍ COMO ADENOMEGALIAS PARAÓRTICAS Y PARACAVALES. LA BIOPSIA CERVICAL CON RESULTADO DE CARCINOMA MUCINOSO METASTÁSICO DE CUELLO IZQUIERDO Y AXILA. USG TESTICULAR NORMAL

SE LE REALIZARON MARCADORES TUMORALES CON LOS SIGUIENTES RESULTADOS: AFP >1000, B-GCH 257.3, DHL 743. SE REALIZA INMUNOHISTOQUÍMICA, CONCLUYÉNDOSE EL DIAGNÓSTICO DE TUMOR GERMINAL EXTRAGONADAL.

EL PACIENTE FUE TRATADO CON 5 CICLOS DE QUIMIOTERAPIA (BLEOMICINA, ETOPÓSIDO, PLATINO) CON RESPUESTA FAVORABLE TANTO CLÍNICAMENTE COMO POR MARCADORES TUMORALES (MARCADORES NEGATIVOS), PRESENTANDO RESIDUAL TUMORAL GANGLIONAR EN TRIÁNGULO POSTERIOR DE CUELLO Y AXILA IZQUIERDA. SE SOMETE A TUMORECTOMÍA EN CUELLO Y DISECCIÓN AXILAR IZQUIERDA CON RHP DE TERATOMA MADURO METASTÁSICO Y CAMBIOS POR QTP.

### COMENTARIO

LOS TUMORES GERMINALES EXTRAGONADALES CORRESPONDEN AL 2% AL 5% DE TODOS LOS TUMORES DE CÉLULAS GERMINALES EN ADULTO.

LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SON:

- PRESENTACIÓN EN VARONES JÓVENES (< 50 AÑOS).
- TUMORES LOCALIZADOS PREDOMINANTEMENTE EN LA LÍNEA MEDIA (MEDIASTINO, RETROPERITONEO, PINEALES) O NÚDULOS PULMONARES MÚLTIPLES.
- BREVE INTERVALO SINTOMÁTICO (< 3 MESES).
- ELEVACIÓN DE LOS NIVELES SÉRICOS DE HCG Y AFP O AMBAS.
- LA QUIMIOTERAPIA RECOMENDADA ES A BASE DE CISPLATINO.

### BIBLIOGRAFÍA

EUR JOURNAL CANCER, 1993,VOL. 29º, NO. 7, PP 1002-1005.

ONCOLOGY 1999; 57, PP. 1-9.

AMERICAN JOURNAL CLINICAL ONCOLOGY, 1998, VOL. 21, NO. 2, PP. 198-202.

CANCER, 1996, FEBRUARY 1, VOL. 77, NO. 3, PP. 526-532.

ANNALS OF INTERNAL MEDICINE 1981, VOL. 94, PP. 181-186.

CANCER, 1993, VOL. 71, NO. 8, PP. 2631-2638.

## HALLAZGO INCIDENTAL DE TUMOR PSEUDOPAPILAR DE PÁNCREAS. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

DR. JORGE CARREÑO ROMERO, DR. MARX SANDOVAL TERÁN,  
DR. ALEJANDRO QUINTANA OCAMPO

**DESCRIPCIÓN DEL CASO.** PACIENTE FEMENINA DE 18 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA, LA CUAL INICIA SU PADECIMIENTO 12 HORAS ANTES DE SU INGRESO CON DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO NÁUSEA Y VÓMITO. INTERVENIDA QUIRÚRGICAMENTE FUERA DE LA UNIDAD CON DIAGNÓSTICO DE COLECISTITIS CRÓNICA AGUDIZADA CON HALLAZGOS QUIRÚRGICOS DE TUMORACIÓN A NIVEL DE CUERPO/CABEZA DE PÁNCREAS POR LO QUE SE DECIDE REALIZAR PROCEDIMIENTO DE WHIPPLE TENIENDO UNA RESECCIÓN COMPLETA OBTENIENDO TUMOR DE 5.5 CM DE DIÁMETRO EN SU EJE MAYOR CON RESULTADO HISTOPATOLÓGICO DE TUMOR SÓLIDO PSEUDOPAPILAR DE PÁNCREAS, SE REALIZA SEGUIMIENTO DE LA PACIENTE DURANTE UN AÑO SIN EVIDENCIA DE ACTIVIDAD TUMORAL.

**COMENTARIO:** LAS NEOPLASIAS SÓLIDAS PSEUDOPAPILARES DEL PÁNCREAS SON UN TIPO DISTINTIVO DE NEOPLASIAS CON HISTIOGÉNESIS INCIERTA, TAMBIÉN CONOCIDA COMO NEOPLASIA EPITELIAL SÓLIDA Y PAPILAR, ESTA LESIÓN DEBE SER CONSIDERADA COMO UNA NEOPLASIA DE BAJO POTENCIAL MALIGNO QUE SUELE PRESENTARSE EN MUJERES JÓVENES (90% EN MUJERES CON UNA MEDIA DE EDAD DE 26 AÑOS) SE HAN DETECTADO RECEPTORES PARA PROGESTERONA EN LAS CÉLULAS NEOPLÁSICAS. SI EXISTE UNA RESECCIÓN COMPLETA LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES SE CURAN DE LA ENFERMEDAD.

## HALLAZGO DE ADENOMA SERRADO CON DISPLASIA DE ALTO GRADO EN APÉNDICE CECAL DESPUÉS DE APENDICECTOMÍA INCIDENTAL

DR. CARREÑO ROMERO JORGE, DR. SANDOVAL TERÁN MARX

LOS PÓLIPOS HIPERPLÁSICOS DEL COLON SON RECONOCIDOS POR UNA ARQUITECTURA CERRADA SIENDO CONSIDERADOS BENIGNOS CON PROLIFERACIÓN EPITELIAL NO NEOPLÁSICA; PERO CUANDO EXISTE EVIDENCIA DE DISPLASIA EPITELIAL SON DENOMINADOS "ADENOMAS CERRADOS", LO CUAL ES CONSIDERADO COMO RIESGO PRENEOPLÁSICO SIENDO NECESARIA UNA EVALUACIÓN DETALLADA POR SU POSIBILIDAD DE TRANSICIÓN DISPLÁSICA DE OTROS PÓLIPOS HIPERPLÁSICOS CON UN POTENCIAL NEOPLÁSICO ELEVADO. LOS PÓLIPOS CERRADOS SON UN GRUPO MÁS HETEROGÉNEO DE LO QUE SE PENSABA SIENDO NECESARIO RECONOCER SUS DIFERENTES FORMAS PARA DETECTAR LESIONES PRENEOPLÁSICAS, ASÍ COMO SU TRATAMIENTO ADECUADO Y SEGUIMIENTO DE ESTOS PÓLIPOS.

**MATERIAL Y MÉTODO.** DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO ENVIADO AL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.

**CASO.** PACIENTE MASCULINO DE 64 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA ONCOLÓGICOS NEGATIVOS, ORIGINARIO DE HIDALGO, QUIRÚRGICOS NEGADOS. ACUDE A URGENCIAS POR CUADRO DOLOROSO ABDOMINAL DE 36 HORAS DE EVOLUCIÓN LOCALIZADO EN HIPOGASTRIO VÓMITO, HIPOREXIA, SE DECIDE LAPAROTOMÍA EXPLORADORA SIN EVIDENCIA DE PATOLOGÍA MACROSCÓPICA SIN HALLAZGOS DE CAUSA APARENTE DEL CUADRO ABDOMINAL, SE REALIZA APENDICECTOMÍA INCIDENTAL.

REPORTE DEFINITIVO HISTOPATOLÓGICO DE PIEZA (APÉNDICE CECAL) CON ADENOMA CERRADO DE LA PORCIÓN DISTAL CON DISPLASIA DE ALTO GRADO.

EVOLUCIÓN POSOPERATORIA SATISFACTORIA, SEGUIMIENTO A UN AÑO SIN EVIDENCIA DE LESIÓN.

## TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES

DRA. SILVIA M. ÁLVAREZ MALDONADO,  
DRA. LETICIA ROSAS ZÚNIGA, DR. ALEJANDRO RUIZ JAIME  
ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA, CMN 20 NOV, ISSSTE

**CASO CLÍNICO.** PACIENTE DE 14 A CON DX, TUMOR DE TIBIA PROXIMAL IZQUIERDA DE 8 MESES DE EVOLUCIÓN, CON ANTECEDENTE DE TRAUMA DIRECTO SOBRE RODILLA IZQUIERDA, PRESENTA AUMENTO DE VOLUMEN Y DOLOR DE INTENSIDAD MODERADA, POSTERIORMENTE CONSTANTE DE INTENSIDAD CRECIENTE. ES ESTUDIADO CON RX DE RODILLA MENSUALES Y TX CON AINES SIN MEJORÍA. ES ENVIADO AL CMN POR LESIÓN RX SIMPLE DE RODILLA DERECHA TIBIA DERECHA, ENCONTRÁNDOSE LESIÓN EN SACABOCADO DE APROX 1 CM EN MESETA MEDIAL CON APARENTE LEVANTAMIENTO PERIÓSTICO.

TAC CON EVIDENCIA DE LESIÓN LÍTICA EN EPÍFISIS DE TIBIA DE BORDES MAL DEFINIDOS, EXPANSIVA. RASTREO ÓSEO FRANCAMENTE POSITIVO. FA 771. SE PRESENTA EN SESIÓN CONJUNTA CON ORTOPEDIA QUIENES DESCRIBEN LESIÓN QUISTICA LOCULADA EN PATILLO TIBIAL IZQUIERDO QUE AMERITA BIOPSIA PROGRAMÁNDOSE Y REALIZÁNDOSE CON TREFINA Y POR CURETAJE TIBIAL CON DESCRIPCIÓN DE MÚLTIPLES FRAGMENTOS IRREGULARES DE COLOR CAFÉ NARANJA DE ASPECTO ESPONJOSO Y CONSISTENCIA BLANDA CON ZONAS BLANDAS PÉTREAS CON RHP TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES DE HUESO. EL PACIENTE RECIBE MANEJO CON RESECCIÓN POR CURETAJE CON PRESERVACIÓN DEL CARTÍLAGO DE CRECIMIENTO CON COLOCACIÓN DE AOLOINJERTO DE BOVINO. ACTUALMENTE EN VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO. EL TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES ES UNO DE LOS MÁS COMUNES TUMORES DE HUESO. AFECTA TÍPICAMENTE A MUJERES DE ENTRE 20 Y 50 AÑOS. RADIOGRÁFICAMENTE SON LESIONES GEOGRÁFICAS, LÍTICAS, EXCÉNTRICAS, SUBCONTRALES Y EPIFISIARIAS SIN BORDES ESCLERÓTICOS.

SON LESIONES BENIGNAS LOCALMENTE AGRESIVAS CON POTENCIAL MALIGNO QUE PRESENTAN RECURRENCIA LOCAL FRECUENTE (50%), CON UN RIESGO DE METÁSTASIS PULMONARES 2 A 6%, QUE PUEDEN PRESENTAR INVASIÓN VASCULAR (TROMBOS TUMORALES), ASÍ COMO SIEMBRA DURANTE LA CIRUGÍA. EXISTEN DIFERENTES ABORDAJES QUIRÚRGICOS PARA EL MANEJO DE ESTAS LESIONES QUE INCLUYEN RESECCIONES INTRALESIONALES (CURETAJE) HASTA LA RESECCIÓN AMPLIA; SIN EMBARGO, NO EXISTE UN CONSENSO SOBRE EL MANEJO DE ADYUVANTES COMO PERÓXIDO DE HIDRÓGENO AL 3% O EL FENOL AL 88%. EL TRATAMIENTO DE CADA CASO DEBE SER INDIVIDUALIZADO. LA REMOCIÓN ÓSEA REQUIERE DE RECONSTRUCCIÓN QUE INCLUYE DESDE EL USO DE POLIMETILMETACRILATO (CEMENTACIÓN) QUE SE CONSIDERA TAMBIÉN ADYUVANTE, SOLO O COMBINADO CON EL USO DE INJERTOS ÓSEOS DESDE AUTOINJERTOS DE CRESTA ILÍACA HASTA INJERTO DE BOVINO, CON O SIN FIJACIÓN INTERNA, INCLUSO INJERTOS OSTEOARTICULARES ALOGRÁFICOS.

UN MANEJO ADECUADO ES AQUEL QUE INCLUYE UNA PRESERVACIÓN DEL HUESO AFECTADO CON RESULTADOS FUNCIONALES ACEPTABLES, ASÍ COMO UNA INCIDENCIA BAJA DE RECURRENCIAS LOCALES.

### BIBLIOGRAFÍA

- WARD W, LI G. CUSTOMIZED TREATMENT ALGORITHM FOR GIANT CELL TUMOR OF BONE REPORT OF A SERIES. CL ORTHOP 2002;397: 259-270.
- MORI Y, TSUCHIYA H, KARITA M, NONORUMA A, ET AL. MALIGNANT TRANSFORMATION OF GIANT CELL TUMOR 25 YEARS AFTER INITIAL TREATMENT. CL ORTHOP 2000; 381: 191.

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON MASAS MEDIASTINALES

DR. CARLOS DAVID ESCOBEDO URIBE, DR. MARIO AURELIO MARTÍNEZ JIMÉNEZ, DR. OSCAR DE JESÚS PÉREZ RAMÍREZ, DR. ARTURO GUEL PAÑOLA, DR. EMILIO GÁMEZ UGALDE.  
DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA. HOSPITAL CENTRAL "DR. IGNACIO MORONES PRIETO" SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.

**INTRODUCCIÓN.** EL ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LOS PACIENTES CON MASAS MEDIASTINALES REPRESENTA UN RETO PARA EL CLÍNICO PUES EXISTE UNA GRAN VARIEDAD DE PATOLOGÍA QUE SUELE PRESENTARSE INICIALMENTE COMO MASAS MEDIASTINALES.

**OBJETIVO.** CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y LOS DIAGNÓSTICOS HISTOLÓGICOS MÁS FRECUENTES DE LOS PACIENTES CON MASAS MEDIASTINALES EN NUESTRA INSTITUCIÓN.

**MATERIAL Y MÉTODO.** SE REALIZÓ UNA REVISIÓN DE 36 PACIENTES QUE SE PRESENTARON CON MASAS MEDIASTINALES CORROBORADAS POR ESTUDIOS DE IMAGEN, ENTRE ENERO DE 1998 Y ABRIL DE 2005. SE REALIZÓ DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO MEDIANTE BIOPSIA DE LA LESIÓN. CON EDADES ENTRE 3 Y 62 AÑOS DE EDAD, DE LOS CUALES 24 FUERON VARONES Y 12 MUJERES.

**RESULTADOS.** 26 (72%) PACIENTES SE PRESENTARON CON DISNEA, 17 (47%) CON TOS, 16 (44%) CON FIEBRE Y SÓLO 4 (11%) CON SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR. EL SITIO DE LOCALIZACIÓN MEDIASTINAL MÁS FRECUENTE FUE EL ANTERIOR, SEGUIDO DEL MEDIO Y EL MENOS FRECUENTE FUE EL POSTERIOR.

LOS DIAGNÓSTICOS HISTOLÓGICOS FUERON: TUMORES DEPENDIENTES DE TIMO 11 (30%), LINFOMA 10 (27%), TUMORES GERMINALES 9 (25%), NEUROGÉNICO 1 (2.7%), MESENQUIMATOSO 1 (2.7%), OTROS 4 (11.1%).

**DISCUSIÓN.** NUESTROS HALLAZGOS CORRELACIONAN EN CUANTO A LOCALIZACIÓN CON LO INFORMADO EN OTRAS SERIES, EN NUESTRA CASUÍSTICA LAS LESIONES DEPENDIENTES DEL TIMO Y LOS LINFOMAS SON LAS LESIONES MÁS FRECUENTES, ENCONTRAMOS UNA BAJA FRECUENCIA DE LESIONES QUISTICAS Y TUMORES NEUROGÉNICOS EN COMPARACIÓN CON OTROS CENTROS, YA QUE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN NUESTRA SERIE SON EN SU MAYORÍA ADULTOS.

EN LA ACTUALIDAD LAS TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS PERMITEN UNA MEJOR LOCALIZACIÓN DE LAS LESIONES, FACILITANDO EL ABORDAJE DIAGNÓSTICO DE ESTAS PATOLOGÍAS, EL CONOCER LAS PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DE NUESTRO MEDIO NOS PERMITE UN ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO MÁS ESPECÍFICO EN NUESTROS PACIENTES.

## CIRUGÍA RADICAL VS CIRUGÍA CONSERVADORA Y RADIOTERAPIA EN SARCOMAS DE TEJIDOS BLANDOS

DR. JOSÉ ALEJANDRO QUINTANA OCAMPO,  
DR. EZEQUIEL HERRERA MEDINA  
HOSPITAL REGIONAL DE ESPECIALIDADES NO. 25 IMSS

**ANTECEDENTES.** EL PILAR PRINCIPAL DEL MANEJO DE LOS SARCOMAS DE TEJIDOS BLANDOS EN EXTREMIDADES RADICA EN LA EXCISIÓN QUIRÚRGICA. LA RESECCIÓN MÁS EXTENSA CLARAMENTE ES LA AMPUTACIÓN, LA CUAL FUE DURANTE MUCHOS AÑOS EL TRATAMIENTO TRADICIONAL. CON EL ADVENIMIENTO DE LA TERAPIA MULTIDISCIPLINARIA, UNA MAYOR CANTIDAD DE PACIENTES PUDIERON PRESERVAR LA EXTREMIDAD; ASÍ, LA EXCISIÓN AMPLIA SEGUIDA DE RADIOTERAPIA ADYUVANTE Y QUIMIOTERAPIA SISTÉMICA HA PROPORCIONADO RESULTADOS EQUIVALENTES AL MANEJO RADICAL.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** SE ESTUDIARON PACIENTES DE AMBOS SEXOS DE 16 A 99 AÑOS CON SARCOMAS DE TEJIDOS BLANDOS EN EXTREMIDADES QUE FUERON MANEJADOS CON CIRUGÍA RADICAL O CIRUGÍA CONSERVADORA CON RADIOTERAPIA, DURANTE ENERO DE 1997 HASTA AGOSTO DEL 2004. SE VALORÓ MORBILIDAD Y RECURRENCIA ASOCIADA AL MANEJO, ASÍ COMO SU CALIDAD DE VIDA, LA CUAL SE VALORÓ CON EL TEST EUROQOL 5D.

**RESULTADOS.** TREINTA Y OCHO PACIENTES CUMPLIERON LOS CRITERIOS DE SELECCIÓN, 24 PACIENTES CON CIRUGÍA CONSERVADORA Y 14 CON RADICAL; PARA LA MORBILIDAD SE IDENTIFICÓ UN RIESGO RELATIVO (RR) DE 1.89 CON INTERVALO DE CONFIANZA (IC) AL 95% DE 0.61-5.8, CON UNA PRUEBA EXACTA DE FISHER 0.33, POR LO QUE ES NO SIGNIFICATIVO; CON RESPECTO A LA RECURRENCIA IDENTIFICAMOS UN RIESGO RELATIVO (RR) DE 4.71 CON INTERVALO DE CONFIANZA (IC) AL 95% DE 0.67-33.3, CON UNA PRUEBA EXACTA DE FISHER DE 0.07, POR LO QUE RESULTÓ SER UNA DIFERENCIA NO SIGNIFICATIVA.

**CONCLUSIÓN.** EL GRUPO DE CIRUGÍA CONSERVADORA Y RADIOTERAPIA DEMOSTRÓ TENER MENOS PROBLEMAS CON RESPECTO A SU CALIDAD DE VIDA QUE EL GRUPO DE CIRUGÍA RADICAL.

## DEBILIDAD GENERALIZADA, PÉRDIDA DE PESO, DESGASTE, HIPOTENSIÓN, EN UNA MUJER JOVEN, ESTAMOS HABLANDO DE UNA NEOPLASIA O DE UNA ENFERMEDAD BENIGNA. CASO CLÍNICO

SÁNCHEZ MARTÍNEZ TEMOC J.S., LARIOS CASILLAS ROBERTO,  
ARIAS NOVOA MANUEL, MORALES GONZÁLEZ FERMÍN  
HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIO ALCALDE"  
INSTITUTO JALISCIENSE DE CANCEROLOGÍA.  
GUADALAJARA, JALISCO, MÉXICO

EL SÍNDROME DE CONN ES UNA PRODUCCIÓN EXCESIVA DE ALDOSTERONA O SUS NIVELES PLASMÁTICOS QUE CAUSAN HIPERTENSIÓN ARTERIAL, CONSIDERADA UNA ENFERMEDAD RARA QUE SE DIAGNOSTICA ENTRE 0.2 AL 2% DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS, EN MÉXICO DESCONOCEMOS SU INCIDENCIA, LAS CAUSAS DEL SÍNDROME DE CONN (ALDOSTERONISMO) PUEDEN SER PRIMARIAS DEBIDO A UN ADENOMA PRODUCTOR DE ALDOSTERONA, SEGUIDA DE HIPERPLASIA IDIOPÁTICA Y CARCINOMA O SECUNDARIA QUE SE DEBE A UNA ESTENOSIS DE LA ARTERIA RENAL, CIRROSIS O DISMINUCIÓN DE LA PERFUSIÓN RENAL, EL ALDOSTERONISMO PRIMARIO SE DEFINE CON LOS SIGUIENTES CRITERIOS, HIPERTENSIÓN, HIPOCALEMIA, HIPERALDOSTERONISMO Y DISMINUCIÓN DE LA RENINA CON LOS SÍNTOMAS CLÍNICOS ASOCIADOS QUE SON DEBILIDAD, CALAMBRES POLIDIPSIA Y POLIURIA; ESTABLECIENDO EL DIAGNÓSTICO SE DEBE DEFINIR SI SE TRATA DE UNA HIPERPLASIA IDIOPÁTICA CONTRA UN TUMOR ADRENAL PRODUCTOR DE ALDOSTERONA. PRESENTAMOS UN CASO CLÍNICO DE UNA MUJER DE 32 AÑOS CON ANTECEDENTE DE UN EMBARAZO QUE CURSA CON ECLAMPSIA EN EL SEGUNDO TRIMESTRE, OVITO Y UNA HISTORIA DE 6 MESES DE DEBILIDAD GENERALIZADA, PÉRDIDA DE PESO, VÓMITO E HIPOTENSIÓN CON LA PRESENCIA DE UNA TUMORACIÓN SUPRARRENAL HIPOCALEMIA SEVERA HIPERALDOSTERONISMO. SE COMENTA SU EVALUACIÓN Y ABORDAJE, ASÍ COMO LA REVISIÓN DE LA LITERATURA.

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PALIATIVO DE LIPOSARCOMA GIGANTE DE RETROPERITONEO (TRPT)

ROBERTO HERNÁNDEZ PEÑA, ARTURO LAVÍN LOZANO, RAMÍREZ-BOLLAS JULIO, ALBORES-ZÚNIGA OLIVER, MARIO CUÉLLAR, HÉCTOR MARTÍNEZ SAÍD, ALEJANDRO PADILLA ROSIANO  
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA, MÉXICO. CIUDAD DE MÉXICO, D. F.

**CASO CLÍNICO.** FEMENINO DE 30 AÑOS DE EDAD. CON EL ANTECEDENTE DE CIRUGÍA PREVIA HACE 5 AÑOS POR TUMORACIÓN PÉLVICA. ACUDE POR AUMENTO DE VOLUMEN ABDOMINAL, HASTA SER DE 40 CM DE DIÁMETRO, CON SINTOMATOLOGÍA DE SACIEDAD TEMPRANA, CONSTIPACIÓN. AL EF ABDOMEN CON AUMENTO DE VOLUMEN POR LESIÓN TUMORAL DE 40 X 30 CM DE DIÁMETRO, FIJA, NO DOLOROSA, AHULADA. TAC CON REPORTE DE MASA HETEROGÉNEA, CON DENSIDAD DE TEJIDO GRASO, QUE DESPLAZA TODAS LAS ESTRUCTURAS ABDOMINALES. SE SOMETE A LAPAROTOMÍA EXPLORADORA ENCONTRANDO UNA LESIÓN RETROPERITONEAL DE 50 CM DIÁMETRO APROXIMADAMENTE CON INFILTRACIÓN A COLÓN DERECHO Y RIÑÓN. SE REALIZA RESECCIÓN DEL TUMOR CON HEMICOLECTOMÍA DERECHA + NEFRECTOMÍA DERECHA + ILEOSTOMÍA. EL REPORTE HISTOPATOLÓGICO FUE DE LIPOSARCOMA DESDIFERENCIADO DE 60X40X20 CM.

LA PACIENTE SE HA MANTENIDO EN VIGILANCIA HASTA LA FECHA SIN DATOS DE RECURRENCIA A 6 MESES DE LA CIRUGÍA.

**COMENTARIO.** LOS TRPT COMPRENEN EL 10 AL 15% DE LOS SARCOMAS DE TEJIDOS BLANDOS, LOS CUALES CONSTITUYEN EL 1% DE LAS NEOPLASIAS MALIGNAS. EL LIPOSARCOMA ES EL SARCOMA MÁS FRECUENTE EN LOS ADULTOS CON UN PICO DE INCIDENCIA ENTRE 40 Y 60 AÑOS DE EDAD. LOS LIPOSARCOSAS SON TUMORES DE CRECIMIENTO LENTO QUE LLE-

GAN A ALCANZAR GRANDES MEDIDAS, E INFILTRAR A DIFERENTES ÓRGANOS; SIN EMBARGO, LAS DIMENSIONES, LA INFILTRACIÓN A DIFERENTES ÓRGANOS NO DEBE SER UNA CONTRAINDICACIÓN PARA LA RESECCIÓN COMPLETA DE ESTAS LESIONES, A MENOS QUE INVOLUCRE ESTRUCTURAS VITALES. YA QUE EL TRATAMIENTO ADYUVANTE SE HA VISTO QUE ES INEFECTIVO PARA CURAR A ESTOS PACIENTES, SIENDO LA CIRUGÍA EL MEJOR TRATAMIENTO.

## CISTADENOMA MUCINOSO DE PÁNCREAS

LAVÍN-LOZANO ARTURO JAVIER, RAMÍREZ-BOLLAS J, HERNÁNDEZ-PEÑA R, ALBORES-ZÚÑIGA O, PADILLA-ROSCIANO A, CUÉLLAR-HUBBE M, MARTÍNEZ-SAÍD H.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA, MÉXICO. CIUDAD DE MÉXICO, D. F.

**CASO CLÍNICO.** FEMENINO DE 32 AÑOS DE EDAD. SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA. ACUDE POR DISTENSIÓN ABDOMINAL Y AUMENTO DEL PERÍMETRO ABDOMINAL A NIVEL DEL EPIGASTRIO. AL EF BUENAS CONDICIONES GENERALES, CON AUMENTO DE PERÍMETRO ABDOMINAL, CON MASA A NIVEL DE EPIGASTRIO E HIPOCONDRIO IZQUIERDO, DE CONSISTENCIA BLANDA, NO DOLOROSA.

TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA CON LESIÓN QUISTICA, MULTIOBULADA LA CUAL RECHAZA LAS ASAS INTESTINALES HACIA EL LADO DERECHO, CON PAREDES BIEN DELIMITADAS SIN AFECCIÓN A RIÑÓN IZQUIERDO, EL PÁNCREAS NO SE PUEDE DELIMITAR ADECUADAMENTE. CA 125 DE 10.

SE SOMETE A CELIOTOMÍA EXPLORADORA EL 8/10/2004 CON HALLAZGOS DE NEOPLASIA QUISTICA DE 20X20 CM. DEPENDIENTE DE LA COLA DEL PÁNCREAS, ENVIADA A ETO CON REPORTE DE NEGATIVO A MALIGNIDAD.

LA DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA DE LA PIEZA QUIRÚRGICA REPORTA: LESIÓN MULTIQUISTICA DE 19X16X5 CM, LA SUPERFICIE EXTERNA ES BLANCO NACARADA CON ZONAS VIOLÁCEAS, PRESENTA DOS ÁREAS SÓLIDAS AMARILLO LOBULADAS, LA MAYOR DE 7X4.5 CM Y LA MENOR DE 6X3X2.5 CM. EL RESULTADO HISTOPATOLÓGICO DEFINITIVO ES: CISTADENOMA MUCINOSO DE PÁNCREAS. SE MANTIENE EN CONTROL Y TIENE US ABDOMINAL DEL 30 DE MAYO DEL PRESENTE SIN DATOS DE AT.

**COMENTARIO.** LOS TUMORES QUISTICOS DEL PÁNCREAS SON POCO COMUNES Y REPRESENTAN EL 1% DE TODAS LAS NEOPLASIAS PANCRÉATICAS. EL CISTADENOMA MUCINOSO Y EL CISTADENOCARCINOMA, JUNTO CON LAS NEOPLASIAS PAPILARES-MUCINOSAS INTRADUCTALES, REPRESENTAN LA MAYORÍA DE ESTAS LESIONES. LOS TUMORES PRODUCTORES DE MUCINA SE PUEDEN ORIGINAR DE LOS CONDUCTOS PERIFÉRICOS COMO DEL CONDUCTO PANCRÉATICO PRINCIPAL. ESTE GRUPO DE NEOPLASIAS TIENE UN COMPORTAMIENTO BENIGNO, PERO PUEDEN SER POTENCIALMENTE MALIGNAS CON UN COMPORTAMIENTO MUY AGRESIVO. LA PRESENTACIÓN ES MÁS FRECUENTE EN PACIENTES JÓVENES DEL SEXO FEMENINO.

## LIPOSARCOMA DESDIFERENCIADO CON REACCIÓN LEUCEMOIDE COMO SÍNDROME PARANEPLÁSICO

LAVÍN-LOZANO ARTURO JAVIER, RAMÍREZ-BOLLAS J, HERNÁNDEZ-PEÑA R, ALBORES-ZÚÑIGA O, PADILLA-ROSCIANO A, CUÉLLAR-HUBBE M, MARTÍNEZ-SAÍD H, PÉREZ-CASTRO J.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA, MÉXICO. CIUDAD DE MÉXICO, D. F.

**CASO CLÍNICO.** MASCULINO DE 72 AÑOS DE EDAD. SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA. ACUDE POR AUMENTO DE VOLUMEN ABDOMINAL A NIVEL DE UN AÑO DE EVOLUCIÓN. AL EF CON TUMOR EN FLANCO DERECHO DESDE LA CICATRIZ UMBILICAL HASTA EL REBORDE COSTAL. TAC ABDOMINAL CON TUMOR RETROPERITONEAL A NIVEL SUBHEPÁTICO QUE RECHAZA AL RIÑÓN IPSOLATERAL Y ASAS INTESTINALES, SE ENCUENTRA EN ÍNTIMO CONTACTO CON EL BORDE INFERIOR DEL HÍGADO. RESTO DE ESTUDIOS DE EXTENSIÓN (-).

EL 13/07/2004 SE SOMETE A CELIOTOMÍA EXPLORADORA CON RESECCIÓN DE TUMOR RETROPERITONEAL REPORTANDO COMO HALLAZGOS: TUMOR DE 30X25X25 CM. EL RHP: LIPOSARCOMA DESDIFERENCIADO, ORIGINADO DE UN LIPOSARCOMA ESCLEROSANTE, TAMAÑO DEL TUMOR 24X23X16 CM.

EL 01/09/2004 REINGRESA POR MAL ESTADO GENERAL. SE REALIZAN ESTUDIOS ENCONTRANDO LEUCOCITOSIS DE 99 000, CON 97.5% DE NEUTRÓFILOS. DHL 353. EL PACIENTE PRESENTA DETERIORO IMPORTANTE CON DISTENSIÓN ABDOMINAL LOCALIZANDO LÍQUIDO LIBRE EN CAVIDAD, POR LO QUE SE DECIDE SOMETER A CELIOTOMÍA EXPLORADORA POR ABDOMEN AGUDO EL 03/09/2005 CON HALLAZGOS DE LÍQUIDO LIBRE EN CAVIDAD NO FÉTIDO, CON SARCOMATOSIS EN RETROPERITONEO, RAÍZ DE MESENTERIO Y EN TODAS LAS SUPERFICIES VISCERALES SIN EVIDENCIA DE PATOLOGÍA ABDOMINAL AGUDA. PASA A TERAPIA INTENSIVA DONDE EL 4/09/05 SE REALIZA NUEVA BH CON REPORTE DE 125,000 LEUCOCITOS CON 96% DE NEUTROFILIA Y CON CALCIO SÉRICO DE 19.1. EL PACIENTE FALLECE ESE MISMO DÍA.

**COMENTARIO.** DESCRIBIMOS EL CASO DE UN PACIENTE CON UN LIPOSARCOMA DESDIFERENCIADO ORIGINADO DE UN LIPOSARCOMA ESCLEROSANTE ASOCIADO A REACCIÓN LEUCEMOIDE COMO SÍNDROME PARANEPLÁSICO. SÓLO SE HAN REPORTADO 4 CASOS EN LA LITERATURA. EN EL 75% LA RESECCIÓN LLEVA A LA RESOLUCIÓN DE LA REACCIÓN LEUCEMOIDE. SE HA INVOLUCRADO MUCHAS CITOCINAS (G-CSF, IL-6, IL-7, IL-8 Y IFN).

## LEIOMIOSARCOMA PRIMARIO DE PÁNCREAS, EL CASO 23 DE LA LITERATURA MUNDIAL

MEDINA-CASTRO JUAN MANUEL, LEVER-ROSAS C, RUIZ-MOLINA JM, VELA T, RAMÍREZ-BOLLAS J, HERNÁNDEZ-PEÑA R.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA, MÉXICO. CIUDAD DE MÉXICO, D. F.

**CASO CLÍNICO.** MASCULINO DE 47 AÑOS DE EDAD, INGRESADO POR TUMOR DE CABEZA DE PÁNCREAS DE 6 MESES DE EVOLUCIÓN CON DOLOR EPIGÁSTRICO TRANSFECTIVO Y PÉRDIDA DE PESO DE 6 KG EN 4 MESES. AL EF ABDOMEN CON DOLOR A LA PALPACIÓN EN ZONAS Y PUNTOS PANCRÉATICOS, EVA 6, NÁUSEA SIN LLEGAR AL VÓMITO, PALIDEZ SIN ICTERICIA. TAC CON REPORTE DE TUMOR EN CABEZA DE PÁNCREAS, DE 3 CM, SIN METÁSTASIS A DISTANCIA, NI INVOLUCRO VASCULAR. SE REALIZA CPRE PARA CEPILLADO Y BIOPSIA PRESENTÁNDOSE 4

DÍAS DESPUÉS CON DOLOR ABDOMINAL EVA 9, DESHIDRATACIÓN, ICTERICIA, SRIS. INGRESA A LA UTI PARA ESTABILIZACIÓN LLEVÁNDOSE A LAPAROTOMÍA CON HALLAZGOS DE TUMOR DE CABEZA DE PÁNCREAS DE 6 CM, MÚLTIPLES IMPLANTES RETROPERITONEALES, CON ETO DE NEOPLASIA FUSOCELULAR. EL PACIENTE FALLECE POR FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE 12 HORAS POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO. EL REPORTE HISTOPATOLÓGICO DEFINITIVO Y POST MORTEM DE LEIOMIOSARCOMA PRIMARIO DE PÁNCREAS CON IHQ POSITIVA PARA LEIOMIOSARCOMA.

**COMENTARIO.** SE REPORTA EL CASO NÚMERO 23 DE LA LITERATURA MUNDIAL DE LEIOMIOSARCOMA PRIMARIO DE PÁNCREAS, SIENDO EL PRIMER REPORTE DE ROSS EN 1951. LA MAYOR SERIE REPORTADA ES DE 5 CASOS POR BAYLOR Y BERG EN 1973 Y EL ÚLTIMO DE NESI EN EL 2000. EL RANGO DE EDADES DE LOS 23 CASOS OSCILA ENTRE 14 Y 80 AÑOS. LA DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO ES SEMEJANTE EN VARONES COMO MUJERES Y EL DATO CLÍNICO PIVOTE HA SIDO EL DOLOR ABDOMINAL. EN 9 CASOS INCLUYENDO EL NUESTRO, SE HA PRESENTADO EL TUMOR EN LA CABEZA DEL PÁNCREAS SÓLO EN 4 CASOS, CON EL NUESTRO, NO SE HA PODIDO RESECAR EL TUMOR Y LA MAYOR SUPERVIVENCIA ES DE 10 AÑOS REPORTADA POR OWEN EN 1997 POSTERIOR A PANCREATODUODENECTOMÍA; MIENTRAS QUE LA MÁS CORTA POSTERIOR A TRATAMIENTO QUIRÚRGICO HA SIDO DE 9 MESES REPORTADA POR CARDAL EN 1976. ESTA NEOPLASIA OCUPA MENOS DEL 0.1% DE LAS NEOPLASIAS DE PÁNCREAS SEGUN REPORTA BAYLOR. EL ÍNDICE MITÓTICO ES EL QUE PREDICE EL COMPORTAMIENTO DE LA NEOPLASIA SEGUN SANO, GOLEEN Y SCOUT. AUNQUE EL NÚMERO DE CASOS ES PEQUEÑO SE APRECIA LO AGRESIVO DE LA NEOPLASIA Y LA POSIBILIDAD DE RESECCIÓN ES LA ÚNICA POSIBILIDAD DE SUPERVIVENCIA.

## ANGIOSARCOMA PRIMARIO DE BAZO

RUIZ-MOLINA JUAN MANUEL, RAMÍREZ-BOLLAS JULIO, LAVÍN-LOZANO AJ, ROMERO-HUESCA A, LEVER-ROSAS CD, ALBORES-ZÚÑIGA O, LUMBI-RAMÍREZ NJ.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA, MÉXICO. CIUDAD DE MÉXICO, D. F.

**CASO.** PACIENTE MASCULINO DE 50 AÑOS CONOCIDO EN EL INSTITUTO CON ESPLENOMEGALIA EN ESTUDIO, ASOCIADO CON DOLOR EN HEMIABDOMEN IZQ. POR LO CUAL SE ENVIÁ AL INSTITUTO. A LA EXPLORACIÓN FÍSICA SE OBSERVA EN CUELLO ADENOPATÍAS PEQUEÑAS, AXILA DER. CON GANGLIOS DE 1 CM, CARDIOPULMONAR SIN ALTERACIONES, ABDOMEN CON TUMOR DEPENDIENTE DE BAZO QUE ABARCA EPIGASTRIO, HIPOGASTRIO, MESOGASTRIO, FLANCO Y FOSA ILIACA IZQUIERDOS. SE REALIZA BIOPSIA DE ADENOPATÍA CERVICAL, LA CUAL ES NEGATIVA (HIPERPLASIA LINFOIDE MIXTA). POR LO CUAL SE DECIDE REALIZA ESPLENECTOMÍA, CON TOMA DE BIOPSIAS DE LESIONES HEPÁTICAS Y CON ACTIVIDAD GANGLIONAR, EVOLUCIONÓ SIN COMPLICACIONES. EL RHP: AGIOSARCOMA G III CON METÁSTASIS A PARÉNQUIMA HEPÁTICO, CON 2 DE 2 GANGLIOS LINFÁTICOS DEL HILIO ESPLÉNICO CON HIPERPLASIA SINUSAL. SE REALIZAN ESTUDIOS DE EXTENSIÓN Y SE CONCLUYE CON ENFERMEDAD HEPÁTICA, ÓSEA, PLEURA, PULMÓN Y MÉDULA ÓSEA. SE EVALÚA POR ONCOLOGÍA MÉDICA QUIEN DECIDE TRATAMIENTO A BASE DE PLATINO, ADRIAMICINA. PRESENTA TOXICIDAD HEMATOLÓGICA Y DETERIORO GENERAL, POR LO CUAL DESPUÉS DE 2 CICLOS SE DEJA EN VIGILANCIA.

**COMENTARIO.** EL ANGIOSARCOMA PRIMARIO DE BAZO ES UNA NEOPLASIA POCO FRECUENTE, LOS RANGOS DE EDAD VAN DESDE LOS 19 HASTA LOS 98 AÑOS DE EDAD, SE ACOMPAÑAN DE ALTERACIONES HEMATOLÓGICAS, ASÍ COMO ENFERMEDAD METASTÁSICA HEPÁTICA. EXISTEN REPORTES DE RUPTURA ESPLÉNICA SECUNDARIA A ANGIOSARCOMA. EL DIAGNÓSTICO SÓLO SE PUEDE REALIZAR POR CIRUGÍA. SE PUEDE SOSPECHAR EL DIAGNÓSTICO DE ACUERDO A LAS IMÁGENES POR RMN. LA HISTOLOGÍA SE DEBE CONFIRMAR POR REACCIONES DE INMUNOHISTOQUÍMICA. EL PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD ES POBRE. TRATAMIENTO CON QT Y/O RT NO MEJORAN LOS RESULTADOS NI EL PRONÓSTICO.

## PRESENTACIÓN INTRAPULMONAR DE CONDROSARCOMA MIXOIDE EXTRAESQUELÉTICO DE ALTO GRADO

DR. JAVIER ARAUJO MELÉNDEZ, DR. OSCAR DE JESÚS PÉREZ RAMÍREZ, DR. ARTURO GUEL PAÑOLA, DR. EMILIO GÁMEZ UGALDE, DR. REYNALDO FALCÓN ESCOBEDO

DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA Y DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA. HOSPITAL CENTRAL "DR. IGNACIO MORONES PRIETO" SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.

**ANTECEDENTES.** EL CONDROSARCOMA MIXOIDE EXTRAESQUELÉTICO ES UNA MUY RARA NEOPLASIA DE TEJIDOS BLANDOS DESCRITA POR SCOUT Y VERNER EN 1953. EN GENERAL SON NEOPLASIAS DE CRECIMIENTO LENTO Y TIENEN PRONÓSTICO FAVORABLE, SON RARAS LAS METÁSTASIS, DEBIDO A SU NATURALEZA Y LOCALIZACIÓN ANATÓMICA. LA MAYORÍA DE ESTOS TUMORES SON DETECTADOS A LA EXPLORACIÓN FÍSICA EN LAS EXTREMIDADES, EN LA LITERATURA REVISADA NO EXISTE INFORME DE ESTA NEOPLASIA CON PRESENTACIÓN INTRAPULMONAR. PRESENTAMOS A PACIENTE DEL GÉNERO FEMENINO DE 44 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA CON PADECIMIENTO DE TRES MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR PUNZANTE EN BRAZO Y HOMBRO IZQUIERDO, PROGRESIVAMENTE DESARROLLÓ DISNEA MOTIVO POR EL CUAL SOLICITÓ ATENCIÓN MÉDICA.

A LA EXPLORACIÓN FÍSICA CON DISMINUCIÓN DE RUIDOS RESPIRATORIOS EN HEMITÓRAX IZQUIERDO, DISMINUCIÓN DE VIBRACIONES FOCALES EN MISMO LADO, MATIDEZ A LA PERCUSIÓN DE CASI LA TOTALIDAD DEL HEMITÓRAX IZQUIERDO, HEMITÓRAX DERECHO NORMAL, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN FENÓMENOS AGREGADOS. RESTO DE LA EXPLORACIÓN NORMAL. RADIOGRAFÍA DE TÓRAX Y US DE ABDOMEN MUESTRAN LÍQUIDO DE DERRAME PLEURAL EN MODERADA CANTIDAD CON LESIÓN SÓLIDA HETEROGÉNEA EN TÓRAX Y EPIGASTRIO DE BORDES IRREGULARES, RESTO NORMAL. SE TOMÓ TOMOGRAFÍA TORACABDOMINAL QUE MOSTRÓ GRAN MASA PULMONAR DE DENSIDAD HOMOGÉNEA QUE ABARCA CASI LA TOTALIDAD DEL HEMITÓRAX IZQUIERDO, INFILTRA DIAFRAGMA Y CAVIDAD ABDOMINAL.

DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO: CONDROSARCOMA MIXOIDE EXTRAESQUELÉTICO DE ALTO GRADO.

**CONCLUSIÓN.** SE INFORMA UN CASO DE CONDROSARCOMA MIXOIDE EXTRAESQUELÉTICO DE ALTO GRADO, TUMOR POCO COMÚN EN NUESTRO MEDIO EN EL CUAL ADEMÁS CURSÓ CON AFECCIÓN PULMONAR, MANIFESTACIÓN RARA EN ESTA ENFERMEDAD. TENEMOS EL CASO CLÍNICO COMPLETO CON ESTUDIOS DE LABORATORIO Y EXTENSIÓN, ASÍ COMO HISTOPATOLOGÍA Y MICROSCOPIA ELECTRÓNICA.

## DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS GIGANTE. PRESENTACIÓN DE UN CASO

DR. POLANCO SALDÍVAR ANTONIO, DR. ACEVEDO GARCÍA FRANCISCO, DRA. SALAZAR NORMA, DR. CORTÉS LEONARDO.  
CENTRO MÉDICO NACIONAL IGNACIO GARCÍA TÉLLEZ,  
IMSS. MÉRIDA YUCATÁN

**INTRODUCCIÓN.** EL DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS (DFP), ES UNA NEOPLASIA RARA DE TEJIDOS BLANDOS. CONSTITUYE EL 1% DE LOS SARCOMAS, PREDOMINANDO EN VARONES (4:1) ENTRE LOS 20 A 50 AÑOS. ES AGRESIVA LOCALMENTE, AFECTA TRONCO Y EXTREMI-DADES PROXIMALES. BAJO POTENCIAL METASTÁSICO. ES UNA LESIÓN LOBULADA DE TAMAÑO VARIABLE. SU TRATAMIENTO ES QUIRÚRGICO Y/O RADIOTERAPIA.

**OBJETIVO.** PRESENTAR EL CASO DE UN PACIENTE DE 46 AÑOS CON DFP RECURRENTE EN PERINÉ.

**MÉTODOS (INFORME DEL CASO).** INICIA HACE OCHO AÑOS POSTERIOR A TRAUMATISMO EN GLÚTEO IZQUIERDO CON TUMORACIÓN LOBULADA Y DOLOR. RESECADO EN TRES OCASIONES. NUEVA RECURRENCIA, ENCONTRÁNDOSE ACTUALMENTE CON TUMOR DE 50 X 70 CM INVOLUCRANDO GLÚTEO IZQUIERDO Y PERINÉ. SE SOMETE A RESECCIÓN AMPLIA CON ROTACIÓN DE COLGAJOS Y COLOSTOMÍA.

**RESULTADOS.** RESECCIÓN DE TUMOR DE 4.5 KILOGRAMOS EXTENDIDO A TODO EL PERINÉ QUE COMPROMETE MÚSCULOS Y FASCIAS, CON REPORTE HISTOPATOLÓGICO DE: DERMATOFIBROSARCOMA MODERADAMENTE DIFERENCIADO CON BORDE QUIRÚRGICO INFERIOR POSITIVO.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.** EL DFP ES UNA NEOPLASIA MALIGNA DE BAJO GRADO QUE RARAMENTE METASTATIZA SIENDO EL PULMÓN EL SITIO MÁS FRECUENTE, TIENDE A RECURRIR EN PARTICULAR SI NO SE OBTIENEN MÁRGENES LIBRES POR LO MENOS DE TRES CENTÍMETROS. EL TRATAMIENTO ÓPTIMO ES LA RESECCIÓN AMPLIA CON MÁRGENES LIBRES PREFERENTEMENTE CON MICROCIURUGÍA DE MOHS Y RADIOTERAPIA COMPLEMENTARIA. RECURRENCIA ENTRE UN 20 A 60%.

## SARCOMA DE CÉLULAS CLARAS Y GANGLIO CENTINELA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

ALBORES-ZÚÑIGA OLIVER, PADILLA-ROSCIANO A, RAMÍREZ- BOLLAS J, LAVÍN-LOZANO A, HERNÁNDEZ-PEÑA R.  
SERVICIO DE PIEL Y PARTES BLANDAS INSTITUTO NACIONAL DE  
CANCEROLOGÍA. MÉXICO. D.F.

**INTRODUCCIÓN.** EL MÉTODO DE MAPEO LINFÁTICO Y GANGLIO CENTINELA HA DEMOSTRADO SER ÚTIL EN MELANOMAS Y EN CÁNCER DE MAMA ACTUALMENTE SE ESTÁ ESTUDIANDO. ESTA TÉCNICA EN OTROS TUMORES SÓLIDOS. EL GANGLIO CENTINELA SE HA UTILIZADO EN SARCOMA DE CÉLULAS CLARAS CON LA MISMA EFICACIA YA QUE COMPARTE CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS CON EL MELANOMA. SE PRESENTA UN CASO DE SARCOMA DE CÉLULAS CLARAS EN LA QUE SE UTILIZÓ LA TÉCNICA DEL GANGLIO CENTINELA.

**OBJETIVOS.** CONOCER LA UTILIDAD DEL GANGLIO CENTINELA EN LA DETECCIÓN DE METÁSTASIS GANGLIONARES SUBCLÍNICAS DEL SARCOMA DE CÉLULAS CLARAS.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** MASCULINO DE 19 AÑOS CON LESIÓN ULCERADA Y CICATRIZ POR BIOPSIA PREVIA A NIVEL DE REGIÓN HIPOTENAR DE MANO IZQUIERDA. LA REVISIÓN DE LAMINILLAS REPORTÓ SARCOMA DE CÉLULAS CLARAS. EN INMUNOHISTOQUÍMICA FUERON POSITIVAS VIMENTINA Y PROTEÍNA S-100. CLÍNICAMENTE SIN DATOS DE ENFERMEDAD METASTÁSICA A AXILA IPSOLATERAL. SE REALIZÓ EXCIISIÓN AMPLIA Y GANGLIO CENTINELA UTILIZANDO AZUL PATENTE Y TC-99 RENIO.

**RESULTADOS.** EL GANGLIO CENTINELA FUE POSITIVO. LA DISECCIÓN RADICAL DE AXILA REPORTÓ METÁSTASIS A 3 GANGLIOS DE 21 GANGLIOS LINFÁTICOS AXILARES. EL PACIENTE RECIBIÓ QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE.

**PALABRAS CLAVE:** SARCOMA DE CÉLULAS CLARAS, GANGLIO CENTINELA, QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE.

## SARCOMA SINOVIOL CON EXTENSA FORMACIÓN DE OSTEOIDE Y HUESO COMUNICACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

ALBORES-ZÚÑIGA OLIVER, PADILLA-ROSCIANO A, RAMÍREZ-  
BOLLAS J, LAVÍN-LOZANO A, HERNÁNDEZ-PEÑA R  
SERVICIO DE PIEL Y PARTES BLANDAS, INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

EL SARCOMA SINOVIOL RARA VEZ SE ACOMPAÑA DE FORMACIÓN DE OSTEOIDE Y HUESO, SEMEJANDO AL OSTEOSARCOMA. ESTA NEOPLASIA ES EXTREMADAMENTE RARA, CLÍNICAMENTE PUEDE CONFUNDIRSE CON PATOLOGÍAS BENIGNAS O BIEN OSTEOSARCOMA. EL GRUPO DE EDAD VA DE 19 A 81 AÑOS. EL SARCOMA SINOVIOL FORMADOR DE OSTEOIDE Y HUESO TIENE UN MEJOR PRONÓSTICO QUE EL OSTEOSARCOMA. POR INMUNOHISTOQUÍMICA PUEDE SER POSITIVO A VIMENTINA Y CITOQUERATINAS. LA REACCIÓN EN CADENA DE POLIMERASA ES ÚTIL EN EL DIAGNÓSTICO PARA DIFERENCIARLO DEL OSTEOSARCOMA. EL MANEJO ES LA RESECCIÓN RADICAL. LA RECURRENCIA LOCAL ES MÁS FRECUENTE. LA ADYUVANCIA CON QUIMIOTERAPIA Y/O RADIOTERAPIA NO HA SIDO APROBADA. ACTUALMENTE SÓLO HAY REPORTADOS 7 CASOS. SE PRESENTA UN CASO, EL MANEJO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

**PALABRAS CLAVE:** SARCOMA SINOVIOL, FORMACIÓN DE OSTEOIDE, OSTEOSARCOMA.

## REPORTE DE UN CASO: TUMOR NEUROECTODÉRMICO PRIMITIVO PRIMARIO DE MEDIASTINO TRATADO CON QUIMIO-RADIOTERAPIA CONCOMITANTE

DR. MICHEL BONIFANT CISNEROS, DRA. ARGELIA ROSALES SARACCO, DR. JOAQUIN REINOSO TOLEDO,  
DR. JUAN ALEJANDRO SILVA.  
HOSPITAL DE ONCOLOGÍA, CMN SXXI, DISTRITO FEDERAL, MÉXICO

LOS TUMORES NEUROENDOCRINOS PRIMITIVOS DE MEDIASTINO SON RELATIVAMENTE RAROS Y LA PRESENTACIÓN CLÍNICA SUELE SER DISNEA, TOS, FIEBRE Y PÉRDIDA DE PESO, EN OCASIONES SD. MEDULAR. PRESENTAMOS EL CASO DE MASCULINO DE 24 AÑOS, QUIEN INICIA SU PADECIMIENTO ACTUAL CON DISNEA DE GRANDES ESFUERZOS, TOS SECA EN ACESOS, EDEMA FACIAL Y DISNEA, PROGRESA HASTA HACERSE DE REPOSO, DISFONÍA, PÉRDIDA DE PESO DE 4 KG EN 1 MES.

CLÍNICAMENTE CON ECOG: 3, KARNOFSKY 40%, ORTOPNEA, EDEMA FACIAL Y DE EXTREMI-DADES SUPERIORES, INGURGITACIÓN YUGULAR +++ Y RED VENOSA COLATERAL EN TÓRAX. SE REALIZÓ MEDIASTINOSCOPIA Y TOMA DE BIOPSIA CON REPORTE DE NEOPLASIA DE CÉLU-LAS PEQUEÑAS, REDONDAS Y AZULES QUE POR INMUNOHISTOQUÍMICA SE DIAGNOSTICÓ COMO TUMOR NEUROECTODÉRMICO PRIMITIVO (PNET). POR ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS TAC DE TÓRAX MUESTRA TUMOR MEDIASTINAL CON EXTENSIÓN A PULMÓN DERECHO, PA-RED TORÁCICA POSTERIOR Y ESCÁPULA HOMOLATERALES, COMPRESIÓN TRAQUEAL DEL 80%. SE INICIÓ MANEJO PRIMARIO CON RADIOTERAPIA 45 GY EN 25 FRACCIONES CON TÉCNICA DE 2 CAMPOS, ANTEROPOSTERIOR Y POSTEROANTERIOR A TUMOR PRIMARIO, MEDIASTINO Y HUECOS SUPRACLAVICULARES E INCREMENTÓ CON CAMPOS OBLICUOS HASTA COMPLETAR 64.8 GY EN 36 FX TOTALES. SE AGREGÓ CISPLATINO CONCOMITANTE A LA RA-DIOTERAPIA COMO RADIOSENSIBILIZADOR EN ESQUEMA SEMANAL CALCULADO A 40 MG/ M2 DE SUPERFICIE CORPORAL. ACTUALMENTE, FINALIZADO EL TRATAMIENTO, EL PACIENTE ESTÁ ASINTOMÁTICO, ECOG: 0, CON RESPUESTA CLÍNICA COMPLETA.

**CONCLUSIÓN.** LA PRESENTACIÓN ATÍPICA EN ESTE CASO, NOS ADVIERTE SOBRE EL ESPEC-TRO CLÍNICO DE LOS TUMORES TORÁCICOS DE ESTIRPE NEUROENDOCRINA.

## ADENOCARCINOMA DE GLÁNDULA SALIVAL MENOR QUE DEBUTA CON METÁSTASIS A HÚMERO CONTRALATERAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

DR SANDOVAL TERÁN MARX, DR. HERNÁNDEZ CUÉLLAR,  
DR. MAGALLANES M. MANUEL, DRA. LANDA FERNÁNDEZ ANA M.

**OBJETIVO.** DESCRIPCIÓN DE UN CASO CON PRESENTACION ATÍPICA

**CASO:** FEMENINA 37 AÑOS, SIN ANTECEDENTES. PRESENTA PADECIMIENTO 5 MESES DE EVO-LUCIÓN. AL INGRESO CON FRACTURA PATOLÓGICA DE HÚMERO IZQUIERDO. RADIOGRAFÍAS CON LESIÓN OSTEOLÍTICA IMPORTANTE. SE REALIZA BIOPSIA CON RESULTADO DE ADENOCARCINOMA METASTÁSICO CON ORIGEN EN GLÁNDULA SALIVAL MENOR. TRES ME-SES DESPUÉS PRESENTA GRAN TUMORACIÓN DE CRECIMIENTO ACELERADO (15X13 CM) A NIVEL DE HEMICARA DERECHA, CON TRISMUS Y DISFAGIA, SANGRANTE EN MUCOSA ORAL, SE REALIZA BIOPSIA DE CARRILLO DERECHO CON RESULTADO DE ADENOCARCINOMA, GANGLIOS POSITIVOS EN NIVEL I Y II, NO SIENDO CANDIDATA A TRATAMIENTO QUIRÚRGICO, ENVIADA A RADIO Y QUIMIOTERAPIA. TRATAMIENTO A BASE DE 5FU Y CISPLATINO CON RES-PUESTA DEL PRIMARIO DE 90% AL CUARTO CICLO. AL SEXTO CICLO SE CAMBIA A SEGUNDA LINEA PALIATIVA POR PROGRESIÓN FRANCA CON AUMENTO DE LA TUMORACIÓN Y LESIONES EN PIEL CABELLUDA Y METÁSTASIS PULMONARES.

**COMENTARIO.** LOS TUMORES DE GLÁNDULAS SALIVALES REPRESENTAN EL 4 AL 10% DE LOS TUMORES DE CABEZA Y CUELLO; DE ÉSTOS EL 10% DEPENDE DE GLÁNDULAS SALIVALES MENORES. LOS TUMORES MALIGNOS SE MANIFIESTAN ENTRE LA QUINTA Y SEXTA DÉCADA DE LA VIDA. ES FRECUENTE LA EXTENSIÓN A TEJIDOS ADYACENTES Y GANGLIOS REGIONA-LES Y RARAS LAS METÁSTASIS A DISTANCIA. SON TUMORES RADIORRESISTENTES Y LA QUI-MIOTERAPIA SE RESERVA PARA TUMORES IRRESECCABLES Y CON ENFERMEDAD METASTÁSICA.

## CASO CLÍNICO: COLOCACIÓN DE PLACA DE TITANIO CON CÓNDILO PARA RECONSTRUCCIÓN DE UN PACIENTE MANDIBULECTOMIZADO

DRA. IRLANDA MARTÍNEZ AGUILAR, DRA. MARÍA ELENA  
CRUZ RAMOS, DRA. ABRIL VILLAGÓMEZ, DR. UGALDE,  
DR. MAURICIO TREVIÑO, DR. DAVID TREJO

ESPECIALIDAD DE PRÓTESIS MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL  
GENERAL DE MÉXICO, MÉXICO, D. F.

**ANTECEDENTES.** LAS PATOLOGÍAS QUE SE PRESENTAN EN CAVIDAD ORAL DEJAN COMO CONSECUENCIA ALTERACIONES EN EL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO. EXISTIENDO AFECCIÓN EN LA MASTICACIÓN, DEGLUCIÓN Y FONACIÓN.

LOS DEFECTOS MANDIBULARES PRODUCIDOS DESPUÉS DE UNA MANDIBULECTOMÍA DEJAN SECUELAS DESDE EL PUNTO DE VISTA ESTÉTICO Y FUNCIONAL, CON RETRUSIÓN DEL TERCIO FACIAL INFERIOR Y ASIMETRÍA.

## MEDIDAS BÁSICAS DE PREVENCIÓN BUCODENTAL

DRA. ABRIL GRISEL VILLAGÓMEZ SÁNCHEZ, DRA. MARÍA ELENA CRUZ RAMOS, DRA. IRLANDA MARTÍNEZ AGUILAR  
ESPECIALIDAD DE PRÓTESIS MAXILOFACIAL  
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO. MÉXICO, D. F.

**ANTECEDENTES.** EN LA CAVIDAD BUCAL SE ALOJAN DE 250 A 300 ESPECIES DIFERENTES DE MICROORGANISMOS, QUE CUANDO SE ALTERA SU ECOSISTEMA NOS PUEDEN DAR MANIFESTACIONES BUCALES IMPORTANTES, SOBRE TODO EN PACIENTES QUE SON TRATADOS CON QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA EN CABEZA Y CUELLO, DEBIDO A LAS ALTERACIONES SISTÉMICAS Y LOCALES QUE OCASIONAN.

**OBJETIVO.** PARA QUE UN PACIENTE LLEVE UN BUEN TRATAMIENTO ESTOMATOLÓGICO DEBE SABER QUE ES LO QUE DEBE Y LO QUE NO DEBE DE HACER, Y HACER DE SU CONOCIMIENTO LA IMPORTANCIA DE MANTENER UN MEDIO BUCAL EN ÓPTIMAS CONDICIONES.

**MATERIAL Y MÉTODO O INFORME DEL CASO.** SE DEBE DE INFORMAR LAS MEDIDAS DE HIGIENE QUE DEBE EMPLEAR EL PACIENTE DEPENDIENDO EL GRADO DE MUCOSITIS POR EL QUE ESTÉ CURSANDO, COMO EL CEPILLO DENTAL QUE DEBE EMPLEAR, ASI COMO LA TÉCNICA DE CEPILLADO. SE DEBE INSTRUIR AL PACIENTE AL NO EMPLEAR ENJUAGUES BUCALES QUE CONTENGAN ALCOHOL POR LA IRRITACIÓN QUE REALIZA A LAS MUCOSAS ORALES, Y EL CONSERVAR UN MEDIO ALCALINO EN SU BOCA, POR MEDIO DE APLICACIONES LOCALES PREVENTIVAS, PALIATIVAS O CURATIVAS SEGÚN EL CASO.

**RESULTADOS.** LA INFORMACIÓN Y CAPACITACIÓN QUE SE LE DA AL PACIENTE ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO ES FUNDAMENTAL PARA SU REHABILITACIÓN BUCODENTAL.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.** LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO OPORTUNO DE LAS ENFERMEDADES ORALES ES BÁSICO PARA EVITAR COMPLICACIONES DE ORIGEN ESTOMATOLÓGICO DURANTE EL MANEJO ONCOLÓGICO.

## OBTURADOR DEFINITIVO CON METILMETACRILATO Y BULBO DE SILICÓN EN UN PACIENTE CON HEMIMAXILECTOMÍA POR CÁNCER DE SENO MAXILAR

GARCÍA BECERRA RAQUEL M, R2 REYES OCAMPO SANDRA R2, ECHEVARRÍA Y PÉREZ ENRIQUE MB, CRUZ RAMOS MA. ELENA JU.

EL CÁNCER DE SENO MAXILAR PREDOMINA EN EL SEXO MASCULINO CON INCIDENCIA MAYOR EN LA QUINTA DÉCADA DE LA VIDA, LA ESTIRPE HISTOLÓGICA MÁS FRECUENTE ES EL CÁNCER EPIDERMÓIDE (MÁS DEL 80%). LA RESECCIÓN TOTAL O PARCIAL EN BLOQUE DEL MAXILAR ES APROPIADA COMO PROCEDIMIENTO CURATIVO PARA LESIONES NEOPLÁSICAS CONFINADAS AL HUESO MAXILAR, ESTA INTERVENCIÓN TIENE POR OBJETO RESECAR UN BLOQUE ÓSEO FORMADO POR EL MAXILAR, LA PORCIÓN HORIZONTAL DEL PALATINO, EL CORNETE INFERIOR Y UNA PARTE DEL MALAR. EL DEFECTO QUIRÚRGICO RESULTANTE DE LA REMOCIÓN DE NEOPLASIAS VARÍA DESDE PEQUEÑAS PERFORACIONES DEL PALADAR DURO O BLANDO HASTA LA COMPLETA REMOCIÓN DE ESTAS ESTRUCTURAS PRODUCIENDO UNA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y ESTÉTICA IMPORTANTE, DESFIGURANDO CONSIDERABLEMENTE EL ROSTRO DEL PACIENTE; LO QUE OCASIONA TRASTORNOS PSICOLÓGICOS, SOCIALES Y DE FUNCIÓN COMO LA MASTICACIÓN, DEGLUCIÓN Y FONACIÓN CORRECTA (HABLA HIPERNASAL) Y FILTRACIÓN DE LÍQUIDOS A LA CAVIDAD NASAL.

**OBJETIVO.** EL OBJETIVO PRINCIPAL DEL TRATAMIENTO PROTÉSICO ES MEJORAR EL ASPECTO ESTÉTICO, PERO AÚN MÁS IMPORTANTE MEJORAR LA MASTICACIÓN Y FONACIÓN REHABILITANDO AL PACIENTE POR MEDIO DE UN OBTURADOR DEFINITIVO, ELABORADO DE METILMETACRILATO Y BULBO DE SILICÓN.

**RESULTADO.** SE LOGRÓ REHABILITAR AL PACIENTE EN CUANTO A FUNCIÓN Y ESTÉTICA REINTEGRÁNDOLO A LA SOCIEDAD.

**CONCLUSIÓN.** CUANDO EL DEFECTO PRODUCIDO DE UNA CIRUGÍA ONCOLÓGICA SE LOCALIZA EN LA CAVIDAD ORAL, NUMEROSAS FUNCIONES COMO LA MASTICACIÓN, FONACIÓN Y DEGLUCIÓN SON ALTERADAS. DENTRO DE LA VARIEDAD DE PRÓTESIS MAXILOFACIALES QUE EXISTEN, LA PRÓTESIS OBTURADORA PERMITE EL CIERRE DE ESOS DEFECTOS CAPACITANDO AL PACIENTE A LA REALIZACIÓN DE DICHAS FUNCIONES LO MÁS NATURAL Y EFICAZMENTE POSIBLE.

## DISGEUSIA

DRA. ABRIL GRISEL VILLAGÓMEZ SÁNCHEZ, DRA. MARÍA ELENA CRUZ RAMOS, DRA. IRLANDA MARTÍNEZ AGUILAR  
ESPECIALIDAD DE PRÓTESIS MAXILOFACIAL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO. MÉXICO, D. F.

**ANTECEDENTES.** LA DISGEUSIA QUE SE DIVIDE EN AGEUSIA E HIPOGEUSIA, ES UNA DE LAS MANIFESTACIONES SECUNDARIAS CONSECUENCIA DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO A BASE DE QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA DE CABEZA Y CUELLO.

**OBJETIVO DEL ESTUDIO.** EL OBJETIVO ES DAR LA DEBIDA IMPORTANCIA, QUE TIENE ESTA ALTERACIÓN TENIENDO REPERCUSIONES LOCALES, EMOCIONALES Y NUTRICIONALES.

**MATERIAL Y MÉTODO O INFORME DEL CASO.** ESTE TRASTORNO PUEDE SER REVERSIBLE O IRREVERSIBLE, TENIENDO MENOS DAÑOS EN PACIENTES TRATADOS CON QUIMIOTERAPIA QUE LOS QUE SON TRATADOS CON RADIOTERAPIA, DEBIDO A LA ATROFIA DE LAS PAPILAS GUSTATIVAS.

EN QUIMIOTERAPIA LOS PACIENTES REFIEREN PRESENTAR ALTERACIÓN DEL GUSTO TENDIENDO A SER AMARGO, QUE PUEDE DEBERSE A LA EXCRECIÓN DEL FÁRMACO POR SALIVA.

**RESULTADOS.** LOS RESULTADOS SIEMPRE SON MEJORES CUANDO EL PACIENTE NOS AYUDA CON UNA BUENA HIGIENE EVITANDO ASÍ LA LENGUA SABURRAL, Y MANTENIENDO EL PH. EN ESTADO ÓPTIMO, ASÍ COMO EL TRATAMIENTO COMBINADO CON SULFATO DE ZINC Y UNA DIETA INDICADA POR EL DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN QUE AYUDE AL PACIENTE A PERCIBIR EL SABOR.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.** EL PACIENTE CON TRATAMIENTO ONCOLÓGICO VA PRESENTAR ALTERACIONES EN CAVIDAD BUCAL COMO XEROSTOMÍA, TRISMUS, MUCOSITIS, HIPERSENSIBILIDAD QUE CON LA DISGEUSIA EL PACIENTE PERDERÁ EL APETITO EVITANDO LLEVAR UNA ALIMENTACIÓN ADECUADA QUE ES DE VITAL IMPORTANCIA PARA CONTINUAR EL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO, DISMINUYENDO LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE AL LLEVAR A CABO UNA ALIMENTACIÓN PARENTERAL.

LOS PACIENTES PUEDEN PASAR CON MAYOR OPTIMISMO Y MEJORAR SUS CONDICIONES SI SE LE TRATA DE FORMA ADECUADA.

## APARATO PROTÉSICO PARA TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA EN UN PACIENTE CON CÁNCER EPIDERMÓIDE DE PALADAR DURO

JESÚS JUÁREZ MANRIQUE R1, MARÍA ELENA CRUZ RAMOS JU, SONIA GUADALUPE FUENTES MARILES MB.  
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O.D. SERVICIO DE ONCOLOGÍA UNIDAD DE PRÓTESIS MAXILOFACIAL. MÉXICO, D.F.

EL CARCINOMA EPIDERMÓIDE ES EL PROCESO MALIGNO MÁS FRECUENTE QUE SE PRESENTA EN CAVIDAD ORAL, REPRESENTA MÁS DEL 90% DE TODOS LOS CASOS DE CÁNCER EN BOCA. LOS TRATAMIENTOS QUE SE CONSIDERAN PARA EL CÁNCER DE CAVIDAD ORAL SON: QUIRÚRGICO, RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA.

LA RADIACIÓN HA SIDO EMPLEADA CON GRAN UTILIDAD EN EL TRATAMIENTO DE ESTAS AFECIONES; SIN EMBARGO, ESTA FORMA DE ENERGÍA SUELE CAUSAR DAÑOS EN TEJIDOS ORALES. LOS AVANCES EN ESTOMATOLOGÍA HAN HECHO POSIBLE QUE EN LA ACTUALIDAD LA RADIOTERAPIA PARA CARCINOMAS DE LA CAVIDAD ORAL HAYA MEJORADO A TRAVÉS DE LA UTILIZACIÓN DE PRÓTESIS PORTADORAS DE MATERIALES RADIATIVOS QUE PERMITEN LA DISTRIBUCIÓN DE LA RADIACIÓN A UNA ZONA ESPECÍFICA, MOLDES HOMOGENIZADORES Y POSICIONADORES BUCALES, REDUCIENDO EFECTOS SECUNDARIOS POSRADIOTERAPIA.

**OBJETIVO.** DISMINUIR LOS EFECTOS SECUNDARIOS EN BASE Y BORDES LATERALES DE LENGUA DURANTE EL TRATAMIENTO EN CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO, EMPLEANDO UN POSICIONADOR BUCAL CON PROLONGACIÓN HACIA OROFARINGE ELABORADO CON METILMETACRILATO Y PLOMO.

**PRESENTACIÓN DE CASO.** PACIENTE FEMENINO DE 27 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER EPIDERMÓIDE DE PALADAR DURO CLASIFICADO COMO T4N3M0 TRATADO CON 23 SESIONES DE RADIOTERAPIA Y 2 CICLOS DE QUIMIOTERAPIA A BASE DE 5FU Y CISPLATINO. RESULTADOS. SE LOGRÓ REDUCIR LOS EFECTOS LESIVOS DE BASE DE LENGUA Y BORDES LATERALES DE LENGUA.

**CONCLUSIÓN.** EL USO DE PRÓTESIS PARA RADIOTERAPIA HA RESULTADO DE GRAN UTILIDAD YA QUE PROPORCIONA PROTECCIÓN A TEJIDOS ORALES, FACILITA EL TRATAMIENTO DEL ESPECIALISTA, ASEGURA QUE EN CADA APLICACIÓN SE IRRADIE EL CAMPO DESEADO, REDUCIENDO LAS MOLESTIAS EN EL PACIENTE.

## MELANOMAS DE C Y C MANEJADOS CON MAXILECTOMÍA CENTRAL

DRA. SILVIA M ÁLVAREZ MALDONADO, DR. HÉCTOR GURROLA MACHUCA, DR. VALDESPINO CASTILLO VÍCTOR, DR. MIRANDA CASTAÑÓN FRANCISCO J. DRA. DÍAZ SÁNCHEZ MARIANA.  
CMN 20 NOV ISSSTE, MÉXICO, D.F.

**CASOS CLÍNICOS.** FEM 82ª HIPERTENSA, INICIA SU PA EN JUL DE 2004 CON CONGESTIÓN NASAL Y DOLOR A LA DEGLUCIÓN, TX COMO IVRS, SIN RESPUESTA. PRESENTA UNA LESIÓN HIPERPIGMENTADA EN PALADAR DURO. SE LE REALIZA BIOPSIA QUE REPORTA MELANOMA DE PALADAR BLANDO. EN EL CMN SE VALORA CON TUMOR DE APROX 3 CM EN PALADAR DURO PIGMENTADA QUE SE EXTIENDE HACIA LA UNIÓN CON EL PALADAR BLANDO, ASÍ COMO CAVIDAD NASAL IZQUIERDA. SE PROPONE CIRUGÍA REALIZÁNDOSE: MAXILECTOMÍA CENTRAL CON RHP ESPÉCIMEN DE 9 X 6 X 2.5 COMPUESTO POR ENCIÓN, UN DIENTE Y PALADAR DURO, PALADAR BLANDO, TABIQUE NASAL Y UNA LESIÓN POR ARRIBA DEL PALADAR DURO ADYACENTE AL TABIQUE NASAL COLOR NEGRO, SUSPERFICIE ANFRACUOSA, DX-MELANOMA MALIGNO PIGMENTADO INVASOR A ESTRUCTURAS ADYACENTES CON ZONAS DE NECROSIS QUE MIDE 5.5 X 3.5 X 2.5 CM ARRIBA DE PALADAR BLANDO CON EXTENSIÓN A CORNETES, BORDES QUIRÚRGICOS ANTERIOR SUPERIOR (CARTÍLAGO NASAL), LATERAL DERECHO, POS-

TERIOR, INFERIOR POSTERIOR Y SUPERIOR POSTERIOR CON TUMOR. LA PACIENTE PRESENTA BUENA EVOLUCIÓN POSTOX, POR LO QUE SE PRESENTA A RT RECIBIENDO MANEJO ADYUVANTE. AL MOMENTO SIN DATOS DE RECURRENCIA.

MASC 59A CON ANTECEDENTE DE LNH FOSA NASAL DERECHA EN 1976 TX CON RT DESCONOCIDO. VIGILANCIA DURANTE 14A. INICIA SU PA EN ABRIL DE 2003 PRESENTANDO EPITAXIS PROFUSA, AMERITA CIRUGÍA PARA EXPLORACIÓN, TAPONAMIENTO Y BIOPSIA CON RHP PBE MELANOMA DE MUCOSAS. EN ESTA UNIDAD SE REALIZA NUEVA BIOPSIA DE TUMOR DE CAVIDAD NASAL DERECHA QUE INFILTRA HACIA ANTRO MAXILAR IPSOLATERAL, CON RHP TUMOR GNÓMICO MALIGNO RECIBIENDO MANEJO CON RT PALIATIVA POR PERSISTIR CON SANGRADO TRANSNASAL CON ESCURRIMIENTO POSTERIOR.

TC DE MACIZO FACIAL HIPERDENSIDAD QUE OCUPA LA CAVIDAD DEL SENOS FRONTAL DERECHO DE 53UH, CON PARTICIPACIÓN DE CELDILLAS ETOMIDALES IPSOLATERALES E INFUNDÍBULO ETOMIDAL, ASÍ COMO EN FORMA MARGINAL LA CAVIDAD DE SENOS MAXILAR DERECHO CON RELACIÓN A PBE ACTIVIDAD NEOPLÁSICA, ASÍ COMO AUSENCIA DE SEPTUM CARTILAGINOSO. EL PACIENTE SIN RESPUESTA A MANEJO CON RT POR LO QUE SE PROGRAMA PARA MAXILECTOMÍA CENTRAL (DERECHA TOTAL, IZQUIERDA TRES CUARTAS PARTES)+ DEJANDO EL 27 SEGUNDO MOLAR IZQUIERDO+ RINECTOMÍA TOTAL+ PALATECTOMÍA TOTAL+ COLOCACIÓN DE OBTURADOR. EL PACIENTE PRESENTA BUENA EVOLUCIÓN POSTOX. EL RHP DE LA PIEZA OX ES: MELANOMA MALIGNO AMELÁNICO DE PATRÓN FUSOCELULAR Y HEMANGIOPERICITORIDE. BORDES QUIRÚRGICOS LIBRES DE LESIÓN.

EL PACIENTE ACTUALMENTE SE ENCUENTRA SIN DATOS DE ACTIVIDAD TUMORAL, MANEJÁNDOSE POR EL SERVICIO DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL CON OBTURADOR DEFINITIVO. LOS MELANOMAS DE CABEZA Y CUELLO REPRESENTAN UN GRUPO ÚNICO QUE SE PRESENTA EN ADULTOS MAYORES CON UN PROMEDIO DE EDAD AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO ES DE 66º, A DIFERENCIA DE LOS MELANOMAS DE OTROS SITIOS DEL ORGANISMO. LA CARA ES EL SITIO MÁS AFECTADO Y SE OBSERVA MÁS FRECUENTE EN VARONES; SIN EMBARGO, OTRAS LOCALIZACIONES (PABELLONES AURICULARES, CUERO CABELLUDO) Y CUELLO SON MÁS FRECUENTES EN MUJERES. EL LENTIGO MALIGNO ES EL SUBTIPO MÁS COMÚN A NIVEL DE CARA, ASOCIÁNDOSE LA EXPOSICIÓN SOLAR EN INDIVIDUOS CON SUSCEPTIBLES. UN PROBLEMA ESPECIALMENTE SIGNIFICATIVO EN EL MANEJO DE LOS MELANOMAS DE C Y C SON LAS ESTRUCTURAS VITALES QUE PUEDEN COMPROMETERSE AL REALIZAR UNA CIRUGÍA CON MÁRGENES QUIRÚRGICOS DE 1 A 2 CM, LO CUAL EN ESTA ÁREA OCASIONA SERIOS PROBLEMAS FUNCIONALES Y DEFORMIDADES COSMÉTICAS. EL OBJETIVO DE LA CIRUGÍA EN EL TRATAMIENTO DE ESTAS LESIONES ES LA REMOCIÓN COMPLETA DEL TUMOR PRIMARIO, CON LA INTENCIÓN DE DISMINUIR EL RIESGO DE RECURRENCIA LOCAL, METÁSTASIS NODALES Y A DISTANCIA, ESTAS ÚLTIMAS CAUSA DE MUERTE EN ESTOS PACIENTES.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. FISHER S.R. CUTANEOUS MALIGNANT MELANOMA OF THE HEAD AND NECK. LARYNGOSCOPE (1989) 99: PP 822-836.
2. AMES F.C., SUGARBAKER E.V., BALLANTYNE A.J. ANALYSIS OF SURVIVAL AND DISEASE CONTROL IN STAGE I MELANOMA OF THE HEAD AND NECK. AM J SURG (1976) 132: PP 484-491.
3. TSAO H, SOBER A.J. ULTRAVIOLET RADIATION AND MALIGNANT MELANOMA. CLIN DERMATOL 1998;16:67-73.
4. AUTIER P, DORÉ JF, GEFELLER O, ET AL. MELANOMA RISK AND RESIDENCE IN SUNNY AREAS. BR J CANCER 1997;76:1521-4.
5. WEINSTOCK M.A. ISSUES IN THE EPIDEMIOLOGY OF MELANOMA. HEMATOL ONCOL CLIN NORTH AM 1998;4:681-98.
6. GRANDE D.J., KORANDA K.C., WHITAKER D.C. SURGERY OF EXTENSIVE, SUBCLINICAL LENTIGO MALIGNA. J DERMATOL SURG (1982) 8: PP 493-496.

## TUMOR NEUROENDOCRINO DE PIEL DE REGIÓN SACRA

DRA. ÁLVAREZ M SILVIA M, DR. HERNÁNDEZ GARCÍA SERGIO,  
DR. RUIZ JAIME A, DR. VALDESPINO CASTILLO  
VÍCTOR E. MIRANDA CASTAÑÓN FRANCISCO J.,  
DRA. DÍAZ SÁNCHEZ MARIANA  
CMN 20 NOV ISSSTE, ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA, MÉXICO, D.F.

**CASO CLÍNICO.** FEM 73A CON LESIÓN PAPULAR DE 8 MESES DE EVOLUCIÓN EN REGIÓN SACRA LÍNEA MEDIA DE COLOR VIOLÁCEO INICIALMENTE DE APROX 2 CM, ACOMPAÑADA DE PRURITO Y ERITEMA, TX UNGÜENTOS TÓPICOS SIN RESPUESTA QUE AUMENTA DE TAMAÑO PRESENTANDO NÓDULOS VIOLÁCEOS CON ÁREAS BRILLANTES Y VESÍCULAS DE 10 CM DE DIÁMETRO CON ÁREAS FUNGANTES CON SANGRADO SECUNDARIO A RASCADO, COSTRAS MELCÉRICAS. SE LE REALIZA BIOPSIA DE PIEL POSITIVA A MALIGNIDAD CON ESTUDIOS DE EXTENSIÓN NEGATIVOS A METÁSTASIS. SE LE REALIZA RESECCIÓN AMPLIA ROTACIÓN DE COLGAJO DE REGIÓN SACRA CON: RHP TUMOR NEUROENDOCRINO CON INFLAMACIÓN AGUDA Y CRÓNICA INESPECÍFICA, BORDES QUIRÚRGICOS NEGATIVOS.

LA PACIENTE ACTUALMENTE SIN DATOS DE RECURRENCIA, RECIBIÓ MANEJO CON RT LECHO QX Y FUE VALORADA CON QT QUIENES LA CONSIDERAN NO CANDIDATA A TRATAMIENTO ADYUVANTE.

LA INCIDENCIA DE CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL EN EUA ES DE 0.23 POR 100 000 PERSONAS DE PIEL BLANCA. OCURRE EN VARONES DE 69 AÑOS EN PROMEDIO Y SÓLO 5% EN MENORES DE 50 AÑOS. LA EXPOSICIÓN A LOS RAYOS SOLARES, ARSÉNICO, METOXALEN Y TX PARA LA PSORIASIS, ASÍ COMO PACIENTES CON DISPLASIA ECTODÉRMICA CONGÉNITA, ENF DE CODWEN, EH E INMUNOSUPRESIÓN CONGÉNITA Y ADQUIRIDA (TRANSPLANTADOS) SE ASOCIAN A ESTA ENFERMEDAD.

ES UNA DE LAS MÁS AGRESIVAS Y RARAS NEOPLASIAS DE LA PIEL, CAPAZ DE INVADIR GANGLIOS LINFÁTICOS (27%), DISEMINARSE POR VÍA CUTÁNEA (SATELITOSIS 28%) HEMATÓGENA, ADEMÁS DE UN GRAN POTENCIAL METÁSTASICO (HÍGADO 13%, PULMÓN 10%, HUESO 10% Y SNC 6%). EL TRATAMIENTO DE ESTOS PACIENTES ES MULTIDISCIPLINARIO: CIRUGÍA Y RT EN EC I Y II, POR LA ALTA INCIDENCIA DE RECURRENCIA LOCAL Y ENFERMEDAD MICROMETÁSTASICA. LOS PACIENTES EN EC III TIENEN MAL PRONÓSTICO Y RECIBEN TX CON CIRUGÍA SI ES POSIBLE ASÍ COMO QT PARA LA ENFERMEDAD SISTÉMICA CON RESPUESTAS

PARCIALES Y TRANSITORIAS, ASÍ COMO RT PALIATIVA EN TUMORES FUNGANTES Y CON SANGRADO. EL MANEJO SE INDIVIDUALIZA EN LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES. LA SOBREVIVENCIA EN PACIENTES EN EC III ES DE APROXIMADAMENTE 9 MESES.

EN PACIENTES EN EC I, LA CIRUGÍA SOLA DEBE CONSIDERARSE EN TUMORES DE MENOS DE 2 CM, LOS BORDES QUIRÚRGICOS NEGATIVOS SE CONSIDERAN BUEN PRONÓSTICO; SIN EMBARGO, EL RIESGO DE ENFERMEDAD MICROMETÁSTASICA Y RIESGO DE FALLO LOCAL DE UN 27%. ESTOS PACIENTES DEBEN RECIBIR RT LOCAL Y REGIONAL.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. POULSEN M. "MERKEL-CELL" CARCINOMA OF THE SKIN. ONCOLOGY 2004; 5: 593-600.
2. HALATA Z, GRIM M, BAUMAN KI. FRIEDRICH SIGMUND. MERKEL AND HIS "MERKEL CELL" MORPHOLOGY, DEVELOPMENT AND PHYSIOLOGY: REVIEW AND NEW RESULTS. ANAT REC 2003; 271 (SUPPL): 225-39.
3. GOESSLING W, MCKEE PH, MAYER R. MERKEL CELL CARCINOMA. J CLIN ONCOL 2002; 20: 588-98.
4. HAAG M, GLASS LF, FENSKEN NA. MERKEL CELL CARCINOMA: DIAGNOSIS AND TREATMENT. DERMATOL SURG 1995; 21: 669-83.

## CARCINOMA MEDULA DE TIROIDES METASTÁSICO SIMULANDO UN ABSCESO CERVICAL

DR. JUAN CARLOS SALINAS GARCÍA, DR. LUIS FERBEYRE BINELFA  
CIRUJANO ONCÓLOGO HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO,  
INSTITUTO NACIONAL DE ONCOLOGÍA, LA HABANA, CUBA

**INTRODUCCIÓN.** ES COMÚN QUE EL CARCINOMA MEDULAR DE TIROIDES DEBUTE, EN LA GRAN MAYORÍA DE LOS CASOS, POR UN NÓDULO TIROIDEO. UNA PARTE DE ESTOS PACIENTES CONSULTAN POR UN NÓDULO CERVICAL SIN ENFERMEDAD EVIDENTE EN EL TIROIDES (CÓDIGO 196). TAMBIÉN SE HAN DESCRITO DE MANERA POCO FRECUENTE CÁNCERES DE TIROIDES DIAGNOSTICADOS DE MANERA FORTUITA DURANTE ESTUDIOS O EL ACTO QUIRÚRGICO POR NÓDULO BENIGNO U OTRA CONDICIÓN (INCIDENTALOMAS). PRESENTAMOS EL CASO INUSUAL DE UN ABSCESO CERVICAL QUE RESULTÓ SER UN CARCINOMA MEDULAR METASTÁSICO DE TIROIDES.

**CASO.** PACIENTE MASCULINO WB DE 63 AÑOS QUE CONSULTA INICIALMENTE POR AUMENTO DE VOLUMEN DEL CUELLO LADO IZQUIERDO. TANTO LA BIOPSIA POR ASPIRACIÓN COMO LOS ESTUDIOS ENDOSCÓPICOS Y DE IMÁGENES FUERON NEGATIVOS DE ENFERMEDAD. ANTE LA PERSISTENCIA DE LA LESIÓN UNA VEZ RESUELTO EL CUADRO INFLAMATORIO AGUDO, SE DECIDIÓ TOMAR NUEVA BIOPSIA LA CUAL ARROJÓ UN CARCINOMA ANAPLÁSICO. SE REALIZÓ UN TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA A BASE DE GEMCINABINE Y CARBOPLATINO. OBTENIENDO UNA RESPUESTA PARCIAL DE UN 80% REALIZANDO UNA CIRUGÍA DE RESCATE DONDE SE CONSTATA UN NÓDULO DE LÓBULO IZQUIERDO DEL TIROIDES CON METÁSTASIS PARATRAQUEALES FIJAS Y CON EXTENSIÓN MEDIASTINAL IRRESECCABLE. LA BIOPSIA FINAL CON ESTUDIO DE INMUNOHISTOQUÍMICA RESULTÓ UN CARCINOMA MEDULAR DEL TIROIDES.

**DISCUSIÓN.** EL CÁNCER MEDULAR DE TIROIDES PRESENTA METÁSTASIS GANGLIONARES EN EL 50% DE LOS CASOS EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO; SIN EMBARGO, LA ABSEDACIÓN DE LAS METÁSTASIS ES UN FENÓMENO MÁS CARACTERÍSTICO DE LOS CARCINOMAS EPIDERMÓIDES O ANAPLÁSICOS. FINALMENTE, MUCHOS CARCINOMAS ANTIGUAMENTE DIAGNOSTICADOS COMO ANAPLÁSICOS DE TIROIDES HAN RESULTADO POSITIVOS POR INMUNOHISTOQUÍMICA A LA CALCITONINA.

**CONCLUSIÓN.** EL SEGUIMIENTO DE UN PACIENTE CON UN ABSCESO CERVICAL ES FUNDAMENTAL, ASÍ COMO LA DECISIÓN DE TOMAR BIOPSIA ANTE LA MENOR SOSPECHA DE TUMOR YA SEA CLÍNICA O IMAGENOLÓGICAMENTE

## RESULTADOS DE ABORDAJES CRANEOFACIALES

HÉCTOR GURROLA MACHUCA, PABLO FLORES ABRAJAN,  
ARMANDO FERNÁNDEZ OROZCO, HÉCTOR ACOSTA MONDRAGÓN.  
CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE, ISSSTE. CIRUGÍA  
ONCOLÓGICA. MÉXICO, D.F.

**INTRODUCCIÓN.** LOS TUMORES QUE AFECTAN LA BASE DEL CRÁNEO REPRESENTAN EL 0.25 AL 0.8% DE LAS NEOPLASIAS EN ESTADOS UNIDOS Y EL 3% DEL TRACTO AERODIGESTIVO SUPERIOR.

**OBJETIVO.** REVISAR NUESTRA EXPERIENCIA EN RESECCIONES CRANEOFACIALES POR TUMORES QUE AFECTAN EL PISO ANTERIOR DE CRÁNEO.

**MATERIAL Y MÉTODO.** SE ANALIZARON LOS EXPEDIENTES DE 9 PACIENTES SOMETIDOS A RESECCIONES CRANEOFACIALES DE 1999-2004, NEOPLASIAS BENIGNAS Y MALIGNAS, RANGO DE EDAD ENTRE 13 Y 69 AÑOS.

**RESULTADOS.** SIETE TUMORES MALIGNOS Y DOS BENIGNOS. SITIO DE ORIGEN: NASOFARINGE SEIS CASOS, DOS EN SENOS MAXILAR Y UNO EN CAVIDAD NASAL. HISTOLOGÍA: DOS CASOS CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS Y DOS CARCINOMA ADENOIDEO QUÍSTICO. UN CASO DE NEUROESTESIOBLASTOMA, MELANOMA, CONDROMA Y NASOANGIOFIBROMA. EN TRES PACIENTES EL MANEJO FUE CON CIRUGÍA Y DOS SE CONSOLIDARON CON RADIOTERAPIA. CUATRO CON RADIOTERAPIA PREOPERATORIO Y CIRUGÍA. UNO CON QUIMIOTERAPIA DE INDUCCIÓN, RADIOTERAPIA SECUENCIAL CONTROLÁNDOSE, PRESENTÓ RECURRENCIA SOMETIÉNDOSE A CIRUGÍA DE RESCATE, Y UNO CON QUIMIOTERAPIA DE INDUCCIÓN, CIRUGÍA Y RADIOTERAPIA DE CONSOLIDACIÓN. TIEMPO DE CIRUGÍA PROMEDIO DE 5 HORAS. SANGRADO TRANSOPERATORIO PROMEDIO 500 ML. COMPLICACIONES: UN PACIENTE CON FÍSTULA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO Y OTRO OSTEOMIELITIS E INFARTO DE LÓBULO FRONTAL. CINCO PACIENTES SE ENCUENTRAN VIVOS SIN TUMOR Y 4 FALLECIERON POR ENFERMEDAD.

**CONCLUSIÓN.** LA RESECCIÓN CRANEOFACIAL ES UN EFECTIVO TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA PACIENTE CON NEOPLASIAS DE NASOFARINGE, SENOS PARANASALES Y CAVIDAD NASAL QUE INFILTRAN EL PISO ANTERIOR DE CRÁNEO. EL RESULTADO DE ESTE ABORDAJE (CRANEOFACIAL) DEPENDERÁ PRINCIPALMENTE DEL TAMAÑO DE LA LESIÓN.

## SARCOMAS DE CABEZA Y CUELLO: MANEJO QUIRÚRGICO EN EL CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE

HÉCTOR GURROLA MACHUCA\*, PABLO FLORES ABRAJAN\*,  
HÉCTOR ACOSTA MONDRAGÓN\*, IGNACIO LUGO BELTRÁN\*\*,  
ARMANDO FERNÁNDEZ OROZCO\*\*\*.  
CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE, ISSSTE. CIRUGÍA  
ONCOLÓGICA\*, CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA\*\*  
Y RADIOTERAPIA\*\*\*, MÉXICO, D.F.

**INTRODUCCIÓN.** LOS SARCOMAS DE TEJIDOS BLANDOS DE CABEZA Y CUELLO REPRESENTAN EL 1% DE TODAS LAS NEOPLASIAS, LOS SARCOMAS ÓSEOS EL 5%.

**OBJETIVOS.** DAR A CONOCER EL RESULTADO DEL MANEJO QUIRÚRGICO DE LOS SARCOMAS DE CABEZA Y CUELLO, EN NUESTRA INSTITUCIÓN.

**MATERIALES Y MÉTODO.** SE ANALIZARON 11 PACIENTES CON SARCOMA DE CABEZA Y CUELLO ENTRE 2000-2004, REVISANDO EL TAMAÑO DEL TUMOR, HISTOLOGÍA, LOCALIZACIÓN Y EDAD DEL PACIENTE.

**RESULTADOS.** SE INCLUYERON 11 PACIENTES: 3 HOMBRES Y 8 MUJERES. RANGO DE EDAD DE 9 A 52 AÑOS. DOS SARCOMAS ÓSEOS Y 9 DE SARCOMAS DE PARTES BLANDAS. HISTOLOGÍA: CUATRO RABDOMIOSARCOMAS, FIBROSARCOMA 2 CASOS, Y UN CASO DE SARCOMA ALVEOLAR, HISTIOCITOMA FIBROSO MALIGNO, OSTEOSARCOMA, SCHAWNNOMA Y LEIOMIOSARCOMA. CIRUGÍA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: SEIS CASOS RESECCIÓN MARGINAL, DOS MAXILECTOMÍA UNA TOTAL Y OTRA RADICAL, UNO HEMIMANDIBULECTOMÍA, UNO RESECCIÓN CRANEOFACIAL. CIRUGÍA INICIAL 7 CASOS: MANEJO ADYUVANTE 3 CON RADIOTERAPIA, DOS CON QUIMIOTERAPIA Y DOS SIN MANEJO ADYUVANTE. CIRUGÍA DE RESCATE EN TRES PACIENTES: DOS CON QUIMIOTERAPIA Y UNO CON RADIOTERAPIA. UN PACIENTE FUE TRATADO CON QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA SECUENCIAL. CONCLUSIONES: EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS SARCOMAS DE CABEZA Y CUELLO, YA SEA COMO MANEJO INICIAL (63.6%) O DE RESCATE (27.3%) ES LA RESECCIÓN COMPLETA DEL TUMOR TRATANDO DE DAR MÁRGENES QUIRÚRGICOS ADECUADOS, PARA EVITAR LAS RECURRENCIAS. PERO POR EL SITIO ANATÓMICO A VECES NO ES POSIBLE EFECTUAR LA RESECCIÓN ADECUADA, E INDICAR MANEJO ADYUVANTE.

## CÁNCER DE LARINGE, EXPERIENCIA EN EL CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE, ISSSTE

HÉCTOR GURROLA MACHUCA, HÉCTOR ACOSTA MONDRAGÓN  
CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE, ISSSTE.  
SERVICIO DE CIRUGÍA ONCOLÓGICA. MÉXICO, D. F.

**OBJETIVO.** INFORMAR LA EXPERIENCIA EN EL MANEJO DEL CÁNCER DE LARINGE, EN NUESTRA INSTITUCIÓN.

**MATERIAL Y MÉTODO.** ANÁLISIS DE 213 CASOS DE CARCINOMA DE LARINGE EN EL SERVICIO ENTRE 1991-2004, DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN VIGENTE. SE ANALIZARON RESULTADOS, RECURRENCIAS Y EL MANEJO DE ELLAS.

**RESULTADOS.** SE INCLUYEN 213 PACIENTES CON CÁNCER EPIDERMÓIDE DE LARINGE, 174 HOMBRES (81.7%) Y 39 MUJERES (18.3%), EDAD PROMEDIO DE 64.5 AÑOS (33-94). EL SITIO MÁS AFECTADO ES LA GLOTIS (81.7%). SE CLASIFICARON: ESTADIO 0 OCHO CASOS, ESTADIO I 39 CASOS, ESTADIO II 20 CASOS, ESTADIO III 52 CASOS Y ESTADIO IV 94 CASOS. CON UN SEGUIMIENTO DE 1 MES A 34.3 AÑOS (MEDIA PONDERADA DE 108 MESES), SIN EVIDENCIA DE ENFERMEDAD 124 (58.2%) DE 213 PACIENTES, CON UNA SUPERVIVENCIA GLOBAL A 5 AÑOS DEL 64% Y 10 AÑOS DEL 56%. CLASIFICADOS DE LA SIGUIENTE MANERA: OCHO DE 8 EN ESTADIO 0: 100%; TREINTA Y NUEVE DE 39 EN ESTADIO I: 100%; DIECIOCHO DE 19 EN ESTADIO II: 94.7%; 32 DE 50 EN ESTADIO III: 64%; Y 27 DE 80 EN ESTADIO IV: 33.75%.

**DISCUSIÓN.** EL ALTO PORCENTAJE DE LESIONES AVANZADAS, INFLUYÓ NEGATIVAMENTE EN LOS RESULTADOS FINALES DE LOS TRATAMIENTOS, AUN MULTIDISCIPLINARIOS.

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO RADICAL PARA LESIÓN ÓSEA METASTÁSICA DE CARCINOMA BIEN DIFERENCIADO DE TIROIDES

ROBERTO HERNÁNDEZ PEÑA, ARTURO LAVÍN LOZANO,  
RAMÍREZ-BOLLAS JULIO, ALBORES-ZÚÑIGA OLIVER, MARIO  
CUÉLLAR, HÉCTOR MARTÍNEZ SAÍD, ALEJANDRO PADILLA  
ROSIANO, MEDINA-CASTRO JUAN MANUEL.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA, MÉXICO. CIUDAD DE MÉXICO, D. F.

**CASO CLÍNICO.** FEMENINO DE 66 AÑOS DE EDAD. CON EL ANTECEDENTE DE BOCIO DE 30 AÑOS DE EVOLUCIÓN. ACUDE POR PRESENTAR UNA TUMORACIÓN DE 1 AÑO DE EVOLUCIÓN EN CARA ANTERIOR DE TÓRAX, HASTA SER DE 10 X 10 CM DE DIÁMETRO, ACOMPAÑÁNDOSE DE DOLOR DURANTE LA RESPIRACIÓN PROFUNDA, PÉRDIDA DE PESO NO CUANTIFICADA. AL EF CUELLO CON BOCIO CON ZONAS INDURADAS, TÓRAX CON LESIÓN EN CARA ANTERIOR DE 10 X 10 CM, FIJA, DOLOROSA, CON CAMBIOS DE COLORACIÓN DE LA PIEL. TAC CALCIFICACIÓN IMPORTANTE EN LÓBULO TIROIDEO DERECHO, EN REGIÓN PREEEXTERNAL SE OBSERVA UNA MASA QUE INFILTRA TEJIDO SUBCUTÁNEO Y MANUBRIO DEL ESTERNÓN Y ARTICULACIÓN COSTOESTERNAL LA BIOPSIA TRUCUT REPORTA FIBROSIS. SE SOMETE A RESECCIÓN DE ESTERNÓN + TIROIDECTOMÍA TOTAL. EL REPORTE HISTOPATOLÓGICO EN TIROIDES DE CARCINOMA PAPILAR CON PATRÓN FOLICULAR, EN ESTERNÓN METÁSTASIS DE CARCINOMA PAPILAR CON PATRÓN FOLICULAR Y EXTENSAS ÁREAS DE CARCINOMA POCO DIFERENCIADO DE TIPO INSULAR.

LA PACIENTE HA RECIBIDO DOSIS ABLATIVAS DE YODO 131, Y SUPRESIÓN HORMONAL, AC-TUALMENTE SE ENCUENTRA EN SEGUIMIENTO CON BUENA RESPUESTA.

**COMENTARIO.** LAS METÁSTASIS A DISTANCIA, USUALMENTE PULMÓN Y HUESO SE PRESENTAN EN 10 AL 15% DE LOS CARCINOMAS DIFERENCIADOS DE TIROIDES. LAS METÁSTASIS ÓSEAS SON LESIONES OSTEOLÍTICAS Y FRECUENTEMENTE DIFÍCILES DE VISUALIZAR EN LAS RADIOGRAFIAS, Y LA CENTELLEOGRAFÍA ÓSEA PUEDE MOSTRAR DISMINUCIÓN O INCREMENTO MODERADO DE CAPTACIÓN AL CONTRASTE. EN LA RESECCIÓN DE LAS METÁSTASIS ÓSEAS REPORTAN UN EFECTO FAVORABLE EN EL PRONÓSTICO Y CALIDAD DE VIDA. LAS LESIONES CANTANTES DE YODO, SE TRATAN CON DOSIS ABLATIVA DE <sup>131</sup>I CON RESPUESTAS TOTALES DEL 45% Y LAS QUE NO CAPTAN SE TRATAN CON RADIOTERAPIA, CON UNA SUPERVIVENCIA A 5 AÑOS DEL 40%.

## CARCINOMA BASOCELULAR METASTÁSICO A COLUMNA VERTEBRAL

RAMÍREZ-BOLLAS JULIO, LAVÍN-LOZANO AJ, PADILLA-ROSCIANO A,  
CUÉLLAR-HUBBE M, GRANADOS-GARCÍA M,  
ROMERO-HUESCA A, ALBORES-ZÚÑIGA O, VÁZQUEZ ROMO R,  
ALTAMIRANO-CENTENO V.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA, MÉXICO. CIUDAD DE MÉXICO, D. F.

**CASO.** PACIENTE MASCULINO DE 39 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA BASOCELULAR METATÍPICO Y MORFEA, DE REGIÓN CIGOMÁTICA DERECHA, LLEVADO A EXENTERACIÓN ORBITARIA DERECHA CON EXCISIÓN DE HUESO MALAR, ROTACIÓN DE COLGAJO TEMPORAL E INJERTO DE PIEL, POSTERIORMENTE ADYUVANCIA CON RT 30 GY QUE TERMINARON EN ENERO DEL 2002, MANTENIÉNDOSE EN VIGILANCIA. EN JUNIO DEL 2003 SE PRESENTA RECURRENCIA EN REGIÓN PAROTÍDEA DERECHA CON NÓDULO DE 2 CM, POR LO QUE SE LLEVA A PAROTIDECTOMÍA TOTAL DERECHA CON DISECCIÓN SUPRAOMOHIOIDEA IPSO LATERAL Y ROTACIÓN DE COLGAJO DE ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO CERVICOFACIAL. CONTINÚA VIGILANCIA HASTA OCTUBRE DEL 2004 QUE PRESENTA DOLOR EN MIEMBROS INFERIORES Y DEBILIDAD MUSCULAR POR LO QUE SE REALIZA GAMMAGRAMA ÓSEO EN EL QUE SE ENCUENTRA ENFERMEDAD METASTÁSICA MAXILAR, COSTAL, ESTERNAL Y VERTEBRAL EN L4-5 Y S1, TRATÁNDOSE EN FORMA CONSERVADORA CON CORSÉ DE JEWETT Y RT. EN LA RMN DE COLUMNA SE EVIDENCIA LESIÓN DE T10 CON COLAPSO DE LA MISMA POR LO QUE SE DEBERÁ REALIZAR FIJACIÓN DE COLUMNA DE T8 A S1. SE REALIZA FIJACIÓN CON BARRAS, CON RHP DEL EXAMEN TRANSOPERATORIO CON REPORTE DE METÁSTASIS DE CARCINOMA BASOCELULAR, LA CUAL SE CONFIRMA CON EL REPORTE DEFINITIVO. EL PACIENTE PRESENTA ABDOMEN AGUDO POR LO CUAL POR SU CREENCIA RELIGIOSA DECIDE NO SER INTERVENIDO Y SE AUSENTA DESDE ENTONCES DEL INSTITUTO.

**COMENTARIO.** EL CARCINOMA BASOCELULAR ES LA NEOPLASIA MALIGNA MÁS FRECUENTE EN EL SER HUMANO, CORRESPONDE AL 75% DE LAS LESIONES MALIGNAS DE LA PIEL. SON MÁS FRECUENTES LIGERAMENTE EN EL HOMBRE, EN ÁREAS FOTO EXPUESTAS. OCURREN RARAMENTE ANTES DE LOS 50 AÑOS. LA AFECCIÓN VASCULAR Y LINFÁTICA SE PRESENTA RARAMENTE, PERO ES MÁS FRECUENTE CUANDO SE LOCALIZA EN LA REGIÓN MALAR Y PREAURICULAR. TIENEN UN BAJO POTENCIAL METASTÁSICO (0.0028-0.1%), CON PREDILECCIÓN POR PULMÓN, GANGLIOS LINFÁTICOS, ESÓFAGO, CAVIDAD ORAL Y PIEL. LA SOBREVIVENCIA EN MESES ES DE 8-10 MESES. SÓLO EXISTE UN CASO REPORTADO DE METÁSTASIS A COLUMNA VERTEBRAL EN UNA PACIENTE DE 69 AÑOS. LA TERAPÉUTICA EN ESTOS PACIENTES DEBERÁ COMPRENDER TERAPIA MULTIMODAL CON QT BASADA EN PLATINO.

## CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES CON METÁSTASIS ABERRANTES

RAMÍREZ-BOLLAS JULIO, LAVÍN-LOZANO AJ, CARRILLO-  
HERNÁNDEZ JF, GRANADOS-GARCÍA M, PADILLA-ROSCIANO A,  
CUÉLLAR-HUBBE M, VÁZQUEZ ROMO R, ROMERO-HUESCA A,  
SAUCEDO-RAMÍREZ OJ, ALBORES-ZÚÑIGA O.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA, MÉXICO. CIUDAD DE MÉXICO, D. F.

**CASO.** MASCULINO DE 45 AÑOS INICIA 18 MESES PREVIOS CON DOLOR EN CADERA DER., DIFICULTAD PARA LA MARCHA, AUMENTO DE VOLUMEN DE CADERA Y CUELLO. CONOCIDO EN JUNIO DEL 2002, A LA EXPLORACIÓN: NÓDULO TIROIDEO DER. DE 2.5 CM. DE CONSISTENCIA AHULADA, ADENOPATÍAS MÓVILES EN NIVELES III Y IV DER., LA MAYOR DE 4 CM, CADERA DER. TUMOR DE 25 CM, FIJO QUE SE EXTENDÍA DESDE INGLA HASTA GLÚTEO. EN LA RX. DE TÓRAX MÚLTIPLES LESIONES NODULARES PULMONARES. TAC DE CUELLO: TUMOR HETEROGÉNEO DEPENDIENTE DE LÓBULO TIROIDEO DER. DE 4X3X11 CM, EXTENSIÓN A MEDIASTINO ANTERIOR, ADENOMEGALIAS EN EL NIVEL III DER. TAC DE PELVIS: LESIÓN LÍTICA EN CRESTA ILIACA DER. DE 16X14X12 CM, QUE INVOLUCRA LA REGIÓN ACETABULAR Y RAMA ISQUIOPÚBICA, TEJIDOS MUSCULARES Y BLANDOS ADYACENTES, SIN COMPROMETER ESTRUCTURAS VASCULARES. CENTELLEOGRAFÍA ÓSEA: LESIÓN LÍTICA EN PELVIS DER. PERFIL TIROIDEO: NORMAL. BAAF DE NÓDULO TIROIDEO REPORTÓ CARCINOMA PAPILAR. BAAF DE CADERA DER.: METÁSTASIS DE CARCINOMA PAPILAR (CP). BAAF DE GANGLIO CERVICAL DER.: METÁSTASIS. SE SOMETE A HEMIPLECTOMÍA INTERNA TIPO 2 DER., RHP: CP POCO DIFERENCIADO DE CÉLULAS COLUMNARES METASTÁSICO A HUESO ILIACO DER. CON TUMOR EN BORDES QUIRÚRGICOS. SE REALIZA DISECCIÓN RADICAL DE CUELLO BILATERAL TIPO III CON TIROIDECTOMÍA TOTAL, CON RHP: CP CON EXTENSAS ÁREAS DE CARCINOMA POCO DIFERENCIADO (ÁREAS INSULARES Y DE CÉLULAS COLUMNARES), 4/27 GANGLIOS DE CUELLO DER. Y CONGLOMERADO GANGLIONAR CON METÁSTASIS DE CP. EL RASTREO CON <sup>131</sup>I POSITIVO PARA TEJIDO RESIDUAL EN CUELLO Y METÁSTASIS PÉLVICAS, SE ADMINISTRÓ DOSIS ABLATIVA DE <sup>131</sup>I DE 150 MCI. SEIS MESES DESPUÉS SE REPORTA CAPTACIÓN EN LOS MISMOS SITIOS, ADMINISTRÁNDOSE DOSIS ABLATIVA DE 100 MCI DE <sup>131</sup>I. EN EL SEGUIMIENTO SEMESTRAL EL RASTREO DE <sup>131</sup>I, CON CAPTACIÓN DUDOSA EN PELVIS. EN AGOSTO DEL 2003 PRESENTA LESIÓN SUPRAESTERNAL, LA BIOPSIA REPORTÓ: TEJIDO ADIPOSO CON METÁSTASIS DE CP DE CÉLULAS ALTAS. TAC DE CUELLO, TÓRAX, ABDOMEN Y PELVIS: ADENOPATÍAS A NIVEL SUBMANDIBULAR Y EN MEDIASTINO, LESIONES NODULARES PULMONARES BILATERALES COMPATIBLES CON METÁSTASIS; SE SOMETA A RT EXTERNA A CUELLO CON DOSIS DE 59 GY.



EN ABRIL DEL 2004 EL RASTREO CON <sup>131</sup>I; ZONAS DE CAPTACIÓN ANORMAL SOBRE LECHO TIROIDEO Y DOS ZONAS FOCALES EN ABDOMEN INFERIOR, SE OFRECE NUEVA DOSIS ABLATIVA DE 150 MCI CON <sup>131</sup>I. EN OCTUBRE DEL 2004 PRESENTA AUMENTO DE VOLUMEN EN DEDO PULGAR DER., CAMBIOS DE COLORACIÓN Y LLENADO CAPILAR RETARDADO, AUMENTO DE TEMPERATURA CON SOSPECHA DE ABSCESO PERIUNGUINAL SE LE INICIA AMOXICILINA, PERO POR EVOLUCIÓN DESFAVORABLE Y LA PRESENCIA DE DOS LESIONES; UNA EN HEMITÓRAX IZQ. Y OTRA ESCAPULAR DER., SE TOMAN BIOPSIAS INICIALES CON RHP: LESIONES METASTÁSICAS DE CP. POSTERIORMENTE PRESENTA NUEVOS NÓDULOS SUBCUTÁNEOS EN HOMBRO DER. Y AUMENTO EN NÚMERO Y TAMAÑO DE LOS NÓDULOS PULMONARES POR LO QUE SE DECIDE DAR NUEVA DOSIS ABLATIVA DE 150 MCI CON <sup>131</sup>I EN ENERO DEL 2005, ACUMULÁNDOSE A LA FECHA 550 MCI DE <sup>131</sup>I. EL PACIENTE POR EL MOMENTO CON ENFERMEDAD ESTABLE.

**COMENTARIO.** EL CARCINOMA PAPILAR CORRESPONDE AL 80% DE LAS LESIONES MALIGNAS DE LA GLÁNDULA TIROIDES, SI BIEN CORRESPONDE A LESIONES BIEN DIFERENCIADAS Y DE BUEN PRONÓSTICO, EXISTEN VARIEDADES HISTOLÓGICAS DE MAL PRONÓSTICO COMO LA VARIEDAD ESCLEROSANTE DIFUSA, CÉLULAS COLUMNARES Y CÉLULAS ALTAS. LA VARIEDAD DE CÉLULAS INSULARES SE ENCUENTRA ENTRE LAS LESIONES BIEN DIFERENCIADAS Y EL CARCINOMA ANAPLÁSICO. EL CP TIENE PREDILECCIÓN METASTÁSICA POR PULMÓN, HUESO Y TEJIDOS BLANDOS. EN REPORTES DE LESIONES METASTÁSICAS A DEDOS CON HISTOLOGÍA DE CARCINOMA PAPILAR SE DEBERÁ INVESTIGAR ADEMÁS LESIONES EN MAMA, TUBO DIGESTIVO O TIROIDES, SIENDO ÉSTAS LAS MENOS FRECUENTES. EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO ES LA BASE DEL TRATAMIENTO Y LA ENFERMEDAD RESIDUAL SE DEBERÁ TRATAR CON <sup>131</sup>I, EN CASOS DE ENFERMEDAD METASTÁSICA DE DIFÍCIL CONTROL SE EMPLEA TERAPIA COMBINADA, AUNQUE NO HAY UN BENEFICIO DEMOSTRABLE.

### NEUROFIBROMA DE CELDILLAS ETMOIDALES

RAMÍREZ-BOLLAS JULIO, LAVÍN-LOZANO AJ, GRANADOS-GARCÍA M, LUNA-ORTIZ K, ROMERO-HUESCA A, ALBORES-ZÚÑIGA O, VÁZQUEZ-ROMO R, ALTAMIRANO-CENTENO V, HERNÁNDEZ-PEÑA RE.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA, MÉXICO. CIUDAD DE MÉXICO, D. F.

**CASO.** PACIENTE MASCULINO DE 33 AÑOS, ENVIADO AL INSTITUTO POR TUMOR EN FOSA NASAL DERECHA. REFIERE QUE DESDE HACE 8 MESES PRESENTA EPIFORA, 4 MESES DESPUÉS SE AGREGA OBSTRUCCIÓN NASAL IZQUIERDA. A LA EXPLORACIÓN INICIAL SE ENCUENTRA CON TUMOR EN FOSA NASAL IZQ. QUE OCUPA LA TOTALIDAD DE LA LUZ. CUELLO SIN ADENOPATÍAS. EN LA TAC SE EVIDENCIA LESIÓN EN FOSA NASAL IZQUIERDA DE LA PARED LATERAL CON DESTRUCCIÓN ÓSEA E INVASIÓN INTRAOCAL IPSOLATERAL APARENTEMENTE. SE REALIZA BIOPSIA DE LA LESIÓN CON RHP DE TUMOR DE VAINA DE NERVIOS PERIFÉRICOS (TVNP) BENIGNO. SE SOMETE A PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO REALIZANDO MAXILECTOMÍA MEDIAL, CON HALLAZGOS DE TUMOR DE CAVIDAD NASAL IZQUIERDA QUE COMPROMETE CELDILLAS ETMOIDALES, PARED MEDIAL DE LA ÓRBITA, CUADRANTE SUPERIOR Y MEDIO, CON ABUNDANTE NECROSIS, SIN AFECCIÓN DEL CONTENIDO ORBITARIO Y CON SINUSITIS CRÓNICA ASOCIADA. EL RHP DEFINITIVO FUE: NEOPLASIA FUSOCELULAR CON CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS DE NEUROFIBROMA DIFUSO Y SE CONFIRMA EL RESULTADO POR INMUNOHISTOQUÍMICA. ACTUALMENTE EL PACIENTE EN VIGILANCIA SIN EVIDENCIA DE ENFERMEDAD.

**COMENTARIO.** EXISTEN ESCASAS PUBLICACIONES QUE MENCIONEN EL NEUROFIBROMA PRIMARIO DE SENO ETMOIDAL, EN UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LAS BASES DE DATOS ELECTRÓNICAS SÓLO SE ENCUENTRAN 8 CASOS REPORTADOS COMO AISLADOS. SI BIEN HAY UN MAYOR NÚMERO DE PUBLICACIONES QUE REPORTA TVNP BENIGNO EN CABEZA Y CUELLO CON MAYOR FRECUENCIA INCLUSIVE QUE LAS LESIONES MALIGNAS DEL MISMO TIPO DE LESIÓN, UN NÚMERO CONSIDERABLE DE ESTOS REPORTES SON ASOCIADOS A OTRAS ENTIDADES COMO LA NEUROFIBROMATOSIS. CON BASE A ESTAS PUBLICACIONES SE CONCLUYE QUE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CON EL OBJETIVO DE OFRECER MÁRGENES QUIRÚRGICOS LIBRES DE LESIÓN ES EL INDICADO. ESTAS LESIONES SON DE CRECIMIENTO EXPANSIVO, NO PRESENTAN DESTRUCCIÓN ÓSEA Y SE LES PUEDE DISTINGUIR DE LOS TVNP POR INMUNOHISTOQUÍMICA.

### QUIMIO-RADIOTERAPIA CONCOMITANTE CON GEMCITABINE + CETUXIMAB EN CÁNCER DE CAVIDAD ORAL LOCALMENTE AVANZADO. REPORTE DE UN CASO

LAVÍN-LOZANO ARTURO, RAMÍREZ-BOLLAS J, HERNÁNDEZ-PEÑA R, GRANADOS-GARCÍA M, AGUILAR-PONCE J, VILLAVICENCIO-VALENCIA V. INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA, MÉXICO. CIUDAD DE MÉXICO, D. F.

**CASO CLÍNICO.** FEMENINO 43 AÑOS DE EDAD. CON ANTECEDENTES DE ANEMIA APLÁSICA DESDE HACE 12 AÑOS Y TRANSPLANTE DE MÉDULA ÓSEA HACE 2 AÑOS. ACUDE POR PRESENTAR LESIÓN ULCERADA EN ENCIJA INFERIOR DEL LADO IZQUIERDO. AL EF PRESENTA LESIÓN ULCERADA DE 5 CM QUE VA DESDE LA LÍNEA MEDIA HASTA EL TRÍGONO RETROMOLAR, CON INFILTRACIÓN A TEJIDOS BLANDOS DE LA MEJILLA. CUELLO NEGATIVO. TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA CON LESIÓN LA CUAL DESTRUYE LA MANDÍBULA Y COMPROMETE LOS MÚSCULOS DE LA MASTICACIÓN. BIOPSIA INCISIONAL: CARCINOMA EPIDERMÓIDE MODERADAMENTE DIFERENCIADO. SE ETAPIFICA COMO EC IVA.

LA PACIENTE RECIBE TRATAMIENTO CONCOMITANTE CON QT/RT. RECIBIÓ 4 CICLOS DE GEMCITABINE 100 MG/M<sup>2</sup>SC Y CETUXIMAB 500 MG/M<sup>2</sup>SC DE INDUCCIÓN Y 250 MG/M<sup>2</sup>SC DE MANTENIMIENTO. ADEMÁS RECIBIÓ TELETERAPIA A UNA DOSIS TOTAL DE 71.6 GY CON FRACCIONAMIENTO DE 2 GY/DÍA LA PACIENTE PRESENTÓ MUCOSITIS GRADO III POR LO CUAL SE SUSPENDE EL TERCER CICLO DE QT Y REANUDÁNDOLO POSTERIORMENTE SIN COMPLICACIONES. CONCLUYE TRATAMIENTO EL 30 DE NOVIEMBRE DEL 2004, CON RESPUESTA CLÍNICA PARCIAL.

EL 7 DE MARZO DEL 2005 SE SOMETE A HEMIMANDIBULECTOMÍA IZQUIERDA CON RESECCIÓN DE TEJIDOS BLANDOS DE LA MEJILLA IPSOLATERAL CON RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO DE PECTORAL MAYOR. EL RESULTADO HISTOPATOLÓGICO: CARCINOMA EPIDERMÓIDE MODERADAMENTE DIFERENCIADO DE 6 MM DE DIÁMETRO MAYOR EN TEJIDOS BLANDOS CON BORDES NEGATIVOS. SE DESARROLLA NECROSIS DEL COLGAJO DE PECTORAL MOTIVO

POR EL CUAL SE REALIZA LAVADO Y DEBRIDACIÓN EL 23 DE MARZO DEL 2005. ACTUALMENTE LA PACIENTE SE ENCUENTRA CON CURACIONES Y SIN DATOS DE AT LOCAL REGIONAL.

**COMENTARIO.** LOS TUMORES DEL ÁREA DE CABEZA Y CUELLO SON UN VERDADERO RETO PARA EL CIRUJANO ONCÓLOGO. DURANTE LOS ÚLTIMOS AÑOS EL ESTÁNDAR DEL TRATAMIENTO PARA LOS TUMORES LOCALMENTE AVANZADO ES EL TRATAMIENTO MULTIMODAL, ESTO CON LA INTENCIÓN DE REALIZAR CIRUGÍA MENOS EXTENSAS, CON MENOR MORBILIDAD Y MEJOR CALIDAD DE VIDA, POR ESTO SE HAN ESTUDIADO NUEVAS MODALIDADES TERAPÉUTICAS DIRIGIDAS A BLANCOS MOLECULARES COMO EL CETUXIMAB, EL CUAL ES UN ANTICUERPO MONOCLONAL CONTRA EL EGFR. NOSOTROS PROPONEMOS LA UTILIZACIÓN DE GEMCITABINE EN COMBINACIÓN CON RT + CETUXIMAB POR SUS VENTAJAS EN CUANTO A TOXICIDAD Y SU POSOLOGÍA, ADEMÁS, QUE LOS RESULTADOS EN CUANTO A RESPUESTA CON GEMCITABINE VS CISPLATINO SON LOS MISMOS

### TUMOR DE VAINA DEL NERVIOS PERIFÉRICO EN EL ESPACIO PARAFARÍNGEO (EPF)

LAVÍN-LOZANO ARTURO JAVIER, RAMÍREZ-BOLLAS J, HERNÁNDEZ-PEÑA R, ALBORES-ZÚÑIGA O, GRANADOS-GARCÍA M, VILLAVICENCIO-VALENCIA V, LUNA-ORTIZ K.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA, MÉXICO. CIUDAD DE MÉXICO, D. F.

**CASO CLÍNICO.** FEMENINO DE 26 AÑOS DE EDAD. SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA. ACUDE POR AUMENTO DE VOLUMEN A NIVEL DEL ÁNGULO IZQUIERDO DE LA MANDÍBULA, NO ASOCIADO A OTRA SINTOMATOLOGÍA. AL EF CON LESIÓN DE 4 X 4 CM. EN EL ÁNGULO MANDIBULAR DEL LADO IZQUIERDO, VALORACIÓN NEUROLÓGICA SIN ALTERACIONES. TAC DE CUELLO CON LESIÓN SÓLIDA DE 3.5 X 4.1 CM, LOCALIZADA EN LA REGIÓN POSESTILOIDEA DEL EPF IZQUIERDO. SE SOMETE RESECCIÓN DE LA LESIÓN POR ABORDAJE TRANSCERVICAL, ENCONTRANDO LESIÓN ENCAPSULADA DE 4 X 4 CM. CON ADHERENCIAS LAXAS A CARÓTIDA PRIMITIVA, VENA YUGULAR INTERNA Y X PAR CRANEAL IZQUIERDO, LA CUAL SE RESECA EN SU TOTALIDAD SIN MORBILIDAD ASOCIADA.

EL RESULTADO HISTOPATOLÓGICO ES: TUMOR DE VAINA DEL NERVIOS PERIFÉRICO.

LA PACIENTE SE HA MANTENIDO EN VIGILANCIA HASTA LA FECHA SIN DATOS DE RECURRENCIA.

**COMENTARIO.** EL EPF ES UN ESPACIO VIRTUAL EN FORMA DE PIRÁMIDE INVERTIDA TENIENDO COMO ORIGEN LA BASE DEL CRÁNEO Y SU VÉRTICE ES EL CUERNO MAYOR DEL HIODES; SU PARED POSTERIOR ESTÁ FORMADA POR LOS CUERPOS VERTEBRALES Y LOS MÚSCULOS PARAVERTEBRALES REVESTIDOS DE LA FASCIA PREVERTEBRAL, SU PARED LATERAL ESTÁ FORMADA POR LA RAMA ASCENDENTE DE LA MANDÍBULA, EL VIENTRE POSTERIOR DEL MÚSCULO DIGÁSTRICO Y POR EL MÚSCULO PTERIGOIDEO MEDIAL, POR ÚLTIMO, EL BORDE MEDIAL ESTÁ FORMADO POR EL CONSTRICTOR SUPERIOR DE LA FARINGE. LOS TUMORES DEL EPF REPRESENTAN EL 0.5% DE TODOS LOS TUMORES DE CABEZA Y CUELLO, DE ELLOS, EL 80% SON BENIGNOS. LA MAYORÍA DE ESTOS TUMORES SON DE ORIGEN PAROTÍDEO (50%), SEGUIDOS DE LOS DE ORIGEN NEUROGÉNICO (20%). PARA SU ESTUDIO EL EPF SE HA DIVIDIDO EN DOS REGIONES: POS Y PREESTILOIDEA.

DADAS LAS CARACTERÍSTICAS ANATÓMICAS DEL ESPACIO PARAFARÍNGEO SE HACE DIFÍCIL LA EXPLORACIÓN DE ESTA ÁREA, POR LO QUE SE REQUIERE DE ESTUDIOS DE IMAGEN PARA SU EVALUACIÓN. GENERALMENTE, SE REQUIERE DE UNA BIOPSIA PARA ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO, Y COMO LO ESTABLECE LA LITERATURA, LA MAYORÍA DE LOS TUMORES SON BENIGNOS, POR LO CUAL LA RESECCIÓN COMPLETA SE RECOMIENDA EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS YA QUE SE ASOCIA A BAJA MORBILIDAD POSTOPERATORIA EN CENTROS ESPECIALIZADOS.

### AMELOBLASTOMA RECURRENTE. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

ALBORES-ZÚÑIGA OLIVER, VILLAVICENCIO VALENCIA V, RAMÍREZ BOLLAS J, LAVÍN LOZANO A, HERNÁNDEZ PEÑA R

**CASO CLÍNICO.** PACIENTE DEL SEXO MASCULINO DE 58 AÑOS DE EDAD QUIEN INICIÓ SU PADECIMIENTO DESDE LOS 30 AÑOS CON PRESENCIA DE TUMORACIÓN A NIVEL DEL ÁNGULO DE LA MANDÍBULA LADO DERECHO.

AHF: SIN IMPORTANCIA PARA EL PADECIMIENTO ACTUAL.

APNP: TABAQUISMO DESDE HACE MÁS DE 22 AÑOS ABANDONA HACE 20 DÍAS.

APP: HEMIMANDIBULECTOMÍA A LOS 35 AÑOS.

PA: HACE 5 AÑOS INICIA CON CRECIMIENTO PAULATINO EN LA REGIÓN DE LA MANDÍBULA IZQUIERDA. CONOCIDO EN EL INCAN DESDE 04/04/05. SE LE EFECTUÓ BIOPSIA INCISIONAL CON RHP DE AMELOBLASTOMA FOLICULAR ACANTOMATOSO.

EF: AUMENTO DEL VOLUMEN DE LA HEMICARA IZQUIERDA. FOSA INFRATEMPORAL DEL ÁNGULO DE LA MANDÍBULA. CONSISTENCIA DURA, FIRME, SIN COMPROMISO DE LA PIEL, CAVIDAD ORAL COMPROMISO DE LA MUCOSA DE LA MEJILLA Y ULCERACIÓN DE LA MISMA. CUELLO NEGATIVO.

SE PROPONE TRATAMIENTO RESECCIÓN AMPLIA Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO DE PECTORAL. SE LLEVA A CIRUGÍA SIN COMPLICACIONES ES EGRESADO AL 7 DÍA DE ESTANCIA INTRAHOSPITARIA.

**DISCUSIÓN.** EL AMELOBLASTOMA ES UNA NEOPLASIA DEL EPITELIO ODONTÓGENO LOCALMENTE AGRESIVA CON AMPLIO ESPECTRO DE PATRONES HISTOLÓGICOS QUE ASEMEJAN A LA ODONTOGÉNESIS TEMPRANA

- SE ORIGINA DE RESTOS DE COMPONENTES EPITELIALES DEL DESARROLLO DENTAL
  - LÁMINA DENTAL (SERRES)
  - EPITELIO REDUCIDO DEL ESMALTE
  - RESTOS DE MALASSEZ
  - CAPA DE CÉLULAS BASALES DE EPITELIO SUPRAYACENTE
- Y SEGÚN LA OMS CORRESPONDE A TUMORES BENIGNOS LOCALMENTE AGRESIVOS, CON RECURRENCIAS LOCALES Y RARAS VECES SE MALIGNIZAN.

## REHABILITACIÓN NASAL ESTÉTICA MEDIANTE PRÓTESIS DE SILICÓN INDUSTRIAL

MANUEL ENRIQUE LAGUNES DÍAZ  
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

**ANTECEDENTES.** DURANTE MUCHO TIEMPO SE HA TRATADO DE BUSCAR LA MEJOR TÉCNICA DE CARACTERIZACIÓN DEL SILICÓN INDUSTRIAL PARA REHABILITACIONES FACIALES ESTÉTICAS, ESTO EN BUSCA DE PONER AL ALCANCE DE TODO TIPO DE PACIENTES LA REHABILITACIÓN PROTÉSICA FACIAL, POR EL BAJO COSTO DE ESTE SILICÓN, PERO DEBIDO A SU DIFÍCIL MANIPULACIÓN COMPARADO CON LA FÁCIL MANIPULACIÓN DE LOS SILICONES GRADO MÉDICO O PROTÉSICOS. NO SE HABÍAN LOGRADO RESULTADOS ESTÉTICOS ADECUADOS.

**OBJETIVO.** DAR A CONOCER LOS RESULTADOS ESTÉTICOS OBTENIDOS CON EL USO DEL SILICÓN INDUSTRIAL, UTILIZANDO UNA TÉCNICA DE CARACTERIZACIÓN EXTERNA SOBRE UN COLOR BASE.

**PLANTEAMIENTO.** POR MUCHO TIEMPO HA SIDO UNA LIMITANTE EL USO DEL SILICÓN INDUSTRIAL EN LA FABRICACIÓN DE PRÓTESIS FACIALES, ESTO DEBIDO A LOS MALOS RESULTADOS ESTÉTICOS OBTENIDOS, DEBIDO A SU DIFÍCIL MANIPULACIÓN, COMPARADO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS CON EL USO DE SILICÓN GRADO MÉDICO O PROTÉSICO. ESTO DEBIDO A QUE ESTE TIPO DE SILICONES SON DE MUY FÁCIL MANIPULACIÓN Y POR LO TANTO SE PUEDE CARACTERIZAR ADECUADAMENTE, OBTENIENDO RESULTADOS ESTÉTICOS MUY ACEPTABLES. PERO REALIZANDO MODIFICACIONES EN LA TÉCNICA CONVENCIONAL DE CARACTERIZACIÓN PARA SILICONES GRADO MÉDICO O PROTÉSICO, SE HAN PODIDO MEJORAR LOS RESULTADOS ESTÉTICOS PARA EL SILICÓN INDUSTRIAL.

**RESULTADOS.** CON LAS MODIFICACIONES EN LA TÉCNICA CONVENCIONAL DE CARACTERIZACIÓN Y UTILIZANDO SOLVENTES PARA DILUIR EL SILICÓN Y EL USO DE JABÓN LÍQUIDO COMO MEDIO DE DISPERSIÓN DEL SILICÓN. SE HAN OBTENIDO PRÓTESIS FACIALES ESTÉTICAMENTE ACEPTABLES.

**CONCLUSIÓN.** CON EL EMPLEO DE UNA TÉCNICA ADECUADA DE CARACTERIZACIÓN, SE PUEDEN OBTENER PRÓTESIS FACIALES ESTÉTICAS CON UN COSTO MENOR QUE LAS PRÓTESIS REALIZADAS CON SILICONES GRADO MÉDICO. POR LO TANTO LA REHABILITACIÓN FACIAL ESTÁ AL ALCANCE DE TODAS LAS POSIBILIDADES ECONÓMICAS.

## COLGAJO MICROVASCULAR DE YEYUNO. PRESENTACIÓN DE 4 CASOS

MORALES PALOMARES MA, ARANA RIVERA E, PRIEGO BLANCAS RB, CELIO MANCERA J. HADDAD TAME JL, GARCÍA RODRÍGUEZ F, FLORES BAÑOS E, GUTIÉRREZ ARANGUE E, AVECILLA GUERRERO CA, MORALES MONTIEL TM, JACUINDE ÁVILA JL, MOCIÑOS ROBERTO  
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO Y HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO, MÉXICO, D.F.

**INTRODUCCIÓN.** EN 1959 SEINDENBERG PUBLICÓ LA PRIMERA DESCRIPCIÓN DE LA RECONSTRUCCIÓN ESOFÁGICA E HIPOFARINGE UTILIZANDO UN SEGMENTO DE YEYUNO LIBRE REVASCULARIZADO A LOS VASOS DEL CUELLO. ACTUALMENTE ESTE TRATAMIENTO, EN PACIENTES BIEN SELECCIONADOS, ES UNA BUENA OPCIÓN DE MANEJO, CON EXCELENTE PALIACIÓN Y CONTROL LOCAL DE LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA.

**OBJETIVO.** PRESENTAR LA EXPERIENCIA DE ESTE PROCEDIMIENTO EN 2 HOSPITALES ONCOLÓGICOS, ENFATIZANDO LA IMPORTANCIA DE UN MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DE ESTOS PACIENTES.

**MATERIAL Y MÉTODO.** SE PRESENTAN 4 CASOS DIFERENTES: EL PRIMERO DE CÁNCER DE HIPOFARINGE, 2 CASOS CON CÁNCER DE LARINGE AVANZADO LOCALMENTE Y UN CASO CON CÁNCER DE LARINGE RECURRENTE A RADIOTERAPIA, SE ANALIZAN LAS COMPLICACIONES, EL TIEMPO QUIRÚRGICO Y LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES. **RESULTADOS.** EN TODOS LOS CASOS FUE POSIBLE REALIZAR LA RECONSTRUCCIÓN. TODOS CON MÍNIMAS COMPLICACIONES POSOPERATORIAS Y BUENA PALIACIÓN. LA PACIENTE CON CÁNCER DE HIPOFARINGE MURIO 2 AÑOS DESPUÉS DE LA CIRUGÍA.

**CONCLUSIÓN.** ESTE PROCEDIMIENTO ES UNA ALTERNATIVA EN CÁNCER AVANZADO LOCOREGIONALMENTE DE LA LARINGE, LA HIPOFARINGE Y EL ESÓFAGO CERVICAL, CON BUENOS RESULTADOS PALIATIVOS Y UNA SOBREVIVENCIA DE MEJOR CALIDAD, DEMOSTRANDO QUE LA ONCOLOGÍA ACTUAL DEBE TENER UN MANEJO MULTIDISCIPLINARIO.

## DETECCIÓN DE GANGLIO CENTINELA EN MELANOMA MALIGNO INTERESCAPULAR. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DEL TEMA

MORALES PALOMARES MA, MORALES, MONTIEL TM, PETRO PRIETO F, SANDOVAL GUERRERO F, JACUINDE ÁVILA JL, ÁVILA MEDRANO L  
HOSPITAL ISEMYM SATÉLITE Y HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

**INTRODUCCIÓN.** EL MELANOMA MALIGNO DEL TRONCO, OCUPA EL TERCER LUGAR EN LOCALIZACIÓN. LOS FACTORES DE RIESGO SON ALGUNOS SÍNDROMES HEREDITARIOS, LOS RAYOS ULTRAVIOLETAS Y LA PRESENCIA DE NEVOS PREEXISTENTES, EN ESTA LOCALIZACIÓN ES DE MUCHA UTILIDAD EL MARCAJE DEL GANGLIO CENTINELA (CON RADIOCOLÓIDE, AZUL PATENTE Y GAMMA-PROBE), YA QUE LA DISEMINACIÓN LINFÁTICA PUEDE SER A LA CABEZA, AXILAS O INGLAS.

**CASO CLÍNICO.** MUJER DE 45 AÑOS DE EDAD, CON UN LUNAR DE 5 MM EN LA ESPALDA A NIVEL DE T4 Y LA LÍNEA INTERESCAPULAR DESDE HACE 17 AÑOS, HACE 1 AÑO PRESENTÓ CRECIMIENTO PROGRESIVO HASTA ALCANZAR APROX. 5 X 5 CM DE DIÁMETRO, BIOPSIA INCISIONAL: MELANOMA MALIGNO CLARK III. LA EXPLORACIÓN DE LOS GANGLIOS CERVICALES, AXILARES E INGUINALES ES NEGATIVA. SE REALIZA DETECCIÓN DE GANGLIO CENTINELA Y RESECCIÓN LOCAL DEL PRIMARIO CON 2 CM DE MARGEN, Y COLOCACIÓN DE UN INJERTO. EL GANGLIO CENTINELA SE UBICÓ EN LA AXILA IZQUIERDA Y FUE POSITIVO. EL RHP DEFINITIVO: MELANOMA MALIGNO CLARK III SIN TUMOR EN LECHO Y BORDES QX. UN GANGLIO POSI-

TIVO. EL SERVICIO DE QUIMIOTERAPIA SÓLO SUGIERE SEGUIMIENTO. A 9 MESES DE SEGUIMIENTO, SE ENCUENTRA ASINTOMÁTICA.

**COMENTARIO.** EL MANEJO ESTÁNDAR ACTUAL PARA EL ÁREA LINFOPORTADORA ES EL USO DE MAPEO LINFÁTICO. LA DISECCIÓN GANGLIONAR ELECTIVA ES UN PUNTO CONTROVERTIDO EN EL TRATAMIENTO DEL MELANOMA. LOS PACIENTES BENEFICIADOS SON LOS QUE TIENEN UNA PROFUNDIDAD DE ENTRE 1 Y 4 MM, PORQUE TIENEN 30-40% DE RIESGO DE METÁSTASIS.

## ANGIOFIBROMA JUVENIL NASOFARINGEO ABORDAJE CRÁNEOFACIAL. REPORTE DE DOS CASOS

TIRADO AMBROSI, DR. FRANCISCO GARCÍA R,  
DR. DEL BOSQUE, DR. ARMANDO RAMÍREZ  
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

**ANTECEDENTES.** ES UNA PATOLOGÍA BENIGNA Y SE PRESENTA DE FORMA AGRESIVA AL DESPLAZAR A OTRAS ESTRUCTURAS COMO ES LA BASE DEL CRÁNEO, SE CONSIDERA UNA ENTIDAD RARA Y ES MÁS FRECUENTE EN MÉXICO EGIPTO, CRECE PRINCIPALMENTE EN LOS FORÁMENES Y FISURAS NATURALES SE PRESENTA EN HOMBRES JÓVENES, EL DIAGNÓSTICO ES CLÍNICO CON APOYO DE ESTUDIOS DE GABINETE.

**OBJETIVO:** REPORTE DE DOS CASOS EN HJM.

**INFORME DE CASO.** SE REPORTA LOS CASOS DE DOS JÓVENES DE 15 Y 17 AÑOS DE EDAD QUE REFIEREN HABER INICIADO POR PRESENCIA DE OBSTRUCCIÓN NASAL, ASÍ COMO EPISTAXIS, LA FOSA NASAL DERECHA EN EL CASO DEL PACIENTE DE 17 AÑOS SE PRESENTÓ INCLUSO AUMENTO EN PALADAR QUE OBSTRUIA EL PASO DE LOS ALIMENTOS EN LOS DOS CASOS SE REALIZÓ TAC MOSTRANDO LESIÓN QUE OCUPABA FOSA NASAL DERECHA, ASÍ COMO EN UNO DE LOS CASOS TOMABA PARCIALMENTE SENO ESFENOIDAL, LLEVÁNDOSE A EMBOLIZACIÓN SELECTIVA Y POSTERIOR RESECCIÓN QUIRÚRGICA CRANEOFACIAL.

**RESULTADO.** EN UNO DE LOS CASOS FUE NECESARIO EL ABORDAJE ORBITOCIGOMÁTICO, ASÍ COMO MAXILECTOMÍA MEDIAL, RESECANDO PORCIÓN INTRACAVERNOSA Y DEL SENO ESFENOIDAL, EN EL SEGUNDO CASO LA LESIÓN OCUPABA TODO EL SENO MAXILAR IZQ., ASÍ COMO PARTE DEL SENO ESFENOIDAL.

**CONCLUSIÓN.** SE CONSIDERA UNA PATOLOGÍA RARA, QUE AUNQUE ES BENIGNA SU LOCALIZACIÓN LO HACE DE RIESGO CON UNA ELEVADA MORTALIDAD, SE CONSIDERA LA CIRUGÍA COMO EL MEJOR TRATAMIENTO.

## CARCINOMA EPIDERMÓIDE POCO DIFERENCIADO, CÉLULAS BASALOIDES DE HIPOFARINGE Y CA. DE ESÓFAGO DISTAL SINCÓNICO. REPORTE DE UN CASO

DR. TIRADO AMBROSI MARCOS A, DR. FRANCISCO GARCÍA RODRÍGUEZ, DR. ZIAD ABOHARP, DR. JOSÉ LUIS RUIZ OVALLE  
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

**ANTECEDENTES.** EL CARCINOMA EPIDERMÓIDE BASALOIDE ES UNA VARIANTE INFRECUENTE, Y SE CONOCE POR SER MUY AGRESIVO, ASÍ COMO CAPACIDAD METASTÁSICA QUE EL TIPO CONVENCIONAL. SE ENCUENTRA PRINCIPALMENTE EN TRACTO SUPERIOR Y ES EN BASE DE LENGUA E HIPOFARINGE, SE ASOCIA A UN PORCENTAJE ALTO DE SEGUNDOS PRIMARIO.

**OBJETIVO.** REPORTE DE CASO POCO FRECUENTE Y PRESENTACIÓN DE DOBLE PRIMARIO. **INFORME DEL CASO.** SE TRATA DE PACIENTE MASCULINO DE 42 AÑOS QUE INICIA CON DISFAGIA PROGRESIVA A SÓLIDOS Y POSTERIORMENTE LÍQUIDOS, SE REALIZA ESOFAGOGRAMA CON PRESENCIA DE ESTENOSIS DE TERCIO PROXIMAL DE ESÓFAGO, ENDOSCOPIA CON ESTENOSIS DE ESFÍNTER ESOFÁGICO SUPERIOR Y CON LESIÓN DE SENO PIRIFORME, TAC CON AUMENTO DE VOLUMEN EN REGIÓN DE ESÓFAGO CERVICAL LADO IZQUIERDO DESPLAZA LARINGE, ASÍ COMO DISMINUCIÓN DE LA LUZ EN LA UNIÓN FARINGOESOFÁGICA.

**RESULTADO.** ES LLEVADO A FARINGOLARINGOESOFAGECTOMÍA MÁS ASCENSO GÁSTRICO, CON REPORTE DE BIOPSIA DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE POCO DIFERENCIADO CÉLULAS BASALOIDES EN HIPOFARINGE Y LARINGE, CA. EPIDERMÓIDE DE ESÓFAGO TERCIO DISTAL GANGLIOS NEGATIVOS (56).

**CONCLUSIÓN.** EL CARCINOMA BASALOIDES ES INFRECUENTE, TIENE PREDILECCIÓN EN HIPOFARINGE, EL ESTUDIO DE INMUNOHISTOQUÍMICA ES NECESARIO PARA DIAGNÓSTICO, SE ASOCIA CON UN PORCENTAJE ALTO DE SEGUNDOS PRIMARIOS COMO EL CASO COMENTADO.

## DISTRIBUCIÓN, MANEJO Y COMPLICACIONES DE LOS TUMORES DE GLÁNDULAS SALIVALES EN EL CMN 20 NOV ISSSTE

DR. GURROLA MACHUCA H, DRA. ÁLVAREZ MALDONADO SM,  
DR. ACOSTA MONDRAGON H, DR. FARÍAS ALARCÓN M  
CMN 20 NOV ISSSTE

**RESUMEN.** SE REALIZÓ UN ESTUDIO RETROSPECTIVO, OBSERVACIONAL Y DESCRIPTIVO DE LA INCIDENCIA, DISTRIBUCIÓN Y MANEJO DE LOS TUMORES DE GLÁNDULAS SALIVALES EN PACIENTES DERECHOAHIENTES DEL CMN 20 NOV ISSSTE DURANTE UN PERIODO DE 11 AÑOS, DE ENERO DE 1993 A JULIO DE 2005, CON BASE A LOS EXPEDIENTES ELECTRÓNICOS Y CLÍNICOS DE PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE TUMORES DE CABEZA Y CUELLO.

SE IDENTIFICARON 115 CASOS DE PACIENTES CON TUMORES DE GLÁNDULAS SALIVALES, CON UN RANGO DE EDAD DE 7 A 83A, CON UN PROMEDIO DE EDAD PARA LOS TUMORES MALIGNOS DE 80A Y BENIGNOS DE 35A. LA DISTRIBUCIÓN POR SEXOS FUE MAYOR EN PACIENTES MUJERES 71 VS HOMBRES 44.

EL LÓBULO SUPERFICIAL DE LA GLÁNDULA PARÓTIDA FUE EL SITIO MÁS AFECTADO EN 79 PACIENTES. EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO FUE LA MODALIDAD DE MANEJO MÁS UTILIZADA EN 69 PACIENTES, EL RESTO DE PACIENTES FUERON TRATADOS DE MANERA MULTIMODAL Y SÓLO 1 PACIENTE SE TRATÓ CON VIGILANCIA. LA CIRUGÍA MÁS REALIZADA FUE LA

PAROTIDECTOMÍA TOTAL EN 50 SEGUIDA DE LA SUPERFICIAL EN 27 PACIENTES. DE ACUERDO A LA HISTOLOGÍA, EL ADENOMA PLEOMORFO FUE EL TUMOR BENIGNO MÁS FRECUENTE EN 43 PACIENTES Y EL MALIGNO CORRESPONDIÓ AL CARCINOMA ADENOIDEO QUÍSTICO Y SÓLO SE ENCONTRARON 5 CASOS DE LINFOMA NO HODKING DE PARÓTIDA. EN 12 PACIENTES SE REALIZÓ DRC CON UN RANGO DE GANGLIOS RESECADOS DE 2 HASTA 22 GANGLIOS. EN 16 PACIENTES SE OBSERVÓ AFECCIÓN PERMANENTE DEL N. FACIAL, SECUNDARIO A RESECCIÓN POR INFILTRACIÓN DEL MISMO. SÓLO SE ENCONTRARON 2 PACIENTES CON SX DE FREY. EN 94 PACIENTES SE LOGRÓ CONTROL DE LA ENFERMEDAD, EN 11 PACIENTES ESTE OBJETIVO NO SE LOGRÓ.

16 PACIENTES FALLECIERON AL MOMENTO DEL ESTUDIO, LA CAUSA MÁS FRECUENTE FUE ENFERMEDAD MALIGNA DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES NO CONTROLADA EN 10 PACIENTES, 9 DE ELLOS POR ENFERMEDAD EN EC IV AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO.

### MAXILECTOMÍA: EXPERIENCIA QUIRÚRGICA DE 10 AÑOS EN EL TRATAMIENTO DE NEOPLASIAS DE SENOS PARANASALES CON DIVERSA ETIOLOGÍA EN LA UNIDAD DE TUMORES DE CABEZA Y CUELLO, SERVICIO DE ONCOLOGÍA, HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

DR. IBÁÑEZ GARCÍA ADRIÁN, DR. SANDOVAL TERÁN MARX, DR. HERNÁNDEZ CUÉLLAR ARTURO, DRA. GARIBALDI GARCÍA GIGIOLA, DR. QUINTANA OCAMPO ALEJANDRO  
SERVICIO DE TUMORES DE CABEZA Y CUELLO, HGM.

**ANTECEDENTES.** DE ACUERDO A LAS GUÍAS DE NCCN DEL 2005, LA MAXILECTOMÍA ES LA PIEDRA ANGULAR EN EL TRATAMIENTO DE TUMORES DE SENOS PARANASALES EN LAS DIVERSAS ETIOLOGÍAS, DENTRO DE ESTAS ENTIDADES DESTACAN CÁNCERES MALIGNOS Y TUMORES BENIGNOS.

**OBJETIVO.** MOSTRAR LAS DIVERSAS MAXILECTOMÍAS DE ACUERDO A EXTENSIÓN Y TIPO HISTOLÓGICO, EVALUANDO MORBIMORTALIDAD Y SUPERVIVENCIA.

**MATERIAL Y MÉTODO.** OBSERVACIONAL, DESCRIPTIVO, RETROSPECTIVO, TRANSVERSAL; REVISIÓN DE EXPEDIENTES CON ESTE DIAGNÓSTICO EN EL TIEMPO REFERIDO, CUALQUIER EDAD Y SEXO, CON LOS DIAGNÓSTICOS ETIOLÓGICOS COMENTADOS.

**RESULTADOS.** TOTAL DE PACIENTES: 47, GRUPO DE EDAD MÁS FRECUENTE: 40-50 AÑOS (29.8%), SITIO MÁS AFECTADO: ANTRO MAXILAR (93.6%), HISTOLOGÍA PREDOMINANTE: CA. EPIDERMÓIDE 66%, EC PRINCIPAL: EC IVA (27.7%), PROCEDIMIENTO MÁS REALIZADO: MAXILECTOMÍA SUPRAESTRUCTURAL 34%. SE DA TRATAMIENTO QT-RTP CONCOMITANTE: 36.2%. COMPLICACIONES: INFECCIÓN 4.3%, NECROSIS DEL COLGAJO 2.1%, MUERTE TRANSOPERATORIA 0%. SOBREVIDA POR ETAPAS Y A 5 AÑOS: II (75%), III (37%), EC IV (28%). TUMORES BENIGNOS: NASOANGIOFIBROMA 4.3%.

**CONCLUSIÓN.** PROCEDIMIENTO QUE CON LA TERAPIA MULTIMODAL PRESENTA UN ADECUADO CONTROL LOCAL Y REGIONAL, ASÍ MISMO BAJA MORBIMORTALIDAD, MÍNIMAS COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS, CON SOBREVIDA ACEPTABLE EN ETAPAS CLÍNICAS TEMPORANAS. ESTO CONCUERDA CON LAS SERIES REPORTADAS EN LA BIBLIOGRAFÍA MUNDIAL. LA DISTRIBUCIÓN DE LOS TUMORES DE GLÁNDULAS SALIVALES EN NUESTRO MEDIO ES MUY SIMILAR AL REPORTADO EN LA LITERATURA. EL SITIO MÁS AFECTADO DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES ES EL LÓBULO SUPERFICIAL DE LA GLÁNDULA PARÓTIDA TANTO PARA LAS LESIONES BENIGNAS COMO MALIGNAS, POR LO QUE EL SACRIFICIO DEL NERVIOS FACIAL ES UNA COMPLICACIÓN QUE EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS PUEDE EVITARSE CUANDO NO SE ENCUENTRA DICHA ESTRUCTURA INVADIDA POR UN TUMOR MALIGNO.

### RECONSTRUCCIONES DE DEFECTOS QUIRÚRGICOS EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA CÉRVICOFACIAL CON EL COLGAJO MIOCUTÁNEO PEDICULADO DEL DORSAL ANCHO

DR. ADOLFO HIDALGO GONZÁLEZ,  
DR. JORGE LUIS ARTEAGA GATTORNO  
INSTITUTO NACIONAL DE ONCOLOGÍA, LA HABANA, CUBA

**INTRODUCCIÓN.** EL COLGAJO MIOCUTÁNEO DEL MÚSCULO DORSAL ANCHO ES EL MÁS ANTIGUO DE SU TIPO. HIGINIO TANZINI PUBLICÓ EN 1906 SU EXPERIENCIA EN LA RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON ESTA TÉCNICA, LA CUAL CAYÓ EN EL OLVIDO POR MUCHO TIEMPO. SU USO EN CABEZA Y CUELLO CORRESPONDE A QUILLEN EN 1978 QUE LO UTILIZÓ DE FORMA PEDICULADA POR PRIMERA VEZ EN EL ÁREA CERVICOFACIAL. EN NUESTRO TRABAJO SE ILUSTRÓ EL EMPLEO DE ESTA TÉCNICA COMO UN ARMA MÁS EN EL ARSENAL RECONSTRUCTIVO DEL CIRUJANO DE CABEZA Y CUELLO.

**OBJETIVOS.** EVALUAR LOS RESULTADOS FUNCIONALES Y ESTÉTICOS DEL EMPLEO DEL COLGAJO MIOCUTÁNEO DEL DORSAL ANCHO EN NUESTROS PACIENTES.

**MATERIAL Y MÉTODO.** SE REVISAN LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE 30 PACIENTES A LOS CUALES SE LES REALIZÓ POR DIFERENTES RAZONES LA TÉCNICA DEL COLGAJO DORSAL ANCHO RECOLECTANDO DATOS GENERALES, REFERENTES A SU ENFERMEDAD, DEFECTO A RECONSTRUIR, COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS Y RESULTADOS ESTÉTICOS Y FUNCIONALES.

**RESULTADOS Y DISCUSIÓN.** LOS TERRITORIOS RECONSTRUIDOS: FUERON 8 DEFECTOS GRANDES DE PIEL Y PARTES BLANDAS DEL CUELLO, 10 DEFECTOS FARINGOESOFÁGICOS, 4 DEFECTOS DE CAVIDAD ORAL, 4 DEFECTOS COMBINADOS DE CARRILLO Y PIEL DE LA MEJILLA, DOS DEFECTOS CRANEOORBITARIOS Y DOS DEFECTOS DE LA REGIÓN PARÓTIDA. LA NECROSIS TOTAL APARECIÓ EN 3 DE LOS 30 CASOS, TODOS CON DEFECTOS FARINGOESOFÁGICOS. LA NECROSIS PARCIAL EN 2 PACIENTES. EN EL RESTO DE LOS CASOS EL COLGAJO PRESENTÓ BUENA VITALIDAD.

**CONCLUSIÓN.** EL COLGAJO DORSAL ANCHO ES UN MÉTODO FIABLE PARA LAS RECONSTRUCCIONES EN CABEZA Y CUELLO. POR SU PEDICULO EXPUESTO ES MUY SENSIBLE A LA NECROSIS TRAS LA SEPSIS Y FÍSTULA EN LOS CASOS DE RECONSTRUCCIONES FARINGOESOFÁGICAS.

### LINFOMA DE MAMA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

DR. VÍCTOR E. VALDESPINO, DR. FERNANDO ALDACO, DR. RAFAEL VIVEROS, DR. ALEJANDRO RUIZ, DR. JOSÉ LUIS BALSECA  
\* RESIDENTES DE ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA. CMN 20 DE NOVIEMBRE ISSSTE, MÉDICO ADSCRITO A EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA. CMN 20 DE NOVIEMBRE ISSSTE, CIUDAD DE MÉXICO, MÉXICO

EL LINFOMA PRIMARIO DE MAMA ES EXTREMADAMENTE INCOMÚN Y SE PRESENTA EN MENOS DE 0.1% DE TODOS LOS TUMORES DE MAMA MALIGNOS. LA PRESENTACIÓN USUAL ES UN TUMOR MAMARIO DOLOROSO Y HALLAZGOS NO ESPECÍFICOS DE ANORMALIDAD POR MASTOGRAFÍA QUE ORIENTAN A MALIGNIDAD.

EL DIAGNÓSTICO PUEDE SER HECHO CLÍNICAMENTE CUANDO EL PRIMER SITIO DE MANIFESTACIÓN DEL LINFOMA ES LA MAMA Y EL LINFOMA NO ESTÁ DOCUMENTADO EN CUALQUIER OTRO SITIO DE LA ECONOMÍA. LA ENFERMEDAD GANGLIONAR LOCAL NO PRECEDE AL DIAGNÓSTICO Y SI SE PRESENTA LA AFECTACIÓN MAMARIA Y GANGLIONAR DEBEN OCURRIR SIMULTÁNEAMENTE.

**PRESENTACIÓN DEL CASO.** SE TRATA DE PACIENTE FEMENINO DE 32 AÑOS. EN ABRIL DE 2004, PRESENTÓ AUMENTO DE VOLUMEN EN AXILA DERECHA, Y TUMOR EN MAMA IPSOLATERAL, DE LENTO CRECIMIENTO PERO PROGRESIVO, SE REALIZÓ UNA MASTOGRAFÍA CON REPORTE DE BI-RADS IV, CON ESTE HALLAZGO SE SOMETE A TOMA BIOPSIA INCISIONAL CON REPORTE DE LINFOMA NO HODKING DE CÉLULAS GRANDES, DIFUSO. SE ENVÍA A EL CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE ISSSTE, LA REVISIÓN DE LAMINILLAS REPORTÓ LINFOMA NO HODKING DE CÉLULAS GRANDES DE PATRÓN DIFUSO, INMUNOFENOTIPO B, CD 20 POSITIVO. A LA EXPLORACIÓN FÍSICA SE ENCONTRÓ UNA ADENOPATÍA AXILAR DERECHA DE 1.5 CM MÓVIL, MAMA DERECHA CON FIBROSIS EN SITIO DE BIOPSIA PREVIA, EL TUMOR EN MAMA DERECHA ES DE 6 X 4 CM CON BORDES MAL DEFINIDOS, AXILA IZQUIERDA Y MAMA SIN EVIDENCIA DE TUMOR O LESIONES PALPABLES. RESTO DE LA EXPLORACIÓN NEGATIVA. NO SÍNTOMAS B.

RESTO DE ESTUDIOS DE EXTENSIÓN NEGATIVOS.

SE ETAFIFICA A LA PACIENTE COMO IIA E. SE LLEVA A TRATAMIENTO CON CHOP – RITUXIMAB, CURSÓ CON 6 CICLOS DEL TRATAMIENTO, CON BUENA TOLERANCIA; AHORA, SE APRECIA RESPUESTA COMPLETA. EN RT.

### SARCOMA DE MAMA. PRESENTACIÓN DE 2 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

DR. VÍCTOR E. VALDESPINO\*, DRA. SILVIA ÁLVAREZ\*, DR. RAFAEL VIVEROS L\*, DR. JOSÉ MANUEL GONZÁLEZ\* DR. JOAQUÍN ZARCO\*\*  
\*\*CMN 20 DE NOVIEMBRE ISSSTE RESIDENTES DE ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA  
\*\*JEFE DE SECCIÓN DE ONCOLOGÍA DE MAMA. CIUDAD DE MÉXICO. MÉXICO.

LA INCIDENCIA ANUAL PUEDE SER ESTIMADA EN 44.8 CASOS NUEVOS POR 10 MILLONES DE MUJERES. LOS SARCOMAS DE MAMA SON UN TUMOR RARO QUE REPRESENTA MENOS DEL 1% DE LOS TUMORES MALIGNOS DE MAMA, Y MENOS DEL 5% DE TODOS LOS SARCOMAS DE PARTES BLANDAS. LAS RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO HAN SIDO VARIADAS, ALGUNOS ESTÁN A FAVOR DE LA MASTECTOMÍA Y OTROS REALIZA UNA EXCIISIÓN LOCAL EN ALGUNAS CONDICIONES. LA MAYORÍA DE LOS AUTORES CONSIDERA QUE LA DISECCIÓN GANGLIONAR ES INNECESARIA.

**CASO 1.** SE TRATA UNA PACIENTE FEMENINO DE 43 AÑOS DE EDAD DE TUMOR EN MAMA DERECHA, DE LENTO CRECIMIENTO EN INTERCUADRANTES SUPERIORES, DE CONSISTENCIA INDURADA, CLÍNICAMENTE EL TUMOR MEDÍA 4 CM EN SU EJE MAYOR, SE LLEVA A BIOPSIA CON REPORTE DE TUMOR FUSOCELULAR POCO DIFERENCIADO DE MAMA, CON ESTE DIAGNÓSTICO SE LLEVA LA PACIENTE A MASTECTOMÍA RADIAL MODIFICADA, CON EL MISMO REPORTE HISTOPATOLÓGICO Y REPORTE DE LA DISECCIÓN RADICAL DE AXILA DE 17 GANGLIOS NEGATIVOS A METÁSTASIS. (MARZO 1998). RECIBE RADIOTERAPIA A CICLO MAMARIO COMPLETO. PRESENTÓ RECAÍDA PULMONAR EN NOVIEMBRE DE 2004, SE TRATA CON METASTASECTOMÍA PULMONAR. LA PACIENTE ESTA SIN ACTIVIDAD TUMORAL.

**CASO 2.** PACIENTE FEMENINO DE 50 AÑOS DE EDAD CON TUMOR DE MAMA IZQUIERDO UN NÓDULO EN CUADRANTE SUPERIOR INTERNO CON DIÁMETRO MAYOR DE 6, OTRO EN CUADRANTE SUPERIOR EXTERNO DE 12 CM, Y CONGLOMERADO GANGLIONAR AXILAR, SE PRÁCTICA BIOPSIA CON REPORTE DE CARCINOSARCOMA, SE LLEVA A TRATAMIENTO NEOADYUVANTE CON FAC 4 CICLOS, CON RESPUESTA PARCIAL, SE LLEVA LA PACIENTE A MASTECTOMÍA RADIAL MODIFICADA CON REPORTE DE CARCINOMA METAPLÁSICO CON ELEMENTOS HETERÓLOGOS, 27 GANGLIOS 10 DE ELLOS CON METASTASIS SE OTORGARON 4 CICLOS MÁS DE FAC ADYUVANTE; POSTERIORMENTE RT DE CONSOLIDACIÓN.

### ANGIOSARCOMA DE MAMA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

DR. SANDOVAL TERÁN MARX, PACHECO AI, HURTADO EG,  
ARAGÓN SF, PALOMEQUE A

FEMENINA 26 AÑOS ANTECEDENTES FAMILIARES NEGATIVOS, REFIERE CESÁREA HACE 2 AÑOS, MENARCA 12 AÑOS, INICIO DE VIDA SEXUAL 22 AÑOS, GESTA 1 CESÁREA 1; LACTANCIA BILATERAL POSITIVA.

PADECIMIENTO ACTUAL: 8 MESES DE EVOLUCIÓN CON NODULACIÓN ROJISA, MÓVIL, INDURADA, CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO DE MAMA IZQUIERDA BIOPSIADA FUERA DE LA UNIDAD CON REPORTE DE PATOLOGÍA DE DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERUM SIN EVIDENCIA DE ADENOPATÍAS AXILARES, ACUDE AL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, SE ENVÍA A REVISIÓN DE LAMINILLAS CON REPORTE HISTOPATOLÓGICO DE ANGIOSARCOMA DE MAMA IZQUIERDA CON TUMOR EN BORDES, ES REINTERVENIDA A LOS TRES MESES DE LA PRIMERA CIRUGÍA, REALIZÁNDOSE RESECCIÓN LOCAL CON MARGENES. DEFINITIVO HISTOPATOLÓGICO CON ANGIOSARCOMA DE BAJO GRADO SIN TUMOR EN BORDES. SEGUIMIENTO A TRES AÑOS SIN EVIDENCIA DE ACTIVIDAD TUMORAL CON USG Y MASTOGRAFÍA NORMAL.

**COMENTARIO.** EL ANGIOSARCOMA DE MAMA ES INFRECUENTE REPRESENTA MENOS DEL 0.05% DE LOS TUMORES PRIMARIOS DE MAMA, AUNQUE ES EL SARCOMA MÁS FRECUENTE DE ESTA LOCALIZACIÓN, LA MEDIA DE EDAD ES DE 35 AÑOS ES UN TUMOR MUY AGRESIVO CON UNA MORTALIDAD DEL 90% A DOS AÑOS, SUELEN PRODUCIR METÁSTASIS TEMPRANAS A PULMÓN, HÍGADO, PIEL, HUESO Y MAMA CONTRALATERAL SU CRECIMIENTO ES RÁPIDO Y SE CONFUNDE CON UN FIBROADENOMA. EXISTEN TRES GRADOS HISTOLÓGICOS DE LOS QUE DEPENDE EL PRONÓSTICO, EL TRATAMIENTO ES LA MASTECTOMÍA SIMPLE NO SIENDO NECESARIA LA LINFADENECTOMÍA NO EXISTEN ESTUDIOS CONCLUYENTES DE MANEJO CON RADIO Y QUIMIOTERAPIA.

## ESTADO GANGLIONAR Y RECEPTORES INMUNOHISTOQUÍMICOS EN EL CÁNCER MAMARIO TEMPRANO. ESTADO ACTUAL EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

PACHECO ÁLVAREZ MARIA ISABEL, LARA GUTIÉRREZ CARLOS ALBERTO, SALAZAR MELÉNDEZ JESÚS ANTONIO, ARIZMENDI ISSASI SERGIO ARTURO, MAGALLANES MACIEL MANUEL  
*HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, MÉXICO, D.F.*

EL USO DE ESTUDIOS INMUNOHISTOQUÍMICOS COMO UN COMPLEMENTO DEL ESTUDIO EN LAS PACIENTES CON CÁNCER MAMARIO EN HOSPITALES DE TERCER NIVEL SE HA CONVERTIDO EN PARTE DEL PROTOCOLO AUTOMÁTICO PARA VALORAR LAS POSIBILIDADES DE HORMONOTERAPIA POSTERIOR.

**OBJETIVO.** DETERMINAR LA RELACIÓN ENTRE GANGLIOS AXILARES POSITIVOS A METÁSTASIS Y EL ESTADO DE RECEPTORES HORMONALES, HER-2 NEU Y P53.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** SE IDENTIFICARON RETROSPECTIVAMENTE 65 PACIENTES TRATADOS POR CÁNCER MAMARIO ETAPAS CLÍNICAS I Y II EN PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO DEL 2001 Y JULIO DEL 2002 EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, SOMETIDAS A TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CON DISECCIÓN RADICAL DE AXILA TOMANDO EN CUENTA EDAD, NÚMERO DE GANGLIOS DISECADOS, NÚMERO DE GANGLIOS CON ENFERMEDAD METÁSTÁSICA HISTOLÓGICA, RECEPTORES DE ESTRÓGENOS Y PROGESTERONA, MARCADOR CERB-2 Y P53. RESULTADOS: LA EDAD PROMEDIO FUE DE 50 AÑOS (RANGO 35-78 AÑOS) CON UN SEGUIMIENTO PROMEDIO DE 3.5 AÑOS DESDE EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO. LA LINFADENECTOMÍA AXILAR INCLUYÓ UN TOTAL PROMEDIO DE 20.9 GANGLIOS. SE REGISTRARON 15 PACIENTES CON RECURRENCIA LOCAL REGIONAL O A DISTANCIA (23%), EN QUIENES EL PORCENTAJE DE GANGLIOS POSITIVOS SUMARON UN PROMEDIO DE 15.1%. LA PRESENCIA DE RECEPTORES ESTROGÉNICOS EN ESTAS PACIENTES FUE DEL 53%, RECEPTORES DE PROGESTERONA FUE DE 46%, LA EXPRESIÓN DE HER-2 NEU ESTUVO PRESENTE EN EL 46%, Y DE P53 EN EL 26% DE LOS CASOS CON RECURRENCIA.

50 PACIENTES ESTÁN VIVAS SIN EVIDENCIA DE ACTIVIDAD TUMORAL. EL PORCENTAJE DE GANGLIOS POSITIVOS EN ESTE GRUPO FUE DE 3.7%; EL 50% PRESENTÓ RECEPTORES ESTROGÉNICOS POSITIVOS, EL 48% PRESENTÓ RECEPTORES POSITIVOS A PROGESTERONA, EL 52% PRESENTÓ HER-2 NEU SOBRE-EXPRESADO Y 16% PRESENTÓ POSITIVIDAD PARA P53.

**CONCLUSIÓN.** LAS PACIENTES CON RECURRENCIA DE CÁNCER MAMARIO PRESENTAN UN MAYOR NÚMERO DE GANGLIOS AXILARES POSITIVOS PARA MALIGNIDAD Y MAYOR SOBREENPRESIÓN DE HER-2 NEU Y P53.

## CARCINOSARCOMA MAMARIO

DRA. ÁLVAREZ MALDONADO SILVIA M, DR. VALDESPINO CASTILLO VÍCTOR E, DRA. MONROY ESCAMILLA LUZ M, DR. MIRANDA CASTAÑO FRANCISCO J, DRA. DÍAZ SÁNCHEZ MARIANA  
*TUMORES MAMARIOS ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA  
CMN 20 NOV ISSSTE, MÉXICO, D.F.*

**CASO CLÍNICO.** FEM 49 AÑOS CON ANTECEDENTE DE TUMOR EN CSE DE MAMA IZQ MANEJÁNDOSE CON BIOPSIA CON RHP DE MFQ EN 1998. PRESENTÓ RECURRENCIA EN 2003 CON TOMA DE BIOPSIA NEGATIVA A MALIGNIDAD. MANIFESTÓ ADENOMEGALIAS AXILARES, REALIZÁNDOSE MASTOGRAFÍA CON REPORTE BI-RADS V. ATENDIÉNDOSE EN MEDIO PRIVADO CON NUEVA BIOPSIA DE TUMOR EN CSE DE MAMA IZQ DE APROX 5 CM CON RHP CA CANALICULAR INFILTRANTE. SE ENVÍA AL CMN 20 DE NOV ENCONTRANDO AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN PACIENTE CON LESIÓN DE 2 MESES DE EVOLUCIÓN DE 16X12 CM A NIVEL DE MAMA IZQ CON CONGLOMERADO GANGLIONAR DE 9 X 6 CM FIJO, QUE INFILTRA PIEL, (EC IIIB). SE REVISÓ MATERIAL HISTOLÓGICO EN LA UNIDAD CON RHP SARCOMA PHYLLLOIDES MALIGNO, PROPONIÉNDOSE CIRUGÍA RECHAZANDO LA PACIENTE EL TX, Y REALIZÁNDOSE DE MANERA PRIVADA INMUNOHISTOQUÍMICA, LA CUAL REPORTA CARCINOSARCOMA. EL CASO SE PRESENTA EN SESIÓN CLÍNICA DECIDIÉNDOSE MANEJO CON QT NEOADYUVANTE 4 CICLOS CON FAC CON RESPUESTA CLÍNICA DEL APROX 70%, PROGRAMÁNDOSE PARA MRM CON RHP CARCINOMA METAPLÁSICO CON COMPONENTES HETERÓLOGOS (DIFERENCIACIÓN CARTILAGINOSA, ÓSEA, ADIPOSITA, CON PERMEACIÓN VASCULAR Y LINFÁTICA), REALIZÁNDOSE NUEVAMENTE INMUNOHISTOQUÍMICA CON S 100 Y VIMENTINA (+) HER 2 (-) RECEPTORES ESTROGÉNICOS (+) DESCARTANDO SARCOMA CON 10/27 GANGLIOS CON METÁSTASIS, RECIBE TX CON RT CICLO MAMARIO COMPLETO Y ADYUVANCIA CON FAC. ACTUALMENTE SIN DATOS DE AT EN CONTROL Y VIGILANCIA.

EL CARCINOSARCOMA Y EL CARCINOMA METAPLÁSICO SON TUMORES DE MAMA INUSUALES QUE PLANTEAN PROBLEMAS DE NOMECLATURA Y DIAGNÓSTICO. SON UN GRUPO HETEROGÉNEO CON DOBLE DIFERENCIACIÓN, EPITELIAL Y MESENCIMAL. HASTA AHORA SE ASUMÍA QUE LOS CARCINOMAS METAPLÁSICOS EL COMPONENTE MESENCIMAL SURGE DE UNA DIFERENCIACIÓN DEL EPITELIO, MIENTRAS QUE EL TÉRMINO CARCINOSARCOMA SE RESERVA PARA AQUELLAS NEOPLASIAS BIFÁSICAS DONDE SE DEMUESTRA POR INMUNOHISTOQUÍMICA O MICROSCOPIA ELECTRÓNICA LA INDEPENDENCIA DE AMBOS COMPONENTES. SIN EMBARGO, ESTUDIOS RECIENTES SUGIEREN UN ÚNICO ORIGEN DE LA CÉLULA TUMORAL EN AMBAS LESIONES, LO QUE APUNTA A QUE EN REALIDAD PUEDE TRATARSE DE UNA ENTIDAD ÚNICA CON 2 NOMBRES DIFERENTES. LA SUPERVIVENCIA DE ESTOS TUMO-

RES A 5 AÑOS SE CONSIDERA EN CONJUNTO DE 36 A 65%, Y EL MANEJO ES SIMILAR AL CARCINOMA DUCTAL DE MAMA.

## BIBLIOGRAFÍA

1. THOMPSON, CHANG B, BARSKY S. MONOCLONAL ORIGINS OF MALIGNANT MIXED TUMOURS (CARCINOSARCOMAS). EVIDENCE FOR DIVERGENT HISTOGENESIS. AM J SURG PATHOL 1996; 20 (3): 277-285.
2. KUO, S.H, CHEN C.L, HUANG C.S, CHENG A.L. METAPLASTIC CARCINOMA OF BREAST. ANALYSIS OF EIGHT ASIAN PATIENTS WITH SPECIAL EMPHASIS ON TWO UNSUAL CASES PRESENTING WITH INFLAMMATORY-TYPE BREAST CANCER. ANTICANCER RESEARCH 2000; 20: 2219-2222.

## FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER DE MAMA EN MÉXICO PATRONES, MAMOGRÁFICOS, PÉPTIDO C Y FACTORES DE CRECIMIENTO, UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO. RESULTADOS PRELIMINARES

GABRIELA TORRES-MEJÍA<sup>1</sup>, HERNANDO MIRANDA-HERNÁNDEZ<sup>2</sup>, CARLOS A. LARA-GUTIÉRREZ<sup>2</sup>, FERNANDO MAINERO-RATCHELOUS<sup>3</sup>, JESÚS P. ESPARZA-CANO<sup>4</sup>, EDELMIRO PÉREZ-RODRÍGUEZ<sup>5</sup>, JOSÉ ZARCO<sup>6</sup>, MA. FELIX LAZCANO-LÓPEZ<sup>1</sup>, ANGÉLICA ÁNGELES-LLERENAS<sup>1</sup>, ISABELLE ROMIEU<sup>1</sup>.

*CENTROS: INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA, SS CUERNAVACA, MOR.; HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, UNIDAD DE TUMORES MAMARIOS, SS, MÉXICO, D.F.; HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NO. 4, IMSS, MÉXICO, D.F.; HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NO. 23, IMSS MONTERREY, NL; HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NUEVO LEÓN, UANL MONTERREY NL; HOSPITAL 20 DE NOVIEMBRE, ISSSTE MÉXICO, D.F.*

**ANTECEDENTES.** UN INCREMENTO EN LOS NIVELES SÉRICOS DEL PÉPTIDO C, DEL FACTOR DE CRECIMIENTO SEMEJANTE A LA INSULINA I (IGF-I) Y DE LA PROTEÍNA QUE LO TRANSPORTA (IGFBP3), INCREMENTA EL RIESGO DE CÁNCER DE MAMA (CM) EN MUJERES PREMENOPÁUSICAS.

**OBJETIVO.** ESTIMAR LA ASOCIACIÓN ENTRE PÉPTIDO C, IGF-1 E IGFBP-3 Y EL CM EN MUJERES PREMENOPÁUSICAS MEXICANAS DEL DISTRITO FEDERAL, MONTERREY Y VERACRUZ.

**MATERIAL Y MÉTODO.** COMO PARTE DE UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 1000 CASOS Y 1000 CONTROLES CON BASE POBLACIONAL, SE REALIZÓ UN ESTUDIO PILOTO EN EL CUAL SE INCLUYERON 156 MUJERES DE 35 A 69 AÑOS DE EDAD, PRE- Y POSMENOPÁUSICAS. LOS CASOS CORRESPONDIERON A MUJERES CON CM CON DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO (N=85), EL TOTAL DE CONTROLES FUE DE 71 MUJERES. SE ENTREVISTARON, SE REALIZARON MEDICIONES ANTROPOMÉTRICAS, SE LES TOMÓ UNA MUESTRA DE SANGRE Y MASTOGRAFÍA.

**RESULTADOS.** LOS MOMIOS DE ENFERMAR DE CM FUERON 8.3 VECES MAYORES EN LAS MUJERES CORRESPONDIENTES AL TERCIL SUPERIOR DE NIVELES SÉRICOS DE IGF-I QUE EN LAS DEL TERCIL INFERIOR (P = 0.04) (P = 0.03, TENDENCIA). SE OBSERVÓ LA MISMA TENDENCIA PARA EL IGFBP-3 Y PARA EL PÉPTIDO C. SE AJUSTÓ POR EDAD Y HOSPITAL EN EL DISEÑO Y POR IMC EN EL ANÁLISIS.

**CONCLUSIÓN.** LOS RESULTADOS APOYAN LA HIPÓTESIS DE QUE UN INCREMENTO EN LOS NIVELES SÉRICOS DEL IGF-I Y DE LA PROTEÍNA QUE LO TRANSPORTA, ASÍ COMO DEL PÉPTIDO C SE ASOCIAN CON UN INCREMENTO EN EL RIESGO DE CM DEBIDO A SU EFECTO MITOGENÉTICO Y DE REGULACIÓN EN LA PROLIFERACIÓN, DIFERENCIACIÓN Y APOPTOSIS CELULAR.

## DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO Y SU ASOCIACIÓN CON LA EXPRESIÓN DE LA PROTEÍNA HER-2 EN PACIENTES PREMENOPÁUSICAS CON CÁNCER DE MAMA DEL OCCIDENTE DE MÉXICO

LOREDO POZOS GLORIA, OCEGUERA VILLANUEVA ANTONIO, PANDURO CERDA ARTURO, SILLER LÓPEZ FERNANDO, JUÁREZ LÓPEZ GUILLERMO, RAMOS MÁRQUEZ MARTHA ELOÍSA.

*INSTITUTO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS-DEGENERATIVAS, CUCS, UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA; INSTITUTO JALISCIENSE DE CANCEROLOGÍA, HOSPITAL CIVIL OPD FRAY ANTONIO ALCALDE. GUADALAJARA, JAL., MÉXICO*

**ANTECEDENTES.** LA CONTRIBUCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO EN LA ETIOLOGÍA DEL CÁNCER DE MAMA (CM) NO ESTÁ BIEN DEFINIDA, PRINCIPALMENTE DEBIDO A LA EXISTENCIA DE DIVERSAS VÍAS PARA LA INICIACIÓN Y LA EVOLUCIÓN DEL MISMO. ANTE EL AUMENTO EN MÉXICO DE LA INCIDENCIA DE CM EN MUJERES PREMENOPÁUSICAS, SE REQUIEREN ESTUDIOS QUE DETERMINEN LOS FACTORES DE RIESGO PRESENTES EN ESTE GRUPO DE PACIENTES Y SU POSIBLE ASOCIACIÓN CON HER-2, PROTEÍNA DE VALOR PRONÓSTICO AL ESTAR SOBREENPRESADA.

**OBJETIVO.** DETERMINAR LOS FACTORES DE RIESGO Y LA EXPRESIÓN DE LA PROTEÍNA HER-2 EN PACIENTES PREMENOPÁUSICAS DEL OCCIDENTE DE MÉXICO CON CM.

**METODOLOGÍA.** SE ANALIZARON 50 PACIENTES PREMENOPÁUSICAS CON CM PRIMARIO. LOS FACTORES DE RIESGO ANALIZADOS FUERON LOS REPORTADOS INTERNACIONALMENTE: DIETA, ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC), EDAD DE LA MENARCA, PARIDAD, EDAD DEL PRIMER EMBARAZO, LACTANCIA, USO DE ANTICONCEPTIVOS, HISTORIA FAMILIAR DE CM Y OTROS CÁNCERES. LA DETECCIÓN DE LA PROTEÍNA HER-2 SE REALIZÓ MEDIANTE ANÁLISIS INMUNOHISTOQUÍMICO.

**RESULTADOS.** EN LAS PACIENTES ESTUDIADAS SÓLO EL IMC ELEVADO Y LOS ANTECEDENTES FAMILIARES DE CM Y OTROS CÁNCERES FUERON LOS FACTORES DE RIESGO RELEVANTES. LA EXPRESIÓN DE HER-2 SE OBSERVÓ EN EL 32% DE LOS CASOS.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.** NUESTRO ESTUDIO DIFIERE DE LO REPORTADO INTERNACIONALMENTE CON RELACIÓN A LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CM, MIENTRAS QUE LA PRESENCIA DE HER-2 COINCIDE CON LO DESCRITO EN ESTOS REPORTES. EL ÉNFASIS EN EL SEGUIMIENTO DEL IMC Y LOS ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER COMO FACTORES DE RIESGO EN NUESTRA POBLACIÓN ASEGURARÁN UNA MEJOR POLÍTICA DE PREVENCIÓN.

## RECONSTRUCCIÓN DEL COMPLEJO AREOLA-PEZÓN

E. SÁNCHEZ FORGACH, M. HIRSCH MEILLON, C. SÁNCHEZ BASURTO  
CENTRO DE ESTUDIOS MASTOLÓGICOS SA DE CV.  
MASTOLÓGICA LOMAS. MÉXICO, D.F.

EL PUNTO CULMINANTE EN LA RECONSTRUCCIÓN MAMARIA ES LA RECONSTRUCCIÓN DEL COMPLEJO AREOLA-PEZÓN. EXISTEN TÉCNICAS PARA LA RECONSTRUCCIÓN DEL PEZÓN QUE IMPLICAN COLGAJOS DE ROTACIÓN Y AVANCE, TÉCNICAS QUE REQUIEREN Poca MOVILIZACIÓN DE TEJIDOS LOCALES, LA FALTA DE PROYECCIÓN E HIPOTROFIA DEL PEZÓN RECONSTRUIDO DE ESTA MANERA ES DEL 74%. LA TÉCNICA DE RECONSTRUCCIÓN DEL PEZÓN QUE DESCRIBIMOS Y USAMOS ES UNA VARIANTE DEL COLGAJO DE PATINETA DESCRITO POR S. SPEAR, CON ESTE COLGAJO LOGRAMOS UN PEZÓN DE 6 A 8 MM DE PROYECCIÓN Y CON HIPOTROFIA MENOR DE 20% EN SEIS MESES DE SEGUIMIENTO. ESTA TÉCNICA PUEDE SER REALIZADA EN EL CONSULTORIO BAJO ANESTESIA LOCAL COMO EL ÚLTIMO TIEMPO QUIRÚRGICO EN LA RECONSTRUCCIÓN MAMARIA. CONSIDERAMOS QUE LA TÉCNICA DE RECONSTRUCCIÓN DE AREOLA MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE INJERTOS CUTÁNEOS DE ESPESOR TOTAL OBTENIDOS DE LA INGLE, CODO, VULVA, ETC., DEBE SER MODIFICADA A LA REALIZACIÓN DE UN TATUAJE.

## VALOR PREDICTIVO POSITIVO DE LA MASTOGRAFÍA EN PACIENTES CON BIOPSIA GUIADA POR ARPÓN POR SOSPECHA DE CÁNCER DE MAMA

CALZADA RAMOS MA, DE OBALDÍA ZELEDÓN R,  
HERNÁNDEZ HOYOS S, ZARCO ESPINOSA G, NÁJERA  
DOMÍNGUEZ F, GÓMEZ DEL TORO M, BARROSO BRAVO S.

**INTRODUCCIÓN.** EL VALOR PREDICTIVO NEGATIVO DE LA MAMOGRAFÍA ES ALTO, ARRIBA DEL 90%, PERO EL VALOR PREDICTIVO POSITIVO (VPP) ES BAJO. EL OBJETIVO DEL PRESENTE ESTUDIO ES EVALUAR EL VPP EN NUESTROS CASOS Y DETERMINAR QUÉ PACIENTES SON CANDIDATAS IDEALES PARA ABORDAJE DIRECTO EN EL QUIRÓFANO.

**MATERIAL Y MÉTODO.** SE REALIZÓ UNA REVISIÓN DE LAS BIOPSIAS GUIADAS POR ARPÓN QUE FUERON LLEVADAS A CABO EN EL SERVICIO DE TUMORES DE MAMA HO CMNSXXI.

**RESULTADOS.** SE ANALIZARON 82 MUJERES CON SOSPECHA MASTOGRÁFICA DE CÁNCER DE MAMA, LA EDAD VARIÓ DESDE 26 HASTA 78 AÑOS (PROMEDIO DE 50.3 AÑOS), 19 DE LAS 82 PACIENTES (24.3%) HABÍAN TENIDO ANTECEDENTES DE CÁNCER (13 DE CÁNCER DE MAMA Y 6 DE OTRA REGIÓN) Y 39% (21 DE 82) HABÍA TENIDO ANTECEDENTE DE BIOPSIA MAMARIA. DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN DE BIRADS, 3 CASOS (1.2%) FUERON III, 68 FUERON IV (83%) Y 11 CASOS BIRADS V (13%). DEL TOTAL DE CASOS 24 (29.3%) PACIENTES RESULTARON CON CÁNCER DE MAMA, NINGUNA DE BIRADS III, 17 DE 68 (25%) DE BIRADS IV, 7 DE 11 (64%) DE BIRADS V. EL VALOR PREDICTIVO POSITIVO (VPP) DE LA PRUEBA PARA BIRADS IV ES 25% Y PARA BIRADS V 64%.

**CONCLUSIONES.** SE CORROBORA QUE EL VPP DE LA MAMOGRAFÍA CON SOSPECHA DE CÁNCER DE MAMA ES BAJO Y LA BIOPSIA GUIADA POR ARPÓN EN LAS PACIENTES SÓLO ES DIAGNÓSTICA.

## IMPACTO DE LOS MÁRGENES OPERATORIOS EN EL TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL SENO EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA TEMPRANO

FERNÁNDEZ GG, BURGOS I, BARROSO-BRAVO S, GÓMEZ DEL TORO  
M, ZARCO G, NÁJERA I, ALVARADO-CABRERO I

**INTRODUCCIÓN.** EL TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL SENO (TCS) EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA TEMPRANO ES EL AVANCE MÁS IMPORTANTE OCURRIDO EL SIGLO PASADO EN EL MANEJO DEL CÁNCER DE MAMA. EL OBJETIVO DEL PRESENTE ESTUDIO ES PRESENTAR NUESTRA EXPERIENCIA EN ESTE CAMPO.

**MATERIAL Y MÉTODO.** SE HIZO UN ANÁLISIS UNIVARIADO Y MULTIVARIADO DE FACTORES PREDICTORES DE RECURRENCIA LOCAL EN MUJERES CON CÁNCER INVASOR DE MAMA TEMPRANO QUE RECIBIERON TRATAMIENTO CONSERVADOR DE SENO EN EL SERVICIO DE TUMORES DE MAMA DEL HOSPITAL DE ONCOLOGÍA DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI, IMSS.

**RESULTADOS.** SE ANALIZARON 94 CASOS DEL 1º DE ENERO DE 2000 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2003 CON UN PROMEDIO DE SEGUIMIENTO DE 44.1 MESES (37.7- 50.4 MESES), EDAD PROMEDIO DE 57 AÑOS (26-83), 31% (29/94) FUERON PREMENOPÁUSICAS Y 69% (65/94) POSMENOPÁUSICAS. DE ACUERDO A LA ETAPIFICACIÓN CLÍNICA Y PATOLÓGICA: EC I 21% (20/94), EC IIA 61% (59/94), EC IIB 18% (15/94); PT1A 2.1% (2), PT1B 26.6% (25), PT1C (30), PT2 40.2% (37), PNO 60% (67), PNI1 22.3% (21), PN2A 12.8% (12), PN3A 3.2% (3). POR HISTOLOGÍA CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE EN 77.3% (75), CARCINOMA LOBULILAR INFILTRANTE 16.6% (14), OTROS 5.1% (4); GI DE SBR 5.3% (4) GII 81.9% (76), GIII 12.8% (14). POR CIRUGÍA AMPLIACIÓN DE MÁRGENES 12.8% (12), LUMPECTOMÍA 19.1% (19), CUADRANTECTOMÍA 68.2% (67). DE ACUERDO AL MARGEN OPERATORIO 20.2% (19) MÁS DE 10 MM, 60.6% (57) DE 5 A 10 MM, 20.8% (20) < 5 MM.

LAS RECURRENCIAS LOCALES OCURRIERON EN 6 DE 94 (6.3%) MUJERES Y EN EL ANÁLISIS UNIVARIADO Y MULTIVARIADO EL ÚNICO FACTOR QUE TUVO INFLUENCIA EN LA RECURRENCIA FUERON LAS MÁRGENES OPERATORIAS, ASÍ EL GRUPO CON MÁRGENES MAYORES DE 10 MM NO TUVO NINGUNA RECURRENCIA (P < 0.002).

**CONCLUSIONES.** LAS RECURRENCIAS OCURRIDAS EN EL ESTUDIO SE ENCUENTRAN DENTRO DE LO ESTABLECIDO EN LA LITERATURA MUNDIAL Y LAS MÁRGENES OPERATORIAS SIN DUDA SON EL FACTOR MÁS IMPORTANTE PARA LOGRAR CONTROL LOCAL.

## METÁSTASIS OCULARES EN CARCINOMA MAMARIO. REPORTE DE 6 CASOS

FABIOLA FLORES VÁZQUEZ, ERNESTO SÁNCHEZ FORGACH,  
CARLOS SÁNCHEZ BASURTO  
CENTRO DE ESTUDIOS MASTOLÓGICOS

EL CARCINOMA DE MAMA ES EL TUMOR QUE MÁS FRECUENTEMENTE PRODUCE METÁSTASIS INTRAOCULARES. LA FRECUENCIA DE METÁSTASIS INTRAOCULARES EN LOS PACIENTES QUE FALLECEN POR CÁNCER ES DE 12%, APROXIMADAMENTE, PERO EN LAS PACIENTES CON CARCINOMA MAMARIO, LA FRECUENCIA PUEDE SER TAN ALTA COMO EL 37%.

**MATERIAL Y MÉTODO.** LOS AUTORES REPORTAN 6 CASOS DE MUJERES CON CARCINOMA MAMARIO CON DISEMINACIÓN OCULAR. 5 PACIENTES PRESENTARON ENFERMEDAD DISEMINADA AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE METÁSTASIS OCULARES Y UNA PACIENTE TENÍA EL ANTECEDENTE DE CARCINOMA MAMARIO EN ESTADIO TEMPRANO 5 AÑOS PREVIOS.

**RESULTADOS.** LA EDAD DE LAS PACIENTES TUVO UN RANGO DE 38 A 57 AÑOS CUANDO SE REALIZÓ EL DIAGNÓSTICO. EL PERIODO ENTRE EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER MAMARIO Y ENFERMEDAD A DISTANCIA FUE DE 8 A 60 MESES. EL PERIODO ENTRE EL DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA MAMARIO Y EL INICIO DE LOS SÍNTOMAS OCULARES TUVO UN RANGO DE 6 A 60 MESES CON UNA MEDIA DE 14 MESES. 4 PACIENTES RECIBIERON QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA Y 2 PACIENTES RECIBIERON SÓLO QUIMIOTERAPIA. 3 PACIENTES CON TRATAMIENTO COMBINADO PRESENTARON RESPUESTA AL TRATAMIENTO, LAS OTRAS 3 PACIENTES PRESENTARON PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD.

**CONCLUSIÓN.** EL RECONOCIMIENTO Y EL TRATAMIENTO DE LAS METÁSTASIS OCULARES SON MUY IMPORTANTES EN LAS PACIENTES CON CARCINOMA MAMARIO. CON UN MANEJO APROPIADO, LAS PACIENTES CON METÁSTASIS OCULARES PUEDEN MANTENER SU VISIÓN Y SU CALIDAD DE VIDA

## EVALUACIÓN TRANSOPERATORIA DEL GANGLIO CENTINELA CON IMPRONTA CITOLÓGICA EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA TEMPRANO

DR. OMAR ELÍ HERNÁNDEZ MANRIQUE,  
DR. SINUHÉ BARROSO BRAVO  
HOSPITAL DE ONCOLOGÍA DEL CMN SXXI, MÉXICO, D.F.

**INTRODUCCIÓN.** LA CONSULTA INTRAOPERATORIA DEL GANGLIO CENTINELA CON IMPRONTA CITOLÓGICA ES UN MÉTODO ACEPTADO PARA EVALUAR EL ESTATUS DEL GANGLIO CENTINELA EN EL MAPEO LINFÁTICO (ML) Y LINFADENECTOMÍA DEL GANGLIO CENTINELA (LGC) Y ASÍ DECIDIR REALIZAR O EVITAR EL VACIAMIENTO GANGLIONAR EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA TEMPRANO. PRESENTAMOS UN ESTUDIO QUE ANALIZA LA SEGURIDAD DEL MÉTODO EN NUESTRO MEDIO.

**MATERIAL Y MÉTODO.** DEL 1 DE MARZO DE 2002 AL 31 DE NOVIEMBRE DE 2003, EN EL SERVICIO DE TUMORES DE MAMA DEL HOSPITAL DE ONCOLOGÍA, CMN SIGLO XXI, SE REVISARON EN FORMA RETROSPECTIVA UNA SERIE DE CASOS SELECCIONADOS DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA EC 0, I Y II (UICC 2002) SIN GANGLIOS PALPABLES SOMETIDAS A ML Y LGC CON AZUL PATENTE Y/O SONDA GAMMA, ADEMÁS DE EVALUACIÓN TRANSOPERATORIA DEL GANGLIO (S) CENTINELA (GC) CON IMPRONTA CITOLÓGICA.

**RESULTADOS.** SE ANALIZARON 80 CASOS, PROMEDIO DE EDAD 55 AÑOS (33-88), EC 0 5, EC I 17, EC IIB 7. EL REPORTE HISTOPATOLÓGICO DEFINITIVO DEL GC FUE POSITIVO EN 22.5% (18 DE 80 CASOS) Y NEGATIVO EN 77.5% (62 DE 80 CASOS), HUBO 15 CASOS VERDADEROS POSITIVOS, 60 CASOS DE VERDADEROS NEGATIVOS, 1 CASO FALSO POSITIVO Y 4 CASOS FALSOS NEGATIVOS QUE NOS DA UNA SENSIBILIDAD DE LA PRUEBA DE 79%, ESPECIFICIDAD DE 98%, VALOR PREDICTIVO POSITIVO DE 93% Y VALOR PREDICTIVO NEGATIVO DE 94%. EL ÚNICO FACTOR ASOCIADO CON LOS FALSOS NEGATIVOS FUE LA PRESENCIA EN TRES DE CUATRO CASOS DE MICROMETÁSTASIS.

**CONCLUSIONES.** LOS RESULTADOS DEMUESTRAN QUE LA PRUEBA ES BASTANTE SEGURA, INDICA QUE LA PROBABILIDAD DE REQUERIR UNA SEGUNDA CIRUGÍA PARA COMPLETAR EL VACIAMIENTO AXILAR ES DEL 6% Y QUE LA PROBABILIDAD DE HACER UN VACIAMIENTO AXILAR NO ÚTIL ES DE UN 7%. LA MICROMETÁSTASIS DIFICULTA LA EVALUACIÓN.

## CARCINOMA LOBULILAR DE MAMA QUE SE PRESENTA CON METÁSTASIS A GLOBO OCULAR. REPORTE DE UN CASO

MIGUEL ÁNGEL PLUMA JIMÉNEZ\*, MARCELA MARTÍNEZ PRIETO\*,  
M. LETICIA HERNÁNDEZ HERRERA\*, ISABEL ALVARADO\*\*  
CABRERO\*\*\*, J. ALEJANDRO SILVA  
\*ONCOLOGÍA MÉDICA HOSPITAL DE ONCOLOGÍA, CMN SIGLO XXI, IMSS.  
MÉXICO, D. F.

\*\*\*JEFE DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA DEL HOSPITAL DE ONCOLOGÍA  
\*\*JEFE DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA, HOSPITAL DE ONCOLOGÍA,  
CMN SIGLO XXI, IMSS. MÉXICO, D. F.

**INTRODUCCIÓN.** EL CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO SE PRESENTA EN EL 10% DE LOS CASOS, LOS ÓRGANOS MÁS AFECTADOS SON: HUESO, HÍGADO, PULMÓN Y CEREBRO. MENOS FRECUENTEMENTE: PERICARDIO, PIEL A DISTANCIA, INTESTINO, PERITONEO, ENTRE OTROS. EL CARCINOMA LOBULILAR INFILTRANTE (CLI) REPRESENTA EL 10% DE LOS CARCINOMAS DE LA MAMA.

**CASO.** MUJER DE 68 AÑOS DE EDAD, EN 1999 PRESENTA AUMENTO DE VOLUMEN PROGRESIVO EN PÁRPADOS DERECHOS, POR DIPLOPIA Y EXOFTALMOS SE REALIZA TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC): ACTIVIDAD TUMORAL (AT) EN MÚSCULO INTERNO Y NERVIÓ ÓPTICO.

BIOPSIA PALPEBRAL (BP) EL 18-01-2001 CON REPORTE HISTOPATOLÓGICO (RHP): METÁSTASIS DE CLI. EL 28-03-2001 AT EN MAMA IZQUIERDA: T3N0M1, RHP: CLI PATRÓN CLÁSICO, SBR DE 6. RECIBIÓ FAC DOCTAXEL Y RADIOTERAPIA A GLOBO OCULAR Y A LA MAMA CON RESPUESTA COMPLETA, MÁS TAMOXIFENO POR 3 AÑOS. DIC-2004 TAC: AT INTRACONAL Y PARPADOS EN OJO DERECHO. OJO IZQUIERDO: AT PALPEBRAL Y RECTO EXTERNO. BP CON RHP METASTASIS DE CLI. NO DATOS DE ACTIVIDAD TUMORAL A OTRO NIVEL. SE INICIA ANASTROZOL Y 2 MESES DESPUÉS PROGRESA A TEJIDOS BLANDOS DE CARA Y ESPALADA. SE CONTINÚA CON 3 CICLOS DE CARBOPLATINO-GEMCITABINE. CON NUEVA PROGRESIÓN, INICIÁNDOSE CAPECITABINE, LLEVA 1 MES DE TRATAMIENTO.

**DISCUSIÓN.** AUNQUE NO SE CONOCEN LOS MECANISMOS MOLECULARES DE LA PREDILECCIÓN POR UN ÓRGANO, EL CLI TIENE MAYOR POTENCIAL METASTÁSICO, UN 8.9% PUEDE METASTATIZAR A TEJIDOS BLANDOS INCLUYENDO PIEL DURANTE SU EVOLUCIÓN, 80% TIENE HISTOLOGÍA CLÁSICA, 15% ES CL-PLEOMÓRFICO Y EL 80% TIENE RECEPTORES DE ESTRÓGENOS POSITIVOS. SE HA SUGERIDO A LA VÍA LINFÁTICA Y NEURAL COMO MECANISMO DE DISEMINACIÓN. LA SOBREVIVENCIA MEDIA EN ENFERMEDAD METASTÁSICA O RECURRENTE ES DE 18-24 MESES, CON LOS TRATAMIENTOS ACTUALES SE ESTIMA QUE 10% ALCANZARÁ UNA SOBREVIVENCIA A 10 AÑOS.

## LIPOSARCOMA DE MAMA EN PACIENTE MASCULINO. REPORTE DE UN CASO

VÁZQUEZ-SÁNCHEZ DAVID, BARROSO-BRAVO S, GÓMEZ-DEL TORO M, ZARCO-ESPINOSA G, NÁJERA-GONZÁLEZ I.  
DEPARTAMENTO DE TUMORES DE MAMA. HOSPITAL DE ONCOLOGÍA.  
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI, MÉXICO, D.F.

**INTRODUCCIÓN.** EL SARCOMA PRIMARIO DE MAMA ES MENOR AL 1% DE TODAS LAS NEOPLASIAS MALIGNAS DE LA MAMA EN LAS MUJERES Y < 5% DE TODOS LOS SARCOMAS. EN EL VARÓN SE REPORTA UN SARCOMA DE MAMA POR CADA 40 MUJERES. PREDOMINANDO EL CISTOSARCOMA FILODES EN UN 45% Y EL LIPOSARCOMA EL 6%. DADA LA RAREZA DE ESTA ENFERMEDAD EL TRATAMIENTO ÓPTIMO NO SE HA DETERMINADO. LA ELECCIÓN TERAPÉUTICA ESTÁ BASADA EN REVISIONES RETROSPECTIVAS.

**PRESENTACIÓN DEL CASO.** MASCULINO DE 46 AÑOS DE EDAD, FUMADOR DE 20 CIGARROS AL DÍA POR 20 AÑOS, EPILEPSIA TRATADO CON CARBAMACEPINA Y VALPROATO DE MG, CON TUMOR EN MAMA IZQUIERDA DE RÁPIDO CRECIMIENTO EN 6 MESES, AGREGÁNDOSE DOLOR LOCAL. ECOG 0, CUELLO SIN ADENOPATÍAS. MAMA IZQUIERDA CON TUMOR PÉTREO DE 12 CM. DE DIÁMETRO POCO MÓVIL, SIN AFECCIÓN A PIEL, AXILA SIN ADENOPATÍAS, MAMA CONTRALATERAL SIN LESIONES. MASTROGRAFÍA CON LESIÓN RADIOOPACA QUE SUSTITUYE A LA MAMA DE BORDES PRECISOS ADHERIDO PLANO MUSCULAR. SE REALIZA BIOPSIA CON ASPIRACIÓN DE AGUJA FINA QUE REPORTA LIPOSARCOMA BIEN DIFERENCIADO. SOMETIDO A MASTECTOMÍA SIMPLE (15 ABRIL 2003) RODETE DE PECTORAL CON TOMA Y APLICACIÓN DE INJERTO. CORROBORÁNDOSE HISTOLOGÍA: LIPOSARCOMA PLEOMÓRFICO SIN INFILTRAR PIEL EN APOSIÓN DEL PECTORAL, BORDES QUIRÚRGICOS LIBRES DE LESIÓN. POSOPERATORIO SATISFACTORIO. RADIOTERAPIA ADYUVANTE 50 GY EN 25 FRACCIONES. ACTUALMENTE CON 23 MESES DE PERIODO LIBRE DE ENFERMEDAD.

**COMENTARIO.** LOS SARCOMAS DE MAMA ES UNA ENTIDAD MÁS RARA AÚN EN HOMBRES, SIENDO LA RESECCIÓN QUIRÚRGICA CON MÁRGENES AMPLIOS EL MEJOR TRATAMIENTO POR SER ESTE MARGEN QUIRÚRGICO EL FACTOR PRONÓSTICO MÁS IMPORTANTE PARA EL CONTROL LOCAL AUNADO AL TAMAÑO Y GRADO TUMORAL PARA LA SOBREVIVENCIA, EXTRAPOLÁNDOSE DEL CONOCIMIENTO DE LOS SARCOMAS DE EXTREMIDADES. LA DISECCIÓN AXILAR NO SE RECOMIENDA POR EL BAJO PORCENTAJE DE AFECCIÓN GANGLIONAR. LA RADIOTERAPIA MEJORA EL CONTROL LOCAL PRINCIPALMENTE CUANDO LOS MÁRGENES ESTÁN COMPROMETIDOS EN LOS SARCOMAS DE PARTES BLANDAS EN TRONCO Y EXTREMIDADES O COMO EN NUESTRO CASO POR SER DE ALTO GRADO (PLEOMÓRFICO), >5 CM DE DIÁMETRO TUMORAL SE JUSTIFICA LA ADYUVANCIA.

## CÁNCER DE MAMA EN HOMBRES, REPORTE DE 13 CASOS

VÁZQUEZ-SÁNCHEZ DAVID, BARROSO-BRAVO S, GÓMEZ-DEL TORO M, ZARCO-ESPINOSA G, NÁJERA-DOMÍNGUEZ I  
DEPARTAMENTO DE TUMORES DE MAMA.

HOSPITAL DE ONCOLOGÍA. CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI, MÉXICO, D.F.

**INTRODUCCIÓN.** EL CÁNCER DE MAMA EN EL HOMBRE ES UNA ENTIDAD RARA, ACONTECE EN MENOS DEL 1% DE TODOS LOS CÁNCERES EN EL HOMBRE Y MENOS DEL 1% DE TODOS LOS CÁNCERES DIAGNOSTICADOS DE LA MAMA. EL MANEJO ÓPTIMO NO ESTÁ CLARAMENTE ESTABLECIDO, SE BASA DE ESTUDIOS EXTRAPOLADOS DE CÁNCER DE MAMA EN MUJERES.

**MATERIAL Y MÉTODO.** 13 PACIENTES DEL SEXO MASCULINO CON CÁNCER DE MAMA CONSECUTIVOS FUERON ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE ONCOLOGÍA DEL CMN S XXI, DE MARZO DE 2000 A JUNIO DE 2005.

**RESULTADOS.** EL PROMEDIO DE EDAD FUE: 69.1 AÑOS (DE= 8.9), ANTECEDENTE DE TABAQUISMO INTENSO ESTUVO PRESENTE EN 11 (84.6%), TIEMPO DE EVOLUCIÓN 12.7 MESES (DE= 3.4), EL TAMAÑO PROMEDIO DEL TUMOR FUE DE 3.57 CM. (DE=1.7). 10 (76.9%) FUE AFECTADA LA MAMA IZQUIERDA. CARCINOMA DUCTAL FUERON 8 (61.5%), 1 (7.6%) LOBULILLAR, 2 (15.38%) MIXTO Y 2 (15.38%) PAPILARES. 6 (46%) CON AXILA POSITIVA, 5 (38.46%) ERAN ETAPA CLÍNICA IIIA O MAYOR INCLUYENDO UN PACIENTE EN ETAPA IV (AJCC 2002). EN 8 (61.5%) EL TUMOR FUE LOCALIZADO RETROAREOLAR. NO HUBO RECURRENCIA LOCAL EN LOS 11 CASOS TRATADOS CON FINALIDAD CURATIVA, SE LES REALIZÓ MASTECTOMÍA TOTAL CON DISECCIÓN GANGLIONAR NIVEL I Y II AXILAR, UN PACIENTE SE LE REALIZÓ MASTECTOMÍA TOTAL CON TOMA Y APLICACIÓN DE INJERTO DE RESCATE POR TUMOR FUNGADO EC IV Y EL OTRO NO FUE CANDIDATO A CIRUGÍA POR RIESGO QUIRÚRGICO ELEVADO. SE PRESENTARON 2 DEHISCENCIAS QUIRÚRGICAS RESULTAS CONSERVADORAMENTE. 6 (46%), UN CASO DE LINFEDEMA CON RT ADYUVANTE. 6 (46%) RECIBIERON QT ADYUVANTE (FEC 6 CICLOS) Y RADIOTERAPIA 50 GY EN 25 FRACCIONES A 8 (61.5%) EMPLEANDO LOS MISMOS CRITERIOS QUE

EN LAS MUJERES, 11 (84.6%) SE INDICÓ TAMOXIFENO Y 2 (15.38%) CON RECEPTORES HORMONALES NEGATIVOS NO LO RECIBIERON. EN UN PROMEDIO DE SEGUIMIENTO DE 29 MESES HUBO 2 DEFUNCIONES: UN CASO POR COMPLICACIONES DE IRC Y LA SEGUNDA POR ACTIVIDAD SISTÉMICA (PACIENTE CON EC IV) A LOS 6 MESES POSTRATAMIENTO, UN TERCER PACIENTE PRESENTÓ METÁSTASIS PULMONAR A 25 MESES DE SEGUIMIENTO.

**CONCLUSIÓN.** EL COMPORTAMIENTO BIOLÓGICO DEL CÁNCER DE MAMA NO DIFIERE POR EL GÉNERO, PERO EN LOS HOMBRES LA EDAD DE PRESENTACIÓN FUE MAYOR QUE EN LAS MUJERES, MAYOR PORCENTAJE DE RECEPTORES HORMONALES POSITIVOS SIMILAR A LO REFERIDO EN LA LITERATURA. LOS PACIENTES FUERON TRATADOS CON LOS MISMOS CRITERIOS POR ESTADIO CLÍNICO QUE EN LAS MUJERES, OBTENIÉNDOSE CONTROL LOCAL Y SISTÉMICO DE LA ENFERMEDAD SEMEJANTE AL ESPERADO POR ETAPA CLÍNICA POR LO QUE SE CONSIDERA QUE EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA EN HOMBRES NO DEBE SER DIFERENTE QUE EN MUJERES.

## CÁNCER DE MAMA EN EL HOMBRE

DRA. MARISSA A. BRAVO CAÑÓN, DR. ERNESTO SANCHEZ FORGACH, DR. CARLOS SÁNCHEZ BASURTO

**INTRODUCCIÓN.** ES UNA ENFERMEDAD POCO FRECUENTE, 0.7% DEL TOTAL DE CÁNCERES DE MAMA EN ESTADOS UNIDOS OCURRE EN EL HOMBRE. A SU VEZ SE OBSERVA QUE EL 0.2 DE LOS CÁNCERES EN EL HOMBRE OCURRE EN LA MAMA. LA ENFERMEDAD COMIENZA A APARECER EN LA CUARTA DÉCADA DE LA VIDA CON UN PROMEDIO DE EDAD DIAGNÓSTICO DE ALREDEDOR DE LOS 65 AÑOS. LA MAMA DEL HOMBRE SE CONFORMA PRINCIPALMENTE POR EPITELIO DUCTAL POR LO QUE PUEDE DESARROLLAR CARCINOMA DUCTAL EN UN 85%.

**CASO CLÍNICO.** PACIENTE MASCULINO DE 74 AÑOS DE EDAD. AHF TÍO PATERNO CA DE PÁNCREAS, APNOP ALCOHOLISMO, TABAQUISMO, APP HAS CONTROLADA. PA HACE 3 AÑOS CON MOLESTIAS LEVES Y HACE 3 MESES CON PRESENCIA DE ULCERACIÓN. EF SE ENCUENTRA LESIÓN ULCERADA EN PEZÓN DERECHO CON MASA TUMORAL DE 3 X 2 CM CON NÓDULO AXILAR DE 1.5CM APROX. CON PRESENCIA DE SECRECIÓN SANGUINOLENTA. CLÍNICAMENTE CON T4 N1 MX (DUDOSA ADENOMEGALIA AXILAR CONTRALATERAL). MASTOGRAFÍA BIRADS 5. US: MASA HIPOECOICA DE CONTORNOS REGULARES CON UN EJE ANTEROPOSTERIOR MAYOR QUE EL TRANSVERSO.

**RESULTADOS BIOPSIAL:** CARCINOMA CANALICULAR INFILTRANTE. ENFERMEDAD DE PAGET. **COMENTARIOS Y CONCLUSIÓN.** MUCHOS CÁNCERES DE MAMA EN EL HOMBRE SON DETECTADOS COMO RESULTADO DE UNA MASA PALPABLE (80-90%). LOS CAMBIOS EN PEZÓN NO SON COMUNES, DE UN 5 AL 10% PRESENTA RETRACCIÓN O SECRECIÓN. LA ULCERACIÓN EN PIEL ES UN SIGNO GRAVE DE CÁNCER MAMARIO EN EL HOMBRE. DX POR MASTOGRAFÍA LA APARIENCIA ES SIMILAR A LA VISTA EN LAS MUJERES. POR ULTRASONIDO PUEDE PRODUCIR LESIÓN HIPOECOICA, QUE COMO EN LAS MUJERES REFLEJAN LA FORMA Y COMPOSICIÓN DEL TUMOR.

## CÁNCER DE MAMA BILATERAL

PÉREZ PUENTES ANCIZAR, SÁNCHEZ FORGACH ERNESTO, SÁNCHEZ BASURTO CARLOS, DOMÍNGUEZ ANDRAE ADRIANA

FEMENINA 63 AÑOS, ANTECEDENTE DE CÁNCER HEPÁTICO POR RAMA PATERNA Y OVARIO POR RAMA MATERNA; FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER DE MAMA EDAD, SEXO Y EMBARAZO TARDÍO. ACUDE A CONSULTA POR TUMORES MAMARIOS BILATERALES, SE ENCUENTRA EN LA MAMA DERECHA TUMOR DE 4 CM. Y AXILA DE 1 CM. MAMA IZQUIERDA CON TUMOR DE 4 CM. AXILA DE 3 CM. CUELLO DE 2 CM. RESTO NORMAL. LOS ESTUDIOS DE EXTENSIÓN NORMALES. LOS REPORTES DE LA BIOPSIA SON DE CÁNCER LOBULILLAR EN LA MAMA IZQUIERDA Y DUCTAL EN LA MAMA DERECHA. CON EC. IIA Y IIIC. RECIBE TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA A BASE DE ANTRACICLINAS POR 6 CICLOS CON BUENA RESPUESTA, SE OPERA Y LAS PIEZAS QUIRÚRGICAS SON REPORTADAS COMO NEGATIVAS. ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO DE CONSOLIDACIÓN. EL CÁNCER BILATERAL SINCRÓNICO DE MAMA ES POCO FRECUENTE, ENTRE 1962-1972 SE REVISARON 967 CASOS DE CÁNCER MAMARIO Y 35 CASOS PRESENTARON 2º PRIMARIO. EL 50% DE LOS CASOS FUE SIMULTÁNEO, COMO RIESGO SE ENCUENTRA LA EDAD DE LA PACIENTE AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO, SIENDO ÉSTE DE 10 A 14 VECES MÁS FRECUENTE EN MUJERES MENORES DE 50 AÑOS. OTRO FACTOR ES LA HERENCIA Y SE MENCIONAN TRES FACTORES QUE SON: ANTECEDENTES FAMILIARES DE PRIMER GRADO, EDAD TEMPRANA EN EL MIEMBRO FAMILIAR Y BILATERALIDAD EN LA MAMA. EL BRCA 1 Y BRCA 2 PUEDEN SER FACTORES PREDICTIVOS PARA EL DESARROLLO DEL CÁNCER DE MAMA BILATERAL.

## ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA EN CÁNCER DE MAMA INVASOR

DR. HERIBERTO MEDINA-FRANCO, DR. CARLOS ROBLES-VIDAL, DR. SANTOS SOTO-GERMES, DR. LEONARDO ABARCA, DRA. LAURA J. ORTIZ-LÓPEZ, DRA. SAGRARIO TRINIDAD-HERNÁNDEZ, DR. JOSÉ ULLOA, DRA. CECILIA ROMERO.  
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN  
"SALVADOR ZUBIRÁN", MÉXICO, D.F.

**ANTECEDENTES.** EXISTEN POCOS ESTUDIOS QUE EVALÚEN LA TERAPIA CON ABLACIÓN LOCAL DEL CÁNCER DE MAMA. EL OBJETIVO DEL PRESENTE ESTUDIO FUE VALORAR LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA ABLACIÓN CON RADIOFRECUENCIA (ARF) DE CÁNCER DE MAMA INVASOR.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** SE INCLUYERON MUJERES CON CÁNCER DE MAMA INVASOR <4CM, SIN QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE NI DATOS DE MULTIFOCALIDAD. SE REALIZÓ ARF GUIADA POR ULTRASONIDO BAJO ANESTESIA GENERAL CON RESECCIÓN INMEDIATA DE LA LESIÓN (LUMPECTOMÍA O MASTECTOMÍA). LA VIABILIDAD DEL TUMOR SE VALORÓ CON TINCIÓN

DE NICOTINAMIDA ADENINA DINCULEÓTIDO (NADH). SE REGISTRARON LAS COMPLICACIONES POSOPERATORIAS.

**RESULTADOS.** SE INCLUYERON 21 PACIENTES CON UNA EDAD MEDIA DE 54 AÑOS (42-89 AÑOS). LA MAYORÍA DE LAS PACIENTES (86%) CON DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE Y 52.4% CON LESIONES MENORES DE 2 CM (T1). ULTRASONOGRAFÍAMENTE SE LOGRÓ LA ABLACIÓN COMPLETA DE LA LESIÓN EN TODOS LOS CASOS. EN 12 PACIENTES, EL TUMOR PUDO SER RESECADO CON CIRUGÍA CONSERVADORA Y EL RESTO FUE SOMETIDO A MASTECTOMÍA RADICAL MODIFICADA. COMPLICACIONES MENORES CONSISTIERON EN 3 QUEMADURAS CUTÁNEAS DE PRIMER GRADO QUE SE RESOLVIERON CON TRATAMIENTO CONSERVADOR. POSTERIOR A LA TINCIÓN CON NADH SE DOCUMENTÓ NECROSIS COMPLETA DE LA LESIÓN EN 80% DE LOS CASOS, SIN EMBARGO, SE DOCUMENTÓ EN 90% DE TUMORES T1 VS. 50% DE T2 (P<0.01).

**CONCLUSIÓN.** LA ARF PARECE SER UNA TERAPIA SEGURA PARA EL TRATAMIENTO DE CÁNCER DE MAMA INVASOR CON COMPLICACIONES MÍNIMAS, DEBIÉNDOSE LIMITAR A LESIONES MENORES DE 2 CM.

## EVALUACIÓN RETROSPECTIVA DEL MANEJO DE CÁNCER MAMARIO CON GANGLIOS NEGATIVOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

DR. MANUEL E. MAGALLANES MACIEL\*, DRA. JAZMÍN FIGUEROA VADILLO\*\*, DR. FRANCISCO SANDOVAL GUERRERO\*\*\*, DR. MARIO ÁLVAREZ BLANCO\*\*\*\*, DR. MARIO ESCOBAR GÓMEZ\*\*\*\*\*

\*RESIDENTE DE ONCOLOGÍA MÉDICA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, MÉXICO, D.F.

\*\*JEFE DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, MÉXICO, D.F.

\*\*\*MÉDICO DE BASE DEL SERVICIO DE TUMORES MAMARIOS DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, MÉXICO, D.F.

\*\*\*\*MÉDICO DE BASE DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, MÉXICO, D.F.

\*\*\*\*\*MÉDICO DE BASE DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.(MÉX. D.F)

**TIPO DE ESTUDIO.** LONGITUDINAL, RETROSPECTIVO, OBSERVACIONAL.

**PERIODO.** 1996-1999.

**OBJETIVO.** REVISIÓN DE LOS CASOS DE CÁNCER MAMARIO, CON GANGLIOS NEGATIVOS EN EL PERIODO SEÑALADO.

**TAMAÑO DE LA MUESTRA.** 86 PACIENTES.

**RESULTADOS PRELIMINARES:** SOBREVIVIA A 5 AÑOS 98.7%. PORCENTAJE RECURRENCIAS 4.2%. SITIO MÁS FRECUENTE DE RECURRENCIA: HEPÁTICA. ADYUVANCIA MÁS FRECUENTE UTILIZADA, HORMONOTERAPIA 52%, RADIOTERAPIA 33%, QUIMIOTERAPIA 10%, NINGUNA 5%.

## LOS FIBROADENOMAS EN TEJIDO MAMARIO SUPERMUNERARIO SON POCO REPORTADOS EN LA LITERATURA, PERMITIENDO LA APARICIÓN DE TODA LA PATOLOGÍA VISTA EN MAMAS

PETRO-PRIETO F, MIRANDA-HERNÁNDEZ H, ÁVILA-MEDRANO L, MORALES-PALOMARES M, VEGA-BARRIOS K, HERNÁNDEZ-CRUZ N, SÁNCHEZ-ALVAREZ N, POL-KIPPES G, PIÑÓN-CARRERAS A, ABOITES-LUCERO LM  
TUMORES MAMARIOS. ONCOLOGÍA. HOSPITAL GENERAL MÉXICO, MÉXICO, D.F.

**INTRODUCCIÓN.** LOS FIBROADENOMAS EN TEJIDO MAMARIO SUPERMUNERARIO ES POCO REPORTADA EN LA LITERATURA, PERMITIENDO LA APARICIÓN DE TODA LA PATOLOGÍA VISTA EN MAMAS. CASO DEL SERVICIO DE TUMORES MAMARIOS HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.

**DESCRIPCIÓN.** FEMENINO, 45 AÑOS, CON TEJIDO MAMARIO AXILAR BILATERAL DESDE LA ADOLESCENCIA, LOGRANDO PRODUCIR Y EYECTAR LECHE DURANTE LA LACTANCIA DE 4 HIJOS, CONSULTA POR AUTODETECCIÓN UN AÑO ANTES DE NÓDULO DE 1 CM, DURO, MÓVIL, NO DOLOROSO, QUE NO VARÍA DE TAMAÑO, MASTOGRAMÍA Y ULTRASONIDO MAMARIO: IMAGEN NODULAR, LOBULADA, HETEROGÉNEA POR ÁREAS QUISTICAS, PREDOMINIO SÓLIDO EN TEJIDO ACCESORIO IZQUIERDO MIDE 1.9 X 1.0 CM. BIRADS 5, GANGLIOS INFLAMATORIOS. CLÍNICAMENTE SIN ALTERACIONES, TEJIDO AXILAR BILATERAL, PEZONES RUDIMENTARIOS, PALPÁNDOSE NÓDULO DURO, NO DOLOROSO, MÓVIL, CONTORNOS CIRCUNSCRITOS 3.2 CM, SIN ADENOPATÍAS AXILARES NI SUPRACLAVICULARES; BAAF REPORTÓ FIBROADENOMA. TELE TÓRAX, LABORATORIALES NORMALES; REALIZADA ESCISIÓN LOCAL, CON INFORME DE PATOLOGÍA: TEJIDO DE 2 CM DE DIÁMETRO MAYOR, AMARILLO CLARO, MULTILOBULADO, BLANDO, REPORTADO HISTOLÓGICAMENTE COMO FIBROADENOMA MAMARIO.

**DISCUSIÓN.** LOS FIBROADENOMAS MAMARIOS NI SUPRACLAVICULARES; BAAF REPORTÓ FIBROADENOMA. TELE TÓRAX, LABORATORIALES NORMALES; REALIZADA ESCISIÓN LOCAL, CON INFORME DE PATOLOGÍA: TEJIDO DE 2 CM DE DIÁMETRO MAYOR, AMARILLO CLARO, MULTILOBULADO, BLANDO, REPORTADO HISTOLÓGICAMENTE COMO FIBROADENOMA MAMARIO. EL TEJIDO MAMARIO ACCESORIO ES FRECUENTE EN REGIÓN AXILAR PUDIÉNDOSE ENCONTRAR EN TODA LA LONGITUD DE LA LÍNEA MAMARIA PRIMITIVA CON PREVALENCIA DE 0.22 A 5.6% EN DIFERENTES SERIES; ESTE TEJIDO TIENE EL POTENCIAL DE DESARROLLAR PATOLOGÍA INFLAMATORIA, FUNCIONAL, TUMORAL BENIGNA Y MALIGNA VISTA EN LAS MAMAS ORTOTÓPICAS.

## CARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS RENAL, METASTÁSICO A COLON, REPORTE DE UN CASO

ALEJANDRO RUIZ JAIME\*, VÍCTOR E VALDESPINO CASTILLO\*, SILVIA ÁLVAREZ MALDONADO\*, LETICIA ROSAS ZUÑIGA\*\*, JOSÉ LUIS BALSECA\*

\*RESIDENTE DE CMN 20 DE NOVIEMBRE,

\*\*MÉDICO ADSCRITO CMN 20 DE NOVIEMBRE, MÉXICO, D.F.

LA ENFERMEDAD METASTÁSICA EN CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES ES FRECUENTE SE ASOCIA A LA ETAPA CLÍNICA, LAS METASTÁSICAS A COLON NO SE HAN DOCUMENTADO EN LA LITERATURA, SE PRESENTA EL CASO DE CARCINOMA RENAL METASTÁSICO A COLON. PACIENTE FEMENINO DE 60 AÑOS DE EDAD, EN 1997 PRESENTA HEMATURIA, DOLOR DE LEVE A MODERADO EN FOSA RENAL DERECHA, ES VALORADO POR UROLOGÍA, SE REALIZA ESTUDIO DE EXTENSIÓN SE ENCUENTRA TUMORACIÓN RENAL DERECHA, SE SOMETE A NEFRECTOMÍA RADIAL DERECHA REPORTE HISTOLÓGICO DE CARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS BIEN DIFERENCIADO, NO SE IDENTIFICÓ GANGLIOS METASTÁSICOS, SE DA MANEJO CON INTERFERÓN 6 CICLOS, QUEDANDO EN VIGILANCIA. EN FEBRERO DEL 2005 PRESENTA HEMATOQUEZIA, SE REALIZA COLONOSCOPIA SE ENCUENTRA TUMORACIÓN EN ÁNGULO ESPLÉNICO EXOFÍTICA FÁCILMENTE SANGRANTE CON BORDES NEURÓTICOS, SE REALIZA BIOPSIA CON REPORTE HISTOPATOLÓGICO DE CARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS, POR LO QUE SE SOMETE A HEMICOLECTOMÍA DERECHA EL DIA 00052005 REPORTE HISTOPATOLÓGICO DE SEGMENTO DE COLON CARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS REALES, ABUNDANTES ZONAS DE NECROSIS, BORDES QUIRÚRGICOS LIBRES.

## ADENOCARCINOMA PULMONAR Y CÁNCER RENAL DE CÉLULAS CLARAS: NEOPLASIAS SINCRÓNICAS. A PROPOSITO DE UN CASO

GABRIELA ALVARADO LUNA, EUCARIO LEÓN-RODRÍGUEZ  
DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA. INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN, MÉXICO, D.F.

**ANTECEDENTES.** EL CONCEPTO DE MALIGNIDAD SINCRÓNICA FUE ESTABLECIDO EN 1933 POR WARREN Y GATES, CORRESPONDE AL DIAGNÓSTICO SIMULTÁNEO DE UN SEGUNDO TUMOR O DENTRO DE LOS PRIMEROS TRES MESES DE LA DETECCIÓN DE LA PRIMERA NEOPLASIA.

EL HALLAZGO SINCRÓNICO DE UN ADENOCARCINOMA PULMONAR Y UN TUMOR RENAL DE CÉLULAS CLARAS ES INFRECUENTE.

**INFORME DEL CASO.** EN UNA MUJER DE 44 AÑOS SE DIAGNOSTICÓ LA PRESENCIA SIMULTÁNEA DE UNA MASA DE 4.5 X 3.5 X 5.6 CM LOCALIZADA EN EL POLO INFERIOR RENAL DERECHO Y UNA NEOFORMACIÓN PARABRONQUIAL DERECHA DE 2.6 X 2.8 CM. SE REALIZÓ NEFRECTOMÍA RADICAL DERECHA, CON DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO DE CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS, EN ESTADIO CLÍNICO I. PARA EL ABORDAJE DE LA MASA PERIBRONQUIAL SE TOMARON BIOPSIAS POR BRONCOSCOPIA CON REPORTE DE ADENOCARCINOMA MODERADAMENTE DIFERENCIADO PRIMARIO PULMONAR, CONFIRMADO POR INMUNOHISTOQUÍMICA, EN ESTADIO CLÍNICO IIIB POR AFECCIÓN GANGLIONAR A MEDIASTINO.

**DISCUSIÓN.** EN LA LITERATURA SE HAN ANALIZADO SERIES DE SEGUNDAS NEOPLASIAS ASOCIADAS A CÁNCER RENAL, DONDE SE REPORTAN HASTA EN EL 26.9% DE LOS CASOS, DE ÉSTOS EL 39.4% CORRESPONDE A NEOPLASIAS SINCRÓNICAS. LOS CINCO TUMORES MÁS FRECUENTES SON EL CÁNCER DE MAMA, PRÓSTATA, COLORRECTAL, VEJIGA Y LINFOMA NO HODGKIN. LA PRESENTACIÓN DEL CÁNCER PULMONAR COMO SEGUNDA NEOPLASIA CORRESPONDE AL 6%.

LAS SEGUNDAS NEOPLASIAS DEL CÁNCER PULMONAR, SÓLO SE DAN EN EL 15%, LA MÁS FRECUENTE CORRESPONDE A OTRO PRIMARIO PULMONAR (EN EL 56%) Y EN EL 44% DE LOS CASOS SE DISTRIBUYEN OTRAS NEOPLASIAS, COMO EL CÁNCER DE CAVIDAD ORAL, FARINGE, ESÓFAGO, COLORRECTAL, PÁNCREAS Y VEJIGA, PRESENTANDO EN COMÚN AL TABAQUISMO COMO FACTOR DE RIESGO. EL CÁNCER RENAL COMO SEGUNDA NEOPLASIA SÓLO SE HA REPORTADO EN EL 4% Y ES MÁS FRECUENTE COMO NEOPLASIA METACRÓNICA.

**CONCLUSIÓN.** LA ASOCIACIÓN SINCRÓNICA DEL CARCINOMA RENAL Y EL PULMONAR ES RARA, POR LO QUE LA PRESENTACIÓN DE ESTE CASO ES INTERESANTE; NO DEBE PERDERSE DE VISTA EL FENÓMENO DE NEOPLASIAS SINCRÓNICAS, YA QUE EL DIAGNÓSTICO DE ÉSTAS SERÁ RELEVANTE PARA DEFINIR LA CONDUCTA TERAPÉUTICA

## EL GASTO EN ALIMENTOS COMO INDICADOR NUTRIOLÓGICO EN CORRELACIÓN CON LA TASA DE MORTALIDAD POR LOS PRINCIPALES TIPOS DE CÁNCER EN LA REPÚBLICA MEXICANA

SUSANA TORRES-PERERA<sup>1</sup>, JOSÉ GUTIÉRREZ-SALINAS<sup>2</sup>, JOSÉ ANTONIO MORALES-GONZÁLEZ<sup>3</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO SOCIAL, ESCUELA DE DIETÉTICA Y NUTRICIÓN DEL ISSSTE. <sup>2</sup>LAB DE BIOQUÍMICA Y MEDICINA EXPERIMENTAL, DIV DE INV BIOMÉDICA. CMN "20 DE NOVIEMBRE" ISSSTE. <sup>3</sup>ÁREA ACADÉMICA DE FARMACIA, INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD, UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO, PACHUCA, HIDALGO, MÉXICO

**ANTECEDENTES.** ESTUDIOS REALIZADOS A NIVEL MUNDIAL HAN RELACIONADO QUE LAS TASAS DE MORTALIDAD (TM) PARA LOS PRINCIPALES TIPOS DE CÁNCER SON MAYORES EN LOS ESTRATOS SOCIOECONÓMICOS (ESE) MENOS FAVORECIDOS, SIN EMBARGO, AL MOMENTO NO SE HA ESTUDIADO LA POSIBLE INTERRELACIÓN ENTRE EL GASTO DESTINADO A LA ALIMENTACIÓN (IGA) COMO UN FACTOR ASOCIADO AL TIPO Y CALIDAD DE LA DIETA EN LOS DISTINTOS ESE EN MÉXICO, YA QUE ES UN HECHO COMPROBADO QUE LA INGESTA DE ALIMENTOS PUEDE SER UN FACTOR ASOCIADO AL DESARROLLO Y/O APARICIÓN DEL CÁNCER.

**OBJETIVO.** CONOCER SI EXISTE UNA CORRELACIÓN ENTRE EL GA EN LOS DIFERENTES ESE Y LAS TM POR LOS PRINCIPALES TIPOS DE CÁNCER EN MÉXICO.

**MATERIAL Y MÉTODO.** LOS DATOS DEMOGRÁFICOS Y ECONÓMICOS FUERON OBTENIDOS DE ORGANISMOS GUBERNAMENTALES (INEGI, CONAPO); LA TM SE OBTUVIERON DEL RHNNMSSA; LA CANASTA BÁSICA FUE CONSULTADA EN LA ENIEH. SE ESTABLECIERON LAS CORRELACIONES NECESARIAS ENTRE LOS DISTINTOS ESE, TIPO DE ALIMENTOS Y LAS TM PARA LOS PRINCIPALES TIPOS DE CÁNCER A NIVEL NACIONAL.

**RESULTADOS.** CUANDO EXISTE UN GA BAJO LA INGESTA DE VITAMINAS ANTIOXIDANTES ES MENOR, LO QUE CORRELACIONÓ CON UNA ELEVADA TM POR CÁNCER DE ESTÓMAGO, CU E HÍGADO, MIENTRAS QUE UN GA ALTO CORRELACIONÓ CON UNA TM ELEVADA EN CÁNCER DE PULMÓN Y MAMA POR EXCESO EN EL CONSUMO DE GRASAS SATURADAS.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.** EL GA ES UN INDICADOR DE LA CALIDAD DE LOS ALIMENTOS QUE CONSUME UN DETERMINADO ESE Y CORRELACIONA POSITIVAMENTE CON LA TM PARA UN DETERMINADO TIPO DE CÁNCER PARA ESE.

### FARMACOVIGILANCIA EN PACIENTES CON DOLOR, DEL INSTITUTO JALISCIENSE DE CUIDADOS PALIATIVOS Y ALIVIO AL DOLOR DURANTE EL PERIODO MARZO 2004-JUNIO 2005

M EN F ESCUTIA GUTIÉRREZ RAYMUNDO, DRA. ÁLVAREZ ÁLVAREZ ROSA MARGARITA, M EN F CORTEZ ÁLVAREZ CESAR RICARDO  
INSTITUTO JALISCIENSE DE ALIVIO AL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS.  
SECRETARÍA DE SALUD JALISCO. ZAPOPAN, JAL. MÉXICO

**ANTECEDENTES.** EL CENTRO INSTITUCIONAL DE FARMACOVIGILANCIA "PALIA", FUE INAUGURADO EL 25 DE FEBRERO DE 2004, EN EL INSTITUTO JALISCIENSE DE ALIVIO AL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS MEDIANTE ACUERDO DE COLABORACIÓN ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD JALISCO Y LA UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA.

**OBJETIVOS.** DAR A CONOCER LOS RESULTADOS DE LAS ACTIVIDADES DE FARMACOVIGILANCIA REALIZADAS EN EL CENTRO INSTITUCIONAL DE FARMACOVIGILANCIA "PALIA", EN PACIENTES CON DOLOR DURANTE EL PERIODO MARZO 2004-JUNIO 2005.

**MATERIAL Y MÉTODO.** SE REALIZÓ EL REPORTE Y EVALUACIÓN DE LAS SOSPECHAS DE REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS EN PACIENTES CON DOLOR APLICANDO EL ALGORITMO DE NARANJO, SE INDICÓ LA ACCIÓN A TOMAR POR PARTE DEL PACIENTE RESPECTO A SU TRATAMIENTO Y POSTERIORMENTE SE ENVIARON AL CENTRO NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA.

**RESULTADOS.** DURANTE EL PERIODO DE MARZO 2004 A JUNIO 2005 SE HAN RECIBIDO 136 REPORTES DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS, RESULTANDO LAS SIGUIENTES ESTADÍSTICAS:

- PRINCIPALES MEDICAMENTOS REPORTADOS DE UN TOTAL DE 48: PREGABALINA (18%), TRAMADOL-ACETAMINOFEN (17%), MORFINA (15%), AMITRIPTILINA (14%), CARBAMAZEPINA (10%).
- PRINCIPALES REACCIONES ADVERSAS DE UN TOTAL DE 85: MAREO (21%), NÁUSEA (13%), SOMNOLENCIA (12%), BOCA SECA (12%) PRURITO (9%).
- PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS: CÁNCER (PRÓSTATA, MAMA, COLON, CERVICOUTERINO), NEUROPATÍA DIABÉTICA, ARTRITIS, CEFALEA Y FIBROMIALGIA.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.** LA FARMACOVIGILANCIA ES UNA IMPORTANTE ACTIVIDAD PARA EL USO SEGURO Y RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS, SIENDO LOS PRINCIPALES BENEFICIADOS LOS PACIENTES AL RECIBIR UNA RESPUESTA OPORTUNA SOBRE SU TERAPIA FARMACOLÓGICA. EL CENTRO INSTITUCIONAL DE FARMACOVIGILANCIA "PALIA", TIENE GRAN IMPACTO EN LAS ESTADÍSTICAS NACIONALES SOBRE REACCIONES ADVERSAS.

### EFFECTO DE LA MUSICOTERAPIA Y LA RELAJACIÓN EN LA MEJORA DE LA CALIDAD ANALGÉSICA EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO EN EL INSTITUTO PALIA

PSIC. FERMÍN NAVARRO HILDA,  
M EN F ESCUTIA GUTIÉRREZ RAYMUNDO  
INSTITUTO JALISCIENSE DE ALIVIO AL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS.  
SECRETARÍA DE SALUD JALISCO. ZAPOPAN, JALISCO. MÉXICO

**ANTECEDENTES.** EN EL INSTITUTO JALISCIENSE DE ALIVIO AL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS FUE REALIZADO UN ESTUDIO PARA EVALUAR LA INTENSIDAD DE DOLOR BASAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICOS DE CÁNCER, DIABETES MELLITUS, ARTRITIS, NEURALGIA POSTHERPÉTICA, LUMBALGIA Y SIDA. RESULTANDO UN VALOR DE 7 EN LA ESCALA VISUAL ANALÓGICA, INDICANDO MANEJO FARMACOLÓGICO INSUFICIENTE PARA CONTROLAR EL DOLOR. TAMBIÉN SE REALIZÓ UNA ENCUESTA SOBRE EL AGRADO A LA MÚSICA, OBTENIÉNDOSE UN 94% DE RESPUESTA FAVORABLE.

**OBJETIVO.** EVALUAR EL EFFECTO DE LA MUSICOTERAPIA Y LA RELAJACIÓN EN PACIENTES CON MANEJO INSUFICIENTE DE SU DOLOR CRÓNICO.

**MATERIAL Y MÉTODO.** SE REALIZÓ DURANTE EL PERIODO AGOSTO-NOVIEMBRE DEL 2002, 38 PACIENTES FUERON DIVIDIDOS ALEATORIAMENTE EN DOS GRUPOS: CONTROL Y EXPERIMENTAL, AMBOS GRUPOS SE SOMETIERON A LAS SESIONES DIVIDIDAS EN TRES ETAPAS: INDUCCIÓN, SENSIBILIZACIÓN Y MUSICOTERAPIA. COMO VARIABLE SE EMPLEÓ EL TIPO DE MÚSICA SIENDO MOZART Y VIVALDI PARA EL GRUPO CONTROL Y ALEGRE-ROMÁNTICA PARA EL GRUPO EXPERIMENTAL.

**RESULTADOS.** EL NIVEL DE DOLOR DISMINUYÓ EN 64.94% PARA EL GRUPO CONTROL Y 62.61% PARA EL GRUPO EXPERIMENTAL Y RESPECTO AL GRADO DE RELAJACIÓN, 71% DEL GRUPO CONTROL Y 49% DEL GRUPO EXPERIMENTAL MANIFESTARON SENTIRSE "MUY RELAJADOS".

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.** LAS SESIONES DE MUSICOTERAPIA Y RELAJACIÓN SON UNA BUENA ALTERNATIVA SUMADA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO. SU APLICACIÓN RESULTÓ EFECTIVA PARA DISMINUIR LA INTENSIDAD DE DOLOR Y AUMENTAR EL GRADO DE RELAJACIÓN MEJORANDO ASÍ LA CALIDAD ANALGÉSICA. EL GRUPO CONTROL TUVO MEJORES RESULTADOS RESPECTO AL GRADO DE RELAJACIÓN, CONFIRMANDO LA MÚSICA DE MOZART COMO ELEMENTO TRANQUILIZANTE.

### ENSAYO CLÍNICO PROSPECTIVO PARA EVALUAR EL USO PROFILÁCTICO DE HIERRO Y ÁCIDO FÓLICO, EN LA FRECUENCIA DE HEMATOTOXICIDAD EN SUJETOS CON CÁNCER PULMONAR DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS TRATADOS CON GEMCITABINA Y CARBOPLATINO

RONQUILLO C\*, SILVA A.

DEPTO. DE ONCOLOGÍA MÉDICA, HOSPITAL DE ONCOLOGÍA CMN S XXI IMSS, MÉXICO, D. F. \* ACTUALMENTE ADSCRITO AL SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA DEL CMNO, GUADALAJARA, JALISCO. MÉXICO

**OBJETIVO.** EVALUAR EL USO PROFILÁCTICO DE HIERRO Y ÁCIDO FÓLICO, EN LA FRECUENCIA DE ANEMIA, Y LA DISMINUCIÓN DE REQUERIMIENTOS DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA, EN SUJETOS CON CÁNCER PULMONAR DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS (CPCNP) TRATADOS CON GEMCITABINE Y CARBOPLATINO (GEM/CBP).

**MATERIAL Y MÉTODO.** ESTUDIO PILOTO, PROSPECTIVO, ABIERTO, EN PACIENTES CON CPCNP PROGRAMADOS PARA RECIBIR POR LO MENOS 3 CICLOS DE QUIMIOTERAPIA CON CARBOPLATINO (5 AUC) Y GEMCITABINE (1G/M2, DÍAS 1 Y 8); DIVIDIDOS EN 2 BRAZOS: UNO CONTROL Y OTRO RECIBIENDO PROFILAXIS ORAL CON SULFATO FERROSO (200MG C/12H) Y ACIDO FÓLICO (5MG AL DÍA), DURANTE EL TRATAMIENTO.

AL FINAL DE CADA CICLO SE REALIZÓ UNA BIOMETRÍA HEMÁTICA, EVALUANDO LA INCIDENCIA DE HEMOGLOBINA MENOR A 10 G/DL, Y EL NÚMERO DE PAQUETES GLOBULARES TRANSFUNDIDOS EN CADA BRAZO DURANTE TODO EL TRATAMIENTO.

**RESULTADOS.** SE EVALUARON 30 PACIENTES, 15 POR BRAZO. AMBOS GRUPOS DEMOGRÁFICAMENTE SIMILARES (HB, INICIAL, EDAD, GÉNERO, ECOG Y TABAQUISMO). TODOS RECIBIERON LA QUIMIOTERAPIA A LA DOSIS PROGRAMADA Y EL GRUPO CON PROFILAXIS, RECIBIÓ EN EL TIEMPO PREVISTO LA TERAPIA ORAL.

LA INCIDENCIA DE VALORES DE HEMOGLOBINA <10 G/DL EN LAS 45 BIOMETRÍAS DEL GRUPO CON PROFILAXIS FUE DEL 0% (NO REQUIRIENDO DURANTE EL TRATAMIENTO HEMOTRANSFUSIONES); Y DEL 11% EN LAS 45 BIOMETRÍAS ANALIZADAS DEL GRUPO CONTROL (REQUIRIENDO DE 7 HEMOTRANSFUSIONES DURANTE EL TRATAMIENTO) (P=0.0277).

**CONCLUSIÓN.** EL EMPLEO SUPLEMENTARIO CON HIERRO Y ACIDO FÓLICO EN LA DIETA DISMINUYE LA INCIDENCIA DE ANEMIA Y LA NECESIDAD DE HEMOTRANSFUSIÓN EN PACIENTES CON CPCNP QUE RECIBEN QUIMIOTERAPIA CON GMZ/CBP.

### EXPERIENCIA CON LIGASURE EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA. HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

MORALES PALOMARES MA, MIRANDA HERNÁNDEZ H,  
ARANA RIVERA E., ROMAN BASSAURE E.,  
TORRES LOBATÓN A., MORALES MONTIEL TM

**INTRODUCCIÓN.** EL LIGASURE ES UN EQUIPO PARA SELLADO DE VASOS, FUNDE LAS CAPAS DE LAS PAREDES DE LA ÍNTIMA DE LOS VASOS, REMODELANDO EL COLÁGENO Y LA ELASTINA, OBLITERANDO EL VASO REALIZA UN SELLO AUTÓLOGO, NO DEPENDE DE UN TROMBO PROXIMAL, SELLA VASOS HASTA 7 MM, CON UN DAÑO TÉRMICO LATERAL MENOR DE 2 MM.

**MATERIAL Y MÉTODO.** DE MAYO DEL 2004 AL 15 DE JULIO DEL 2005, SE HAN REALIZADO 148 CIRUGÍAS: HISTERECTOMÍAS ABDOMINALES (PIVER I - 34, PIVER II - 64, PIVER III - 4 PACIENTES), TUMORES DE OVARIO 18 PACIENTES (8 BENIGNOS Y 7 POR CÁNCER), EXENTERACIONES ANTERIORES EN 2 CASOS, UNA VULVECTOMÍA RADICAL, UNA HEMICOLECTOMÍA DERECHA Y UNA TIROIDECTOMÍA TOTAL POR UN BOCIO NODULAR. 23 CIRUGÍAS DE PATOLOGÍA MAMARIA (MASTECTOMÍA RADICAL MODIFICADA 21 CASOS, UNA CIRUGÍA CONSERVADORA Y UNA ESCISIÓN LOCAL POR UN TUMOR PHYLLODES). SE ANALIZAN EL TIEMPO QX, EL SANGRADO TRANSOPERATORIO, EL EMPLEO DE SUTURAS Y HEMODERIVADOS, LA ESTANCIA HOSPITALARIA Y LAS COMPLICACIONES PERIOPERATORIAS.

**RESULTADOS.** DISMINUYÓ EN FORMA CONSIDERABLE EL SANGRADO TRANSOPERATORIO Y EL TIEMPO QUIRÚRGICO, POR LO TANTO EL EMPLEO DE HEMODERIVADOS, UNA PACIENTE SE REINTERVINO POR SANGRADO EN LA CÚPULA VAGINAL, TUVIMOS UNA LESIÓN URETERAL Y OTRA LESIÓN EN LA VENA ILÍACA INTERNA (AMBOS POR PROBLEMAS TÉCNICOS).

**CONCLUSIÓN.** CON ESTE EQUIPO SE REDUCE EL TIEMPO QUIRÚRGICO, EL SANGRADO TRANSOPERATORIO, NO UTILIZAMOS HEMODERIVADOS Y SUTURAS, CON LO QUE SE DISMINUYEN EL COSTO TOTAL DE UNA CIRUGÍA. UNA CONTRAINDICACIÓN PARA EMPLEAR EL LIGASURE, ES EN PACIENTES CON CÁNCER CERVICAL RECURRENTE A RADIOTERAPIA.

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS EN PACIENTES CON CÁNCER BRONCOGÉNICO EN JALISCO

J. RUBIO, H. BENÍTEZ, C. RONQUILLO, B. SÁNCHEZ, P. SOLANO.  
DIVISIÓN DE ONCOLOGÍA, UMAE CENTRO MÉDICO NACIONAL  
DE OCCIDENTE, IMSS GUAD., JAL. MÉXICO

**ANTECEDENTES.** SON ESCASAS LAS REFERENCIAS NACIONALES.

**OBJETIVO.** ANALIZAR EN UN ESTUDIO PROSPECTIVO/DESCRIPTIVO, LAS CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE PACIENTES PORTADORES DE CÁNCER BRONCOGÉNICO (CB) EN EL ESTADO DE JALISCO.

**MATERIAL Y MÉTODO.** SE CAPTURÓ EN FORMA PROSPECTIVA LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON CB QUE INGRESARON AL SERVICIO.

**RESULTADOS.** SE HAN INCLUIDO 92 PACIENTES, LA EDAD PROMEDIO FUE DE 65 AÑOS CON UN RANGO DE 40 A 86. 69 (75%) MASCULINO Y 23 (25%) FEMENINO. TABAQUISMO POSITIVO EN 75 (81.5%). EL MÉTODO DIAGNÓSTICO FUE: BRONCOSCOPIA EN 35.8%, BAAF EN 23.9%,



BIOPSIA 22.8%, CITOLOGÍA EN 13%, TRUCUT 4.3%. LA ESTIRPE HISTOLÓGICA MÁS FRECUENTE FUE ADENOCARCINOMA EN 47 (51%), EPIDERMOIDE 30 (32.6%), INDIFERENCIADO EN 8 (8.6%), CÉLULAS GIGANTES EN 4 (4.3%), OTROS EN 3 (3.2%). CON RELACIÓN A LOS SÍNTOMAS REFERIDOS; EL MÁS FRECUENTE FUE PÉRDIDA DE PESO EN 66 PACIENTES (71.7%), SEGUIDO DE TOS EN 50 (54.3%), DOLOR EN 45 (48.9%), ANOREXIA EN 32 (34.7%), DISNEA EN 31 (33.6%), HEMOPTOICOS EN 25 (27.1%), ASTENIA EN 7 (7.6%) Y OTROS EN 6 (6.5%). SE EFECTUARON RADIOGRAFÍA DE TÓRAX, TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADA DE TÓRAX, ECO HEPÁTICO Y RASTRO ÓSEO. EL ECO FUE POSITIVO EN 17 (18.9%), Y EL RASTRO ÓSEO EN 15 PACIENTES (16.3%).

**CONCLUSIÓN.** NO ES INFRECUENTE EL INICIO EN EDADES TEMPRANAS COMO 40 AÑOS, ES ASCENDENTE LA INCIDENCIA EN LA MUJER, CONFIRMA EL PAPEL DEL TABAQUISMO Y EL PREDOMINIO DE LA ESTIRPE ADENOCARCINOMA, ES NOTORIO QUE EL SÍNTOMA MÁS FRECUENTE ES GENERAL Y NO UNO MÁS LOCALIZADO COMO TOS O DISNEA.

## LESIONES QUIÍSTICAS SECUNDARIAS AL MANEJO CON CAPECITABINA EN CÁNCER DE COLON AVANZADO

J. RUBIO, G. MORGAN.  
DIVISIÓN DE ONCOLOGÍA, UMAE CENTRO MÉDICO  
NACIONAL DE OCCIDENTE IMSS. GUAD., JAL. MÉXICO

**INTRODUCCIÓN.** CON EL DESARROLLO DE NUEVAS DROGAS APRECIAMOS LA PRESENCIA DE EVENTOS NO OBSERVADOS.

**OBJETIVO.** INFORMAR SOBRE LA SUSTITUCIÓN DE LA LESIÓN TUMORAL POR UNA LESIÓN QUIÍSTICA EN CÁNCER COLORECTAL AVANZADO (CCRA), POSTERIOR A QUIMIOTERAPIA CON CAPECITABINA.

**MATERIAL Y MÉTODO.** PARTICIPANDO EN UN PROTOCOLO FASE III EN CCRA CON DOS BRAZOS, BRAZO A, CAPECITABINA, BRAZO B, OXALIPLATINO + CAPECITABINA, SE INCLUYERON 20 PACIENTES, REALIZAMOS TOMOGRAFÍA BASAL, Y CADA 2 MESES PARA MEDIR RESPUESTA.

**RESULTADOS.** EN 5 DE LOS 20 PACIENTES LA LESIÓN TUMORAL FUE SUSTITUIDA POR UNA LESIÓN QUIÍSTICA, 2 DEL A Y 3 DEL B, LO CUAL CONFIRMA QUE ESTÁ RELACIONADO A CAPECITABINA, 3 DE ELLOS FUERON INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE:

EL PRIMERO FUE UNA LESIÓN ADHERIDA A PELVIS, SE RESECÓ Y ENCONTRÓ UN QUISTE CON LÍQUIDO MUCINOSO NEGATIVO A MALIGNIDAD Y LA PARED CONFORMADA POR FIBROSIS, CÉLULAS MÚSCULO LISO Y NEOPLÁSICAS.

EL SEGUNDO, UNA LESIÓN HEPÁTICA EN CARA VISCERAL QUE SE CONVIRTIÓ EN UN ENORME QUISTE QUE SE DRENÓ CONTENIENDO MATERIAL PURULENTO, NO SE PUDO RESECAR. SE COLONIZÓ POR BACTERIAS.

EL TERCERO SE RESECÓ COMPLETAMENTE MOSTRANDO UN QUISTE CON LÍQUIDO NEGATIVO A MALIGNIDAD, Y LA PARED NO SE ANALIZÓ.

APEGÁNDOSE A RECIST, ESTOS PACIENTES SE ENCONTRABAN EN ENFERMEDAD ESTABLE O PROGRESIÓN, AUNQUE PATOLÓGICAMENTE HAY RESPUESTA.

**CONCLUSIÓN.** LA MUESTRA ES PEQUEÑA, ES NOTORIO EL NÚMERO DE PACIENTES QUE DESARROLLARON ESTA LESIÓN, Y SERÁ NECESARIO DETERMINAR SI DEBEN SER SOMETIDOS A CIRUGÍA. RECIST PROBABLEMENTE NO SEA APLICABLE A ESTAS LESIONES Y SERÁ NECESARIO EMPLEAR OTROS O NUEVOS CRITERIOS.

---

# Gaceta Mexicana de Oncología

---

## INSTRUCCIONES PARA AUTORES

Las instrucciones para someter su manuscrito pueden ser vistas en la página web: [www.smeo.org.mx](http://www.smeo.org.mx)

La Gaceta Mexicana de Oncología publica trabajos originales, artículos de revisión, notas clínicas, cartas al director y otros artículos especiales que describan nuevos hallazgos de particular significado referentes a todos los aspectos de la Oncología. Los manuscritos deben elaborarse siguiendo las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (*N Engl J Med* 1997;336:309-15.), también disponibles en: <http://www.icmje.org> y se ajustan a las siguientes normas:

### Remisión de trabajos

• Enviar el manuscrito de acuerdo a las instrucciones, con tres copias en un sobre a: Gaceta Mexicana de Oncología. Tuxpan # 59 PH, Col. Roma Sur, C.P. 06760, México, DF, y de ser posible también por correo electrónico: [smeo@infosel.net.mx](mailto:smeo@infosel.net.mx) incluyendo

- Carta de presentación.
- Listado de comprobaciones formales del trabajo.
- Formulario anexo de declaración de autoría y cesión de derechos.
- Disquete informático con el texto, especificando nombre del archivo y programa utilizado.

### Carta de presentación

En ella el autor explicará, en 3-4 líneas, cuál es la aportación original del trabajo que presenta.

### Tipos de artículos

• *Originales.* Podrán referirse a trabajos de investigación básica o clínica o cualquier otra contribución original en algunos de los aspectos de la Oncología. La extensión aproximada será de 15 páginas de texto y un máximo de 10 figuras, tablas, fotografías o gráficos (uno por página). Se recomienda que el número de autores firmantes no supere los seis. Las secciones se ordenan como sigue: página del título, resumen, summary, introducción, métodos, resultados, discusión, bibliografía, tablas, pies de figura y figuras.

• *Trabajos de Formación Continuada-Revisiones.* Se refiere a puestas al día de temas concretos de la especialidad o bien a revisiones de tema a propósito de una casuística. La extensión será aproximadamente de 10 páginas con cinco figuras, tablas, fotografías o gráficos. El número de firmantes no será superior a seis. Las secciones se ordenan como sigue: página del título, resumen, summary, introducción, casuística, discusión, bibliografía, tablas, pies de figura y figuras.

• *Notas clínicas.* Referidas a la descripción de casos clínicos infrecuentes cuya presentación aporte datos al conocimiento del tema. La extensión aproximada será de cinco páginas y no más de tres figuras o tablas. El número de autores firmantes

no superará los cinco. Las secciones se ordenan como sigue: página del título, resumen, summary, introducción, casuística, discusión, bibliografía, tablas, pies de figura y figuras.

• *Cartas al director.* Se referirán a artículos publicados recientemente en la revista y sobre los que se harán comentarios, objeciones o aportaciones personales. La extensión será de dos páginas, admitiéndose una tabla o figura. El número de firmantes no será más de dos y la bibliografía que en ella se aporte será la mínima indispensable, nunca superior a cinco citas.

• *Crítica de libros.* La revista publicará la crítica de los libros de Oncología que lleguen a su poder.

• *Noticias.* Se podrán remitir todas aquellas informaciones, anuncios, comentarios, etc., que puedan ser de interés para los miembros de la sociedad.

### Manuscrito

• El autor debe enviar tres juegos completos del manuscrito, mecanografiados a doble espacio en todas sus secciones (incluidas citas bibliográficas, tablas y pies de figura). Se emplearán páginas DIN-A4 dejando márgenes laterales, superior e inferior de 2.5 centímetros.

• Todas las páginas irán numeradas consecutivamente, empezando por la del título.

• Abreviaciones: éstas deben ser evitadas, exceptuando las unidades de medida. Evite el uso de abreviaciones en el título y en el resumen. El nombre completo al que sustituye la abreviación debe proceder el empleo de ésta, a menos que sea una unidad de medida estándar. Las unidades de medida se expresarán preferentemente en Unidades del Sistema Internacional (Unidades SI). Las unidades químicas, físicas, biológicas y clínicas deberán ser siempre definidas estrictamente.

### Página del título

• Figurará el título conciso, pero informativo, un título abreviado (máximo 40 caracteres), los nombres y apellidos de los autores, nombre de (los) departamento (s) y la (s) institución (es) a las que el trabajo debe ser atribuido y el reconocimiento de cualquier beca o apoyo financiero.

• Incluir el nombre completo, número de teléfono (fax y e-mail) y la dirección postal completa del autor responsable de la correspondencia y el material. Estos datos deben figurar en el cuadrante inferior derecho de esta primera página.

### Resumen y palabras clave

• Deberán aparecer en la segunda página. Se recomienda que el resumen de los artículos originales sea estructurado, es decir, que contenga los siguientes encabezados e información: Objetivo, Métodos, Resultados y conclusiones con no más de 200 palabras.

- En la misma hoja debe aparecer una relación con las palabras clave. Las palabras clave (de tres a diez en total) complementan el título y ayudan a identificar el trabajo en las bases de datos. Se deben emplear términos obtenidos de la lista de encabezados de materias médicas (MeSH) del Index Medicus de la NLM de Estados Unidos. Disponible en : <http://www.ncbi.nih.gov/entrez/meshbrowser.cgi>

#### Abstract y key words

- Es una traducción correcta del resumen al inglés. Se escribirá en una hoja aparte, donde también figure el título del trabajo y las key words, ambos igualmente en inglés.

#### Introducción

- Debe mencionarse claramente los objetivos del trabajo y resumir el fundamento del mismo sin revisar extensivamente el tema. Citar sólo aquellas referencias estrictamente necesarias.

#### Sujetos y métodos

- Debe describir la selección de los sujetos estudiados detallando los métodos, aparatos y procedimientos con suficiente detalle como para permitir reproducir el estudio a otros investigadores. Alguna información detallada de gran interés puede incluirse como anexo.
- Las normas éticas seguidas por los investigadores tanto en estudios en humanos como en animales se describirán brevemente. Los estudios en humanos deben contar con la aprobación expresa del comité local de ética y de ensayos clínicos, y así debe figurar en el manuscrito.
- Exponer los métodos estadísticos empleados. Los estudios contarán con los correspondientes experimentos o grupos control; caso contrario se explicarán las medidas utilizadas para evitar los sesgos y se comentará su posible efecto sobre las conclusiones del estudio.

#### Resultados

- Los resultados deben ser concisos y claros, e incluirán el mínimo necesario de tablas y figuras. Se presentarán de modo que no exista duplicación y repetición de datos en el texto y en las figuras y tablas.

#### Discusión

- Enfatizar los aspectos nuevos e importantes del trabajo y sus conclusiones. No debe repetirse con detalles los resultados del apartado anterior. Debe señalarse las implicaciones de los resultados y sus limitaciones, relacionándolas con otros estudios importantes. El contenido de esta sección ha de basarse en los resultados del trabajo y deben evitarse conclusiones que no estén totalmente apoyadas por los mismos. Se comentarán los datos propios con relación a otros trabajos previos, así como las diferencias entre los resultados propios y los de otros autores. La hipótesis y las frases especulativas deben ser claramente identificadas.

#### Agradecimientos

- Podrán reconocerse: a) contribuciones que necesitan agradecimiento pero no autoría; b) agradecimiento por ayuda técnica; c) agradecimiento de apoyo material o financiero,

especificando la naturaleza de dicho apoyo, y d) relaciones financieras que pueden causar conflicto de intereses.

#### Bibliografía

- Las citas bibliográficas se identificarán en el texto con la correspondiente numeración correlativa mediante números arábigos, en superíndice.
- Se escribirán a doble espacio y se numerarán consecutivamente en el orden de aparición en el texto.
- Las comunicaciones personales y los datos no publicados no deben aparecer en la bibliografía (se pueden citar entre paréntesis en el texto).
- Las abreviaturas de las revistas se ajustarán a las que utiliza el Index Medicus de la National Library of Medicine. Disponible en: <http://www.ncbi.nih.gov/entrez/jrbrowser.cgi>

#### Ejemplo de citas correctas

##### Revistas:

1. Artículo normal (citar los autores cuando sean seis o menos; si son siete o más, citar los seis primeros y añadir "et al") : Cañas R, Kilbourne E. Oil ingestion and the Toxic-Oil syndrome: results of a survey of residents of the Orcasur neighbourhood in Madrid, Spain. *Int J Epidemiol* 1987;1:3-6
2. Suplemento de revista: Mastri Ar, Neuropathy of diabetic neurogenic bladder. *Ann Intern Med* 1980;92(suppl 2):316-8
3. Fascículo sin volumen: Baumeister AA. Origins and control of stereotyped movements. *Monogr Am Assoc Ment Defici* 1978;(3):353-84.

##### Libros y otras monografías:

4. Autor (es): McDowell Y, Newell C. *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press, 1987.
5. Capítulo de un libro: Abramson JH. Cross-sectional studies. En: Holland WW, Detels R, Knox G, Directors. *Oxford textbook of public health*, volumen 3: *Investigative methods in public health*. Oxford: Oxford University Press, 1985;89-100.
6. Tesis doctorales o conferencias publicadas: Youssef NM. School adjustment of children with congenital Heart disease [tesis doctoral]. Pittsburgh: Universidad de Pittsburgh, 1988.

##### Otros artículos:

7. Artículos de periódico: Yoloi J. Frontela no logró reproducir el síndrome tóxico en monos. *El Universal*, 17 Feb. 1988,23(col 1-4).
8. Material legal: Toxic Substances Control Act: *Audiencia S. 776 ante el Subcomité sobre el medio ambiente del Comité sobre Comercio del Senado*, 94 cong 1. a Sesión, 343(1975).
9. Archivo de computadora: Renal system [programa informático]. Versión MS-DOS. Edwardsville, KS: Medisim; 1988.

##### Material no publicado:

10. En prensa: Lillywhite HB, Donald JA, Pulmonary blood flow regulation in an aquatic snake. [en prensa]. *Science*.
11. Citas extraídas de internet:

Cross P, Towe K K. A guide to citing Internet source [online]. Disponible en: [http://www.bournemouth.ac.uk/service/depts/lis/LIS\\_Pub/harvards](http://www.bournemouth.ac.uk/service/depts/lis/LIS_Pub/harvards).

### Tablas

- Irán numeradas de manera correlativa. Escritas a doble espacio, en hojas separadas, se identifican con un número arábigo y un título en la parte superior. Deben contener las pertinentes notas explicativas al pie.

### Figuras, fotografías, gráficas, dibujos y otras ilustraciones

- Deberán ser seleccionadas cuidadosamente, de modo que contribuyan a la mayor comprensión del texto. El tamaño será de 10 x12 y 10 x18 cm, con la calidad necesaria para su reproducción y en número adecuado según las normas de la introducción.
- Si se presentan microfotografías deberán incluirse el método de tinción y los aumentos empleados.
- Las fotografías en tamaño postal irán numeradas al dorso mediante etiqueta adhesiva con el nombre del primer autor y título del trabajo e indicaciones de la parte superior de la misma mediante una flecha.
- Las fotografías digitales vendrán en formato jpg/jpeg en disco o CD y por correo electrónico junto al trabajo en cuestión.
- Si desea la publicación en color de alguna de las fotografías, los gastos correrán a cargo del autor, previa solicitud de presupuesto al editor.
- Las figuras no repetirán datos y escritos en el texto.
- Los pies de figura se escribirán a doble espacio y las figuras se identificarán con números arábigos que coincidan con su orden de aparición en el texto. El pie contendrá la información necesaria para interpretar correctamente la figura sin recurrir al texto.

### RESPONSABILIDADES ÉTICAS

- Cuando se describen experimentos que se han realizado en seres humanos se debe indicar si los procedimientos seguidos se conforman a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable (institucional o regional) y a la Declaración de Helsinki de 1975, revisada en 1983. Disponible en: [http://www.wma.net/s/policy/17-c\\_s.html](http://www.wma.net/s/policy/17-c_s.html). No se deben utilizar nombres, iniciales o números de hospital, sobre todo en las figuras. Cuando se describen experimentos en animales se debe indicar si se han seguido las pautas de una institución o consejo de investigación internacional, o una ley nacional reguladora del cuidado y la utilización de animales de laboratorio.
- Permiso de publicación por parte de la institución que ha financiado la investigación.
- La revista no acepta material previamente publicado. Los autores son responsables de obtener los oportunos permisos para reproducir parcialmente material (texto, tablas, fotografías o figuras) de otras publicaciones. Estos permisos deben solicitarse tanto al autor como a la editorial que ha publicado dicho material.
- Conflicto de intereses. La revista espera que los autores declaren cualquier asociación comercial que pueda suponer un conflicto de intereses en conexión con el artículo remitido.

- Autoría. En la lista de autores deben figurar únicamente aquellas personas que han contribuido intelectualmente al desarrollo del trabajo. Haber ayudado en la colección de datos o haber participado en alguna técnica no son por sí mismos criterios suficientes para figurar como autor. En general, para figurar como autor se deben cumplir los siguientes requisitos:

1. Haber participado en la concepción y realización del trabajo que ha dado como resultado al artículo en cuestión.
2. Haber participado en la redacción del texto y en las posibles revisiones del mismo.
3. Haber aprobado la versión que finalmente será publicada.

La *Gaceta Mexicana de Oncología* declina cualquier responsabilidad sobre posibles conflictos derivados de la autoría de los trabajos que se publican en la Revista.

### Consentimiento informado

Los autores deben mencionar en la sección de métodos que los procedimientos utilizados en los pacientes y controles han sido tras la obtención de un consentimiento informado.

### TRANSMISIÓN DE LOS DERECHOS DE AUTOR

Se incluirá con el manuscrito el anexo a estas normas firmado por todos los autores.

### PROCESO EDITORIAL

Una vez evaluado en primera instancia por el Comité Editorial, todo manuscrito recibido es enviado a evaluadores externos, a los autores se le notificará su aceptación, rechazo o necesidad de cambios dentro de las primeras 6 semanas de haber recibido el manuscrito. La valoración seguirá un protocolo establecido a tal efecto y será anónima.

La *Gaceta Mexicana de Oncología* se reserva el derecho de realizar cambios o introducir modificaciones en el estudio, en aras de una mejor comprensión del mismo, sin que de ello se derive un cambio en su contenido.

Los manuscritos que sean aceptados para publicación en la revista quedarán en poder permanente de la *Gaceta Mexicana de Oncología* y no podrán ser reproducidos ni total ni parcialmente sin su permiso.

### INFORMACIÓN ADICIONAL

1. La *Gaceta Mexicana de Oncología* da acuse de recibo de los trabajos remitidos.
2. Corrección de pruebas. Se enviará una prueba de composición del artículo al autor responsable de la correspondencia. La prueba se revisará cuidadosamente y se marcarán los posibles errores, devolviendo las pruebas corregidas a la redacción de la revista en un plazo de 48 horas. El Comité de Redacción se reserva el derecho de admitir o no las correcciones efectuadas por el autor en la prueba de impresión.
3. Política editorial. Los juicios y opiniones expresados en los artículos y comunicaciones publicados en la *Gaceta* son del autor(es), y no necesariamente aquéllos del Comité Editorial. Tanto el Comité Editorial como la empresa editora declinan cualquier responsabilidad sobre dicho material. Ni el Comité Editorial ni la empresa garantizan o apoyan ningún producto que se anuncie en la revista, ni garantizan las afirmaciones realizadas por el fabricante sobre dicho producto o servicio.

# Carta-cesión de la propiedad de los derechos de autor

*\* Este formato debe ser enviado con cada uno de los manuscritos sometidos a consideración y debe ser firmado por todos los autores del mismo.*

Los autores hemos sometido a consideración del Comité Editorial y evaluador el artículo titulado \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En caso de ser aceptado, por este medio, informaremos que los abajo firmantes estamos de acuerdo con transferir la propiedad de los derechos de autor del manuscrito a la Sociedad Mexicana de Oncología, A.C. y aceptamos que se publique en un número de la revista, así como de cualquier otro medio de difusión electrónica. Asimismo, declaramos haber participado en el estudio y estar dispuestos a responsabilizarnos públicamente de lo escrito, estar enterados y de acuerdo con el orden de autoría señalado en el manuscrito original, así como la aprobación de la versión final del manuscrito enviado a la Gaceta Mexicana de Oncología.

Los autores aseguramos que el trabajo sometido a consideración es original y que la información contenida, incluyendo cuadros, figuras y fotografías, no ha sido publicada previamente o que no está en consideración de otra publicación y que de ser publicada no se violarán los derechos de autor o de propiedad de terceras personas, y su contenido no constituye una violación a la privacidad de los individuos en estudio. Los autores afirman que los protocolos de investigación en seres humanos o animales recibieron aprobación de la (s) institución (es) donde se realizó el estudio.

## **Autor responsable**

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

## **Otros autores**

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_