

GACETA MEXICANA DE ONCOLOGÍA

SOCIEDAD MEXICANA DE ONCOLOGÍA, A.C.

VOLUMEN 3, No. 4 OCTUBRE - DICIEMBRE 2004

ISSN :1665-9201

EDITORIAL

Problemática del cáncer ginecológico en México

G. Solorza Luna

ARTÍCULOS ORIGINALES

Valor de la radioterapia poshisterectomía radical en pacientes de riesgo por cáncer de cuello uterino estadios Ib y IIa (análisis comparativo de 47 pacientes)

A. Torres Lobatón, J.M. Matías Salvador, L. Flores López, G. Márquez Acosta, D. Hernández Aten y E. Román Bassaure

Cáncer del endometrio. Estado actual de frecuencia por estadios y resultados del tratamiento en el Hospital General de México

A. Torres Lobatón, F. Hernández Fragoso, M.A. Hernández Naranjo, E. Román Bassaure, G. Rojo Herrera, J.C. Oliva Posada y M.Á. Morales Palomares

Factores pronóstico en cáncer de cuello uterino EC IB en el Hospital General de México

G. Hurtado Estrada, A. Torres Lobatón, E. Román Bassaure, J.N. Mares Corona, B.I. Grifaldo Maldonado, J.C. Oliva Posada y M.Á. Morales Palomares

Histerectomía radical como tratamiento del cáncer en el cuello uterino. Experiencia interinstitucional en México

G. Solorza Luna, A. Torres Lobatón, P. Escudero de los Ríos, U. Rendón Romano, J. Ramírez Heredia y D.E. Muñoz González

Resultados del tratamiento en cáncer cervicouterino microinvasor en el Instituto Nacional de Cancerología de México (1980-1999)

J. Sosa Salas, G.N. Solorza Luna, D.E. Muñoz González, J.G. Chanona Vilchis, J.L. López Obispo y M. Frías Mendivil

CARTA AL EDITOR

Propuesta de informe histopatológico de la pieza quirúrgica de cono cervical

G. Solorza Luna, J.G. Chanona Vilchis, D.E. Muñoz González y D. Pérez Montiel

INFORME DE CASO

Adenomioma del ligamento redondo

R. Reyna Hinojosa, E. Juárez de la Luz, M. Cortés Velasco, A. Castro Rodríguez y N.E. Guzmán Delgado

XXIII CONGRESO NACIONAL DE ONCOLOGÍA

DISCURSO INAUGURAL DEL PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE ONCOLOGÍA, A.C.

Trabajos científicos originales

IN MEMORIAM

Dr. Rodolfo Díaz Perches

www.smeo.org.mx



SMeO

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

GACETA MEXICANA DE ONCOLOGÍA (GAMO)

Publicación oficial de la Sociedad Mexicana de Oncología

Octubre - Diciembre 2004, Vol. 3 No. 4

EDITORA EN JEFE:

Dra. Ma. Guadalupe Cervantes Sánchez

Jefa de Oncología Clínica, Centro Médico "20 de Noviembre" ISSSTE, México, DF

EDITORES ASOCIADOS

DR. FRANCISCO 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 AVALOS

Jefe de la Unidad de Oncología, Hospital

Infantil de México "Federico Gómez"

DRA. ROCIO 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. ANTONIO OCEGUERA VILLANUEVA

Profesor titular del Curso de Cirugía Oncológica, Hospital
Civil de Guadalajara

DR. RAÚL CASTELLANOS ALEJANDRE

Jefe de Especialidad de Oncología, Hospital Central Norte
de Alta Especialidad, Petróleos Mexicanos

DR. LEONARDO OCAMPO LE ROYAL

Presidente del Consejo Mexicano de Oncología

DR. VICTOR LIRA PUERTO

Asesor del Consejo Mexicano de Oncología

DRA. DOLORES GALLARDO RINCÓN

Subdirectora médica de la División de Medicina Interna,
Instituto Nacional de Cancerología

COMITÉ EDITORIAL

DR. SALVADOR ALVARADO AGUILAR
Psico-oncología

DR. HUMBERTO ARENAS MARQUEZ
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 GUTIÉRRES DE LA BARRERA
Biología molecular

DR. MIGUEL ANGEL JIMENES 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. AIDA MOTA CARCÍA
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 SOLORSA 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 \$ 800.00

Registro No. 04-2003-090317145700-102

Periodicidad

Cuatro 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 No. 93, Col. San José Insurgentes
03920 México, DF
Tels. 5563-0036 5598-6713

Director General:
Dr. Marco Antonio Tovar Sosa

Coordinadora Editorial:
Lic. Rocío Muciño Ramírez

Ejecutivo de Ventas:
José J. Sosa Gutiérrez

Producción:
Martha García Lomelí

Gaceta Mexicana de Oncología

Sociedad Mexicana de Oncología, A. C.

VOLUMEN 3, NÚMERO 4, OCTUBRE-DICIEMBRE 2004

EDITORIAL

- Problemática del cáncer ginecológico en México** 15
G. Solorza Luna

ARTÍCULOS ORIGINALES

- Valor de la radioterapia poshisterectoma radical en pacientes de riesgo por cáncer de cuello uterino estadios Ib y IIa (análisis comparativo de 47 pacientes).** 16
A. Torres Lobatón, J.M. Matías Salvador, L. Flores López, G. Márquez Acosta, D. Hernández Aten, E. Román Bassaure

- Cáncer del endometrio. Estado actual de frecuencia por estadios y resultados del tratamiento en el Hospital General de México** 21
A. Torres Lobatón, F. Hernández Fragoso, M. A. Hernández Naranjo, E. Román Bassaure, G. Rojo Herrera, J.C. Oliva Posada, M. Á. Morales Palomares

- Factores pronóstico en cáncer de cuello uterino EC IB en el Hospital General de México** 26
G. Hurtado Estrada, A. Torres Lobatón, E. Román Bassaure, J. N. Mares Corona, B. I. Grifaldo Maldonado, J. C. Oliva Posada, M. Á. Morales Palomares

- Histerectomía radical como tratamiento del cáncer en cuello uterino. Experiencia interinstitucional en México** 31
G. Solorza Luna, A. Torres Lobatón, P. Escudero de los Rios, U. Rendón Romano, J. Ramírez Heredia, D. E. Muñoz González

- Resultados del tratamiento en cáncer cervicouterino microinvasor en el Instituto Nacional de Cancerología de México (1980-1999)** 35
J. Sosa Salais, G.N. Solorza Luna, D.E. Muñoz González, J.G. Chanona Vilchis, J.L. López Obispo, M. Frías Mendivil

CARTA AL EDITOR

- Propuesta de informe histopatológico de la pieza quirúrgica de cono cervical** 38
G. Solorza Luna, J.G. Chanona Vilchis, D.E. Muñoz González, D. Pérez Montiel

INFORME DE CASO

- Adenomioma del ligamento redondo** 40
R. Reyna Hinojosa, E. Juárez de la Luz, M. Cortés Velasco, A. Castro Rodríguez, N. E. Guzmán Delgado

XXIII CONGRESO NACIONAL DE ONCOLOGÍA

- Discurso inaugural del presidente de la Sociedad Mexicana de Oncología, A.C** 44

- Trabajos científicos originales** 45

- IN MEMORIAM** 75
Dr. Rodolfo Díaz Perches

Gaceta Mexicana de Oncología

Sociedad Mexicana de Oncología, A. C.

VOLUME 3, NUMBER 4, OCTOBER-DECEMBER 2004

EDITORIAL

- Problematical of gynecologic cancer in Mexico** 15
G. Solorza Luna

ORIGINAL ARTICLES

- Value of radiotherapy following radical hysterectomy in high risk patients with cervical cancer stages Ib and IIa. (Comparative analysis of 47 patients)** 16
A. Torres Lobatón, J.M. Matías Salvador, L. Flores López, G. Márquez Acosta, D. Hernández Aten, E. Román Bassaure

- Endometrial cancer. Frecuency by stages and therapy results in the General Hospital of Mexico** 21
A. Torres Lobatón, F. Hernández Fragoso, M. A. Hernández Naranjo, E. Román Bassaure, G. Rojo Herrera, J.C. Oliva Posada, M. Á. Morales Palomares

- Prognosis factors in cervical cancer stage Ib in the General Hospital of Mexico** 26
G. Hurtado Estrada, A. Torres Lobatón, E. Román Bassaure, J. N. Mares Corona, B. I. Grifaldo Maldonado, J. C. Oliva Posada, M. Á. Morales Palomares

- Radical hysterectomy like treatment of the cervical cancer. Interinstitutional experience** 31
G. Solorza Luna, A. Torres Lobatón, P. Escudero de los Rios, U. Rendón Romano, J. Ramírez Heredia, D. E. Muñoz González

- Results of the treatment in microinvasive cervical cancer in the National Institute of Cancer in Mexico (1980-1999)** 35
J. Sosa Salais, G.N. Solorza Luna, D.E. Muñoz González, J.G. Chanona Vilchis, J.L. López Obispo, M. Frías Mendivil

LETTER TO THE EDITOR

- Proposition of histopathologic report of cervical cone** 38
G. Solorza Luna, J.G. Chanona Vilchis, D.E. Muñoz González, D. Pérez Montiel

CASE REPORT

- Round ligament adenomyoma** 40
R. Reyna Hinojosa, E. Juárez de la Luz, M. Cortés Velasco, A. Castro Rodríguez, N. E. Guzmán Delgado

XXIII CONGRESS NATIONAL OF ONCOLOGY, MEXICO

- Opening speech of the inaugural ceremony** 44

- Original cientific reports** 45

- IN MEMORIAM** 75
Dr. Rodolfo Díaz Perches

Problemática del cáncer ginecológico en México

Las neoplasias del aparato genital femenino son las más comunes en nuestro país; infortunadamente esta frecuencia se presenta sobre todo por una neoplasia que se puede prevenir o detectar en forma temprana como el cáncer del cuello uterino. A pesar de que se origina en órganos de un mismo sistema, cada caso presenta características muy especiales debido a que no comparten los mismos factores epidemiológicos, evolución, conducta biológica e incluso situación social, lo que exige conocimiento, capacitación, buen criterio y juicio clínico para llegar a un diagnóstico y tratamiento adecuado.

En el caso del cáncer del cuello uterino, lo fundamental es tener campañas útiles y eficaces para realizar la detección de la etapa preinvasora, que se conoce como Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC), con lo que se podría curar a la mayoría de las pacientes como ha sucedido en los países desarrollados.

El cáncer de ovario es, y seguirá siendo, un reto para el diagnóstico porque no existe una prueba útil para realizar tamizaje, lo que ocasiona que la gran mayoría de los casos (70 a 80%), sean diagnosticados en etapas avanzadas. Además, la situación se complica debido a que las mujeres son tratadas en primera instancia por médicos no oncólogos, lo que disminuye el tiempo de vida hasta en un 50%, cuando la obligación de los médicos tratantes de cáncer es el conocimiento vasto de la conducta biológica de cada una de las estirpes histológicas, ya que es prioritario estar un paso adelan-

te del avance de la neoplasia.

En la tercera y cuarta década de la vida, cuando las mujeres se encuentran en edad reproductiva y es importante conservar la fertilidad, se presentan los tumores germinales, por ello es invaluable el apoyo del oncólogo para el manejo con quimioterapia, que permite realizar cirugías conservadoras con logros significativos de curación y conservar la fertilidad.

Hoy día, no se han desarrollado estudios ordenados y específicos que esclarezcan los factores pronósticos que permitan establecer estrategias terapéuticas multidisciplinarias definidas.

Una controversia importante se presenta en las etapas avanzadas de la mayoría de los tumores del aparato genital femenino, cuando no es posible cuestionar las bondades de la cirugía, radioterapia y tratamiento sistémico, y aún en el siglo XXI no se ha definido el mejor momento para iniciar el tratamiento con quimioterapia (primaria, adyuvante o simultánea).

La realidad nos presenta gran cantidad de adelantos tecnológicos en el campo de la medicina y su aplicación debe ser probada con protocolos éticos y bien definidos que muestren los mejores procedimientos diagnósticos y terapéuticos para que el beneficio sea perdurable y el costo justificable.

Gilberto Solorza Luna

Coordinador del comité de tumores ginecológicos de la Sociedad Mexicana de Oncología

Valor de la radioterapia poshisterectomía radical en pacientes de riesgo por cáncer de cuello uterino estadios Ib y IIa. (Análisis comparativo de 47 pacientes)

Value of radiotherapy following radical hysterectomy in high risk patients with cervical cancer stages Ib and IIa. (Comparative analysis of 47 patients)

Alfonso Torres Lobatón*, José Manuel Matías Salvador**, Lourdes Flores López***, Gonzalo Márquez Acosta**, Dimas Hernández Aten****, Edgar Román Bassaure***

*Jefe del servicio de Oncología, **médico residente, ***médico adscrito, ****jefe de la unidad de Ginecología, Servicio de Oncología, Hospital General de México, OD

Resumen

Se presentan los resultados de un análisis entre dos grupos de pacientes con alto riesgo para desarrollar recurrencias tumorales por cáncer del cuello uterino etapas Ib y IIa, tratadas con y sin radioterapia posterior a histerectomía radical. Veintidós pacientes recibieron radioterapia externa a la pelvis en dosis de 5 000 rads con o sin aplicación de material radiactivo y 25 no lo recibieron.

Dieciseis pacientes del grupo de radioterapia (64%) y 18 del grupo radiado (81.8%) evolucionaron durante dos años sin evidencia de enfermedad, $P > 0.05$. No hubo diferencias estadísticamente significativas al comparar los resultados globales en los casos con invasión a parametrios (7/9, 77.7% vs. 5/7, 71.4%; $P = 0.608$) ni entre las que presentaron uno o dos ganglios metastáticos (8/10, 80.0% vs. 5/6, 83.3%; $P = 0.696$). Con tres o más ganglios, las diferencias a favor del grupo radiado fueron estadísticamente significativas (1/6, 16.6% vs 1/22, 4.5%; $P = 0.012$).

La radioterapia a la dosis empleada se acompañó de morbilidad aceptable y en esta serie fue de gran utilidad para reducir la cifra de recurrencias tumorales locales y mejorar el pronóstico de las pacientes, sobre todo en los casos con informe de tres o más ganglios metastáticos.

Palabras claves: radioterapia, ganglios metastáticos, recurrencia

Summary

The results of treatment with or without adjuvant postoperative radiation therapy following radical hysterectomy in stage Ib-IIa cervical cancer, with positive pelvic lymph nodes, parametrium infiltration and close surgical margins, are informed.

Sixteen of 25 no irradiated patients (64%) and 18 of 22 with adjuvant therapy (81.8%) had a follow-up of two years without cancer, $P > 0.05$. Without statistical significance were results in parametrium infiltration group (7/9, 77.7% vs. 5/7, 71.4%; $P = 0.608$), and in one two positive pelvic lymph node group (8/10, 80.0% vs. 5/6, 83.3%; $P = 0.696$). When three or more positive lymph nodes were informed, the irradiated group has a better evolution (1/6, 16.6% vs. 1/22, 4.5%; $P = 0.012$).

We concluded that 5 000 rads of radiotherapy to the pelvis with or without endocavitary irradiations is associated with a reasonable number of complications. In this series, patients treated with radiation had a substantial reduction in local recurrences and increase in the two years tumor free survival. For specific subsets of patients such as those with three or more positive lymph nodes, the rates of follow-up without cancer were significant better in the irradiated group.

Key words: radiotherapy, metastatic nodes, recurrence

Introducción

Las etapas clínicas Ib y IIa de cáncer cervicouterino representan el 13.8% de los cánceres de esta zona que se diagnostican en el servicio de Oncología del Hospital General de México de la Secretaría de Salud, institución donde la mayoría de las pacientes son candidatas a histerectomía con linfadenectomía pélvica (histerectomía radical) como tratamiento de elección.

En la casuística del servicio, esta intervención quirúrgica se acompaña de cifras de seguimiento sin evidencia de enfermedad a dos años en el 85% de los casos. Los factores que tienen una influencia negativa en el pronóstico incluyen un tamaño mayor a 4 cm, con cifras de seguimiento del 66.6%, la presencia de lesiones poco diferenciadas con un 65% y, sobre todo, la presencia de ganglios metastáticos con un 53.3%.

Cuadro I. Histerectomía radical, características clinicopatológicas

	Sólo cirugía. Núm. de pts. %		Radioterapia adyuvante. Núm. de pts. %	
Etapa Ib	15	60	11	50.0
Etapa IIa	10	40	11	50.0
Ca. epidermoide	20	80	20	91.0
Otros	5	20	2	9.0
Edad				
21-30	1	4	2	9.1
31-40	5	20	6	27.2
41-50	15	60	12	54.6
51 o más	4	16	2	9.1
Con metástasis ganglionares	16	64	12	54.6
Con invasión parametrial	9	36	7	31.8
Tumor cerca de bordes quirúrgicos	—	—	3	13.6

En 1983 se inició en el servicio un estudio prospectivo con la finalidad de determinar la utilidad de la radioterapia posoperatoria en el manejo de pacientes tratadas con histerectomía radical y con alto riesgo para el desarrollo de recurrencias tumorales manifestadas por la presencia de metástasis ganglionares pulmonares, tumor parametrial, o bien tumor en la vecindad de los límites de sección quirúrgica a nivel de la vagina. Ambos grupos presentaron características riesgo para desarrollar recurrencias tumorales por la presencia de metástasis ganglionares por informe de tumor parametrial o de tumor en la proximidad de los límites de sección a nivel de la vagina, fueron seleccionadas para recibir radioterapia radical a la pelvis dentro de las primeras seis a ocho semanas del posoperatorio. Otro grupo de 25 pacientes con características clinicopatológicas semejantes no recibió este tipo de tratamiento y fue considerado como grupo control.

Dieciocho pacientes recibieron tratamiento con aparatos de cobalto 60 en dosis de 5 000 rads a la pelvis mediante la contribución de dos campos opuestos de 15 x 15 cm en promedio o técnica de cuatro campos (dos opuestos y dos laterales en pacientes obesas) más un aplicación de material radiactivo intracavitario a la vagina con dosis de 3 000 rads. Cuatro pacientes recibieron sólo radioterapia externa a la pelvis con la técnica descrita (5 000 rads). Los factores considerados, tanto en el grupo de pacientes radiadas como en el grupo control, fueron los siguientes: resultados por etapa clínica y por tipo histológico; resultados de acuerdo a la presencia de metástasis ganglionares; invasión parametrial; tumor en la cercanía de los bordes vaginales y evolución en función del número de ganglios metastáticos. Además se llevó a cabo el análisis por grupo de desarrollo de recurrencias tumorales, tanto locales como sistémicas.

En cuanto a las complicaciones de la radioterapia, fueron consideradas como moderadas, cuando su presencia no ameritó la suspensión del tratamiento, e intensas cuan-

Cuadro II. Histerectomía radical, factores pronósticos

Evolución sin actividad tumoral*					
Factor	sin radioterapia pos-cir		con radioterapia pos-cir		
	Núm. de pts.	%	significancia	Núm. de pts.	%
Etapa Ib	11/15	73.3	8/11	72.7	P= 0.655
Etapa IIa	5/10	50.0	10/11	90.9	P= 0.055
Ca epidermoide	14/20	70.0	18/20	90.0	P= 0.118
Otros	2/2	40.0	0/2	—	P= 0.476

*Media de seguimiento: 24 meses

Cuadro III. Histerectomía radical, factores pronósticos

Evolución sin actividad tumoral*					
Factor	sin radioterapia post-cir		con radioterapia post-cir		
	Núm. de pts.	%	significancia	Núm. de pts.	%
Con metástasis ganglionares	9/16	56.2	10/12	83.3	P=0.133
Con invasión parametria	7/9	77.7	5/7	71.4	P=0.608
Tumor cerca de bordes quirúrgicos	—	—	3/3	100.0	—
Total	16/25	64.0	18/22	81.8	P= 0.05

*Media de seguimiento: 24 meses

do se interrumpió temporalmente o cuando se hospitalizó a la paciente.

Los resultados obtenidos fueron sometidos a análisis estadístico con la prueba X2 o el procedimiento directo de Fisher.

Resultados

La paciente más joven tenía 21 años y la mayor fue de 63. La edad media del grupo fue de 40. En el cuadro I se muestran las características clinicopatológicas de las pacientes manejadas sólo con cirugía y de las que recibieron tratamiento complementario de radioterapia.

En cuanto a los resultados del tratamiento, se obtuvo un seguimiento sin evidencia de enfermedad entre 12 y 96 meses (media de 24 meses) en 16 (64%) de las 25 pacientes manejadas con cirugía y en 18 (81.8%) de la 22 tratadas con radioterapia, $P > 0.05$. Si bien los resultados globales por etapa clínica y por tipo histológico fueron mejores en el grupo tratado con radioterapia, las diferencias no fueron estadísticamente significativas (véase cuadro II).

Tampoco se obtuvieron diferencias con significación estadística al comparar los resultados globales con o sin radioterapia posoperatoria en las pacientes cuyos especímenes quirúrgicos mostraron presencia de metástasis ganglionares o bien invasión parametrial (véase cuadro III).

El análisis por número de ganglios metastáticos mostró que aquellas que no recibieron tratamiento complementario de radioterapia tuvieron pronóstico desfavorable (1/6, 16.8% vs 5/6, 83.3%; $P = 0.040$) (véase cuadro IV).

Nueve de las 25 pacientes del grupo que no recibieron ra-

Cuadro IV. Histerectomía radical, factores pronósticos

Evolución sin actividad tumoral*					
Con metástasis ganglionares	sin radioterapia post-cir		con radioterapia post-cir		
	Núm. de pts.	%	significancia	Núm. de pts.	%
1 o 2 ganglios metastáticos	8/10	80.0	5/6	83.3	P=0.696
3 o más ganglios metastáticos	1/6	16.6	5/6	83.3	P= 0.040
Metástasis unilateral	8/14	57.1	6/8	75.0	P= 0.358
Metástasis bilaterales	1/2	50.0	4/4	100.0	P= 0.333
Sin invasión a parametrios	6/10	60.0	5/5	100.0	P= 0.154
Con invasión a parametrios	3/6	50.0	5/7	71.4	P= 0.413

*Media de seguimiento: 24 meses

Cuadro V. Histerectomía radical

Desarrollo de recurrencias tumorales*					
Recurrencias	sin radioterapia post-cir		con radioterapia post-cir		
	Núm. de pts.	%	significancia	Núm. de pts.	%
Locales	9/25	36.0	1/22	4.5	P= 0.012
Sistémicas	2/25*	8.0	3/22	13.6	P= 0.654

*Sistémicas: tres a hígado, una a pulmón y una a ganglios supraclaviculares
 **Las dos pacientes desarrollaron al inicio recurrencias locales

dioterapia (36.0%) y cuatro de las 22 (18.1%) que sí la recibieron desarrollaron recurrencias tumorales que se presentaron entre los cuatro y 30 meses consecutivos a la cirugía, con una media de nueve meses. Mientras que en el primer grupo la mayoría se manifestó con recurrencias locales (9/25, 36% vs 1/22, 4.5%, P= 0.012), en el segundo se evidenciaron como metástasis a distancia (véase cuadro IV).

Morbilidad de la radioterapia: nueve de las 18 pacientes tratadas con radioterapia externa más aplicación de material radiactivo intracavitario desarrollaron complicaciones y se catalogaron como moderadas en 17 y como intensas en una, sin que en ningún caso hubiese indicación para suspender el tratamiento.

La paciente con complicaciones intensas desarrollo cistitis y enteritis al término de la radioterapia y fue necesaria su hospitalización para corregir el desequilibrio hidroelectrolítico. Ninguna de las cuatro enfermas tratadas sólo con radioterapia externa mostró complicaciones inherentes al procedimiento. La lista de complicaciones se muestra en el cuadro VI.

Comentario

El conocimiento actual del comportamiento biológico del cáncer cervicouterino en etapas Ib y IIa tratadas con histerectomía más linfadenectomía pélvica ha permitido identificar los factores que influyen en forma negativa en

Cuadro VI. Complicaciones de la radioterapia*

Manifestación clínica	Núm. de pts.	%
Proctitis	5	27.7
Cistitis	4	22.2
Enteritis	3	16.6
Anorexia	2	11.1
Epitelitis	1	5.5
Linfedema	1	5.5

* Pacientes tratadas con radioterapia externa más aplicación de material radiactivo intracavitario: 18

su pronóstico.

Se sabe que la invasión local a la profundidad del estroma (cuantificada en mm) determina cifras de curación de alrededor del 90%, cuando alcanza los 5-9 mm, y de 44-58%, cuando rebasa los 30 mm. La presencia de tumor parametrial en los especímenes quirúrgicos de estas etapas clínicas disminuye los porcentajes de seguimiento sin evidencia de enfermedad en un 70%. Los tipos histológicos, adenocarcinomas y carcinomas adenoescamosos muestran evolución menos favorable.

Sin embargo, el factor pronóstico más importante en la evaluación de las pacientes tratadas con histerectomía radical, corresponde o no a la presencia de metástasis ganglionares en los especímenes quirúrgicos. En ausencia de ganglios metastáticos las cifras de curación varían entre un 80 y 90% en tanto que con metástasis ganglionares oscilan entre 38 y 55%.

Lo anterior motivó el empleo de radioterapia como procedimiento complementario de la cirugía en aquellas pacientes con mayor riesgo para desarrollar recurrencias tumorales, con resultados alentadores en algunas series, y menos favorables en otras, todas ellas, basadas en estudios retrospectivos.

La presencia de metástasis ganglionares, tumor parametrial y tumor residual en la vecindad de los límites de sección quirúrgica a nivel de la vagina, representaron elementos suficientes en el servicio de Oncología del Hospital General de México para indicar la utilización de radioterapia como complemento de la cirugía; sin embargo, el bajo porcentaje de metástasis ganglionares encontrado en las etapas clínicas correspondientes (13.9% en la etapa clínica Ib y 19.6% en la IIa) y las limitaciones para lograr un razonable seguimiento en los casos que formaron parte de este protocolo de manejo, determinaron que sólo por seis años 22 pacientes del grupo sometido a radioterapia y 25 del grupo de control cubrieron los requisitos para una adecuada valoración a largo plazo.

El análisis global de los resultados mostró una evolución a dos años sin evidencia de enfermedad en el 64% de las pacientes que no recibieron tratamiento complementario de la radioterapia y en el 81.8% de las que sí lo recibieron. No obstante, las mejores cifras de seguimiento sin evidencia de enfermedad fueron para las pacientes clasificadas en etapa clínica IIa y para los casos diagnosticados como carcinomas

epidermoides que recibieron radioterapia. Las diferencias con el grupo control no fueron estadísticamente significativas. Tampoco se logró demostrar mejores resultados con radioterapia posoperatoria en las pacientes cuyos especímenes quirúrgicos informaron uno o dos ganglios metastáticos. Cuando el informe fue de tres o más ganglios, el pronóstico fue muy desfavorable para las enfermas que no habían recibido tratamiento complementario (1/6, 16.6% vs 5/6, 83.3%; $P=0.040$).

De acuerdo al análisis estadístico la invasión a parametrios como factor aislado no constituyó un elemento de influencia negativa en el pronóstico de ambos grupos de tratamiento (7/9, 77.7% vs 5/7, 71.4%; $P=0.608$). Cuando el dato estuvo acompañado de la presencia de metástasis ganglionares, los resultados favorecieron al grupo de tratamiento adyuvante y no mostraron entre sí diferencias estadísticamente significativas (3/6, 50% vs 5/7, 71.4%; $P=0.413$).

No fue posible efectuar un estudio comparativo en las pacientes con estudio histopatológico de tumor residual en la vecindad de los bordes de sección de la vagina, en virtud de que sólo tres enfermas del grupo que recibieron radioterapia tuvieron este informe. En las tres se obtuvo control del padecimiento, nueve de las pacientes del grupo que no recibieron radioterapia y una de las que sí lo recibió, evolucionaron con recurrencias locales (9/25, 36% vs 1/22, 4.5%; $P=0.012$). El desarrollo de diseminación a distancia como única causa de fracaso del tratamiento, se vio fundamentalmente en las pacientes del grupo de radioterapia (3/4, 75%), ya que las dos pacientes sin radioterapia que mostraron este comportamiento habían presentado inicialmente recurrencias locales. Las cinco enfermas que cursaron con diseminación sistémica tuvieron informes de patología con invasión parametrial; una de ellas mostró además dos ganglios metastáticos.

Según diversos trabajos recientemente publicados, aún no está bien definido el papel de la radioterapia en el manejo de los pacientes de alto riesgo para desarrollar recurrencias por cáncer cervicouterino en etapas Ib y IIa tratadas con histerectomía radical.

En la serie del Hospital M. D. Anderson, publicada por DM Larson y colaboradores, el análisis retrospectivo de 30 pacientes con metástasis pélvicas en piezas de histerectomía radical por cáncer cervicouterino Ib mostró desarrollo de recurrencias tumorales de cinco a 20 pacientes (25%) tratadas con radioterapia y en cinco de 10 (50%) que no recibieron este tratamiento; por ello, los autores concluyen que la radioterapia puede reducir el número de recurrencias tumorales en la pelvis y mejorar la sobrevida. Al respecto, el Dr. González y colaboradores (en su serie de 89 pacientes radiadas por metástasis ganglionares en etapas Ib y IIa) concluyeron que las metástasis ganglionares como factor pronóstico aislado no influyen en los resultados finales, a menos que a este dato se agregue a la presencia de extensión tumoral a la cavidad uterina (65% vs 39%), infiltración parametrial (76% vs 39%)

o diagnóstico de adenocarcinoma (66% vs 25%).

WK Kinney y colaboradores, en un estudio retrospectivo multinstitucional, compararon los resultados en dos grupos de pacientes con metástasis ganglionares en etapas Ib y IIa, donde 101 recibieron radioterapia complementaria y 82 no; si bien no hubo diferencias estadísticamente significativas al comparar las sobrevividas globales (64% vs 72%), el análisis de las recurrencias mostró 27% de recurrencias locales en el grupo de pacientes radiadas y 67% en el grupo que no recibió tratamiento adyuvante.

Por otra parte, M Rotman y colaboradores concluyeron que las pacientes con uno o dos ganglios metastáticos pueden verse beneficiadas con las radiaciones ionizantes, indicación que otros autores enfatizan para el tratamiento adyuvante cuando existen tres o más ganglios con metástasis.

En cuanto a las complicaciones de la radioterapia, cabe mencionar que mientras para algunos autores el procedimiento puede administrarse sin excesiva morbilidad después de la histerectomía radical, para otros la frecuencia de complicaciones intensas en estas pacientes puede llegar del 15 al 30%.

En esta serie sólo un caso (4.5%) desarrolló complicaciones intensas y requirió de hospitalización para su manejo. El 50% de los casos tratados con radioterapia externa (5 000 rads más aplicación de material radiactivo intracavitario a dosis de 3 000 rads) presentó complicaciones que se consideraron moderadas y todas se resolvieron con tratamientos ambulatorios.

En la experiencia de RY Kim y colaboradores, la frecuencia de complicaciones intensas en pacientes tratadas con histerectomía radical más radioterapia externa a la pelvis, 5 000-6 000 rads con o sin complicación de material radiactivo intracavitario (5 000 rads), fue del 15% (cinco de 33) y todas se relacionaron con el intestino, lo que requirió cirugía.

En los estudios de JB Barter y colaboradores incluyeron 50 pacientes con histerectomía radical, dosis de 4 500-6 000 rads de radioterapia externa más aplicación de material intracavitario en cuatro de ellas. Quince de estas pacientes (30%) desarrollaron complicaciones intensas y ocho (16%) requirieron cirugía, casi siempre por problemas intestinales. El tiempo de presentación varió entre uno y 69.5 meses, con una media de 13 meses.

En conclusión, los resultados muestran que la radioterapia administrada como complemento de la histerectomía radical en pacientes de alto riesgo para desarrollar recurrencias tumorales tiene, en las dosis empleadas, razonable morbilidad, ya que su administración ayuda a disminuir en forma importante las cifras de recurrencias tumorales locales (9/25, 36% vs 1/22, 4.5%; $P=0.012$) y es de gran utilidad para obtener el control de aquellos casos con informe de tres o más ganglios metastáticos (1/6, 16.6% vs 5/6, 83.3%; $P=0.040$).

Al parecer la radioterapia posoperatoria tiene una dudosa indicación en el tratamiento de las pacientes que muestran invasión parametrial como único dato de mal pro-

nóstico (7/9, 77.7% vs 5/7, 71.4%; P= 0.608).

Agradecimiento

Los autores expresan su agradecimiento al Dr. Jesús Manrique, del servicio de Patología del Hospital General de México, por su colaboración en el desarrollo de las pruebas estadísticas.

Bibliografía

1. Torres y cols. Cáncer cervicouterino 1983-1984. Experiencia de la Unidad de Oncología. Hospital General de México. *Cancerología* 1988; 34: 617.
2. Torres LA y cols. Factores pronósticos histerectomía por cáncer cervicouterino. Un análisis de 201 pacientes. *Rev. Med. Hosp. Gral. Méx.* 1988; 51:25.
3. Piver MS, Rutledge FW, Smith JP. Five classes of extended hysterectomy of women with cervical cancer. *Obstet Gynecol* 1974; 44:265.
4. Levin J. Fundamentos de estadística en la investigación social. 2º E, Harper and Row. Latinoamérica, México. 1979 p.169.
5. Takeo I. Prognostic significance on the depth of invasion relation to nodal metastases, parametrial extension an cell types. A study of 628 cases with stage Ib, IIa and Iamb cervical carcinoma. *Cancer* 1984;54:3055.
6. Takeo I, Koso M. Five years results posoperative extended field irradiation on 76 patients with nodal metastases from cervical carcinoma stages Ib to IIIb. *Cancer* 1988;61:2009.
7. Hopkins PM, Sutton P, Roberts AJ. Prognostic features and treatment of endocervical adenocarcinoma of the cervix. *Gynecol Oncol* 1987;27:69.
8. Disaia JPh. Surgical aspects of cervical carcinoma. *Cancer* 1981; 48:548.
9. Larson MD y cols. Stage Ib cervical carcinoma treated with radical hysterectomy and pelvis lymphadenectomy: role of adjuvant radiotherapy. *Obstet Gynecol* 1987;69:378.
10. González GD y cols. Carcinoma of the uterine cervix stage Ib and IIa: results of postoperative irradiation in patients with microscopic infiltration in the parametrium and or lymph node metastasis. *J Radiation Oncology Biol Phys* 1989;16:389
11. Kinney KW y cols. Valvue of adjuvant whole-pelvis irradiation after wertheim hysterectomy for early-stage squamous carcinoma of the cervix with pelvic nodal metastasis: a matched-control study. *Gynecol Oncol* 1989;34:258.
12. Rotman M, Aziz H, Boyce J. Posoperative irradiation in stage Ib carcinoma of cervix. *IJ Radiation Oncology Biol Phys* 1988; 15:1045.
13. Kim YR, Salter MM, Shinglenton MH. Adyuvant postoperative radiation therapy following radical hysterectomy in cervical cancer stage Ib. Analisis of treatment failure. *IJ Radiation Oncology Biol Phys* 1988; 14:445.
14. Barter FJ y cols. Complication of combined radical hysterectomy posoperative radiation therapy in women with early stage cervical cancer. *Gynecol Oncol* 1989;32:292..

Cáncer del endometrio. Estado actual de frecuencia por estadios y resultados del tratamiento en el Hospital General de México

Endometrial cancer. Frequency by stages and therapy results in the General Hospital of Mexico

Alfonso Torres Lobatón,* Francisco Hernández Fragoso,* Ma. De los Ángeles Hernández Naranjo,* Edgar Román Bassaure,* Guadalupe Rojo Herrera,** Juan Carlos Oliva Posada,* Miguel Ángel Morales Palomares*

*Servicio de Oncología **Servicio de Ginecobstetricia, Hospital General de México, OD

Resumen

Objetivo. Mostrar la reciente experiencia con el cáncer de endometrio en el Hospital General de México, con especial enfoque al estado actual de presentación de sus diferentes estadios clínicos.

Material y método. Análisis retrospectivo de dos años de la casuística de cáncer de endometrio, evaluando aspectos epidemiológicos, clínicos y terapéuticos, estos últimos a partir de la clasificación clínico-quirúrgica vigente.

Resultados. Se estudiaron 60 pacientes con edad promedio de 59.7 años, 21.7% con hipertensión o diabetes mellitus y 51.6% con baja paridad. Cuarenta y dos (70%) pacientes se clasificaron en estadio I; 9 (15%) en estadio II; 7 (11.7%) en estadio III y 2 (3.3%) en estadio IV. El 40% de los de estadio I fueron estadio Ic y el 55.5% de las lesiones grado 3 cursaron con metástasis ganglionares. A dos años, el 85% de los estadios I (36/42) estuvieron libres de enfermedad; el 66.6% de los II (6/9); el 42.8% de los III (3/7) y el 0% de los IV. Para el estadio I la cifra incluye el 92% de los estadios Ia y Ib y el 76.4% de los Ic.

Conclusiones. Se ha avanzado en el diagnóstico temprano de la enfermedad en relación a informes previos y los resultados del tratamiento se adecuan a los publicados por otros autores.

Palabras clave: cáncer de endometrio, frecuencia por estadios, resultados del tratamiento

Introducción

El cáncer de endometrio es el más común de la esfera ginecológica en países industrializados como Estados Unidos, donde la enfermedad en el año 2004 será del 48.7% de los cánceres del aparato genital.¹

En nuestro país, según el Registro Histopatológico de

Summary

Objetivo. Our recent experience with endometrial cancer at General Hospital of Mexico City with special emphasis in the classification of cases in accordance to the Surgical Pathologic Staging System, is presented here.

Methods. There were analyzed main clinic pathologic and therapeutic aspects in 60 cases of endometrial cancer, attended between October 1999 to October 2001 at Oncology Service of General Hospital of Mexico City.

Results. Median age in this series was 59.7 years; thirteen (21.7%) patients informed hypertension or diabetes and 51 (51.6%) low parity (one child or less). Forty two (70%) patients were in stage I; 9 (15%) in stage II; 7 (11.7%) in stage III and 2 (3.3%) in stage IV. Forty % of patients in stage I were Ic, and 55.5% of grade 3 tumors had metastatic lymph nodes.

In accordance with the Surgical-Pathologic Staging System, 45/60 (75%) patients, had a follow up without evidence of disease from 12 to 48 months with a median of 24 months. This number includes 36/42 (85%) for stage I (stage Ia and Ib, 92% and stage Ic, 76.4%); 6/9 (66.6%) for stage II and 3/7 (42.8%) for stage III.

Conclusions. In accordance with previous reports of this institution, at this time we have more early stages of this disease, and results of treatment informed here are similar to others in the literature.

Key words: endometrial cancer, surgical pathologic staging and end results of treatment

Neoplasias, en el año 2000 se registraron 1 583 nuevos casos de esta enfermedad, cifra que lo sitúa en el tercer lugar entre los cánceres genitales femeninos, sólo por debajo del cáncer cervicouterino y de ovario.²

A pesar de que el diagnóstico temprano de esta enfermedad se favorece porque su manifestación clínica común, y en ocasiones única, es el sangrado genital en la posmenopausia en mujeres con antecedentes de poca paridad, tendencia a la obesidad y a diabetes mellitus,^{3,4} existe evidencia documen-

Correspondencia: Alfonso Torres Lobatón, Palenque No.49 Col. Narvarte C. P. 03020 México D. F. Teléfonos: 55381200 y 55191792.

tada que indica que en instituciones como el Hospital General de México entre 1966 y 1993 hubo un mayor porcentaje de pacientes que acudía en etapas avanzadas de la enfermedad⁶ al registrado en otras instituciones.^{3,4,5}

El estudio muestra la frecuencia de presentación de las etapas clínicas en la institución a través del análisis de su casuística de octubre de 1999 a octubre del 2001. Asimismo se observan aspectos epidemiológicos, clínicos, histopatológicos y terapéuticos y se llevan a cabo consideraciones al respecto.

Material y método

Se llevó a cabo un análisis retrospectivo de la casuística de cáncer de endometrio en pacientes que recibieron tratamiento en el servicio de Oncología del Hospital General de México, entre el 1° de octubre de 1999 y el 31 de octubre del 2001 y que tuvieron un mínimo seguimiento al año. De los expedientes se obtuvo información relacionada con la edad, factores de riesgo (obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus, nuliparidad y baja paridad -un embarazo a término), tipos histológicos y manifestaciones clínicas relevantes.

La clasificación utilizada fue la vigente de la FIGO³ y la terapéutica de elección fue la panhisterectomía, con biopsias ganglionares selectivas de la pelvis y de la región paraórtica, previa toma de muestra para estudio citológico de líquido de lavado peritoneal. Unas cuantas pacientes en estadio IIb fueron sometidas a histerectomía radical tipo III.

Con invasión en más de la mitad del miometrio, las enfermas recibieron ciclo pélvico de radioterapia posoperatoria (50 Greys de teleterapia más aplicación de material radiactivo intracavitario). Fue administrada en pacientes con metástasis ganglionares presentes, que incluyó la región paraórtica en presencia de metástasis en este sitio.

Pacientes con lesiones diseminadas fueron tributarias de quimioterapia con esquemas a base de platino.

Los factores pronósticos considerados en esta serie fueron: resultados de acuerdo a la clasificación clínico-quirúrgica y al tipo de tratamiento instituido.

Resultados

En el lapso mencionando se trataron 60 pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma endometrial cuyo seguimiento mínimo fue de un año.

Edad. La paciente más joven fue de 36 años y la mayor de 80 años. La media fue 59.7 años y predominaron las pacientes de 51 a 60 con 18 (30%) de los casos; de 61 a 70, 16 (26.7%); de los 41 a 50, 13 (21.7%); y de los 71 a 80 con 11 (18.3%). Sólo dos (3.3%) pacientes tenían 40 años o menos.

Factores de riesgo. La hipertensión arterial y la diabetes mellitus estuvieron presentes en 13 (21.7%) pacientes. Se informó de obesidad en 11 (18.3%) pacientes y dos (3.3%) manifestaron consumo de hormonas (una estrógenos conjugados y otra tamoxifen).

Cuadro 1

Cáncer de endometrio Clasificación clínico-quirúrgica		
Estadio	Número de pacientes	%
I	42	70.0
II	9	15.0
III	7	11.7
IV	2	3.3
Total	60	100.0

Cuadro 2

Grado tres de diferenciación celular y estadio clínico		
Estadio	Número de pacientes	%
I C	4 de 17	23.5
II A	1 de 5	20.0
II B	1 de 4	25.0
III C	2 de 6	33.3
IV B	1 de 1	100
Total	9 de 33	27.2

Antecedentes obstétricos. Veintiséis (43.3%) pacientes informaron ser nulíparas; cinco (8.3%) manifestaron un embarazo a término; siete (11.7%) habían tenido dos; 11 pacientes (18.3%) de tres a cuatro y 11 (18.3%) cinco o más. Se observó una media de 1.8 embarazos por paciente.

Manifestaciones clínicas. El sangrado genital anormal estuvo presente en 44 (73.3%) pacientes; nueve (15%) presentaron leucorrea y siete (11.7%) cursaban asintomáticas y el diagnóstico se sospechó mediante citología cervicovaginal.

Variedades histológicas. Cuarenta y seis (76.6%) pacientes cursaron con carcinomas endometrioides; ocho (13.3%) con adenocarcinomas con diferenciación escamosa; cinco (8.3%) con carcinomas serosos papilares y una (1.6%) con carcinoma indiferenciado.

Clasificación clínico-quirúrgica. El 70% de los casos estudiados quedaron clasificados en estadio I. Dos pacientes ingresaron en estadio IV; una con invasión vesical y la otra con metástasis pulmonares y hepáticas. La clasificación respectiva se muestra en el cuadro 1.

La distribución por subetapas para cada estadio clínico fue la siguiente: tres (7.1%) casos para el estadio Ia; 22 (52.3%) para el Ib y 17 (40.4%) para la Ic. Cinco (55.5%) de las nueve pacientes en estadio II correspondieron a la etapa IIa y cuatro (44.5%) a la IIb. Una paciente de las siete clasificadas en estadio III, se subclasificó en estadio IIIa (14.2%) y seis (85.7%) en estadio IIIc.

Graduación histológica. Veintidós (36.6%) pacientes se diagnosticaron como grado 1; 29 (48.3%) como grado 2, y nueve (15.0%) como grado 3. Del estadio clínico I, sólo cuatro (9.5%) cursaron con lesiones grado 3; 14 (33.3%) eran grado 1, y ocho (19.0%) grado 2. Para el estadio II, dos (22.2%) tenían lesiones grado 1 y 5 (55.5%) lesiones grado 2.

Ninguna de las pacientes en estadio III y IV cursaron con lesiones bien diferenciadas. La frecuencia poco diferenciada

(grado 3) por estadio clínico se muestra en el cuadro 2.

Tratamiento instituido y evolución. Cincuenta y nueve pacientes fueron tratadas con cirugía, una en estadio IVa recibió radioterapia y otra con metástasis hepáticas y pulmonares fue enviada a quimioterapia después de una panhisterectomía (tumorectomía paliativa).

Quince pacientes en estadios Ia1 y Ib1, se trataron con cirugía que se consideró el único procedimiento terapéutico. Cuarenta y tres pacientes con factores de riesgo para recurrencias tumorales recibieron radioterapia posoperatoria; dos de ellas en estadio IIb, habían sido sometidas a histerectomía radical tipo III.

Metástasis ganglionares. En seis (10.3%) pacientes de las 58 operadas se demostró la presencia de metástasis ganglionares y quedaron clasificadas en estadio IIIc. Cuatro tenían metástasis ganglionares pélvicas y dos metástasis paraórticas y pélvicas. Dos habían sido sometidas a histerectomías clase III y el resto a linfadenectomías selectivas.

Se demostró la presencia de metástasis ganglionares en tres (15.0%) de 20 pacientes clasificadas al inicio en estadio Ic, dos (33.3%) de seis en estadio IIb y uno de dos en estadio IIIa.

La relación grado histológico con la presencia de metástasis ganglionares se muestra en el cuadro 3.

Resultados del tratamiento. Las pacientes evolucionaron entre uno y cuatro años sin evidencia de la enfermedad con una media de 24 meses. En 36 (85%) de 42 pacientes en estadio I; tres de tres se incluyen en estadio Ia; 20 (90%) de 22 en estadio Ib; y 13 (76.4%) de 17 en estadio Ic; Cuatro de cinco en estadio IIa y dos de cuatro en estadio IIb. Para el estadio III, las cifras fueron: cero de una para el IIIa y tres de seis para el IIIc. La evolución por estadio clínico se muestra en el cuadro 4.

Fracaso al tratamiento. La paciente en estadio IVa cursó con persistencia tumoral y no aceptó cirugía de rescate. La paciente en estadio IVb ingresó con metástasis pulmonares y hepáticas, diagnosticadas durante la laparotomía con fines de detumorización. Recibió dos ciclos de quimioterapia a base de platino y fluoruracilo y abandonó sus controles con evidencia de actividad tumoral.

Trece (22.4%) de las 58 pacientes tratadas con finalidad curativa, desarrollaron recurrencias tumorales y murieron en estas situaciones. El tiempo de presentación osciló entre seis y 28 meses con una media de nueve. Los sitios de presentación fueron en vagina, parametrios o ambos en ocho (61.5%) casos; vagina y metástasis distantes en tres (23.0%) y metástasis a distancia en dos (15.3%).

Se incluyeron dos de 15 pacientes en estadio Ib (13.3%) que fueron tratadas con cirugía; una se clasificó en estadio b grado 1 y otra en estadio b grado 2; 11 (25.5%) de 43 de las tratadas con radioterapia posoperatoria. Cuatro (23.5%) de estas correspondieron a la etapa Ic; tres (33.3%) al estadio II y cuatro (57.1%) al estadio III.

Cuadro 3

Grado de diferenciación y metástasis ganglionares		
Estadio	Número de pacientes	%
I	0 de 20	-
II	1 de 29	3.4
III	5 de 9	55.5
Total	6 de 58	10.3

Cuadro 4

Relación estadio clínico y evolución		
Estadio	Número de pacientes	%
I	36 a 42	85.0
II	6 a 9	66.6
III	6 de 7	42.8
IV	0 de 2	-
Total	45 a 60	75.0

*Medio de seguimiento: 24 meses

Comentario

El cáncer del cuerpo uterino ocupa el séptimo lugar de los padecimientos de este tipo, es uno de los más comunes en la mujer y las cifras indican que hay 189 000 casos y 45 000 defunciones a nivel mundial por año. Alrededor del 60% de estas neoplasias ocurre en países desarrollados y se informa la mayor incidencia en Estados Unidos y Canadá.⁷

Según recientes informes de la Organización Mundial de la Salud, México es considerado un país con tasa de presentación superiores a los 10 x 100 000 mujeres,⁷ y la frecuencia de esta enfermedad, según el Registro Histopatológico de Neoplasias de nuestro país, sólo se ve superada por el cáncer del cuello uterino, mama y ovario.²

Los factores de riesgo analizados concuerdan con los señalados en la literatura médica internacional^{3,4} y se destaca una menor frecuencia de obesidad en el pasado.⁶ Esta situación puede ser atribuible a la deficiencia en la captura de información al elaborar las historias clínicas durante el lapso analizado, pues no siempre se documenta el peso de las enfermas en los respectivos expedientes.

Cabe destacar que 51.6% de las pacientes tuvo baja paridad y que el promedio de embarazos fue de 1.8 por paciente, lo que señala un riesgo para la enfermedad que nos ocupa. Su presencia no es habitual en un país en vías de desarrollo donde es común pensar que aún predomina la multiparidad entre las mujeres de más de 50 años de edad.

Se ha establecido que la obesidad, la nuliparidad y la menopausia a los 52 años, aumentan cinco veces el riesgo para el desarrollo de la enfermedad.³ Un sobrepeso de entre 10 y 25 kg eleva tres veces el riesgo y sí es mayor de 25 kg se eleva 10 veces; la diabetes mellitus lo aumenta 2.8 veces; la menopausia después de los 52 años, 2.4 veces y la nuliparidad comparada con el antecedente de cinco o más hijos, tres veces.³

El diagnóstico de la enfermedad se documentó en base a las manifestaciones clínicas del padecimiento, que giraron en

torno al sangrado genital anormal presente en el 73.3% de los casos. Su presencia en la posmenopausia es motivo de alarma para las pacientes y facilita el diagnóstico, ya que puede documentarse mediante legrado fraccionado ambulatorio en la mayoría de los casos.^{3,4} La histeroscopia puede ser de ayuda para ubicar la extensión local de la enfermedad y el ultrasonido podrá orientar respecto al grado de invasión al espesor de la pared del cuerpo uterino.^{3,7,8}

El estudio de Papanicolaou sólo se registra positivo en el 33.3-50% de los casos de cáncer endometrial, por lo que su empleo tiene poca utilidad. Siete (11.7%) pacientes cursaban asintomáticas y acudieron a consulta con un estudio citológico que hacía sospechar el padecimiento.

El 70% de las pacientes estudiadas cursó con neoplasias en estadio I y el 15% con estadios III y IV. Esto es el objetivo primordial de la revisión y va de acuerdo a lo registrado en la literatura médica internacional, que señala que entre el 70 y el 80% de los diagnósticos de cáncer endometrial se han realizado con neoplasias limitadas al cuerpo del útero.^{3,4,9}

Un informe, publicado en 1998,⁶ mostró que entre 1966 y 1993 la cifra de lesiones limitadas al cuerpo uterino al momento del diagnóstico era del 48.7% lo que llamó la atención y motivó a revalorar en años más recientes la información respectiva. Ya en 1988, el doctor Francisco Tenorio y sus colaboradores⁵ habían publicado una frecuencia del 63% para la etapa I en pacientes del Instituto Mexicano del Seguro Social atendidas entre 1961 y 1974.

La cifra actual del 70% de diagnósticos en nuestra institución en etapas I indica una mejor cultura respecto al sangrado genital de las pacientes que acuden sin importar su lugar de origen. Sin embargo, un 40% de ellas tienen invasión profunda del miometrio, lo que afecta en forma negativa el pronóstico.

La terapéutica establecida se llevó a cabo de acuerdo a las normas internacionales vigentes, lo que justifica los resultados mostrados, que si bien no son a cinco años, ofrecen una idea acerca de lo que acontece en la institución con este padecimiento.

Evolucionaron 24 meses sin evidencia de enfermedad, el 85% de los estadios I, el 66.6% de los II y el 42.8% de los III. El informe anual de la FIGO publicado en 1998, informó sobrevidas a cinco años sin evidencia de enfermedad, en el 86.6% de los estadios I, el 72% de los II; 44.3% de los III y 12.5% de los IV. Para el estadio Ia, la cifra fue del 91% y para el Ic, del 81%; para el estadio IIa, del 77%, para el IIb del 67%; para el IIIa del 60% y para el IIIc del 32%.

Si bien la base de la terapéutica quirúrgica fue la panhisterectomía con lavado peritoneal para estudio citológico y biopsias selectivas de los ganglios de la pelvis y de la región paraórtica, es oportuno tomar en cuenta recomendaciones como las del grupo de ginecología oncológica de Estados Unidos para el abordaje quirúrgico de estas pacientes.

El grupo, con base al comportamiento biológico de la en-

fermedad, ha clasificado el padecimiento en tres grupos de riesgo y sugiere para cada grupo un procedimiento quirúrgico específico.^{3,9,10}

Los tumores de bajo riesgo corresponden a los estadios Ia y Ib grado 1 y deben ser tratados con panhisterectomía y lavado peritoneal para estudio citológico. El segundo grupo de riesgo intermedio incluye al estadio I grado 3, el Ic, y el IIb. Por el riesgo de metástasis ganglionares, las pacientes requieren evaluación de los ganglios paraórticos y de la pelvis.

Incluso cuando la invasión al estroma del cuello uterino justifica histerectomía clase III, estudios recientes sugieren que basta una disección ganglionar selectiva de los ganglios pélvicos sin disecar los parametriales, y una disección selectiva de los ganglios paraórticos, para obtener los mismos resultados.^{3,11}

El grupo de alto riesgo incluye pacientes con tumores que invaden la serosa del útero y muestran metástasis a los anexos, en la vagina y en aquellas con ganglios positivos.

Resulta interesante considerar la linfadenectomía selectiva propuesta por DiSaia³ que incluye la disección de los ganglios ilíacos externos y los de la fosa del obturador por delante del nervio obturador, además de la extirpación transperitoneal por debajo del duodeno, de los ganglios ilíacos primitivos, paraórticos y paracavales crecidos.

En seis (10.3%) de las 58 pacientes operadas se demostró la presencia de metástasis ganglionares; tres (15%) se clasificaron en estadio Ic; dos (33.3%) en estadio IIb y una de dos en estadio IIIa. La correlación grado histológico y metástasis ganglionares, sin importar el estadio clínico, fue cero de 20 para el grado 1; uno (3.4%) de 29 para el 2; cinco (55.5%) de nueve para el grado 3.

La afectación ganglionar informada para pacientes en estadio I con lesiones grado 1, es menor del 5% y del 30 al 42% para neoplasias grado 3.³

En la serie se demostró fracaso de la cirugía como único procedimiento terapéutico en dos pacientes, una en estadio Ib grado 1 y otra en grado 2. Se recomendó radioterapia posoperatoria a partir del estadio Ia grado 3 y Ib grado 3, por lo que 43 pacientes recibieron la combinación de ambos procedimientos terapéuticos^{3,9} y se presentó en 11 (25.5%) pacientes recurrencias tumorales. Estas últimas tenían factores pronósticos adversos.¹²

El hecho de que dos pacientes que parecían de bajo riesgo y que no recibieron radioterapia, hayan desarrollado recurrencias tumorales, obliga a reflexionar respecto a si estos casos estuvieron bien clasificados respecto a la profundidad de invasión del miometrio.

Hoy día, se evalúa, junto con los patólogos, en forma transoperatoria dicha profundidad de invasión, a fin de individualizar el tipo de disección ganglionar que se debe realizar en estos casos. No debemos pasar por alto el hecho de que muchas de nuestras pacientes son obesas y cursan con padecimientos agregados, lo que obliga a tener un juicio es-

pecial respecto a la magnitud del procedimiento quirúrgico a realizar.

Se estima de acuerdo a informes de grandes series con predominio de lesiones tempranas, que entre 11 y 17% de estas pacientes desarrollarán recurrencias tumorales y que más del 90% de éstas ocurrirán dentro de los tres primeros años de haberse establecido el diagnóstico de la enfermedad.^{13,14}

Las recurrencias locales ocurren tanto en vagina como en parametrio, mientras que los pulmones y el abdomen alto son los sitios representativos de la diseminación a distancia.¹⁴ Se estima que el tiempo de presentación de las recurrencias influye en los resultados de su tratamiento. Si ocurren dentro del primer año, sólo un 25-40% serán susceptibles de control versus 55% o más si el diagnóstico se establece después de 24 meses. Las recurrencias vaginales son las que tienen mejores oportunidades de control, con cifras de hasta un 50% versus 30% o menos en presencia de participación pélvica o a distancia.^{12,15}

Claro que un grupo de enfermas de riesgo para recurrencias tumorales, debe ser considerado para el tratamiento sistémico con quimioterapia, a fin de disminuir las posibilidades de diseminación a distancia observadas en ellas. Estudios recientes en fase III del grupo de ginecología oncológica de Estados Unidos, presentados por Marcus Randall en el congreso anual de ASCO en junio del 2003, sugieren una disminución de hasta un 30% del riesgo de progresión y 34% del riesgo de muerte en pacientes en estadios III y IV con residuales tumorales de 2 cm, tratadas con esquemas a base de platino y adriamicina.¹⁶

La evaluación actual de la problemática que representa el cáncer del endometrio en el Hospital General de México muestra casos en etapas menos avanzadas en relación a las observadas en decenios pasados, cuya terapéutica en pacien-

tes de riesgo quirúrgico no muy elevado y con factores pronósticos adversos, debe implementarse para cada paciente y en forma juiciosa, con una adecuada intervención quirúrgica, radioterapia que se acompañe de una razonable morbilidad y a la luz de los conocimientos actuales de esquemas de quimioterapia que tiendan a mejorar las cifras de supervivencia sin evidencia de enfermedad.

Bibliografía

- 1.-Uterus. (endometrial cancer). Cancer facts and figures. *Am Ca Soc*. 2004. 4.
- 2.-Dirección General de Estadística, Secretaría de Salud. Compendio del Registro Histopatológico de Neoplasias. México, DGE-SSa,2000; 7-15.
- 3.-DiSaia PJ, Creasman TW. Adenocarcinoma of the uterus. En Di-Saia PJ, Creasman TW (eds): *Clinical Gynecologic Oncology* 6th ed. St. Louis (MO): Mosby, 2002;137-171.
- 4.-Baker R.T. Carcinoma endometrial en: *Oncología Ginecológica*. Piver SM. Ed. Marbán Libros, S.L Madrid España, 2000.153-172
- 5.-Tenorio GF, Vázquez CA, Labastida S, Canseco JF. Carcinoma del endometrio. Estudio de 354 casos. *Cir Ciruj* 1988;55: 193-198.
- 6.-Torres LA, Flores VJ, Rojo HG, Roman BE, Hernández AD, Barra MR. Cáncer del endometrio en el Hospital General de México (27 años de experiencia). *Cancerología*, 1998; 44:124-133.
- 7.-Stewart WB and Kleihues P. Uterine cancer in: *World Cancer Report*. World Health Organization. Ed. IARC Press. Internacional Agency for Research on Cancer. Lyon, France 2003. 218-220.
- 8.- Rose GP. Endometrial carcinoma. *N Engl J Med*, 1996;385:640-9
- 9.- Rendon RU. Cáncer del endometrio en Cáncer Ginecológico, diagnóstico y tratamiento. Torres LA ed. Mc Graw Hill Interamericana. México D.F. 2004, 169-179.
- 10.- Cavaban PT. Endometrial Cancer. *Am Fam Phys*, 1999:59-11
- 11.- Pecorelli S et al. FIGO Annual Report, years 1990-1992. *J Epidemiol Biostat*, 1998. 3:43.
- 12.- Verges CR, Sanz LX, Fernández CM, Armadans GL et al. Prognostic factors in recurrent endometrial carcinoma. *Rev Oncol* 2002; 4:425-431.
- 13.- Reddoch MJ, Burke WT, Morris M, Tornos L, Levenback CH. Surveillance for recurrent endometrial carcinoma. Development of a follow-up scheme. *Gynecol Oncol*; 1995; 59: 221-225.
- 14.- Berchuck A, Anspach C, Evans CA, Soperts J, Rodríguez CG. Postsurgical surveillance of patients with FIGO stage I/III endometrial adenocarcinoma. *Gynecol Oncol*, 1995;59:20-24.
- 15.- Ackerman I, Malone S, Thomas G, Franssen E, Balogh J. Dembo Endometrial carcinoma. Relative effectiveness of adjuvant irradiation vs therapy reserved for relapse. *Gynecol Oncol*. 1996; 60: 177-183.
- 16.- Randall M. Chemotherapy for managing endometrial cancer. Plenary Session. Reviewer S Gail Eckhardt MD. Annual Meeting Summaries. Chicago Illinois Am Soc. *Clin Oncol*.2003.5-6.

Factores pronóstico en cáncer de cuello uterino EC IB en el Hospital General de México

Prognosis factors in cervical cancer stage Ib in the General Hospital of Mexico

Gabino Hurtado Estrada, Alfonso Torres Lobatón, Edgar Román Bassaure, José Noé Mares Corona, Bruno Iván Grifaldo Maldonado, Juan Carlos Oliva Posada, Miguel Ángel Morales Palomares

Servicio de Ginecología Oncológica, Hospital General de México, OD

Resumen

Objetivo. Conocer los factores pronósticos del cáncer cervicouterino en etapa clínica IB en el Hospital General de México.

Material y método. Se realizó un estudio retrospectivo de corte transversal en la unidad de tumores ginecológicos del servicio de Oncología de enero de 1995 a diciembre de 1997 en el que se evaluó a las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, analizados por el modelo de regresión de Cox con las siguientes variables: tamaño tumoral, estado ganglionar, grado histológico, afección parametrial, permeación linfovascular, invasión al estroma y modalidades de tratamiento.

Resultados. En el periodo estudiado se incluyeron un total de 124 casos con una edad media de 40.3 años, un 25.2% para el EC IB2. La variedad histológica más frecuente fue el epidermoide con un 82.25%. En cuanto al grado de diferenciación, el moderado se presentó en 54.8% de los casos y la invasión al estroma menor de 10 mm en 36 casos (29.03%). Las modalidades de tratamiento más empleadas fueron en el IB1, la cirugía y en el IB2, la radioterapia. Al evaluar la sobrevida a dos años por estadios, el IB1 tratado con histerectomía tipo III fue de 86% en tanto que los IB2 tratados con radioterapia fueron del 85%. Al correlacionar variables se encontró significancia estadística en tamaño tumoral, tipo histológico, estado ganglionar y la invasión profunda al estroma.

Conclusiones. Los factores pronósticos en la población estudiada corroboraron lo descrito por otras series pero se debe tener en cuenta otros solicitados en el estudio histopatológico en forma intencionada.

Palabras claves: cáncer de cuello uterino, factores pronósticos en estadio IB

Summary

Objective. We considerate identify and evaluate the pronostic factors in cancer cervical clinical stage IB at the General Hospital of Mexico.

Material and method. There were analyzed retrospectively 124 files of patients with IB cervical cancer at the oncology service of the General Hospital of Mexico from January 1995 to December 1997, and were evaluated by the Cox regression pattern with the following variables: tumor size, ganglionar status, histologic degree, parametrial invasion and treatment modalities.

Results. Median age in this series was 40.3 years, 25.2% were stage IB, 82.5% were epidermoid carcinomas and 54.8% were moderate grade. Thirty six surgical specimens (29.03%) showed stromal invasion less than 10 mm. Type of treatment for IB1 cervical carcinomas was type III radical hysterectomy and for IB2 radiotherapy. Eighty six percent of patients in stage IB1 and 85% in stage IB2 had a two years follow up with out disease evidence. We found the following variables with statistically significant: size tumor, histological type, ganglionar status, and deep of stromal invasion.

Conclusions. Prognostic factors in IB cervical cancer presented here are similar to those reported in the literature, but we must ask to our pathologist for others that are not usually reported in the files of these cases.

Key words: cervical cancer, prognostic factors in stage IB.

Introducción

El cáncer de cuello uterino es la primera causa de morbimortalidad por cáncer en la mujer mexicana. Para el año 2000, el registro histopatológico de neoplasias, informó un total 4 620 defunciones, con una tasa de 13.6 por cada 100 000 mujeres; sin embargo, la tasa de más de 25 años de edad fue de 19.4, lo que evidencia cada vez más el incremento en este rango de edad.¹

Se ignoran las causas del cáncer cervical, pero su desarrollo parece estar relacionado con una multiplicidad de factores predisponentes o causales. El carcinoma no existe en personas célibes, su riesgo se incrementa con el aumento del número de parejas sexuales y es más frecuente en el nivel socioeconómico bajo, por lo que la Organización Panamericana de la Salud (OPS), lo define como una enfermedad de la promiscuidad sexual y de la pobreza.² Ha sido estudiada con

amplitud la relación de infección por virus del papiloma humano (VPH) con cáncer cervicouterino y se ha establecido que los subtipos 16 y 18 que son los que más se asocian con el carcinoma invasor.³

En cuanto a la terapéutica del cáncer invasor limitado al cuello uterino, se tiene bien documentado que las lesiones menores de 4 cm (estadio IB1), la cirugía y la radioterapia ofrecen resultados similares. Estudios recientes³ sugieren que la combinación de radioterapia y quimioterapia administradas en forma simultánea, constituyen la mejor alternativa de tratamiento para tumores mayores de 4 centímetros.

Los procedimientos quirúrgicos para la extirpación radical del cuello uterino afectado por cáncer datan desde 1843 cuando en Manchester, Inglaterra se llevó a cabo la primera histerectomía para cáncer cervical con mortalidad operatoria del 100%. Hoy día se perfeccionan las técnicas y se desarrolla una histerectomía vaginal radical descrita en 1902 por Schauta-Americh-Navratil. En 1911 Wertheim publicó su serie con una sobrevida anual de 70% y una mortalidad del 19%, y en 1944, Vicent Meigs de la Universidad de Harvard difundió este procedimiento en Estados Unidos debido al potencial de la cirugía para el cáncer cervical con dicha técnica.⁴ En 1974, Piver, Rutledge y Smith en el MD Anderson clasificaron los cinco tipos de histerectomías y sus indicaciones precisas.⁵

El objetivo del presente estudio fue valorar los factores pronóstico en cáncer cervical con estadio clínico IB en el Hospital General de México.

Material y método

Se realizó un estudio retrospectivo de corte transversal, comparativo en la unidad de tumores ginecológicos del servicio de Oncología del 1 de enero de 1995 al 31 de diciembre de 1997, en el cual se incluyeron a 124 pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino IB.

Los criterios de exclusión fueron: tipos histológicos diferentes al adenocarcinoma y epidermoide, pacientes con enfermedades concurrentes inmunodepresoras y pacientes embarazadas.

Se determinó la sobrevida global (SG) e intervalo libre de enfermedad (ILE) del total de los casos y según el modelo ajustado de regresión de Cox se compararon de acuerdo a las siguientes variables: tamaño tumoral, estado ganglionar, grado histológico, invasión a parametrios, permeación vasculolinfática, invasión profunda del estroma y tipo específico de tratamiento empleado.

Se definió como recidiva locorregional, para efectos de nuestro estudio, la presencia de enfermedad clínica en cúpula vaginal o a nivel de pelvis corroborada histológicamente.

Previo al análisis multivariado se calcularon las medidas de tendencia central y en el caso de variables categóricas, sus frecuencias y porcentajes relativos. Se elaboraron tablas de supervivencia semiparamétricas de Kaplan Meier, en caso de

estado nodal y tamaño tumoral las demás fueron por modelo de regresión de Cox. La supervivencia se comprobó con las pruebas de log-rank.⁷

Resultados

De la población en estudio, 124 casos cumplieron los criterios de inclusión, con edades comprendidas entre 20 y 60 años con una media de 40.3 ± 11.2 años. El 68.2% eran personas menores de 45 años.

Al analizar la edad como factor pronóstico fue necesario tomar en cuenta una media de 39 años y se determinó que no es un parámetro estadísticamente significativo, ya que la sobrevida global en el grupo de 39 años o menos fue de 83%, en tanto que en el grupo de más de 39 años fue del 84.5%.

Al analizar el estado menstrual se observó que 17.2% eran posmenopáusicas, ninguna de ellas estaba con régimen de reemplazo, 7.2% tenían antecedente oncológico positivo de primer grado en la esfera ginecológica o mamaria. Un 12.4% tenían antecedentes personales patológicos, siendo los más frecuentes las patologías médicas como diabetes mellitus (18.3%) y la hipertensión arterial sistémica (16.2%); el hábito del tabaquismo sólo fue positivo en tres casos. El promedio de inicio de vida sexual activa fue a 17.3 años, con una media de dos compañeros sexuales; la edad del primer parto a los 18.4 años y la edad del último a los 29.2 años, y el uso de anticonceptivos orales sólo se observó en el 12% de la población en estudio.

El signo clínico más frecuente de la muestra poblacional fue el sangrado transvaginal en 102 casos (82.25%), seguido de la dispareunia con un 27.4% y leucorrea con 26 casos. Las pacientes asintomáticas constituyeron 20.96% de los casos, donde el tumor fue un dato ocasional del examen citológico o colposcópico. En tanto, 43.5% tenían más de un signo o síntoma. El promedio de tiempo desde el inicio del síntoma o signo a la fecha de la primera consulta fue de cinco meses.

El tamaño tumoral clínico obtenido fue el siguiente, menos de 1 cm el 16.93 %, de uno a dos cm 10 casos (8.06%), de 2.1 a 3.0 cm el 33.06% de los mismos, en tanto que de 3.1 a 4.0 cm 20 casos (16.12%). Treinta y dos pacientes (25.8%) cursaron con lesiones de más de 4 cm.

El ajuste de las covariables mediante la regresión de Cox demostró que el tamaño tumoral menor o igual a 4 cm versus mayor a 4 cm, fue estadísticamente significativo ($p=0.023$) con un RR de 3.40 (IC 1.5 – 16.32).

El tipo histológico en la biopsia preoperatoria más frecuente fue el epidermoide con 102 (82.25%) de los casos y el adenocarcinoma en 17.74% de los mismos. En la regresión de Cox mostraron una $p=0.045$ estadísticamente significativa. El grado histológico se distribuyó como bien diferenciado 20.16%, moderadamente diferenciado en 68 casos (54.83%) y mal diferenciado en 25%; cuando se compararon los tumores, la diferencia no fue significativa ($p=0.084$).

La infección asociada a virus de papiloma humano se de-

Cuadro 1. Modalidades de tratamiento de la población en estudio por estadios clínicos.

Tratamiento	EC IB1		EC IB2	
	Núm.	%	Núm.	%
- Histerectomía tipo III	50	54.37	1	3.25
- Radioterapia	24	26.08	20	62.5
- Radioterapia y cirugía	11	11.95	10	31.25
a) Piver I	3	3.26	2	6.25
b) Piver II	8	8.69	8	25
- Cirugía más radioterapia	7	7.60	1	3.25
Total	92	100	32	100

teció en 68.5% de los casos, lo que no fue estadísticamente significativo.

Del total de las 124 pacientes, al evaluar el tratamiento en el EC IB1, se observó que la histerectomía tipo III fue la más empleada con 54.37%, seguido de radioterapia, radioterapia-cirugía y de cirugía más radioterapia. En EC IB2 la radioterapia fue la más empleada en el 62.5%, seguido de radioterapia-cirugía, en tanto que la cirugía y cirugía más radioterapia fueron semejantes con un caso, como se observa en el cuadro 1.

De acuerdo a los informes de patología, el rodete vaginal fue microscópicamente negativo en todos los casos. Los ganglios linfáticos fueron positivos en ocho casos con la siguiente distribución: un ganglio positivo, dos casos; dos ganglios positivos, cuatro pacientes, y más de tres ganglios positivos, dos casos. El estado ganglionar positivo en comparación con el negativo fue estadísticamente significativo ($p=0.02$) con un RR de 3.2 (IC 1.26- 10.2).

Los parametrios fueron positivos en dos casos a quienes se les practicó histerectomía tipo III y no existió significancia estadística al compararla con los negativos.

La permeación linfovascular fue positiva en 23 pacientes y al realizar análisis con su ausencia se encontró $p=0.10$ no significativa.

Hubo invasión al estroma menor de 10 mm en 36 casos, en tanto que la mayor de esta medida fue en 52.41%, al realizar análisis de esta variable se observó una $p=0.021$, estadísticamente significativa.

Al relacionar el tamaño tumoral clínico con el estado ganglionar patológico, no se encontró una relación significativa de forma estadística. Los tumores menores de dos centímetros no presentaron metástasis.

El grupo de radioterapia recibió 50 Gy de teleterapia y 30 Gy de braquiterapia; el grupo de radioterapia-cirugía recibió teleterapia con 50 Gy, para el EC IB1, 11 casos y fueron llevadas a cirugía tipo Piver II casi todas. En tanto, de 10 casos en etapa IB2 (31.25%), ocho se sometieron a histerectomía tipo II y en ocho pacientes de ambas etapas se administró radioterapia posterior a cirugía en la mayoría por el estado nodal y por invasión a parametrios.

Cuadro 2. Sobrevida libre de enfermedad a dos años según la modalidades de tratamiento de la población en estudio por estadios clínicos.

Tratamiento	EC IB1		EC IB2	
	Núm.	%	Núm.	%
- Histerectomía tipo III	43/50	86.00	0/1	0
- Radioterapia	19/24	79.16	16/20	80
- Radioterapia y cirugía	9/11	81.81	7/10	70
- Cirugía más radioterapia	6/7	85.71	0/1	0

Al analizar el seguimiento de la población a los dos años se observó una sobrevida superior en el grupo quirúrgico para el EC IB1 en tanto que el IB2 la radioterapia presentó mejor evolución, como se observa en el cuadro 2.

La diferencia de sobrevida global según el tamaño tumoral a los dos años en las estadísticas fue muy significativa con $p=0.012$.

Para el estado ganglionar la curva de SG demostró ser estadísticamente significativa, con una $p=0.005$ al comparar la sobrevida global en ganglios positivos y negativos.

Del total de la muestra el índice de recurrencia a los dos años fue de 24 casos (19.45%), 13 fueron locales (54.16%), a distancia siete y ambas en cuatro (16.6%). De ellas, 10 tenían el diagnóstico de adenocarcinoma poco diferenciado.

Comentario

El cáncer cervicouterino sigue siendo en nuestro país la principal causa de muerte por neoplasias malignas en la mujer, lo que demuestra que a pesar de los esfuerzos por lograr un diagnóstico oportuno, una buena parte de los casos continúan siendo diagnosticados en estadios avanzados, en los que la terapéutica específica no ofrece los resultados requeridos.

Los datos del estudio, desde el punto de vista epidemiológico y clínico, concuerdan con los perfiles epidemiológicos descritos en la literatura médica internacional, ya que se encontró una población más joven y productiva, cuya media fue de 40.3 años de edad y por ende premenopáusicas, con nivel socioeconómico bajo, inicio de vida sexual temprana, y una media de dos parejas sexuales. El antecedente oncológico en la esfera ginecológica estuvo presente en un bajo porcentaje en comparación con otras series, como la de Vento, que informó un 28%, en tanto que Gotera señaló 6.6%.⁸

Di Saia y colaboradores,² publicaron que el sangrado genital anormal o poscoito es la manifestación clásica del cáncer de cuello uterino temprano. En nuestro estudio se corrobora tal hecho en un 82.25% aunque 20.9% eran asintomáticas, lo que permite establecer que no es una regla y que la pesquisa intencional en cáncer cervicouterino juega un papel importante.

Según la subclasificación de la FIGO para el estadio clínico IB en 1995 (es IB1, cuando el tumor llega a ser hasta de 4 cm y IB2 cuando se rebasa dicha medida) es permitido realizar un análisis comparativo de dichos grupos y conocer de

esta forma nuestros resultados con esta etapa de la enfermedad.

El tipo histológico más frecuente fue el epidermoide, que se presentó en un 83%, lo que indica que el adenocarcinoma se hace cada vez más presente y alcanza el 17%. Al realizar un análisis comparativo en la SG se encontró diferencia significativa en el grado histológico. De los años sesenta a la fecha, la radioterapia ha jugado un papel fundamental en el manejo de los estadios avanzados de cáncer cervicouterino y ha demostrado un buen control para el tumor primario y para la enfermedad regional. Se ha publicado que en el estadio IB el control de la enfermedad alcanza el 90% de los casos; en el presente estudio fue del 85% en el estadio IB2. Algunos autores sugieren que los adenocarcinomas y las lesiones en "barril" deben ser sometidas a cirugía después de la radioterapia sin que exista una clara evidencia de que mejore los resultados. Patricia Eifel y colaboradores publicaron una recaída intrapelviana en tumores menores de 5 cm del 2% y del 3% para lesiones de 5 a 7 cm.⁹ La tendencia actual para el manejo de las lesiones IB2 es la combinación de radioterapia y quimioterapia en forma conjunta, utilizando platino como agente radiosensibilizador.^{10,11}

La histerectomía abdominal radical de Meigs, demostró un índice de curación semejante a la radioterapia y series como la de Venture muestran un 92% para el estadio IB con ganglios negativos. Sin embargo, algunos autores no la aceptan del todo por sus complicaciones posoperatorias.^{12, 13}

Las ventajas de esta modalidad de tratamiento son:

- 1.- Estadía preciso de la pieza quirúrgica y de los factores pronósticos.
- 2.- Preservación de los ovarios en pacientes jóvenes.
- 3.- Emplear la radioterapia en caso de reacciones adversas y recidiva.

Las recurrencias informadas en los dos primeros años, en pacientes con ganglios positivos, llega a un 30%. En el presente estudio fue del 19.45% que es ligeramente superior a la mostrada por Wang-Chang-Jai del MD Anderson.¹⁴

En las piezas quirúrgicas de las pacientes sometidas a radioterapia preoperatoria, no se evidenció tumor residual en la misma.

Con respecto a los factores pronósticos para la recidiva locorregional pelviana, SG e ILE, múltiples estudios han señalado la importancia de los parámetros anatomopatológicos propios de la pieza quirúrgica (y si son negativos o positivos microscópicamente), entre los cuales se destaca al rodete vaginal, ganglios linfáticos, parametrios, permeación linfovascular, necrosis tumoral, invasión profunda del estroma y tamaño tumoral.

Chattani y colaboradores establecieron la importancia de la presencia de ganglios pélvicos positivos para la recaída locorregional pelviana y muerte por enfermedad, y establecieron un SG del 90% en caso de ganglios negativos, del 59% con uno a dos ganglios positivos, y del 42% con más de dos

ganglios con cáncer.¹⁶

En el estudio los parámetros de la pieza quirúrgica señalados como factores pronósticos adversos fueron: tamaño tumoral con $p=0.023$, estado ganglionar con $p=0.024$, profundidad de invasión al estroma mayor de 10 mm con $p=0.021$, y el tipo histológico con $p=0.045$. El rodete vaginal, afección a parametrios, infiltración linfovascular y el grado histológico no fueron estadísticamente significativos; sin embargo, en la literatura médica internacional revisada, son parámetros que deben tenerse en cuenta debido a que en otras series reflejan un factor adverso en la sobrevida y en la recaída locorregional.

Patricia Eifel y colaboradores establecieron la relación entre el estadio clínico (IB1 y IB2), con porcentajes de ganglios positivos y SG, e informaron en tumores EC IB1 la presencia de ganglios positivos entre un 13-21% y en el EC IB2 el porcentaje de ganglios positivos osciló entre 31-80% y la SG entre 47 y 65%; en el presente estudio los resultados están dentro de los rangos marcados por la citada autora.^{17,18}

Al comparar la SG entre el grupo de cirugía con radioterapia, no se observó significancia estadística ($p=0.068$), pero sí en el grupo radio-quirúrgico, con una $p=0.023$.

Conclusiones

La recidiva locorregional obtenida en nuestra investigación fue del 19.45%, cifra superior a la mostrada por otras series, y la sobrevida global de las pacientes a los dos años se encuentra dentro de los estándares que maneja la literatura médica internacional.¹⁹

El tamaño tumoral, estado ganglionar, infiltración profunda al estroma y tipo histológico son variables pronósticas independientes para la recidiva locorregional, en tanto que la permeación linfovascular, afección de parametrios y rodete vaginal no fueron estadísticamente significativos.^{20,21}

El estudio se debe continuar, ya que es necesario conocer los resultados obtenidos luego de introducir la quimioterapia, en especial en la EC IB2 tanto en forma concomitante como neoadyuvante.

Referencias

- 1.- Registro Histopatológico de Neoplasias 2001, Secretaría de Salud.
- 2.- Di Saia Philip. Oncología ginecológica clínica. 6a edición. Mosby-Doyma libros; 2002: 58-125.
- 3.- De Vita. Cancer. Principles and practice of oncology. 6a Edit. Lippincott-Raven; 2003.
- 4.- Wertheim E. Zur Frage der Radikaloperation beim Uterus Krebs. *Arch Gynakol* 2002;68.
- 5.- Piver MS, Cheng WS. Prognostic significance of cervical lesions size and pelvis node metastases in cervical carcinoma. *Obstet Gynecol* 1975; 46(5):507-510.
- 6.- Aguilera F, Millán R, García R. Evaluación de un tratamiento integrado original del cáncer de cuello uterino. 1997; VI: 309-331.
- 7.- Cox DR, Oakes D. Analysis of survival data. Chapman and hack. Londres, 1984.
- 8.- Gotera G, Berdeal E, Vásquez J. Carcinoma de cuello uterino: 15 años de experiencia quirúrgica en estadio I y II. *IOLR. Rev Venez Oncol* 1999; 11(2):49-59.
- 9.- Eifel P. ASTRO. Refreshner course: carcinoma of the cervix. Department of radiation Oncology: MD Anderson Cancer Center. Houston Tx. 1998. Abstract.
- 10.- Morris M, Eifel PJ, Lu J, Grigsby PW, Levenback C, Stevens RE, et al. Pelvis radiation with concurrent chemotherapy compared with pelvis and para-

- aortic radiation for high-risk cervical cancer. *N Engl J Med* 1999;340 (15): 1137-1143.
- 11.- Keys HM, Bundy BN, Stechman FB, Muderspach LI, Chafe WE, Suggs CL, et al. Cis-platin, radiation and adjuvant hysterectomy compares with radiation and adjuvant hysterectomy for the Bulky stage IIB cervical carcinoma. *N Engl J Med* 1999;340(15):1154-1161.
- 12.- Okada M, Kigawa J, Minagawa Y, et al. Indication and efficacy of radiation therapy following radical surgery in patients with stage IB to IIB cervical cancer. *Gynecol Oncol* 1998;70:61-4
- 13.- Durrance FY, Fletcher GH, Rutledge FM. Analysis of central recurrent disease in stages I and II squamous cell carcinomas of the cervix. *Am J Roentgenol* 1969;106: 831-838.
- 14.- Jan Kamura T, Tsukamoto N, Tsuruchi N, et al. Multivariate analysis in the histopathologic factors of cervical cancer in patients undergoing radical hysterectomy. *Cancer* 1999;69:181-6.
- 15.- Eifel PJ, Morris M, Wharton JT, Oswald MJ. The influence of tumor size and morphology on the outcome of patient with FIGO stage IB squamous cell carcinoma of the cervix. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1994;29(1):9-16.
- 16.- Eifel PJ, Thoms WW, Smith TL; Oswald MJ. The relations between brachytherapy dose and outcome in patients with Bulky endocervical tumors treated with radiation alone. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1994;28(1):113-118.
- 17.- Mendelhall WM, Thar TL, Bova FJ, Marcus RB Jr, Morgan LS, Million RR. Prognostic and treatment factors affecting pelvic control of stage IB and IIA-B carcinoma of the intact uterine cervix treated with radiation therapy. *Cancer* 1984;53(12):2649-2654.
- 18.- Chantani M, Nose T, Masaki N. Adjuvant radiotherapy after radical hysterectomy in the cervical cancer. Prognostic factors and complications. *Eur J Gynaecol Oncol* 1998;19:368-373.
- 19.- Finan MA, Decesare S, Fiorica JV, et al. Radical hysterectomy for stage IB1 versus IB2. Carcinoma of the cervix: should the new FIGO staging system define therapy? *Gynecol Oncol* 1996;62:139-47.
- 20.- Ishikawa H, Nakanishi T, Inoue Y, Kuzuya K. Prognostic factors of adenocarcinoma of the uterine cervix. *Gynecol Oncol* 1999;73:42-6.
- 21.- Cosin JA, Fowler JM, Chen MD, and colls. Pretreatment surgical staging of patients with cervical carcinoma: the case for lymph node debulking. *Cancer* 1998;82:224-8.

Histerectomía radical como tratamiento del cáncer en cuello uterino. Experiencia interinstitucional en México

Radical hysterectomy as treatment of cervical cancer. Interinstitutional experience in Mexico.

Gilberto Solorza Luna,* Alfonso Torres Lobatón,** Pedro Escudero de los Ríos,*** Uriel Rendón Romano, **** Jorge Ramírez Heredia,**** David Muñoz González,* Edgar Román Basaure,** Joel Bañuelos Flores***

*Instituto Nacional de Cancerología, **Unidad de Oncología, Hospital General de México, OD, *** Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, **** Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Resumen

Objetivo. Analizar la experiencia interinstitucional de la histerectomía radical como tratamiento del cáncer en cuello uterino.

Material y método. Estudio retrospectivo, interinstitucional, que incluyó 763 pacientes. Se analizaron diferentes variables: complicaciones, informe histopatológico de los especímenes quirúrgicos, tratamientos adyuvantes, recurrencias, periodo libre de enfermedad y sobrevida.

Resultados. El promedio de análisis fue de 17 años. La edad promedio de 42.3 años y los estadios: Ib, 671 casos (87.94%); IIa, 87 (11.40%) y IIb, cinco (0.65%). Seiscientos treinta y cuatro casos (83.9%) fueron carcinomas epidermoides; 75 (9.82%) adenocarcinomas, 49 (6.42%) adenoescamosos y cinco (0.65%) carcinomas neuroendocrinos. La media del tiempo quirúrgico fue 4.15 h; la complicación más frecuente fue la disfunción vesical (10.74%). El número promedio de ganglios resecaados fue de 24, en el estadio Ib el porcentaje de ganglios positivos fue 8.79% y se incrementó al 20% en los estadios IIa. La sobrevida a cinco años fue de 89% para el estadio Ib y 81% para el IIa.

Conclusiones. Los resultados obtenidos se encuentran dentro de los rangos publicados. Se debe limitar el procedimiento quirúrgico al estadio clínico Ib1, ya que en los Ib2 y IIa se eleva el porcentaje de ganglios positivos, lo que representa el factor pronóstico adverso más importante. Se debe contar en el futuro con estudios prospectivos interinstitucionales que permitan conocer el comportamiento biológico del cáncer del cuello uterino y sus factores pronósticos.

Palabras claves: histerectomía radical, linfadenectomía, cáncer de cuello uterino

Summary

Objective. To analyze interinstitutional experience of radical hysterectomy as treatment of cervix cancer.

Material and methods. Retrospective study interinstitutional that included 763 patients. We analyzed different variables: surgical piece, histopathologic complications, data, adjuvant treatments, recurrences, free period of disease and survival.

Results. The period average of analysis was 17 years, the age average 42.3 years, the clinical stages (CS) were Ib in 671 cases (87.94%); CS. IIa, 87 cases (11.40%) and five cases of CS IIb (65%). The histological types were epidermoides 634 cases (83.9%), adenocarcinoma 75 cases (9.82%), adenosquamous 49 cases (6.42%) and neuroendocrine five cases (0.65%). The average of the surgical time was of 4.15 h and the complication most frequent was vesical dysfunction 10.74%. The number of resection nodes average was 24, in stages Ib the percentage of positive nodules was 8.79 and I rise until 20% in stages IIa, the survival at five years was of 89% for stage Ib and 81.8% for stage IIa.

Conclusions. By the obtained results we were in the ranks of international publications and national as far as the analyzed variables, serious prudent to limit the surgical procedure just in clinical stages Ib1 since in stages Ib2 and IIa we found an important number of positive nodes and is the adverse prognostic factor most important.

Key words: hysterectomy, lymphadenectomy, cervix cancer

Introducción

El cáncer del cuello uterino sigue siendo en México un problema de salud pública, con una incidencia de 18 000 casos por año (8 000 casos son cáncer *in situ*, lo que muestra que las campañas de diagnóstico comienzan a dar resultados positivos). Aún no se tiene un verdadero impacto en la reduc-

ción de las tasas de mortalidad, por lo que se espera contar en un futuro con un mayor número de casos tempranos incluyendo las etapas invasoras Ib y IIa.

Es bien conocido que el tratamiento más común de las etapas invasoras tempranas de la enfermedad es quirúrgico. Los beneficios que ofrece son: 1) evaluar la pieza quirúrgica, 2)

mejor conocimiento sobre los factores pronósticos, 3) posibilidad de conservar la función ovárica, situación importante que da como resultado, mejor calidad de vida (la media de edad de presentación de estos estadios es de 40 años), 4) es un procedimiento seguro con una razonable morbimortalidad y 5) ha sido probado a lo largo de 100 años.

Con el conocimiento de las publicaciones mexicanas y con la perspectiva de un posible aumento en la incidencia de los estadios ya mencionados, se convocó a las diferentes instituciones, para que en conjunto, agruparan los resultados obtenidos y se analizara si existe seguridad y capacitación para enfrentar el futuro.

Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo en el que se incluyó al Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS; Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE; servicio de Oncología, Hospital General de México, OD e Instituto Nacional de Cancerología.

Se analizaron las siguientes variables: número de casos tratados con histerectomía radical tipo 3 de Piver más linfadenectomía pélvica, edad de presentación, estadios clínicos, tipos histológicos, tiempo quirúrgico, complicaciones intraoperatorias, sangrado, tiempo de hospitalización, complicaciones posoperatorias, márgenes de la pieza quirúrgica, número de ganglios resecaos y porcentaje de metástasis ganglionares, tratamientos adyuvantes, recurrencias, periodo libre de enfermedad y sobrevida a cinco años.

Resultados

El número de casos tratados fue de 763 en un periodo promedio de 17 años con un rango de 10 a 20 años. La edad promedio fue de 42.3 años; 671 (87.94%) pacientes se clasificaron en estadio Ib; 87 (11.40%) en estadio IIa y cinco (0.65%) en estadio IIb. Los tipos histológicos fueron: 634 casos (83.9%) epidermoides, 75 (9.82%) adenocarcinomas, 49 (6.42%) adenoescamosos y cinco (0.65%) neuroendocrinos.

En cuanto a la cirugía, se evaluaron las siguientes variables: 1) tiempo quirúrgico, cuya media de duración fue 4.15 h; 2) sangrado promedio (de 900 ml) y 3) complicaciones transoperatorias agrupadas en lesión a vasos sanguíneos, vejiga e intestino que fueron resueltas en el momento. La mortalidad operatoria fue de 1.5% y el tiempo promedio de estancia hospitalaria fue de 11 días.

Entre las complicaciones posoperatorias, se informó disfunción vesical en el 10.74%, fístula vesical en el 3.0%, fístula ureteral en el 2.2% e infección en el 1.3%.

El estudio de los especímenes quirúrgicos informó los siguientes resultados: márgenes libres de tumor en todas las pacientes y número promedio de ganglios resecaos (24 con rangos de 18 a 26). En 59 de 671 pacientes en estadio Ib se informaron ganglios metastáticos (8.79%) mientras que en el estadio IIa la cifra se elevó a 20% (18 de 87).

El tratamiento adyuvante en presencia de metástasis ganglionares fue a base de radioterapia y en 42 pacientes (5.50%) se informaron recurrencias tumorales. El 80.95% se presentaron durante los primeros dos años consecutivos al procedimiento quirúrgico.

El periodo libre de enfermedad fue de 32 meses y la sobrevida a cinco años fue del 89% para los estadios Ib y de 81.8% para los estadios IIa.

Comentarios

Las variables utilizadas fueron: edad, tipos histológicos, estadios clínicos (de acuerdo a la clasificación de la FIGO de 1994), tiempo quirúrgico, sangrado, complicaciones intraoperatorias, mortalidad operatoria, tiempo de hospitalización, complicaciones posoperatorias, márgenes de la pieza quirúrgica, número de ganglios resecaos y de ganglios positivos; tratamientos adyuvantes, recurrencias, periodo libre de enfermedad y sobrevida. Al comparar las variables con las informadas en la literatura médica internacional, se encontró que los resultados confirman los de instituciones extranjeras.

Los centros hospitalarios locales tienen implementado de manera adecuada la logística y capacitación para la aplicación del procedimiento quirúrgico, motivo que valida la publicación y el procedimiento, ya que lo han realizado diversos médicos especialistas en Oncología.

En cuanto a la estadificación clínica, debe ser precisa, ya que los resultados mostraron que la positividad de ganglios de la linfadenectomía se elevó de 8.79% en los estadios Ib a 20% en los IIa, lo que demuestra que se podrían tener mejores resultados si se limita la indicación del procedimiento quirúrgico a los estadios Ib1.

Es deseable contar con estudios prospectivos interinstitucionales que podrían ser coordinados por el Comité de Tumores Ginecológicos de la Sociedad Mexicana de Oncología para comprender el comportamiento biológico y factores pronósticos.

Dr. Uriel Rendón Romano, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

La histerectomía radical es un método quirúrgico que no ha perdido vigencia; al contrario, ha adquirido valor significativo como tratamiento. Los avances en anestesia, antibioticoterapia y el devenir de los métodos de drenaje cerrado, sin menospreciar la adquisición de la experiencia de cirujanos oncólogos u oncólogos ginecólogos, han sido los factores de más peso para que día a día sean menos los casos de pacientes con morbimortalidad, sin olvidar, que la etapificación cuidadosa y acertada, aporta grandes avances.

En el Centro Médico Nacional 20 de noviembre del ISSSTE debido al tipo de derechohabiente y a que los tiempos quirúrgicos se han reducido en forma importante (de 8 a 10 h hasta 3 y 3½ como máximo) la morbilidad ha disminuido y la mortalidad no existe, lo que reduce el traumatismo quirúrgico.

Por lo anterior, es necesario manifestar un sincero reconocimiento y agradecimiento a todo el personal oncológico que contribuye a los avances en el servicio de Oncología Quirúrgica de este centro.

Dr. Alfonso Torres Lobatón, Hospital General de México, OD

La histerectomía clase III es considerada el esquema quirúrgico tradicional para el tratamiento del cáncer cervicouterino en estadio Ib1 y para casos seleccionados de estadios IIa cuyo diámetro tumoral no rebase los 4 cm. El procedimiento debe ser realizado por cirujanos expertos en cirugía pélvica debido al riesgo que representa disecar grandes vasos durante la linfadenectomía y por el esmero con que debe llevarse a cabo la disección uretral de los tejidos parametrial y paracervical para obtener el espécimen quirúrgico.

La cirugía, en comparación con la radioterapia, permite evaluar la presencia o no de reacciones adversas y determinar, en base a estos datos, el pronóstico de cada paciente.

En la muestra se encontraron 8.7% de metástasis ganglionares para el estadio Ib, cifra por debajo de las publicadas en el extranjero que oscilan entre 15% y 18%,^{1,2} lo que permite destacar que las lesiones menores a 2 cm y la frecuencia de metástasis ganglionares informadas en algunas series incluso nacionales, es menor.^{3,4,5}

Asimismo, no se debe olvidar que algunos autores sugieren llevar la disección ganglionar a la región paraórtica, ya sea por debajo de la mesentérica inferior, como lo recomienda Benedetti PP y cols de la Universidad de Roma;⁷ o por debajo del duodeno como lo sugiere Averette EH de la Universidad de Miami.⁸ Este procedimiento puede ser indicado en pacientes con metástasis en los ganglios iliacos primitivos,⁹ ya que al contar, hoy día, con una terapia modal adyuvante de radioterapia y quimioterapia simultáneas para cáncer avanzado, se abre la posibilidad de mejorar el pronóstico de las pacientes.¹⁰

Los estudios deben dar pauta para llevar a cabo investigaciones interinstitucionales prospectivas que permitan obtener experiencias propias susceptibles de darse a conocer en el extranjero.

Dr. Pedro M. Escudero de Los Ríos, Hospital de Oncología CMN SXXI, IMSS

En nuestro grupo, las 150 pacientes tratadas con histerectomía radical más linfadenectomía pélvica (HTAR) con edad promedio de 42.9 años (r 26-66); el mayor porcentaje correspondió a etapa Ib1 (92 %) y el resto a etapa IIb incipiente. Las pacientes con cáncer microinvasor de cuello uterino fueron tratadas con histerectomía tipo I de Piver, más linfadenectomía en las que se presentaron reacciones adversas.¹² Un mayor número de casos de cáncer del tipo de adenocarcinoma fue informado en la serie de revisión del presente artículo, ya que el 70 % de los casos presentó tumores de tipo epidermoide; el

Cuadro 1		
Estadios clínicos	Casos	%
Ib	671	87.94
IIa	87	11.40
IIb	5	00.65

Cuadro 2		
Tipos histológicos	Casos	%
Epidermoides	634	83.9
Adenocarcinomas	75	9.82
Adenoescamosos	49	6.42
Neuroendocrinos	5	0.65

18 % de tipo adenocarcinoma y 11 % de los tumores fueron adenoescamosos. El tiempo quirúrgico promedio fue de 281 minutos con hemorragia de 1396 ml y 4.2 días de estancia hospitalaria. La longitud de vagina resecada fue de 2.1 cm y la de parametrios de 2.6 cm. El número de ganglios disecados obtenidos fue de 26 con 6% de metástasis a ganglios pélvicos. Las complicaciones más frecuentes transoperatorias y posoperatorias fueron por lesión vascular (16.5%) y en el aparato urinario –disfunción vesical y fístula urinaria (26.7%)-, porcentajes similares a los informados por otros autores.¹³

Hoy día, numerosos autores han publicado su experiencia con la realización de HTAR asistida por laparoscopia y linfadenectomía laparoscópica.^{14,15} En una experiencia inicial de 20 casos se corroboró dicha información al observar menos complicaciones a las obtenidas por laparotomía. El abordaje laparoscópico de CaCu debe efectuarse como parte de estudios prospectivos que comparen los resultados con la técnica abierta, donde se obtengan resultados de complicaciones, supervivencia y características de la enfermedad recurrente. Lejos de la técnica de abordaje, la histerectomía radical tipo III más linfadenectomía pélvica y retroperitoneal sigue siendo una alternativa útil para conocer de manera más precisa la extensión de la neoplasia y sus factores pronósticos; es fundamental en el tratamiento de pacientes con CaCu al proporcionar porcentajes adecuados de curación con baja morbimortalidad y facilitar la toma de decisiones para que la paciente reciba tratamiento adyuvante con radiación o quimioterapia.

Dr. Gilberto Solorza Luna, Instituto Nacional de Cancerología, México

Uno de los problemas fundamentales en el cáncer de cuello uterino, es la etapificación, ya que sólo se cuenta con la clínica (que se ha perdido, cada vez más) y aunque se ha tratado de sustituir con tecnología, no ha sido posible. Para tener éxito en el tratamiento quirúrgico, como la histerectomía radical tipo III, es importante determinar el tamaño tumoral por lo menos en dos dimensiones.¹⁶ Se ha comprobado que los tu-

mores menores a 4 cm tienen un porcentaje menor de metástasis ganglionares,¹⁷ lo que además de ser el factor pronóstico más importante, transforma la cirugía (linfadenectomía) pronóstico a terapéutica.¹⁸

También hace falta la realización de estudios conjuntos (interinstitucionales) en relación a los factores pronósticos, para que exista más información para la selección de pacientes candidatas a histerectomía radical.¹⁹

Es posible que con mejores esquemas de quimioterapia se logre, hoy día, llevar a cirugía a pacientes que antes no eran candidatas; sin embargo, los resultados deben ser veraces y fundamentados.

Referencias

1. DiSaia JPh, Creasman TW. Cáncer de cuello uterino. En: Oncología Ginecológica. Ed Elsevier Science, 2002 p.62.
2. Piver SM. Cáncer cervical en estadio Ib. En: Oncología ginecológica. Ed. Marban, Madrid España. 2000, p.123.
3. Magrina FJ, Goodrich AM, Lidner KTH, et al. Modified radical hysterectomy in the treatment of early squamous cervical cancer. *Gynecol Oncol* 1999; 72:183.
4. Covens A, Rosen B, Murphy J, Laframboise S, et al. How important is removal of the parametrium at surgery for carcinoma of the cervix. *Gynecol Oncol*, 2002; 84:145-49.
5. Torres LA, Matias SM, Hernández AD, Roman BE. Histerectomía radical por cáncer cervicouterino. Experiencia con 217 pacientes. *Ginec Obst Mex* 1991;59:8-14.
6. Yuh-Ceng Y, Chi-Long Ch. Modified radical hysterectomy for early Ib cervical cancer. *Gynecol Oncol* 1999, 74:241-244.
7. Benedetti PP, Manesch F. Linfadenectomía pélvica y aórtica. En: Oncología Ginecológica. *Clin Quir N Am*. 2001 (4); 872-79.
8. Averette EH, Nguyen NH, Donato MD, et al. Radical hysterectomy for invasive cervical cancer. *Cancer*, 1993; 71:1422-37.
9. Morrow P, Curtin J. Surgery for cervical neoplasia. In: Morrow P, Curtin J (eds) *Gynecological Cancer Surgery*. N York. Churchill Livingstone, 1996 p. 522.
10. Peters WA, Lym PY, Barret RJ, et al. Cisplatin and 5 fluoruracil plus radiation therapy are superior to radiation therapy as adyunctive in high-risk early stage carcinoma of the cervix after radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy. *J Clin Oncol*, 2000; 18:1606-1613.
11. -Ruiz-Ortiz E, González-Lira G, Escudero-De los Ríos P. Cáncer cervicouterino invasor. Diagnóstico y tratamiento. *Ginecol Obst Mex* 1994: 62, 237-241.
12. -Kemter G.G, Heintz P.M, Surgical treatment of low stage cervical carcinoma: back to the old days?. *Int J Gynecol Cancer* 2002: 12, 429-434.
- 13.- Nezhat C, Nezhat F, Nelson N.H, et al. The role of laparoscopy in the management of gynecologic malignancy. *Sem Surg Oncol* 1994: 10, 431-439.
- 14.-Schlaerth J.B, Spirtos N.M, Carson L.F, et al. Laparoscopic retroperitoneal lymphadenectomy followed by immediate laparotomy in women with cervical cancer; a gynecologic oncology group study. *Gynecol Oncol* 2002: 85, 81-88.
- 15.- Burghardt E, Pickel H, Haas J, LahousenM. Prognostic factors and operative treatment of stage Ib to IIb cervical cancer. *Am J Obstet Gynecol* 1987;156:988.
- 16.- Averette HE, Nguyen HN, Donato DM, et al. Radical hysterectomy for invasive cervical cancer: a 25 years prospective experience with Miami technique. *Cancer* 1993;71:1422.
- 17.- Solorza LG, Muñoz GDE, Botello HD y cols. Tratamiento quirúrgico del cáncer del cuello uterino etapas clínicas Ib1: experiencia del Instituto Nacional de Cancerología de México. *Annals of Oncology* Vol 7 1998 supl 4 pág 257.
- 18.- Zaino RJ, et al. Histopathologic predictors of the behavior of surgically treated stage Ib squamous cell carcinoma of the cervix: a gynecologic oncology group study. *Cancer* 69:1750,1992.

Resultados del tratamiento en cáncer cervicouterino microinvasor en el Instituto Nacional de Cancerología de México (1980-1999)

Results of the treatment in microinvading uterine cervical cancer in the National Institute of Cancer in México

Jaime Sosa Salais,* Gilberto Nicolás Solorza Luna,* David Eduardo Muñoz González,* José Gregorio Chanona Vilchis,* José Luis López Obispo,** Mauricio Frías Mendívil,***

*subdirección de Cirugía, **subdirección de Histopatología, ***subdirección de Investigación

Resumen

Objetivo. Analizar el manejo del cáncer cervicouterino microinvasor en el Instituto Nacional de Cancerología de México.

Pacientes y métodos. Mediante un estudio de tipo retrospectivo, observacional y transversal, se analizaron 266 pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino microinvasor.

Resultados. En 201 casos se realizó histerectomía extrafascial, en 39 histerectomía radical más linfadenectomía pélvica bilateral y en 26 conización cervical como tratamiento definitivo. De las histerectomías simples 186 tenían profundidad de invasión al estroma de 0.5 a 3 mm y 15 con invasión de 3.1 a 5 mm. De las 39 histerectomías radicales, 24 presentaron invasión al estroma cervical de entre 0.5 a 3 mm, cuatro de 3.1 a 5 mm y en 11 no hubo evidencia de neoplasia. El promedio de ganglios disecados fue de 39 y todos fueron negativos.

Conclusiones. Se presentó bajo índice de recurrencia y adecuada sobrevida con un seguimiento promedio de 44 meses. La conización cervical es el tratamiento adecuado en pacientes con cáncer cervicouterino microinvasor y deseo de fertilidad. La histerectomía extrafascial se sugiere como terapia para pacientes con diagnóstico establecido por cono cervical, dependiendo de los resultados de las HTAR en tumores con invasión estromal de 3.1 a 5 mm sin factores de mal pronóstico como invasión vascular y linfática, que podrían ser también tratadas con histerectomía extrafascial ya que no se encontraron ganglios positivos en las linfadenectomías pélvicas.

Palabras clave: cáncer, cuello uterino, microinvasor, histerectomía, cono, México

Summary

Objective. To review the management of microinvasive cervical cancer, at National Institute of Cancerología in Mexico.

Patient and methods. By retrospective, observational and cross-sectional study, 266 patients with diagnosis of microinvasive cervical cancer.

Results. Were undergoing to 201 cases extrafascial hysterectomy, radical hysterectomy more bilateral pelvic lymph node dissection in 39, cervical conization in 26 as definitive treatment. Of simple hysterectomies 186 had stromal invasion of 0,5 to 3 mm and 15 with invasion of 3,1 to 5 mm; of 39 radical hysterectomies, 24 with stromal invasion between 0,5 to 3 mm, four with invasion of 3,1 to 5 mm and 11 without evidence of neoplasm. Average of dissected nodes was 39, all negatives.

Conclusions. According to the results of this study we demonstrates a low index of recurrence and a good survival with average of 44 months. The cervical conization is the treatment adapted in patients with microinvasive cervical cancer and fertility desire, the extrafascial hysterectomy suggests the therapy for patients with diagnosis of cervical cancer established by cervical cone, and given to the results of HTAR in tumors with stromal invasion of 3,1 to 5 mm without factors of bad prognosis like vascular and lymphatic invasion, they could also be dealt with extrafascial hysterectomy since were not positive nodes in the pelvic lymph node dissection.

Key words: cancer, cervix, microinvasor, hysterectomy, cone, Mexico

Introducción

En 1947, Mestwerdt introdujo el concepto de carcinoma microinvasor y describió las lesiones invasoras que no se extendían más de 5 mm dentro del estroma cervical en la suposición de que las lesiones más pequeñas tuviesen mucho me-

jor pronóstico (Mestwerdt, 1951).¹

Durante muchos años ha sido punto de controversia y confusión la definición del carcinoma cervical microinvasor. Hoy día, existen tres definiciones que se aceptan ampliamente y son las de la FIGO, de la Society of Gynecologic Oncologist

Cuadro 1			
Procedimiento	Número	Porcentaje (%)	
HTA	201	75.5	
HTAR	39	14.7	
CONO	26	9.8	
Prof. inv.	Núm.	HTA	HTAR
0.5 - 3 mm	153	186 (69.92%)	24 (9.00%)
3.1 - 5 mm	19	15 (5.6%)	15 (4.13%)

*en las 26 restantes el tratamiento definitivo fue el cono

Cuadro 2		
Factores pronósticos	Positivos núm. (%)	Negativos núm. (%)
PVL	14 (5.9)	226 (94.1)
<i>In situ</i>	78 (32.5)	162 (67.5)
Márgenes	2 (1)	238 (99)
Ganglios	0	

Promedio de ganglios disecados (39)

(SGO) y la definición japonesa.² La de la FIGO establece la profundidad y anchura del tumor, la de la SGO explica la profundidad de la lesión pero incluye lesiones multifocales y la invasión al espacio linfovascular y la definición japonesa detalla la profundidad del tumor, confluencia y tipo celular, excluyendo la invasión del espacio linfovascular. La única variable es la profundidad de invasión, aunque la real varía según cada definición. Un diagnóstico de carcinoma microinvasor debe caracterizar a un tumor de tamaño mensurable e invasor de manera local, pero a pesar de ello tiene potencial insignificante para metástasis. Por desgracia, en la actualidad no existe información disponible para que el diagnóstico se defina con gran precisión.

La definición de microinvasor se basa en el máximo de profundidad y extensión lineal involucrada, que puede ser diagnosticado en un espécimen que incluye lesión neoplásica y pueda ser medible en estos dos parámetros.^{3,4,5}

En México el cáncer cervicouterino ocupa el primer lugar en frecuencia con cerca de 16 000 casos al año. No existe una cifra determinada que muestre por estadios clínicos y, extrapolando lo que se registra en el archivo del Instituto Nacional de Cancerología (INCan) en etapas tempranas (Ia), el total de los casos es un 2.5% por año con relación al cáncer cervicouterino invasor.⁶

El tratamiento del cáncer cervicouterino microinvasor es quirúrgico, con una tendencia cada vez mayor a ser conservadora, ya sea por medio de conización cervical, histerectomía extrafascial o ambas, dependiendo del caso.^{7,8,9,10,11} El objetivo del presente trabajo fue mostrar la experiencia del INCan en el manejo terapéutico de pacientes con cáncer cervicouterino microinvasor, con conización cervical, histerectomía extrafascial

Cuadro 3

Histología	Núm.	Porcentaje (%)
Epidermoide	226	94.2
Adenoescamoso	8	3.3
Adenocarcinoma	6	2.5

e histerectomía radical. Se evaluó la frecuencia de presentación, profundidad de invasión y extensión, factores pronósticos, manejo quirúrgico por procedimiento, histología, recurrencia, tratamiento de la recurrencia y sobrevida.

Pacientes y métodos

De un total de 266 casos que fueron atendidos durante el periodo de 1980 a 1999 en el servicio de Ginecología en etapas clínicas Ia1 y Ia2 se seleccionaron pacientes que habían sido sometidas a conización cervical, histerectomía extrafascial o histerectomía radical con linfadenectomía pélvica bilateral, que presentaron diagnóstico histológico confirmado.

De los expedientes clínicos se obtuvieron las siguientes variables de cada paciente: edad al diagnóstico, inicio de vida sexual, frecuencia de presentación, profundidad y extensión de la lesión, factores pronósticos, histología, recurrencia, tratamiento de la recurrencia y sobrevida.

Resultados

En cuanto a la edad, la media fue de 43 años con un intervalo de 20 a 82 años. El inicio de vida sexual con una media de 17 años y un intervalo de 10 a 40 años. En el cuadro 1 se muestran el total de los procedimientos; 201 fueron histerectomías extrafasciales (75.5%), 39 histerectomías radicales (14.7%) y 26 con cono cervical como tratamiento definitivo (9.8%). En las últimas 26, las lesiones tenían profundidad de invasión de 0.5 a 3 mm y en el grupo de las histerectomías extrafasciales, 186 (69.92%) presentaron profundidad de invasión al estroma de cuello uterino de 0.5 a 3 mm y 15 (5.6%) con invasión de 3.1 a 5 mm. De las 39 histerectomías radicales, 24 (9.0%) presentaron invasión al estroma cervical entre 0.5 a 3 mm y quince (4.13%) invasión de 3.1 a 5 mm. (véase cuadro 2). De las linfadenectomías pélvicas realizadas se obtuvo un promedio de 39 ganglios disecados sin evidencia de neoplasia. Se analizaron factores pronósticos como permeación vascular y linfática (14 [5.9%]), componente *in situ* asociado (78 [32.5%]) y se tuvieron márgenes positivos en dos pacientes (1%) (véase cuadro 3). En lo referente al tipo histológico (véase cuadro 4), 226 (94.2%) tuvieron carcinoma epidermoide, seis (2.5%) adenocarcinoma y ocho (3.3%) adenoescamoso. El total de recurrencias (véase cuadro 5) fue de cinco (1.8%), cuatro posteriores a la histerectomía simple y con lesiones de invasión menor a 3 mm y una poshisterectomía radical en la cual la lesión también tenía invasión menor de 3 mm. En cuanto al tratamiento de las recurrencias, cuatro fueron tratadas con radioterapia y una

Cuadro 4

Recurrencia	Núm.	Porcentaje (%)
No	261	98.1
Si	5	2.9
TX previo		
HTA	4*	75.0
HTAR	1	25.0

* Cono previo a HTA

Cuadro 5. Tiempo y tratamiento de las pacientes con recurrencia

Tratamiento	Núm.	Porcentaje (%)
Cirugía	1	25.0
Rt	4	75.0

Media	Mediana	Intervalo
6.6	5	4-15

recurrió como carcinoma *in situ* y se realizó colpectomía. La sobrevida tuvo una media de seguimiento de 44 meses. Viven sin cáncer 265 (99.6%) y una paciente murió sin cáncer por otras causas (véase cuadro 6).

Conclusiones

Los resultados mostraron bajo índice de recurrencia y adecuada sobrevida en un seguimiento promedio de cuatro años. La conización cervical es el tratamiento de elección en pacientes con cáncer cervicouterino microinvasor y más si existe deseo de fertilidad. Asimismo, la histerectomía extrafascial es un método adecuado en lesiones de 0.5 a 3 mm de invasión. Además se propone que, para pacientes con lesiones de 3.1 a 5 mm de invasión, a partir de la membrana inicial sin factores de mal pronóstico como invasión vascular y linfática, sean tratadas con histerectomía extrafascial, ya que en aquellas a las que se realizó linfadenectomía pélvica, con este tipo de lesión, no se encontró metástasis a ganglios linfáticos.

Comentarios

Muchos estudios han analizado el riesgo de metástasis a ganglios linfáticos basándose en la profundidad de invasión y los datos indican que el riesgo de metástasis ganglionares con una invasión menor a 3 mm es de 0.5% y que el de diseminación ganglionar con una profundidad de invasión mayor de 3 mm es de 8.2%.¹² La situación fue confirmada en el presente estudio, ya que no se evidenció enfermedad metastásica ganglionar en las pacientes que fueron sometidas a histerectomía radical con linfadenectomía pélvica debido a factores histológicos adversos. Otro indicador de predicción de enfermedad metastásica y recurrencia en pacientes con carcinoma cervical microinvasor es la presencia de invasión al espacio linfovascular. En 1994 el *Gynecologic Oncology Group* analizó el riesgo de metástasis ganglionar cuando existe

Cuadro 6. Sobrevida en pacientes con cáncer cervicouterino microinvasor

Estado actual*	Núm.
VSC	265
MSC	1

* Meses

Media	Mediana	Intervalo
44	59.8	6-244

invasión al espacio linfovascular.¹³ De las pacientes con 3 a 5 mm de invasión y afección linfovascular, 15.6% presentó metástasis en ganglios pélvicos, en tanto que cuando no hubo invasión linfovascular sólo el 0.9% de las pacientes mostró ganglios positivos. El estudio corroboró sólo en el 5.9% afección linfovascular sin valor significativo en cuanto a la recurrencia y frecuencia de enfermedad metastásica ganglionar.

Los datos apoyan la cirugía conservadora, que incluye cono cervical^{14,15} y que conserva mejor la fertilidad en pacientes con invasión menor a 3 mm que en aquellas que tienen paridad satisfecha, donde la recomendación es la histerectomía extrafascial.

Una de las limitantes en el análisis del cáncer cervicouterino microinvasor es el reducido número de casos que se presentan al año en el Instituto Nacional de Cancerología de México, en comparación con el carcinoma invasor, por lo que es necesario realizar estudios multicéntricos con la metodología diagnóstica y terapéutica precisa.

Bibliografía

- 1.- Mestwerdt G. Fruhdiagnose des Kollumkarzinoms. *Zentralb Gynaekol*, 1947; 69:326.
- 2.- Morrow CP, Curtin JP. Surgery for cervical neoplasia. In *Gynecologic Cancer Surgery*. New York, Churchill Livingstone, 1996, p 472-3.
- 3.- Burghardt E, Holzer E. Diagnosis and treatment of microinvasive carcinoma of the cervix uteri. *J Obstet and Gynecol* 1977; 49:641-653.
- 4.- Sedlis A, Sall S, Tsukada Y, et al. Microinvasive carcinoma of the uterine cervix: a clinical-pathologic study. *Am J. Obstet Gynecol*. 1979;133:64.
- 5.- Burghardt E, Girardi F, Lahousen M, et al. Microinvasive carcinoma of the uterine cervix. (International Federation of Gynecology and Obstetrics Stage Ia). *Cancer*. 1991;67:1037-1045.
- 6.- Registro Histopatológico de Neoplasias en México
- 7.- Bernal BS, Cosío AMA. Carcinoma microinvasor del cervix. Tratamiento. *Ginecología y Obstetricia de México*. 1986;54: 41-45
- 8.- Kolstad P. Follow-up study of 232 patients with stage la1 and 411 patients with stage la2 squamous cell carcinoma of the cervix (microinvasive carcinoma). *Gynecologic Oncology* 1989;33:265-272.
- 9.- Greer BE, Figge DC, Tamimi HK, Cain JC, Lee RB. Stage la2 squamous carcinoma of the cervix: difficult diagnosis and therapeutic dilemma. *Am J Obstet Gynecol*. 1990;162:1406-1411.
- 10.- Costa GMS, Bedone AJ, et al. Microinvasive carcinoma of the uterine cervix: histological findings on cone specimens related to residual neoplasia on hysterectomy. *Gynecologic Oncology*. 1997;65:437-440.
- 11.- Smith HO, Qualls CR, Romero AA, Webb JC et al. Is there a difference in survival for la1 and la2 adenocarcinoma of the uterine cervix? *Gynecologic Oncology*. 2002;85:229-241.
- 12.- Cavanagh D, Ruffalo EH, Marsden DE. *Gynecologic Cancer: a clinico-pathologic approach*. East Norwalk, CT, Appleton-Lange, 1985, p 79.
- 13.- Creasman WT, Fetter BF, Clarke-Pearson, et al. Management of stage la carcinoma of the cervix. *Am J Obstet Gynecol*. 1985;253:164.
- 14.- Tseng CJ, Hornig SG, Soong YK, et al. Conservative conization for microinvasive carcinoma of the cervix. *Am J Obstet Gynecol*. 1997;176:1009.
- 15.- Paraskevaidis E, Kitchener HC, Kalantariidou SN, et al. Large loop conization for early invasive cervical cancer. *Int J Gynecol Cancer*. 1997;7:95.

Propuesta de informe histopatológico de la pieza quirúrgica de cono cervical

Gilberto Solorza Luna,* José Gregorio Chanona Vilchis,** David Muñoz González,* Delia Pérez Montiel*

*Instituto Nacional de Cancerología, ** subdirección de Cirugía

Todo oncólogo conoce los beneficios de identificar los factores pronósticos de una enfermedad neoplásica, y si bien es cierto que con los adelantos tecnológicos y estudios moleculares de diversas neoplasias se puede tener un mejor conocimiento de las mismas, no debe olvidarse la importancia del estudio histopatológico y la necesidad de mantener una estrecha correlación clínicopatológica para esclarecer la evolución o conducta biológica de los procesos neoplásicos.

Es importante conocer e interpretar la información vertida en el estudio histopatológico, ya que de esto dependerá el éxito del tratamiento. Para ello, se propone que el informe de la pieza quirúrgica del cono cervical se unifique para que a mediano plazo se logren publicaciones en revistas médicas que despejen dudas y controversias, principalmente en lo referente a los carcinomas microinvasores del cuello uterino.

Bases descriptivas

La definición de microinvasor se basa en el máximo de profundidad de invasión al estroma (<5mm) y a la extensión longitudinal de la neoplasia (<7mm) que debe ser diagnosticado, sólo en un espécimen que incluya enteramente toda la lesión, por lo que el mínimo requerido es un cono cervical.¹

El carcinoma microinvasor se define como la presencia de una o más células neoplásicas que rompen la membrana inicial e infiltran al estroma en uno o más sitios con profundidad de invasión menor a cinco mm y con extensión horizontal menor a siete mm.² Su diagnóstico se considera un estadio preclínico del carcinoma invasor, diagnosticado sólo durante el estudio microscópico y que además se encuentra subdividido en estadio Ia1 (<3mm profundidad y <7mm en extensión horizontal) y estadio Ia2 (3.1 a 5mm en profundidad y < 7mm en extensión horizontal).³

Un adecuado estudio de las lesiones tempranas del epitelio cervical exige incluir todo el espécimen (cono y en producto de histerectomía todo el cuello uterino). Se recomienda entintar el borde exocervical para que sirva de referencia durante el estudio histológico y el número de cortes dependerá directamente del tamaño del espécimen y se sugiere no colocar más de tres cortes por cápsula para evitar la superposición de los mismos durante la inclusión en los bloques de parafina. Lo ideal es la medición de la extensión y profundidad de los invasión que se debe hacer por medio de un

micrómetro que se coloca en el ocular del microscopio.

El diagnóstico debe incluir:

- 1.- Tipo histológico.
- 2.- Profundidad de invasión.
- 3.- Extensión horizontal.
- 4.- Patrón de infiltración uni o multifocal.
- 5.- Presencia o no de invasión a espacios vasculares o linfáticos.
- 6.- Estado de los bordes quirúrgicos de resección.

En base a esta información se determina el tratamiento porque la mayor parte de los carcinomas cervicouterinos se originan en la unión escamo columnar y cuando son de tipo escamoso, por lo general, se extienden hacia el exocervix, y los adenocarcinomas se extienden con mayor frecuencia hacia el canal endocervical, lo que hace más difícil su diagnóstico y extensión.

Profundidad de invasión. Es el factor pronóstico más importante porque de él depende la posibilidad de invadir a los espacios vasculares o linfáticos para que las células neoplásicas puedan viajar a otros sitios y provocar metástasis.

Los tumores con profundidad de invasión menor a tres mm tienen menos de 1% de posibilidades de tener ganglios linfáticos positivos y los tumores que miden entre 3.1 y cinco mm de profundidad incrementan las posibilidades a 5.8%.²

Extensión de la lesión. Debe tomarse en cuenta debido a que mayor extensión, mayor es el riesgo de profundidad de invasión o grado de la lesión, ya que los tumores crecen en ambas dimensiones (extensión y profundidad); de tal forma, que la FIGO clasifica en estadio IB una extensión mayor de siete mm (controversia que no debe ser formalmente seguida, sino que se debe revisar toda la lesión para conocer la verdadera profundidad).

Grado de diferenciación. No se ha visto que influya en el pronóstico.

Confluencia. Se ha propuesto que la presencia de patrón confluente de crecimiento por el carcinoma microinvasor otorga

Informe histopatológico cono cervical	
Datos macroscópicos del cono	
Dimensiones: _____	
Diámetro: _____ Altura: _____	
Un fragmento _____ Varios fragmentos _____	
Referido: sí _____	
Datos microscópicos	
Profundidad de invasión: _____	
Extensión horizontal: _____	
Unifocal: _____ Multifocal: _____	
Confluencia: sí _____ no _____	
Grado de diferenciación: _____	
Mitosis por 10 csf: _____	
Permeación vascular o linfática: sí _____ no _____	
Estado de los bordes quirúrgicos	
Negativos: _____	
Positivo: exocervical _____ endocervical _____	
El borde quirúrgico es positivo para (tipo de lesión): _____	

mal pronóstico; sin embargo, en la mayoría de las series estudiadas de carcinoma microinvasor, la presencia de confluencia se ha asociado con ganglios pélvicos, metastáticos, recurrencias vaginales o muertes por carcinoma.²

Margen. Un margen negativo da la certeza de que se ha extirpado completamente la lesión. En el caso de los márgenes positivos se debe especificar en cuál de ellos se localiza (exocervical, endocervical o ambos). Lo importante es que el patólogo ofrezca más información conforme el espécimen se encuentre debidamente referido. Por otro lado, no obstante

que los márgenes quirúrgicos sean positivos en el cono cervical, en el producto de histerectomía pos-cono cerca de un 50% de las piezas no se encuentran libres de neoplasias. Lo anterior se encuentra referido en la literatura médica internacional y se atribuye a la lesión térmica que causa el asa durante el cono, o bien, al deficiente muestreo de la pieza por el patólogo. Cabe mencionar que en la distancia debe encontrarse el margen, principalmente los que tengan menos de 1 mm de distancia.⁴

Mediciones. Si se realizan mediciones precisas en dos dimensiones (extensión y profundidad) o incluso en tres dimensiones (extensión, profundidad y volumen) se puede precisar el pronóstico de la lesión con mucha certeza; sin embargo, existen pocos trabajos en los cuales se ha medido adecuadamente y sería utópico pedir que se hiciera la medición de tres dimensiones, aunque para algunas pacientes es mejor que el patólogo informe la lesión por lo menos en dos dimensiones.

Finalmente, cabe destacar que la frecuencia con la que se presenta este tumor es muy baja; en los centros de concentración apenas se registran entre 10 y 15 casos por año, razón por la cual existen muy pocos trabajos publicados en relación a los factores pronósticos. Sólo tres publicaciones fueron de análisis multivariado y no son concluyentes. La gran mayoría de los casos son lesiones de una profundidad menor a tres mm y sólo una tercera parte de los casos son lesiones con mayor profundidad, lo que muestra la dificultad para llevar a cabo trabajos y publicaciones que den certeza a los conocimientos vertidos.

Bibliografía

- 1.-Creasman WT. New gynecologic cancer staging (editorial). *Gynecol Oncol* 1995; 58; 157-8.
- 2.- Wrigth TC, Ferenczy A, Kurgan RJ. Carcinoma and others tumors of the cervix. In: Kurgan RJ, editor. *Blausten's Pathology of the Female Genital Tract*. Springer-Verlag New York; 2002, p.325-381.
- 3.- FIGO Cancer Committee. Staging announcement. *Gynecol Oncol* 1986; 25:383-5.
- 4.-Monk A, Pushkin S, Nelson A, Gunning J. Conservative management of options for patients with dysplasia involving cervical margins of cervical cone biopsy specimen. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174:1695-700.

Adenomioma del ligamento redondo

Round ligament adenomyoma

Ramiro Reyna Hinojosa,* Eduardo Juárez de la Luz,** Martha Cortés Velasco,** Amalia Castro Rodríguez,*** Nancy Elena Guzmán Delgado***

* Ginecólogo oncólogo, ** Ginecobotetra, *** Anatomopatólogo Hospital de Ginecología y Obstetricia de Monterrey

Resumen

Debido a que los tumores del ligamento redondo son muy raros, existe desconocimiento de su existencia y clasificación. Tal vez el tumor más frecuente sea el mioma, ya que el ligamento redondo tiene tejido muscular; sin embargo, en raras ocasiones los tumores mesenquimatosos presentan un componente epitelial de tejido endometrial para ser adenomioma. Por lo general, su diagnóstico es más un hallazgo que una sospecha clínica porque las pacientes son sometidas a cirugía por tumor uterino o anexial.

Palabras claves: adenomioma, ligamento redondo, tumores mesenquimatosos

Summary

Tumors of the round ligament are extremely rare, to the point that we don't think about it, the most frequent tumor is the leiomyoma, we must remember that round ligament does have muscular tissue, although in rare occasions this tumors present a mesenchymal and an epithelial component (endometrial tissue) and they are called adenomyoma. The diagnosis is mainly a surgical finding in patients operated for some other reason.

Key words: adenomyoma, round ligament, mesenchymal tumors

Introducción

Los tumores del ligamento redondo son muy raros y existe desconocimiento de su existencia y clasificación. Tal vez el tumor más frecuente sea el mioma,¹ ya que el ligamento redondo tiene tejido muscular; sin embargo, en raras ocasiones, los tumores mesenquimatosos presentan un componente epitelial de tejido endometrial para ser adenomioma.

El caso descrito a continuación es el primero en 25 años y se detectó accidentalmente porque la paciente fue sometida a cirugía por tumor.

Caso clínico

Paciente (ALR) de 34 años de edad sin antecedentes de importancia que inicia con un cuadro clínico de dolor pélvico de seis meses de evolución, exacerbado durante el periodo menstrual. A la exploración se palpó sobre el anexo izquierdo un tumor de siete cm de diámetro, sólido-quístico y fue considerado mioma uterino.

La ecografía pélvica (véase figura 1 y 2) mostró tumor sólido sin adherencias, de seis cm y se concluyó que era un tumor ovárico.

Los marcadores alfa feto proteína, antígeno carcinoembrionario y Ca 125 fueron negativos.

Se sometió a laparotomía y los datos quirúrgicos fueron:

a) Tumor dependiente del tercio medio del ligamento

redondo izquierdo de siete cm de diámetro, superficie lisa y sin adherencias (véase figura 3).

b) Ovario izquierdo normal (véase figura 4).

c) Útero y anexo derecho normales.

Se efectuó resección del tumor (véase figura 5) con estudio transoperatorio de mioma y anastomosis término-terminal del ligamento redondo izquierdo (véase figura 6).

Anatomía patológica

Descripción macroscópica: tumor de 7 x 4 x 4 cm, encapsulado, liso, que al corte se percibe sólido, nodular y con zona central quística con hemorragia antigua (véase figura 7).

Descripción microscópica: las secciones realizadas muestran neoplasia benigna formada por fibras de músculo liso dispuestas en un patrón arremolinado entre las que se observan vasos sanguíneos de pared gruesa. Algunas muestran áreas con edema y zona de hemorragia (véase figura 8). En la cavidad quística se encontró epitelio y estroma endometrial de características benignas (véase figura 9).

Comentario

El ligamento redondo es un elemento que forma el anexo y sirve de sostén al útero, lo que desde el punto de vista embriológico aparece alrededor de la semana ocho y es observado en forma completa alrededor de la semana 19.²

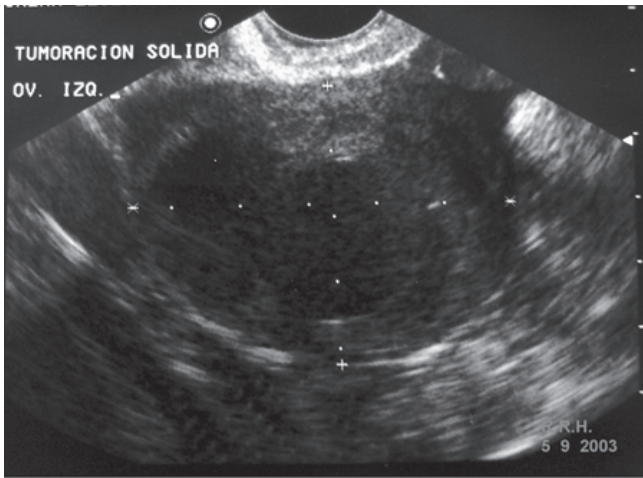


Figura 1. Tumor pélvico

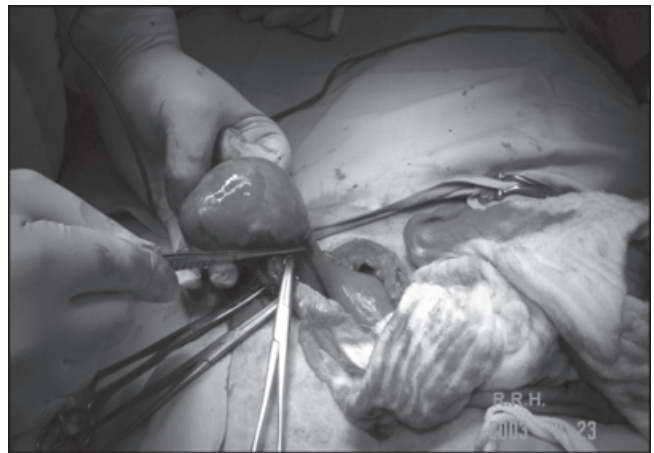


Figura 4. Ovario izquierdo y útero normales

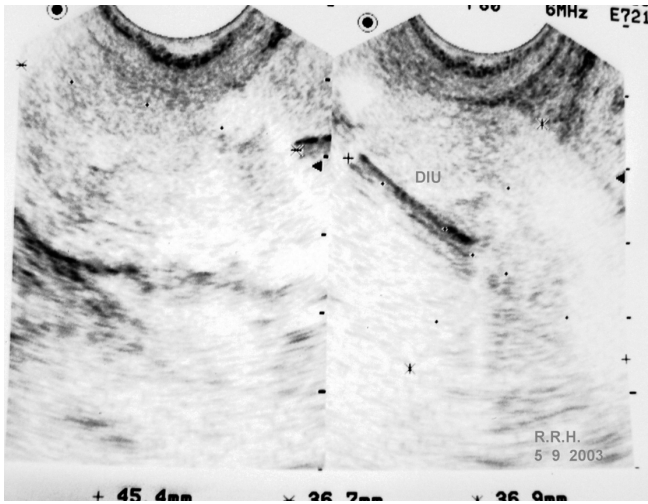


Figura 2. DIU

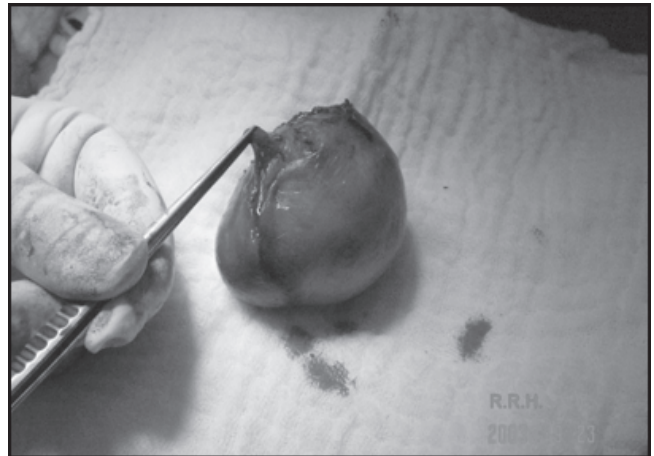


Figura 5. Tumor resecado

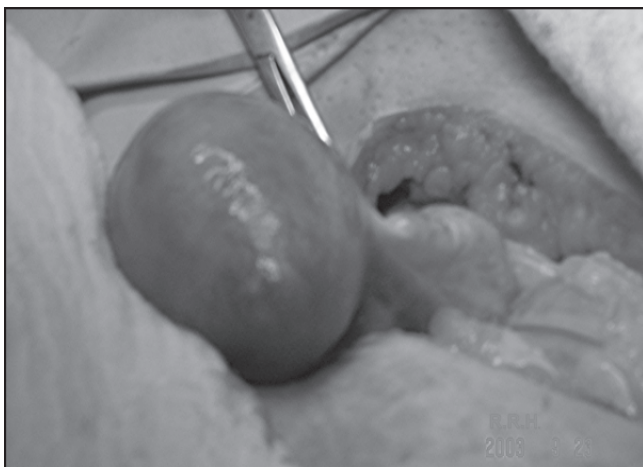


Figura 3. Tumor del ligamento redondo izquierdo



Figura 6. Anastomosis término-terminal: ovario izquierdo y útero normales

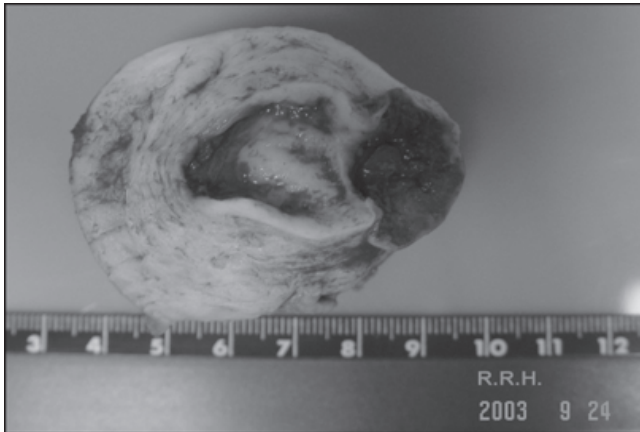


Figura 7. Tumor macroscópico

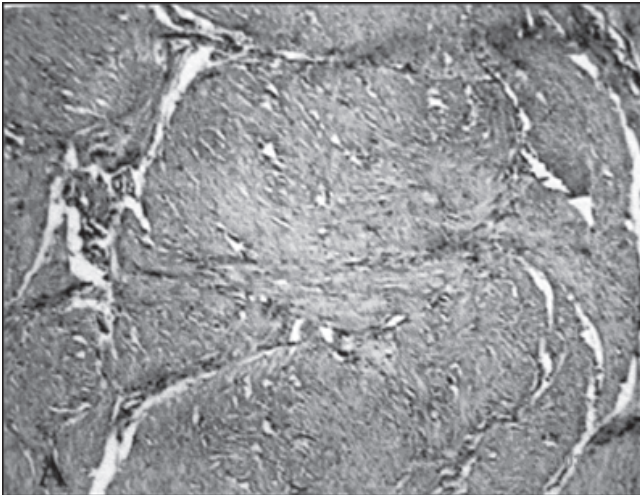


Figura 8. Tejido muscular liso

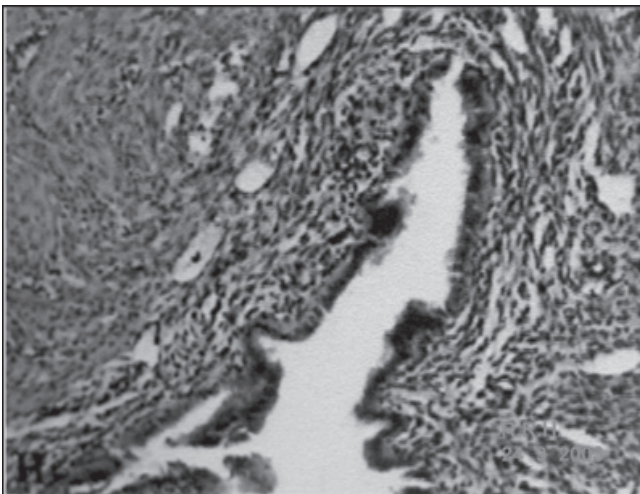


Figura 9. Glándulas y estroma endometrial

Cuadro 1. Clasificación de *The World Health Organization*

**WORLD HEALTH ORGANIZATION CLASSIFICATION
OF TUMORS OF THE BROAD LIGAMENT
AND OTHER UTERINE LIGAMENTS**

Epithelial tumors

Mullerian

Serous tumors

Cystadenoma

Cystic tumor of borderline malignancy

Carcinoma

Endometrioid tumors

Clear cell carcinoma

Mucinous carcinoma

Brenner tumor and transitional cell carcinoma

Wolffian and probable wolffian tumors

Papillary cystadenoma*

Adnexal tumor of probable -wolffian origin

Ependymoma

Mixed epithelial-mesenchymal tumors

Adenomyoma

Adenosarcoma

Others

Soft tissue tumors

Benign

Leiomyoma

Others

Malignant

Leiomyosarcoma

Others

Miscellaneous tumors

Germ cell tumors

Granulosa cell tumor

Thecoma

Fibroma

Steroid cell tumor

Adenomatoid tumor

Pheochromocytoma

Others

Secondary tumors

Carcinoma

Lymphoma and leukemia

Others

Tumor-like lesions

Cysts

Mullerian

Wolffian

Mesothelial

Endometriosis

Adrenal cortical rest hyperplasia (Nelson's syndrome)

Infectious masses

Fibro-xanthoma (inflammatory pseudotumor)

Malakoplakia

Foreign body granulomas

Nodular fasciitis

Others

*This tumor may be associated with von Hippel-Lindau disease

La patología del ligamento redondo es muy rara y la mayoría de los libros de ginecología no contemplan un capítulo para este problema y mucho menos una clasificación,^{3,4,5} y en otros^{1,6} sólo se mencionan de manera superficial.

Al revisar la bibliografía, sólo el fascículo de las Fuerzas Armadas de Patología, menciona un capítulo de "Tumores del ligamento redondo y otros ligamentos uterinos"⁷ que clasifica los tumores de este elemento anatómico y se apega a los lineamientos de *The World Health Organization* (véase cuadro 1). El caso presentado, dentro de esta clasificación,

pertenece al grupo de tumores mixtos epiteliales-mesenquimatosos que comprende al adenomioma y adenosarcoma.

La experiencia demuestra que es el primer caso observado desde 1972 y la bibliografía no contempla esta entidad.^{1,8,9,10,11}

Desde el punto de vista clínico, no se sospechan este tipo de tumores, se piensa más en los miomas o en otras patologías ováricas.

El adenomioma se representa de tejido glandular endometrial (con o sin estroma) y proliferación de músculo liso y es el más común de los tumores mixtos epitelial-mesenquimatoso del ligamento redondo; sin embargo, es difícil determinar su frecuencia si consideramos que en la mayoría de las veces el diagnóstico es un hallazgo fortuito.

Bibliografía

1.- Burton JL, Wells M. Tumors of the fallopian tubes and broad ligament. En: Diagnostic histopathology of tumors. Fletcher C (editor). Segunda edición.

Churchill Livingstone. Toronto. 2002;(1):642-647.

2.- Pietryga E, Wozniak W. The development of the uterine ligaments in human fetuses. *Folia Morphol (Warsz)*. 1992; 51(2): 181-193.

3.- Berek JS. Ginecología de Novak. Décima segunda edición. McGraw- Hill- Interamericana. 1997; (13) :331-390.

4.- James E, Weeler. Diseases of the fallopian tube and other paraovarian tumors. En: Blaustein's, Pathology of the Female Genital Tract. Cuarta edición. Springer-Verlag. New York. 1994:552-553.

5.- Crum CP. Aparato genital femenino. En: Robbins Patología Estructural y Funcional. Cotran RS, Kumar V, Collins T, Robbins SL (editores). Sexta edición. Mc Graw-Hill. Interamericana. México, D.F. 2000:1108-1110.

6.- Rosai J. Fallopian tube (including broad and round ligaments). En: Rosai and Ackerman's Surgical Pathology. Novena edición. Mosby, Toronto. 2004; (2):1636-1648.

7.- Scully RE, Young RH, Clement PB. Atlas of tumor pathology. Tumors of the Ovary, Maldeveloped Gonads, Fallopian Tube, and Broad Ligament. Armed Forces Institute of Pathology. Washington, DC. 1998; (23):499-511.

8.- Kao GF, Norris HJ. Benign and low grade variants of mixed mesodermal tumor (adenosarcoma) of the ovary and adnexal region. *Cancer*. 1978; 42(3):1314-1324.

9.- Bakotic BW, Cabello-Inchausti B, Willis IH, Suster S. Clear-Cell epithelioid leiomyoma of the round ligament. *Mod Pathol*. 1999; 12 (9):912-918.

10.- Losch A, Haider-Angeler MG, Kainz C, Bretenecker G, Lahodny J. Leiomyoma of the round ligament in a postmenopausal woman. *Maturitas*. 1999, 31: 133-135.

11.- Ghafari VV, Moghadami-Tabrizi N, Bahadon M et al. Myoma of the round ligament causing severe groin and T pain. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 1996; 3(4, Supplement): S15.



Sociedad Mexicana de Oncología, A.C.

Discurso pronunciado en la ceremonia de inauguración por el
Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo, presidente de la
Sociedad Mexicana de Oncología, A.C.
con motivo del
XXIII Congreso Nacional de Oncología
en el Teatro Peón Contreras de la Ciudad de Mérida, en Yucatán, México
el pasado miércoles 20 de octubre del año en curso.



Ciudadano Patricio Patrón Laviada, Gobernador Constitucional de Estado de Yucatán.

Distinguidos miembros del Presidium

Estimados colegas, miembros de la Sociedad Mexicana de Oncología

Señoras, señores, amigos todos que nos honran con su presencia.

Con gran entusiasmo acudimos a esta solemne ceremonia de inauguración del XXIII Congreso Nacional de Oncología, evento magno de las actividades de nuestra Sociedad.

Su presencia aquí da realce a nuestra reunión y constituye el mayor estímulo para seguir laborando en cumplimiento de nuestro compromiso como miembros de la Sociedad Mexicana de Oncología y en beneficio de los pacientes mexicanos que sufren cáncer, padecimiento que hoy por hoy es un gran problema de salud pública en nuestro país al ocupar el segundo lugar como causa de muerte.

Nos sentimos halagados, entusiasmados y conscientes del apoyo que nos brinda la presencia de usted señor Gobernador, miembros del presidium, de uno de nuestros fundadores, así como de un buen número de nuestros ex presidentes, representantes de otras sociedades y consejos médicos, profesores nacionales así como extranjeros, quienes han dejado sus apretadas agendas para venir a compartir sus experiencias.

Los objetivos de esta reunión son de carácter científico para ampliar los horizontes de nuestro conocimiento, aumentar nuestras capacidades profesionales a través del intercambio

de ideas y de experiencias, aprender de los demás, difundir los resultados de la tenaz dedicación de los médicos mexicanos a la investigación, tener la oportunidad de cultivar la fraternal amistad que nos une y convivir con una población bella, rica en historia y tradiciones, pero también con retos para un mejor porvenir.

Nuestra sociedad, a lo largo de sus 53 años de fundada, se ha mantenido a la vanguardia de la ciencia del pensamiento humanístico del médico y de la evolución social de nuestro país, en acciones continuas de difusión de los conocimientos científicos de la Oncología como una contribución al cuidado de uno de los valores más preciados por el hombre: la salud. Esta labor es de todos y cada uno de los sectores de la población, destacando y agradeciendo el apoyo constante y decidido de la industria farmacéutica ética, que nos ha acompañado en esta aventura.

Nuestra Sociedad refrenda hoy, al cumplir el XIX Aniversario del Día Nacional contra el Cáncer su compromiso, el de difundir el conocimiento de que es el cáncer, cómo se trata y cómo implementar medidas preventivas.

Mil gracias a todos por su presencia y participación y disfruten del congreso...su congreso.

Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo
Presidente SmeO



Presentación

Estimado colega:

La Sociedad Mexicana de Oncología, A.C. (SMEO), antes Sociedad Mexicana de Estudios Oncológicos, A.C. (SMEO), celebra este año el LIII Aniversario de su fundación. Orgullosa de sus logros y de contar con una membresía entusiasta, crítica y trabajadora, con apego a la ciencia y siempre orientada según los principios éticos, se ha reunido en este XXIII Congreso Nacional de Oncología, celebrado los días 20 a 23 de octubre en la blanca y bella ciudad de Mérida, Yucatán. Es fundamental destacar que gran parte del éxito de este congreso consiste en la ya tradicional asistencia y participación en las diferentes actividades académicas, en especial los trabajos libres, los cuales reflejan la capacidad y creatividad de los oncólogos mexicanos, por lo que nuestra Sociedad se honra en ser la plataforma para su exposición.

Con objeto de apegarnos a un estricto criterio científico y académico se creó el Comité Científico, integrado por oncólogos destacados que cubren áreas especializadas en manejo, como oncología médica y quirúrgica, radioterapia, pediatría y hematología. Los mejores trabajos libres fueron seleccionados por sistemas comprendidos en ocho temas, distribuidos en diez secciones. Se evaluaron independientemente del nombre de autores, coautores e institución. Cada uno fue valorado por no menos de cuatro revisores. Se calificaron en cuanto a originalidad, si eran prospectivos o retrospectivos, aleatorizados, con número adecuado de casos, con buen diseño y metodología, considerando su reproducibilidad, así como la repercusión en la práctica asistencial cotidiana; también se consideró su importancia y la trascendencia de resultados. La manera objetiva de calificar fue la escala decimal, y se aceptaron a partir de puntuación de siete; aquellos con calificaciones de nueve a diez se seleccionaron para presentación oral, dependiendo de los espacios disponibles.

Debido al gran número de trabajos libres de excelente calidad fue imposible que la mayoría de ellos fueran presentados en forma oral; sin embargo, el hecho de que aparezcan en cartel no demerita su calidad y la trascendencia de los mismos, por lo que esta última modalidad, como es bien sabido universalmente, cada vez tiene mayor aceptación.

Estamos seguros que al revisar cada uno de los trabajos nos brindarán ideas, sembrarán inquietudes, y sobre todo podrán estimular para ser más creativos en el desempeño cotidiano. Por último, deseamos agradecer y felicitar a cada uno de los participantes e invitarlos para que sus trabajos sean escritos en forma más extensa y enviados al Comité Editorial de la Gaceta Mexicana de Oncología, que es el órgano oficial de nuestra Sociedad, para que sean considerados en su posible publicación.

Atentamente,

Dr. Francisco J. Ochoa Carrillo
Presidente

Dr. Adolfo Fuentes Albu
Secretario

Contenido

A

Abordaje de Kraske para lesiones tempranas de recto distal.....	143
Accesos vasculares en pacientes oncológicos. Estudio prospectivo de 92 casos.....	144
Análisis clínico-patológico de tumores funcionales de glándulas suprarrenales y paragangliomas.....	125
Análisis de la resistencia multicelular a fármacos en cultivos de microesférulas de una línea celular de cáncer de pulmón.....	125

C

Cáncer cervicouterino recurrente: experiencia en cirugía de rescate. Centro Médico Nacional "20 de Noviembre".....	129
Cáncer en mama accesoria axilar derecha.....	126
Cáncer endometrial: resultados de la etapificación quirúrgica patológica y sus complicaciones (análisis de 58 casos).....	139
Carcinoma adenoescamoso asociado a papiloma invertido en cavidad nasal. Caso clínico.....	129
Carcinoma adenoideo quístico de tráquea.....	129
Carcinoma epidermoide de la mama. Informe de un caso.....	126
Carcinoma indiferenciado de la glándula suprarrenal.....	137
Carcinoma neuroendocrino tipo Merkel de la órbita ocular. Informe de un caso.....	141
Carcinoma secretor de mama en el hombre. Informe de un caso.....	126
Cirugía laparoscópica en cáncer cervicouterino.....	122
Cistoadenocarcinoma mucinoso primario de retroperitoneo.....	134
Comparación del número de muestras con material insuficiente para diagnóstico en biopsias	

por aspiración con aguja fina en lesiones palpables de mama en los servicios de ginecología y oncología de un hospital general.....	127
Conservative surgery after neoadjuvant chemotherapy: locally advanced breast cancer.....	122
Conservative surgery in supraglottic and hypopharyngeal tumors.....	120
Conservative surgery of the glottic area.....	120
Correlación del antígeno carbohidratado 19-9 ajustado al nivel sérico de bilirrubina en adenocarcinoma pancreático.....	144
Crecimiento de angiosarcoma mamario después de biopsia por aspiración con aguja delgada.....	126

D

Derrame pericárdico asociado a malignidad tratado con interferón A2b.....	145
Detección de ganglio centinela por vía laparoscópica en pacientes con cáncer cervicouterino. Informe preliminar.....	140

E

EA can replace EMCO as first line treatment in high risk gestational trophoblastic disease.....	139
Eficacia clínica del tratamiento con quimioterapia con el esquema etopósido/metotrexato/ciclofosfamida/vincristina (EMCO) en pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional de alto riesgo.....	128
Elevación del CA-125 asociado a síndrome de Meigs.....	128
Enfermedad de Bowen en la mama.....	126
Enfermedad pélvica inflamatoria por <i>Actinomyces</i> , simulando un tumor pélvico. Informe de cinco casos.....	140
Enfermedad trofoblástica gestacional. Experiencia del INCan.....	123
Epidemiología descriptiva del cáncer en el Instituto Jalisciense de Cancerología (IJC) - 2003.....	145
Epulis: manifestación clínica de hiperparatiroidismo primario. Diagnóstico y tratamiento. Caso clínico.....	141
Estudio piloto sobre la frecuencia de seromas posoperatorios en heridas de mastectomía con el uso de uno o dos drenajes.....	138
Exenteración pélvica como tratamiento del cáncer cervicouterino recurrente.....	123
Experiencia de la clínica de mama del Hospital General Regional de León, Guanajuato.....	138
Experiencia en tumores estromales con mesilato de Imatinib en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.....	144
Experiencia inicial en cirugía laparoscópica en un servicio de ginecología oncológica.....	122

F

Factores predictivos de citorreducción óptima en cáncer epitelial de ovario etapa clínica IIIc.....	123
Factores pronósticos en linfoma gástrico primario.....	144
Fibroma osificante. Caso clínico.....	129
Formulación intravenosa de etopósido administrada oralmente en cáncer epitelial de ovario (CEO), refractario o resistente a análogos del platino, taxanos (RAP-T), o ambos.....	128

G

Gemcitabina (G) versus gemcitabina + vinorelbina (GV) en cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) III b, iv, o ambas.....	136
Gemcitabina + cisplatino (GC) en cáncer de mama metastásico (CMM).....	124

H

Hemipelvectomía. Experiencia y resultados en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI.....	124
Hipertermia hídrica controlada extracorpórea, como alternativa de tratamiento de osteosarcoma. Presentación de un caso.....	135
Hipertermia hídrica controlada extracorpórea <i>in situ</i> , como alternativa de tratamiento en tumor de células gigantes. Presentación de un caso.....	135
Histerectomía laparoscópica en el tratamiento quirúrgico de enfermedades ginecológicas malignas y premalignas.....	128
Histerectomía radical modificada tipo II (Piver II) en el manejo del CaCu Ib 1.....	139
Histiocitoma fibroso maligno de la vulva. Informe de un caso.....	127
Historia natural del tumor <i>phylloides</i> : experiencia de 35 años y 288 casos. Servicio de oncología. Hospital General de México.....	124

L

Laringectomía <i>casi total</i> . Experiencia en Cuba.....	131
Liposarcoma paratesticular.....	137
Lipoma retrofaríngeo. Informe de un caso.....	141
Liposarcoma retroperitoneal gigante. Informe de un caso.....	134
Localización radioguiada de lesiones mamarias no palpables. Estudio piloto.....	127

M

Mamas supernumerarias en pacientes que acuden a la consulta externa de un servicio de tumores mamarios.....	138
Mandibulectomía segmentaria de urgencia para un fibroxantoma de mandíbula con fractura y hemorragia severa.....	130
Manejo de la citología anormal. Punto de vista estadounidense.....	117
Manejo laparoscópico de tumores de ovario benignos gigantes.....	128
Mapeo linfático e identificación de ganglios centinelas en pacientes con cáncer cervicouterino sometidas a histerectomía radical.....	123
Masa anexial. Experiencia del Hospital Juárez de México.....	139
Melanoma de recto. Informe de caso clínico.....	143
Melanoma maligno de colon derecho complicado con intususcepción intestinal. Informe de caso.....	143
Melanoma mamario. Presentación de un caso.....	126
Mesotelioma maligno de epiplón mayor. Presentación de un caso.....	134
Mucocele de antro maxilar.....	140
Mucositis grado IV postratamiento con radioterapia y quimioterapia en un paciente con diagnóstico oncológico de cáncer del triángulo retromolar, inmunosuprimido. Caso clínico.....	134

N

Necrosis digital asociada al uso de gemcitabina en cáncer epitelial de ovario. Informe de un caso.....	145
--	-----

Neoplasia endocrina múltiple. Presentación de un caso y revisión de la literatura.....	129
Neuriloma degenerativo pélvico gigante.....	134
Nuevos adelantos y protocolos en la detección del carcinoma de cuello uterino.....	118
O	
Osteosarcoma de húmero. Informe de dos casos.....	134
Osteosarcoma osteoblástico en un paciente con retinoblastoma.....	134
P	
Poroma ecrico maligno de pared abdominal. Informe de caso.....	141
Predicción de metástasis ganglionares en relación con los niveles de CA-125 preoperatorios en cáncer de endometrio.....	121
Procedimiento de Tikhoff-Linberg. Experiencia en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI.....	125
Prótesis faciales de elastómero de silicón procesadas con microondas.....	142
Q	
Quimioterapia paliativa más exenteración pélvica total en cáncer de cuello uterino recurrente clínicamente irresecable.....	121
R	
Receptores hormonales, Her 2 / Neu y p53 en 1,027 pacientes mexicanas con cáncer de mama.....	127
Reconstrucción faringoesofágica inmediata con injerto microvascularizado de yeyuno. Informe de un caso.....	130
Rehabilitación protésica de paladar blando.....	142
Resección craneofacial. Cáncer de nasofaringe.....	134
Resección de condrosarcoma del ramus mandibular con abordaje combinado transoral, transcervical y transcigomático.....	141
Resección multivisceral por cáncer colorrectal. Informe de un caso y revisión.....	142
Resección mediante abordajes craneofaciales de neoplasias del piso anterior de la base del cráneo.....	123
Respuesta completa a Imatinib en gistoma gástrico residual posterior a cirugía. Caso clínico.....	144
Resultados del tratamiento de los tumores limitrofes de ovario.....	139
Revisión de la experiencia del servicio de radioncología en el tratamiento radical del cáncer de próstata en el periodo comprendido entre 1955 y 2001.....	137
S	
Sarcoma sinovial en el espacio parafaríngeo. Informe de un caso.....	130
Sarcomas de partes blandas de extremidades. Experiencia en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI.....	125
Schwannoma de fosa infratemporal.....	130
Schwannoma mediastinal. Informe de seis casos y revisión de la literatura.....	136
Schwannoma maligno sinonasal. Caso clínico.....	129

Seminoma puro con enfermedad retroperitoneal voluminosa. Análisis retrospectivo con énfasis en el papel de la radioterapia.....	137
Sentinel lymph node biopsy for breast cancer.....	120
Síndrome de Maffucci. Informe de casos.....	136
Síndrome de vena cava superior secundario a carcinoma adenoideo quístico del cuello uterino recidivante. Presentación de un caso y revisión de la literatura.....	128
Síndrome condroide maligno. Informe de caso.....	141
¿Son más frecuentes las complicaciones de catéteres venosos centrales a permanencia en enfermedades malignas?.....	145
T	
Tamizaje aleatorio para cáncer de mama; resultado de 173 pacientes en el Instituto Jalisciense de Cancerología.....	139
Terapia alternativa y complementaria (TAYC) en pacientes con cáncer.....	144
Timolipoma gigante, tumor poco frecuente de mediastino anterosuperior. Análisis y presentación de dos casos.....	136
Tomografía por emisión de positrones (PET) en cáncer de mama.....	127
Tomografía por emisión de positrones (PET) en pacientes oncológicos.....	125
Tratamiento conservador del cáncer mamario.....	137
Tratamiento de microcalcificaciones sospechosas en mastografía.....	138
Tratamiento multimodal para metástasis cerebral resecable por melanoma, con terapia primaria controlada. Caso clínico.....	142
Tratamiento quirúrgico conservador de schwannoma. Caso clínico y revisión de la literatura.....	142
Tratamiento quirúrgico radical paliativo de las metástasis óseas por carcinoma de tiroides. Informe de cuatro casos.....	142
Treatment of laryngeal-pharyngeal advanced cancer.....	119
Tumor carcinóide de estómago. Presentación de un caso.....	143
Tumor del tabique rectovaginal; presentación rara de leiomioma rectal.....	143
Tumor desmoplásico de células pequeñas. Informe de un caso y revisión de la literatura.....	134
Tumor maligno de vaina de nervio periférico en recto.....	143
Tumor miofibroblástico extramamario. Informe de un caso y revisión de la literatura.....	126
Tumor retroperitoneal gigante de vaina nerviosa.....	134
Tumores de la vaina nerviosa en el Hospital General de México. Experiencia de cinco años.....	136
U	
Uso del sello vascular en ginecología oncológica.....	140
Uso del sello vascular en cirugía mamaria.....	127
V	
Validación del mapeo ganglionar y biopsia del ganglio centinela axilar en cáncer de mama.....	124
Valor diagnóstico de la radiografía intraoperatoria de la pieza quirúrgica para establecer márgenes quirúrgicos en cirugía conservadora para cáncer de mama. Estudio piloto.....	128
Vasculitis leucocitoclástica asociada a cáncer mamario. Caso clínico.....	139

MANEJO DE LA CITOLOGÍA ANORMAL. PUNTO DE VISTA ESTADOUNIDENSE

Ramón M. Cestero, MD, FCOG

Director of Colposcopy Services Department of Women's Health Arrowhead Regional Medical Center Colton, California, USA

Preámbulo. El año 2001 fue de gran importancia para quienes se dedican a la salud de la mujer y la prevención del carcinoma de cuello uterino. En primer lugar, el Sistema de Nomenclatura Citológica Bethesda tuvo su segunda revisión, dando paso a su versión actual denominada Sistema Bethesda 2001. También se publicaron durante ese año numerosos artículos sobre nuevas técnicas, como la citología de capa fina en base líquida y las nuevas pruebas moleculares para la detección de HPV DNA.

Al mismo tiempo se dieron a conocer los resultados preliminares del estudio ALTS (Ascus/LsII Triage Study), auspiciado por el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos. Por último, en el mes de septiembre, la American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP) organizó una conferencia de consenso para determinar el manejo óptimo de las pacientes que presentan anomalías citológicas y lesiones precursoras del carcinoma de cuello uterino. A esta reunión se invitó a 121 delegados con renombre internacional como expertos en este campo, representando distintas disciplinas relacionadas con el tema. Por primera vez en este tipo de reunión, clínicos de todas partes del planeta pudieron ofrecer sus comentarios y sugerencias a través de Internet. Los delegados también tuvieron acceso a un gran caudal de literatura científica mundial, incluyendo la evaluada durante la revisión del Sistema Bethesda, así como a los resultados preliminares del estudio ALTS. Las recomendaciones de este grupo de trabajo se han considerado como las normas por excelencia para el manejo de estas anomalías citológicas, por lo menos en Norteamérica.

Estas recomendaciones se dividen en las siguientes cuatro categorías, de acuerdo con su valor:

- Recomendada.** La recomendación de mayor peso, aplicable cuando sólo existe una opción de manejo, pero con amplia evidencia adecuada en la literatura para justificar su adopción.
- Preferida.** Aplicable cuando una opción es considerada la mejor, o una de las mejores, entre varias opciones aceptables.
- Aceptable.** Aplicable cuando tal vez pudiese ser preferible otra alternativa, pero la opción en cuestión no se considera necesariamente errónea.
- Inaceptable.** Aplicable cuando existe amplia evidencia contra una alternativa de manejo debido a su conocida ineficacia o por representar riesgo a la seguridad o la salud de la paciente.

Manejo de la citología atípica escamosa indeterminada. El sistema actual de nomenclatura citológica, denominado Bethesda 2001, subdivide la categoría de células escamosas atípicas (*atypical squamous cells*; ASC) en dos sub-categorías: ASC-US, que representa anomalías citológicas escamosas de significado verdaderamente indeterminado, y ASC-H, en que la muestra es sugerente de un proceso de neoplasia intraepitelial de alto grado, pero las alteraciones que presenta no llenan los estrictos requisitos citológicos y morfológicos necesarios para justificar su clasificación como tal.

Kinney y Manos demostraron que 49%, o casi la mitad de las lesiones histológicas de alto grado clasificadas como CIN 2/3, han de encontrarse entre aquellas pacientes que presentan diagnósticos citológicos indeterminados (clasificaciones ASC-US y AG-US bajo la antigua nomenclatura citológica Bethesda II). Esta asociación es más frecuente y de mayor magnitud que

su asociación con diagnóstico citológico concordante de lesión intraepitelial de alto grado (HSIL), ya que esta correlación pudo observarse sólo en 31% de los casos de CIN 2/3 incluidos en este estudio publicado en 1998. La literatura revela que para la paciente que presenta citología ASC-US, el riesgo de albergar una lesión histológica de alto grado diagnosticada como CIN 2/3 es de 5 a 17%, en tanto que una citología clasificada como ASC-H representa riesgo mucho mayor de CIN 2/3, que oscila entre 24 y 94 por ciento.

Al mismo tiempo, se sabe que la categoría indeterminada ASC-US carece de gran reproducibilidad, aun entre citólogos expertos. En el estudio ALTS, cuando un total de 3,448 muestras citológicas catalogadas inicialmente como indeterminadas fueron re-examinadas por un panel experto de control de calidad, sólo pudieron confirmarse 55% de ellas. El 31% de éstas fueron reclasificadas como citologías por completo normales, y 14% como citologías francamente anormales de bajo y alto grado. Esta evidencia es preocupante y obliga a proceder con algún tipo de evaluación adicional en la paciente que presenta diagnóstico citológico indeterminado.

En la actualidad se ofrecen tres alternativas a seguir, todas ellas aceptables: a) la citología de repetición acelerada; b) la colposcopia inmediata, y c) la detección del HPV DNA. Cada una de estas alternativas ofrece ventajas y desventajas. El frotis de Papanicolaou ha demostrado su innegable efectividad al lograr reducir de manera significativa las tasas de mortalidad por cáncer del cuello uterino durante los pasados cincuenta años, sobre todo en países desarrollados donde se han establecido programas adecuados de vigilancia entre la población general. Sin embargo, por sorpresa de la mayor parte de los clínicos, en estudios adecuadamente controlados, la citología ha demostrado tener una sensibilidad mucho menor que la sospechada. Un metaanálisis publicado en 1995 por Fahey, y otros estudios similares subsiguientes, demostraron que su verdadera sensibilidad en la práctica es no mayor de 51 por ciento.

Por otro lado, la colposcopia no sólo causa alarma, preocupación y ansiedad en la paciente que debe someterse a este examen, sino que también requiere entrenamiento formal y considerable experiencia por parte del clínico que intenta utilizar esta disciplina. El estudio ALTS ha demostrado que la sensibilidad real de la colposcopia en la práctica es de sólo 70%, aun cuando sea practicada por expertos. Por último, aunque la colposcopia forma parte de la evaluación ginecológica rutinaria en algunos países, en muchos otros se considera un procedimiento por completo independiente y conlleva por consiguiente un correspondiente aumento del costo de los servicios sanitarios.

La más reciente generación de técnicas moleculares para la detección de los tipos oncogénicos del HPV DNA mediante la captura de híbridos (*Hybrid Capture™-2, Digene Diagnostics, Gaithersburg, Md, USA*), y su combinación con la citología de capa fina en base líquida (*Thinprep®*, Cytyc Corporation, Boxborough, Ma, USA y Surepath™, Tripath Imaging, Inc., Burlington, NC, USA), ofrecen una tercera alternativa. En aquellas comunidades con acceso a estas tecnologías puede utilizarse el residuo celular de la muestra citológica en base líquida para proceder a la determinación simultánea del HPV DNA en la muestra mediante acuerdo previo con el laboratorio si la citología se clasifica como indeterminada. En su lugar pueden también obtenerse muestras simultáneas para citología convencional y HPV DNA durante el examen inicial de la paciente, descartando esta segunda muestra si el diagnóstico citológico no justifica su utilización o si la requiere. La literatura ha demostrado el alto valor predictivo negativo de la determinación del HPV DNA, por lo cual esta alternativa puede reemplazar el examen colposcópico inmediato o la citología de repetición acelerada, convirtiéndose así en la recomendación preferente dentro de los nuevos algoritmos. Debido también a su alto valor predictivo negativo, la determinación del HPV DNA ha sido incorporada en los protocolos de seguimiento luego del tratamiento de las lesiones precursoras.

Este endoso de la prueba de detección del HPV DNA como alternativa es consecuencia princi-

palmente de los hallazgos del recién concluido estudio ALTS. La utilización del HPV DNA logró reducir en 47% el número de pacientes con citología indeterminada referidas para examen colposcópico, de 100% a sólo 53%, conservando al mismo tiempo una excelente sensibilidad de 92% para la identificación de pacientes que albergaban una lesión histológica precursora de alto grado clasificada como CIN-3. La citología de repetición utilizando HSIL como criterio para enviar a la paciente a colposcopia demostró baja sensibilidad inaceptable de sólo 55%. Cálculos estadísticos utilizando los datos recogidos durante el estudio demostraron que se requerirían dos citologías de repetición consecutivas ASC-US para alcanzar una sensibilidad para la detección del CIN-3 comparable con la de una sola determinación de HPV DNA, pero esto conllevaría dos visitas adicionales al médico, y enviaría un número mucho mayor de pacientes a examen colposcópico. Otros estudios han corroborado en forma consistente la superioridad de la prueba de detección del HPV DNA sobre la citología de repetición en cuanto a su sensibilidad para identificar las lesiones precursoras de CIN 2/3.

Manejo de la citología atípica escamosa indeterminada para descartar una lesión de alto grado (ASC-H). Debido a la alta probabilidad de que la paciente con citología clasificada como ASC-H albergue una lesión histológica de alto grado, se recomienda en todos estos casos la colposcopia y la evaluación endocervical sistemática. Si se confirma la presencia de una lesión precursora, se procede a su tratamiento correspondiente según las pautas ya establecidas. Si no se halla una lesión colposcópica o histológica, se recomienda la citología de repetición a los seis y 12 meses, o una sola determinación de HPV DNA al cabo de 12 meses; la colposcopia se repite si cualquier citología de repetición es anormal o en caso de infección persistente por HPV.

Manejo de la citología atípica glandular indeterminada (aGC). Esta clasificación citológica es más alarmante, pues conlleva riesgo potencial mucho mayor que el de la citología escamosa indeterminada (ASC-US) o la citología escamosa de bajo grado (LSIL). Nuestra experiencia ha demostrado que entre 9 y 54% de estas pacientes presentan lesiones escamosas intraepiteliales en la anatomía patológica. Hasta 8% de ellas pueden presentar un adenocarcinoma *in situ* endocervical comprobado mediante biopsia, y entre 1 y 9% alberga un carcinoma invasor. Nuestro reto consiste en identificar correctamente a la paciente de riesgo. El estudio clave publicado por Kinney y Manos en 1998 demostró claramente que, tomadas en conjunto, las pacientes que presentan citología indeterminada de tipo escamoso o glandular albergan 49% de las lesiones precursoras de alto grado que luego se comprueban mediante biopsia.

Si utilizamos la nomenclatura citológica del sistema Bethesda 2001, una paciente cuya citología es clasificada como de "células glandulares atípicas no específicas (AGC, no especificadas de otra manera)", tiene riesgo entre 9 y 41% de albergar CIN 2/3, adenocarcinoma *in situ* o un carcinoma invasor. Este riesgo aumenta y oscila entre 26 y 96% si la citología se clasifica como "células glandulares atípicas sugerentes de neoplasia (AGC, neoplasia a favor)". Si la citología sugiere un adenocarcinoma *in situ* (AIS), la biopsia confirma este diagnóstico en 48 a 69% de estas pacientes, y 38% de ellas ya albergan un proceso francamente invasor.

Como resultado de este elevado riesgo de encontrar un grado de enfermedad significativa entre estas pacientes, se recomienda la colposcopia y la evaluación del canal endocervical en todo caso de citología clasificada como AGC y AIS, aunque se recomienda practicar inicialmente una biopsia de endometrio en aquellos casos en que la citología sugiere este origen. También se sugiere añadir la biopsia de endometrio a la evaluación colposcópica en toda paciente mayor de 35 años con citología glandular indeterminada, y en la mujer más joven que presenta sangrado anormal de causa desconocida. En la actualidad no está claro el valor de la determinación del HPV DNA en estos casos, por lo que no se recomienda su utilización. Sin embargo, se sabe que la utilización de citología de repetición en estas circunstancias se considera definitivamente inaceptable.

Manejo de la citología escamosa intraepitelial de bajo grado. Se sabe que aproximadamente 25% de las pacientes que presentan una citología escamosa intraepitelial de bajo grado (LSIL, *low-grade squamous intraepithelial lesion*) no muestran lesión significativa cuando se someten al examen colposcópico. Por otro lado, esta clasificación citológica conlleva riesgo de 15 a 30% de representar una lesión precursora de alto grado (CIN 2/3). Por este motivo, se recomienda identificar adecuadamente la naturaleza de la lesión mediante biopsia colposcópica antes de decidir su manejo más apropiado. El estudio ALTS demostró claramente el valor mínimo, si hubo alguno, de la utilización de determinación de HPV DNA en pacientes con citologías de bajo grado, dada la alta prevalencia de la infección por HPV entre esta cohorte. En su lugar, se recomienda la colposcopia con evaluación endocervical para toda paciente cuya citología es clasificada como LSIL.

Si se identifica de manera adecuada la lesión mediante colposcopia, agregar la evaluación endocervical es aceptable a discreción del clínico. Sin embargo, si no se visualiza lesión alguna, es preferible incluir en este caso la evaluación endocervical. Si no se confirma lesión alguna y la colposcopia es satisfactoria, la paciente puede recibir seguimiento expectante mediante citología de repetición a los seis y 12 meses, o mediante una prueba de detección de HPV a los 12 meses. Deberá repetirse el examen colposcópico en caso de cualquier citología de repetición anormal o infección por HPV persistente.

Manejo de la citología escamosa intraepitelial de alto grado. Afortunadamente, esta técnica (HSIL, *high-grade squamous intraepithelial lesion*) constituye un diagnóstico citológico poco frecuente y sólo representa 0.45% de los informes citológicos obtenidos en los laboratorios de Estados Unidos. Sin embargo, se encuentran lesiones histológicas precursoras de alto grado en 70 a 75% de las pacientes que presentan estas alteraciones citológicas. Por este motivo, la única alternativa de manejo recomendada en estos casos es la colposcopia con evaluación endocervical.

Si se confirma mediante colposcopia y biopsia una lesión de alto grado, se trata de acuerdo con las pautas ya establecidas para el tratamiento de estas lesiones precursoras. Si el examen colposcópico es *satisfactorio* y no se identifica lesión alguna, o si sólo se confirma CIN-1 en biopsia, se recomienda someter a revisión todo el material diagnóstico. Si esta revisión conduce a un nuevo diagnóstico, se lleva a cabo el tratamiento apropiado correspondiente al nuevo diagnóstico. Sin embargo, si la revisión confirma el diagnóstico original, se prefiere la exéresis mediante conización diagnóstica como tratamiento de elección.

Si el examen colposcópico es *no satisfactorio* y no se identifica lesión alguna, o si sólo se confirma CIN-1 en biopsia, también se recomienda someter todo el material diagnóstico a una revisión. Si ocurren cambios, el manejo de la paciente dependerá del nuevo diagnóstico. Si no es posible llevar a cabo esta revisión, o si la misma confirma el diagnóstico original, se recomienda la exéresis mediante conización diagnóstica como tratamiento de elección.

Resumen

Los principales cambios en las actuales recomendaciones para el manejo de la citología anormal son los siguientes: a) la incorporación de las pruebas de detección del HPV DNA para aclarar el significado de la citología escamosa indeterminada; b) su utilización como alternativa dentro de los protocolos de seguimiento en aquellas pacientes en quienes se sigue un manejo conservador sin tratamiento, y c) su aplicación en el seguimiento postratamiento de aquellas pacientes que presentan lesiones precursoras confirmadas en biopsia. Estas nuevas pautas han sido redactadas mediante un consenso alcanzado entre expertos luego de un profundo análisis de la evidencia científica a nuestra disposición. Como tales, son dinámicas y serán sometidas periódicamente a revisión sistemática, también por consenso según se acumule nueva evidencia científica adicional al respecto en la literatura mundial.

NUEVOS ADELANTOS Y PROTOCOLOS EN LA DETECCIÓN DEL CARCINOMA DE CUELLO UTERINO

Ramón M. Cestero, MD, CCI, FACOG

Attending Physician, Teaching Faculty Director of Colposcopy Services Department of Women's Health Arrowhead Regional Medical Center Colton, California, USA

Preámbulo. La incorporación del frotis de Papanicolaou dentro de los programas de protección (screening) ha sido sin duda uno de los avances más significativos en cuanto al diagnóstico precoz y la prevención del carcinoma de cuello uterino. Sin embargo, es preocupante observar que a nivel mundial esta enfermedad sigue siendo el segundo cáncer más común en la mujer. Aun en los países desarrollados, como Estados Unidos, luego de la vertiginosa caída inicial de las tasas de incidencia y mortalidad por carcinoma de cuello uterino observada a partir de los años 1950 como resultado de la puesta en práctica de programas de protección basados en el frotis de Papanicolaou, estas tasas no han variado en forma apreciable desde los años 1980.

Aunque el número absoluto de nuevos casos de cáncer de cuello uterino diagnosticados anualmente en los países donde existen programas adecuados de selección es relativamente bajo, la creciente cifra de informes citológicos anormales que éstos generan constituye una carga abrumadora para los recursos sanitarios, ya que todas estas pacientes requieren, por consiguiente, algún tipo de evaluación adicional. Por este motivo, existe una enorme y urgente necesidad de incrementar la eficiencia de los sistemas actuales y las metodologías de protección entre la población en general.

Virus de papiloma humano. El virus del papiloma humano (HPV) es ahora aceptado en general como la causa primaria indiscutible del carcinoma de cuello uterino. Unos 30 tipos de HPV afectan de manera selectiva el epitelio del aparato genital inferior, tanto en varones como en mujeres. Bosch y Walboomers demostraron claramente la presencia de tipos altamente oncogénicos del virus del papiloma humano (HPV) en casi la totalidad de los tumores invasores del cuello uterino.

La historia natural de la infección por virus del papiloma se ha analizado y estudiado en detalle gracias a los grandes avances alcanzados recientemente en el campo de la biología molecular. Su espectro clínico tiene un rango que va desde la infección latente no visible hasta el carcinoma invasor. Hoy se sabe que la gran mayoría de las infecciones por HPV adquiridas mediante contacto sexual son transitorias, y que el virus es eliminado con efectividad mediante los mecanismos inmunológicos del huésped. La mayor parte de las mujeres que adquieren esta infección eliminan el virus en plazo de nueve a 15 meses, con una media de ocho meses, aunque la media se prolonga de 12 a 13 meses en casos en que la infección es causada sobre todo por tipos altamente oncogénicos del HPV. También ha quedado bien establecido que la *persistencia* de una infección causada por tipos muy oncogénicos del HPV es un requisito indispensable para el desarrollo y la progresión subsiguiente de las lesiones precursoras de alto grado (CIN-3).

Nuevas tecnologías. Gracias a los adelantos de la biología molecular, se dispone actualmente de la segunda generación de una prueba altamente eficaz para detección de la presencia del DNA del virus del papiloma humano (HPV DNA) utilizando una tecnología basada en la captura de híbridos. Ésta se conoce bajo su nombre comercial Hybrid Capture™-2 (Digene Diagnostics, Gaithersburg, Md, USA). Actualmente existen dos aplicaciones clínicas de esta prueba que ya han sido aprobadas e incorporadas por las agencias gubernamentales correspondientes dentro de los protocolos de protección para el carcinoma de cuello uterino.

En primer lugar, la detección del HPV DNA es la metodología recomendada preferentemente para el manejo de la citología escamosa atípica indeterminada (ASC-US) dentro de las pautas establecidas por la Conferencia de Consenso del año 2001 auspiciada por la Sociedad Americana de Colposcopia y Patología Cervical (ASCCP), aunque existen otras alternativas de manejo que también son aceptables.

El estudio ALTS, recién concluido en el año 2002, demostró claramente el valor de la determinación del HPV DNA para identificar a la paciente de riesgo dentro de aquellas que presentan una citología atípica escamosa de significado indeterminado (ASC-US). Este estudio demostró que una sola determinación de HPV DNA ofrece sensibilidad de 92% para la detección correcta de lesiones CIN-3 confirmadas en forma continua mediante biopsia, reduciendo en forma significativa al mismo tiempo en 47% el número de pacientes que deberían ser sometidas al examen colposcópico. En esta situación, la citología de repetición demostró sensibilidad mucho menor, requiriendo además mayor número de visitas al médico y mayor número de pacientes enviadas a examen colposcópico, con la consiguiente carga económica para los recursos sanitarios en aquellos países donde la colposcopia no forma parte de la revisión ginecológica rutinaria.

La segunda aplicación clínica de la prueba de detección del HPV DNA es su utilización como técnica adyuvante de demostrado valor dentro de los protocolos de protección primaria en la mujer mayor de 30 años. Esta aplicación ha sido aprobada recientemente por las agencias sanitarias de Estados Unidos. Al combinarse con la citología, esta prueba demostró sensibilidad y valor predictivo negativo mucho mayores que los de la citología cuando ésta se utiliza por sí sola, lo que permite extender los intervalos de seguimiento sin riesgo para la paciente, y reduciendo así el gasto que la revisión ginecológica preventiva conlleva para los sistemas sanitarios cuando se practica anualmente.

Numerosos estudios epidemiológicos han demostrado claramente que la prevalencia de la infección por HPV en la población general es sumamente alta en la mujer joven menor de 30 años, pero que a partir de esa edad esta prevalencia disminuye de manera significativa en forma consistente sin distinción de fronteras geográficas. Otros estudios han demostrado igualmente que la sensibilidad de la determinación del HPV DNA para identificar correctamente los casos de CIN 2/3 dentro de los programas de seguimiento es superior a la de la citología cuando se aplica en

combinación con esta última como técnica adyuvante, ya sea utilizando la citología convencional o la citología de capa fina en base líquida. Al mismo tiempo, estos estudios también demuestran en forma convincente que esta combinación, utilizando la determinación del HPV DNA como adyuvante, tiene valor predictivo negativo de casi 100% para descartar la presencia de las lesiones precursoras de alto grado (CIN-3). Esto ha permitido a las autoridades sanitarias extender sin riesgo el intervalo de seguimiento de uno a tres años en aquellas mujeres que presentan resultados negativos en ambas pruebas de detección.

Guías para la aplicación clínica de esta nueva metodología. En previsión de la gradual incorporación dentro de los protocolos de seguimiento de la prueba del HPV DNA, utilizada en forma conjunta con la citología, por aquellos clínicos que la tengan a su disposición, el Instituto Nacional del Cáncer, la Sociedad Americana de Colposcopia y Patología Cervical (ASCCP), y la Asociación Americana del Cáncer, co-auspiciaron un taller de trabajo de expertos celebrado el mes de febrero del 2003 en la ciudad de Tucson, Arizona. Las recomendaciones de este grupo de trabajo fueron publicadas este año, e intentan proporcionar al clínico unas guías basadas en la evidencia publicada en la literatura, los hallazgos de varios estudios todavía no publicados, y la opinión de estos expertos.

Siguiendo estas nuevas guías, la determinación del HPV DNA puede añadirse a la citología dentro de los protocolos de selección en mujeres mayores de 30 años de edad. Se recomienda que el intervalo de "screening" se incremente a tres años en pacientes en quienes ambas pruebas sean negativas. El riesgo de albergar una lesión precursora histológica significativa se considera bajo en pacientes con citología negativa, aunque demuestren tipos de HPV de alto riesgo oncogénico. Por lo tanto, estas pacientes no han de requerir un examen colposcópico, y se recomienda en su lugar repetir la citología y la determinación del HPV DNA al cabo de seis a 12 meses. Sin embargo, si cualquiera de estos resultados es anormal en la visita de seguimiento, se recomienda entonces un examen colposcópico experto. Se espera que estas guías den lugar a una utilización más eficaz y correcta de estas nuevas tecnologías, permitiendo así reducir el número de exámenes y tratamientos innecesarios, y dirigiendo nuestros limitados recursos disponibles hacia la paciente de verdadero riesgo, así como reduciendo al mismo tiempo la ansiedad que estos procedimientos sin duda producen entre la población sometida a seguimiento.

Importancia de la educación sobre HPV. Si los recursos sanitarios a disposición del clínico permiten utilizar estas nuevas técnicas de selección, es de vital importancia que eduquemos a nuestro personal clínico, al igual que a nuestras pacientes, sobre su verdadero significado para lograr que éstos se valoricen dentro de una perspectiva apropiada sin causar ansiedad y preocupación innecesaria en la paciente. Debemos enfatizar la naturaleza casi universal y transitoria de la infección por HPV, y que el desarrollo de las lesiones precursoras y el cáncer del cuello uterino sean por demás situaciones excepcionales dentro de la historia natural de esta infección.

Resumen. Se espera que la adopción de estas nuevas guías permita identificar correctamente, durante el seguimiento primario, a la mujer de bajo riesgo que no ha de requerir una revisión anual. De este modo podrán dirigirse los limitados recursos de nuestros países hacia la población de verdadero riesgo. Tenemos ahora a nuestro alcance estas avanzadas tecnologías, las cuales ofrecen un gran potencial para aumentar de manera significativa la eficacia de nuestros protocolos para seguimiento, prevención, y detección precoz del carcinoma de cuello uterino y sus precursoras. Estas técnicas conllevan un costo inicial relativamente alto, y su puesta en práctica gradual dependerá en gran medida de los presupuestos a nuestra disposición. Sin embargo, al permitir dirigir mejor nuestros recursos hacia la población de riesgo, ofrecen la esperanza de disminuir aún más el número de mujeres que por desgracia siguen siendo víctimas de esta terrible enfermedad.

TREATMENT OF LARYNGEAL-PHARYNGEAL ADVANCED CANCER

Jean Louis Lefebvre, MD

The definition of "advanced disease" may be somewhat confusing. It is based on the conventional TNM classification and stage grouping that may mix completely different situations. It could be easier for the discussion on therapeutic options to distinguish "moderately advanced diseases" (that still could be treated by a "large partial" procedure when surgery is selected), "advanced diseases" (for which the only one surgical option would be a TL), and "far advanced diseases" (unresectable diseases).

1. The therapeutic options for advanced laryngeal-pharyngeal cancers

1.1. Endoscopic carbon dioxide laser surgery

Historically, laser surgery was used first for early diseases. There is no major discussion for these indications that are well documented. On the contrary, CO₂ laser surgery is more debated for more advanced cases.

1.1.1. Larynx cancers

- In 1997, Motta reported in a series of 516 glottic patients treated with laser CO₂, 37 cases with a T3 tumor (7% of the entire group). For this subset of patients, the 5-year overall survival rate was 55%, and the adjusted survival rate was 67%.
- In 1998, Iro reported in a series of 141 supraglottic patients, 48 cases (34%) of T3-4 diseases. The 5-year recurrence-free survival rates were 75.2% for stages III and 45.3% for stages IV. Local failures occurred in 5/15 T3 and 3/33 T4.
- In 1999, Rudert reported in a series of 34 supraglottic patients, 17 T3-4 diseases, 12/17 had postop XRT, 9/17 recurred, and 4/17 died of local evolution.
- In 2003, Vilaseca-Gonzalez reported a large series of 257 larynx cancers treated by laser CO₂. This paper concluded on the importance of the surgical expertise for such a surgery.

1.1.2. Hypopharynx cancer

- In 2002, Steiner reported a series of 129 hypopharynx patients of whom 96 were stages III and IV (17 pT3 and 14 pT4). Local recurrences occurred in 14/96 patients. The 5-year overall survival rate was 47%.
- In 2003, Rudert reported a series of 29 hypopharynx patients (2 were T3-4 and 20 were stages

III-IV). There was no local recurrence in T3-4 patients while 6 of the stages III-IV locally recurred. The 5-year overall survival was also of 47%.

2. Subtotal surgery of the laryngopharynx

2.1. Supracricoid laryngectomy

This surgery was pioneered by Piquet in the early 1970s. Whatever the type of procedure (cricohyoidopexy, CHP, or cricohyoidoepiglottopexy, CHEP), this surgery requires a notable expertise of the surgeon, nurses and speech therapists as well as a real motivation of the patients, as postop courses may last 3 to 4 weeks, sometimes even longer. However, this surgery provides excellent results in terms of 5-year disease control (over 90%), survival (over 75%) and larynx function preservation (over 90%)

2.2. Hemipharyngolaryngectomies

This surgery may be used for lateral epilarynx tumors or hypopharynx tumors with either the classical technique removing the ipsilateral true vocal cord or a modified technique (supraglottic hemipharyngolaryngectomy). Published data have found a 5-year local control ranging between 80 and 95% and a constant 5-year survival around 50%. As data mixed epilarynx and hypopharynx tumors as well as T1 and some rare T4, it is impossible to assess the real place of this surgery for moderately advanced laryngopharyngeal tumors.

2.3. Near TL

This technique removing a large part of the larynx and the entire piriform sinus (the remaining part of the larynx being used to form a vocal shunt) was described by Pearson, who reported in 75 patients a fair voice production in 85% of the cases without impaired local control (3/75 local recurrences). But this surgery cannot avoid a permanent tracheotomy.

2.4. Total laryngectomies (with or without partial pharyngectomy)

- Most advanced laryngopharyngeal tumors have been treated by radical surgery including a TL. All published data reported locoregional control over 85% and 5-year survival ranging between 50% (larynx) and 35% (hypopharynx). This notable control above clavicles must continue to be taken into account. This clearly means that radical surgery remains a tool among others to be used for the treatment of advanced diseases.
- For more advanced diseases circumferential pharyngolaryngectomy with partial or total esophagectomy is, in highly selected patients, an option. But the results are disappointing: as the 5-year survival barely exceeds 15%.

3. Radiation therapy

- Most of the conventional monofractionated XRT series in advanced laryngopharyngeal cancers mix advanced and far advanced diseases. In the absence of a randomized trial (TL with postoperative XRT versus definitive XRT with or without salvage TL no definitive conclusion may be asserted). However, it seems that surgery get better results than conventional XRT for T3-T4 cancers (for resectable diseases in operable patients) than XRT in laryngeal tumors and moreover in hypopharynx tumors.

- Both altered fractionation and concurrent CT-XRT have been reported as able to improve the local control. But very few studies focused on laryngopharyngeal cancers.

4. Organ preservation

4.1. Larynx cancer

- The first randomized trial was the veterans trial that enrolled 332 patients. Two thirds of patients had supraglottic tumors; one half had vocal cord fixity. Survival was similar both arms and 2/3 of survivors in the CT arm could retain their larynx.

- The second trial was the gettec trial that enrolled 68 patients and was prematurely closed. Two thirds of patients had glottic or transglottic tumors and all had a vocal cord fixity. Survival was significantly higher in the surgery arm.

- The third trial was the RTOG 91-11 trial that compared ICT (as in the veterans trial) versus concurrent CT-XRT (XRT and cisplatin on days 1, 22 and 43) versus standard XRT. Five hundred and 47 patients were enrolled in this study, 518 were analyzed in a first recent evaluation. Of them, two thirds had a supraglottic tumor and less than half had a fixed cord. At 2 years, 88% of patients treated by concurrent CT-XRT had an intact larynx, versus 75% in the induction CT arm, and 70% in the XRT alone arm. But on one hand, mucosal toxicity was twice as higher in the concurrent CT-XRT arm, and on the other hand overall survival was similar in the 3 arms.

4.2. Hypopharynx cancer

- The first randomized trial was the EORTC 24891 trial that enrolled 202 patients. 10-year results showed that survival and ultimate local control were similar in both arms. In the CT arm, nearly two thirds of survivors had retained a functional larynx in place.

- Another randomized trial compared ICT followed by either surgery or XRT, in both arms whatever the response to CT. Ninety two patients were enrolled in this study. The 5-year survival and local control were nearly twice as higher in the surgery arm.

Conclusion. For moderately advanced diseases, endoscopic or subtotal surgery may be proposed in selected cases, according to the patients and tumors characteristics, and to local resources and expertise. These cases are also good candidates for larynx preservation. For advanced diseases, larynx preservation should be the preferred option except for transglottic, very infiltrative tumors and for tumors destructing the cartilage that are better controlled by a total laryngectomy followed by postop XRT. For far advanced diseases, concurrent CT-XRT should be preferred each time the patient's condition allows it.

CONSERVATIVE SURGERY OF THE GLOTTIC AREA

Jean Louis Lefebvre, MD

The laser CO₂ surgery for early glottic cancers provides local control in more than 90% of the cases. The quality of voice after such a surgery is excellent and must be taken into account for professional voice users. In addition the overall cost of a laser cordectomy is cheaper than the cost of open surgery and quite similar or cheaper than irradiation.

The cordectomy removes one true vocal cord and its paraglottic space. It is indicated for limited lesion of the mid vocal cord without extension to either the anterior commissure or the vocal process of the arytenoids. For typical indications (T1a of the mid true vocal cord), this surgery is able to control 95% of the cases, but each time this surgery is extended either to the anterior commissure or the arytenoid local control may decrease to 70 percent.

The frontolateral laryngectomy removes one true vocal cord and its paraglottic space, the anterior commissure, and the very anterior part of the thyroid cartilage. It is indicated for tumor of the vocal cord arising the anterior commissure without extension to the arytenoid. Published data mention 5-year local control of 90 to 95 percent.

The anterior frontal laryngectomy with epiglottoplasty removes one true vocal cord, the anterior commissure, the anterior half of the contralateral vocal cord, and the anterior half of both thyroid cartilage alae. It is indicated for tumor involving the anterior commissure without destruction of the thyroid cartilage, and without deep invasion in the paraglottic space. Published local control rates range between 90-95% for T1, and 80% for T2.

The hemilaryngectomy removes the thyroid ala, the arytenoid, and the mucosa from the aryepiglottic fold to cricothyroid membrane or to the hemicricoid is resected. Various techniques of hemilaryngectomy alone or with reconstruction have been described (cartilage, skin, muscle). It is indicated to treat glottic Cancer involving the ventricle and the false vocal cord without fixity of the larynx. Published local control rates range between 70 and 90 percent.

The supracricoid partial laryngectomies with either cricohyoidoepiglottopexy or cricohyoidopexy removes both true vocal cords, both false vocal cords, one arytenoids, both thyroid alae and either the inferior part of the epiglottis (CHEP) or the entire epiglottis (CHP). It is indicated for bilateral glottic cancer involving the anterior commissure (CHEP) and/or the inferior part of the epiglottis (CHP), in both cases without arytenoid fixity. Published local control rates range over 90 percent.

CONSERVATIVE SURGERY IN SUPRAGLOTTIC AND HYPO

Jean Louis Lefebvre, MD

Laser CO₂ surgery for T1-T2 supraglottic cancers provides 5-year recurrence free survivals ranging between 65 and 85 percent.

The supraglottic laryngectomy removes the epiglottis and both false vocal cords, the preepiglottic space, the upper half of the thyroid cartilage and the hyoid bone. It may be extended superiorly (to the valleculae and the inferior part of the base of tongue) or laterally (to the upper part of one pyriform sinus). It is indicated for lesions of the laryngeal surface of the epiglottis without extension to the anterior commissure of the glottis and without notable extension to the preepiglottic space (possibly extending to the valleculae or to the anterior part of the aryepiglottic fold). These techniques are rarely studied separately. Local control is as high as 90%, but the 5-year survival is quite disappointing (around 70%), due to second primaries, and to lesser extent due to distant metastases or to local and/or regional recurrences.

The supracricoid partial laryngectomy with cricohyoidopexy removes the entire epiglottis, the preepiglottic space, the thyroid cartilage, both false vocal cords, both ventricles, both true vocal cords and optionally one arytenoid. This technique is indicated for tumors of the supraglottic larynx extending to the anterior commissure, or to the ventricle, or to the vocal cord without extension to the aryepiglottic folds, or to the valleculae. Published data indicate local control over 90 percent.

The partial lateral pharyngectomy removes the greater cornu of the hyoid bone and the posterior two-thirds of the thyroid ala, as well as the lateral wall of the pyriform sinus. This procedure is indicated for limited tumours of the lateral wall of the pyriform sinus. Local control is excellent, but 5-year survival does not exceed 50% due to intercurrent diseases, distant metastases and metachronous cancers.

The supracricoid hemilaryngopharyngectomy removes the hemithyroid cartilage and hemihyoid bone, the pyriform sinus and the corresponding hemilarynx above the cricoid cartilage (the vocal cord and its arytenoid, the ventricle and the ventricular strip, half of the epiglottis and of the pre-epiglottic spaces, the marginal area of the larynx). This procedure is indicated for limited tumours of the medial wall of the pyriform sinus without impaired mobility of the larynx and located above the superior border of the cricoid. Local control is excellent, but the 5-year survival ranges between 45 and 50 percent. The supraglottic hemilaryngopharyngectomy differs from the previous procedure only in that the glottic stage is conserved. This technique has about the same indications and results.

SENTINEL LYMPH NODE BIOPSY FOR BREAST CANCER

Henry Mark Kuerer, MD

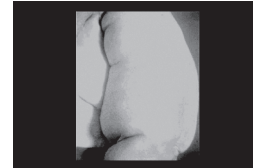
Director, Breast Surgical Oncology Training Program
Department of Surgical Oncology, M.D. Anderson Cancer Center

Axillary Lymph Node Dissection

- Goals
 - Accurate staging
 - Regional control
 - Survival advantage ?
- No benefit in removal of healthy lymph nodes

Complications of Axillary Node Dissection

- Significant for the individual patient
- Lymphedema
- Shoulder dysfunction
- Parasthesias/ pain



Patients Hate Drains



More Selective Approach Needed

Only 1/3 of Patients with a Clinically Node Negative Axilla will have Axillary Metastases

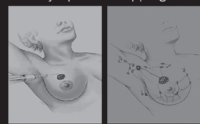
Complications of Axillary Node Dissection

- Significant for the individual patient
- Lymphedema
- Shoulder dysfunction
- Parasthesias/ pain

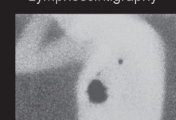
Lymphatic Mapping with Sentinel Node Biopsy

- Popularized by Morton in melanoma
- Definition: first node to drain a cancer
- The status of the SLN is predictive of the status of the remaining nodal basin
- First tested in breast cancer by Krag et al in 1993

Lymphatic Mapping



Lymphoscintigraphy



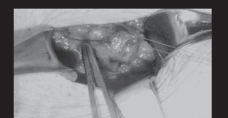
Blue-dye Injection



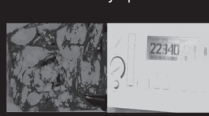
Gamma-Probe



Surgical Lymphatic Mapping



Sentinel Lymph Node

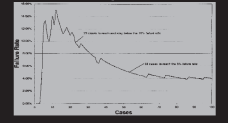


Results of SLN Biopsy

Study	No. Pa	SLN (n/total)	FN Rate (%)
Osborne (1995)	114	99	4.4
Shors (1997)	243	92	0.5
Brogna (1998)	130	94	1.7
Krag (1998)	483	41	11
Varma (1999)	376	59	7
Chen (2000)	233	81	6
Talib (2001)	536	87	13
Hunter (2004)	575	95	-

Combined use of blue-dye and radioactive colloid increases accuracy

Learning Curves



American Society of Breast Surgeons Consensus Statement

- Individual surgical experience of at least 20 cases in which both SLN and axillary dissection are performed is necessary to minimize the risk of false-negative results
- Acceptable false negative rate = 5%

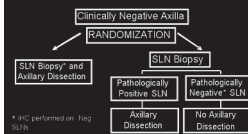
SLN Trials



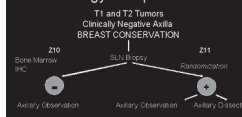
U. S. Prospective Randomized Trials

- Better understand impact of SLN biopsy in management of early stage breast cancer
- Expected accrual 11,000 patients
- Firmly establish SLN biopsy as standard of care
- NSABP B-32 (PI: Krag)
- ACOS-OG 20010, 20011 (PI: Giuliano)

NSABP Protocol B-32



American College of Surgeons Oncology Group SLN Trial



European Institute of Oncology Randomized Comparison of SLN Biopsy Vs Standard Axillary Dissection

- 516 patients with tumors < 2 cm
- SLN biopsy and Ax Dissection Vs SLN biopsy and Ax Dissection only if positive
- At median follow-up of 46 months
 - Less pain and better mobility in SLN group
 - No cases of axillary recurrence

Sentinel Node Evolving Controversies

2003 AJCC Breast Cancer Staging: IHC Positive and Isolated Cells = pN0

- pN0(-) No metastasis histologically, neg IHC
- pN0(+) No metastasis histologically, positive IHC, no IHC cluster > 0.2 mm
- pN0(mol-) negative (RT-PCR)
- pN0(mol+) positive (RT-PCR)
- pN1mi Micrometastasis (> 0.2 mm, none > 2.0 mm)

Is a Completion Axillary Lymph Node Dissection Necessary

When a Sentinel Lymph Node Contains Metastases ?

QUIMIOTERAPIA PALIATIVA MÁS EXENTERACIÓN PÉLVICA TOTAL EN CÁNCER DE CUELLO UTERINO RECURRENTE CLÍNICAMENTE IRRESECCABLE

Rigoberto Dolores-Velásquez, Carlos M. López Graniel, Lucely Cetina Pérez, A. González Enciso, G. Chanona Vilchis, Victoria Puertas, Alfonso Dueñas González
 Instituto Nacional de Cancerología, México.

Antecedentes. Aproximadamente 25% de las pacientes tratadas por cáncer de cuello uterino presentan progresión o recurrencia de la enfermedad localizada en la pelvis. Esto ha conducido a pensar que la recurrencia hasta la pared pélvica indica enfermedad metastásica, y que las pacientes en esta condición no son candidatas para rescate quirúrgico radical; sin embargo, con el advenimiento de la quimioterapia de inducción y en base a experiencias previas en la institución, esto pudiera ser factible. Existen informes de respuesta a quimioterapia paliativa (QTP) sola en cáncer recurrente de cuello; sin embargo, no se ha emprendido otro tratamiento a pesar de la respuesta lograda. La QTP más exenteración pélvica (EPT) puede tener un papel promisorio en este tipo de pacientes. No hay informes hasta el momento sobre el uso de esta modalidad de tratamiento.

Objetivos. Evaluar la morbimortalidad, supervivencia y resultados clínicos de esta modalidad de tratamiento.

Pacientes y métodos. Se incluyeron 11 casos. La edad promedio fue de 43 años (r = 29-55). Los estadios clínicos en base a FIGO fueron: etapas clínicas la, lb, lla, con una paciente cada uno, respectivamente; tres casos llb, dos casos llb, y en tres casos no se pudo determinar el estadio. Todas las pacientes tuvieron confirmación de recurrencia por biopsia y con infiltración a una o ambas paredes de la pelvis determinada por más de un examinador y por imagen. Seis casos tuvieron infiltración bilateral y en cinco fue unilateral. Tres casos tuvieron hidronefrosis unilateral al tiempo del diagnóstico. Todas las pacientes recibieron como mínimo tres ciclos de QT a base de platino, y posteriormente fueron sometidas a laparotomía exploradora con intento exenterativo.

Resultados. Todos los tumores fueron completamente resecados. Hubo respuesta completa patológica en cuatro casos. Cinco pacientes desarrollaron complicaciones por la cirugía: tromboembolia pulmonar (un caso), fistulas (dos), oclusión intestinal (uno), infección de herida quirúrgica (uno). Sólo se registró una muerte asociada al procedimiento quirúrgico. El promedio de SVG fue de 18.5 meses (r = 4 a 54 meses). Hubo franca mejoría de los síntomas, en especial dolor y sangrado. En cuatro pacientes se registró una nueva recurrencia: dos a nivel local, una a distancia, y una local y a distancia. El promedio de SV en las pacientes con nueva recurrencia fue de 9.5 meses (r = 7-14 meses).

Conclusiones
 La QTP más EPT es una modalidad de tratamiento promisorio. Puede ser una alternativa en este grupo de pacientes, ya que tienen beneficio sustancial paliativo, no sólo de los síntomas, sino también de la SV. La laparotomía exploradora debe ser el procedimiento diagnóstico para evaluar la resecabilidad en este tipo de pacientes con tales circunstancias.

PREDICCIÓN DE METÁSTASIS GANGLIONARES EN RELACIÓN CON LOS NIVELES DE CA-125 PREOPERATORIOS EN CÁNCER DE ENDOMETRIO

Bañuelos-Flores J, Zeferino-Toquero M, Maytorena-Córdova G, Reyna-Amaya H, Solís-Juárez Y.
 Servicio de Oncología Ginecológica, Hospital Luis Castelazo Ayala, IMSS. México

Introducción. Los elevados niveles de CA-125 preoperatorios en cáncer de endometrio se han relacionado con la presencia de metástasis ganglionares y enfermedad extrauterina.

Objetivo. Determinar si los niveles séricos preoperatorios de CA-125 pueden pronosticar metástasis linfáticas en pacientes con cáncer endometrial.

Metodología. Se incluyó a las pacientes de nuestro servicio con diagnóstico de cáncer de endometrio tratadas con cirugía primaria etapificadora, entre enero de 1995 y agosto de 2003, a las cuales se les determinó en etapa preoperatoria el nivel sérico de CA-125 y comparamos estos valores con el resultado histopatológico de la pieza quirúrgica, buscando relación entre niveles y presencia de ganglios linfáticos con metástasis.

Resultados. Se encontraron 320 casos con cáncer endometrial, y en 59 pacientes se documentó CA-125 preoperatorio. El promedio de edad fue de 55 años (rango: 28 a 83 años). En 10 pacientes (17%) hubo metástasis ganglionares y 49 (83%) no las tuvieron. Se observó que los niveles séricos de CA-125 en las pacientes con metástasis linfáticas fueron mayores estadísticamente que en aquellas sin metástasis. Además, hubo incremento significativo de los niveles de CA-125 en pacientes con etapa quirúrgica avanzada, y grado nuclear alto en pacientes posmenopáusicas.

Conclusiones. Los niveles séricos de CA-125 son un factor de riesgo importante para predicción de metástasis ganglionares en las pacientes con cáncer de endometrio en nuestra población.

Risk for Additional (Non-SN) Metastases

- Database of patients with positive SN (n = 60)
- Multivariate Predictors
 - T-size > 2 cm
 - Size of SN metastases > 2 mm
- When T < 2 cm and mets > 2 mm, no additional nodal mets found

Reynolds et al. JCO. 1999

Risk for Additional (Non-SN) Metastases

- Database of patients with positive SN = 104 (41%)
- Predictors
 - T-stage
 - Primary tumor LVI
 - Extranodal hilar tissue invasion
 - Size of SN metastases

	ALL	HSE >2mm	HSE <2mm	HC ONLY
Positive Non-SN	45%	63%	45%	20%

Turner et al. Cancer. 2000

Clinicopathologic Factors Predicting Involvement of Nonsentinel Axillary Nodes in Women with Breast Cancer

R. Haug, S. Krishnamurthy, K. Hunt, N. Mirza, F. Ames, B. Feig, H. Kuerer, E. Singletary, G. Babiera, F. Meric, J. Akins, J. Ivy, and M. Ross

M.D. ANDERSON CANCER CENTER

Ann Surg Onc. 2003

Microinvasion	N	Significant Factors
None	1999	Primary tumor size, SN metast size
Present	1999	Primary tumor size, SN metast size
None	2000	Primary tumor size, SN metast size, extranodal extension, LVI
Present	2000	SN metast size, LVI, extranodal extension
None	2001	Tumor size, multiple positive SN
Present	2001	Size of metastases, SN metast size, primary tumor size

Multivariate Predictive Model

Characteristic	Odds Ratio	95% CI	P	?
SN met >2mm	6.0	1.26-28.70	0.024	2
Tumor size >2 cm	4.1	1.42-11.89	0.009	1
LVI invasion	3.7	1.15-11.70	0.028	1
No. SLN ≥ 3	0.19	0.04-0.93	0.047	-2

Nomogram for Predicting the Likelihood of Additional SLN Metastases in Patients with a Positive Sentinel Node Biopsy

- Pathological size, nuclear grade, lymphovascular invasion, multifocality, ER-receptor status, method of detection of SLN metastases, number of positive SLNs, and number of negative SLNs.
- Validated prospectively in 373 patients

http://www.mskcc.org/mskcc/html/15538.htm

The Actual Risk of Axillary Local Recurrence after SLN Biopsy

- 4008 Procedures
 - Memorial Sloan-Kettering
- Median follow-up 31 months
- Axillary local recurrence
 - 1.4% SLN+ and No Axillary Dissection
 - 0.13% SLN negative and No Axillary Dissection

Nak et al. Ann Surg. 2004

Sentinel Node Biopsy Following Neoadjuvant Chemotherapy?

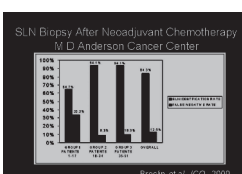
Conversion of Axillary Metastases: FNA Positive to Pathologic Negative

POSITIVE 191 patients → FAC x 4 → Pathologic NEGATIVE 43 patients

23%

Median # LNs Removed = 16

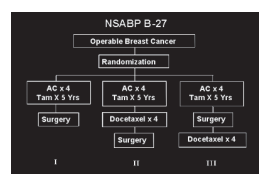
Went et al. Ann Surg. 2009



Sentinel Node Biopsy Following Neoadjuvant Chemotherapy in Breast Cancer: Results from NSABP B-27

E. Mamounas, A. Brown, R. Smith, T. Julian, B. Miller, S. Anderson, H. Bear, C. Caldwell, A. Walker, W. McKelison, J. Stauffer, H. Theoret, L. Wickerham, N. Wolmark

NSABP Operations and Biostatistical Center
 Pittsburgh, Pennsylvania



Pathologic Status of Sentinel Nodes and Non-Sentinel Nodes

SN the Only Positive Node → 51% of SN-Positive Pts (51/88)

SN Falsely Negative → 11% of Node-Positive Pts (13/99)

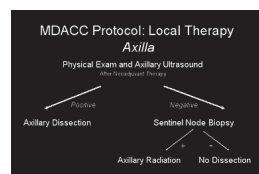
4% of All Pts with SNs (11/252)

Mamounas

Sentinel Lymph Node Biopsy After Neoadjuvant Chemotherapy

False Negative Rate

Breath et al. 2000	12
Ross et al. 2000	25
Perkins et al. 2001	25
Mamounas et al. 2001	11
Hall et al. 2001	9
Julian et al. 2001	9
Taha et al. 2001	9
Montgomery et al. 2002	6
Engel 2002	7
Bach et al. 2002	7
Parkman et al. 2002	7
Ahura et al. 2004	8



Should Patients with DCIS Be Offered SLN Biopsy?

Sentinel Lymph Node Biopsy Patients With 'Pure' DCIS

- European Institute of Oncology
- 223 unselected patients with DCIS
- Metastases in 3.1%, most micromets
- Completion dissection no additional mets
- Select patients – palpable mass? Diffuse disease?

Intra et al. Arch Surg. 2003

SLN Biopsy for 'High Risk' DCIS

- DCIS with microinvasion (N=31)
 - 10% Positive SLN
- High-Risk DCIS (N=76)
 - Palpable or mass on MMG
 - Extensive high-grade lesions
 - 12% Positive SLN
- Mastectomy = Lose chance for later SLN

Klauber-DeMare. Ann Surg Onc. 2000

MD Anderson Cancer Center Selective Use of SLN Biopsy in DCIS

- 399 patients with INITIAL diagnosis of DCIS
- 20% of patients will have invasive carcinoma on final pathology
 - Predictors: CORE Biopsy diagnosis, age < 55
- 10% positive SLN (H and E in 93%, n = 141)
 - Highly selected group of patients

Yen. SSO. 2004

DCIS and SLN Biopsy

- M.D. Anderson Cancer Center
- The opportunity to perform a SLN biopsy after the breast is removed does not exist
- Patients who receive mastectomy for DCIS are offered SLN biopsy

Current Indications and Standards for Sentinel Node Biopsy

- Evolving
- Clinically NEGATIVE axilla
 - T1, T2, T3 tumors
- If a SLN is found to be positive, complete axillary dissection is indicated
- DCIS: High-risk for Invasive and receiving mastectomy

Current Indications and Standards for Sentinel Node Biopsy

- Limited experience
- Following neoadjuvant therapy
- Risks and benefits should be discussed in detail with patient

Summary

- SLN biopsy accurately predict the presence or absence of axillary node metastases in breast cancer
- SLN biopsy is suitable to evaluate the axillary lymph node status in patients with clinically node negative breast cancer

National Comprehensive Cancer Network Treatment Guidelines

- Use of sentinel node biopsy in breast cancer
 - Clinically negative axilla
 - Team must have documented experience
- SLN positive or none identified needs axillary node dissection

St. Gallen International Expert Consensus Meeting

- A negative sentinel lymph node is now accepted as allowing avoidance of axillary dissection
- Micrometastatic disease, particularly isolated cells, are a subject of research

J Clin Oncol. 2003

Current Accepted Practice?

- Yes
- Multidisciplinary validation
 - Identification and false-negative rates
- Encourage participation in National trials

The University of Texas MIDANDERSON ON CANCER CENTER

Making Cancer History

EXPERIENCIA INICIAL EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN UN SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA

Gustavo Cortés Martínez, Pedro Escudero de los Ríos, Ramón Delgado Ramírez, Félix Quijano Castro, Juan Carlos Cantón
Hospital de Oncología. Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS. México

Introducción. Durante los últimos 10 años, la cirugía laparoscópica tuvo gran desarrollo en ginecología oncológica, por los adelantos tecnológicos y la mayor experiencia en este tipo de cirugía en neoplasias, además del diagnóstico diferencial con padecimientos no oncológicos que simulan tumores de origen ginecológico. Sin embargo, se requiere de una curva de aprendizaje para realizarla y posteriormente dar conclusiones del beneficio oncológico o su aplicación como método diagnóstico en ginecología oncológica.

Objetivo. Conocer los resultados de la experiencia del servicio en los primeros 23 meses en cirugía laparoscópica como método diagnóstico, etapificador o terapéutico en neoplasias ginecológicas.

Material y métodos. Se revisaron los resultados de 65 pacientes por tipo de cirugía, tiempo quirúrgico, sangrado transoperatorio, días de estancia, porcentaje de conversión y complicaciones en las cirugías laparoscópicas realizadas desde septiembre del 2002 hasta julio del 2004.

Resultados. De 65 pacientes, 17 cirugías fueron diagnósticas, 14 etapificadoras y 34 terapéuticas. Por patología, 22 benignas y 43 neoplasias. De 17 cirugías diagnósticas, 10 fueron por patología benigna de ovario, 1 ascitis por cirrosis, 2 por enfermedad pélvica inflamatoria, 1 por tuberculosis peritoneal, 1 por sospecha de recurrencia en cáncer de endometrio, 2 por cáncer de ovario no citorrreducible. Por cirugía terapéutica, 14 fueron histerectomías Piver I, 10 histerectomías Piver II o III, 7 cirugías para cáncer de endometrio, 2 ooforectomías bilaterales y 1 ooforopexia bilateral. De los tumores malignos, 24 fueron por cáncer cervicouterino, 9 por cáncer de endometrio, 6 por cáncer de ovario, 2 por metástasis a ovario, 1 por enfermedad trofoblástica gestacional persistente y 1 por enfermedad de Hodgkin. El tiempo quirúrgico promedio fue de 120 minutos en cirugía diagnóstica, de 214 minutos en cirugía terapéutica y de 158 minutos para cirugía etapificadora. El sangrado promedio fue de 280 ml en cirugía diagnóstica, 280 en cirugía terapéutica y 225 en cirugía etapificadora. Los días de estancia fueron 2.4 en cirugía diagnóstica, 2.7 en terapéutica y 2.0 en etapificadora. Hubo ocho pacientes complicadas (12.3%) y ocho en conversión (12.3%).

Conclusiones. La cirugía de mínima invasión es factible en pacientes seleccionadas, para diagnóstico diferencial de patología benigna y en 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 poder realizar etapificación quirúrgica que permita una rápida recuperación para el manejo neoadyuvante o adyuvante.

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER CERVICOUTERINO

Gustavo Cortés Martínez, Ramón Delgado Ramírez, Pedro Escudero de los Ríos, Daniel López Hernández, Félix Quijano Castro
Departamento de Ginecología Oncológica.

Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS. México

Introducción. La cirugía laparoscópica en cáncer cervicouterino tuvo un gran desarrollo en el último decenio debido al avance tecnológico, a mayor experiencia en la técnica, mayor número de series comparativas con cirugía abierta y por los beneficios propios de la cirugía laparoscópica. Sin embargo, aún falta mayor seguimiento para determinar si existen diferencias significativas en resultados oncológicos a largo plazo.

Objetivo. Determinar la factibilidad de realizar diferentes procedimientos quirúrgicos en cáncer cervicouterino para el tratamiento, etapificación y mapeo linfático con resultados quirúrgicos similares a la técnica abierta en cuanto a tiempo quirúrgico, sangrado transoperatorio, morbilidad y estancia hospitalaria.

Material y métodos. Entre septiembre del 2002 y julio del 2004 se incluyó en el estudio a 24 pacientes con cáncer cervicouterino, candidatas para cirugía terapéutica o etapificadora y estudio de ganglio centinela en etapas hasta Ib.

Los resultados de las 24 pacientes fueron: 5 en etapa 0, 1 en etapa Ia1, 13 en etapa Ib1, 2 en Ib2 y 3 etapa Ib, realizando 6 histerectomías Piver I, 7 histerectomías Piver II o III con linfadenectomía pélvica bilateral con muestreo para-aórtico previo, 3 con histerectomía Piver II o III con linfadenectomía pélvica bilateral y mapeo de ganglio centinela, 4 con cirugía etapificadora con linfadenectomía pélvica y retroperitoneal, y una incluyendo mapeo de ganglio centinela, además de tres pacientes solo con linfadenectomía pélvica, que debieron convertirse en dos por falla del equipo y otra por ganglio positivo transoperatorio.

La mediana de sangrado de 443 ml con rango de 50 a 1,700 ml, tiempo quirúrgico de 220 minutos con rango de 60 a 360 minutos, días de estancia promedio de 2.3 días con rango de 1 a 7 días, morbilidad en cuatro pacientes (17%), todas en cirugía radical, por lesión vesical en dos y sangrado en dos, conversión en tres, dos por falla del equipo y una por extravío de gasa.

Conclusiones. En este estudio preliminar, el tiempo quirúrgico, el sangrado o los días de estancia hospitalaria son similares a los de cirugía abierta, con

CONSERVATIVE SURGERY AFTER NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY: LOCALLY ADVANCED BREAST CANCER

Henry Mark Kuerer, MD

Director, Breast Surgical Oncology Training Program
Department of Surgical Oncology, M.D. Anderson Cancer Center

Neoadjuvant Chemotherapy

- Concept developed concurrently with the advent of adjuvant chemotherapy during the 1970's
- Locally advanced breast cancer
-Stage III

Inoperable to Operable
Neoadjuvant Chemotherapy

Feasibility of Breast Conserving Surgery in LABC?
Neoadjuvant Chemotherapy

Singletary et al. Cancer, 1992 Feasible 23%

Neoadjuvant Chemotherapy: Potential Advantages

- Immediate treatment of occult systemic disease
- *In vivo* assessment of tumor response
- Tumor Downstaging
-Inoperable → Operable
-Mastectomy → BCT

M. D. Anderson Cancer Center
Locally Advanced Breast Cancer

Clinical Findings From Neoadjuvant Chemotherapy Protocols 1990's

Treatment Protocol
Locally Advanced Breast Cancer Patients

FAC x 4

No Change → XRT
Objective Response → BCT → Mastectomy
Mastectomy MV x 6 → FAC x 4 + MV + XRT

Breast Conservation in LABC

- Initial MDAACC experience: N = 103
-29%
- Overall survival greater in patients receiving lumpectomy vs. MRM (82% vs. 66%, P < 0.001, related to Response)
- Five-year local recurrence rate 6%

J Clin Oncol 2:460-4, 1999

Grading Clinical Response
To Neoadjuvant Chemotherapy

- Complete Response (CR)
- Partial Response (PR) → +50% Tumor Reduction
- Minor Response (MR) → +50% Tumor Reduction
- No Change (NC)
- Progressive Disease (PD)

Ann J Surg

Clinical Response to Neoadjuvant Chemotherapy

Response	N (%)
CR	52 (14)
PR	219 (58)
MR	79 (21)
NC	21 (5)
PD	7 (2)

28%

Main Questions

- Is the biology of breast cancer predetermined and therefore not changeable?
- Can we alter the patient's clinical course early by utilizing alternative novel therapies?

Aberdeen Neoadjuvant Schema

First Phase: All Patients (CR/PR) → Second Phase: Mastectomy (2.6), BCT (2.6), MV (2.6)

Breast Conserving Surgery for Locally Advanced and Large Primary Breast Cancer after Neoadjuvant Chemotherapy

Local Recurrence and Survival

BCT after Neoadjuvant Therapy in Advanced Disease

Important Considerations

- High competing risk for distant metastases
- High local/regional recurrence risk after MRM + XRT

Breast Conservation Surgery After Neoadjuvant Therapy

Large Primary and Operable Breast Cancer Trials

Author	N	CR	PR	BCT	Mastectomy	Local
Swain et al., 1998	120	34	50	10	10	10
Verma et al., 1998	120	38	50	10	10	10
Powderly et al., 1995	105	38	50	10	10	10
Fisher et al., 1998	103	38	50	10	10	10
Masterson et al., 1998	126	38	50	10	10	10
Masterson et al., 1998	126	38	50	10	10	10
Masterson et al., 1998	126	38	50	10	10	10

Is Breast Conservation SAFE after Neoadjuvant Chemotherapy?

Breast-conserving therapy after neoadjuvant chemotherapy: the M. D. Anderson Cancer Center experience

Chen et al., Journal Clinical Oncology, 2004

Concerns with this Approach

Pretreatment → **Post-treatment**

"negative margins"

M. D. Anderson Experience

BCT after neoadjuvant chemotherapy

- treatment years: 1987-2000
- doxorubicin-based, median 4 cycles
- careful selection criteria
- multidisciplinary team approach

357 eligible patients

IBTR Results

IBTR-free Rates	5-yr	10-yr
94%	94%	90%

LRR-free Rates	5-yr	10-yr
90%	90%	85%

T4 and Breast Conservation?
Neoadjuvant Chemotherapy

Shen et al. Ann Surg Oncol 2004

Multivariate Predictors of LRR

Factor	Hazard Ratio	P-value
N2 or N3	3.9	<0.001
LVS1	3.9	<0.001
> 2 cm residual	2.8	0.008
Multifocality	2.2	0.03

Residual Tumor Morphology

	5-Yr IBTR Rate
• No residual tumor (25%)	3%
• Solitary mass (52%)	4%
• Multifocal residual (23%)	12%

Neoendocrine Therapy for Breast Cancer?

- Option for Breast Conserving Surgery for patients who will not take chemotherapy

Double-Blind, Randomized, Multicenter Neoadjuvant Tamoxifen vs Letrozole

- 55 centers in 16 countries

Tamoxifen 20 mg od
Letrozole 2.5 mg od
4 months

Adjuvant therapy at investigator's discretion

morbilidad y porcentaje de conversión razonables, tomando en cuenta la curva de aprendizaje. Con mayor número de casos, se valorará el resultado oncológico y la posibilidad de estudios comparativos con cirugía abierta.

FACTORES PREDICTIVOS DE CITORREDUCCIÓN ÓPTIMA EN CÁNCER EPITELIAL DE OVARIO ETAPA CLÍNICA IIIC

José de Jesús Valdez Urzúa Williams, René Arias Garzón, Pedro Escudero de los Ríos

Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS. México

Antecedentes. El propósito de este estudio es identificar factores clínico-patológicos predictivos de citorreducción óptima en pacientes con cáncer de ovario tipo epitelial EC IIIC.

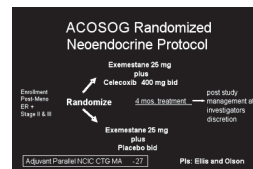
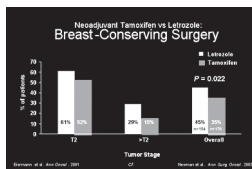
Material y métodos. Estudio retrospectivo a cinco años. La influencia de cada variable fue evaluada en análisis bivariado. Las variables encontradas con importancia estadística fueron evaluadas en un análisis multivariado.

Resultados. Se estudiaron 131 pacientes, de los cuales 50.5% presentaron síntomas de menos de seis meses de evolución. En 49 enfermos se realizó citorreducción óptima, con tiempo medio de evolución de 5.73 meses, Ca 125 medio de 242.36 U/ml y grados II-III de diferenciación en 73.8%.

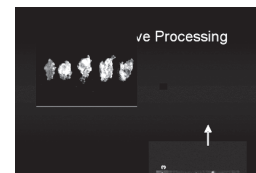
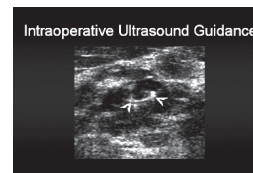
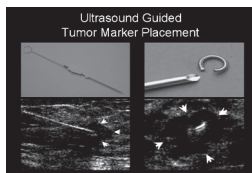
Los factores predictores de citorreducción óptima en el análisis multivariado fueron: tiempo de evolución de los síntomas menor a seis meses, Ca 125 menor de 500 U/ml y grado I de diferenciación tumoral.

Comentario. Existen informes previos que refieren el nivel de Ca 125 como predictor de citorreducción; sin embargo, no se encontraron referencias en la literatura médica internacional acerca del tiempo de evolución de los síntomas. En cuanto al grado de diferenciación, existe controversia en los estudios publicados.

Conclusiones. Para las pacientes con Ca 125 mayor de 500 U/ml, tiempo de evolución mayor de seis meses y grado de diferenciación II-III, existe menor posibilidad de conseguir citorreducción óptima; por lo que sería conveniente iniciar su manejo con quimioterapia neoadyuvante.



Breast Imaging Prior to Surgery
Plan to Resect all Abnormalities Visualized



Recommendations Neoadjuvant Therapy

- To ensure adequate resection and low local recurrence rate
 - Metallic marker placement
 - 50% will have residual despite cCR
 - Breast excision of primary tumor site in patients with complete clinical response

Summary

- Neoadjuvant therapy has several potential advantages
- Clinical and pathologic response to therapy predicts patient outcome
- Breast conserving therapy after neoadjuvant therapy is safe

Indications for Neoadjuvant Therapy

- Locally advanced breast cancer
- Large primary breast cancer
- Too large for breast conservation
- Patient desires breast conservation

Conclusion

Early Integration of Novel Therapeutic Agents

A Chance to Rapidly Exceed the Standard of Care in Breast Cancer Treatment

grupo de enfermas fue de 100% a cinco años de seguimiento. En el grupo de riesgo intermedio y alto hubo 41 casos, todos tratados con quimioterapia (etopósido actinomicina D en 68.3%); la respuesta global al tratamiento fue 90.2%, alcanzando respuesta completa en 58.5% y parcial en 31.7%. En 43.9% de los casos se utilizó quimioterapia de segunda línea, con respuesta completa de 33.3%. La supervivencia global a cinco años fue de 94%. Se documentó en dos casos el desarrollo de segundas neoplasias, secundario al uso de etopósido.

Conclusiones. Nuestros datos coinciden con lo descrito en la literatura médica internacional. La supervivencia global en el grupo de bajo riesgo es de 100%, y de 94% en el grupo de riesgo intermedio y alto. El esquema EA de primera línea tiene respuestas completas semejantes a lo informado con EMA-CO y MAC.

MAPEO LINFÁTICO E IDENTIFICACION DE GANGLIOS CENTINELAS EN PACIENTES CON CÁNCER CERVICO UTERINO SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA RADICAL

Miguel Angel Morales Palomares,

Edgar Román Bassaure, Alfonso Torres Lobato, Juan Carlos Oliva Posada, Ricardo Ibarra Yee

Benjamin Difilippo, Edgar Gutiérrez Arangure, Teresa Michel Morales Montiel,

Francisco Sandoval Guerrero, Miguel Lázaro León, Gabino Hurtado Estrada

Servicio de Oncología, Unidad de Tumores Ginecológicos. Hospital General de México

Objetivos. El compromiso tumoral de los ganglios regionales es uno de los factores pronósticos más importantes del cáncer precoz del cervico uterino. Si bien no ha sido estudiada extensamente esta patología, la estrategia del ganglio centinela (Gc) tiene el potencial de evitar linfadenectomías innecesarias en estas pacientes. El objetivo del presente trabajo fue determinar la factibilidad de la identificación del Gc mediante linfocentelleografía preoperatoria y detección intraoperatoria guiada por una sonda gamma en pacientes sometidas a histerectomía radical con linfadenectomía pélvica para el tratamiento del cáncer del cervico uterino en estadios precoces.

Material y métodos. Ingresaron al protocolo 25 pacientes con diagnóstico de CaCu EE Ib1, candidatas para histerectomía radical. Se administró a todas ellas el nanocoloide como sigue: a 18 pacientes un día antes de la cirugía y a 7 enfermas dos horas antes de la misma. Se realizó linfadenectomía preoperatoria en 18 casos, y se administró azul patente en todos. A todas se les realizó búsqueda intraoperatoria con el Gamma Probe. En los primeros siete casos con ganglios negativos se realizaron estudios de inmunohistoquímica si éstos eran negativos con estudios convencionales.

Resultados. El promedio de edad fue de 24 a 56 años, todas en EC Ib1. Se identificó a uno o más ganglios en 100% de los casos en que se realizó linfocentelleografía preoperatoria. La detección con Gamma Probe fue exitosa en 100%. El lugar más frecuente de localización fue el obturador superficial (12/25) y posteriormente la iliaca externa (8/26). Todos los Gc fueron negativos, igual que los restantes de la disección. No se detectaron reacciones adversas por el procedimiento.

Conclusiones. El mapeo linfático intraoperatorio con el Gamma Probe es una técnica sensible y factible para la identificación del Gc, con potencial para cambiar el tratamiento de los estadios precoces del cáncer de cervico uterino.

ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL. EXPERIENCIA DEL INCAN

Claudia Arce Salinas

Introducción. La enfermedad trofoblástica representa un espectro de condiciones que abarcan desde la mola hidatidiforme hasta el coriocarcinoma. Se manifiestan con elevación de la fracción beta de la gonadotropina coriónica humana (b-hCG). La incidencia informada en México es de 2.4 por 1 000 embarazos.

Objetivo. Describir la incidencia y tratamiento en una institución de tercer nivel.

Pacientes y métodos. Estudio retrospectivo, descriptivo. Se analizaron todos los casos registrados entre enero de 1988 y diciembre del 2003. Se estudiaron las características demográficas, grupos de riesgo, tratamiento y respuesta. Se realizó estadística descriptiva, análisis multivariado para factores pronósticos y determinación de supervivencia global por el método de Kaplan-Meier.

Resultados. Se encontraron 71 casos, con mediana de edad de 26 años. En 60.6% se estableció el diagnóstico de coriocarcinoma. La hemorragia transvaginal fue la manifestación clínica más común. En el grupo de bajo riesgo se encontraron 30 pacientes; 25 de ellas recibieron quimioterapia (metotrexato con ácido fólico). La respuesta completa al tratamiento fue de 88%; en 10% se utilizó esquema de segunda línea con respuesta completa. La supervivencia global en este

EXENTERACIÓN PÉLVICA COMO TRATAMIENTO DEL CÁNCER CERVICOUTERINO RECURRENTE

Genaro Pérez Machorro, Beatriz Ortega Meza, Guillermo Castrejón Rodríguez, Eduardo Morales Hernández, Bárbara Guzmán Jiménez

Servicio de Oncología. Centro Médico Nacional «20 de Noviembre». ISSSTE. México

Antecedentes. A pesar del tratamiento inicial apropiado, 10 a 20% de pacientes con carcinoma cervicouterino (CaCu) temprano presentarán recurrencia.

Después del tratamiento con radioterapia, la recurrencia debe ser manejada con cirugía radical (exenteración), si es central en la pelvis, sin evidencia de metástasis a distancia. La supervivencia informada a cinco años después de exenteración es de 25 a 50%.

Objetivo. Informar la experiencia en el manejo de CaCu recurrente a radioterapia en pacientes tratadas con exenteración pélvica.

Materiales y método. Se revisaron expedientes de 21 pacientes con CaCu tratadas con radioterapia y sometidas a exenteración pélvica por recidiva.

Resultados. El promedio de edad fue de 53.1 años. El tipo histológico predominante fue carcinoma epidermoide en 17 pacientes (94.5%). Se realizó exenteración anterior en 14 pacientes (66.6%) y exenteración total en 7 (33.4%).

Se presentaron complicaciones posoperatorias en dos pacientes. No hubo mortalidad quirúrgica.

Nueve pacientes se encuentran vivas (42.8%), siete de las cuales han rebasado la supervivencia a cinco años (33.3%); siete fallecieron (33.3%). La supervivencia media es de 30 meses.

Conclusión. A ocho años de vigilancia se obtuvo supervivencia a cinco años de 33.3%, similar a lo informado en la literatura. La exenteración pélvica permite aumentar la supervivencia en un tercio de las pacientes cuando es factible realizarla, con morbilidad quirúrgica aceptable.

RESECCIÓN MEDIANTE ABORDAJES CRANEOFACIALES DE NEOPLASIAS DEL PISO ANTERIOR DE LA BASE DEL CRÁNEO

Héctor Gurrrola Machuca, Pablo Flores Barajan, Sergio Hernández García,

Héctor Acosta Mondragón, Armando Fernández Orozco, Víctor Valdespino

Centro Médico Nacional «20 de Noviembre». México

Antecedentes. En 1941, Dando realizó la primera aplicación de este procedimiento. La paliación y el potencial curativo justifican este método tan agresivo para las neoplasias del piso anterior de la base del cráneo. Modifica la supervivencia y brinda mejor control local del tumor.

Objetivos. Revisar nuestra experiencia en resecciones craneofaciales de neoplasias con extensión al piso anterior de la base del cráneo, su histología, origen primario y supervivencia.

Pacientes y métodos. Revisión retrospectiva de ocho casos sometidos a resección craneofacial, desde 1989 hasta 2004, con un rango de edad de 13 hasta 69 años, con neoplasias benignas y malignas de la cavidad nasal y senos paranasales.

Resultados. De los ocho pacientes, en cinco las neoplasias fueron malignas, y en tres resultaron benignas. Tres se originaron en la cavidad nasal, tres en el antro maxilar y dos en la nasofaringe. Las complicaciones informadas fueron: neuroencefalo, dehiscencias de heridas craneales e infarto cerebral. No hubo fallecimientos por el procedimiento.

Conclusiones. Las resecciones craneofaciales están indicadas en pacientes con enfermedad resecable; los pacientes con márgenes libres de tumor tienen mejor pronóstico, así como aquellos con neoplasias benignas. Las complicaciones y la supervivencia se comparan con lo informado en la literatura médica internacional.

VALIDACIÓN DEL MAPEO GANGLIONAR Y BIOPSIA DEL GANGLIO CENTINELA AXILAR EN CÁNCER DE MAMA

Flores-Díaz LA, Barroso-Bravo S, Zarco G, Nájera I, Gómez del Toro M, Alvarado-Cabrero I, Rodríguez-Cuevas S, Segura-Romero A
Departamento de Tumores de Mama,
Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS. México

Antecedentes. El ganglio centinela (Gc) en mujeres con cáncer de mama es un marcador del resto del status de la axila, y su valor reside en la posibilidad de evitar la disección axilar cuando el ganglio resulta negativo. Antes de evitar la disección axilar se debe demostrar que el porcentaje de datos de GC es mayor de 90%, y el porcentaje de falsos negativos (GC negativo y ganglio (s) positivo en el resto de la disección) es menor de 5 por ciento.

Objetivo del estudio. Validar los datos que permitan evitar la disección axilar.

Material y métodos. Del 1 de marzo del 2002 al 30 de abril del 2004 se incluyeron 77 casos de mujeres con cáncer de mama EC I y II sin ganglios palpables, sin tratamiento previo. Todos los casos fueron sometidos a mapeo ganglionar y biopsia del GC con técnica de colorante azul patente, sonda gamma (medicina nuclear), o ambos procedimientos, y sometidos a disección axilar. Se excluyeron para el análisis los casos en los que no se encontró el GC.

Resultados. De los 77 casos se encontró GC en 72 (93%), que correspondieron a mujeres con cáncer de mama de edad promedio de 56 años (37 a 86) y etapas I (n = 9 a 12%) IIa (n = 56 a 78%), IIb (n = 7 a 10%). El GC fue buscado mediante técnica de colorante en 39 casos (54%) y azul más sonda gamma en 33 casos (46%). Fue hallado en el nivel I axilar en 69/72 (96%). El número total de GC hallados fue de 109 para un promedio de 1.6, y el número total de ganglios disecados fue de 1,065 para un promedio de 15 ganglios por disección axilar. Hubo 32/72 (45%) casos con GC positivos y 7/72 (9%) en los que el GC resultó negativo, y algún otro ganglio de la disección axilar positivo (falsos negativos).

Comentario. Los resultados del estudio son congruentes con los informados en la literatura. Como el grupo, el servicio de tumores de mama está arriba de 90% de hallazgos de GC; sin embargo, todavía es inaceptable el porcentaje de falsos negativos (arriba de 5%). La validación del método requerirá entonces un número mayor de casos para alcanzar la meta de tener por cirujano más de 20 procedimientos, con hallazgo del centinela arriba de 90% y falsos negativos menores de 5%.

Conclusión. Antes de evitar la disección axilar en pacientes con GC negativo en las unidades mamarias o en forma personal, se deben validar las cifras antes mencionadas.

GEMCITABINA + CISPLATINO (GC) EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO (CMM)

Raquel Gerson Cwilich, Homero FuentesAlberto Serrano, Alberto Villalobos
Centro Médico ABC, México, D.F. ISSSTE, Tijuana, B.C, México

Antecedentes. El CMM tiene pronóstico pobre. La quimioterapia se basa en antraciclinas y taxanos. Se siguen explorando nuevos agentes y combinaciones. GC ha mostrado ser efectivo en el CMM.

Objetivos. Evaluar la eficacia y seguridad de GC en individuos con CMM.

Pacientes. Mujeres >20 años con CMM confirmado, tratadas previamente con antraciclinas, taxanos, o ambos; karnofsky > 60; función renal y hepática normales. G, 1,250 mg/m² d 1, 8. C, 35 mg/m² d 1, 8 o 70 mg/m² d 1.

Se analizaron: edad, terapia previa, número y sitios de metástasis, ciclos, duración de respuesta (dR), toxicidad hematológica (TH) y no hematológica (TNH).

Resultados. Se estudió a 16 mujeres; edad media, 51.4 ± 10.6 años (rango, 37 a 71 años). Todas con metástasis a diferentes sitios, como sigue: 8 a hígado; 10 a pulmón; 6 a hueso; 4 a ganglios cervicales; 2 a cerebro; una a piel. Se indicó GC como primera línea en dos pacientes, como segunda en 3, como tercera en 8, como cuarta y quinta en una. Catorce pacientes habían recibido previamente antraciclinas y taxanos. La media de ciclos para GC fue de 4.3, con rango de 1 a 9. Catorce pacientes evaluables para respuesta y 16 para toxicidad; RC 2/14, RP 4/14, estabilidad 6/14, progresión 2/14, IR 42.8% y beneficio clínico 84.7%. Promedio de DR 7.1 ± 3.6 meses, rango 4 a 15. Th: anemia g1, 75%; leucopenia g1, 37.5%; g2, 6.25%; neutropenia g1, 12.5%; g2, 25%; trombocitopenia g1, 56.2%. Tnh: náuseas g2, 25%; astenia g1, 6.2%; vómito g1, 6.2%.

Conclusiones.

GC es muy activo en pacientes con CMM previamente tratadas; es una combinación con baja toxicidad; es necesario diseñar estudios fase III para evaluar dicha combinación en primera línea.

HISTORIA NATURAL DEL TUMOR PHYLLODES: EXPERIENCIA DE 35 AÑOS Y 288 CASOS. SERVICIO DE ONCOLOGÍA. HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, OD

Antonio Beltrán Rodríguez José A. Serrano Migallón,
Hermando Miranda Rogelio Martínez Macías
Servicio de Tumores Mamarios. Unidad de Oncología. Hospital General de México, OD

Antecedentes. El tumor phylloides es una lesión fibroepitelial rara. En 1828 fue descrito inicialmente por Chelius como "hidátide quística de la mama". En 1838, Johannes Müller acuñó incorrectamente el término Cystosarcoma phylloides. Treves y Sunderland enfatizaron su potencial maligno. No fue sino hasta 1979 cuando Azzopardi utilizó el término actual de tumor phylloides. Representa 1% de las neoplasias mamarias. Afecta principalmente durante el quinto decenio de vida en mujeres de raza blanca; la bilateralidad suele ser rara. Puede localizarse en sitios extramamarios como la vulva. En los varones se presenta con el antecedente de ginecomastia. Según la Organización Mundial de la Salud, es un "tumor fibroepitelial histológicamente similar al fibroadenoma".

A mayor edad hay más probabilidad de malignidad. Su tiempo de evolución es variable así como su tamaño, y llega a dimensiones gigantescas.

La variedad maligna representa 18%, con limitrofes de hasta 7% y benignos de 73%. Un problema clínico consiste en determinar los factores pronósticos para metástasis. Se cree que los tumores densamente celulares, de bordes infiltrantes, células atípicas y núcleos aberrantes, hipercrómicos y con actividad mitótica abundantes son altamente sugerentes de malignidad y metástasis.

Desde el punto de vista mastográfico, se muestran como tumores de bordes bien definidos y con calcificaciones gruesas.

Histopatológicamente se describen como tumores bien definidos y lobulados (infiltrantes en casos malignos), consistentes de tejido conectivo fibroso revestido de epitelio, con grados variables de crecimiento intracanalicular, con apariencia frondosa, estroma pleomórfico, configuración foliácea, hendiduras en ocasiones quísticas y con necrosis y hemorragia variables; son de color gris-rosado al corte. El componente mesenquimatoso debe tener una celularidad mayor al de un fibroadenoma para catalogarlo como phylloides.

Objetivo. Observar el comportamiento clínico del tumor phylloides para tratar de identificar factores de riesgo para recurrencia y malignidad.

Material y métodos. Revisión de expedientes de 1968 al 2003 (estudio retrospectivo, de observación, no aleatorio de 35 años).

Recurrencias. Nueve a 6% fueron acordes con la literatura. Al recurrir varían de tipo histológico a sarcomatoso. Los factores de recurrencia fueron: tumores de más de 12 cm, bordes cercanos o positivos.

Tumores malignos. Se encontraron con más frecuencia en las multiparas (relación, 3:1) y con tiempo de evolución más corto (<1 año). Se trataron sobre todo con mastectomía radical o escisión local; en 11 casos se efectuó disección axilar.

Conclusiones. La cirugía es el tratamiento de elección; los márgenes negativos son primordiales. En tumores malignos o recurrencias se debe valorar la mastectomía. Para lesiones menores de 8 cm es aconsejable la escisión local. En lesiones mayores se recomienda la mastectomía simple.

El manejo de las recurrencias debe ser mediante escisión amplia o mastectomía. Se considerará la reconstrucción inmediata. La disección axilar no es recomendable, ya que en todos los casos en que se practicó, los ganglios resultaron negativos.

Se descubrió que a mayor número de recurrencias, la agresividad del tumor fue mayor.

Las metástasis pueden ser a mediastino, pleuropulmonares, partes blandas y óseas. Los factores más predecibles de recurrencia fueron los márgenes comprometidos y el tamaño tumoral.

HEMIPLEVTECTOMÍA. EXPERIENCIA Y RESULTADOS EN EL HOSPITAL DE ONCOLOGÍA DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

Sergio Torres Vargas, Rafael Medrano Guzmán Alejandro López,
Manuel Aranda Soto Domingo González

Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS. México

Antecedentes. Los tumores de tejidos blandos y hueso son un grupo heterogéneo y raro de neoplasias. Aún más, el hueso y los tejidos blandos representan 75% del peso corporal, pero sólo 1% de las neoplasias del adulto y 15% de las pediátricas. La incidencia anual permanece constante, en unos 7 000 tumores de tejidos blandos y 2 500 de sarcomas óseos. Por ello, su diagnóstico, clasificación y tratamiento resultan difíciles. El tratamiento de los tumores de la pelvis hasta antes del decenio de 1990 consistía exclusivamente en hemipelvectomía (hP) clásica. En la actualidad, con el advenimiento de reconstrucción protésica, se ha incrementado la preservación de la función.

Objetivo. Analizar la experiencia del Hospital de Oncología del IMSS en pacientes tratados con hP clásica y conservadora (interna).

Material y método. Se realizó un estudio retrospectivo, de observación, descriptivo, transversal en el Hospital de Oncología del IMSS. Se analizaron los últimos 109 casos de los últimos 94 meses y hasta doce meses antes del corte del estudio. Se analizó a los pacientes en cuanto a edad, sexo, tipo de hemipelvectomía, sitio de lesión, histopatología, estancia intrahospitalaria, tiempo quirúrgico, hemorragia, transfusiones, complicaciones perioperatorias y seguimiento. Se comparó el procedimiento clásico contra el conservador. El análisis estadístico se realizó por métodos de estadística descriptiva.

Resultados. Se analizaron 79 expedientes, obteniéndose 65 pacientes sometidos a hemipelvectomía. El seguimiento fue de 34.6 meses (± 16.9), con rango de 12 a 94 meses. La edad media fue de 43.8 años (± 12.6 años) con rango de 15 a 70 años; 52% fueron mujeres y 48% varones. La evolución previa al tratamiento fue de 13.1 meses (± 8 meses). Los síntomas principales fueron dolor (98%), tumor (30.7%) e incapacidad (27%). La histología encontrada fue: condrosarcoma (39%); osteosarcoma (14%); tumor de células gigantes (9%), sarcoma sinovial (9%), células claras (6%), histiocitoma fibroso maligno (5%), liposarcoma (5%), leiomiomasarcoma (5%). La afectación anatómica tipo III se presentó en 38% de los casos, la de tipo II en 36% y la de tipo I en 26%. La combinación de lesiones fue de tipo I+II (20%), II+III (57%) y I+II+III (22.8%). La hP clásica se realizó en 49.2% contra 50.7% para la hP conservadora. El periodo libre de enfermedad general fue de 27.8 meses; para lesiones de bajo grado de 42 meses, y para lesiones de alto grado de 24 meses. Para la hP conservadora, el periodo libre de enfermedad fue de 34 meses y para la hP clásica de 22 meses. En 59% de los casos no hubo recurrencia; en 12% la recurrencia fue local, y en 29% fue sistémica. Los condrosarcomas en 53% están libres de enfermedad. Las complicaciones más comunes fueron dehiscencia del colgajo en 20% e infec-

ción en 49.3% de los casos.

Conclusiones. La hP es un procedimiento seguro en el Hospital de Oncología del IMSS, tanto para lesiones de alto grado como de bajo grado sin diferencias estadísticas significativas. De igual manera, la diferencia más representativa entre la hP clásica contra la conservadora sólo fue la hemorragia y el tiempo quirúrgico; la morbilidad es semejante a la informada en el mundo. La histología y el grado histológico son factores que impactan en el período libre de enfermedad, recurrencia y supervivencia. La calidad de vida es mejor en pacientes sometidos a hP conservadora.

ANÁLISIS CLÍNICO-PATOLÓGICO DE TUMORES FUNCIONALES DE GLÁNDULAS SUPRARRENALES Y PARAGANGLIOMAS

Sergio Torres Vargas, Rafael Medrano Guzmán, Alejandro López, David Zamora Lemus, Domingo González, Juan Sánchez Curtidor
Hospital de Oncología. Centro Médico Nacional Siglo XXI. México

Antecedentes. Los tumores funcionales de glándulas suprarrenales y paragangliomas son raros, derivados del sistema APUD, con complejidad considerable para su diagnóstico y manejo, ya que implican, además de los aspectos quirúrgicos, diversos factores relacionados con su carácter funcional, por lo que ameritan manejo multidisciplinario.

Objetivo. Realizar la revisión de los aspectos clínico-patológicos y resultados del tratamiento para los feocromocitomas y paragangliomas en el servicio de sarcomas del Hospital de Oncología del IMSS, y compararlos con la literatura mundial.

Material y métodos. En el periodo de principios de 1996 a diciembre de 2001 se estudiaron todos los pacientes con diagnóstico de tumor funcional de glándulas suprarrenales y paragangliomas.

Resultados. Se revisaron los expedientes de 10 pacientes; 5 varones y 5 mujeres. La media de edad fue de 42 años, con sintomatología promedio de 36.9 meses al diagnóstico, manifestada por hipertensión arterial paroxística y síndrome vasculoespástico. La media de tiempo quirúrgico fue de 207.5 min, y de hemorragia de 642 ml. El tamaño promedio del tumor fue de 14 cm; siete casos se reportaron como feocromocitoma y 3 como paragangliomas. La morbilidad quirúrgica fue de 40% y la mortalidad de 0%, con seguimiento promedio de 26.9 meses. Todos los pacientes se reportaron normotensos después de la cirugía.

Conclusiones. El conocimiento de las características clínicas y el comportamiento biológico del tumor representa el primer paso para una orientación diagnóstica adecuada. El manejo multidisciplinario pre, trans y posoperatorio es seguro y eficaz, con morbilidad y mortalidad aceptables. Los resultados vertidos en este estudio son equivalentes a los informados a nivel mundial.

SARCOMAS DE PARTES BLANDAS DE EXTREMIDADES. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE ONCOLOGÍA DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

Rafael Medrano Guzmán, Sergio Torres Vargas, Alejandro López, Gustavo Ángel Torres, Domingo González, Wilfredo Camacho Bravo
Hospital de Oncología. Centro Médico Nacional Siglo XXI. México

Antecedentes. Los sarcomas son neoplasias raras que representan menos de 1% de los tumores malignos. El conocimiento de la conducta biológica de estos tumores es determinante en el manejo y el pronóstico.

Objetivo. Analizar la conducta biológica de estos tumores, así como los factores pronósticos inherentes al control regional, las metástasis y la supervivencia global.

Material y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y de observación de 131 pacientes con sarcomas de tejidos blandos de las extremidades en el servicio de sarcomas del Hospital de Oncología.

Resultados. Se informó de 76 varones y 75 mujeres con estos trastornos, como sigue: 102 casos en las extremidades inferiores y 29 en las superiores. Fuera de la unidad se trató a 87 pacientes (66.4%). Se clasificó en etapa I a 29 pacientes; en etapa II a 29; en etapa III a 52, y en etapa IV a 31 de ellos. Se realizó resección marginal en 11.4% de los casos, resección amplia en 48.9%, ampliación de margen quirúrgico en 13.7%, y amputación en 26%. El tamaño del tumor fue de 1 a 5 cm en 24 pacientes (19.1%), de 6 a 10 cm en 42 (32%), y más de 10 cm en 47 (35.9%). El grado histológico fue de 3 en 51 pacientes (38.9%), grado 2 en 46 (35.9%) y grado 1 en 34 (25.2%). La supervivencia global fue a 2 y 5 años de 77.4 y 66%, respectivamente. El periodo libre de enfermedad a dos y cinco años fue de 67.8 y 56.2%, respectivamente. En el análisis multivariado, los factores pronósticos significativos fueron: tamaño del tumor mayor de 10 cm; $p > 0.05$; margen quirúrgico, $p = 0.0007$; grado histológico, $p = 0.03$.

Conclusiones. Los resultados de este estudio son similares a los informados a nivel mundial; sin embargo, una de las preguntas que están pendientes de responder es el papel de la ampliación de margen quirúrgico de los pacientes referidos de otras unidades. De igual forma, los factores pronósticos más importantes también son similares a los informados a nivel mundial.

PROCEDIMIENTO DE TIKHOFF-LINBERG. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE ONCOLOGÍA DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

Rafael Medrano Guzmán, Sergio Torres Vargas, Alejandro López, Domingo González
Hospital de Oncología. Centro Médico Nacional Siglo XXI. México

Antecedentes. Los tumores que se originan en el sistema óseo son raros y representan menos de 0.2% de las neoplasias malignas. Una de las localizaciones más frecuentes es el húmero. Desde inicios del decenio de 1900, Tikhoff dio lugar a la cirugía preservadora de la extremidad superior, la cual en 1928 fue difundida por Linberg.

Objetivo. Evaluar los resultados de la cirugía conservadora en tumores de la cintura escapular, con relación a la morbilidad, control local de la enfermedad y estado funcional post-resección.

Material y métodos. Entre 1989 y el año 2001, se realizó un estudio prospectivo, longitudinal y de observación en pacientes con tumores de la cintura escapular en el servicio de sarcomas del hommsxxi. Las variables analizadas fueron edad, sexo, tamaño del tumor, tiempo quirúrgico, hemorragia, transfusión, días de estancia, tipo de resección, tipo de reconstrucción y tipo histológico. El análisis estadístico fue con el paquete SPSS-10.

Resultados. La edad promedio de los pacientes fue de 35 años; tamaño del tumor, 21 cm; hemorragia, 1,000 ml; transfusión, 500 ml; estancia intrahospitalaria, 9 días; tiempo quirúrgico, 6 horas y 54 meses de seguimiento. El tipo histológico fue: osteosarcoma, 9 casos; TCG en 7; condrosarcoma en 7; sarcoma de partes blandas 7. La resección fue de tipo I en 24 casos; tipo III en 6; tipo II en 1; tipo IV en 1; tipo V en 2 y tipo VI en 4. La reconstrucción fue con prótesis en ocho casos; injerto, 19 casos; fijación, 7 casos; miocutáneo, 2, y sin reconstrucción en 2 sujetos. La morbilidad global fue de 28%. De 24 pacientes evaluables, 17 tuvieron resultados funcionales buenos.

Conclusiones. Los resultados de este estudio manifiestan un excelente control local, así como buenos resultados funcionales; sin embargo, se requiere de un equipo multidisciplinario. De igual forma, la morbilidad es elevada aunque sin repercusión grave. Este tipo de reconstrucción es la más aceptable en pacientes seleccionados con tumores de la cintura escapular.

ANÁLISIS DE LA RESISTENCIA MULTICELULAR A FÁRMACOS EN CULTIVOS DE MICROESFÉRULAS DE UNA LÍNEA CELULAR DE CÁNCER DE PULMÓN

Ponce de León-Suárez V,^{1,2} Barrera-Rodríguez R¹ Alfaro-Martínez G²

¹Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

²Instituto de Investigaciones Biomédicas, UNAM

Uno de los principales problemas del tratamiento contra el cáncer es la resistencia a la quimioterapia. Con la finalidad de estudiar este fenómeno, se han desarrollado cultivos de células tumorales en agregados multicelulares conocidos como microesférulas. Con este modelo se ha observado que las células tumorales adquieren resistencia a fármacos, la cual es mayor a la observada en células crecidas como monocapas. La adquisición de la resistencia a múltiples fármacos se relaciona con la expresión de glucoproteína-p (Gp-p), la cual funciona como bomba que se encarga de sacar los fármacos. Para conocer el papel de la Gp-p en la adquisición de la resistencia en cultivos de microesférulas se estudió la respuesta de una línea celular de cáncer de pulmón (INER-51) a varios agentes antitumorales. Al realizar ensayos de retención de fármaco se observó que las microesférulas retenían menos fármaco que las células en monocapa. El análisis funcional de la Gp-p mostró que no había efecto del inhibidor ciclosporina A (CsA) sobre la actividad de la Gp-p, ya que no se incrementó la concentración interna del fármaco en las microesférulas. Al obtener una clona con fenotipo Gp-p por selección negativa, tampoco se obtuvo incremento en la retención del fármaco en cultivos de microesférula, pero permaneció con su fenotipo de resistencia a fármacos de quimioterapia. Así, se puede concluir que la Gp-p no es responsable de la resistencia a múltiples fármacos en las microesférulas de INER-51, y que tal vez exista otro mecanismo responsable de dicha resistencia.

TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES (PET) EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

Raquel Gerson-Cwilich, Alberto Serrano, Alberto Villalobos
Centro Médico ABC. Instituto Nacional de Cancerología. México

Antecedentes. Mediante la PET se estiman las alteraciones metabólicas de las células tumorales, lo que le permite ser un estudio funcional para la evaluación de este grupo de enfermedades.

Objetivos. Determinar la sensibilidad y especificidad de la PET para la detección de actividad metabólica aumentada en pacientes con cáncer.

Pacientes. Del 1 de febrero del 2002 al 23 de abril del 2004 se incluyeron pacientes mayores de 15 años, de cualquier género, con diagnóstico confirmado, sin importar la etapa clínica inicial y bajo tratamiento oncológico o seguimiento en quienes se solicitó la PET.

Métodos. Se registró edad, sexo, neoplasia, etapa clínica, tratamiento oncológico, fecha e indicación de la PET, hallazgos y correlación con la tomografía axial computarizada, valor estandarizado de captación, influencia en las decisiones diagnósticas o terapéuticas, nivel sérico de glucosa.

Resultados. Se efectuaron 63 PET en 54 pacientes, 28 mujeres (51.4%) y 26 varones (47.2%). Edad promedio, 54.7 ± 13.5 años; rango, 17 a 78. Indicación de la PET: seguimiento, 33 estudios (52.3%); evaluación en 18 al final de la terapia, 28.6%; estadificación en 9, 14.3%, y diagnóstico diferencial en 3, 4.8%. Quince estudios fueron considerados normales (23.8%). SUV promedio, 4.9 ± 3.4; rango, 0.4 a 12.8. Para seguimiento se observaron 28/33 positivos; en evaluación terapéutica, 14/18; estadificación, 6/9, y diagnóstico diferencial, 0/3.

Conclusiones. La PET tiene elevada capacidad para detectar sitios potenciales de actividad neoplásica, principalmente en cáncer de mama, pulmón y ovario. Es útil para la evaluación del paciente oncológico durante el seguimiento, evaluación al final de terapia oncológica, estadificación y diagnóstico diferencial; además, es útil en la toma de decisiones para establecer la terapia oncológica.

CRECIMIENTO DE ANGIOSARCOMA MAMARIO DESPUÉS DE BIOPSIA POR ASPIRACIÓN CON AGUJA DELGADA

Carlos Manuel Ortiz-Mendoza,¹ Norma A. Acosta Sánchez,² Arturo Catarino Diricio²
Servicios de Clínica de Mama¹ y Patología² Hospital General Tacuba. ISSSTE, México

Objetivo. Presentar una rara complicación después de biopsia por aspiración en un tumor mamario.

Presentación del caso. Mujer de 30 años con un nódulo en la mama derecha. El ultrasonido mostró una lesión ovoide, hipocóica, de 39 x 13 mm. Fue sometida a biopsia por aspiración con aguja delgada, que no aportó datos para el diagnóstico. Después de la biopsia el nódulo incrementó su tamaño (15 cm) y se asoció a dolor local. A pesar de manejo conservador, la masa y el dolor no remitieron; por tal motivo fue llevada a cirugía, donde se encontró un tumor violáceo, de consistencia blanda, de 10 x 6 x 4 cm, que fue reportado como hemangioma capilar y cavernoso. Presentó recurrencia cuatro meses después, por lo que se realizó nueva escisión, que manifestó un angiosarcoma moderadamente diferenciado. Por último, fue sometida a mastectomía simple y actualmente se encuentra sin recidiva local o metástasis.

Conclusión. El crecimiento de un angiosarcoma después de biopsia por aspiración es un evento raro.

ENFERMEDAD DE BOWEN EN LA MAMA

Carlos Manuel Ortiz-Mendoza,¹ Norma A. Acosta Sánchez,² Arturo Catarino Diricio²
Servicios de Clínica de Mama y Patología Hospital General Tacuba. ISSSTE, México

Objetivo. Presentar un raro tipo de cáncer de piel en la mama.

Presentación del caso. Mujer de 82 años de edad con una mácula eritematosa, de 3.5 x 2.5 cm, asintomática, en la mama izquierda de varios años de evolución. La exploración física y una mastografía resultaron normales. Con el diagnóstico de una probable enfermedad de Bowen, fue sometida a resección de la lesión. El estudio histopatológico corroboró que se trataba de un carcinoma epidermoide *in situ*.

Conclusión. La enfermedad de Bowen en la mama es una entidad poco común que se manifiesta en forma similar que en otras áreas anatómicas.

CÁNCER EN MAMA ACCESORIA AXILAR DERECHA

Silvia M. Álvarez Maldonado, Alejandro Ruiz Jaimes,
Victor Valdespino Castillo, U. Rendón Romano, Joaquín Zarco Méndez
*Oncología quirúrgica y Tumores Mamarios.
Centro Médico Nacional "20 de Noviembre". ISSSTE, México*

Introducción. El carcinoma que se presenta con enfermedad metastásica regional en los ganglios es raro. Vilcoq y colaboradores registraron una incidencia de 0.9%. Se debe tener en cuenta la posibilidad de que el carcinoma axilar representa un cáncer de mama primario local en la cola de Spencer.

Objetivo. Presentación de un caso clínico de cáncer de mama originado en una mama supernumeraria de localización axilar.

Informe de caso. Mujer de 40 años de edad, enfermera, sin antecedentes de importancia. Inició su padecimiento actual en 1998 con un nódulo en la glándula accesoria derecha que aumentó de tamaño progresivamente, hasta unos 2 cm. En diciembre de 2000 fue sometida a resección de tumor axilar derecho con RHP por carcinoma ductal infiltrante, y enviada al hospital "20 de noviembre" del ISSSTE con diagnóstico de Ca de mama accesoria axilar derecha para su manejo. La revisión de laminillas manifestó carcinoma ductal infiltrante con invasión vascular y linfática de 2 cm, con necrosis tumoral y lesión focal en límites quirúrgicos a la EF con presencia de glándulas mamarias accesorias axilares de 4 x 3 cm y 3 x 3 cm; la mastografía proporcionó datos de MFQ bilateral y glándulas accesorias bilaterales.

La paciente fue etapificada como IIIa y manejada con quimioterapia neoadyuvante a base de FEC de tres ciclos con mala tolerancia por toxicidad medular; fue sometida a resección de tejido mamario axilar accesorio DRA en mayo de 2001 con RHP de metástasis de carcinoma canalicular en dermis y tejido cicatrizal con 13 ganglios linfáticos negativos a malignidad. Recibió radioterapia de ciclo mamario de 50 Gy completa, más incremento al Lec Ho tumoral en dosis total de 65 Gy por afección dérmica y en tejido cicatrizal axilar. Recibió dos ciclos de quimioterapia monofármaco base de Taxol con pobre tolerancia, así como rechazo al manejo, por lo que se suspendió el tratamiento y continúa en vigilancia.

Presentó buena evolución y fue programada para resección de glándula mamaria accesoria contralateral en abril de 2004, la cual se realizó con RHP de glándula mamaria accesoria con leve adenosis y mínima inflamación crónica focal e inespecífica. No hubo datos de malignidad. La paciente hasta el momento se encuentra sin datos de enfermedad.

Resultados. El cáncer de tejido mamario accesorio es poco frecuente, por debajo de 30%, por lo que se considera poco común la presentación en esta paciente. El manejo en términos generales es similar al establecido al momento para el cáncer de mama.

MELANOMA MAMARIO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Raúl Carmona Rendón, Martín Camacho Domínguez
Graciela Olivares Fernández de Lara, María Elena Rodríguez Piña

Objetivo. Presentar el caso de una mujer con diagnóstico de melanoma mamario, así como el manejo quirúrgico.

Caso clínico. Mujer de 75 años de edad, blanca, con lesión desde hace cuatro años, hiperpigmentada en complejo aréola-pezones izquierdo, de crecimiento progresivo, hasta tres cm, de un mes de evolución con secreción serohemática, sin sintomatología agregada. A la exploración física, la mama derecha estaba normal, la mama izquierda con área hiperpigmentada de tres

cm que comprometía al complejo aréola-pezones, de bordes y superficie irregular con secreción serohemática a la digitopresión; no se observaron otros cambios de coloración en la mama, no presentó tumoraciones ni adenomegalias. Los estudios de extensión fueron negativos. La biopsia incisional manifestó melanoma pigmentado de células poligonales con crecimiento horizontal de tipo diseminación superficial e infiltración a la dermis papilar (nivel II de Cclark). Se realizó resección amplia, con identificación de dos ganglios centinela, reportados sin metástasis; se realizó disección radical de axila con informe histopatológico de ganglios y bordes quirúrgicos negativos.

Conclusiones. Se realizó resección amplia con identificación de ganglio centinela con azul de metileno, por no contar con azul patente o tecnecio-99, y disección radical de axila, porque en nuestro hospital y en nuestra experiencia es el primer caso observado.

La identificación de ganglio centinela y disección radical de axila confirmó la ausencia de metástasis en el ganglio centinela y el resto de los ganglios axilares.

CARCINOMA EPIDERMOIDE DE LA MAMA. INFORME DE UN CASO

María Isabel Pacheco Álvarez, Hernando Miranda Hernández,
Benjamín di Filippo Echeverri, Ricardo Ibarra Yee
Servicio de Oncología. Hospital General de México

Antecedentes. El carcinoma epidermoide es una entidad bien conocida que por lo regular se desarrolla en áreas expuestas al sol. La mama es un sitio inusual de presentación y existe escasa literatura enfocada a este sitio.

Objetivo. Presentar el caso de una paciente con carcinoma epidermoide en mama, así como la conducta terapéutica.

Material y métodos. Mujer de 50 años con antecedente de insuficiencia renal e hipotiroidismo controlados, sin factores de riesgo para cáncer mamario, tres meses con nódulo mamario derecho, con ulceración posterior. Se presentó con masa tumoral fungante de 5 cm en cuadrante superoexterno de mama derecha con adenopatías en conglomerado axilar ipsilateral. Se etapificó cáncer mamario IIIb; histológicamente se informó carcinoma epidermoide de células grandes queratinizante, moderadamente diferenciado de mama. Los estudios de extensión resultaron negativos. Se efectuó mastografía bi-rads V en mama derecha. Posterior a la confirmación con nueva biopsia y episodio de sangrado importante de la lesión recibió quimioterapia de cuatro ciclos a base de Fac, radioterapia de ciclo mamario completo y mastectomía radical modificada. El informe final refirió mastitis crónica e hiperplasia linforreticular de ganglios axilares, sin tumor residual. A 27 meses, la paciente no tiene datos de actividad tumoral. Los receptores de inmunohistoquímica son negativos.

Conclusión. Las neoplasias epiteliales son precedidas por lo general por queratosis actínicas. El tratamiento se basa en las pautas para el carcinoma epidermoide de la piel. En este caso el tratamiento debe ser igualmente enérgico y lo más radical posible; sin embargo, debe considerarse la conservación mamaria en casi todos los casos, pese a lo aparatoso del cuadro. En visión retrospectiva, esta lesión fue sobretratada.

TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO EXTRAMAMARIO. INFORME DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

María Isabel Pacheco Álvarez, Rosalba Barra Martínez, Tito Antonio Beltrán Rodríguez,
Luis Fernando Palacio Pizano, José Mario de la Garza Navarro
Servicio de Oncología. Hospital General de México

Antecedentes. Los tumores compuestos de miofibroblastos están siendo más reconocidos, pero su existencia aún es controversial, pues tienen muchas variantes. Se han sugerido numerosos factores predisponentes. Este tumor infiltrante inflamatorio rara vez tiene transformación maligna, pero recidiva en forma frecuente.

Objetivo. Describir la presentación de un caso en una mujer de 42 años con tumor de esta histología.

Material y métodos. Paciente con antecedente de mastectomía por cáncer mamario izquierdo ocho años antes, sin radioterapia neoadyuvante o adyuvante; se presentó a la unidad de oncología con un nódulo infraclavicular derecho, de seis años de evolución, con lento crecimiento, fijo a planos profundos, con adenopatía axilar ipsilateral. La biopsia confirmó tumor miofibroblástico inflamatorio. La tomografía manifestó lesión nodular de etiología por determinar en mama derecha, con adenomegalias de la cadena mamaria interna ipsilateral, mastografía de mama remanente clase II bi-rads. Se diagnosticó como tumor miofibroblástico extramamario y se trató mediante resección costal de la porción clavicular y esternal.

Conclusión. Los miofibrosarcomas pueden ser indolentes si son de bajo grado, o agresivos si son de grado intermedio. Su importancia clínica radica en su semejanza, en particular si son de bajo grado, para reaccionar como condición pseudosarcomatosa. La quimioterapia adyuvante está indicada debido a la frecuente recidiva informada en la literatura.

CARCINOMA SECRETOR DE MAMA EN EL HOMBRE. INFORME DE UN CASO

David Eleazar Cortés Padilla

Introducción. El carcinoma secretor (CS) de mama es una de las histologías menos comunes de cáncer de mama. Inicialmente se llamó "carcinoma de mama juvenil", porque la primera descripción de casos fue en niños, pero posteriormente se describió en adultos.

Informe de caso. Paciente varón con historia de 10 años de evolución de haberse autodetectado tumor asintomático en la mama izquierda. Un mes previo a asistir a nuestra institución se le realizó escisión local. En la exploración física encontramos un ganglio de 1 cm de diámetro axilar izquierdo.

Los exámenes rutinarios de laboratorio y marcadores tumorales fueron normales, con estudios de extensión negativos para metástasis.

Se le realizó mastectomía radical modificada, encontrando tumor de 2.8 x 2.6 cm. El informe histopatológico fue de carcinoma secretor puro con márgenes negativos y metástasis en 2 de 24 ganglios linfáticos; los receptores hormonales para estrógenos y progesterona y el HER 2/NEU fueron negativos.

Posteriormente, el paciente recibió dos ciclos de quimioterapia de seis planeados a base de Fac, y ocho meses después se presentó con recurrencia en la pared con dos nódulos en el área pectoral y tres en la región axilar.

Conclusión. El CS se presenta como padecimiento indolente, con mediana de edad de presentación de 25 años y una relación varón:mujer de 1:6. Las células son poligonales con atipia y actividad mitótica mínima. El tratamiento es quirúrgico y no hay suficiente evidencia para recomendar la quimioterapia de manera adyuvante.

TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES (PET) EN CÁNCER DE MAMA

Raquel Gerson-Cwilich, Alberto Serrano, Alberto Villalobos
Centro Médico ABC Instituto Nacional de Cancerología, México

Antecedentes. La PET logra estimar las alteraciones metabólicas de las células tumorales que manifiestan aumento en la glucólisis, por lo que resulta un estudio funcional para la evaluación de estas enfermedades.

Objetivos. Determinar la sensibilidad y especificidad de la PET en la detección de actividad metabólica aumentada en pacientes con cáncer de mama.

Pacientes y métodos. Del 1 de febrero del 2002 al 23 de abril del 2004 se incluyeron pacientes mayores de 15 años, con diagnóstico confirmado de CM, sin importar la etapa clínica (EC), para iniciar bajo tratamiento oncológico o seguimiento en quienes se realizó PET.

Se registró edad, EC, tratamiento oncológico, fecha e indicación para realizar la PET, hallazgos y correlación con la tomografía axial computarizada (TAC), así como gammagrama óseo, valor estandarizado de captación (SUV), influencia en las decisiones diagnósticas o terapéuticas.

Resultados. Se estudió a siete mujeres de 33 a 53 años. La EC al momento de realizar la PET fue: IIA en dos pacientes; IIIB en una, y IV en cuatro más. La PET fue positiva en 5/7 casos (71.4%) y negativa en 2/7 (28.6%). De los casos positivos, dos mostraron captación aumentada en huesos, dos en ganglios no regionales, dos en hígado, uno en pulmón y otro en cerebro. En todos los casos, positivos y negativos, se detectó adecuada correlación con los hallazgos de TAC y gammagrama óseo. La sensibilidad de la PET fue calculada en 100% y la especificidad de 100%. La PET no modificó los planes terapéuticos en ningún caso; sin embargo, una paciente considerada en EC IIIB por PET fue reclasificada en IV por hipercaptación en hígado. En tres pacientes se informó el SUV con valor medio.

Conclusiones. La PET tiene elevada capacidad para detectar sitios potenciales de actividad neoplásica en CM. Es útil para la evaluación durante el seguimiento, fin de la terapia oncológica, estadificación y diagnóstico diferencial.

RECEPTORES HORMONALES, HER 2/NEU Y P53 EN 1 027 PACIENTES MEXICANAS CON CÁNCER DE MAMA

Crabtree B, Rivera S, Olivares G

Antecedentes. Se estudiaron 1,027 casos histopatológicos de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama (CM) informados en el lapso de tres años (2000 a 2002), en el Departamento de Patología del Centro Médico ABC, que recibe piezas de todos los estados de la República por ser un centro de referencia.

Resultados. El rango de edad fue de 24 a 95 años (media, 52.9); los receptores hormonales (RH) fueron positivos en 69%; para las menores de 50 años (premenopáusicas) fue de 66.6%, y para las mayores de 50 años (postmenopáusicas) fue de 71%. Para las premenopáusicas, el HER2/NEU 3+ fue de 23.1% y para las postmenopáusicas de 24.8%; el p53 positivo fue de 73% para ambos grupos. Al hacer la correlación de variables, lo relevante fue que el HER2 3+ fue de 30% para el grupo con Rh negativo contra 21.8% para el grupo de Rh positivo.

Conclusiones. Nuestros resultados indican que la frecuencia de Rh positivo en las mujeres premenopáusicas con CM es más elevado de lo que suponíamos, ya que se manejan cifras alrededor de 30 a 60%; lo anterior obliga a replantear la necesidad de determinar Rh a todas nuestras pacientes, lo mismo que el HER2 para elegir adecuadamente el mejor tratamiento, ya que en México por lo general sólo se solicitan estos estudios a algunas pacientes postmenopáusicas o a unas cuantas premenopáusicas. La correlación de HER2 3+ más frecuente en Rh negativo 30% vs Rh positivo 21.8% concuerda con lo ya informado en otras series.

USO DEL SELLO VASCULAR EN LA CIRUGÍA MAMARIA

Hernando Miranda Hernández, Benjamín di Filippo Echeverri,
Carlos Lara Gutiérrez, Ricardo Ybarra Yee
Unidad de Tumores Mamarios. Servicio de Oncología. Hospital General de México

Antecedentes. Tradicionalmente, la hemostasia en la cirugía mamaria se ha realizado con calor directo (electrobisturí) sobre el vaso; este método se remonta al decenio de 1970. Anteriormente se realizaba con sutura, lo que incrementaba de manera considerable el tiempo quirúrgico, las pérdidas sanguíneas y el gasto en material de sutura. En la actualidad se ha diseñado un sello vascular utilizando calor controlado, el cual ha demostrado sus ventajas en la cirugía abdominal. Sin embargo, no se había utilizado en la cirugía mamaria. Este recurso hemostático realiza fusión de la colágena y elastina en el vaso, produciendo un sello confiable en vasos de hasta 7 mm de diámetro y con dispersión de energía menor de un milímetro.

Objetivo. Evaluar métodos alternativos eficaces para disminuir las pérdidas sanguíneas, el uso de material de sutura y el tiempo quirúrgico en la cirugía mamaria.

Materiales y métodos

A partir del año 2004, en nuestra unidad se inició el uso del sello vascular en cirugía mamaria. Se evaluaron las cirugías mamarias en las cuales se utilizó este método valorando el tiempo quirúrgico,

utilización de material de sutura y volumen de pérdida sanguínea.

Resultados. A la fecha se han realizado 140 mastectomías radicales modificadas y 33 cirugías conservadoras de la mama; el sello vascular se ha utilizado en 30 y 10 de éstas, respectivamente.

Conclusiones. La utilización del sello vascular ha disminuido el tiempo quirúrgico 20 minutos en promedio, las pérdidas sanguíneas en menos de 250 ml y no fue necesario el uso del material de sutura con fines hemostáticos.

COMPARACION DEL NÚMERO DE MUESTRAS CON MATERIAL INSUFICIENTE PARA DIAGNÓSTICO EN BIOPSIAS POR ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA EN LESIONES PALPABLES DE MAMA EN LOS SERVICIOS DE GINECOLOGÍA Y ONCOLOGÍA DE UN HOSPITAL GENERAL

Carlos Manuel Ortiz Mendoza,¹ Ángel Garrido González,²
Arturo Catarino Dircio,³ Norma A. Acosta Sánchez³
Servicios de Clínica de Mama,¹ Ginecología y Patología³
Hospital General Tacuba. ISSSTE. México

Objetivo. Comparar el número de muestras con material insuficiente para diagnóstico en biopsias por aspiración con aguja delgada (BAAD) en lesiones palpables de mama entre los médicos especialistas en ginecología (Go) y oncología (On) de un hospital general.

Pacientes y métodos. Se analizó edad de las pacientes, tamaño de la lesión, servicio que tomó la muestra, diagnóstico clínico, y número de estudios acelulares por servicio.

Resultados. Se evaluó a 185 pacientes, 95 para Go y 90 para On. Las BAAD con material insuficiente para diagnóstico de Go fueron 48 (51%) y para On resultaron 3 (3.3%) (p < 0.001).

Conclusión. Los resultados sugieren que los médicos de Go en hospitales generales no tienen adiestramiento adecuado para la realización de BAAD en lesiones palpables de mama.

LOCALIZACIÓN RADIOGUIADA DE LESIONES MAMARIAS NO PALPABLES. ESTUDIO PILOTO

Heriberto Medina Franco,* Santos Soto Germes,* Laura J. Ortiz,*
Cecilia Romero,** Jesús Sepúlveda***
Departamentos de Cirugía,* Radiología** y Medicina Nuclear***
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Introducción. Con el advenimiento de la mastografía como método de escrutinio de rutina, se ha incrementado la detección de lesiones mamarias no palpables. La localización radioguiada de las mismas (ROLL, por sus siglas en inglés) potencialmente puede eliminar algunos inconvenientes de la biopsia guiada por alambre.

Material y métodos. En un protocolo prospectivo aprobado por el comité de ética institucional, fueron incluidas pacientes consecutivas atendidas en la clínica de mama de un centro de referencia de tercer nivel de la Ciudad de México, con lesiones mamarias no palpables visibles por ultrasonido o mastografía y tributarias de biopsia quirúrgica. Previo consentimiento informado, la paciente fue llevada a mastografía o ultrasonido y marcada con 0.1 mCi de macroagregados de albúmina (150-250 µ) marcados con ⁹⁹Tc en el sitio de la lesión. En quirófano y bajo anestesia local con sedación o sin ella se realizó la excisión de la lesión con la guía de un detector gamma (Neopre®, Johnson & Johnson). Se corroboró en todos los casos la excisión de la lesión mediante radiografía o ultrasonido de la pieza quirúrgica. Los hallazgos clinicopatológicos, variables quirúrgicas y complicaciones fueron cuidadosamente registrados.

Resultados. Del 1 de febrero al 30 de junio del 2004 se incluyó a 10 pacientes con una edad promedio de 59.7 años (rango, 47-65); una de ellas tenía antecedente familiar de cáncer de mama. Cuatro pacientes (40%) tenían antecedente de biopsia mamaria previa y en un caso antecedente personal de cáncer de mama contralateral. Hubo cinco casos de microcalcificaciones agrupadas, cuatro de masas sólidas y un quiste complejo que en 90% se clasificaron como bi-rads 4. Un caso de bi-rads 3 se llevó a biopsia por el antecedente personal de cáncer. Las lesiones se localizaron en mama derecha en 70% de los casos, y en 50% en el cuadrante superoexterno. La lesión fue marcada en igual número por mastografía y por ultrasonido. El tiempo quirúrgico promedio fue de 45 minutos y se registró una sola complicación (infección superficial de la herida quirúrgica). Todas las pacientes fueron dadas de alta dentro de la hora siguiente al acto quirúrgico, y en todos los casos se corroboró la excisión completa de la lesión sospechosa mediante radiografía o ultrasonido de la pieza quirúrgica. Hubo dos casos de cáncer (20%), uno de ellos carcinoma ductal *in situ* de 6.7 mm y un carcinoma mucinoso de 8 mm; ambos fueron tratados mediante ampliación de bordes quirúrgicos en un segundo tiempo.

Conclusiones. La biopsia radioguiada de lesiones mamarias no palpables parece ser un método seguro y eficaz y potencialmente puede evitar complicaciones y molestias asociadas a la biopsia guiada por alambre.

HISTIOCITOMA FIBROSO MALIGNO DE LA VULVA. INFORME DE UN CASO

Carlos Manuel Ortiz-Mendoza,¹ Arturo Catarino Dircio²
Servicios de Oncología y Patología Hospital General Tacuba. ISSSTE. México

Objetivo. Presentar una variedad poco común de sarcoma vulvar.

Presentación del caso. Mujer de 38 años con tumor sésil de 3 cm en el tercio posterior del labio mayor izquierdo, que fue resecado como tumor benigno. El informe histopatológico indicó que se trataba de un histiocitoma fibroso maligno con cuatro mitosis por campo seco fuerte, por lo que fue sometida a escisión local amplia con márgenes de 3 cm. No recibió tratamiento adyuvante y su evolución a 28 meses de la cirugía definitiva ha sido satisfactoria sin evidencia de recurrencia o metástasis.

Conclusión. El histiocitoma fibroso maligno de bajo grado es una rara neoplasia en la vulva y la escisión amplia parece ser un tratamiento seguro en su manejo.

SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR SECUNDARIO A CARCINOMA ADENOIDEO QUÍSTICO DEL CUELLO UTERINO RECIDIVANTE. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Roberto Larios Casillas, Felipe de Jesús Cerda Camacho, Mauricio Figueroa Sánchez, Jesús Delgadillo Hernández, Temoc Sánchez Martínez, Manuel Arias Novoa
Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde". Instituto Jalisciense de Cancerología Guadalajara, Jalisco, México

Antecedentes. El carcinoma adenoideo quístico constituye 0.4 a 1.7% de los cánceres del cérvix; se encuentra de manera primordial en glándulas salivales. Se diagnostica sobre todo en estadios tempranos y en post-menopáusicas; es de pobre pronóstico con recaídas tardías, principalmente a pulmón. Se han descrito recientemente casos en mujeres menores de 40 años. El tratamiento es con radioterapia, en algunos casos con adyuvante de quimioterapia en monoterapia. No existen informes en la literatura de síndrome de vena cava superior (SVCS) como manifestación de recaída tardía de un carcinoma adenoideo quístico del cérvix.

Objetivo. Presentar un caso clínico y revisión de la literatura.

Informe de caso. Mujer de 32 años que se presentó en enero del 2004 con cuadro florido de SVCS, apoyado con estudios de gabinete como conglomerado de mediastino anterior y nódulo en pulmón derecho como único antecedente positivo; histerectomía radical en abril de 1998 practicada fuera de la Institución por carcinoma adenoideo quístico de cérvix moderadamente invasor, ignorándose el estadio clínico; metástasis a un ganglio linfático que requirió radioterapia externa y braquiterapia. A la exploración física se halló un nódulo supraclavicular derecho sin actividad tumoral en la exploración ginecológica. Se sometió a radioterapia de urgencia y se efectuó biopsia de nódulo que confirmó la misma histología viable. Se completó una dosis de 5,000 cGy más seis ciclos de quimioterapia con paclitaxel.

Resultados. Actualmente no hay evidencia de enfermedad.

Conclusiones. Existen poco más de 140 casos publicados; ninguno con recaída tardía a mediastino anterior, lo que condiciona SVCS. Este caso constituye un antecedente importante para ser tomado en consideración.

ELEVACIÓN DEL CA-125 ASOCIADO A SÍNDROME DE MEIGS

Andrés de Jesús Morán

Introducción. El síndrome de Meigs es la asociación de fibroma ovárico, derrame pleural y ascitis, que se caracteriza por la resolución del cuadro posterior a la resección quirúrgica del tumor. La presentación del síndrome de Meigs con elevación marcada del CA-125 es una condición clínica inusual, informada en 27 casos de la literatura.

Descripción del caso. Mujer de 46 años con derrame pleural derecho, ascitis, tumoración ovárica y CA-125 de 1,808 U/ml. La tomografía mostró ascitis y tumor pélvico bilobulado de aproximadamente 25 cm; la citología de la ascitis reveló células de adenocarcinoma. Se consideró el diagnóstico de cáncer epitelial de ovario avanzado, tratándose mediante quimioterapia. Se utilizaron tres esquemas de quimioterapia debido a nula respuesta en el volumen tumoral; sin embargo, el CA-125 descendió hasta 90 U/ml. Por lo anterior, se realizó cirugía con resección de tumor ovárico izquierdo de 25 cm, con cápsula íntegra y sin implantes; el histopatológico fue de fibroma. El CA-125 posoperatorio fue de 11 U/ml.

Conclusión. Se desconoce la prevalencia del síndrome de Meigs con elevación del CA-125, así como el mecanismo de incremento del antígeno. Ante pacientes con elevación de CA-125 y citología de ascitis positiva a malignidad se debe ser cauteloso, debido a la posibilidad de un falso positivo, aunque esta probabilidad sea baja. Por lo tanto, la cirugía de invasión mínima para toma de biopsia debe ser considerada cuando exista la sospecha clínica de enfermedad benigna.

A pesar de que la asociación de tumor ovárico, derrame pleural y ascitis con elevación marcada del CA-125 es altamente indicadora de cáncer epitelial de ovario, habrá que considerar en el diagnóstico diferencial el síndrome de Meigs.

FORMULACIÓN INTRAVENOSA DE ETOPÓSIDO ADMINISTRADA ORALMENTE EN CÁNCER EPITELIAL DE OVARIO (CEO), REFRACTARIO O RESISTENTE A ANÁLOGOS DEL PLATINO, TAXANOS (RAP-T), O AMBOS

Alberto Serrano-Olvera, Dolores Gallardo, Germán Calderillo, María de Jesús Uribe, Myrna Candelaria, Alfonso Dueñas, Jaime de la Garza
Instituto Nacional de Cancerología. México

Antecedentes. El cáncer epitelial de ovario es la cuarta neoplasia en mujeres. CEO, RAP-T tiene pronóstico sombrío; diversos fármacos se exploran para tratarla, entre ellos etopósido oral.

Objetivos. Determinar la efectividad y la seguridad.

Pacientes y métodos. Mujeres con CEO RAP-T y etopósido oral, 50 mg los días 1-21 cada 28 días. Se registró y evaluó edad, estirpe, Karnofsky, tipo y duración de respuesta (dR), respuesta serológica (rS), tiempo para la progresión (TTP) y supervivencia (tS), toxicidad hematológica (tH) y no hematológica (tNH).

Resultados. Del 1 de mayo de 1999 al 31 de enero del 2004 se estudió a 33 mujeres con media de edad de 52.4 ± 11.4 años, rango 23 a 76. Etapa IIIc en 19 pacientes, 57.6%; IV en 5 pacientes, 15.1%. Histología papilar, 36.4% y adenocarcinoma 33.3%. En total se aplicaron 105 ciclos de etopósido, 3.4 ciclos/PT, rango 1 a 7; segunda línea en 20 pacientes, 60.6%; tercera en 8, 24.3% y cuarta en 5 pacientes, 15.1%. Detectamos 2/21 rS (9.5%), 5 rP (23.8%), 3 de estabilidad (14.2%) y 11 de progresión, iR 25.9% y beneficio clínico 47.6%. Cuatro rS (19%), 13 de estabilidad (61.9%) y 4 de progresión, beneficio clínico en 80.9%. dR media 4.6 ± 1.5 meses, rango 3 a 7; TTP 3.8 ± 0.7 meses, rango 3 a 6 y tS 5.9 ± 3.2 meses, rango, 1 a 11. Nueve muertes por neoplasia. Predominó la anemia grados I y II en 4.5%, leucopenia grado I en 5.3%, náuseas

grado I en 27% de los ciclos.

Conclusiones. La administración oral de etopósido es activa en el CEO RAP-T. Su uso se relaciona con mínima tH y tNH. Esta terapia representa una buena alternativa de tratamiento por su efectividad terapéutica, comodidad y bajo costo.

MANEJO LAPAROSCÓPICO DE TUMORES DE OVARIO BENIGNOS GIGANTES

Miguel Angel Morales Palomares, Edgar Román Bassaure, Alfonso Torres Lobatón, Benjamín de Filippo, Roberto Tenorio Argüelles, Gabino Hurtado Estrada, Antonio Beltrán, Teresa Michel Morales Montiel, Blanca Sosa, Sócrates Orozco, Roberto Villalón
Servicio de Oncología, Hospital General de México Hospital ISSEMYM Satélite

Introducción. 80% de los tumores ováricos son benignos y de éstos los cistoadenomas serosos son los más comunes. Actualmente se pueden saber con mucha exactitud diagnóstica las características de estos tumores. Los datos clínicos, el tiempo de evolución, las características del ultrasonido Doppler y la tomografía computarizada, asociados a marcadores en límites normales, ayudan a tener un diagnóstico preoperatorio de benignidad de estas lesiones.

Material y métodos. De enero del 2002 a julio del 2004 se han realizado 25 procedimientos; todos cuentan con USG pélvico, algunos con Doppler y TC de abdomen y pelvis, CA-125 en todos. Se analizó el tamaño del tumor, el tipo histológico y los días de hospitalización.

Resultados. Con edades entre 17 y 78 años, los tumores de ovario fueron de diversos tamaños; el diagnóstico preoperatorio fue en todos de cistoadenomas serosos. Cuando llegaban más arriba de la cicatriz umbilical, se puncionaban en forma percutánea obteniendo un líquido cristalino. Se colocaban 3 o 4 trocares, se utilizaban nudos intracorpóreos, pinzas bipolares, y endogía en un caso. El reporte patológico fue de cistoadenoma seroso en todos los casos, un día promedio de estancia hospitalaria; no hubo complicaciones.

Conclusiones. Este método de invasión mínima puede realizarse en casos bien seleccionados de cistoadenomas, sin importar el tamaño de la lesión quística, con excelentes resultados estéticos y mínimas molestias posoperatorias, con menos días de hospitalización.

EFICACIA CLÍNICA DEL TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA CON EL ESQUEMA ETOPÓSIDO-METOTREXATO-CICLOFOSFAMIDA-VINCRISTINA (EMCO) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD TROFBLÁSTICA GESTACIONAL DE ALTO RIESGO

Carlos A. Ronquillo,* H. Astudillo de la Vega,** Alvarado,*** M. Pérez,* A. Silva*
*Departamento de Oncología Médica, Hospital de Oncología.

Laboratorio de Oncología Molecular, Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Oncológicas. Hospital de Oncología. *Departamento de Patología. Hospital de Oncología. Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Objetivo. Determinar la tasa de respuesta al esquema EMCO en pacientes de alto riesgo con tumores trofoblásticos de la gestación (TTG), utilizando un régimen de quimioterapia que no incluye actinomicina d.

Método. Se realizó búsqueda retrospectiva de pacientes con enfermedad de alto riesgo de TTG tratados en el período de 10 años (1994-2004) y que recibieron etopósido, metotrexato, ciclofosfamida y vincristina, evaluando la tasa de respuesta con base en la normalización del nivel sérico de la fracción beta de la gonadotropina coriónica humana.

Resultados. Se evaluó a 21 pacientes con edad promedio de 26.2 años, en los cuales se observó respuesta completa (rC) de 57.1% (12/21). 33.3% de los pacientes mostraron refractariedad al esquema y recibieron una segunda línea de quimioterapia. Fallecieron 9.6% (2/21) por progresión antes de recibir un segundo régimen. Los pacientes que alcanzaron rC lo hicieron en promedio entre los ciclos 3 y 4 del tratamiento con quimioterapia.

Conclusión. La tasa de respuesta utilizando el esquema EMCO (57.1%) fue menor a la observada en otros estudios similares que incluyeron actinomicina d, en los que se han reportado rCS hasta en 71% de los casos. Por lo anterior, incorporar la actinomicina d en el esquema EMCO incrementa la tasa de respuesta en TTG.

HISTERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ENFERMEDADES GINECOLÓGICAS MALIGNAS Y PREMALIGNAS

Antonio Maffuz Aziz, Gustavo Cortés Martínez, Ramón Delgado Ramírez, Pedro Escudero de los Ríos
Félix Quijano Castro, Daniel López Hernández.

Introducción. La histerectomía laparoscópica (HL) es un procedimiento seguro que ofrece mejores resultados en la recuperación de las pacientes. Sin embargo, su uso en patologías ginecológicas malignas y premalignas aún no se ha popularizado. El objetivo del presente artículo es demostrar la factibilidad de la HL en un hospital de oncología.

Método. Se realizó un análisis descriptivo de las pacientes con lesiones uterinas malignas o premalignas que fueron sometidas a HL, evaluando las variables de tiempo y sangrado transoperatorio, complicaciones y tiempo de estancia intrahospitalaria.

Resultados. Se incluyó un total de 25 pacientes, con edad promedio de 45 años. Se realizaron 10 HL con salpingooforectomía o sin ella por lesiones premalignas o malignas preinvasoras (40%), cinco procedimientos de etapificación completa por carcinoma endometrial (20%) y siete histerectomías radicales por cáncer cervicouterino (28%); en tres pacientes fue necesario conver-

tir a laparotomía (12%) por complicaciones transoperatorias (dos casos) o dificultad técnica (un caso). El tiempo operatorio promedio para el total de los procedimientos fue de 207 minutos, con sangrado de 204 ml. El promedio de estancia intrahospitalaria fue de 2.5 días. Se presentaron complicaciones posoperatorias en dos pacientes, hematoma de cúpula vaginal en una y disfunción vesical transitoria en otra más.

Conclusión. El presente trabajo describe nuestra experiencia inicial de la HL para el tratamiento de enfermedades ginecológicas malignas y premalignas, demostrando con los resultados que es una técnica segura y factible. Como es un abordaje relativamente nuevo, aún faltan estudios de seguimiento a largo plazo para evaluar los patrones de recurrencia y supervivencia global para validar totalmente la técnica.

CÁNCER CERVICOUTERINO RECURRENTE, EXPERIENCIA EN CIRUGÍA DE RESCATE. CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

Genaro Pérez Machorro, Beatriz Ortega Meza, Guillermo Castrejón Rodríguez,
Bárbara Guzmán Jiménez
Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" ISSSTE. México

Antecedentes. El tratamiento de las pacientes con cáncer cervicouterino con respuesta fallida a los tratamientos convencionales, tradicionalmente ha sido la cirugía radical con índices de supervivencia a cinco años de 25 a 50%. En las pacientes que recuren a cirugía, la alternativa de tratamiento es la radioterapia con índices de supervivencia a cinco años de 16 a 40%.

Objetivo. Presentar la experiencia del servicio en el tratamiento con cirugía de rescate en pacientes con recurrencia de cáncer cervicouterino.

Material y métodos. De enero de 1996 a diciembre de 2003 se revisaron expedientes de pacientes con cáncer cervicouterino persistente o recurrente tratadas con radioterapia o cirugía. Se incluyeron 60 pacientes.

Resultados. La edad fue de 26 a 82 años; tipo histológico más frecuente, carcinoma epidermoide (83.3%). Por etapas clínicas fue mayor la etapa IIb (41.6%), seguida por la IIIb (15%). Hubo persistencia tumoral en 18 pacientes (30%) y recurrencia en 42 (70%).

Los procedimientos quirúrgicos incluyeron exenteración anterior en 15 pacientes, histerectomía tipo III en 10, histerectomía tipo I en 8, histerectomía tipo IV en 7, histerectomía y colectomía en 6, exenteración total en 6, histerectomía tipo II y colectomía en 3, histerectomía tipo III y colectomía en 3 e histerectomía tipo II en dos.

Viven 28 pacientes (46%), 14 han sobrevivido cinco años; el promedio de supervivencia fue 3.10 meses, y fallecieron 32 (53.3%).

Conclusiones. La exenteración pélvica sigue siendo el tratamiento de elección para las recurrencias localizadas; la supervivencia de las pacientes sometidas a exenteración fue de 33.3 por ciento.

SCHWANOMA MALIGNO SINONASAL. CASO CLÍNICO

Gurrola Machuca H., Flores Abraján P,
Guzmán Jiménez B., Acosta Mondragón H., Fernández Orozco A.
Servicio de Oncología y Radioterapia. Centro Médico Nacional
"20 de Noviembre", ISSSTE. México

Antecedentes. Los tumores malignos de la vaina del nervio periférico ocupan 5 a 10% de los sarcomas. El schwannoma maligno es un tumor poco frecuente y representa 5 a 10% en cabeza y cuello.

Objetivo. Se presenta el caso de paciente con diagnóstico de schwannoma maligno, el cual se trató en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre".

caso clínico. Se presenta un solo caso de schwannoma maligno sinonasal sometido a resección por abordaje craneofacial por infiltración al piso anterior de la base del cráneo.

Resultados. Varón de 38 años de edad. Dio inicio hace tres años y fue tratado con maxilectomía parcial y radioterapia; hace seis meses tuvo progresión tumoral a nivel craneofacial; se realizó TAC craneofacial con tumor en el antro maxilar, con invasión a cara, órbita y piso anterior del cráneo, con afectación meníngea. Se sometió a maxilectomía radical y resección craneofacial, así como resección de meninges, resección de 95% del tumor dejando residuos macroscópicos; el tamaño tumoral fue tratado con radioterapia.

Conclusión. El schwannoma maligno es raro; el tratamiento óptimo es la cirugía con resección completa del tumor. Es tumor de mal pronóstico con alto índice de recurrencia (5 a 10 años); después de la resección quirúrgica es de 50 a 80%. El manejo adyuvante con radioterapia mejora el control local. El pronóstico depende de la extensión de la enfermedad, el grado tumoral, la resección completa y el manejo adyuvante.

FIBROMA OSIFICANTE. CASO CLÍNICO

Gurrola Machuca H., Flores Abraján P., Guzmán Jiménez B.,
Acosta Mondragón H.
Servicio de Cirugía Oncológica. Centro Médico Nacional
"20 de Noviembre". ISSSTE. México

Antecedentes. Los fibromas osificantes son neoplasias benignas fibrosas productoras de hueso, poco frecuentes. Se clasifican en cuatro tipos; la variante que se presenta es el fibroma osificante juvenil, el cual tiene gran posibilidad de curación.

Objetivo. Presentar el caso de una paciente con diagnóstico de fibroma osificante juvenil localizado en paladar y fosa nasal, la cual fue tratada en el Centro Médico Nacional

"20 de Noviembre".

Caso clínico. Se estudio una paciente con tumoración en la región del paladar; la biopsia manifestó fibroma osificante como único caso informado en este hospital.

Resultados. Se trata de una niña de 14 años de edad sin antecedentes de importancia, la cual presenta obstrucción nasal derecha y epistaxis de un año de evolución; se efectuó TAC de maxilo facial con presencia de tumor en paladar duro, cara superior, con extensión a fosa nasal. Fue sometida a resección casi completa (por dependencia del paladar duro), por rinotomía lateral derecha. La paciente actualmente se halla en vigilancia desde hace un año.

Conclusión. El fibroma osificante es un tumor raro que se presenta en la infancia; el tratamiento indicado es la cirugía conservadora; se presenta control de la enfermedad y el índice de recurrencia es bajo.

NEOPLASIA ENDOCRINA MÚLTIPLE. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Pablo Flores Abraján, María Cruz Arellano, Hernández Víctor Valdespino,
Alejandro Ruiz Jaimes
Servicio de Cirugía Oncológica. Centro Médico Nacional
"20 de Noviembre". ISSSTE. México

Antecedentes. La neoplasia endocrina múltiple tipo 2 es causada por mutación del protooncogén RET. Los subtipos están definidos por la presencia o ausencia de feocromocitomas, hiperparatiroidismo y características clínicas específicas.

Objetivo. Presentar el caso de un paciente intervenido en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" por neoplasia endocrina múltiple tipo 2b, la supervivencia y el manejo.

Presentación del caso. Varón de 43 años de edad, con tumoración en región anterior del cuello, hipertensión de difícil control, posoperado de tiroidectomía total con disección radical de cuello bilateral fuera del Instituto. Posteriormente fue referido a nuestro hospital, donde se inició el protocolo de estudio para descartar patología suprarrenal funcional, diagnosticándose feocromocitoma; fue sometido a laparotomía exploradora para resección de tumor suprarrenal.

Conclusión. En esta revisión se analiza la importancia de una buena metodología diagnóstica en los paciente con tumoración tiroidea y datos de descarga adrenérgica. El pronóstico del NEM tipo 2 se relaciona con la agresividad del cáncer medular de tiroides; la determinación de la mutación del gen RET es gran ayuda en el diagnóstico y en la planeación del tratamiento. En el caso de nuestro paciente se presentaron metástasis hepáticas al momento del diagnóstico, corroborando que la agresividad del cáncer medular de tiroides tiene gran importancia en el pronóstico.

CARCINOMA ADENOIDEO QUÍSTICO DE TRÁQUEA

Gurrola Machuca H., Flores Abraján P., Acosta Mondragón H.,
Fernández Orozco A., Víctor Valdespino
Servicio de Cirugía Oncológica y Radioterapia. Centro Médico Nacional
"20 de Noviembre", ISSSTE. México

Antecedentes. Los tumores malignos de la tráquea ocupan el 0.2% de todas las neoplasias malignas del tracto respiratorio, y 0.04% de todos los tumores malignos. Los tumores malignos de la tráquea son poco frecuentes. El carcinoma adenoideo quístico se considera un tumor de buen pronóstico.

Objetivo. Se presenta el caso de una paciente con diagnóstico de carcinoma adenoideo quístico de tráquea, la cual se trató en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre".

Caso clínico. Mujer de 35 años de edad, con inicio hace 12 meses, con estridor; se efectuó TAC de cuello con tumor en la parte proximal de la tráquea, que abarca los tres primeros anillos. No existe clasificación tumoral para los tumores malignos de la tráquea. Fue sometida a resección segmentaria de tráquea de cinco anillos traqueales y parte inferior de cartilago cricoides, con liberación de laringe suprahioidea, de la tráquea distal y anastomosis termino-terminal en un plano. El reporte de patología fue carcinoma adenoideo quístico que infiltra adventicia y el borde superior (cricoides) positivo.

Resultados. La paciente está siendo tratada con radioterapia externa de consolidación por tener bordes quirúrgicos positivos, sin datos de recurrencia a ocho meses.

Conclusión. Los tumores malignos de la tráquea son extremadamente raros; el carcinoma adenoideo quístico presenta mejor pronóstico, y el tratamiento de este tumor es quirúrgico con radioterapia externa o sin ella.

CARCINOMA ADENOESCAMOSO ASOCIADO A PAPILOMA INVERTIDO EN CAVIDAD NASAL. CASO CLÍNICO

Angélica Ruiz Díaz de León, María de Lourdes Suárez Roa,
Luz María Ruiz Godoy Rivera, Martín Granados García,
Abelardo Meneses García
Instituto Nacional de Cancerología. México

Antecedentes. El papiloma de cavidad nasal es una neoplasia benigna que presenta 0.5 a 7% de todas las neoplasias nasales. De los tres tipos de papilomas, el papiloma invertido es el que más frecuentemente se relaciona con transformación maligna, sobre todo a carcinoma epidermoide. El carcinoma adenoescamoso es una neoplasia rara en el área de cabeza y cuello que constituye 1.1% de todas las neoplasias malignas. Actualmente, sin ningún estudio informado en donde se mencione la relación entre papiloma y carcinoma adenoescamoso en cavidad nasal.

Objetivo. Se presenta el caso de una mujer de 54 años de edad con historia clínica en donde se reportan cuadros recurrentes de lesiones papilomatosas en fosa nasal.

Resultados. Se realizó tratamiento quirúrgico, teniendo como diagnóstico histopatológico carcinoma adenoescamoso. Se realizaron estudios de inmunohistoquímica con PAS, azul anciano y

mucicarmín, los cuales resultaron positivos para las zonas de adenocarcinoma, corroborándose el diagnóstico.

Durante tres años después del último tratamiento quirúrgico el paciente estuvo libre de enfermedad. Sin embargo, después del tratamiento se observó recurrencia de la neoplasia en la región del paladar. Se le realizó tratamiento quirúrgico nuevamente, y dos meses posteriores a la cirugía se le vio por última vez, ya que abandonó el tratamiento.

Conclusión. Se han informado casos ocasionales de carcinoma adenoescamoso en cavidad nasal sin mencionar el antecedente de papiloma previo. Como ya se mencionó, la transformación maligna de los papilomas invertidos habitualmente es el carcinoma epidermoide, aunque hasta ahora no se ha descrito la transformación maligna de papiloma invertido a carcinoma adenoescamoso en cavidad nasal.

SARCOMA SINOVIAL EN EL ESPACIO PARAFARÍNGEO. INFORME DE UN CASO

Vázquez Sánchez D., Arias Cevallos H., Gallegos Hernández J.F., Reséndiz Colosía J., Flores Díaz R., Hernández San Juan M.

Departamento de Tumores de Cabeza y Cuello. Hospital de Oncología y Neurocirugía Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS. México

Introducción. El sarcoma sinovial (SS) se origina en células mesenquimatosas pluripotenciales y por lo general se presenta en adultos jóvenes; la incidencia es de 14% de todos los sarcomas. Aproximadamente se han documentado 100 casos de SS en cabeza y cuello (CyC) en la literatura mundial. El conocimiento del SS en la CyC es de importancia práctica para el clínico y el patólogo.

Presentación del caso. Varón de 24 años de edad, sin antecedentes de importancia, con tumor en cuello izquierdo de rápido crecimiento en seis meses, con disfonía y disfagia progresiva y pérdida ponderal de 20 kg. Ecog 0, desviación lingual a la izquierda, abombamiento de la pared faríngea izquierda y tumor en cuello izquierdo de 20 x 11 cm. Pétreo adherido a planos profundos. Angio-TAC: tumor que involucra la vaina carotídea hasta la base del cráneo, corroborándose por IRM y angiografía. Rhp: SS monofásico.

Tratamiento. Resección tumoral completa, incluyendo carótida interna; desviación de carótida interna en dos tiempos: 1) abordaje frontotemporal izquierdo, fresado del temporal y disección de la carótida intrapetrosa; 2) desviación carótida común a carótida interna intrapetrosa con safena, resección en bloque con DRC ampliada, hallándose tumor de 20 x 10 x 10 cm, desde opérculo torácico hasta base de cráneo. Postoperatorio satisfactorio; dos días en UCI; funciones cerebrales conservadas. Arteriografía de control: adecuada permeabilidad del injerto. Se dio de alta al séptimo día. Recibió radioterapia adyuvante.

Comentario. El SS es una neoplasia de alto grado muy agresiva, rara en el espacio parafaríngeo; la supervivencia a cinco años es de 23.5 a 45%; además, por ser el tamaño tumoral y la escisión quirúrgica completa, los factores pronósticos más importantes se presentan en este caso, remarcando la importancia del manejo multidisciplinario.

MANDIBULECTOMÍA SEGMENTARIA DE URGENCIA PARA UN FIBROXANTOSARCOMA DE MANDÍBULA CON FRACTURA Y HEMORRAGIA SEVERA

Sergio Arturo Arizmendi Issasi, Roberto Tenorio Argüelles, Oscar Ibañez García, Juan Jalomo Camacho, Eric Quintero Cocone, Javier García Estrada, Arturo Hernández Cuéllar, Roberto Mociños Montes, Armando Mendoza Tenorio Hospital General de México

Antecedentes. Los tumores malignos del sistema esquelético en general son raros, representando sólo 0.2% de todos los nuevos casos. Sin embargo, los tumores primarios de mandíbula son aún más raros, y mucho menos encontrarlos con hemorragia activa secundaria a fractura que condicione choque hipovolémico y requiera cirugía de urgencia.

Objetivo. Presentar el caso del paciente, que por su aspecto clínico y el manejo quirúrgico de urgencia es extremadamente raro.

Presentación del caso. Paciente varón de 33 años de edad, con inicio en octubre del 2003 con nódulo submaxilar izquierdo; fue sometido a biopsia fuera de la unidad con reporte de sarcoma fusocelular de alto grado, por lo que fue sometido a 35 sesiones de radioterapia que terminaron en abril del 2004, aún con actividad tumoral. Fue visto en nuestra unidad con tumor de rama horizontal de la mandíbula izquierda, con infiltración incipiente en vestíbulo y piso de la boca, con cuello negativo.

Resultados. Estando internado el paciente, inició sangrado a través de la cavidad oral, lo cual dio lugar a choque hipovolémico, por lo que fue sometido a tratamiento quirúrgico de urgencia; se encontró tumoración de 4 x 3 cm en rama horizontal de la mandíbula con fractura, la cual condicionaba hemorragia. Se realizó mandibulectomía segmentaria izquierda, con excisión amplia de tejidos blandos.

Conclusiones. El paciente cursó con adecuada evolución postoperatoria, y fue dado de alta al séptimo día, con informe de patología de fibroxantosa de mandíbula izquierda sin tumor en lecho ni bordes; el paciente se encuentra en control sin datos de actividad tumoral, y será enviado al servicio de quimioterapia.

SCHWANNOMA DE FOSA INFRATEMPORAL

Roberto Tenorio Argüelles, Sergio Arizmendi Issasi, Javier García Estrada, Arturo Hernández Cuéllar, Roberto Mociños Montes, Armando Mendoza Tenorio Unidad de Oncología. Hospital General de México.

Antecedentes. La región pterigomaxilar corresponde anatómicamente a la subdivisión anteromedial de la fosa infratemporal.

Esta región contiene los músculos pterigoideos, la arteria maxilar y la rama mandibular del V par craneal.

Los tumores de la fosa infratemporal son raros y algunas series reportan una incidencia de 1.1% de todos los tumores de cabeza y cuello.

Presentación de un caso. Schwannoma de la rama mandibular del V par craneal en mujer de 71

años, sin antecedentes patológicos. Desde agosto del 2003 refirió presentar incremento de volumen en hemicara derecha posterior a extracción de tercer molar, sin otra sintomatología.

Clinicamente presentaba asimetría facial por incremento de volumen en la región malar derecha, de 4 x 4 x 3 cm, duro, fijo, sin alteración de los tejidos blandos. Se realizó TAC, la cual reportaba lesión de la fosa infratemporal, de 5 cm de diámetro, con reforzamiento heterogéneo.

Resultados. En julio del 2004 fue sometida a escisión local con abordaje combinado transfacial-preauricular y otostotomía del zigomático. Se identificó un tumor del espacio pterigomaxilar de 5 x 5 x 4 cm. El informe definitivo de patología correspondió a schwannoma benigno.

El control a tres meses fue sin evidencia de recurrencia.

Comentario. Existen pocos informes de neuromas del trigémino; los más comunes derivan de la rama oftálmica y con menos frecuencia de la rama mandibular. La escisión quirúrgica de estas lesiones requiere de abordajes con acceso directo de esta región anatómica. Nosotros empleamos un abordaje combinado. Las ventajas de este abordaje son: protección del nervio facial; preservación del músculo temporal; control adecuado de la arteria maxilar.

RECONSTRUCCIÓN FARINGOESOFÁGICA INMEDIATA CON INJERTO MICROVASCULARIZADO DE YEYUNO. INFORME DE UN CASO

Juan Carlos Salinas García, Luis Ferbeyre Binelfa, Guillermo Sánchez Acuña, Adrián Hernández Hernández

Antecedente. Carcinoma avanzado laríngeo-faríngeo, en el cual se realizó reconstrucción faringo-esofágica empleando la técnica de colgajo microvascularizado de yeyuno después de faringolaringectomía total circular con disección radical de cuello bilateral. El paciente tuvo evolución postoperatoria satisfactoria lográndose una rehabilitación funcional a las dos semanas de la intervención.

Se revisó la literatura en los aspectos concernientes al cáncer de hipofaringe y las técnicas de reconstrucción empleadas en estos pacientes, haciendo énfasis en la técnica del yeyuno microvascularizado.

Introducción. El cáncer faringolaríngeo es una enfermedad poco frecuente en nuestro medio; por lo general se trata de tumores primarios laríngeos avanzados que invaden en forma secundaria la hipofaringe, y con menor frecuencia tumores primarios de hipofaringe, sobre todo del seno piriforme. El tipo histológico predominante es el carcinoma epidermoide, el cual en muchos casos es poco diferenciado. Su forma de diseminación local en la mucosa, ya sea por contigüidad o por los plexos de capilares linfáticos submucosos, provoca una extensión muy peculiar de manera superficial y con siembras aisladas, que obliga al cirujano oncólogo a extremar las medidas de radicalidad. La riqueza de linfáticos del área anatómica, así como su disposición cruzada combinada con la biología agresiva de estas lesiones, facilita en gran medida la metastatización precoz y frecuente a ambos lados del cuello, lo cual fundamenta los criterios actuales en las disecciones ganglionares para esta enfermedad. La invasión masiva de la región retrocricóidea, como ocurre en muchos tumores supraglóticos y de seno piriforme, es un criterio de resección circular de toda la faringe, a pesar de que aparentemente existe margen de tejido sano como para un cierre primario sin reconstrucción. Sin embargo, el alto índice de recidiva local en estos casos ha justificado en la actualidad el sacrificio sistemático de toda la circunferencia faringo-esofágica cuando sólo su pared anterior está afectada. La faringolaringectomía total circular con tiroidectomía total, disección bilateral ganglionar y reconstrucción con el método indicado, asociado a tratamientos de quimioradioterapia, resulta la terapéutica de elección para estos pacientes. La supervivencia a cinco años de estos pacientes con cáncer avanzado oscila entre 25 y 35%, por lo que los procedimientos tienen carácter eminentemente paliativo.

La reconstrucción faringo-esofágica inmediata en estos casos constituye un reto para el cirujano oncólogo, ya que son pacientes con tumores generalmente avanzados, con enfermedades y hábitos tóxicos asociados, así como un estado nutricional casi siempre comprometido sumado en ocasiones a tratamientos previos tóxicos. La cirugía se considera agresiva por el largo tiempo de anestesia, lo amplio de la resección y la reconstrucción sobreañadida. Por otra parte, el postoperatorio no está exento de complicaciones, acechado en ocasiones por la inminencia de recidiva tumoral.

Los objetivos en el trato integral de estos casos son, en primer lugar, lograr el control del tumor primario y las metástasis, utilizando tratamientos combinados donde la cirugía puede ser inicial o de rescate y la radioterapia puede ser adyuvante o neoadyuvante, asociada a quimioterapia a base de cisplatino siempre que esté indicado; en segundo lugar, una calidad de vida razonable, en particular en lo relacionado con la rehabilitación de la deglución, empleando métodos inmediatos y eficaces de restablecimiento de la continuidad del tracto alimentario mediante colgajos miocutáneos pediculados o injertos libres microvascularizados, como el yeyuno y el colgajo chino; en tercer lugar, lograr un seguimiento y una prevención adecuados que permitan erradicar hábitos tóxicos, y diagnosticar precoz y oportunamente recidivas, segundos tumores primarios y lesiones precancerosas que aparecen con frecuencia en la evolución de estos pacientes.

La técnica del yeyuno microvascularizado fue descrita inicialmente por Seindenberg y colaboradores, en 1957, pero alcanzó su auge máximo en los años 1970 y 1980 con los trabajos de Germain y colaboradores en Francia, y otros autores en Estados Unidos. Actualmente constituye el método de elección para la reconstrucción inmediata faringo-esofágica y se emplea en forma sistemática en todos los centros de tratamiento oncológico en el mundo. La rápida rehabilitación de los pacientes, así como la fácil aplicación de la técnica, le ha permitido imponerse como método de preferencia sobre otras técnicas, como el colgajo chino, el pectoral mayor y el dorsal ancho.

Nuestro trabajo ilustra un caso donde esta cirugía logra la paliación necesaria con supervivencia razonable y una calidad de vida aceptable en un carcinoma avanzado de faringolaringe, cuyo manejo se realizó en conjunto para llevar a cabo un tratamiento combinado.

Presentación del caso. Se trata del paciente PGR varón de 67 años con antecedentes de salud anterior, sin referencia de hábitos tóxicos, salvo ingestión ocasional de pulque; acude a consulta por aumento de volumen cervical progresivo de dos meses de evolución, acompañado de dificultad al tragar desde hace aproximadamente cuatro semanas.

Examen físico (datos de interés). Laringoscopia indirecta. Se observa una lesión ulceroinfiltrante en seno piriforme derecho con extensión a pared lateral y posterior de la faringe con parálisis homolateral de la hemilaringe. Resto de las vías aerodigestivas superiores normales.

Palpación del cuello. Adenopatía dura en nivel II izquierdo de unos 6 x 4 cm con tendencia a la fijación a planos profundos. Otras múltiples de características similares en niveles III y V con un

rango de 1 a 2,5 cm, también en hemicuello izquierdo. En hemicuello derecho hay adenopatía de 3 x 2 cm en nivel II, dura, movable no dolorosa (figura 1).

Laringoscopia directa. Se introduce laringoscopio flexible por la fosa nasal avanzando hasta visualizar las estructuras laringeas, donde se constata lesión ulcerada y submucosa que ocupa el seno piriforme derecho y abomba la hemilaringe homolateral provocando parálisis de la cuerda vocal; se extiende por la pared lateral del seno piriforme hacia la pared posterior faríngea, cruzando la línea media por debajo del pliegue faringopiglótico derecho en sentido caudal sin poder precisar el límite inferior de la lesión. El seno piriforme izquierdo está libre de tumor, así como el esfínter cricofaríngeo y el esófago cervical.

Tomografía axial computarizada. Se realizaron cortes axiales desde la base del cráneo hasta la base del cuello, constatándose una lesión sólida mal limitada, que ocupa espacio en hemilaringe y seno piriforme izquierdos, y que prácticamente hace cuerpo con la masa ganglionar izquierda que desplaza las estructuras laringeas y el hioides hacia la derecha, extendiéndose hacia la parte alta del cuello. La lesión primaria se extiende por la pared lateral y posterior de la faringe cruzando la línea media a la pared posterior contralateral. Se corrobora la presencia de adenopatías múltiples bilaterales de aspecto metastático a predominio izquierdo. En las vistas contrastadas se visualizan los grandes vasos de los cuellos del lado izquierdo desplazados con obliteración de la vena yugular interna. No se precisa invasión cartilaginosa (figura 2).

Biopsia. Se realizó biopsia de la lesión durante la laringoscopia directa, lo que arrojó un carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado infiltrante.

El resto de los estudios no tuvo resultados de relevancia.

Estadamiento

Se clasifica como:

Sitio primario hipofaríngeo

Subsitio anatómico: seno piriforme

Tipo histológico: carcinoma epidermoide

Grado histológico II (moderadamente diferenciado)

TNM: T3 por su extensión laringea con parálisis, n3 por la presencia de adenopatía de cm. MO por la ausencia de metástasis a distancia.

Etapas clínicas: IVb.

Tratamiento. El tratamiento óptimo del cáncer avanzado de la hipofaríngeo es combinando varias armas terapéuticas; de esta manera, son posibles varias asociaciones:

- Cirugía radical inicial y radioterapia postoperatoria
- Cirugía radical inicial y quimiorradioterapia postoperatoria utilizando platino semanal en dosis radiosensibilizantes.
- Cirugía radical inicial y quimiorradioterapia postoperatoria utilizando platino cada tres semanas en dosis habituales (100 mg/m²)
- Quimioterapia neoadyuvante con radioterapia o cirugía a considerar según respuesta inicial en los dos primeros ciclos.
- Quimiorradioterapia neoadyuvante con cirugía de rescate y radioquimioterapia adyuvante.

El uso de una modalidad es individualizado en cada paciente, teniendo en cuenta las características clínicas del tumor, la tolerancia a los diferentes tratamientos, y las posibilidades económicas del paciente.

Tomando en consideración que nuestro paciente presentaba una metástasis cervical al borde de la resecabilidad, además de su situación geográfica alejada y sus limitaciones económicas, se decidió realizar cirugía radical para garantizar lo más pronto posible un control inicial de la enfermedad e imponer más tarde, una vez recuperado el paciente, una adyuvancia según sus posibilidades.

El 15 de mayo del 2004 se realizó una faringolaringectomía total circular con tiroidectomía total, disección radical modificada izquierda y disección radical clásica derecha. Se constatan adenopatías bilaterales múltiples, que en el lado derecho la más voluminosa había producido trombosis de la yugular interna y se encontraba muy próxima a la base del cráneo, dificultando la resección con margen adecuado. Se realizó sacrificio del hipogloso y la carótida externa de ese lado, además de las estructuras que normalmente se incluyen en la pieza. En la hipofaríngeo se encontró un tumor ulceroinfiltrante que ocupaba todo el seno piriforme izquierdo y se extendía a la región retrocricoides y hacia la pared lateral y posterior de la faringe, cruzando la línea media pero sin llegar a la pared lateral derecha. (figura 3) no se observó lesión a nivel del esfínter cricofaríngeo ni en el esófago cervical. La cirugía exéretica del tumor y reconstructiva de obtención del yeyuno se llevó a cabo de manera simultánea con dos equipos de trabajo, lo cual acortó en forma significativa el tiempo quirúrgico, que fue de ocho horas (figuras 4 y 5). Durante las anastomosis microvasculares se constataron severos cambios arterioscleróticos en la luz de la arteria facial, lo cual produjo inicialmente trombosis de la circulación arterial del injerto; esto nos obligó a resecar la primera anastomosis, acortando los vasos del pedículo y a realizar una segunda anastomosis, imponiendo tratamiento con Flaxiparine para evitar una segunda trombosis. La anastomosis venosa se realizó sin eventualidades.

Evolución postoperatoria. El paciente tuvo evolución satisfactoria y se le dio de alta a la semana, realizándose una placa contrastada de esófago donde se puso de manifiesto la continuidad del



Figura 1. Adenopatías cervicales bilaterales, voluminosas del lado derecho

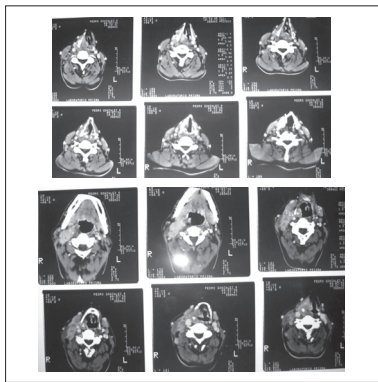


Figura 2. Tomografía axial computarizada en la cual se aprecia masa sólida que ocupa la hemilaringe derecha y hace cuerpo con la masa ganglionar. La lesión se extiende hacia la pared posterior de la faringe y cruza la línea media.

tracto alimentario y la ausencia de fistulas (figura 6).

Tratamiento adyuvante

El paciente es valorado para quimiorradioterapia adyuvante, con dosis semanales de CDDP y una dosis total de 50 Gy con refuerzo en base de cráneo del lado izquierdo de 20 Gy.

Rehabilitación de la deglución

El paciente comenzó su alimentación con líquidos al décimo día postoperatorio y posteriormente su dieta libre al decimocuarto día.

Comentarios. El cáncer avanzado de la hipofaríngeo es una enfermedad de mal pronóstico. Uno de los objetivos fundamentales del tratamiento quirúrgico es lograr, además de la eliminación del tumor, una rehabilitación deglutoria rápida y oportuna que permita al paciente recuperar su estado nutricional, importante para exponerse a otros tratamientos tóxicos o sencillamente recuperarse de los ya recibidos. Esto debe lograrse antes de que se produzca la casi invariable recurrencia de la enfermedad.

En los años 1950 y 1960, las técnicas de reconstrucción faringoesofágicas se realizaban en varios tiempos quirúrgicos y los pacientes demoraban meses en rehabilitarse. Son clásicas las técnicas con colgajos locales de piel descritas por Wookey y por Conley, así como otras empleando tubos cutáneos de Filatov. Con frecuencia los sorprendía la reaparición del tumor antes de lograr una recuperación de la vía oral. La mayoría de estos pacientes, aunque con dificultad, podían comer antes de operarse, por lo que la operación no resultaba factible en términos de calidad de vida, y no había gran impacto positivo en la supervivencia, ya que no existía gran desarrollo ni experiencia en los tratamientos adyuvantes. En los años 1960, la aparición del colgajo deltopectoral de Bakamjian, el cual se realizaba en dos tiempos, mejoró en algo la recuperación de estos pacientes; sin embargo, ésta seguía siendo demasiado lenta, pues muchas veces aparecían fistulas que retardaban la cicatrización. En los años 1970, los colgajos miocutáneos del pectoral, descritos por Ariyan, y del dorsal ancho, descritos por Quillen, lograron modificar substancialmente en forma positiva las técnicas de reconstrucción faringoesofágica, ya que la rehabilitación se lograba en un solo tiempo quirúrgico, lo cual acortaba significativamente la espera en la indicación de apertura de la vía oral. A pesar de todo, estas técnicas tampoco estaban exentas de complicaciones, la más frecuente era la estenosis generalmente a nivel de las anastomosis, lo cual obligaba a repetidas reintervenciones y maniobras. Poco a poco los colgajos microvascularizados fueron sustituyendo a los miocutáneos, ya que sus resultados funcionales resultaron mejores en estudios comparativos. El éxito de la cirugía microvascular depende de personal entrenado y con experiencia, y además requiere de instrumental y equipos especiales, lo cual encarece significativamente la aplicación de estas técnicas.

En la actualidad, la elección de determinada técnica de reconstrucción faringoesofágica se individualiza en cada paciente y está en función de las posibilidades de supervivencia razonable, su condición local y general, y la disponibilidad de servicios especializados.

Con la aplicación correcta de los criterios terapéuticos oncológicos y el empleo de técnicas quirúrgicas eficaces, como las reconstrucciones microvasculares, se puede lograr la exéresis de grandes tumores con la ablación de grandes volúmenes de tejidos afectados y al mismo tiempo reparar de manera eficaz y oportuna el defecto ocasionado, teniendo un impacto positivo en la supervivencia, en la calidad de vida de los pacientes, o en ambas cosas. Este ha sido uno de los grandes avances de la cirugía oncológica en los últimos 20 años.

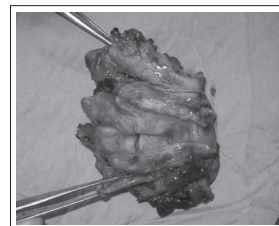


Figura 3. Pieza quirúrgica donde se observa tumor en seno piriforme derecho con extensión a pared faríngea posterior. Es notable el abombamiento de la hemilaringe homolateral con borbombamiento del ventrículo de Morgagni.



Figura 4. Trabajo en doble equipo simultáneo sobre abdomen y cuello, lo cual acorta significativamente el tiempo de anestesia.

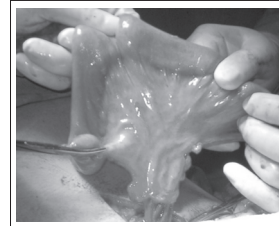


Figura 5. Obtención del injerto de yeyuno con su correspondiente pedículo vascular.



Figura 6. Rayos X contrastado donde se constata la viabilidad del colgajo y la ausencia de fistula al séptimo día postoperatorio.

LARINGECTOMÍA CASI TOTAL. EXPERIENCIA EN CUBA

Luis Ferbeyre Binelfa, Eduardo Alfonso Morejón, Adolfo Hidalgo González, Pablo Cruz González, Jorge Luis Arteaga Gattorno, José Miguel Vázquez Cimadevilla
Servicio de Cabeza y Cuello. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología.
Ciudad de la Habana, Cuba

La laringectomía casi total es una técnica quirúrgica relativamente poco difundida en nuestro medio, donde resulta difícil encontrar una indicación debido al auge de los protocolos de preservación de órgano y la inclusión de pacientes con cáncer avanzado de laringe en protocolos de tratamiento con quimiorradioterapia concomitante.

Nuestro trabajo describe la experiencia preliminar con los primeros casos operados haciendo énfasis en los resultados funcionales y complicaciones.

Se realiza una revisión de los primeros 11 casos operados en nuestro país con la técnica de la laringectomía casi total. Se exponen los resultados funcionales y oncológicos, así como la frecuencia de complicaciones de las series más importantes y nuestros casos.

De 11 pacientes operados, ocho lograron rehabilitación funcional fonatoria. La broncoaspiración, complicación más temida, apareció en solo dos casos y su recuperación fue espontánea en pocos días.

Se concluye que la laringectomía casi total forma parte del arsenal quirúrgico en el tratamiento de las neoplasias laríngeas y faringolaringeas, y es una técnica que se considera como una opción estándar con indicaciones muy precisas, debido a la experiencia a nivel internacional.

Palabras clave: laringectomía, cáncer de laringe, cirugía conservadora de laringe.

Introduction. Near total laryngectomy is not a wide spread technique in our country. Due to the popularity gained by organ preservation treatment protocols in advanced laryngeal cancer, its very hard to select a case to perform this kind of surgery.

Objective. The aim of this study is to analyze the first 11 near total laryngectomies in our country and to report our experience concerning functional results and complications.

Materials and methods

We performed a retrospective review of the charts of 11 consecutive patients admitted and operated in different hospitals in our country between october 1999 and august 2002, focusing in functional results and complications.

Results. Eight out of 11 patients achieved satisfactory functional recover with an acceptable voice and postoperative aspiration was present in only two patients who recovered normal swallowing spontaneously within a few days.

Conclusions. We conclude that near total laryngectomy can be an standard option in selected cases for surgical management of advanced laryngeal and pharyngo-laryngeal cancers in our country.

Key words: laryngectomy, laryngeal cancer, laryngeal conservation surgery.

Introducción. La laringectomía casi total (LCT) es un grupo de técnicas quirúrgicas afines relativamente poco difundidas sobre todo en nuestro medio, cuyo distintivo principal que las diferencia de la laringectomía radical es la preservación de la fonación. Ambas técnicas, total y casi total, comparten algunas indicaciones y contraindicaciones, pero en general una parte de los pacientes con indicación de laringectomía total pueden beneficiarse de una casi total. Pearson y colaboradores describieron este procedimiento en 1980 por primera vez. Posteriormente a esta publicación, otros autores se sumaron y obtuvieron resultados satisfactorios con este procedimiento.^{2,3,4,5}

En los últimos dos decenios, el auge de los protocolos de preservación de órgano en el tratamiento del cáncer laríngeo avanzado, así como el uso difundido de las prótesis fonatorias, han contribuido a reducir las indicaciones de esta técnica. No obstante, debe formar parte del arsenal quirúrgico de todo cirujano vinculado al tratamiento de estas neoplasias, sobre todo teniendo en cuenta nuestro medio la imposibilidad de disponer de prótesis fonatorias por su costo.

Los protocolos de preservación de órgano también tienen sus criterios de selección, donde la quimioterapia es la que inicia el tratamiento y ésta no siempre tiene la respuesta esperada, no está disponible, o está indicada. En nuestro trabajo se realiza una revisión del estado actual de la LCT, exponiendo además nuestra experiencia preliminar con los primeros 11 casos.

Material y métodos. Se realiza una investigación analítica de observación de los primeros 11 pacientes sometidos a LCT tipo "Pearson" operados en varios hospitales del país, entre octubre de 1999 y agosto del 2002. Se revisan los expedientes clínicos de dichos pacientes recolectando y procesando los datos relacionados con aspectos clínicos, y se hace énfasis en los resultados funcionales y oncológicos, además de un análisis de las complicaciones.

Se realiza una revisión de la literatura utilizando las bases de datos disponibles en el Centro Nacional de Información Oncológica (CNIQ); se incluyen en la búsqueda todas las publicaciones nacionales y extranjeras relacionadas con el tema a partir del año 1980. Se revisan para nuestro estudio todos los trabajos relacionados con la técnica quirúrgica de la laringectomía casi total (LCT) o técnica de Pearson empleando para la búsqueda las palabras claves laringectomía casi total o near-total y laringectomía de Pearson.

Criterios de selección

Del tumor

- Diagnóstico histológico de carcinoma epidermoide
- Lesión que respeta una hemilaringe, comisura posterior, subglotis y tráquea

Del paciente

- Buen estado general (índice de Karnofski mayor de 60)
- Anatomía favorable
- Buena función cardiopulmonar
- Aceptación de la técnica

Del tratamiento

- Ausencia de radioterapia previa
- No traqueostomía previa
- Contraindicación o fracaso de la quimioterapia neoadyuvante
- Contraindicación de cirugía subtotal
- Seguimiento mínimo de seis meses

Descripción de la técnica. Hemos utilizado la técnica clásica de Pearson y colaboradores,¹ donde la exéresis es similar (figuras 1 y 2) pero con algunas variaciones en la confección de la fistula (figuras 3, 4 y 5).

De existir tejido suficiente para tubular, no empleamos colgajo mucoso faríngeo o lo empleamos sólo en la porción más cefálica de la fistula. La colocación de doble sonda (alimentación y calibración) se realizó sólo en los tres primeros casos en el resto de los pacientes no colocamos sonda de calibración.

Resultados y conclusión. Comenzamos a realizar esta técnica desde octubre de 1999. La selección de casos resultó difícil debido a la poca frecuencia de pacientes con criterios de inclusión. Los casos informados provienen de varios hospitales del país. Los 11 pacientes fueron intervenidos con diagnóstico de cáncer laríngeo. Se trataron diez varones y una mujer. La edad promedio fue de 60,5 años con un rango entre 46 y 74 años. El seguimiento mínimo fue de seis meses con una media de 24 meses.

Resultados funcionales. El objetivo de esta operación es la creación de una fistula traqueo-faríngea con un mecanismo valvular que permita el paso del aire de la tráquea a la faringe cuando el paciente se ocluye el traqueostoma, y que no permita el flujo de los alimentos de la faringe a

la tráquea. La propulsión de este aire a la faringe es lo que propicia la fonación.

En el cuadro 1 se presentan los resultados fonatorios en las series revisadas. Se observa que el porcentaje de éxito es bastante elevado en forma general, superando 80% en la mayoría de los informes.²⁻¹² Es significativo aclarar que el fracaso en la rehabilitación con esta técnica no impide al paciente rehabilitarse por otros métodos convencionales, como la laringe eléctrica, la voz esofágica o la prótesis fonatoria. El fracaso en tres de nuestros pacientes estuvo relacionado con sepsis local severa en dos casos donde el compromiso de los anillos traqueales nos obligó a retirar la fistula antes de poder probar su funcionalidad. Un paciente, al mes de haberse realizado laringectomía casi total y disección radical de cuello debutó con un carcinoma indiferenciado de amígdala y falleció por accidente vascular encefálico durante la quimioterapia. El resto de los pacientes hicieron funcionar su fistula con un breve entrenamiento antes del mes postoperatorio.

Resultados oncológicos. Cuando se realiza laringectomía radical en muchas ocasiones se extirpa una gran cantidad de tejido laríngeo sano y esto se realiza no por propósitos oncológicos, sino más bien debido a que la preservación de este tejido dejaría un órgano afuncional, que retardaría o impediría la rehabilitación deglutoria y fonatoria.

Con sólo dejar un aritenoides en su respectiva articulación con un segmento de cricoides y una porción variable de tráquea se puede realizar una fistula fonatoria tubulizando estos tejidos y dejando su desembocadura dentro de la faringe, sin arriesgar en lo absoluto el margen oncológico de la resección tumoral y sin afectar la función deglutoria.^{1,13-15}

Como se demuestra en el cuadro 2, con una buena selección de casos según los criterios establecidos para las indicaciones de la técnica, los resultados oncológicos son similares a los que se logran con la laringectomía radical en estos casos.^{3,5,6,9,10,12} En nuestra serie tuvimos un fallecimiento por la enfermedad debido a recurrencia periestomal no resecable, otra muerte por tromboembolia cerebral y dos pacientes que se encuentran vivos en actividad tumoral. El primero, un paciente de 46 años con carcinoma faringolaringeo avanzado con metástasis bilaterales voluminosas (T4 N3 M0), al cual se le realizó una faringolaringectomía casi total con disección radical bilateral del cuello y radioterapia postoperatoria. Este paciente después de estar un año controlado presentó recaída local irreseccable. Un segundo caso (T4 N2a M0), también con recidiva local irreseccable a los seis meses después de una laringectomía casi total extendida a base de lengua con vaciamiento radical derecho y funcional izquierdo con radioterapia postoperatoria.

Complicaciones. Sólo haremos referencia a las complicaciones directamente relacionadas con esta técnica quirúrgica. Todos los autores informan cierto grado de broncoaspiración, que en algunas ocasiones obligó a la revisión quirúrgica y recalibración de la fistula; en otros, este problema se resolvió espontáneamente y en otros más persistió en forma asintomática por lo mínimo de su cuantía.^{2,4-8,10,11} En nuestra serie se presentan dos casos de broncoaspiración sintomática al inicio con la ingestión de agua. Ambos resolvieron el problema en forma espontánea sin revisión quirúrgica. La cantidad de saliva o líquidos es tan pequeña que no causa sintomatología en estos pacientes. La broncoaspiración severa es la complicación más temida de esta operación, la cual por suerte es poco frecuente y nos obliga a la revisión quirúrgica o totalización con exéresis de la fistula, la cual se efectúa por lo general bajo anestesia local. Suits y colaboradores¹¹ informaron mayor índice de broncoaspiración en pacientes que desarrollaron fistula faringocutánea en el postoperatorio. Uno de nuestros pacientes, que fue totalizado, presentó sepsis local severa a punto de partida de una fistula, la cual se localizaba en el punto de unión de la sutura faríngea con la fistula fonatoria, tal y como informa este autor.

En tres pacientes ocurrió estenosis del traqueostoma que obligó a la revisión para remodelación en dos de ellos. También se presentó como complicación tardía al año de operado un pseudodivertículo faríngeo, por el cual se producía retención de alimentos en la base de la lengua al paciente. La resección mediante laser endoscópico solucionó el problema.

Otra complicación relacionada con la técnica es la estenosis de la fistula fonatoria, también poco frecuente y que puede ser resuelta mediante dilataciones o revisión quirúrgica. Su informe de 15 estenosis en 60 casos de LCT, de los cuales 11 necesitaron revisión quirúrgica, y de éstos nueve resolvieron el problema.¹⁶ La técnica fue la reapertura de la fistula y colocación temporal de un tutor bajo anestesia local. Algunos autores han reportado otras complicaciones, como absceso subcutáneo cervical anterior.⁹

En el cuadro 3 se presenta el comportamiento de la broncoaspiración según la literatura revisada.

Estudios imagenológicos. Su y colaboradores estudiaron mediante tomografía axial computarizada la permeabilidad de la fistula fonatoria en la laringectomía casi total. Para lograr este propósito realizaron reconstrucciones tridimensionales de la fistula en 59 pacientes operados de LCT en Taiwán. Este estudio muestra la anatomía dinámica y la permeabilidad de la fistula traqueo-faríngea, así como la utilidad de estos estudios en el diagnóstico de la estenosis del trayecto y su localización precisa, y así planificar mejor la revisión quirúrgica en los casos que la requieran.¹⁷

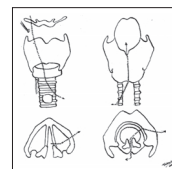


Fig. 1. Esquema de las líneas de sección de la exéresis tumoral en la laringectomía casi total.

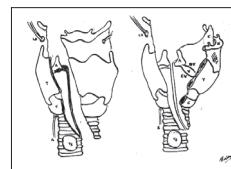


Fig. 2. Representación esquemática de la exéresis: a, aritenoides; bv, banda ventricular; c, cricoides; cv, cuerda vocal; e, epiglotis; h, hioides; ls, laríngeo superior; r, recurrente; t, cartilago tiroideos; tr, tráquea; v, ventrículo.

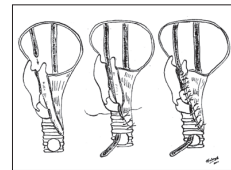


Fig. 3. Cierre directo del trayecto fistuloso alrededor de la sonda.

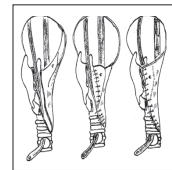


Fig. 4. Cierre parcial del trayecto fistuloso con colgajo mucoso faríngeo.

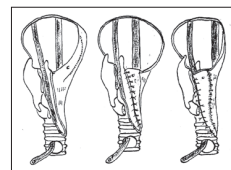


Fig. 5. Cierre total de trayecto fistuloso con colgajo mucoso faríngeo.

Cuadro 1. Resultados funcionales

Autor	Referencia	Año	Pacientes	Rehabilitados	%
De Santo	(2)	1989	39	32	82
Singh	(3)	1985	4	4	100
Chandrachud	(4)	1989	11	10	90.9
Laccourreye	(5)	1996	10	9	90
Pearson	(6)	1981	16	16	100
Levine	(7)	1993	11	9	81.8
Pearson y De Santo	(8)	1998	225	-	85*
Andrade	(9)	2000	42	-	83.3
Herranz	(10)	2000	159	36	85
Gavilan	(10)	2000	56	44	79
Suits	(11)	1996	39	30	76
Lima	(12)	1997	28	26	92.8
Olsen	(10)	2000	30	24	80
Ferbeyre	-	2002	11	8	72.7

* Con supervivencia mayor de un año.

Fuente: historias clínicas.

Estudios fisiológicos. Arunodaya y colaboradores realizaron la electromiografía en 14 pacientes sometidos a laringectomía *casí total*. Evaluaron la función del músculo colocando un electrodo mediante aguja percutánea. La evaluación de la función muscular de la fístula demuestra la inervación y función muscular activa de la fístula fonatoria. El papel de esta prueba en la evaluación de los resultados fonatorios esta por definirse.¹⁸

Estudios anatomopatológicos.

La radicalidad oncológica de la laringectomía *casí total* ha sido demostrada mediante estudios histopatológicos. Técnicas más radicales no implican un incremento en el control local, según la experiencia de la Clínica Mayo, centro de referencia en este tipo de técnicas.⁸ Los estudios de Robbins y Michaels empleando cortes histológicos de laringes íntegras (*whole organ section*) demuestran que en las piezas quirúrgicas de laringectomía total la hemilaringe contralateral en muchos casos está indemne, lo cual permite la preservación de tejido suficiente para la confección de una fístula fonatoria.^{14,15}

Estudios funcionales. Laccourreye y colaboradores informaron del estudio de los parámetros acústicos de la voz a los tres meses del postoperatorio de la LCT. Los autores utilizan un CSL (*computed speech lab*) para comparar las características fonatorias pre y postoperatorias mediante un programa de software (*multidimensional voice program*), informando resultados satisfactorios desde el punto de vista funcional con la LCT.¹⁹

Hanamitsu y colaboradores compararon resultados fonatorios entre la hemilaringectomía y la LCT, y concluyeron que los parámetros acústicos no difieren significativamente en ambas técnicas.²⁰

Calidad de vida y aspectos psicosociales. Herranz y Gavilán estudiaron la afectación psicosocial en la cirugía laringea utilizando un cuestionario para los pacientes y sus parejas, y encontraron afectaciones psicológicas en la esfera de la familia y el trabajo.²¹ En otro estudio, los autores compararon calidad de vida entre laringectomía radical y conservadora en sus diferentes modalidades, no encontrando diferencias significativas entre ambos grupos. La falta de apoyo familiar y social resultó ser el factor más negativo en la calidad de vida de estos pacientes.²²

Indicaciones y contraindicaciones de la técnica. La mayoría de los autores están de acuerdo en que una gran cantidad de T3 Y T4 seleccionados pueden ser tributarios de LCT, siempre y cuando una hemilaringe esté libre de tumor.^{2, 3, 6, 14, 15} Otras indicaciones pueden ser la cirugía de rescate tras fracaso de una laringectomía parcial o en pacientes cuyo estado cardiopulmonar no le permite una cirugía parcial.^{23,24}

El uso de LCT en casos irradiados siempre ha sido motivo de debate. En la India, Pradhan y colaboradores emplearon mucho la LCT en carcinomas del seno piriforme con extensión a una hemilaringe, incluso como cirugía de rescate. En los pacientes irradiados se obtuvo 88.6% de rehabilitación vocal en 137 casos operados, de los que 10.9% habían sido irradiados previamente.²⁵

Por su parte, la extensión subglótica también ha sido motivo de controversias. Aslan y colaboradores encontraron que seis de 13 pacientes con extensión subglótica sometidos a LCT murieron de recurrencia local, por lo cual no recomiendan la técnica en estos casos.²⁶ Shenoy y colaboradores compararon los resultados oncológicos y complicaciones tras la LCT en carcinomas laríngeos y de seno piriforme; estos últimos tuvieron mayor retardo de la cicatrización y peores cifras de control de la enfermedad y la supervivencia.²⁷ A pesar de esto, la LCT es aplicable para ambas localizaciones tumorales.

Nosotros hemos encontrado en particular difícil la aplicación de la técnica en pacientes con cuello extremadamente corto o con poca hiperextensión, donde la distancia entre el cricoides y el esternón no permite la conservación de varios anillos traqueales para la confección de la fístula fonatoria, dejando un estoma a nivel del cuello. Sin embargo, este obstáculo anatómico no ha sido informado en la literatura revisada.

Conclusiones

- La revisión de la literatura pone en evidencia una gran difusión de la técnica en el mundo.
- Los resultados oncológicos y funcionales son aceptables.
- Las indicaciones y contraindicaciones están bien definidas de acuerdo con la experiencia acumulada en 20 años a nivel mundial.
- Los estudios anatomopatológicos, fisiológicos, funcionales, imagenológicos, etcétera, demuestran el conocimiento de los aspectos básicos en el desarrollo de esta técnica.
- La lct ocupa un lugar definido del arsenal quirúrgico en el tratamiento del cáncer laríngeo.
- En nuestro medio resulta difícil encontrar una indicación para esta técnica por la baja incidencia del carcinoma de hipofaringe y la inclusión de pacientes con cáncer laríngeo avanzado en protocolos de preservación de órgano con quimioterapia neoadyuvante o concomitante, así como en ensayos clínicos fase III utilizando nuevos productos.
- Nuestras indicaciones se reducen a los fallos o contraindicaciones de la quimioterapia.

Cuadro 2. Resultados oncológicos

Autor	Ref	Pacientes	Control local	Supervivencia	Seguimiento
Pearson	(6)	16	100%	100%	1 año
Herranz, Gavilan, Olsen	(10)	215	80%	85%	2 años
Laccourreye	(5)	10	70%	-	6 meses
Andrade	(9)	42	-	81.7%* 66.6%**	5 años
Lima y cols	(12)	28	-	85%	3 años
Singh	(3)	4	100%	100%	4-12 meses
Ferbeyre y cols	-	11	72.7	81.8%	24 meses

* Laringe.

** Seno piriforme.

Fuente: historias clínicas.

Cuadro 3. Broncoaspiración posoperatoria

Tutor	Referencia	Pacientes	Broncoaspiración
Pearson	(6)	16	6
Laccourreye	(5)	10	-
De Santo	(2)	39	3
Chandrachud	(4)	11	1
Herranz, Gavilan, Olsen	(10)	245	7-12
Levine	(7)	11	2
Suits	(11)	39	8
Pearson, De Santo, Olsen	(8)	225	9
Ferbeyre y cols	-	11	2

Bibliografía

1. Pearson BW, Woods RD, Hartman DE. Extended hemilaryngectomy for T3 glottic carcinoma with preservation of speech and swallowing. *Laryngoscope* 1980;90:1950-61.
2. De Santo LW, Pearson BW, Olsen KD. Utility of near-total laryngectomy for supraglottic, pharyngeal, base of the tongue and other cancers. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1989;98:2-7.
3. Singh W, Hardcastle P. Near-total laryngectomy with myomucosal shunt. *J Laryngol Otol* 1985;99:581-8.
4. Chandrachud HR, Chaurasia MK, Sinha P. Subtotal laryngectomy with myomucosal. *J Laryngol Otol* 1989;103:597-604.
5. Laccourreye O, et al. Laryngectomies et pharyngolaryngectomies avec shunt tracheo-laryngopharyngé de type Pearson. Technique, indications et résultats préliminaires. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1996;113:261-8.
6. Pearson BW. Subtotal laryngectomy. *The laryngoscope* 1981;91:1904-12.
7. Levine PA, Debo RF, Reibel JF. Pearson near total laryngectomy a reapplicable speaking shunt. *Head Neck Surg* 1994;16:323-4.
8. Pearson BW, De Santo LW, Olsen KD, Salassa JR. Results of near total laryngectomy. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1998;107(10pt1):820-5.
9. Andrade RP, Kowalski LP, Vieira LJ, Santos CR. Survival and functional results of Pearson's near total laryngectomy for larynx and piriform sinus carcinoma. *Head Neck* 2000;22(1):12.
10. Herranz J, Gavilan J, Olsen KD. Laringectomía *casí total*: experiencia multicéntrica. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2000;51 (3):235-8.
11. Suits GW, Cohen JI, Everts EC. Near-total laryngectomy. Patient selection and technical considerations. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1996;122(5):473-5.
12. Lima RA, Freitas EQ, Kligerman J, Paiva FP, Dias FL, Barbosa MM, Sa GM, Soares JR. Near-total laryngectomy for treatment of advanced laryngeal cancer. *Am J Surg* 1997 nov;174(5):490-1.
13. Woods RD, Pearson BW. A laryngeal speech and development of an internal tracheopharyngeal fistula. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1980;88:64-73.
14. Robbins KT, Michaels L. Feasibility of subtotal laryngectomy based in whole organ examination. *Arch Otolaryngol* 1985;111:356-60.
15. Dumich PS, Pearson BW, Weiland LH. Suitability of near-total laryngectomy for piriform sinus carcinoma. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1984;110:664-9.
16. Su CY. Revision surgery of a stenotic speaking shunt in near-total laryngectomy patients. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1998 jul;107(7):619-22.
17. Su CY, Lui CC, Liao TX. Three dimensional imaging of the speaking shunt in patients with near total laryngectomy. *Laryngoscope* 1999;109(2pt1):226-9.
18. Arunodaya GR, Shenoy AM, Premalata S. Electromyography in near-total laryngectomy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1998;124(8):857-62.
19. Laccourreye O, Crevier-Buchman L, Muscallelo M, Hans S, Menard M, Brasnu D. Speech and voice characteristics after near-total laryngectomy. Preliminary prospective study. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1998;107(12):1061-5.
20. Hanamitsu M, Kataoka H, Takeushi E, Kitayima K. Comparative study of laryngeal function after near-total laryngectomy. *Laryngology* 1999;109(8):320-3.
21. Herranz J, Gavilan J. Psychosocial adjustment after laryngeal cancer surgery. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1999;108(10):990-7.
22. Herranz Gonzalez-Botas, Gavilan Bouzas J. Quality of life and cancer of the larynx. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1999;50(4):276-82.
23. Ozudogru E, Cingi E, Cakli H, Kecik MC, Cingi C, Gurbuz MK. Patient selection for near-total laryngectomy and oncologic results. *Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg* 2002mar-apr;9(2):121-5.
24. Aslan I, Baserer N, Yazicioglu E, Biliciler N, Hafiz G, Tinaz M, Kiyak E. The functional and oncologic effectiveness of near-total laryngectomy. *Am J Otolaryngol* 2002 jul-aug;23(4):196-202.
25. Pradhan SA, D'Cruz AK, Pai PS, Mohiyuddin A. Near-total laryngectomy in advanced laryngeal and pyriform cancers. *Laryngoscope* 2002 feb;112(2):375-80.
26. Aslan I, Baserer N, Yazicioglu E, Oysu C, Tinaz M, Kiyak E, Biliciler N. Near-total laryngectomy for laryngeal carcinomas with subglottic extension. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002 feb;128(2):177-80.
27. Shenoy AM, Sridharan S, Srihariprasad AV, Reddy BK, Anand VT, Premalata BS, Nanjundappa. Near-total laryngectomy in advanced cancers of the larynx and pyriform sinus: a comparative study of morbidity and functional and oncological outcomes. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2002 jan;111(1):50-6.

RESECCIÓN CRANEOFACIAL, CÁNCER DE NASOFARINGE

Hernández García S, Hernández Salazar M, Acosta Mondragón H.
Centro Médico Nacional "20 de Noviembre". ISSSTE. México

Antecedentes. El cáncer de nasofaringe es una neoplasia poco común de origen epitelial.

Objetivo. Presentar el caso de un paciente con cáncer de nasofaringe.

Informe del caso. Paciente de 70 años que inició su padecimiento con epistaxis, obstrucción nasal, anosmia, cefalea y presencia de tumor ulcerado en fosa nasal izquierda. Se efectuó TAC de maxilar izquierdo observando tumor en nasofaringe con extensión a ambas fosas nasales y antro maxilar izquierdo. Se realizó biopsia que reporta carcinoma epidermoide de células grandes no queratinizante, moderadamente diferenciado. Se clasificó como etapa clínica IV.

El paciente fue manejado con cuatro ciclos de quimioterapia, cinco de flúor acilo/cisplatino y radioterapia a 65 Gy. Se corroboró persistencia tumoral por biopsia; por TAC presentó tumor que infiltra senos esfenoidal, celdillas etmoidales, cavidad nasal y antro maxilar izquierdo, con múltiples áreas de osteólisis de la pared medial y piso de la órbita izquierda.

Resultados. Se realizó resección tumoral completa mediante abordaje craneofacial. A los cuatro meses presentó neumoencefalo frontal y edema cerebral; recibió tratamiento antiedema, presentando mejoría clínica. Actualmente el paciente cursa con un intervalo libre de enfermedad de 18 meses.

Comentario. Si se considera la localización, el abordaje quirúrgico de esta neoplasia es difícil; además, tiene alta morbilidad, motivo por el cual la quimioterapia, la radioterapia, o ambas, son el tratamiento de elección.

Conclusiones. La cirugía ha demostrado también beneficio para el manejo de residuales post-radioterapia, en término de supervivencia y control local de la enfermedad.

MUCOSITIS GRADO IV POSTTRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA EN UN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO DE CÁNCER DE TRÍGONO RETROMOLAR, INMUNOSUPRIMIDO. CASO CLÍNICO

Sandra Reyes Ocampo, María Elena Cruz Ramos, Martha Celia Llescas Maldonado
Especialidad en Prótesis Maxilofacial. Hospital General de México

Antecedentes. La mucositis bucal es un efecto secundario que se presenta en pacientes tratados con quimioterapia y radioterapia de cabeza y cuello. Las células rápidamente proliferantes del epitelio basal de la mucosa se ven afectadas por la acción citotóxica de los quimioterapéuticos y la radiación; este efecto puede variar desde leve hasta severo, impidiendo la deglución y la masticación.

Objetivos. Reducir la consecuencia de los efectos en la mucosa bucal posterior a los tratamientos de radioterapia y quimioterapia en los pacientes de cabeza y cuello.

Presentación del caso. Mujer de 58 años de edad con diagnóstico de cáncer epidermoide del trigono retromolar derecho, clasificado como T3N2M1, diabética, con síndrome anémico. Trata con 25 sesiones de radioterapia con el total de dosis de 4,500 cGy en cinco semanas y quimioterapia con esquema de 5FU en dosis de 1,300 mg y carboplatino de 300 mg programado para seis ciclos.

Diagnóstico estomatológico. Mucositis grado IV.

Tratamiento. Nivel más que preventivo. Se realizó profilaxis dental y operatoria dejando como obturación ionómero tipo II, prescripción de enjuague bucal a base de: bencidamina, hidróxido de aluminio y aceite de olivo en agua destilada.

Pronóstico. Evolución favorable de la mucositis de grado IV. Posterior a dos semanas de tratamiento estomatológico, la mucositis se redujo al II grado.

Conclusiones. La prescripción del enjuague bucal a base de bencidamina, hidróxido de aluminio y aceite de olivo redujo el efecto citotóxico de los agentes antineoplásicos y favoreció la tolerancia de la vía oral, evitando así la colocación de sonda nasogástrica.

OSTEOSARCOMA DE HÚMERO. INFORME DE DOS CASOS

Hernández García S, De Obaldía Castillo G.
Centro Médico Nacional "20 de Noviembre". ISSSTE. México

Antecedentes. El osteosarcoma es un tumor maligno de alto grado que se presenta durante la infancia y adolescencia.

Objetivo. Presentación del caso de dos pacientes con diagnóstico de osteosarcoma.

Informe de los casos. 1. Varón de 15 años que inició hace cuatro meses con dolor de gran intensidad y aumento de volumen progresivo del tercio proximal del húmero izquierdo; acudió a nuestro servicio presentando tumor en húmero de 50 x 40 cm de diámetro, con infiltración a las partes blandas, ulcerado, y áreas de necrosis tumoral. Se realizó TAC de húmero, observando destrucción de la cortical con extensión extraósea y osificación de tejidos blandos. La telerradiografía y el ultrasonido hepático fueron normales. Se realizó biopsia incisional con reporte de osteosarcoma.

2. Varón de 14 años que inició hace dos meses con aumento de volumen en tercio proximal de húmero derecho, presentando tumor de 15 x 15 cm. Se realizó TAC de húmero, observando destrucción de la cortical con ángulo de Codman y estudios de extensión negativos.

Resultados. Ambos pacientes recibieron un ciclo de quimioterapia neoadyuvante con ifosfamida y cisplatino; hubo pobre respuesta y clínicamente presentaron progresión de la enfermedad, motivo por el cual se realizó desarticulación interescapulotorácica con fines paliativos.

Comentario. El tratamiento estándar del osteosarcoma es la quimioterapia neoadyuvante (prequirúrgica).

Conclusiones. Este tratamiento ha demostrado tener valor pronóstico y eficacia terapéutica, pero la amputación es todavía un tratamiento necesario con fines paliativos para muchos osteosarcomas.

TUMOR DESMOPLÁSICO DE CÉLULAS PEQUEÑAS. INFORME DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Rafael Iñiguez Ortiz, Manuel Arias Novoa, Temoc Sánchez Martínez,
Fermin Morales González, Ismael Espejo Plascencia
Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde" Instituto Jalisciense
de Cancerología Guadalajara, México

Antecedentes. En la literatura médica se ha informado de unos 150 casos de tumores desmoplásicos de células pequeñas (TDCP). En 1989, Gerald y Rosai hicieron su descripción anatomopatológica.

Objetivo. Presentación de caso clínico y revisión de la literatura.

Informe del caso. Varón de 37 años con antecedente de distensión abdominal, el cual fue intervenido quirúrgicamente en marzo del 2004 por tumor localizado en pelvis con extensión hacia retroperitoneo irresecable, ya que involucró a los grandes vasos. El diagnóstico de presunción fue de linfoma contra tumor germinal; se presentó en nuestro servicio con manejo previo, realizando revisión de laminillas con diagnóstico histopatológico e inmunohistoquímico de TDCP; actualmente se halla bajo tratamiento a base de quimioterapia y radioterapia concomitante de cisplatino, 70 mg IV, y doxorubicina, 40 mg IV, por 6 ciclos; se planearon 5,000 cGy en fraccionamiento convencional.

Resultados. Cerca de 33% de los TDCP se presentaron en la región retroperitoneal en un estudio realizado en la Clínica Mayo, con supervivencia de 54 semanas en múltiples tratamientos.

Comentario y conclusiones. El TDCP, clasificado histopatológicamente por Enzinger como sarcoma de los tumores misceláneos tipo B de tumores malignos, también representa una translocación nueva afectada por los cromosomas 11 y 22, pero sus puntos de rotura son diferentes [t(11;22)(p13;q12)], lo que produce una nueva célula quimera que es la fusión de los genes WT1 y EWS, fusión del gen de dominio con un gen de factor de translocación.

LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL GIGANTE". INFORME DE UN CASO

López-Cueto Espinosa A, Keller Ávila-Camacho P, Rivadeneyra G.
División de Cirugía. Hospital Ángeles Mocol. México

Antecedentes. Los sarcomas de partes blandas representan menos de 1% de las neoplasias malignas y sólo 10 a 15% son retroperitoneales. El tumor retroperitoneal más frecuente es el liposarcoma. Se clasifica en bien diferenciado, mixoide/células redondas, pleomórfico y dediferenciado. Los liposarcomas retroperitoneales (LR) se presentan como una masa abdominal palpable, asintomática o con síntomas por compresión de órganos. La tomografía computarizada (TC) es útil para confirmar el diagnóstico. El tratamiento del LR es la resección quirúrgica completa.

Objetivo. Informar el caso de un paciente con LR llevado a resección completa y dar a conocer su estado a tres años de seguimiento.

Informe del caso. Varón de 65 años con dolor abdominal difuso de un año, pérdida de peso, dispepsia e incremento del perímetro abdominal. Con desnutrición severa; abdomen globoso con gran masa palpable. La TC reveló tumor retroperitoneal de 34 x 25 cm que llena el abdomen y desplaza el bazo, el riñón izquierdo, intestino delgado y colon.

Resultados. Se realiza resección completa de una gran masa lobular de 25 kg de peso, originada del retroperitoneo, incluyendo el riñón izquierdo.

Histopatológico. Liposarcoma con patrón tipo lipoma. Mixoide, dediferenciado de 56 x 50 x 20 cm. Cursó sin complicaciones, egresando del hospital después de 12 días. Recibió radioterapia abdominal (6,600 cGy). Después de 34 meses de seguimiento se encuentra libre de recurrencia.

Conclusiones. Los LR dediferenciados son tumores malignos de bajo grado. El tamaño de los tumores retroperitoneales no contraindica la resección quirúrgica, que es el único tratamiento que mejora el periodo libre de recurrencia y la supervivencia global. La terapia adyuvante tiene un papel limitado.

TUMOR RETROPERITONEAL GIGANTE DE VAINA NERVIOSA

Victor E. Valdespino,¹ Leticia Rosas Z,² Alejandro Félix E,³ Macrina Gutiérrez C,³
Genaro de Obaldía C,⁴ Ernesto Cobos G.⁵

Centro Médico Nacional "20 de Noviembre". ISSSTE. México

¹Residente de Oncología Quirúrgica² Médico Adscrito a Tumores Mixtos

³Médicos del Servicio de Patología⁴ Jefe de Servicio de Tumores Mixtos

⁵Ex Residente de Cirugía General. Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS. México

Antecedentes. Los tumores de vaina nerviosa se desarrollan en 4% de los pacientes con neurofibromatosis tipo I, comparados con una incidencia de 0.001% de la población general. Las series más grandes informan de tumores de 5 cm de diámetro o mayores; sin embargo, no se encuentran datos de un tumor de estas dimensiones.

Se ha descrito que estos tumores se pueden originar en campos de radioterapia previamente administrada, como tumores de Wilms, enfermedad de Hodgkin y cordoma.

Los principales síntomas descritos son dolor, masa palpable, pérdida de peso y déficit neurológico local. En el caso que presentamos, el hipo fue el síntoma principal.

Objetivo. Presentar el caso de un tumor maligno de vaina nerviosa, que aparece con masa retroperitoneal gigante, dada la rareza del caso.

Informe del caso. Varón de 81 años de edad. AHF negados. APNP: originario y residente del Distrito Federal. Casado; escolaridad hasta primaria completa; oficinista jubilado, católico, con tabaquismo leve ocasional, alcoholismo moderado suspendido hace 18 años. APP: cirugía de catarata derecha en octubre del 2003. Resto negados. Pa: cinco meses previos a la primera consulta por oncología quirúrgica, presentó singulto persistente, de difícil control; acudió a clini-

ca de primer contacto y fue referido a hospital general de zona, donde se solicitó tomografía abdominal, en la que se descubrió tumor retroperitoneal; fue enviado al Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" para practicar laparotomía exploradora con toma de biopsia, reportándose tumor de vaina nerviosa periférica. Cinco semanas después se decidió practicar laparotomía exploradora con resección de tumor retroperitoneal; se realizaron sin complicaciones exámenes transoperatorios o posoperatorios, y el informe histopatológico final fue de sarcoma neurogénico maligno de 6,100 g de peso.

Resultados. Los tumores de vaina nerviosa malignos retroperitoneales son poco comunes y el tamaño del presente caso los hace menos frecuentes. En la literatura no se encuentran informes similares.

HIPERTERMIA HÍDRICA CONTROLADA EXTRACORPÓREA *IN SITU*, COMO ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO EN TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Leticia Rosas Zúñiga, Genaro Rico Martínez, Luis Miguel Linares González, Ernesto Andrés Delgado Cedillo

Introducción. El tumor de células gigantes es una lesión benigna agresiva, en estadio 3 de Enneking; requiere resección amplia, que comprometería el segmento óseo. El uso de termoterapia es una opción para preservarlo.

Objetivo. Presentar una alternativa de tratamiento para el tumor de células gigantes, elevando la temperatura por medio del agua, con la finalidad de destruir el tumor, conservando la estructura del hueso como osteoconductor.

Material y métodos. Varón de 19 años con diagnóstico de tumor de células gigantes en estadio 3 de Enneking, de fémur distal izquierdo; se le aplicó hipertermia hídrica controlada extracorpórea *in situ* mediante vapor aplicado al canal medular, una vez expuesto el fémur distal izquierdo con la lesión tumoral, mediante osteotomía proximal y protegiendo los tejidos sanos adyacentes del sobrecalentamiento. Se alcanzaron temperaturas de 70° y el tiempo de exposición fue de 10 minutos. El tejido tumoral desvitalizado posthipertermia fue legrado del hueso, se realizó osteosíntesis con clavo centromedular supracondíleo y aplicación de injerto liofilizado en la cavidad ósea.

Resultados. La evolución postoperatoria fue satisfactoria, con adecuada integración del injerto y calidad de vida.

Conclusiones. La hipertermia hídrica controlada es una alternativa de tratamiento para las lesiones benignas agresivas con la posibilidad de preservación del segmento óseo afectado.

HIPERTERMIA HÍDRICA CONTROLADA EXTRACORPÓREA, COMO ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO DE OSTEOSARCOMA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Leticia Rosas Zúñiga, Genaro Rico Martínez, Luis Miguel Linares González, Ernesto Andrés Delgado Cedillo

Introducción. La hipertermia se utiliza como tratamiento coadyuvante de la quimioterapia y la radioterapia, ya que potencia los efectos letales sobre las células cancerígenas

Objetivo. Presentar una alternativa de tratamiento para el osteosarcoma, elevando la temperatura mediante el agua, con la finalidad de destruir el tumor, conservando la estructura del hueso como osteoconductor.

Material y métodos. Mujer de 18 años, con diagnóstico de osteosarcoma de fémur distal y tibia proximal derecha con metástasis pulmonares bilaterales. Recibió quimioterapia a base de ifosfámid, metotrexato, cisplatino y adriamicina en dosis altas, con respuesta radiológica completa de las metástasis pulmonares, encontrándose sin compromiso respiratorio; la pierna derecha tenía hiperpigmentación y aumento de volumen de la región anterior de la rodilla, dificultad para la extensión completa por rigidez, con flexión de 60°. Los estudios de laboratorio fueron normales y sus radiografías mostraban lesión residual en fémur distal y tibia proximal. Se realizó resección en bloque de fémur distal y tibia proximal, con aplicación de hipertermia hídrica controlada extracorpórea, reimplante del segmento óseo y artrodesis de rodilla. Se aplicaron tres ciclos de quimioterapia postoperatoria.

Resultados. A 10 meses del tratamiento quirúrgico, se encontró sin datos de recidiva local y adecuada calidad de vida.

Conclusión. La hipertermia hídrica controlada puede ser una posibilidad de conservación de extremidad en pacientes con osteosarcoma

CISTOADENOCARCINOMA MUCINOSO PRIMARIO DE RETROPERITONEO

Arturo Javier Lavin Lozano, Julio Ramírez Bollas, Roberto Hernández Peña, Elmer René Turcios Cadenas, Alejandro Padilla Rosciano, Mario Cuéllar Hubbe
Instituto Nacional de Cancerología, México

Caso clínico. Mujer de 25 años de edad con antecedentes ginecoobstétricos de gestación I, partos I. Acudió por aumento de volumen abdominal en hipocondrio izquierdo, sin otra sintomatología. Al examen físico se descubrió tumor de 20 x 20 cm en hipocondrio izquierdo. La tomografía axial mostró lesión quística retroperitoneal de 17 x 15 cm. Se sometió a celiotomía exploradora y se encontró lesión quística de 20 x 20 cm, sin relación con tracto digestivo, urogenital, o ambos. Se efectuó resección completa.

Al análisis macroscópico se notó tumor quístico de 22 x 16 x 14 cm, con peso de 3,400 g, superficie lisa, opaca, blanco-grisácea, remite a la palpación, con material mucinoso café-dorado, pared de 1 mm, con crecimientos papilares internas, múltiples formaciones quísticas separadas por tabiques fibrosos formando numerosas cavidades. El resultado histopatológico

fue de cistoadenocarcinoma mucinoso de retroperitoneo.

La paciente lleva actualmente siete años de vigilancia, sin evidencia de recurrencia.

Comentario. El cistoadenocarcinoma mucinoso de retroperitoneo es una entidad clínica rara; los primeros en describir un caso similar fueron Roth y colaboradores, en 1977. El origen de estas lesiones aún no está bien establecido. Existen tres teorías, aunque la más aceptada actualmente es la de metaplasia celómica. En la literatura mundial sólo hay cuatro casos informados, el último por Heidi Nelson, en 1988.

Por lo tanto, hay muy poca experiencia en el manejo de estas lesiones. El tratamiento siempre es quirúrgico y el papel de la quimioterapia no está bien determinado. Estos pacientes deben ser vigilados estrechamente y el abordaje terapéutico será agresivo.

OSTEOSARCOMA OSTEoblástico EN UN PACIENTE CON RETINOBLASTOMA

Arturo Javier Lavin Lozano, Julio Ramírez Bollas, Kuauiyama Luna Ortiz, Roberto Hernández Peña, Martín Granados García, Silvia Verónica Villavicencio García
Instituto Nacional de Cancerología, México

Caso clínico. Varón de 22 años de edad. Historia de tumor ocular izquierdo al año de edad tratado con enucleación y radioterapia al ojo derecho. Al examen físico se notó deformidad de pómulo derecho, proptosis, alteración de los movimientos oculares y disminución de la agudeza visual. La tomografía axial manifestó tumor en órbita derecha, ruptura de la lámina papirácea y del piso orbitario, extensión a cavidad nasal y nasofaringe. Posteriormente presentó disnea y odinofagia por progresión. En una nueva tomografía se observó tumor heterogéneo, mal definido, con calcificación central de 10 x 6 x 7 cm, con proptosis, extensión a celdillas etmoidales, septum nasal, antro maxilar, fosa pterigopalatina y destrucción de la silla turca. Se realizó biopsia y traqueostomía. El informe histopatológico fue de osteosarcoma osteoblástico.

Comentario. El retinoblastoma es el prototipo de los cánceres hereditarios. Representa 1% de los tumores malignos en la edad pediátrica y es el tumor intraocular más frecuente. Un tercio de los casos se presentan en forma autosómica dominante. El osteosarcoma de cabeza y cuello representa 10% de todas las localizaciones. Existe una proporción significativa de alteraciones en p53 y en el gen de rb1. Las neoplasias malignas secundarias en pacientes con retinoblastoma hereditario ocurren en 98% y la mitad de éstos son osteosarcomas. Presentan aumento sobre la población general de 2,000 veces para osteosarcomas de cabeza y cuello y de 500 veces para el resto de localizaciones.

El tratamiento de estas lesiones es quirúrgico. Sin embargo, el pronóstico es malo.

NEURILEMOMA DEGENERATIVO PÉLVICO GIGANTE

Medina Villaseñor E, Martínez Macías R, Barra MR, Palacio Pizano F, Ybarra Yee RA, Neyra Ortiz E.
Servicio de Tumores Mixtos. Unidad de Oncología. Hospital General de México

Introducción. El neurilemoma degenerativo es una lesión nerviosa benigna, frecuente en personas entre 20 y 50 años. Se localiza principalmente en cabeza y cuello, y es raro en la pelvis.

Objetivo. Describir el caso de schwannoma degenerativo (viejo) pélvico gigante.

Descripción del caso. Mujer de 56 años; refiere dolor pélvico, estreñimiento de tres meses de evolución, masa palpable al examen ginecológico. Valorada por el servicio de ginecología por sospecha de miomatosis uterina; en el ultrasonido se descarta que la masa dependía de útero o anexos. Fue referida al servicio de tumores mixtos, demostrando tumor retroperitoneal mediante TAC, sin datos de metástasis.

Se realizó laparotomía exploradora, con hallazgos como: masa pélvica gigante, la cual se encontraba adherida a los vasos ilíacos, ureteros y vasos gonadales, con disección cuidadosa de cada estructura, manteniendo un margen de tejido normal alrededor del tumor, sin comprometer la cápsula. Se sacrificó un nervio que se introducía directamente al tumor, proveniente del área lumbosacra. Los márgenes del tumor fueron negativos, y en la patología se informó neurilemoma degenerativo. Las pruebas inmunohistoquímicas mostraron S-100 (+), pancitoqueratina (-), desmina (-). El posoperatorio fue satisfactorio, sin limitación de la función motora. Se encuentra viva sin evidencia de recurrencia o actividad tumoral después de 18 meses de seguimiento.

Comentario. El neurilemoma degenerativo o schwannoma "viejo" es tumor benigno de origen nervioso con hallazgos degenerativos por histología. Las localizaciones comunes incluyen cabeza, cuello y las superficies flexoras de las extremidades, con crecimiento lento, encapsulados. Inicialmente fueron clasificados como malignos debido a la atipia nuclear e hiper Cromaticismo. La compresión medular y los trayectos nerviosos ocasionan dolor como en el presente caso. Se ha descrito transformación maligna.

MESOTELIOMA MALIGNO DE EPIPLÓN MAYOR. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Bárbara Guzmán Jiménez, M. Arellano Hernández, Generoso Deobaldia Castillo, Genaro Pérez Machorro, Germán Millán Cortés, Guillermo Castrejón Rodríguez
Centro Médico Nacional "20 de Noviembre". ISSSTE. México

Antecedentes. El mesotelioma maligno asume tres tipos histológicos: epiteloide (70%), sarcomatoide (5%) y mixto o bifásico (25%). Esta neoplasia se origina principalmente en el mesotelio de la pleura, peritoneo, pericardio y túnica vaginal; el epiplón es afectado por infiltración de un primario en peritoneo; el mesotelioma maligno de epiplón mayor es una neoplasia muy rara. Existen aproximadamente 40 casos descritos en la literatura de mesotelioma epiteloide. Se han descrito 75% en mujeres. Por lo general es un hallazgo incidental en una laparotomía. Rara vez se asocia a dolor abdominal y ascitis; puede presentarse como masa epigástrica palpable y pérdida de peso. La tomografía abdominopélvica es el mejor método diagnóstico.

Objetivo. Dada la rareza de la neoplasia, se presenta este caso.

Material y métodos. Mujer de 45 años, sin antecedentes de importancia. Inició su padecimiento en noviembre del 2003, con dolor cólico intenso, manejo conservador con analgésicos sin mejoría; se realizó tomografía abdominopélvica hallando tumor abdominal; fue sometida a laparotomía exploradora por abdomen agudo (12/12/2003), encontrando gran tumor dependiente de epiplón gastrocólico; se realizó omentectomía total. El informe histopatológico inicial fue de leiomiomas, y el definitivo por inmunohistoquímica fue de mesotelioma epiteloide de células claras. Pieza con bordes quirúrgicos libres. No fue candidato a tratamiento adyuvante. Actualmente está bajo vigilancia, sin datos de actividad tumoral.

Conclusión. El mesotelioma tiene propensión a falla local, con pronóstico de supervivencia variable. En términos generales es malo a corto plazo, en cuyo caso el tratamiento de rescate es la quimioterapia o la radioterapia.

GEMCITABINA (G) VS GEMCITABINA + VINORELBINA (GV) EN CÁNCER PULMONAR DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS (NSCLC) III B, IV, O AMBAS

Raquel Gerson Cwilich, Alberto Serrano, Alberto Villalobos
Centro Médico ABC, México

Antecedentes. El NSCLC es la mayor causa de muerte por cáncer en el mundo. En fases avanzadas, la quimioterapia es fundamental. Gemcitabina ha mostrado ser activa.

Objetivos. Valorar la eficacia y seguridad de G vs GV en NSCLC avanzado.

Pacientes: > 20 años de edad, en etapa IIIb o IV, Karnofsky > 60.

Métodos: entre enero de 1997 y diciembre del 2003:

G: 800-1,200 mg/m² días 1, 8, 15, cada 28 días o

G: 1,000-1,200 mg/m² y

V: 30 mg/m² días 1 y 8, cada 21 días.

Se evaluó edad, género, Karnofsky, histología, sitios y número de metástasis, respuesta terapéutica, duración de respuesta (dR), toxicidad hematológica (tH) y no hematológica (tNH).

Resultados. 19 pacientes con G: edad, 65.9 ± 10.5 años; rango, 43-84

11 pacientes con GV: edad, 57.8 ± 7; rango, 44-67

G: como primera línea en 10, como segunda en 8

V: como cuarta en uno y para GV como primera en 2, segunda en 7 y tercera en 2 pacientes.

En ambos grupos se detectó metástasis óseas en 47.3 y 36.3%; cerebrales en 26.3 y 18.1%, y hepáticas en 10.5 y 18.1%, respectivamente.

Para G: rP 2/19, ee 8/19, prog 9/19, iR 10.5% y beneficio clínico 52.6%.

Para GV: rP 0, ee 3/11, p 9/19, iR 0% y beneficio clínico 27.3%.

La media de dR para G fue de 5.5 meses y GV 3 meses.

La tH en G: leucopenia grados I y II (21), 5.2%; anemia grados I y II (15.8), 5.2%; trombocitopenia grado I, 10.5%; náuseas grado I, 5.2%, y cefalea 5.2%.

Un paciente cursó con embolia pulmonar. Para GV: leucopenia grado I, 81.2%; anemia grados I, II, 27.3-9.1%; trombocitopenia grados II y III (9.1), 9.1%; náuseas grado I, 27.3%.

Un paciente desarrolló neurotoxicidad grado III.

Conclusiones. Gemcitabina se relaciona con adecuado beneficio clínico.

Gemcitabina + vinorelbina parece ser menos activa en NSCLC avanzado.

gemcitabina + vinorelbina muestra mayor toxicidad.

Se requieren mayores estudios prospectivos para confirmar estos resultados.

TUMORES DE LA VAINA NERVIOSA EN EL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO. EXPERIENCIA DE CINCO AÑOS

María Isabel Pacheco Álvarez, Enrique Martín del Campo Mena,
Rogelio Martínez Macías, Rosalba Barra Martínez
Servicio de Oncología, Hospital General de México

Antecedentes. Los tumores de la vaina nerviosa pueden tener un curso indolente o espectacular, progresar o recidivar, independientemente del tratamiento.

Objetivo. Presentar la revisión retrospectiva de pacientes registrados con tumor de la vaina nerviosa.

Material y métodos. De los expedientes de 1997 a 2002, 26 pacientes (14 varones y 12 mujeres), incluyendo 11 con enfermedad de von Recklinghausen (EVR).

Resultados. La edad al diagnóstico fue de 33.6 años (14-78%). Los schwannomas malignos se presentaron en 57.6% (15); 46.6% eran de alto grado (7) y 53.3% de bajo grado (8). Cinco sarcomas neurogénicos incluidos. Los schwannomas benignos fueron 6 (23%), 3 neurilemomas incluidos; los neurofibromas fueron 5 (19.23%). Todos los pacientes, excepto tres sometidos a cirugía. La resección fue marginal en 6, local amplia o radical en 14, incompleta en 1, no clasificable en 2.

Topografía de presentación. Tronco y extremidades, 12 casos; cabeza y cuello, 10; retroperitoneo, 1 caso; columna vertebral, 3. Cinco pacientes recibieron quimioterapia y cinco radioterapia. Se documentó tumor en bordes en nueve casos. El tiempo de seguimiento fue de 9 meses (1-87). Hubo recurrencia local en 42.3% (11), con promedio de ocho meses a partir de la primera resección. La recidiva fue única en ocho casos y múltiple en tres. Siete pacientes fallecidos con promedio de supervivencia de 13.6 meses.

Comentario. La edad de presentación es mayor en adulto joven; la recidiva es alta. El manejo adyuvante no está bien establecido. El seguimiento es difícil. La EVR no modifica el pronóstico.

SCHWANNOMA MEDIASTINAL. INFORME DE SEIS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Oliver Albores Zúñiga, Luis Manuel Domínguez,
Parra Edgardo Jiménez Fuentes, Julio Ramírez Bolas
Instituto Nacional de Cancerología, México

Antecedentes. Los tumores del mediastino comprenden un grupo heterogéneo de neoplasias raras con comportamiento biológico muy variable. En México, las estadísticas manifiestan que corresponde a 0.88% de todas las neoplasias. El 30% de todos estos tumores son malignos. De éstos, 53% corresponden a tumores neurogénicos.

Objetivo del estudio. Conocer la frecuencia del schwannoma del mediastino en nuestro medio, así como su manejo.

Material y métodos. Se revisaron expedientes del archivo clínico de 1980 a 2003 con diagnóstico de tumor del mediastino. Se obtuvo edad, sexo, presentación clínica, presentación radiológica, métodos diagnósticos y tratamiento.

Resultados. Se estudiaron seis casos: cuatro varones y dos mujeres. Promedio de edad: 36 años. Cinco corresponden al mediastino posterior y uno al anterior. El síntoma más común fue dolor torácico y tos seca. Cuatro pacientes habían tenido biopsia previa que fue útil para el diagnóstico. La TAC+ y BAAF diagnóstica en dos casos. Dos pacientes no aceptaron tratamiento. Uno recibió quimioterapia neoadyuvante por tumor irreseccable presentando progresión. Dos fueron sometidos a toracotomía: uno con resección marginal y otro con resección ampliada con pared costal y laminectomía, el cual falleció por SIRPA. Se efectuó una esternotomía media logrando resección marginal y RT postoperatoria, con recurrencia local al año.

Conclusiones. Los tumores del mediastino son raros. Se presentan en la tercera a la quinta décadas de la vida. Los factores pronósticos son tamaño y extensión.

TIMOLIPOMA GIGANTE, TUMOR POCO FRECUENTE DE MEDIASTINO ANTEROSUPERIOR. ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

Rivelino Antonio Maldonado, Javier Kelly García,
Eric García Bazan, Marco Fernández Corzo,
David Zamora Lemus, Francisca Sierra Santiesteban
Departamento de Cirugía de Tórax Hospital de Oncología.
Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS. México

Antecedentes. Los timolipomas son neoplasias benignas raras que se presentan en 2 a 9% de todas las neoplasias del tórax. Se localizan en el mediastino anterosuperior, pero por su tamaño con frecuencia afectan el mediastino medio; se presentan en igual proporción en varones y mujeres, pero los adultos jóvenes son los más afectados. La mitad de los pacientes son asintomáticos en el momento de su presentación, y en los sintomáticos lo más común es disnea, tos y dolor torácico, los cuales se relacionan directamente con el tamaño del timolipoma. El diagnóstico en la mayoría de los casos es por hallazgo debido a otras circunstancias. Son tumores blandos, lobulados y encapsulados que histológicamente están formados por tejido adiposo y tímico maduro. El tratamiento es quirúrgico y se considera curativo.

Objetivo. Dar a conocer dos casos con diagnóstico de timolipoma gigante tratados en el servicio de cirugía de tórax del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS.

Material y métodos. Estudio retrospectivo. De julio de 1994 a julio del 2004 se revisaron 1,680 expedientes de pacientes sometidos a cirugía de tórax; se presentaron 26 casos con tumores tímicos, de los cuales dos fueron timolipomas.

Presentación de los casos

Caso 1. Mujer de 64 años de edad que acudió a consulta en 1994 por aumento de volumen en la región anterior del cuello, asintomática. La tomografía computarizada (TC) de tórax mostró un tumor en mediastino anterior y medio de aspecto quístico con desplazamiento de estructuras del mediastino, pero sin involucrarlas. Se realizó resección del tumor por esternotomía media sin complicaciones. El informe histopatológico fue timolipoma.

Caso 2. Mujer de 25 años que acudió a consulta en el 2004 por disnea de medianos y grandes esfuerzos, tos y pérdida de peso. En los estudios, la TC de tórax mostró un tumor que ocupa 100% del hemitórax derecho y la región basal del izquierdo. Se realizó resección del tumor por toracotomía posterolateral extendida derecha por tumor de 40 x 35 cm y 4,600 g de peso. El informe histopatológico fue de timolipoma.

Conclusión. El timolipoma es difícil de diagnosticar en forma preoperatoria por su escasa frecuencia. En nuestro estudio representó 7.6% similar a lo informado en la literatura. Los estudios de imagen, como TC, son útiles; sin embargo, pocas veces muestran el origen de la lesión. La resección quirúrgica es el tratamiento, a pesar del gran volumen que presentan debido a que este tipo de tumores no infiltra estructuras circundantes.

SÍNDROME DE MAFFUCCI. INFORME DE CASOS

Julio Ramírez Bolas, Alejandro Padilla Rosciano, Mario Cuellar Hubbe, Arturo Javier Lavín Lozano, Andrés Romero Huesca, Juan Manuel Medina Castro,
Oliver Albores Zúñiga, Elsa Dubón García, Elmer René Turcios Cadenas
Instituto Nacional de Cancerología. México

Caso 1. Mujer de 33 años. Inició con múltiples nódulos. A la exploración mostró deformidad articular y nódulos en las manos, de consistencia dura y blanda; se realizó legrado óseo y colocación de viruta en segundo y cuarto dedos de la mano izquierda (encondromas y hemangioma esclerosante); se concluyó con síndrome de Maffucci. Posteriormente se efectuó excisión de nódulos subcutáneos en extremidades superiores (hemangioma capilar), excisión de nódulos en ambas manos e hipocondrio derecho (encondromas, lesiones de la mano izquierda e hipocondrio, hemangioma en la mano derecha). Se llevó a cabo desarticulación del segundo dedo de la mano izquierda (condrosarcoma). Actualmente está en vigilancia.

Caso 2. Mujer de 26 años. Refiere exostosis, nódulos subcutáneos y en mama derecha. A la exploración se palpó tumor en mama, exostosis de tibia y lesión en muñeca derecha y nódulo tiroideo izquierdo. Se realizó mastectomía simple (fibroadenoma intracanalicular), tiroidectomía (hiperplasia nodular) y tumorectomía en muñeca derecha (hemangioma cavernoso). Se reseccó lesión en carpo de mano y codo derechos (hemangioma cavernoso y tejido sinovial con fibrosis

y oncodroma); se concluyó en síndrome de Maffucci asociado a tumores mesenquimatosos. Posteriormente acudió con tumor abdominal y malas condiciones generales, y falleció.

Conclusión. El síndrome de Maffucci fue descrito en 1881 como una enfermedad congénita (encondromatosis asociada a hemangiomas). Los condrosarcomas tienen antecedentes de lesiones benignas en 10% de los casos. Los oncodromas asociados a patologías como síndrome de Maffucci pueden tener 20 a 100% de transformación maligna y alto potencial metastásico. El seguimiento deberá ser estrecho. El tratamiento incluye la resección de lesiones con transformación maligna, seguimiento de lesiones vasculares con embolización y en caso necesario resección.

LIPOSARCOMA PARATESTICULAR

Medina Villaseñor, EA, Martínez Macías R, Barra Martínez R,
Vega Barrios K, Jiménez BS, Neyra Ortiz E.

Servicio de Tumores Mixtos. Unidad de Oncología y Patología Quirúrgica.
Hospital General de México.

Introducción. Los liposarcomas paratesticulares son raros, informados como casos aislados o en estudios de sarcomas de partes blandas.

Descripción del caso. Varón de 51 años de edad, con dolor en región inguinoescrotal derecha, aumento de volumen de testículo derecho de cuatro meses de evolución; marcadores tumorales alfa-fetoproteína, DHL, fracción beta HGC dentro de límites normales, tele de tórax sin evidencia de metástasis, ultrasonido que manifiesta tumor testicular de aspecto lipomatoso. Se realizó orquiectomía radical derecha, encontrando un tumor paratesticular de 7 cm de dimensión que interesaba la túnica testicular, e informe histopatológico de liposarcoma de bajo grado, sin tumor en lecho quirúrgico. Recibió tres ciclos de quimioterapia con doxorubicina/ifosfamida con buena tolerancia. La evolución ha sido satisfactoria sin evidencia de recurrencia local o metástasis después de un seguimiento de 34 meses.

Comentario. Los sarcomas paratesticulares son raros; se presentan en pacientes durante el sexto decenio de vida, con localización en cordón espermático (76%), túnica testicular (20%) y epidídimo (1.4%). Miden 3 a 30 cm (promedio, 11 cm), con sintomatología de dolor testicular y aumento de volumen. El tratamiento inicial es quirúrgico e implica orquiectomía radical. Se ha utilizado radioterapia en caso de recurrencia; no existe un esquema definido de quimioterapia; las series informan ifosfamida y doxorubicina más braquiterapia en liposarcoma mixoide de células redondas. Los liposarcomas bien diferenciados pueden recurrir hasta en 60% de los casos con una media de ocho años.

Es difícil acumular suficientes casos para documentar la historia natural de estos tumores y proporcionar conclusiones sobre los resultados de tratamiento.

CARCINOMA INDIFERENCIADO DE GLÁNDULA SUPRARRENAL

Bárbara Guzmán Jiménez, Generoso de Obaldía Castillo,
Sergio Hernández García, Guillermo Castrejón Rodríguez,
Germán Millán Cortés, Genaro Pérez Machorro

Centro Médico Nacional "20 de Noviembre". ISSSTE. México

Antecedentes. Los tumores suprarrenales primarios producen aproximadamente 10% de los casos de síndrome de Cushing. La mayor parte son benignos; los carcinomas son raros, con incidencia de 0.5 a 2 por millón de habitantes por año. Solo 68% son tumores funcionales. Son más frecuentes en mujeres. Los sitios de metástasis más frecuentes son pulmón, hígado y ganglios linfáticos.

Objetivo. Dada la rareza de la neoplasia, se presenta este caso.

Material y métodos. Mujer de 20 años de edad, sin antecedentes de importancia. Inició su padecimiento en julio del 2003, con presencia de equimosis, petequias, aumento de peso, aparición de vello en cara y tórax, estrías en abdomen, brazos y muslos, irregularidades menstruales, hipertensión. Fue valorada en diciembre del 2003 por nuestro servicio.

A la exploración física se diagnosticó síndrome de Cushing. Los estudios de laboratorio manifestaron hiper cortisolismo; en la tomografía abdominopélvica se documentó tumor suprarrenal izquierdo de 18 x 12 x 9.4 cm. Se realizó nefrectomía izquierda y esplenectomía el 22 de diciembre del 2003, con RHP de carcinoma poco diferenciado de glándula suprarrenal. La evolución postoperatoria fue favorable, con patrón hormonal normal. Actualmente se halla en tratamiento con quimioterapia.

Conclusión. Es rara la curación quirúrgica; la excisión sirve para reducir la masa tumoral y el grado de hipersecreción de esteroides. Los agentes quimioterapéuticos activos son cisplatino, adriamicina, etopósido y vinblastina. El pronóstico es pobre en vista de la baja sensibilidad de esta neoplasia y el comportamiento agresivo.

SEMINOMA PURO CON ENFERMEDAD RETROPERITONAL VOLUMINOSA. ANÁLISIS RETROSPECTIVO CON ÉNFASIS EN EL PAPEL DE LA RADIOTERAPIA

Fernando Castillo López, Eduardo Bustos Balderas, Francisco Velasco Canseco
Hospital de Oncología. Departamento de Radiooncología y Urología
Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Antecedentes. Entre los tumores de células germinales, el seminoma corresponde a 50% del total de casos, de los cuales 15 a 20% se presentan con enfermedad retroperitoneal voluminosa; Su tratamiento óptimo es tema de actual controversia.

Objetivo. El fin de la presente revisión es identificar en el esquema terapéutico empleado en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS el impacto en el control local-regional, el intervalo libre de enfermedad y la supervivencia global de los pacientes con seminoma clásico con enfermedad retroperitoneal voluminosa, con énfasis en cuanto al

papel de la radioterapia.

Material y método. Este es un estudio retrospectivo, de observación, transversal y descriptivo en el que se incluyeron pacientes con diagnóstico histológico de seminoma clásico, corroborado por el servicio de patología de este hospital, con niveles séricos de AFP normales y con evidencia clínica, imagenológica, o ambas, de enfermedad retroperitoneal mayor o igual que 5 cm de diámetro al momento del tratamiento inicial, o bien en pacientes que después de la orquiectomía radical quedaron en vigilancia y durante su seguimiento se documentó el volumen tumoral mencionado en ausencia de metástasis viscerales. Estos pacientes fueron manejados en nuestra institución durante el periodo comprendido entre enero de 1997 y junio de 2002.

Resultados. Se identificaron 332 pacientes con el diagnóstico de seminoma puro en el periodo ya mencionado; de éstos, 38 se incluyeron en el presente estudio, de acuerdo con los criterios de inclusión.

En 31 pacientes (81.6%), la enfermedad se identificó en el momento del diagnóstico. El tratamiento más comúnmente utilizado fue de quimioterapia posterior a cirugía, seguida de radioterapia en modalidades de consolidación o rescate posterior a quimioterapia; 50% de los pacientes recibió tratamiento con técnica de y invertida y 44% de los restantes recibió irradiación abdominal total + y invertida. El 63% de los pacientes tuvieron respuesta parcial a la quimioterapia y en aquellos pacientes sometidos a ambos tratamientos el control local-regional fue de 100%, SVLE de 100% y SVG de 97.3% a 36 meses.

Conclusión. El tratamiento secuencial de QT-RT es el esquema indicado para el manejo de seminoma puro con enfermedad retroperitoneal voluminosa, con la tendencia actual de disminuir la agresividad del tratamiento en cuanto a número de fármacos, ciclos y volumen blanco de radioterapia.

REVISIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE RADIONCOLOGÍA EN EL TRATAMIENTO RADICAL DEL CÁNCER DE PRÓSTATA. PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 1955 Y 2001. HOSPITAL DE ONCOLOGÍA. SERVICIO DE RADIONCOLOGÍA Y UROLOGÍA. CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI, IMSS, MÉXICO

Fernando Castillo López, Eduardo Bustos Balderas, Francisco Velasco Canseco

Antecedentes. El cáncer de próstata es la neoplasia más frecuente informada en Estados Unidos, para 30% del total de los casos dermatológicos. Es la segunda causa de muerte en la población masculina oncológica, debido al alto riesgo de desarrollo de la enfermedad a lo largo de la vida en 42%, reflejado en el patrón de valoraciones en el servicio de radiooncología de nuestro hospital, para 44% del total de las consultas remitidas del servicio de urología.

Objetivo. Determinar la supervivencia libre de recurrencia bioquímica, así como describir las características del tratamiento radioterapéutico.

Material y método. Este es un estudio de observación, retrospectivo, longitudinal y descriptivo en el que se incluyeron pacientes con el diagnóstico histológico de cáncer de próstata, sometidos a tratamiento de radioterapia radical en el periodo comprendido entre 1955 y 2001, y en los cuales se investigaron los resultados en cuanto a SLFB (supervivencia libre de falla bioquímica) y las características inherentes al tratamiento establecido.

Resultados. Se incluyeron en el estudio 78 pacientes, de los cuales 60% pertenecen a grupos de riesgo intermedio y alto para recurrencia. De estos pacientes, 65% recibió tratamiento neoadyuvante con HT (hormonoterapia) y 86% fueron sometidos a radioterapia radical en dos fases, incluyendo en el volumen blanco la pelvis y el lecho prostático. La supervivencia libre de falla bioquímica a dos años fue de 85%; los factores relacionados con falla bioquímica (15% de los pacientes) fueron la dosis de radioterapia < 65 Gy y el valor PSA.

Conclusión. En este hospital, el control bioquímico de la enfermedad a dos años fue de 85%; los factores asociados a recurrencias en análisis univariados fueron la dosis de radioterapia < 65 Gy y el valor de PSA; sin embargo, sólo el valor de PSA fue factor de riesgo asociado a recurrencias en el análisis multivariado.

TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL CÁNCER MAMARIO

Miguel Angel Morales Palomares, Blanca Sosa, Sócrates Orozco,
Teresa Michel Morales Montiel, Ramón Solís Rosario, Roberto Villalón
Hospital ISSEMYM Satélite Unidad de Imagen ISSEMYM de Ecatepec
Unidad de Radioterapia de Cancerología

Introducción. La asociación de cirugía limitada y radioterapia es el tratamiento de elección para numerosas mujeres con cáncer de mama, tratamiento que actualmente se está realizando con mayor frecuencia, gracias a la detección de lesiones tempranas en la mastografía rutinaria.

Material y métodos. De marzo del 2000 a julio del 2004, 13 pacientes fueron tratadas mediante cirugía conservadora de la mama y radioterapia. Se analizó el tamaño del tumor, los márgenes de resección, la afectación ganglionar, el tipo histológico y la edad de las pacientes.

Resultados. Con una edad media de 43 años, con extremos de 33 a 64 años, el tamaño del tumor fue pt: 1.9 cm en 75% de los casos. Sólo una paciente presentó ganglios axilares positivos. Todos los casos fueron carcinomas ductales infiltrantes; los márgenes tuvieron por lo menos 1 cm de diámetro; cuando se informaba menos margen en el transoperatorio, se resecaba 1 cm más. Luego de seguimiento de 42 meses, 100% de las pacientes estaban libres de enfermedad; algunas en control con tamoxifén y las últimas con anastrozol. Una sola paciente requirió quimioterapia adyuvante.

Conclusiones. Este es un procedimiento que día a día está teniendo más aceptación en pacientes bien seleccionadas, con buenos resultados a largo plazo y con los mismos índices de recidivas que los tratamientos radicales. El estado de los bordes de resección es un factor fundamental en la cirugía conservadora del cáncer de mama. La resección del tumor debe ser suficientemente amplia e incluir el segmento mamario asiento del tumor, para asegurar un alto índice de control local, sin comprometer el resultado estético.

EXPERIENCIA DE LA CLÍNICA DE MAMA DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL DE LEÓN, GUANAJUATO

Salvador Navarro Hernández, Marco Antonio Ayala García, Víctor Ortiz Saldaña, Héctor Jaime Ramírez Barba, Luis Humberto López Salazar
Hospital General Regional Secretaría de Salud. León, Guanajuato

Antecedentes. El número de muertes por cáncer de mama en el estado de Guanajuato aumentó 40% en el decenio de 1991 a 2001. La Clínica de Mama del Hospital General Regional de León inició en agosto del 2002.

Objetivo. Describir la experiencia de la Clínica de Mama en el Hospital General Regional.

Material y métodos. Estudio retrospectivo, descriptivo, de observación, transversal. Se revisaron los expedientes clínicos de los casos atendidos en la Clínica de Mama del Hospital General Regional de León del periodo comprendido entre agosto del 2002 y diciembre del 2003.

Resultados. Se atendió a 2,604 pacientes, a quienes se les realizaron 2,052 ultrasonidos de mama y 2,604 mastografías, lográndose detectar el cáncer de mama en etapa temprana en 20 casos y en etapa avanzada en 40 casos; se resolvió hasta 26% de los casos en etapa temprana con cirugía conservadora; estuvieron en vigilancia semestral 263 pacientes y 81 fueron sometidos a biopsia.

Conclusiones. ● Cuando se detectó el cáncer de mama en etapa temprana, se pudieron resolver hasta 26% de los casos con cirugía conservadora, lo que mejoró la calidad de vida.

● Se sabe que un programa de selección serológico poblacional da resultados tangibles, sobre todo en relación con supervivencia, hasta después de cinco años.

● Se diagnosticó cáncer de mama en etapas tempranas en 28.5% en el 2002 y en 35% en el 2003, diagnosticando cada vez más temprano.

ESTUDIO PILOTO SOBRE LA FRECUENCIA DE SEROMAS POSOPERATORIOS EN HERIDAS DE MASTECTOMÍA CON EL USO DE UNO O DOS DRENAJES

Carlos Manuel Ortiz Mendoza, José Antonio Zamora Lomelí,
Norberto A. Ruiz Molina²

Servicio de Clínica de Mama¹ y Cirugía General² Hospital General Tacuba. ISSSTE. México

Antecedentes. La mastectomía es un tratamiento para el cáncer de mama. Debido a la extensión de los colgajos cutáneos y la disección linfática axilar, está indicada la colocación de drenajes (axilar y pectoral) para evitar el desarrollo de seromas.

Objetivo. Comparar el número de seromas en heridas de mastectomía de acuerdo con el uso de uno o dos drenajes.

Pacientes y métodos

Se estudiaron mujeres con neoplasias mamarias malignas sometidas a mastectomía radical modificada Madden y divididas en dos grupos: grupo a, dos drenajes (axilar y pectoral); grupo b, un drenaje (axilar). Se determinaron variables demográficas, índice de masa corporal (IMC), número de seromas en ambos grupos y tiempo de estancia del drenaje.

Resultados. Se evaluó a 27 pacientes: grupo a, 12 pacientes y grupo b, 15 individuos. Edad: a, 56 ± 14 años contra b, 50 ± 6.5 años (p, ns). IMC: a, 33.2 ± 3.4 contra b, 32.6 ± 4.5 kg/m² (p, ns). Seromas: a, 4 contra b, 5 (p ns). Permanencia del drenaje: a: 23.5 ± 5 contra b, 26 ± 13 (p, ns).

Conclusiones. No existen diferencias en el número de seromas postoperatorios en heridas de mastectomía con el uso de uno o dos drenajes.

VALOR DIAGNÓSTICO DE LA RADIOGRAFÍA INTRAOPERATORIA DE LA PIEZA QUIRÚRGICA PARA ESTABLECER MÁRGENES QUIRÚRGICOS EN CIRUGÍA CONSERVADORA PARA CÁNCER DE MAMA. ESTUDIO PILOTO

Segura Romero LA, Barroso Bravo S, González Ávila G, Flores Díaz LA
Departamento de Tumores de Mama Hospital de Oncología
Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS. México

Antecedentes. Para ser útil, la cirugía conservadora de mama debe brindar a la paciente no sólo supervivencia equiparable con la mastectomía, sino brindar rangos similares de recurrencia local, resultados estéticos satisfactorios y una baja tasa de complicaciones. De los factores para recurrencia local, el que más peso tiene es la ausencia de enfermedad en los márgenes quirúrgicos.

Objetivo del estudio. Determinar el valor diagnóstico de la radiografía unidimensional transoperatoria de la pieza quirúrgica para definir márgenes libres de tumor.

Material y métodos. En un diseño transversal prospectivo se estudió a 16 mujeres con edad promedio de 56.3 años con cáncer de mama en etapas I (n = 6) y IIa (n = 10), a quienes se les realizó cirugía conservadora de mama. A la pieza quirúrgica se le tomó una radiografía unidimensional transoperatoria (RUT) mediante mastógrafo. Se decidió ampliación quirúrgica de márgenes cuando fue informado como menor de 10 mm. Este resultado se comparó con el manifestado por patología en estudio definitivo para calcular la sensibilidad y la especificidad.

Resultados. Se realizaron 10 cuadrantectomías, cinco lumpectomías y una mastectomía simple; todas con mapeo linfático, de las cuales cinco fueron positivas. Se efectuaron seis disecciones radicales de axila. La histología mostró cáncer ductal infiltrante en 13 casos, e intraductal extenso, mucinoso y medular, con un caso cada uno. El tamaño promedio del tumor fue de 25.9 mm (19-40 mm). Del total de piezas, el margen promedio más cercano informado por patología fue de 13 mm (0 a 37 mm). En cinco casos, que fueron los que se ampliaron en la RUT, se encontró al menos un margen a menos de 10 mm. En ellos, los márgenes por patolo-

gía oscilaron entre 0 y 10 mm (promedio, 4 mm). El tejido de ampliación de márgenes fue negativo a células neoplásicas en todos los casos. De los pacientes en quienes no se consideró necesaria la ampliación de márgenes, éstos oscilaron entre 8 y 37 mm (promedio, 18.9 mm) y en tres casos fue menor de 10 mm. La RUT identificó 4/7 casos positivos (sensibilidad = 0.57) y 8/9 negativos (especificidad = 0.88).

Comentario. En comparación con los resultados mostrados en el estudio realizado en el MD Anderson Cancer Center, 90% de los pacientes que mostraron una RUT negativa tuvieron márgenes negativos confirmados por histología; sin embargo, cuando la radiografía mostró márgenes cercanos, 60% de los pacientes se pudieron beneficiar con una ampliación de márgenes en forma transoperatoria. Nuestros resultados concuerdan con los informados por ellos, con capacidad para identificar a los verdaderos negativos de 88% y de 57% para márgenes a menos de 10 mm. Cuatro de ellos fueron menos de 5 mm y se beneficiaron con la ampliación de márgenes (80%).

Conclusión. La RUT tiene alto valor diagnóstico para identificar en el transoperatorio aquellos casos que no requieren ampliación de márgenes en cirugía conservadora para cáncer de mama; también es posible valorar la extensión de los márgenes quirúrgicos mediante RUT de la pieza quirúrgica en dichas pacientes.

TRATAMIENTO DE MICROCALCIFICACIONES SOSPECHOSAS EN MASTOGRAFÍA

Genaro Pérez Machorro, Joaquín Zarco Méndez,
Guillermo Castrejón Rodríguez, Bárbara Guzmán Jiménez
Centro Médico Nacional «20 de Noviembre ISSSTE. México.

Antecedentes. El marcaje de microcalcificaciones por mastografía se ha utilizado como método muy eficaz para detectar cáncer mamario temprano.

Objetivo del estudio. Informar sobre los hallazgos histopatológicos, tratamiento y evolución de 49 pacientes a las cuales se había diagnosticado, mediante mamografía, la presencia de microcalcificaciones sospechosas de malignidad, llevadas a resección de las lesiones.

Material y método. Se realizó un estudio retrospectivo, de observación, descriptivo de 49 pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico, a las cuales se había diagnosticado por mamografía la presencia de microcalcificaciones sospechosas, en un periodo comprendido de junio de 2000 a mayo de 2004.

Resultados. Se detectó cáncer en 16 pacientes (32.6%). Del total de estas lesiones malignas, 62.5% correspondieron a carcinomas infiltrantes (10 pacientes) y 37.5% a carcinoma *in situ* (seis casos). Se realizó cirugía conservadora en nueve casos, mastectomía radical modificada en cuatro, mastectomía simple en dos y exicisión local amplia en uno.

Todas las pacientes con lesiones malignas se encuentran vivas y en vigilancia.

Comentario. El hallazgo de 32.6% de casos positivos a malignidad coincide con los datos de la literatura, e inversamente tuvimos mayor incidencia de carcinomas infiltrantes que *in situ*.

Conclusiones. La mamografía es un método muy eficaz para detección de cáncer en estadio temprano, permite diagnosticar tumores no palpables y en nuestro estudio 77.7% sin metástasis ganglionares. La mayoría fue susceptible de tratamiento con cirugía conservadora.

MAMAS SUPERNUMERARIAS EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE UN SERVICIO DE TUMORES MAMARIOS

Silvia M. Álvarez Maldonado, Víctor Valdespino Castillo,
Alejandro Ruiz Jaimes, Joaquín Zarco Méndez, Rendón Romano U.
Servicio de Oncología Quirúrgica y Tumores Mamarios. Centro Médico Nacional
"20 de Noviembre". ISSSTE México

Introducción. En el embrión de siete semanas, la línea mamaria es un engrosamiento a manera de banda en la epidermis que se extiende a ambos lados del cuerpo, desde la base de la extremidad superior hasta la región media de la extremidad inferior. La mayor parte de la línea mamaria desaparece poco después de formarse, persistiendo un pequeño segmento en la región torácica que se introduce al mesénquima subyacente, y a partir del cual se formará la mama en el adulto.

Objetivo. Describir la frecuencia en el hallazgo de mamas supernumerarias en pacientes que acuden a la consulta externa (CE) de un servicio de tumores mamarios (TM).

Material y métodos. Se revisaron los expedientes clínicos de las pacientes que acuden a la CE del servicio de TM para identificar a aquellas con diagnóstico de mama supernumeraria, ya sea por remisión, por exploración física o por hallazgos radiológicos, y que se encontraran atendidos de manera regular durante el periodo de marzo de 2003 a junio de 2004.

Resultados. Durante 14 meses se revisaron los expedientes de las pacientes que acuden de manera regular a la consulta externa de tumores mamarios del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" por enfermedades mamarias benignas y cáncer de mama.

Se descubrió que de un total de pacientes que acudieron a la consulta de tumores de mama, siete presentaron mamas supernumerarias. La edad promedio de estas pacientes fue 48 años, con un rango de 30 a 67 años.

Una paciente fue enviada de su hospital de origen con diagnóstico de glándulas mamarias accesorias para su tratamiento. En cuatro casos se trató de hallazgos por exploración física e interrogatorio en pacientes que se encuentran bajo tratamiento por cáncer de mama. Una paciente con diagnóstico de mastopatía fibroquística presentó como hallazgo una mama supernumeraria en el estudio mastográfico. Otra más fue referida de su unidad de origen por cáncer de mama en glándula accesoria axilar derecha, y recibió tratamiento en nuestro hospital, presentando también glándula accesoria contralateral. En cuatro pacientes, la glándula accesoria se hallaba en el lado derecho, en dos fue bilateral y en una paciente fue izquierda. En todos los casos, el sitio de presentación fue a nivel axilar y en dos pacientes se observó la presencia de pezón rudimentario.

Conclusiones. En pacientes con enfermedades de la mama, la exploración física y el interrogatorio permiten detectar de manera incidental tejido mamario accesorio, el cual puede ser sitio de enfermedades propias del tejido mamario, incluso de cáncer de mama.

VASCULITIS LEUCOCITOCÍSTICA ASOCIADA A CÁNCER MAMARIO. CASO CLÍNICO

Jazmín Figueroa Vadillo,¹ Mario Álvarez Blanco,² Julio César Velasco Rodríguez,
Mario Escobar Gómez,⁴ Manuel E. Magallanes Maciel⁵

¹Jefe del Servicio de Oncología Médica. Médico de base del Servicio de Oncología Médica
⁵Residente de Oncología Médica Hospital General de México

Presentación del caso. Mujer de 48 años de edad, sin patología médica de importancia, con diagnóstico de carcinoma canalicular de mama derecha moderadamente diferenciado en etapa clínica IIb (T2N1M0), y sometida a mastectomía radical modificada. Fue enviada para apoyo. En la evaluación inicial por el servicio de oncología médica, la paciente refirió lesión dérmica de un mes de evolución, la cual en la exploración física presentó aspecto eritematoso, superficie nodular, dimensiones de 4 x 6 cm, así como bordes mal definidos y dolor intenso a la palpación superficial. Posterior a la aplicación del primer ciclo de quimioterapia con esquema de 5-fluorouracilo-adriamicina-ciclofosfamida aparecieron más lesiones de características similares en tórax, brazo derecho, abdomen y muslo izquierdo, las cuales a su vez se asociaron a fiebre. Se ingresó para estudio con diagnóstico inicial de probable eritema nudoso asociado a cáncer de mama, detectándose como dato relevante la presencia de leucocitosis. Se inició manejo con esteroides intravenosos y medios físicos para control térmico; las lesiones remitieron a los siete días de iniciado el tratamiento; durante su hospitalización se tomó biopsia de piel, que manifestó vasculitis leucocitocística.

Pregunta. ¿Existe asociación entre la vasculitis leucocitocística y el cáncer de mama?

Respuesta. Sí, toda vez que la vasculitis leucocitocística se considera una reacción de hipersensibilidad dérmica asociada más a menudo a neoplasias hematológicas. Sin embargo, dentro de las neoplasias sólidas a las que se puede asociar, están: carcinoma mamario, cáncer de próstata y cáncer gástrico.

TAMIZAJE ALEATORIO PARA CÁNCER DE MAMA; RESULTADO DE 173 PACIENTES EN EL INSTITUTO JALISCIENSE DE CANCEROLOGÍA

Francisco Salazar Macías, Héctor Maldonado Hernández, Marco Delgado Brambila,
José Cortés Macías, Anabel Vaca Damy, Beatriz Bernal Gallardo
Instituto Jalisciense de Cancerología. Guadalajara, Jalisco, México

Antecedentes. El cáncer mamario ocupa el primer sitio como causa de cáncer en la mujer, con 30.5% de los casos. Fue trascendental que en el 2003, en Jalisco, la mayor parte de los casos se encontraron en etapas avanzadas en el momento del diagnóstico y sólo un caso de enfermedad confirmada se encontró en etapa cero.

Objetivo. Analizar la relación existente entre los diferentes métodos para buscar grupos de riesgo de cáncer mamario en forma aleatoria en mujeres asintomáticas.

Métodos. Durante mayo del 2004 se atendió a 427 pacientes asintomáticas por patología mamaria, en las cuales se pretendió tomar mamografía bilateral, aplicación del cuestionario de Londres y calcular el riesgo de cáncer mamario, según el modelo de Gail; sin embargo, de las 173 pacientes incluidas, se excluyeron del estudio las que no completaron los tres parámetros.

Resultados. El promedio de edad fue 48.7 años (32 a 78). Según el modelo de Gail, el riesgo promedio a cinco años fue de 0.8% y después de 90 años fue de 7.8%. Se realizaron tres detecciones de cáncer las cuales tuvieron birads 2. El modelo de Gail a cinco años en cada paciente fue de 0.5, 0.7 y 0.9%, respectivamente. Todas presentaron masa palpable en la exploración física.

Comentarios y conclusiones. Mediante el modelo Gail, se consideran de alto riesgo mujeres de al menos 35 años, con riesgo a cinco años de al menos 1.67%. En nuestros resultados, la mayor cifra fue de 0.9 y birads 2 en pacientes detectadas con cáncer, aunque se requiere de mayores series en nuestro estado para afirmar la mayor sensibilidad del modelo de Gail sobre otros métodos para la detección de grupos de riesgo.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE LOS TUMORES LÍMITROFES DE OVARIO

Zeferino Toquero M, Bañuelos Flores J, Maytorena Córdova G,
Solís Juárez Y, Reyna Amaya H.

Servicio de Oncología Ginecológica. Hospital Luis Castelazo Ayala. IMSS. México

Objetivo. Analizar la experiencia del servicio en el tratamiento de los tumores limítrofes de ovario.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de pacientes atendidas entre enero 1994 y marzo 2003, con diagnóstico histopatológico confirmado; se analizaron tipos de tratamiento y resultados a largo plazo.

Resultados. Se encontraron 385 pacientes con cáncer ovárico; de ellas, 87 tuvieron cáncer limítrofe. La edad promedio fue 43.5 años. El seguimiento promedio fue 43.5 meses. Fueron operadas previamente 41 pacientes en otra unidad. Se etapificó quirúrgicamente en el servicio a 69 pacientes, realizando cirugía radical a 57 pacientes y conservadora a ocho. Sólo en un caso no se realizó citorreducción óptima. El promedio de estancia posquirúrgica fue de 1.75 días. Predominó la estirpe serosa con 63.2% de los casos. La etapa más frecuente fue la I en 68.9%; hubo 10 casos en etapa III (tres de ellos por metástasis ganglionares pélvicas). Sólo hubo dos recurrencias (2.59%) con periodo libre de enfermedad de siete y 62 meses, ambos en etapa I inicial; se operaron de nuevo y se encuentran vivas. No hubo muertes posquirúrgicas ni por actividad tumoral.

Conclusiones. Se encontró un porcentaje mayor de tumores limítrofes que los informados en la literatura. La citorreducción quirúrgica es la base del tratamiento. Las recurrencias son bajas y a largo plazo. Se debe contemplar tratamiento conservador en mujeres en edad reproductiva y paridad no satisfecha.

MASA ANEXIAL. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Sánchez Rodríguez Nicolás, Francisco García Rodríguez, Edgar Flores Baños, Dante Carvajal
Ocampo, Jorge Álvarez Maza, Rodrigo Serrano Ortiz
Departamento de Oncología. Hospital Juárez de México

Antecedentes. Los tumores anexiales representan una patología frecuente. El desafío diagnóstico se relaciona con la urgencia de identificar procesos malignos, basados en el concepto de que el tratamiento temprano del cáncer está vinculado con disminución de la morbimortalidad.

Material y métodos. De enero 2000 a diciembre 2003 se revisaron 181 expedientes, con diagnóstico de masa anexial, la cual se identificó mediante exploración física o la utilización de ultrasonografía abdominopélvica. Edad promedio, 41.8 años. Tiempo de evolución, 4.7 meses. Se realizó ultrasonido abdominopélvico para recabar las características ultrasonográficas de las lesiones.

Resultados. Del total de lesiones, 30 fueron quísticas, 44 sólidas y 107 mixtas; las mixtas se subdividieron en mixtas con septos simples, mixtas con formación de papilas y mixtas heterogéneas. Hubo 113 diagnósticos benignos, 62 malignos y seis borderline. La sintomatología más común fue dolor abdominal, seguida de aumento del perímetro abdominal; la forma asintomática se vio en 12.7% de los casos. En 6.62% se efectuó cirugía de urgencia.

El tiempo de evolución para las lesiones malignas fue 6.8 meses. Para las benignas fue de 10.5 meses. Se realizó marcador tumoral CA-125 en 158 pacientes; 44.9% se encontró alto y 55.6% dentro de límite normal.

Conclusiones. Una masa anexial por lo regular compromete el ovario. Se calcula que 5 a 10% de las mujeres en Estados Unidos se someten a cirugía por masa ovárica y cerca de 10 a 20% tendrán malignidad. El manejo dependerá de la combinación de factores predictivos, incluyendo edad, estado hormonal, tamaño, unilateralidad o bilateralidad, aspecto ecográfico, presencia o ausencia de síntomas y nivel del marcador tumoral.

HISTERECTOMÍA RADICAL MODIFICADA TIPO II (PIVER II) EN EL MANEJO DE CaCu Ib 1

Miguel Angel Morales Palomares, Edgar Román Bassaure,
Alfonso Torres Lobaton, Benjamín DiFilippo, Roberto Tenorio Argüelles,
Ricardo Ibarra Yee, Edgar Gutiérrez Arangure

Servicio de Oncología, Unidad de Tumores Ginecológicos. Hospital General de México

Objetivos. Demostrar que un procedimiento menos radical tiene los mismos resultados en el tratamiento del cáncer cervicouterino etapa Ib 1

Introducción. Durante 60 años se ha tratado el CaCu (cáncer cervicouterino) en etapa Ib1 con histerectomía radical (tipo Piver III). La literatura actual ha mostrado que con un procedimiento menos radical se pueden obtener los mismos resultados en el manejo de estas pacientes.

Material y métodos. De octubre del 2003 a junio del 2004 realizamos histerectomía tipo II con linfadenectomía pélvica en 10 pacientes para el tratamiento del CaCu Ib1. Todos los casos fueron carcinoma epidermoide; tres con tumor subclínico y siete con tumores menores de 2 cm. Se analizó el número de ganglios resecados y el resultado de los márgenes parametriales durante los días que duraron con la sonda vesical, así como los días de estancia hospitalaria.

Resultados. En todos los casos, los ganglios resecados y los márgenes de los parametrios y la vagina fueron negativos. La cantidad de ganglios resecados fue en promedio de 14. Todas las pacientes fueron dadas de alta al cuarto día del posoperatorio sin sonda vesical. No utilizamos drenajes.

Conclusiones. La histerectomía Piver II debe ser el tratamiento actual del CaCu Ib 1, con buenos resultados y menos agresividad quirúrgica.

EA CAN REPLACE EMCO AS FIRST LINE TREATMENT IN HIGH RISK GESTATIONAL TROPHOBLASTIC DISEASE

Claudia Arce Salinas

Introduction. Gestational trophoblastic disease (GTD) results from a normal or abnormal pregnancy, and is highly curable disease. EMCO has been the chemotherapy of choice in high risk patients, and has response rates of 80%. EA reported response rates of 97% as second line therapy in low risk patients; however, never has been studied as first line.

Objetivo. To evaluate our experience with EA treatment in patients with intermediate and high risk disease.

Patients and methods. We analyzed 27 patients who were treated with EA weekly at National Cancer Institute of Mexico City. We analyze demographic data, overall response, toxicity, fertility and overall survival.

Results. Twenty seven patients with 27 years old, overall response was 70%, overall survival at five years of follow-up was 97%. Hematological toxicity was present in 25.9% of cases. 29.7% of patients became pregnant with full deliveries. Overall five years survival was 97%. One patient developed second malignancy, may be associated with etoposide treatment.

Conclusion. This regimen is well tolerated, it is associated with response rates similar to other treatments like EMA-CO with same toxicity profile.

Key words: Trophoblastic diseases; etoposide, actinomycin-D, high-risk.

CÁNCER ENDOMETRIAL: RESULTADOS DE LA ETAFIFICACIÓN QUIRÚRGICA PATOLÓGICA Y SUS COMPLICACIONES (ANÁLISIS DE 58 CASOS)

Rivelino Antonio Maldonado, Pedro Escudero de los Ríos, Gustavo Cortés Martínez, Félix Quijano Castro, Ramón Delgado Martínez

Servicio de Ginecología Oncológica. Hospital de Oncología.
Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS. México

Introducción. De 59,334 neoplasias malignas en mujeres, informadas por el registro histopatológico de neoplasias malignas de México en 1999, el cáncer de endometrio ocupó el quinto lugar, sólo por debajo del cáncer cervicouterino, el cáncer de mama, el cáncer de piel y el cáncer de ovario, constituyendo 2.7% de todos los cánceres femeninos. En Estados Unidos es el cáncer más común en mujeres, con 37,400 nuevos casos en 1999 y 36,100 en el 2000. Sin embargo, 75 a 80% son diagnosticados en estadios tempranos de la FIGO (International Federation of Gynaecology and Obstetrics) estadio I. Se ha informado variabilidad de 15 y 40% entre la estadificación clínica y la quirúrgica-patológica; debido a esto, la estadificación quirúrgico-patológica propuesta por la FIGO en 1988 debe realizarse en todas las pacientes con cáncer endometrial sin contraindicación para cirugía.

Objetivo. Conocer los resultados de la estadificación quirúrgico-patológica y sus complicaciones de los primeros cuatro años del Servicio de Ginecología Oncológica del Hospital de Oncología del IMSS.

Pacientes y métodos. Revisión retrospectiva, descriptiva, de 58 casos con diagnóstico de cáncer de endometrio en quienes se realizó laparotomía estadificadora de enero de 2000 a diciembre del 2003. Se analizaron los datos demográficos, la variabilidad entre la estadificación clínica y la quirúrgica-patológica, los resultados del análisis histopatológico y las complicaciones.

Resultados. De las 58 pacientes analizadas, la edad media fue de 56.5 años (rango, 27 a 80 años); peso medio de 70.4 kg (media, 50 a 153 kg). Catorce (24%) pacientes presentaron antecedente de diabetes mellitus; 26 (44.8%) de hipertensión arterial sistémica, y 10 (17%) de tabaquismo. La etapa clínica la se presenta en 26 de 58 pacientes (44.8%); sin embargo, en la quirúrgica-patológica fue la en 13 de 58 pacientes (22.4%). En la etapa Ib clínica fueron 24 de 58 pacientes (41.4%) y en la quirúrgica-patológica, 13 de 58 (22.4%). Se presentaron tres pacientes con etapa Ic quirúrgica-patológica; en seis pacientes con etapa clínica II (10.3%), la etapa quirúrgica patológica fue Ila, y I Ib en 12 (20.6%) y 2 (3.4%), respectivamente. Tres pacientes (5.2%) fueron evaluados como etapa clínica III; sin embargo, la etapa quirúrgica-patológica Ila, I Ib y I Ic fue de 3 (5.2%), 1 (1.7%) y 4 (6.8%) pacientes, respectivamente. La etapa quirúrgica patológica I Ib se manifestó en tres pacientes (5.2%). La variabilidad entre la estadificación clínica y la quirúrgica patológica en general fue de 62%. El número medio de ganglios pélvicos derechos diseccionados fue de 2.9 (rango, 0 a 12) y de izquierdos de 3.5 (rango, 0 a 14); los ganglios paraaórticos fueron 2.9 (rango, 0 a 13). El tiempo quirúrgico medio fue de 185 minutos (media, 60 a 300 minutos); el sangrado transoperatorio fue de 384 ml (rango, 50 a 1,465 ml), con tiempo medio de hospitalización de 4.4 días (rango, 2 a 22 días). Diez (17%) pacientes presentaron complicaciones; tres, seromas; dos, oclusión intestinal; dos, hemorragia de más de 1,000 ml; uno, absceso de pared; uno, evisceración, y uno, hemorragia intracraneal.

Conclusiones. La diferencia entre la etapa clínica y la quirúrgica-patológica está por encima de lo informado en la literatura mundial; asimismo, el porcentaje de pacientes con estadio I es menor. El número de ganglios en general es menor que lo informado, en parte debido a que en el servicio se realiza muestreo ganglionar y no linfadenectomía. El porcentaje de complicaciones está en límites normales en comparación con lo informado en la literatura.

USO DEL SELLO VASCULAR EN GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA

Benjamín Di Filippo Echeverri, Miguel Morales Palomares,
Edgar Román Bassaure, Ricardo Ibarra Yee,
Roberto Villalón Calderón, Isabel Pacheco Álvarez

Unidad de Tumores Ginecológicos, Servicio de Oncología, Hospital General de México

Antecedentes. Tradicionalmente, la hemostasia quirúrgica se ha realizado con material de sutura o con el electrobisturí sobre el vaso. En la actualidad se ha diseñado un método que fusiona la colágena con la elastina, produciendo un sello confiable en vasos hasta de 7 mm de diámetro y con dispersión de energía menor de 1 mm.

Objetivo. Evaluar el sello vascular como una alternativa hemostática eficaz y confiable en la histerectomía Piver I y II.

Materiales y métodos. A partir del año 2004, en la Unidad de Tumores Ginecológicos del Servicio de Oncología del Hospital General de México se inició el uso del sello vascular. Se tuvieron en cuenta las histerectomías Piver I y II, en las que se utilizó el sello vascular, valorando las pérdidas sanguíneas, tiempo quirúrgico y uso de material de sutura con fines hemostáticos.

Resultados. A la fecha se han realizado 15 histerectomías Piver I y 10 histerectomías Piver II con el sello vascular; las pérdidas sanguíneas han sido menores de 100 cc en promedio, con un ahorro de tiempo quirúrgico de 30 minutos; no fue necesario el uso de material de sutura con fines hemostáticos.

Conclusiones. El sello vascular en la histerectomía Piver I y Piver II es un método hemostático eficaz y seguro. Hay un ahorro importante del tiempo quirúrgico y del uso de material de sutura, con disminución considerable en las pérdidas sanguíneas. No hubo accidentes durante su uso.

ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA POR ACTINOMYCES QUE SIMULA UN TUMOR PÉLVICO. INFORME DE CINCO CASOS.

Gustavo Cortés Martínez, Pedro Escudero de los Ríos, Ramón Delgado Ramírez,
Daniel López Hernández, Félix Quijano Castro

Ginecología Oncológica. Hospital de Oncología. Centro Médico Nacional Siglo XXI. México

Introducción. La enfermedad inflamatoria pélvica causada por *Actinomyces* es poco común. Se ha informado la posibilidad de confundirla con neoplasia ginecológica maligna, no sólo por la presentación clínica y radiológica, sino por estudio citológico.

Objetivo. Mostrar la experiencia en nuestro servicio para el diagnóstico y tratamiento lo menos invasivo en la enfermedad inflamatoria pélvica por *Actinomyces* cuando simula un tumor pélvico.

Presentación de casos. Se presentan cinco pacientes. Las dos primeras, de 29 y 31 años de edad, tienen cuadro clínico de tumor pélvico, diagnosticado por exploración física y antecedente

del uso de dispositivo intrauterino (DIU) durante tres y cuatro años, respectivamente, sometidas a TAC y USG. En una de ellas también se practicó biopsia de cuello uterino por adenocarcinoma de células en anillo de sello, con sospecha de tipo primario ginecológico o de colon; la laparotomía exploradora demostró en ambas enfermedad inflamatoria pélvica y sólo el estudio histopatológico definitivo demostró que se trataba de infección por *Actinomyces*. El tercer caso era una paciente de 28 años con cuadro clínico de dos meses de evolución, con dolor pélvico, fiebre intermitente y el antecedente del uso de DIU por dos años; mediante estudio clínico y tomografía se sospechó enfermedad inflamatoria pélvica, realizando inclusive biopsia por aspiración guiada por tomografía axial computarizada. Sin embargo, aunque no se demostró el microorganismo causal, sí se descartó neoplasia, pero al persistir con dolor, se realizó exploración quirúrgica con histerectomía y salpingooforectomía unilateral, con informe de patología que confirmó enfermedad inflamatoria pélvica causada por *Actinomyces*. El cuarto caso, mujer de 32 años, con uso de DIU por cuatro años, con la misma sospecha clínica y tomográfica de enfermedad inflamatoria pélvica; fue necesario realizar laparoscopia para drenar un absceso tuboovárico con excelente evolución postoperatoria al manejo con antibiótico. La última paciente, de 35 años, con uso de DIU por tres años, USG y TAC, con probable tumor pélvico con infiltración de recto, en la cual la biopsia por aspiración con aguja fina guiada por ultrasonido se demostró enfermedad inflamatoria pélvica por *Actinomyces* y sólo se administró penicilina en dosis altas con remisión del cuadro. Conclusión. La enfermedad inflamatoria pélvica causada por *Actinomyces israelii* puede simular un tumor pélvico, con infiltración a órganos vecinos, que inclusive a la exploración física, TAC y USG no sea posible distinguir el origen inflamatorio. Lo ideal es sospechar de la entidad por la evolución clínica, con el antecedente del uso de dispositivo intrauterino y biopsia guiada por USG, TAC o laparoscopia para evitar cirugías extensas y mutilantes con alto riesgo de morbilidad y mortalidad.

DETECCIÓN DE GANGLIO CENTINELA POR VÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTES CON CÁNCER CERVICOUTERINO. INFORME PRELIMINAR

José de Jesús Valdez Urzúa, Gustavo Cortés Martínez, Pedro Escudero de los Ríos, Ramón Delgado Ramírez, Pedro Antonio Pichardo Moreno

Hospital de Oncología. Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS. México

Antecedentes. El propósito del estudio es corroborar la factibilidad de la detección de ganglio centinela utilizando tecnecio-99 y azul patente como marcadores y abordaje laparoscópico en pacientes con cáncer cervicouterino.

Material y métodos. Estudio prospectivo con pacientes en etapas Ib1 a I Ib programadas para histerectomía radical más linfadenectomía o para etapificación quirúrgica. Se utilizó doble marcaje para la detección, y se evaluó el informe histopatológico de los ganglios centinelas y del producto de la linfadenectomía para determinar la validez del procedimiento.

Resultados. Cinco pacientes, cuatro en etapa Ib1 programadas para histerectomía radical y una en etapa I Ib programada para etapificación quirúrgica laparoscópica, lográndose la identificación del ganglio centinela en todos los casos.

Se efectuó disección de 15 ganglios centinelas, uno en la región paraaórtica y el resto en la pelvis, con predominio en la bifurcación de las ilíacas comunes. Un ganglio centinela resultó positivo para metástasis con técnica de hematoxilina y eosina.

Comentario. El promedio de ganglios identificados fue de tres. El promedio de ganglios obtenidos de la linfadenectomía pélvica fue de 11.4. Estas cifras son comparables con lo informado en la literatura.

Conclusión. Estos resultados preliminares sugieren que es factible la detección del ganglio centinela en cáncer cervicouterino utilizando doble marcaje y abordaje por vía laparoscópica. Se requiere mayor número de pacientes para corroborar estos datos.

MUCOCELE DE ANTRO MAXILAR

Roberto Tenorio Arguelles, Javier García Estrada, José Luis Haddad Tame,
Sergio Arizmendi Issasi, Arturo Hernández Cuellar,
Roberto Mociños Montes, Armando Mendoza Tenorio

Unidades de Oncología y Cirugía Plástica y Reconstructiva. Hospital General de México

Antecedentes. Los mucocelos de senos paranasales son tumores expansivos, llenos de líquido y delimitados por mucoperiostio. Las causas más comunes son la infección crónica, la enfermedad sinonasal crónica y la cirugía previa. Son más frecuentes en el seno frontal, etmoidal y esfenoidal. Los mucocelos del seno maxilar son relativamente raros y ocurren en 10% o menos de los casos.

Informe del caso. Varón de 59 años, con mucocelo de antro maxilar, sin antecedentes patológicos importantes.

Padecimiento de tres años previos, con incremento de volumen en la región malar e infraorbitaria derecha, sin otra sintomatología, y cinco meses anteriores de crecimiento rápido y dolor de esta zona.

Clínicamente presentaba lesión de 10 x 8 cm en la región malar e infraorbitaria derecha; blanda y parcialmente fija, sin involuclar tejidos blandos. No presentó alteraciones oculares.

En la tomografía se apreció lesión de aspecto posteroior en el borde inferolateral de la órbita derecha, con remodelamiento del hueso malar; desplazamiento y colapso del antro maxilar, así como del globo ocular y remodelamiento del piso orbitario.

En junio del 2004 se realizó escisión local amplia, sinusectomía de antro maxilar, abordaje de Caldwell-Luc, reconstrucción del piso y pared posterior de la órbita con injerto óseo y colgajo frontal. Histopatológicamente correspondió a un mucocelo de antro maxilar.

A tres meses de seguimiento no hubo datos de recurrencia.

El manejo tradicional de los mucocelos requiere escisión completa mediante abordaje abierto sublabial o rinotomía lateral.

Recientemente, el abordaje endoscópico ha ofrecido baja recurrencia, mínima invasión y pronta recuperación.

SIRINGOMA CONDROIDE MALIGNO. INFORME DE CASO

Julio Ramírez Bollas, Alejandro Padilla Rosciano, Mario Cuellar Hube, Arturo Javier Lavín Lozano, Armando Martínez González, Andrés Romero Huesca, Oliver Albores Zúñiga, Juan Manuel Medina Castro
Instituto Nacional de Cáncerología. México.

Antecedentes. Varón de 70 años de edad. Inició el padecimiento tres años antes con lesión ulcerada en el dorso de la mano izquierda.

Exploración. Lesión ulcerada, sangrante, en la base del quinto metacarpiano izquierdo; lesión en antebrazo nodular, eritematosa, superficie lisa y conglomerado ganglionar axilar.

En la biopsia se descubrió tumor cutáneo compatible con tumor mixto maligno (siringoma condroide maligno). La biopsia por aspiración con aguja fina de axila mostró neoplasia maligna no clasificable.

Fue sometido a amputación de cuarto y quinto metacarpianos, con escisión amplia de nódulo en antebrazo y disección radical de axila.

Datos. Úlcera en dorso de mano izquierda de 5 x 5 cm, nódulo en antebrazo de 1.8 x 1.8 cm. Y conglomerado ganglionar y múltiples adenopatías axilares.

Informe. Tumor mixto maligno compatible con siringoma condroide maligno en dorso de la mano, con metástasis cutánea (antebrazo) y a 10 de 17 ganglios linfáticos axilares izquierdos. Se aplicó radioterapia al dorso de la mano, antebrazo y axila izquierda.

Conclusión. El siringoma condroide maligno, patología poco frecuente de las glándulas ecninas en pacientes mayores de 60 años, es dos veces más frecuente en varones. Las características anatomopatológicas consisten en acumulaciones mixtas de células en un borde periférico mal definido, imagen compatible con tumor mixto de glándulas salivales con matriz condroide. Más común en extremidades, como nódulos encapsulados, esféricos o lobulados, antecedente de tumor mixto benigno o bien maligno desde su presentación. Tiende a recurrir localmente y hacer metástasis. El tratamiento es la resección amplia de acuerdo con el sitio anatómico y los sitios metastásicos; el control local se puede consolidar con radioterapia.

EPULIS: MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. CASO CLÍNICO

Luis Fernando Palacio Pizano, Enrique Martín del Campo Mena, María Isabel Pacheco Álvarez, Manuel Ernesto Magallanes Maciel, Jesús Antonio Salazar Meléndez, Mario Guillermo López Hernández, Arturo Hernández Cuéllar

Antecedentes. Los pacientes con épulis pueden sufrir hiperparatiroidismo. El diagnóstico se realiza con calcio sérico, hormona paratiroidea, estudios de rayos X, gammagrama y ultrasonografía Doppler paratiroidea. El tratamiento es a base de paratiroidectomía de glándulas afectadas con resolución del hiperparatiroidismo y épulis.

Objetivo. Demostrar, mediante un caso de épulis secundario a adenoma de paratiroides (hiperparatiroidismo), que el diagnóstico y el tratamiento son adecuados de acuerdo con lo expuesto.

Informe del caso. Hombre con lesión ulcerada en trígono retromalar derecho de 1.5 x 1.5 cm. Informe histopatológico de épulis; exámenes de laboratorio con hipercalcemia; parathormona de 1,188 pg/ml; radiografías con lesiones en "sal y pimienta" de hueso frontal; gammagrama con hipercaptación paratiroidea izquierda; ultrasonografía Doppler con hipervascularidad en el mismo sitio; se diagnosticó hiperparatiroidismo primario; se realizó paratiroidectomía de glándulas izquierdas afectadas; el transoperatorio de patología manifestó hiperplasia de paratiroides y el definitivo adenoma de parótidas, con desaparición del hiperparatiroidismo y de la lesión en cavidad oral.

Conclusiones. El diagnóstico de hiperparatiroidismo primario que se manifiesta con épulis se realizó con calcio sérico como primera instancia y con hipercalcemia. Se efectuó protocolo con los estudios ya mencionados; si se corrobora diagnóstico, se lleva a cabo resección de paratiroides afectadas con resultados caracterizados por resolución de sintomatología en su totalidad, como en el caso particular informado.

CARCINOMA NEUROENDOCRINO TIPO MERKEL DE ORBITA OCULAR. INFORME DE UN CASO

Quintero Cocone E, García Estrada F, Muciños Montes R, Cuéllar Hernández A, Tenorio Arguellers R, Arizmendi Issasi S, Vega Barrios K.
Servicio de Radiooncología y Cirugía Oncológica de Tumores de Cabeza y Cuello. Hospital General de México

Antecedentes. Varón de 52 años de edad que ingresó al servicio por padecimiento de siete meses de evolución, caracterizado por tumor en párpado inferior izquierdo, con crecimiento gradual, acelerado, de bordes mal definidos, muy doloroso, con eritema y edema.

Procedimiento. Fue atendido en el Servicio de Oncología de tumores de cabeza y cuello en junio del 2004, y se encontró tumor de aproximadamente 10 cm de diámetro en órbita izquierda, pétreo, al parecer dependiente de párpado inferior y que está adherida fuertemente. A la presión se originó dolor intenso, ulceración, con hemorragia mínima en capa, alternando con áreas de secreción purulenta y fétida.

Se realizaron estudios de extensión, como toma de biopsia con informe histopatológico de tumor maligno de células pequeñas, redondas y basófilas en la órbita. Posteriormente se efectuó inmunohistoquímica: positiva para marcadores epiteliales CK3, y negativa para marcadores neuroendocrinos, linfoides y mesenquimatosos, concluyéndose con carcinoma poco diferenciado. La resonancia magnética nuclear de cráneo y senos paranasales manifestó lesión con infiltración a párpado de órbita izquierda, con predominio en ángulo temporal, exofítica de 7 x 6 x 3.5 cm en sus ejes dorsoventral, mediolateral y rostrocaudal; de intensidad heterogénea; alterna con áreas de mayor y menor intensidad en relación con áreas de necrosis; hemorragia y probable calcifica-

ción; infiltración al piso y pared de la órbita, y glándula lagrimal; se introduce por ángulo temporal, infiltra el tabique orbitario, comprime y desplaza el globo ocular en dirección nasal.

Conclusiones. Se decidió efectuar procedimiento quirúrgico mediante exenteración de órbita izquierda, parotidectomía total más disección radical de cuello izquierdo con toma y aplicación de injerto, con hallazgos como tumor que ocupa la órbita izquierda cuyo contenido mide 8 x 6 x 8 cm, con infiltración a los párpados, ganglios metastásicos periparotídeos niveles I y V, y actividad en glándula parótida.

El reporte histopatológico de la pieza quirúrgica fue de carcinoma neuroendocrino tipo Merkel, sin tumor en bordes quirúrgicos y sin metástasis en 17 ganglios linfáticos. La parótida se hallaba sin alteraciones.

POROMA ECRINO MALIGNO DE PARED ABDOMINAL. INFORME DE CASO

Flor de The Bustamante Valles, Ricardo Villalobos Valencia, Isabel Alvarado, Erika Castillo Gutiérrez
Hospital de Oncología. Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS. México

Introducción. El poroma ecrico maligno (PEM) es un raro tumor de las glándulas sudoríparas que se origina en las células terminales de la porción intraepitelial del ducto ecrico. Su incidencia es de 0.005 a 0.01% de las neoplasias. Se presenta predominantemente en adultos entre 50 y 80 años de edad. La localización más frecuente es en extremidades inferiores, tronco, cabeza y cuello. El tamaño puede ser variable, de <1 cm a 10 cm. El tratamiento no es estándar y los resultados obtenidos por lo general son pobres.

Caso clínico. Mujer de 70 años de edad. Inició con pápulas pigmentadas y ulceradas en la pared abdominal y región lumbosacra, con progresión a placa violácea, ulcerada, sangrante, de 30 x 40 cm en la pared abdominal y 20 x 20 cm en región lumbosacra. La biopsia manifestó PEM. Recibió dos ciclos con 5 FUJ/LV con progresión de la enfermedad.

Comentario. El tumor se originó en la porción intraepidérmica de la glándula sudorípara y podía invadir la dermis papilar y los linfáticos dérmicos, y diseminarse a través de ellos y reinvadir así la epidermis. Este tipo de diseminación explica las extensas metástasis cutáneas y depósitos epidermotrópicos que se presentan. Su comportamiento es agresivo y la supervivencia es entre cinco y 24 meses. Por lo general es refractario a tratamiento con radioterapia y quimioterapia. Por ello, la escisión de estas lesiones sigue siendo la única oportunidad de tratamiento definitivo.

RESECCIÓN DE CONDROSARCOMA DE LA RAMA MANDIBULAR CON ABORDAJE COMBINADO TRANSORAL, TRANSCERVICAL Y TRANSCIGMÁTICO

Carlos Domenzain Barradas, Judith A. Gudiño Magallón
Hospital Civil de Guadalajara. Instituto Jalisciense de Cancerología. Guadalajara, Jalisco, México

Antecedentes. Diversos autores han propuesto varias técnicas para abordar las malignidades de la rama mandibular, incluyendo diferentes resecciones transcervicales, transorales, o ambas, tratando de lograr una resección en bloque del tumor; sin embargo, la localización anatómica y el escaso margen de maniobrabilidad con frecuente extensión a la fosa pterigomaxilar y al piso medio, y la dificultad técnica para abordar la articulación temporomandibular y la apófisis coronoides, hacen que muchos de estos tumores sean inoperables.

Objetivo del estudio. Proponer un abordaje transcervical, transcigomático y transoral para la exéresis de sarcomas de la rama mandibular.

Informe del caso. Varón de 17 años de edad, con tumor en la región preauricular izquierda, trismus, dolor y deformidad facial.

Correlación clinicoradiológica: tumor localizado en la rama mandibular izquierda, de 40 x 50 x 40 mm, con extensión a apófisis coronoides, y músculos masetero, pterigoideos interno y externo. Destrucción total de la rama mandibular y formación de cartilago. Cuello negativo.

Biopsia incisional: condrosarcoma condroblástico. Quimioterapia y radioterapia de inducción sin respuesta. El cuatro de noviembre del 2002 se efectuó resección en bloque de tumor más hemimandibulectomía con abordaje transcervical, transcigomático y transoral, con disección del nervio facial. Se confirmó el diagnóstico; las líneas de sección quirúrgica estuvieron libres de tumor.

Resultados. Supervivencia libre de enfermedad de 21 meses; aceptable rehabilitación de los músculos faciales izquierdos.

Conclusiones. El abordaje quirúrgico de las malignidades de la rama mandibular es complicado y requiere cuidadosa planeación para la obtención de resultados favorables. El presente caso demuestra que combinando diferentes abordajes se puede lograr la resección completa de estos tumores y ofrecer una oportunidad de supervivencia a los pacientes afectados.

LIPOMA RETROFARÍNGEO. INFORME DE UN CASO

Carlos Domenzain Barradas, Daniel Sat Muñoz
Hospital Civil de Guadalajara. Instituto Jalisciense de Cancerología. Guadalajara, Jalisco, México

Antecedentes. La patología primaria del espacio retrofaringeo es rara, por estar constituida casi exclusivamente de tejido linfóide. Las causas son infecciones y metástasis de cáncer de faringe, nasofaringe y tiroides.

Manifestaciones. Disfagia por efecto de masa, parálisis del hipogloso y apnea del sueño como síntoma más informado en los raros lipomas retrofaringeos (menos de 30 a la fecha). El tratamiento es quirúrgico con abordaje abierto, ya que las complicaciones asociadas a liposucción la contraindican.

Objetivo del estudio. Informe de un caso de lipoma retrofaringeo y propuesta de abordaje quirúrgico.

Informe del caso. Varón de 44 años con disfagia y sensación de cuerpo extraño; correlación clinicoradiológica: abultamiento de orofaringe con desplazamiento anterior de la misma. Tumor

en espacio retrofaríngeo que se extiende desde nasofaringe hasta orofaringe, de 70 x 30 x 40 mm, respetando la fascia prevertebral. Hiperintenso en T1 a la resonancia.

Diagnóstico de presunción: probable lipoma de espacio retrofaríngeo. Se efectuó cirugía el 10 de mayo del 2002 con abordaje transoral-transmandibular sobre la línea media, con exéresis tumoral después de abrir la pared posterior de faringe y cierre primario con osteosíntesis mandibular y traqueostomía profiláctica. **Diagnóstico definitivo:** lipoma retrofaríngeo resecado totalmente.

Resultados. Paciente curado después de 27 meses de seguimiento. Resultado funcional y estético excelente.

Conclusiones. No se consideró un abordaje transcervical típico por el eje mayor del tumor (longitudinal), y la cirugía con la técnica propuesta se efectuó en forma sencilla y rápida sin secuelas funcionales. Los casos raros de tumores retrofaríngeos que afectan la nasofaringe y la orofaringe pueden ser abordados mediante esta técnica y muchos de ellos logran curación.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO RADICAL PALIATIVO DE LAS METÁSTASIS ÓSEAS POR CARCINOMA DE TIROIDES. INFORME DE CUATRO CASOS

Rigoberto Dolores Velázquez, Alejandro Padilla Rosciano, Mario Cuéllar Hubbe, Mirna Durán Hernández, Delia Pérez Montiel, Héctor Martínez Said
Instituto Nacional de Cáncerología, México

Antecedentes. La mayoría de los pacientes con metástasis óseas de carcinoma de tiroides han sido evaluados en conjunto con metástasis distantes en otros órganos. En la mayor parte de estos informes, el impacto clínico de las metástasis óseas revela disminución de la supervivencia, y las alternativas de manejo con cirugía, radioterapia o yodo radiactivo muestran resultados variables.

Objetivo. Conocer la forma de tratamiento utilizado para pacientes con metástasis óseas por carcinoma tiroideo.

Material y métodos. Se presentan cuatro casos: tres mujeres y un varón con rango de edad entre 43 y 53 años, que presentan metástasis óseas por carcinoma de tiroides, todos tratados con cirugía radical.

Resultados. Todos los pacientes fueron tratados con cirugía radical, y en dos de ellos se consideró radioterapia postoperatoria. En un caso se realizó resección de húmero y osteosíntesis. En otro paciente, sacrectomía izquierda. Dos pacientes con hemipelvectomía interna.

Conclusiones. Se observó buen control local de los pacientes. Todos tuvieron supresión hormonal con levotiroxina. A pesar de ser una serie pequeña se observó que la cirugía radical en las metástasis óseas únicas por carcinoma de tiroides puede ser un tratamiento posible, ya que podría mejorar la supervivencia global de los pacientes que las presentan.

TRATAMIENTO MULTIMODAL PARA METÁSTASIS CEREBRAL RESECCABLE POR MELANOMA, CON TERAPIA PRIMARIA CONTROLADA. CASO CLÍNICO

Luis Fernando Palacio Pizano,¹ Manuel Ernesto Magallanes Maciel,² Efraín A. Medina Villaseñor,³ Noé Vargas Tentor⁴

¹Residente de Cirugía Oncológica. ²Residente de Oncología Médica.

³Residente de Cirugía Oncológica.

⁴Médico de base del Servicio de Neurocirugía Hospital General de México.

Informe del caso. Hombre de 33 años de edad, operado, fuera de nuestro servicio, de resección local por lesión en cara lateral de brazo más disección radical axilar derecha. **Informe histopatológico** de melanoma maligno, conglomerado ganglionar axilar metastásico. Síndrome piramidal derecho ocasionado por metástasis cerebral de aproximadamente 3.5 x 4 cm en región parietal izquierda cortical con edema perilesional que hace efecto de masa, colapsando al ventrículo lateral izquierdo en tomografía axial computarizada y resonancia magnética nuclear. **Por sintomatología**, tamaño no mayor de 4 cm y primario controlado, resección de metástasis cerebral. **Informe histopatológico** de melanoma maligno con tumor en bordes de sección en tejido cerebral, con evolución, reversión completa de síndrome piramidal, alta caminando a los siete días posteriores a cirugía. Enviado a servicios de radioterapia y quimioterapia; recibió en postoperatorio 30 Gy en 10 fracciones a holocráneo y dos ciclos de quimioterapia con dacarbazina. Falleció nueve meses después de cirugía por metástasis a columna lumbosacra y pleura derecha.

Pregunta. ¿Qué pacientes se benefician de resección de metástasis cerebrales y terapia multimodal en melanoma maligno?

Con primario controlado, metástasis únicas no mayores de 4 cm. El tratamiento multimodal está indicado para mejorar calidad y tiempo de supervivencia.

PRÓTESIS FACIALES DE ELASTÓMERO DE SILICÓN PROCESADAS CON MICROONDAS

García BRM,¹ Cruz RME²

¹Residente de primer grado de Prótesis Maxilofacial

²Jefe de la Unidad de Prótesis Maxilofacial Hospital General de México

Introducción. La cirugía de los tumores y malformaciones congénitas o adquiridas del rostro ha logrado avances considerables en los últimos años, alcanzando resultados admirables. Sin embargo, la prótesis facial brinda una alternativa para la rehabilitación cuando la reconstrucción quirúrgica no lo puede lograr.

Entre los primeros materiales empleados en la elaboración de prótesis faciales se hallan el celuloide, el látex, las resinas polivinílicas y el acrílico. En la actualidad se realizan con silicón grado médico que puede ser teñido para simular la pigmentación de la piel, y son procesadas en baño María por largo tiempo. Por otra parte, la química plástica brinda nuevos materiales y técnicas que permiten reconstrucciones protésicas mucho más estéticas y cómodas. Con el advenimiento de los microondas se pueden realizar prótesis en menor tiempo con la misma exactitud y calidad que las que se obtienen con el método convencional.

Objetivo. Dar a conocer la técnica para realizar prótesis maxilofaciales con la finalidad de rehabilitar morfológicamente las estructuras intrabucales y parabucales, logrando con ello la reincorporación del individuo a la sociedad.

Método. Elaborar prótesis faciales con silicón grado médico, procesándolas mediante la energía de un horno de microondas, y reduciendo de manera significativa el tiempo de curado (30 minu-

tos). Se requiere de un horno de microondas y de una mufla especial (Frp).

Resultados. Se logró simplificar y volver más ágil la confección de prótesis faciales para atender un número mayor de pacientes mediante una técnica adecuada, así como los tiempos de curado mejorando tanto estética como funcionalmente a los pacientes para reincorporarlos a la sociedad.

REHABILITACIÓN PROTÉSICA DE PALADAR BLANDO

Karina Ramírez Márquez, María Elena Cruz Ramos
Prótesis maxilofacial. Hospital General de México

Antecedentes. Las alteraciones más frecuentes en paladar blando son las lesiones tumorales de glándulas salivales accesorias, así como labio y paladar hendidos. Cuando existen alteraciones postquirúrgicas o congénitas, el paladar puede ser insuficiente, incompetente, o ambos, para realizar las funciones de habla y masticación. Dichas funciones se rehabilitan mediante prótesis, alcanzando la articulación de fonemas. Se presentan aspectos de diseño para establecer la función de deglución y fonación mediante bulbos protésicos y con función de fonarticulación.

Objetivo. Lograr la rehabilitación en pacientes que presentan defectos adquiridos o congénitos que involucran paladar blando.

Material y método. Mediante la utilización de materiales dentales se realizan prótesis fonarticuladoras en cada caso para rehabilitar la función de deglución y fonación en pacientes con defectos adquiridos o congénitos que involucran paladar blando. El diseño protésico se relaciona con aspectos de retención dependiente de las condiciones bucales, y estabilidad protésica que depende de las características postquirúrgicas.

Resultados. En ausencia de paladar blando, se logró establecer la deglución y fonación de pacientes con defectos adquiridos y congénitos.

Conclusiones. Ante la ausencia de paladar blando por defectos adquiridos o congénitos, es necesaria la aplicación de una prótesis con aditamento fonarticulador que simultáneamente favorezca la deglución. Es necesario realizar pruebas de articulación de lenguaje con la prótesis insertada.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CONSERVADOR DE SCHWANNOMA. CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Arturo Novoa Vargas,¹ Mario Barrios Riverón²

¹Servicio de Oncología. Hospital General de Zona núm. 57. La Quebrada, Estado de México² Cirugía Plástica Reconstructiva. Hospital de Traumatología y Ortopedia Lomas Verdes, Estado de México.

Objetivo. Demostrar el beneficio del tratamiento quirúrgico conservador utilizando microcirugía ante un sarcoma de partes blandas (schwannoma), localizado en el brazo, sin necesidad de amputación del mismo.

Material y métodos. Se estudió el caso clínico de una paciente de 27 años de edad con diagnóstico de sarcoma de partes blandas (schwannoma) del brazo derecho. Fue diagnosticada en el año 2003 en el servicio de oncología del Hospital General de Zona núm. 57, y tratada en el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital de Traumatología y Ortopedia Lomas Verdes. El diagnóstico clínico confirmó mediante ultrasonido con Doppler y TAC de brazo derecho la presencia de un tumor sólido, de 7 x 8 cm de diámetro, localizado en el tercio distal del brazo derecho, involucrando el nervio radial. El diagnóstico histopatológico fue realizado mediante biopsia con aguja Tru-Cut y se confirmó schwannoma de bajo grado de malignidad (sarcoma de partes blandas); la paciente fue sometida a exploración quirúrgica del brazo derecho.

Resultados. Se utilizó microscopio para la disección y liberación del nervio radial comprometido en su trayecto por el schwannoma. Se realizó cirugía sin seccionar dicho nervio, con resultado óptimo en cuanto al movimiento y función motora de la mano derecha.

Conclusión. El caso clínico demuestra que los sarcomas de partes blandas de bajo grado (schwannoma) pueden ser tratados quirúrgicamente en forma conservadora, sin pérdida del brazo, mediante el uso de técnicas microquirúrgicas para preservar la función motora de la extremidad torácica.

RESECCIÓN MULTIVISCERAL POR CÁNCER COLORRECTAL. INFORME DE UN CASO Y REVISIÓN

José Sebastián Villalón López, Pedro Luna Pérez

Hospital de Oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS. México

Introducción. De los cánceres colorrectales, 10% son lesiones avanzadas sin metástasis. En 1970, Spratt describió una variedad de cáncer colorrectal llamado "no metastatizante", que permanece localizado sin diseminación y es curable con resecciones agresivas. Los factores histológicos incluyen tumores bien diferenciados, circunscritos, rodeados de inflamación sin invasión venosa, linfática o perineural.

La morbilidad y la mortalidad asociadas a resección multivisceral son elevadas. Los factores de supervivencia son infiltración a otros órganos, metástasis y edad mayor de 50 años. En estos pacientes deben administrarse cirugía y quimiorradioterapia.

Descripción. Mujer de 46 años de edad con dos años de distensión, estreñimiento y dolor epigástrico, manejada como pielonefritis y tumor colónico, con pérdida de 10 kg de peso. Tumor en hipocondrio izquierdo de 15 x 15 cm móvil, doloroso.

El ultrasonido mostró pielonefritis y neoplasia esplenorenal. TAC. Tumor hacia ángulo esplénico, con pérdida de interfase entre colon, bazo y riñón izquierdo. Ace. 21 ng/dl.

Se realizó resección multivisceral, hemicolectomía, esplenectomía, nefrectomía izquierda, resección de cola del páncreas.

Rhp. Adenocarcinoma poco diferenciado, mucinoso, de 14 cm, fungante, que involucra serosa con extensión peripancreática sin infiltrar, sin permeación vascular ni tumor en límite; ocho ganglios

del epilón, 13 peritumorales, dos del hilio esplénico, dos peripancreáticos con hiperplasia. Se etapifica lib; por T4N0M0 recibe quimioterapia, 5 Fu/iv.

Comentario. La resección multivisceral es segura, con supervivencia a largo plazo similar a resección estándar. Debido a que las resecciones paliativas no se predicen en la cirugía, todo esfuerzo debe llevarse a resección tumoral completa. Pérdida sanguínea, pero la falta de experiencia del cirujano es un factor pronóstico independiente para morbilidad y resultados.

ABORDAJE DE KRASKE PARA LESIONES TEMPRANAS DE RECTO DISTAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Nicolás Sánchez Rodríguez, Ziad Aboharpm Asan, Francisco García Rodríguez, Edgar Flores Baños, Jorge Álvarez Maza, Rodrigo Serrano Ortiz
Departamento de Oncología. Hospital Juárez de México

Introducción. La resección local del cáncer de recto se ha realizado desde hace 120 años, con buenos resultados y pocas complicaciones, conservando una buena función del esfínter. La limitación de la resección local es el riesgo de enfermedad nodal oculta. Así, desde 1986 la radioterapia adyuvante se ha utilizado en pacientes con factores de riesgo para disminuir las recurrencias.

Presentación del caso. Mujer de 69 años de edad. Cuadro clínico de un año con sangrado transrectal intermitente, por momentos abundante, asociado pujo y tenesmo. A la exploración se encuentra lesión a 3 cm del margen anal, de características exofíticas de 3 x 1 cm. La colonoscopia revela lesión elevada de aspecto aterciopelada, que abarca 30% de la circunferencia, con bordes mal definidos, compatible con pólipos rectales Yamada I. La biopsia manifiesta adenocarcinoma de recto G2. Ace de 6.8 ng/ml. La USG transrectal muestra lesión de 3.6 cm que involucra la capa superficial, la submucosa profunda y se delimita en la muscular profunda, sin infiltración a adventicia o grasa perirrectal. No hay adenopatías perirrectales. T2N0M0. La cirugía consiste en abordaje de Kraske (trans-sacro). Rhp: adenocarcinoma bien diferenciado en adenoma tubulovelloso con invasión focal en la base de la lesión, margen quirúrgico libre de neoplasia.

Comentario. La resección local para lesiones del tercio distal es una alternativa con menores complicaciones que la Rap. Sin embargo, solo 5 a 15% de los pacientes son candidatos para este procedimiento. El método de Kraske se utiliza con buen control loco-regional para T1-T1 de 90%, con mortalidad de 1 a 5 por ciento.

TUMOR CARCINOIDE DE ESTÓMAGO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Nicolás Sánchez Rodríguez, Ziad Aboharpm Asan, Francisco García Rodríguez, Edgar Flores Baños, Jorge Álvarez Maza, Rodrigo Serrano Ortiz
Departamento de Oncología Hospital Juárez de México

Introducción. Los tumores carcinoides del tracto gastrointestinal, típicamente indolente, son lesiones bastante heterogéneas desde el punto de vista de histología, características endocrinas, presentación y conducta clínica. Los resultados de la terapia dependerán de su ubicación, la extensión y la enfermedad metastásica.

Presentación del caso. Mujer de 58 años de edad, con antecedentes de madre fallecida por cáncer gástrico, así como un hermano finado por cáncer gástrico.

Cuadro clínico de gastritis desde hace 20 años. Se realizó endoscopia superior identificando pólipo en cuerpo gástrico, con biopsia que manifiesta tumor carcinóide.

Exploración física sin datos relevantes.

Estudios de extensión que conducen a cirugía; se realizó resección limitada del pólipo; informe transoperatorio de tumor carcinóide que infiltra la mucosa, la muscular y la serosa sin traspasarla, con bordes libres de lesión. Ante el resultado transoperatorio se realizó gastrostomía subtotal radical con dII R0, con informe de linfadenectomía de tres ganglios positivos correspondientes a la arteria esplénica. Dejar en vigilancia actualmente sin datos de actividad tumoral.

Comentario. En 1888, Lubarsh describió inicialmente el carcinóide como un tumor indolente, con origen neuroendocrino. La clasificación descrita por Capella se basa en su origen, tamaño, extensión a tejidos vecinos, angiоinvasión y diferenciación histológica, y si se trata de tumor funcional o no.

Moertel ha demostrado 71% de supervivencia en pacientes con cirugía usando resección de la enfermedad visible y disección ganglionar meticulosa en pacientes con enfermedad localizada. El tratamiento en enfermedad avanzada consiste en embolización de la arteria hepática, quimioterapia o inmunoterapia para control del síndrome carcinóide, así como análogos de la somatostatina e interferón.

MELANOMA MALIGNO DE COLON DERECHO COMPLICADO CON INTUSUSCEPCIÓN INTESTINAL. INFORME DE UN CASO

José de Jesús Valdez Urzúa, Érika Betzabé Ruiz García
Hospital de Oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS. México

Introducción. El melanoma maligno es el tumor metastásico más frecuente del tubo digestivo (TD), y el intestino grueso es la porción menos afectada. Las lesiones primarias en TD son raras y por lo regular están localizadas en el anorrecto. Presentamos el caso de una paciente con intususcpción intestinal y hallazgo de melanoma en ciego.

Caso clínico. Mujer de 51 años de edad. Inició con dolor abdominal, pérdida de peso y hallazgo de tumor abdominal. La tomografía mostró imagen sólida en la luz en el colon transverso y la colonoscopia un tumor que impide la exploración posterior al ángulo esplénico. La laparotomía exploradora con hallazgo de intususcpción ileocecal y tumor en ciego. Se realizó hemicolectomía derecha extendida. El informe de patología consiste en lesión polipoide localizada a 0.5 cm de válvula ileocecal. Por inmunohistoquímica, Hmb 45 y vimentina positivos, por lo que se concluye melanoma maligno. La exploración física intencionada descarta lesiones pigmentadas en piel y a nivel ocular. 36 meses de seguimiento sin evidencia de actividad tumoral.

Comentario. No está claro cómo estas lesiones pueden originarse en tejidos sin células pigmentadas, y se ha sugerido que realmente son lesiones metastásicas de primarios con regresión espontánea. La cirugía resectiva debe ser el tratamiento de elección para este grupo de pacientes.

Conclusiones. Las características histológicas y la evolución clínica de la paciente apoyan el diagnóstico de melanoma primario en este paciente.

TUMOR MALIGNO DE VAINA DE NERVIО PERIFÉRICO EN RECTO

Julio Ramírez Bollas, Juan Manuel Ruiz Molina, Armando Martínez González, Arturo Javier Lavín Lozano, Oliver Albores Zúñiga, Juan Manuel Medina Castro, Andrés Romero Huesca
Instituto Nacional de Cancerología. México.

Caso clínico. Mujer de 67 años atendida desde septiembre del 2003. Cuadro clínico de un año y cuatro meses de hematoquezia, dolor a la defecación y estreñimiento. Se realizó estudio de colon baritado identificando lesión en recto. En la colonoscopia se identificó compresión extrínseca del recto. Se tomó biopsia bajo anestesia, con resultado de neoplasia fusocelular maligna de alto grado con inmunohistoquímica positiva a S-100.

Se programó para realizar resección abdominoperineal en octubre de ese año. El resultado histopatológico fue tumor maligno de la vaina del nervio periférico (TMVNP), con bordes quirúrgicos libres; recibió radioterapia a pelvis, 45 Gy. Actualmente no ha habido recurrencia.

Comentario. El TMVNP corresponde a 5 a 10% de los sarcomas de tejidos blandos, asociados hasta en 50% a neurofibromatosis familiar tipo 1. Tiene predilección por troncos nerviosos del nervio ciático, braquial y sacro. El diagnóstico se basa en la inmunohistoquímica.

Es un sarcoma de alto grado, con tasas de recurrencia local de 40 a 65%; da metástasis a pulmón, hueso y pleura (40 a 68%), y es la afección linfática menos frecuente (10%). La supervivencia a 10 años llega hasta 80% con cirugía radical, comparada con 14% con cirugía no radical. En la literatura no se han informado TMVNP en recto. La terapéutica para esta lesión se establece extrapolando la experiencia en otros sitios anatómicos. La base es el tratamiento quirúrgico, y un adecuado margen mejora la supervivencia. El tratamiento adyuvante con radioterapia está indicado en sarcomas de alto grado para mejorar el control local.

MELANOMA DE RECTO. INFORME DE CASO CLÍNICO

¹Miguel A. Pluma Jiménez, ²Horacio Astudillo, ³Mario A. Pérez, ⁴Isabel Alvarado, ⁵Juan Alejandro Silva

¹Residente del cuarto año de la especialidad en Oncología Médica. ²Investigador asociado de la Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Oncológicas.

³Médico adscrito al Servicio de Oncología Médica. ⁴Jefe del Servicio de Patología, adscrita al Servicio de Patología. ⁵Jefe del Servicio de Oncología Médica Hospital de Oncología. Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS. México

Caso clínico. Varón de 54 años de edad que acudió al Hospital de Oncología el uno de abril del 2003 por estreñimiento, heces adelgazadas con estrías de sangre de un año de evolución; en los últimos tres meses con dolor perineal y al defecar, rectorragia escasa y pérdida de peso de 8 kg. Mediante endoscopia se descubrió tumor circunferencial a 2 cm del margen anal, con borde proximal a 8 cm de éste, y obstrucción de su luz en 70%; el informe histopatológico (Rhp) demostró neoplasia maligna poco diferenciada. Se etapificó como T3NxMx. Recibió 5-Fu, tres ciclos cada 15 días, concomitante con radioterapia, 45 Gy en 25 fracciones más incremento, 5.4 Gy como neoadyuvante. El dos de septiembre del 2003 se practicó resección abdominoperineal. Los hallazgos fueron: tumor de tercio medio e inferior de recto, un ganglio de 3 x 3 cm en el trayecto vascular. El Rhp manifestó melanoma de 4 x 2.5 cm, localizado a 4 cm del límite quirúrgico distal, infiltrando todo el espesor de la pared con límite radial a 2 mm. Conglomerado ganglionar con 1/3 de ganglios linfáticos distales con metástasis, infiltración y ruptura capsular.

Comentario. El melanoma anorrectal primario es muy raro; la presencia de ganglios pélvicos y tumor primario mayor de 20 mm de grosor son factores de mal pronóstico en este paciente. La supervivencia global a cinco años es de 3 a 22%. El manejo quirúrgico sólo mejora el control local y la bioquimioterapia no ha demostrado aumentar la supervivencia global.

Conclusiones. No existe un régimen óptimo de terapia sistémica ni de inmunoterapia, y como ya había recibido radioterapia primaria se dejó en vigilancia.

TUMOR DEL TABIQUE RECTOVAGINAL, PRESENTACIÓN RARA DE LEIOMIOSARCOMA RECTAL

Medina Villaseñor EA, Gutiérrez Arangure E, Díaz Rodríguez L, Martínez Macías R, Salazar Melendez JA, Jiménez Becerra S, Neyra Ortiz E
Servicio de Tumores Mixtos. Unidad de Oncología y Patología Quirúrgica. Hospital General de México

Introducción. Los leiomiomas son tumores malignos del músculo liso; se desarrollan de la muscular de la mucosa, la muscular propia o la pared de los vasos.

Objetivo. Describir el caso de leiomiomas rectal que se presenta como masa sólida en el tabique rectovaginal.

Descripción del caso. Mujer de 61 años de edad, hipertensa, multigesta, con cirugía previa por defectos del piso pélvico.

Refería estreñimiento de seis meses de evolución, dolor de tipo puntivo a nivel perineal de baja intensidad que se exacerbaba durante la defecación. Sensación de presión vaginal y tumoración rectal de cuatro meses de evolución, motivo por el cual acude al servicio de proctología de este hospital donde es valorada y referida a esta unidad. El examen rectovaginal revela una tumoración en el tabique rectovaginal que proyecta hacia el interior de la vaginal, incluyendo toda su longitud. La USG endorrectal muestra masa hipoecogénica bien definida y heterogénea dependiente de la capa muscular del recto. La TAC manifiesta tumor de partes blandas de la pared anterior del recto con extensión exorrectal. Se efectúa biopsia Tru-Cut que descubre leiomiomas de bajo grado. Se realiza exenteración pélvica, con hallazgos de tumor del tabique rectovaginal de 9 x 7 x 6 cm; el examen histológico e inmunohistoquímico confirmó el diagnóstico. Se propuso apoyo con quimioterapia; sin embargo, la paciente no aceptó, por lo que se mantuvo en observación. Actualmente se halla asintomática, sin evidencia de recurrencia local o enfermedad metastásica después de 24 meses de seguimiento.

Comentario. Los leiomiomas rectales son lesiones extremadamente raras; corresponden a menos de 0.1% de los tumores malignos del recto y su tratamiento permanece en controversia. Se han informado 480 casos en la literatura inglesa, ninguno descrito del tabique rectovaginal.

FACTORES PRONÓSTICOS EN LINFOMA GÁSTRICO PRIMARIO

Heriberto Medina Franco,* Santos Soto Germes* Carmen Lome Maldonado**
Departamentos de Cirugía* y Patología** Instituto Nacional de
Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", México

Antecedentes. El tratamiento ideal del linfoma gástrico primario es controversial.

Objetivo. Determinar los factores pronósticos en linfoma gástrico primario.

Material y métodos. Se analizaron variables clinicopatológicas, se corroboró el subtipo histológico y se etapificó según la clasificación modificada de Ann-Arbor. Se utilizó el programa estadístico SPSS.

Resultados. Se identificaron 41 pacientes, 22 mujeres (53.7%) y una edad media de 52.6 años. El síntoma más común fue la pérdida de peso en 90.2% de los pacientes. El subtipo histológico predominante fue el de células grandes en 46.34% y la etapa clínica más común fue la IV en 36.6%. Veinte pacientes (48.8%) recibieron tratamiento quirúrgico y 34 (82.1%) quimioterapia. La supervivencia actuarial a uno y cinco años fue de 77.8 y 71.17%, respectivamente. En el análisis univariado, el tratamiento quirúrgico se asoció a mejor supervivencia. En el análisis multivariado únicamente los niveles normales de DHL sérico se asociaron a mejor supervivencia libre de enfermedad: 131 meses en los pacientes con DHL normal contra 12 meses con niveles ≥ 197 mg/dl al momento del diagnóstico ($p < 0.0001$).

Conclusiones. El tratamiento óptimo es controversial. La cirugía parece conferir ventajas en la supervivencia global. Los niveles altos de DHL al momento del diagnóstico se relacionan con disminución significativa de la supervivencia global y libre de enfermedad, y puede considerarse como un marcador pronóstico adverso.

RESPUESTA COMPLETA A IMATINIB EN GISTOMA GÁSTRICO RESIDUAL POSTERIOR A CIRUGÍA. CASO CLÍNICO

Jazmín Figueroa Vadillo,¹ Mario Álvarez Blanco,²
Julio César Velasco Rodríguez,³ Mario Escobar Gómez,⁴
Manuel E. Magallanes Maciel⁵

¹Jefe del Servicio de Oncología Médica ^{2,3,4}Médico de base del Servicio de Oncología Médica
⁵Residente de Oncología Médica. Hospital General de México, OD

presentación del caso. Varón de 21 años de edad, valorado en el servicio de gastroenterología de este hospital en diciembre del 2003. Los antecedentes de importancia fueron la existencia de dos tíos paternos con cáncer gástrico. Su padecimiento data de tres meses previos a ser valorado en este hospital, con presencia de evacuaciones melánicas, ataque al estado general, así como cefalea intensa, motivo por el que se valoró, y mediante panendoscopia se diagnosticó sarcoma del estroma gastrointestinal de alto grado.

Se realizó gastrectomía subtotal el 15 de diciembre del 2003, con informe histopatológico que demostró lesión polipoide en curvatura mayor, de 9 x 6 x 5 cm, sin lesión tumoral en los bordes quirúrgicos, confirmando el diagnóstico previo. El 24 de febrero de este año se le realizó resonancia magnética de abdomen, en la que se encontró lesión tumoral en estómago residual, sin evidencia de enfermedad en algún otro sitio. Se marcó para CD-117, que resultó positivo (+++), y se inició terapia sistémica a base de Imatinib, 400 mg/día. Se realizó endoscopia de tubo digestivo alto de control en el mes de julio de este año, la cual no dio evidencias de actividad tumoral. Actualmente, el paciente se encuentra sin datos de enfermedad y estado funcional ¿Qué porcentaje de pacientes con sarcomas del estroma gastrointestinal metastásico presentan respuesta completa posterior al uso de imatinib?

La mayoría de las respuestas son: parciales (53.7%), enfermedad estable (27.9%), progresión (13.6%), y las repuestas completas sólo son anecdóticas.

EXPERIENCIA EN TUMORES ESTROMALES CON MESILATO DE IMATINIB EN EL HOSPITAL DE ONCOLOGÍA DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI, IMSS

Flor de Thé Bustamante Valles, Juan Alejandro Silva, Érika Castillo Gutiérrez,
Larissa Valenzuela Martínez.

Introducción. Los tumores estromales gastrointestinales (TEGI) son neoplasias del mesénquima; sus células muestran características semejantes a las células intestinales de Cajal, que tienen un papel neuromotor en la motilidad intestinal normal y se caracterizan por la expresión de CD-117, un antígeno específico para el epítopo transmembrana del receptor de tirosinasa. Se han demostrado mutaciones de tirosinasa en más de 92% de los TEJ, y esto tiene un papel fundamental en el desarrollo de estos tumores. La presentación clínica es variable. Con frecuencia el tumor es indolente hasta tener gran tamaño, causando dolor abdominal y masa palpable. La resección quirúrgica es el principal tratamiento. El mesilato de Imatinib (STI-571) es un inhibidor de molécula pequeña del receptor de tirosinasa y ha mostrado respuestas parciales sostenidas de 54%.

Informe. Se informa la experiencia de este hospital. Siete pacientes tratados con STI-571, mediana de seguimiento de ocho meses, con las siguientes repuestas: una completa, dos parciales, de las cuales en una se logró realizar cirugía de rescate y continúa sin evidencia de enfermedad, dos de enfermedad estable y dos con progresión.

Conclusión. La experiencia clínica inicial con Imatinib en TEGI ha mostrado respuesta y eficacia, como se puede observar en nuestros resultados, lo cual concuerda con la literatura internacional, apoyando su uso en otras áreas de la investigación clínica.

CORRELACIÓN DEL ANTÍGENO CARBOHIDRATADO 19-9 AJUSTADO AL NIVEL SÉRICO DE BILIRRUBINA EN ADENOCARCINOMA PANCREÁTICO

Ortiz GJ,* Medina CJ,* Álvarez ANP**
*Departamento de Cirugía Oncológica **Departamento de Radioterapia
Instituto Nacional de Cancerología (INCan), México

Introducción. El CA-19-9 se define por un anticuerpo monoclonal murino (1116-ns-19-9), originalmente generado contra líneas celulares humanas del carcinoma colorrectal. El CA-19-9 sérico se presenta como una mucina y su nivel depende del tamaño tumoral y del grado de

diferenciación. La ictericia puede causar elevación del CA-19-9 sérico, aunque la naturaleza de la interacción no es completamente comprendida. Se han descrito resultados falsos positivos en presencia de colestasis.

Objetivo. Evaluar la correlación del CA-19-9 ajustado con el nivel sérico de bilirrubina en pacientes con adenocarcinoma pancreático.

Material y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo en 26 pacientes con diagnóstico histológico de adenocarcinoma pancreático potencialmente resecable. Considerando que el CA-19-9 es excretado por las células normales del sistema biliar, se determinó y ajustó el CA-19-9 sérico según el grado de hiperbilirrubinemia. Se aplicaron pruebas estadísticas de distribución libre (Mann-Whitney, suma de clasificaciones de Wilcoxon y prueba exacta de Fisher).

Resultados. Catorce pacientes (54%) presentaron un grado de diferenciación tumoral moderado (g2) y 12 (46%) pobremente diferenciados (g3). La media ajustada del CA-19-9 para moderadamente diferenciados fue 109 U/ml y 314.2 U/ml para pobremente diferenciados. Las medianas fueron 36.9 U/ml contra 161 U/ml (g2 vs g3). Trece pacientes (50%) mostraron un nivel sérico de bilirrubina total > 2 mg/dl. No hubo correlación entre el CA-19-9 y la diferenciación histológica ($p > 0.05$). La mediana ajustada del nivel sérico de CA-19-9 fue significativamente menor ($p < 0.01$) en los pacientes con excreción biliar normal (bilirrubina total < 2 mg/dl) que en aquellos con niveles de bilirrubina de 2 mg/dl (excreción biliar alterada).

Comentario. En la enfermedad maligna, la síntesis de CA-19-9 por la proliferación celular puede contribuir al nivel total de bilirrubina sérica, el cual puede variar de manera independiente por la ictericia asociada. En este estudio no hubo correlación con el grado de diferenciación; sin embargo, hemos demostrado que en la ictericia debida a enfermedad maligna hay correlación positiva entre el nivel sérico de la bilirrubina y la elevación del CA-19-9.

Conclusiones. Estos datos son compatibles con la teoría dual de la contribución de la obstrucción biliar y la síntesis de las células tumorales al nivel sérico de CA-19-9. Avances futuros en el entendimiento de la biología de la enfermedad podrían ayudar a mejorar los abordajes diagnósticos y terapéuticos.

ACCESOS VASCULARES EN PACIENTES ONCOLÓGICOS. ESTUDIO PROSPECTIVO DE 92 CASOS

Victor E. Valdespino,¹ Alejandro Ruiz J,¹ Silvia Álvarez M¹
José Balseca A,¹ Ernesto Cobos G,² Héctor Gurrola M³
¹Residente de Oncología Quirúrgica. Centro Médico Nacional "20 de Noviembre".
ISSSTE. México. Ex Residente de Cirugía General. Centro Médico Nacional
Siglo XXI. IMSS. México. Médico adscrito al Servicio de Cabeza y Cuello.
Centro Médico Nacional "20 de Noviembre". ISSSTE. México

Antecedentes. En 1952, Aubanic introdujo por primera vez esta técnica (punción subclavia), quien descubrió que otorga un acceso rápido al sistema venosa central con un mínimo de complicaciones en pacientes que tenían heridas militares.

La canulación de la vena cava mediante cateterización percutánea de la vena subclavia es actualmente el acceso vascular que conlleva menor incidencia de trombosis y se prefiere para largo y mediano plazo, y además es el más usado.

Se acepta que, con suficiente experiencia en la cateterización central, ocurran menos de 5% de complicaciones en el momento de la inserción, medio a través del cual se administran medicamentos y hay menos toxicidad.

Objetivo. Evaluar los tipos de acceso vascular realizados en pacientes oncológicos y observar las complicaciones desarrolladas agudas y tardías.

Material y métodos. Se realizaron 99 accesos vasculares en un periodo de 10 meses; siete se excluyeron por presentar información incompleta, todos realizados por residentes de cirugía oncológica del hospital "20 de Noviembre". El estudio se realizó a lo largo de 11 meses, de modo prospectivo, consistiendo en recoger los datos en una hoja diseñada para tal propósito, posterior a la realización del acceso vascular.

Resultados. Se colocaron 99 accesos vasculares y de éstos se descalificaron siete por falta de datos, 18 fueron con objeto de infundir quimioterapia, 24 del servicio de cabeza y cuello, 37 de tumores mixtos, 6 de tumores ginecológicos, 14 de tumores mamarios.

En seis ocurrió hemo neumotórax que ameritó resolución del mismo con sonda endopleural; hubo sepsis relacionada con catéter en cuatro casos, trombosis en relación con el uso de catéter en un caso.

Comentario. Es aceptable la morbilidad de la serie presentada, tanto temprana como tardía, similar a la informada en otras series.

TERAPIA ALTERNATIVA Y COMPLEMENTARIA (TAYC) EN PACIENTES CON CÁNCER

Raquel Gerson Cwilich, Alberto Serrano, Alberto Villalobos
Centro Médico ABC. Instituto Nacional de Cancerología, México

Antecedentes. El cáncer es la segunda causa de muerte en México. Se conocen más de 300 tipos de TAYC con diferentes objetivos terapéuticos. Muchos pacientes emplean TAYC.

Objetivos. Determinar las características de los pacientes que utilizan TAYC, identificar los propósitos, la fuente de información y los beneficios obtenidos.

Pacientes y métodos. Del 20 de febrero al 5 de marzo del 2004, entre pacientes de una consulta privada, no seleccionados, se aplicó un cuestionario para evaluar edad, género, nivel académico, actividad laboral, uso de TAYC, tipo y número de terapias utilizadas, beneficios potenciales y costo mensual. Se crearon dos grupos: a) (TAYC) y b) (no TAYC).

Resultados. 37 pacientes en a y 38 en b, sin diferencia de edad, nivel académico, actividad laboral ni diagnóstico oncológico, $p > 0.05$; hubo tendencia a la relación con el género femenino $p = 0.07$, neoplasia diferente al cáncer de mama, $p = 0.08$ y asociación con etapas avanzadas, $p = 0.02$. La mayoría usaba entre 1 y 3 tipos de TAYC (97.2%); las más comunes fueron nutricional y espiritual (54 y 48.6%). La fuente fue la familia (56.4%) y la médica (24.3%). Se consideró que la TAYC sí funciona en 57.1%; la mayoría notó beneficio (78.6%), tranquilidad (46.4%) o mejoría del estado físico (46.4%). El costo promedio mensual fue de \$ 3,184 pesos, con rango de 150 a 28,000.

Conclusiones. La TAYC es frecuente en mujeres jóvenes, con cánceres avanzados, con mejor nivel académico. La familia participa y favorece el uso de TAYC; los usuarios notan beneficio en su estado general y les proporciona tranquilidad. Aun debe determinarse la efectividad y seguridad de este tipo de tratamientos y sus posibles interacciones con la terapia convencional.

¿SON MÁS FRECUENTES LAS COMPLICACIONES DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES A PERMANENCIA EN ENFERMEDADES MALIGNAS?

Heriberto Medina Franco, Ernesto Anaya Santacruz, Santos Soto Germes,
Laura J. Ortiz, Carlos Almanza González, Álvaro Méndez
Departamento de Cirugía. Instituto Nacional de Ciencias Médicas
y Nutrición "Salvador Zubirán". México

Introducción. Los catéteres venosos centrales (CVC) a permanencia tienen un papel importante en medicina general y oncología; sin embargo, se asocian a complicaciones bien descritas a corto plazo. Los factores asociados a dichas complicaciones no se encuentran claramente establecidos.

Material y métodos. Se analizó de manera retrospectiva a pacientes con CVC a permanencia en una institución de tercer nivel de la ciudad de México, de 1997 al 2002, y en quienes se tenía toda la información requerida. Se registraron variables demográficas, clínicas, de técnica quirúrgica, así como complicaciones a corto y largo plazo. Se definió como complicación temprana la ocurrida dentro de los primeros 30 días postoperatorios. Las variables potencialmente asociadas a las mismas fueron analizadas con la prueba de T de Student para variables continuas, y chi cuadrada para variables categóricas. Se definió como significativa una $p < 0.05$.

Resultados. Se analizaron 208 pacientes con una edad media de 50.7 años (rango, 15 a 94), la mayoría del sexo femenino (62.5%) y la indicación más común fue la necesidad de quimioterapia sistemática por enfermedad maligna (74%). De los catéteres colocados por enfermedad benigna, en la mayoría (68%) la indicación fue la necesidad de antibióticos sistémicos. En 80% de los casos, el catéter se colocó por venodisección, y la vena yugular externa (62%) fue la más utilizada. El CVC más utilizado fue el Porto-Cath (55%) seguido del Hickman (42%). Se registraron sólo dos complicaciones transoperatorias (1%). Con una media de seguimiento de un año, las complicaciones registradas fueron disfunción del catéter en 96% y fractura del catéter en 2.9%. Se presentó infección temprana en 5.8% y tardía en 7.7%. En el análisis de variables asociadas a cualquier tipo de complicación, fueron significativas estas: CVC diferente al Porto-Cath ($p = 0.0001$); mayor de una luz (lumen) ($p = 0.005$); enfermedad benigna ($p = 0.04$) y tendencia a la importancia cuando el catéter no quedó en posición central ($p = 0.07$). La única variable asociada a infección fue el uso de catéter diferente al Porto-Cath ($p = 0.0001$); sin embargo, dicha asociación sólo fue válida para infección tardía. La única variable relacionada con disfunción del catéter fue el CVC con más de una luz.

Conclusiones. Las principales complicaciones de CVC a permanencia son infección y disfunción del mismo. Las variables asociadas a dichas complicaciones son uso de catéter diferente a Porto-Cath y multilumen, respectivamente. No se encontró asociación de complicaciones con padecimientos malignos.

NECROSIS DIGITAL ASOCIADA AL USO DE GEMCITABINA EN CÁNCER EPITELIAL DE OVARIO. INFORME DE UN CASO

Érika Castillo Gutiérrez, Mario Aquilino Pérez Martínez,
Fernando Silva Bravo, Flor de Thé Bustamante Valles
Hospital de Oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS. México

Introducción. La gemcitabina es activa contra varios tumores sólidos con un perfil de toxicidad favorable. Algunos de los efectos secundarios poco comunes son: síndrome de fuga capilar, enfermedad pulmonar difusa intersticial, enfermedad venooclusiva hepática, síndrome urémico-hemolítico y trombosis arterial distal.

Caso clínico. Mujer de 62 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia. En diciembre de 1999 se diagnosticó carcinoma papilar seroso de ovario derecho, etapa clínica IIIc. Recibió seis ciclos de apoyo, y en julio del 2001 recurrió para inicio de tratamiento con ciclofosfamida/carboplatino; paclitaxel y gemcitabina, del que recibió tres ciclos en dosis de 1

g/m^2 , los días 1, 8 y 15 con una dosis acumulada de 11.4 g. Posterior al tercer ciclo, la paciente inició con lesiones eritematosas en dedos de ambas manos, que progresan a necrosis de falanges medias y distales. Valorada por reumatología del Hospital de Especialidades, se le diagnosticó necrosis seca de pulpejos secundaria a vasculitis inducida por medicamentos. Se suspendió la quimioterapia quedó bajo vigilancia.

Comentario. La vasculitis se caracteriza por inflamación y necrosis de los vasos sanguíneos. El mecanismo exacto de su etiología se desconoce. El tratamiento es a base de esteroides y la suspensión del medicamento que indujo el cuadro. Es un efecto secundario raro del cual se han informado cinco casos en la literatura internacional.

DERRAME PERICÁRDICO ASOCIADO A MALIGNIDAD TRATADO CON INTERFERÓN A2B

Ángel Apodaca Cruz

Antecedentes. El derrame pericárdico maligno se presenta como una complicación poco frecuente en pacientes con cáncer. Por lo regular, el acúmulo de líquido en pericardio es repetitivo.

Descripción. Se realizó estudio de casos de 1996 al 2004 y la intención fue comparar la eficacia de interferón alfa 2b (IFN) con el tratamiento tradicional a base de pericardiocentesis, a fin de evitar la reaparición de derrame pericárdico.

Se diagnosticó a un total de 56 pacientes (16 varones y 40 mujeres) con derrame pericárdico. Se administraron 10 millones de UI de IFN A2b a 20 pacientes (14 con cáncer de mama, una con CaCu, dos con adenocarcinoma de mediastino y tres con cáncer de pulmón), con respuesta favorable en cuatro pacientes (20%).

De las pacientes con cáncer de mama (29), a 14 se les administró IFN y a 15 se les manejó sólo con pericardiocentesis, sin encontrar mejor respuesta en las manejadas con IFN.

En ocho pacientes (siete con cáncer de mama y una con cáncer de pulmón) fue necesario realizar ventana pericárdica, con respuesta al 100%; esto es, ninguno de estas pacientes volvió a presentar derrame pericárdico.

EPIDEMIOLOGÍA DESCRIPTIVA DEL CÁNCER EN EL INSTITUTO JALISCIENSE DE CANCEROLOGÍA, 2003

Francisco Salazar Macías, Héctor Maldonado Hernández, O. Carrillo Garibaldi
Instituto Jalisciense de Cancerología

Antecedentes. El crecimiento y desarrollo económico en México ha transformado también a sus estados, modificando el comportamiento sociocultural de sus habitantes, dando como resultado cambios en las enfermedades y su epidemiología, con ascenso de las neoplasias malignas.

Objetivo. Informar la epidemiología del cáncer en el Instituto Jalisciense de Cancerología, y tener una base de datos para planear en un futuro estrategias de prevención y salud.

Material y métodos. Revisamos los informes del registro de cáncer del Instituto, del periodo 2003, analizando el total de casos, localización primaria del tumor, por sexo y grupo de edad, entre otros.

Resultados. Se informaron 1,689 casos, con predominio de 1,099 pacientes (65.06%) del sexo femenino; la edad predominante fue entre 50 y 59 años, con 249 casos (22.65%).

En el varón hubo 590 casos (34.93%), con predominio a los 70 años o más en 165 pacientes (27.97%). Las cinco localizaciones primarias fueron mama, 336 (19.9%); cuello uterino, 271 (16.1%); pulmón, 99 (5.9%); linfomas, 80 (4.7%), y sarcomas de partes blandas, 64 (3.8%). Por sexo, las tres principales en el varón: pulmón, 63 (10.7%); linfomas, 52 (8.8%); próstata, 38 (6.5%). En la mujer: mama, 336 (30.5%); cuello uterino, 271 (24.7%); ovario, 63 (5.7%).

Conclusiones. En el Instituto Jalisciense de Cancerología, el cáncer afecta más a la mujer postmenopáusica, y el cáncer de mama es la primera causa. El cáncer más frecuente en el varón es de pulmón, con predominio en el séptimo decenio de la vida.

Rodolfo Díaz Perches

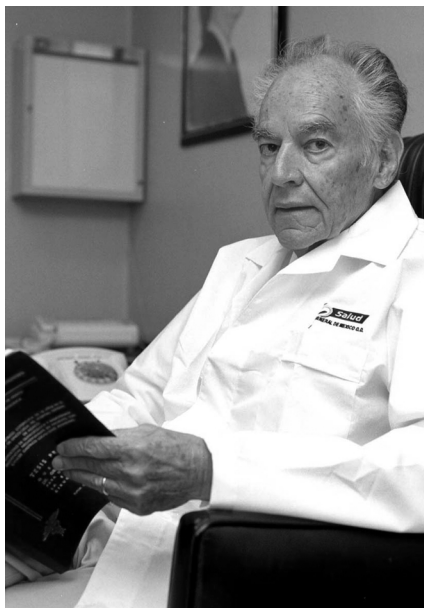
1929-2004

El 27 de septiembre pasado, la Sociedad Mexicana de Oncología perdió a uno de sus integrantes más distinguidos, el Dr. Rodolfo Díaz quien fuera su presidente en 1965.

Pionero y maestro de la radioterapia en México, hasta en su muerte, fue congruente en la lucha que emprendió contra el cáncer hace más de medio siglo. Además de bombardear la enfermedad con la fuerza del átomo, el Dr. Díaz Perches irradió también su ejemplo, que queda como testimonio para las próximas generaciones de oncólogos: jamás bajó los brazos y nunca dejó de atender a sus pacientes, a pesar que el mismo mal que trataba de curar en ellos, fue el que terminó con su vida.

Nació el 3 de febrero de 1929 en Tampico, Tamaulipas, y bajo la dirección de su maestro, el Dr. Guillermo Montaña, participó junto con el Dr. Rafael Martínez, en la creación de uno de los primeros cursos de radioterapia y, en consecuencia, en la formación de los primeros especialistas en México. Realizó su tesis sobre isótopos radiactivos artificiales en medicina, cuando en México el tema era prácticamente desconocido y no existían siquiera laboratorios de medicina nuclear. Se preparó en el Hospital Mount Sinai de Nueva York, y luego en el Hospital Middlessex de Londres.

Cuando regresó a México en 1957, la primera bomba de cobalto tenía un año de haber llegado a nuestro país. Desarrolló la mayor parte de su carrera profesional en el Hospital Gene-



ral de México, donde se encargó de reorganizar el Servicio de Radioterapia, calibrando los aparatos y estableciendo las normas que debían seguirse para optimizar el tratamiento.

En 1971 logró que se instalara ahí mismo un Centro de Calibración y Dosimetría para Radiaciones Ionizantes, con el respaldo de la Organización Mundial de la Salud, desde donde se esforzó por corregir los errores en los cálculos de calibración de hasta un 50%, que tenían los equipos instalados en nuestro país. En 1985 ocupó la dirección del Hospital General de México, donde hizo frente a la crisis ocasionada por los terremotos que llenaron de luto a la capital del país.

Trabajó en la Sociedad Mexicana de Oncología (antes SMEO) por la unidad y la interacción de todas las áreas de la especialidad. Falleció a los 75 años de edad, después de luchar durante meses contra un cáncer de páncreas que lo aquejaba, teniendo que someterse a las sesiones de radioterapia que tantas veces él mismo administró a sus propios pacientes.

Nuestra Sociedad le reconoce y agradece su labor, y acompaña a su familia en este difícil paso.

Que en paz descanse.

Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo

Gaceta Mexicana de Oncología

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

Las instrucciones para someter su manuscrito pueden ser vistos en la página web: 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 indicadas abajo, con tres copias en un sobre a: Gaceta Mexicana de Oncología. Tuxpan # 59 PH Col. Roma Sur CP 06760, México, DF, y de ser posible también por correo electrónico: 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 y un máximo de 10 figuras, tablas o gráficos. 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 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 firman-

tes 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 (y de fax o e-mail si se dispone) 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, relacionando las 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 en 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, es-

pecificando 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; p. 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: Yolo 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.

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

- Bajo el mismo epígrafe y numeración consecutiva, se engloban las fotografías, gráficas, dibujos y otras ilustraciones.
- Deberán ser seleccionadas cuidadosamente, de modo que contribuyan a la mayor comprensión del texto. El tamaño será de 10-12 y 10-18 cm, de calidad que permita 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.
- 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. 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 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, que seguirá un protocolo establecido a tal efecto, 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 de 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.