

GACETA MEXICANA DE ONCOLOGÍA

SOCIEDAD MEXICANA DE ONCOLOGÍA, A.C.

VOLUMEN 6, NÚM. 6, NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2007

ISSN: 1665-9201

EDITORIAL

Dr. Rolando Ocampo Le Royal

Este número de la
Gaceta Mexicana de Oncología
está dedicado a los trabajos
libres que se presentaron en el
XXV Congreso Nacional de Oncología
que se realizó en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas,
del 24 al 27 de octubre de 2007

www.smeo.org.mx

• PERIODICA-UNAM • IMBIOMED • ARTEMISA • LILACS



SMeO

Sociedad Mexicana de Oncología, A.C.



MESA DIRECTIVA 2006-2007

DR. ROLANDO OCAMPO LE ROYAL
Presidente

DR. PEDRO M. ESCUDERO DE LOS RÍOS
Vicepresidente

DRA. PATRICIA CORTÉS ESTEBAN
Secretaria

DRA. ROCÍO CÁRDENAS CARDOS
Tesorera

DR. ARMANDO FERNÁNDEZ OROZCO
DRA. ANA MYRYAM SILVA URIBE
DR. ROGELIO MARTÍNEZ MACÍAS
Vocales

DR. ARTURO VALENCIA ORTIZ
Coordinador de capítulos

DR. FRANCISCO JAVIER OCHOA CARRILLO
DR. EDUARDO ARANA RIVERA
Consejeros

MARICELA MELCHOR MELCHOR
Asistente editorial



Editado por:
MASSON DOYMA MÉXICO
Av. Insurgentes Sur 1388
Piso 8, Col. Actipan
C.P. 03230, Del. Benito Juárez
México D.F.
Tels. 55 34 85 59, 55 24 10 69

Director General:
Alejandro González Peña

Coordinador Editorial:
Julio Cabiedes H.

Ventas:
55 24 49 20

Producción:
Rut Salguero S.

GACETA MEXICANA DE ONCOLOGÍA (GAMO)

Publicación oficial de la Sociedad Mexicana de Oncología
Noviembre-Diciembre, Vol. 6, Núm. 6

EDITORIA EN JEFE:

Dra. Ma. Guadalupe Cervantes Sánchez
Jefe de Oncología Clínica, Centro Médico "20 de Noviembre", ISSSTE, México, D.F.

EDITORES ASOCIADOS

DR. ROLANDO OCAMPO LE ROYAL

Presidente de la Sociedad Mexicana de Oncología

DRA. AURA A. ERAZO VALLE SOLIS

Jefe de 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. EDGAR ROMÁN BASSAURE

Jefe del Servicio de Oncología, Hospital General de

México, OD

DRA. AURORA MEDINA SANSÓN

Jefe de la Unidad de Oncología, Hospital Infantil de

México "Federico Gómez"

DRA. ROCÍO CÁRDENAS CARDOS

Jefe de la Unidad de Oncología, Instituto Nacional

de Pediatría

DR. ALEJANDRO MOHAR BETANCOURT

Director General del Instituto Nacional de

Cancerología

DR. EUCARIO LEÓN RODRÍGUEZ

Coordinador del departamento de Hematología y

Oncología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y

Nutrición "Salvador Zubirán"

DR. FRANCISCO MARIO GARCÍA

RODRÍGUEZ

Jefe de la Unidad de Oncología, Hospital Juárez de

México

DR. JOSÉ ANTONIO OCEGUERA VILLANUEVA

Profesor Titular del Curso de Cirugía Oncológica,

Hospital Civil de Guadalajara

DR. RAMIRO JESÚS SANDOVAL

Director de la Facultad de Estudios Superiores de

Iztacala de la UNAM

DR. RAÚL CASTELLANOS ALEJANDRE

Jefe de Especialidad de Oncología, Hospital Central

Norte de Alta Especialidad, Petróleos Mexicanos

DR. FRANCISCO J. OCHOA CARRILLO

Consejero de la Sociedad Mexicana de Oncología

DR. GILBERTO SOLORZA LUNA

Presidente del Consejo Mexicano de Oncología

COMITÉ EDITORIAL

DR. SALVADOR ALVARADO AGUILAR

Psicooncología

DR. ALFONSO JORGE OJEDA ORTIZ

Colposcopia

DRA. ROSALVA BARRA MARTÍNEZ

Sarcomas y partes blandas y óseas

DR. MARTHA AGUILAR MARTÍNEZ

Oncología pediátrica

DRA. MA. ELENA CRUZ RAMOS

Prótesis maxilofacial

DR. FRANCISCO SANDOVAL GUERRERO

Tumores mamarios

DR. JOSÉ FRANCISCO GALLEGOS HERNÁNDEZ

Tumores de cabeza y cuello

DR. GILBERTO MORGAN VILLELA

Oncología médica

DR. MARCOS GUTIÉRREZ DE LA BARRERA

Biología molecular

DR. PEDRO SOBREVILLA CALVO

Linfomas

DR. JAVIER KELLY GARCÍA

Tumores de tórax y mediastino

DR. ALFONSO TORRES LOBATÓN

Tumores ginecológicos

DR. PEDRO LUNA PÉREZ

Tumores de colon, recto y ano

DR. SERGIO TORRES VARGAS

Tubo digestivo alto y hepatobiliopancreático

DR. HÉCTOR MARTÍNEZ SAÍD

Piel y melanoma

DRA. LAURA TORRECILLAS TORRES

Cuidados Paliativos

DR. HUGO MANZANILLA GARCÍA

Tumores urológicos

Dirigida a:

Especialistas en oncología y miembros de la Sociedad Mexicana de Oncología

Suscripción \$ 1,000.00

Registro Núm. 04-2003-090317145700102

Periodicidad

Seis números al año

SOCIEDAD MEXICANA DE ONCOLOGÍA, A.C.

TUXPAN 59 PH, COL. ROMA, MÉXICO, D.F., C.P. 06760

TEL. 55 74 14 54 / FAX 55 84 12 73 smeo@prodigy.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.

Este número de la Gaceta Mexicana de Oncología está dedicado a los trabajos libres que se presentaron en el XXV Congreso Nacional de Oncología que se realizó en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, del 24 al 27 de octubre de 2007; vale la pena mencionar que como en ningún otro Congreso Nacional de nuestra Sociedad, en esta ocasión hubo una gran participación de socios, pues fueron presentados 152 trabajos libres, 16 de ellos en presentación oral; y créanme, fue muy difícil decidir cuales merecían ser seleccionados, pues la gran calidad de los trabajos hicieron muy difícil esta decisión. También, podrán constatar que los temas desarrollados corresponden a múltiples patologías oncológicas y abarcan las distintas subespecialidades.

Los datos anteriores nos obligan a reflexionar que se está realizando un cambio positivo entre los oncólogos mexicanos, pues si sólo para este congreso 152 trabajos tuvieron la calidad suficiente para hacerse merecedores de su inclusión, significa que en las diversas instituciones públicas o privadas dedicadas a la atención oncológica en México, se está realizando investigación clínica y que además, ésta es de calidad; hace apenas dos décadas los trabajos presentados en los Congresos eran escasos y antes de esa época el interés por la investigación era ocasional.

Existe un cambio positivo en la mentalidad del oncólogo mexicano que lo hace ser cada vez más participativo y con más interés en realizar investigación, y además, con una alta calidad; hace considerar que el potencial de la oncología mexicana es muy grande, con una gran posibilidad de ocupar un lugar destacado en la oncología mundial en un futuro, que espero, no sea muy lejano.

No quiero despedirme sin exhortarlos a publicar sus experiencias profesionales y recordarles que el órgano adecuado para ello es la "Gaceta Mexicana de Oncología".

Saludos afectuosos
Dr. Rolando Ocampo Le Royal
Presidente del SMeO

Contenido

A

Actinomicosis abdominal en el diagnóstico diferencial de cáncer de ovario.....	162
Adenocarcinoma de la tercera y cuarta porción del duodeno.....	159
Adenocarcinoma gástrico con diferenciación hepatoide: reporte de un caso y revisión de la literatura.....	159
Adenocarcinoma primario de vejiga. Reporte de un caso.....	174
Adenocarcinoma maligno de mama. Reporte de caso y revisión de literatura.....	155
Administración metronómica de vinorelbina oral (vnbo) en Experiencia con ligasure en el Servicio de Oncología combinación con radiación pélvica como tratamiento primario de cáncer cervicouterino (cacu): reporte de una experiencia local.....	171
Angiomixoma agresivo de la vulva.....	162
Angiosarcoma visceral. Presentación de un caso.....	160
Ascitis maligna: características clinicopatológicas de presentación en la zona oriente del área metropolitana, ciudad de México.....	179
Aspergilosis gástrica asociada con adenocarcinoma.....	159

C

Cáncer cervicouterino con metástasis a mediastino.....	172
Cáncer cervicouterino metastásico a pulmón respuesta completa con tratamiento de combinación reporte de un caso.....	172
Cáncer colorectal con ganglios pn0: recurrente.....	169
Cáncer de mama bilateral sincrónico, presentación de un caso.....	156
Cáncer de tiroides diferenciado, análisis de 577 casos.....	151
Cáncer de tiroides sincrónico papilar y folicular reporte de un caso.....	166
Cáncer de vulva revisión factores pronóstico y manejo experiencia Hospital General de México 2002-2006.....	163
Cáncer en riñón en herradura.....	173
Cáncer gástrico de tipo epidermoide. Presentación de un caso y revisión de la literatura.....	159
Cáncer gástrico in situ. Presentación de un caso. Revisión del tema.....	159
Cáncer medular de tiroides como parte de la neoplasia endocrina múltiple tipo IIa. Reporte de 3 casos en una misma familia.....	166
Cáncer ovárico.....	162
Candidiasis hepatoesplénica tratada con caspofungina y voriconazol. Reporte de un caso.....	154
Carcinoma adenoideo quístico de cabeza y cuello.....	168
Carcinoma cervicouterino con metástasis a músculo deltoide. Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura.....	172
Carcinoma de células de Merkel reporte de 5 casos y revisión de literatura.....	177
Carcinoma de corteza suprarrenal.....	175
Carcinoma de laringe con melanoma sincrónico de epiplón.....	166
Carcinoma epidermoide con patrón sarcomatoide de conjuntiva bulbar.....	177
Carcinoma insular de tiroides en una niña de 7 años.....	154
Carcinoma insular de tiroides. Reporte de un caso.....	165
Carcinoma intraquístico de mama.....	155
Carcinoma metaplásico de la mama: Reporte de caso.....	156
Carcinoma metaplásico de mama. Reporte de un caso.....	156
Carcinoma papilar de tiroides oculto en hiperparatiroidismo primario. Reporte de un caso y revisión de literatura.....	165
Carcinoma papilar de tiroides originado en quiste tirogloso, reporte de caso y revisión de literatura.....	165
Carcinoma urotelial sarcomatoide de pelvis renal (cuspr): presentación de un caso y revisión de la literatura.....	173
Caso clínico de linfoma no Hodgkin en mama bilateral asociado a embarazo.....	155
Caso clínico de paciente con angiosarcoma de pericardio.....	164
Caso de cáncer mamario en paciente con implantes.....	155
Casística de tumor Phyllodes en el instituto de enfermedades de la mama.....	156
Cirugía conservadora en el tratamiento del cáncer mamario: experiencia inicial en el Hospital ISSEMYM Satélite.....	157
Cirugía laparoscópica en cáncer endometrial.....	153
Cirugía laparoscópica en cáncer ginecológico.....	153
Cirugía radical de rescate en carcinoma de conducto anal persistente o recurrente.....	169
Cordoma: reporte de caso.....	171
Cuantificación del costo por éxito en la paliación del dolor de la radioterapia hemioral en el tratamiento de metástasis óseas múltiples dolorosas.....	178

D

Diabetes insípida central secundaria a metástasis cerebral de cáncer de recto.....	177
Diferentes vincas, diferentes toxicidades, ¿misma eficacia? Reporte de 2 casos.....	154
Displasia fibrosa poliostótica. Presentación de un caso.....	165

E

Enfermedad de Castleman de retroperitoneo. Reporte de un caso.....	175
Epidemiología del adenocarcinoma de cérvix en el Hospital General de México.....	171
Estudio comparativo del uso de la captura híbrida 2 y el arreglo I ineal para la detección del virus del papiloma humano en pacientes con lesiones de alto grado (nic 2/3).....	171
Estudio de la calidad del material obtenido por trucut en la glándula mamaria y su influencia en el diagnóstico histopatológico.....	157
Evaluación de la calidad de las citologías cervicovaginales referidas a un hospital general urbano de segundo nivel.....	152
Evolución de un servicio de apoyo nutricio dentro de un servicio de oncología en un hospital público de la ciudad de México.....	179
Experiencia en pacientes sometidos a prostatectomía radical en el Hospital General de México. Seguimiento a cinco años.....	151
Experiencia con ligasure en el Servicio de Oncología Hospital General de México.....	180

F

Factores asociados al desarrollo de choque séptico en pacientes oncológicos pediátricos.....	154
Factores de riesgo para cáncer de endometrio en pacientes de un hospital general de segundo nivel de atención: estudio de casos y controles.....	179
Fascitis nodular. Presentación de un caso.....	168
Fibroma condromixoides. Reporte de caso.....	170

G

Germinoma de torax, reporte de un caso.....	164
---	-----

H

Hemangioma cavernoso de páncreas, reporte de caso y revisión de literatura.....	161
Hemangioma intramuscular gigante. Reporte de caso.....	178
Hemoperitoneo por ruptura espontánea de bazo en linfoma no Hodgkin.....	176
Hepatocarcinoma con respuesta completa a tamoxifeno: reporte de caso.....	170
Hiperplasia linfoide gigante (enfermedad de Castleman) pélvica.....	175
Histerectomía radical laparoscópica.....	172
Histerectomía radical modificada con preservación nerviosa en el tratamiento del cacu ib1 menor de 2 cm. Para preservar la función vesical.....	152
Histerectomía total laparoscópica como tratamiento y estadificación de cáncer endometrial temprano en el Instituto Nacional de Perinatología (INPERIER): experiencia institucional.....	153

I

Identificación de ganglios linfáticos en productos de piloto.....	178
Implantes craneofaciales.....	151
Incidencia de estomatitis relacionado a quimioterapia en el centro oncológico estatal.....	179
Influencia de la presencia familiar en el estado anímico, cambio del peso corporal y en la ingestión calórica y proteica de las pacientes hospitalizadas con cáncer cervicouterino estadios II y III.....	172
Influencia de la presencia familiar en la aparición de síntomas depresivos, en pacientes hospitalizadas con cáncer de mama, cervicouterino y ovario.....	173
Intususcepción en el adulto por tumor del estroma gastrointestinal. Presentación de caso.....	158

L

La leucemia mieloide crónica en el instituto nacional de ciencias médicas y nutrición: experiencia de 15 años.....	152
Laparoscopia para la etapificación y el tratamiento del cáncer cervicouterino.....	153

M

Manejo de ameloblastoma mandibular y reconstrucción mandibular. Reporte de caso.....	165
Manejo laparoscópico de tumores de ovario benignos gigantes.....	161
Mastectomía profiláctica.....	157
Melanoma de coroides, presentación de dos pacientes.....	176
Metástasis cutáneas de un tumor germinal no seminomatoso (tgns) de testículo: reporte de un caso y revisión de la literatura.....	175
Metástasis de localización atípica de carcinoma renal: serie de casos.....	173
Metastasis gástrica de cáncer renal de células claras. Reporte de caso.....	173
Mixofibroma odontogénico: presentación de un caso y revisión de la literatura.....	164
Múltiples neoplasias en una paciente (estatus cenceroso). Presentación de un caso.....	178

N

Necesidad de la disección de cuello posterior a qt/rt en cáncer de cabeza y cuello.....	168
--	-----

O	
Osteoblastoma mandibular. Un reto diagnóstico.....	164
Osteosarcoma de la región antromaxilar. Análisis clínico-terapéutico.....	151
Osteosarcoma extraesquelético de tejidos blandos, reporte de caso y revisión de literatura.....	170
Osteosarcoma mandibular con recurrencia local. Reporte de caso.....	164
Osteosarcoma osteogénico originado de un fibroadenoma mamario. Reporte de un caso y revisión de la literatura.....	156
P	
Páncreas ectópico de localización duodenal.....	160
Papel de endoscopia en el seguimiento de cáncer gástrico resecado.....	159
Paraganglioma laríngeo. Reporte de caso y revisión de literatura.....	166
Paraganglioma retroperitoneal extraadrenal. Reporte de un caso.....	160
Paragangliomas intercarotídeos.....	167
Patrones de recurrencia después de tratamiento conservador de carcinoma epidermoide del conducto anal.....	169
Píometra masivo que simulo cáncer de ovario.....	177
Presentación de caso clínico: sarcoma testicular.....	174
Presentación de segundas neoplasias en la cohorte de pacientes con GIST del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.....	151
Presentación de un sarcoma sinovial de hipofaringe.....	167
Preservación con qt/rt en cáncer vejiga. Experiencia HGM 2000-2005.....	174
Principales motivos de consulta en usuarias de una clínica de mama de un hospital general de segundo nivel de atención: estudio prospectivo.....	179
Q	
Quimiorradio concomitante en cáncer cervicouterino. Experiencia de 2 años en el Hospital General de México OD.....	171
R	
Rabdomiosarcoma centofacial en adulto: presentación de un caso.....	167
Rabdomiosarcoma pleomórfico laríngeo: tratado con resección endoscópica láser CO ₂ , caso reporte y revisión de literatura.....	166
Radioterapia en etapas tempranas de seminoma experiencia en el Hospital General de México. OD.....	151
Recurrencia hepática y esplénica de linfoma difuso de células grandes documentado post mortem.....	176
Remisión de adenocarcinoma primario de duodeno con radioterapia y quimioterapia basada en capecitabina: presentación de caso y revisión de la literatura.....	158
Reporte de dos casos: hemangioendoteloma epiteloide de hígado con metástasis extrabdominales.....	170
Reporte de un caso cáncer epidermoide vesical asociado a embarazo.....	174
Reporte de un caso VIH y linfoma difuso de linfocitos grandes de núcleo hendido con extensa necrosis.....	176
Resección craneofacial: carcinoma adenoideo quístico de glándula lagrimal.....	168
Resección en bloque de tumores germinales retroperitoneales residuales con involucro a grandes vasos.....	175
Resección pancreatoduodenal en bloque por cáncer de colon. ¿Se justifica?.....	168
Riesgo posible de mutación en brac1 y brac2 en las mujeres con cáncer de mama diagnosticado antes de los 40 años. Cálculo informático.....	157
S	
Sarcoma de mama. Reporte de dos casos.....	155
Sarcoma primario de corazón, presentación de dos casos y revisión de la literatura.....	164
Sarcoma sinovial primario de pulmón. Reporte de caso.....	163
Sarcoma vesicular. Presentación de un caso.....	160
Significado de micrometástasis en ganglio centinela. Revisión de una serie de 15 pacientes.....	150
Síndrome de eritrodismetasia secundario al tratamiento con docetaxel y combinación de 5-fluoracilo, adriamicina y ciclofosfamida (fac).....	157
Síndromes mielodisplásicos y neoplasias malignas no leucémicas: experiencia en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.....	152
T	
Teratoma hepático.....	170
Teratoma de ovario con transformación maligna. Reporte de un caso.....	161
Tratamiento con radioterapia de carcinoma de piel no melanoma localizado en cartilago auricular, experiencia en el INCAN.....	177
Triple neoplasia maligna primaria.....	178
Tumor carcinoide de páncreas.....	160
Tumor de células de la granulosa de ovario, recaída tardía: reporte de caso y revisión de la literatura.....	162
Tumor de células de Merkel primario de ganglio axilar. A propósito de un caso.....	177
Tumor de células esteroideas de ovario: reporte de caso y revisión de la literatura.....	162
Tumor de células germinales no seminomatoso maligno tipo somático. Reporte de un caso.....	163
Tumor del estroma gastrointestinal del duodeno. Reporte de un caso.....	158
Tumor de tejidos blandos metastásico secundario a carcinoma de células claras.....	173
Tumor del espacio parafaríngeo "zebra clínica".....	167
Tumor del parénquima pineal de diferenciación intermedia. Presentación de caso clínico y reporte de la literatura.....	178
Tumor desmoplásico de células pequeñas primario de ovario: reporte de un caso.....	161
Tumor fibroso solitario primario de mediastino presentación de un caso.....	163
Tumor filioide, reporte de un caso.....	156
Tumor maligno de vaina de nervio periférico en mama, presentación de un caso y revisión de literatura.....	155
Tumor mucinoso de comportamiento incierto en apendicitis perforada. Reporte de un caso.....	169
Tumor neuroendocrino de mediastino anterior: reporte de un caso.....	163
Tumor Phylloides en paciente pediátrico.....	155
Tumores de musculo liso uterino de comportamiento incierto, presentación de casos clínicos y revisión de la bibliografía.....	163
Tumores del cuerpo carotídeo: experiencia de 5 años y medio.....	167
Tumores del estroma gastrointestinal. Reporte de 6 casos tratados en el CMN 20 de Noviembre del ISSSTE.....	158
Tumores neuroendocrinos no funcionales de la región periampular. Una presentación inusual de un sitio inusual.....	158
U	
Urgencias quirúrgicas en pacientes con malignidad hematológica.....	152
Uso de radioterapia en lesiones benignas. Presentación de caso clínico y revisión de la literatura.....	154

**Significado de micrometástasis
en ganglio centinela.
Revisión de una serie de 15 pacientes**

Palomeque López A, Bargallo Rocha E,
Villarreal Colín P, Vázquez Romo R.
Instituto Nacional de Cancerología. México, D.F.

Las micrometástasis ganglionares son aquellas menores a 0.2 cm y mayores de 0.02 cm. Su significado clínico es incierto. Se realizó una revisión de expedientes de 351 mujeres tratadas en el INCAN de enero de 2001 a enero de 2006, con diagnóstico de cáncer de mama llevadas a cirugía con determinación de ganglio centinela. Se identificaron 15 pacientes con hallazgo de micrometástasis en el ganglio.

El promedio de edad fue de 53.7 años (36-83) las 15 pacientes con tumores menores de 3 cm. El 100% con diagnóstico histológico de carcinoma canalicular infiltrante. Se recuperaron en promedio 2 ganglios por paciente, 5 de los casos correspondieron a grado alto, 8 a intermedio y 2 a bajo grado. De las 15 pacientes 3 mostraron ganglios positivos en el producto de la disección radical de axila; 2 de ellas con tumores de alto grado y 1 de bajo grado; 2 de las 3 pacientes mostraron permeación linfovascular. Las 3 pacientes tuvieron receptores a estrógenos negativos y 1 mostró positividad a receptores de progestágenos; 2 no sobreexpresaban Her2/neu. En la tercera éste no se determinó. Veinte por ciento de las pacientes con micrometástasis en el ganglio centinela mostraron metástasis en el reporte de la disección radical de axila. No existieron factores predictores de metástasis en el resto de los ganglios obtenidos de la disección radical de axila. Las pacientes con micrometástasis en el ganglio centinela deben ser sometidas a disección radical de axila.

Implantes craneofaciales

Cruz Ramos ME, Mayo García Becerra R.
Hospital General de México, Secretaría de Salud. México, D.F.

Antecedentes: La rehabilitación en diferentes zonas de la cara tanto para pacientes oncológicos como pacientes que han sufrido algún tipo de traumatismo, ha sido siempre un problema que en algunas ocasiones se dejaba sin resolver, sin embargo con la utilización del metilmetacrilato se ha podido desarrollar diferentes tipos de implantes para la rehabilitación.

Objetivo: Colocación de implantes en diferentes zonas de cara y cráneo
Material y métodos: Tomando en cuenta las diferentes zonas de implantes, describiremos la metodología desde una perspectiva en general. Inicialmente se toma impresión con alginato, o bien, el diseño se realiza sobre la estereolitografía, utilizando cera rosa. Una vez que se obtiene el modelo, se realiza el procedimiento de cocción del metilmetacrilato para obtener el implante, el que se esteriliza por medio de gas. En el quirófano se coloca el implante solo o cubierto de fascia y se fija con placas de titanio.

Resultados: Se han colocado implantes en diferentes áreas de cara y cráneo, como son los de malar, frontal, occipital, mandíbula, entre otros con buena aceptación.

Discusión y conclusiones: Existen diferentes tipos de materiales protésicos, sin embargo, el bajo costo del metilmetacrilato hace que diferentes especialidades quirúrgicas lo soliciten.

Osteosarcoma de la región antromaxilar. Análisis clínico-terapéutico

Luna-Ortiz K, Carmona-Luna T, Herrera-Gómez Á,
Villavicencio-Valencia V, Mosqueda-Taylor A.
Instituto Nacional de Cancerología. México, D.F.
Departamento de Cabeza y Cuello.

El osteosarcoma es la neoplasia maligna primaria no hematopoyética más frecuente de hueso, más común en huesos largos, con sólo 6 a 7% de origen maxilofacial, sin embargo su importancia radica en su rápida evolución y mal pronóstico si no se da tratamiento.

Analizar características clínicas, modalidades terapéuticas y supervivencia de una serie de pacientes con osteosarcoma antromaxilar. Estudio retrospectivo de los casos vistos en un periodo de 20 años en nuestro instituto.

Presentamos 21 casos (11 mujeres, 10 hombres). Rango de edad de 16-76 años (media 37.5 años). El tiempo de evolución previo al diagnóstico fue de 13 meses. El aumento de volumen de región malar como el principal dato clínico. Tamaño tumoral de 2 x 3 cm a 11 x 15 cm. El tratamiento fue quirúrgico en 19 casos, 17 de los cuales recibieron adjuvancia. Los casos restantes se trataron con radioterapia y quimiorradioterapia concomitante. Seis casos presentaron persistencia y seis recurrencia. Los patrones histológicos predominantes fueron osteoblástico y fibroblástico. El tiempo de seguimiento en promedio de 33 meses, la supervivencia a 5 y 10 años fue de 50 y 25% respectivamente; y el periodo libre de enfermedad fue de 29% a 5 y 10 años. Concluimos que son tumores relativamente infrecuentes con rápida evolución, es imperativo realizar un diagnóstico temprano para brindar tratamiento adecuado, siendo una cirugía bien planeada permitiendo bordes quirúrgicos libres de neoplasia y tratamiento adjuvante para disminuir las recurrencias incrementando el periodo libre de enfermedad. En nuestra experiencia la supervivencia del osteosarcoma antromaxilar es mayor que el mandibular.

Cáncer de tiroides diferenciado, análisis de 577 casos

Gurrola Machuca H, Acosta Mondragón H, Mejía Coello W.
Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE.
Cirugía Oncológica y Medicina Nuclear. México, D.F.

Objetivo: Informar los resultados del manejo del cáncer de tiroides diferenciado. **Material y métodos:** Se revisaron 608 expedientes de cáncer de tiroides de 1991-2004, se excluyeron tumores no diferenciados y se clasificaron de acuerdo a los factores pronóstico de ames.

Resultados: Se incluyen 567 pacientes: 487 mujeres (86%), 80 hombres (14%); edad promedio 46.7 años (8-84). Bajo riesgo 361 casos (62.6%), alto riesgo 216 casos (37.4%). Tipos histológicos: papilares 512 (88.7%), foliculares 59 (10.2%) y Hürtle 6 (1.1%). Tratamiento local: 1 sin tratamiento, 2 tumorectomía, 9 hemitiroidectomía, 165 casos con tiroidectomía total, de acuerdo al residual manejo con i 131 o radioterapia externa. Regional, disección de cuello terapéutica y manejo adjuvante (radioterapia y/o i 131). Alto riesgo, control inicial de enfermedad local 90.3%, regional 84.2% y metastático a distancia 80%. Sin evidencia de enfermedad 110 casos (51%), 88 pacientes recurrieron entre 1-5 ocasiones, controlando 44 (50%); supervivencia a 10, 20 y 30 años del 78, 46 y 35%. Bajo riesgo, control inicial de enfermedad local 99% y regional del 100%. Noventa pacientes recurrieron 1-4 ocasiones, controlando 77 (85.5 %); sin evidencia de enfermedad 346 (96%), supervivencia a 35 años del 90%. Con seguimiento hasta de 41.7 años (media ponderada 21.2 años).

Discusión: Consideramos que la tiroidectomía total, es el mejor tratamiento en los tumores mayores de 1.5 cm, dando manejo adjuvante, teniendo un adecuado seguimiento con tiroglobulina y rastreos, con detección subclínica de enfermedad, así como disminuye el riesgo de recurrencia. La enfermedad ganglionar no modifica la supervivencia.

Experiencia en pacientes sometidos a prostatectomía radical en el Hospital General de México. Seguimiento a cinco años

Pérez Carrillo OM, Arellano Sánchez E, Aguilar Barradas J,
Gutiérrez Ochoa A, Rosas Ramírez A, S. Almanza M,
Gutiérrez Godines FA, A. Manzanilla H.

Antecedentes: Estudio retrospectivo del análisis de sobrevida (con base en la recurrencia bioquímica) de los pacientes que fueron sometidos a prostatectomía radical en nuestro hospital, material y métodos de enero del 2002 a diciembre del 2007, se incluyen 85 pacientes que se realiza prostatectomía radical se observa las curvas de sobrevida y se analiza la recurrencia bioquímica (APE mayor de 0.4 ng/dL) y complicaciones más frecuentes, con base en factores pronósticos preoperatorios y postoperatorios, empleando métodos estadísticos tipo kaplan meier, prueba de log rank. Resultados: nuestras variables preoperatorios para el análisis fueron: suma de gleason en biopsia, estadio clínico TNM niveles de APE, sólo el estadio clínico muestra significancia estadística en los análisis univariados y en el multivariado si se confirma diferencia significativa, y en cuanto a las variables postoperatorias, la suma de gleason en la pieza, la presencia de enfermedad órgano confinada invasión a vesículas seminales, al cuello y uretra son predictores de recurrencia bioquímica.

Conclusiones: Los factores pronósticos tanto postoperatorios como preoperatorios nos ayudan a determinar la sobrevida libre de recurrencia bioquímica de pacientes que pueden ser sometidos a prostatectomía radical y de esta manera tener una adecuada selección para pacientes que serán sometidos a prostatectomía radical.

Radioterapia en etapas tempranas de seminoma experiencia en el Hospital General de México OD

Rubio Nava O, Núñez Guardado G, Luján Castilla P, Flores Vázquez F,
Villavicencio Queijeiro M.
Servicio de Radiooncología. Hospital General
de México OD. México, D.F.

Introducción: Cáncer testicular es relativamente raro. Estimaciones 1% de todos los cánceres en hombres, es un tumor altamente radiosensible. El tratamiento estándar para seminoma estadio I es orquiectomía radical inguinal seguido de radiación adyuvante hacia el drenaje de ganglios linfáticos.

Objetivo: Mostrar el papel de la radioterapia en seminomas en etapas clínicas tempranas y comparar si el control local y supervivencia se ve afectada al modificar: 1) tamaños de campo (hemi y convencional; y hemi y modificada) 2) dosis (36 Gy- 20 fx vs. 30 en 15 fx).

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional. De mayo de 1999 a marzo del 2007. Revisión de expedientes clínicos del Hospital General de México. Se revisaron 72 expedientes historia clínica completa, marcadores tumorales antes y después de tratamiento quirúrgico, TAC abdominopélvica, cirugía realizada, área testicular involucrada. Reporte histopatológico, etapa clínica, técnica de tratamiento con radioterapia. Dosis de radioterapia, tiempo de seguimiento.

Resultados: El 73% (53 casos) pertenecieron a estadio I, 27% (19 casos) al estadio II, Ila 13% (9 casos), Iib 6% (4 casos), Iic 8% (6 casos). Promedio de edad 32.4 años. En todos los casos excepto en uno se realizaron orquiectomía radical. En 83% el reporte histopatológico: seminoma clásico. Técnica de radioterapia hemi y convencional 23 pacientes (32%) (límite inferior a nivel de ramas isquiopúbicas), hemi y modificada 36 pacientes (51%) (límite inferior a nivel de región acetabular), e invertida. Promedio de seguimiento es de 23.1 meses. Sin datos de actividad tumoral 100%.

Conclusiones: El control de nuestra serie es del 100% con un seguimiento de 60 meses, la dosis de 30 Gy en 15 fracciones administrada a eci y Ila, es una dosis que ofrece un excelente control local. Al comparar la técnica de tratamiento con hemi y convencional, y la modificada no se afecta el control local, pero si se disminuyen los efectos gastrointestinales la dosis en los campos de la técnica de hemi y modificada a nivel de base de pene y región testicular son menores.

Presentación de segundas neoplasias en la cohorte de pacientes con GIST del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Alvarado Luna G, León-Rodríguez E, Aguayo-González Á.
Departamento de Oncología. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y
Nutrición Salvador Zubirán. México, D.F.

Antecedentes: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son neoplasias raras (0.1-3% de las neoplasias del tracto digestivo), pese a su rareza, es la segunda neoplasia maligna por frecuencia del tracto digestivo, superada por los de origen epitelial. Son escasas las publicaciones de segundas neoplasias en cohortes de pacientes con GIST, la mayoría de éstas son reportes de casos y corresponden generalmente a carcinomas epiteliales gastrointestinales.

Objetivo: Describir las características clínicas, patología y laboratorio de la cohorte de pacientes con GIST y segunda neoplasia en el INCMNSZ.

Material y métodos: Se identificaron los expedientes clínicos de pacientes con GIST y segunda neoplasia entre 1980 al 2007, se revisó retrospectivamente: género, edad, sintomatología, método diagnóstico, tratamiento médico y quirúrgico, además tiempo de seguimiento, condición al final de seguimiento, recurrencia, progresión o desarrollo de enfermedad metastásica.

Resultados: La cohorte total de pacientes con GIST en el INCMNSZ es de 42 pacientes, de éstos, 9 presentaron el diagnóstico adicional de segunda malignidad (21.42%). Seis de los nueve casos (66.6%), tuvieron diagnóstico sincrónico con el GIST y en tres casos el diagnóstico de la segunda neoplasia fue anterior al GIST (1, 2 y 11 años antes). Los tumores fueron de estirpe histológica y localización variada: dos adenocarcinomas gástricos, dos carcinomas vasculares, un adenocarcinoma de páncreas, un carcinoma de ampulla de Vater, un adenocarcinoma de mama, un adenocarcinoma de ovario y un carcinoma papilar de tiroides.

Discusión y conclusiones: La asociación de segundas neoplasias fue elevada en nuestra cohorte de pacientes (21.4%), con 66.6% de presentación sincrónica, con 5 casos de localización extraintestinal.

Síndromes mielodisplásicos y neoplasias malignas no leucémicas: experiencia en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Chávarri Guerra Y, Jiménez Zepeda VH, Castro Sánchez N,
De la Peña López R, León Rodríguez E.

Departamento de Hematología-Oncología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México, D.F.

Antecedentes: La asociación de síndromes mielodisplásicos (SMD) y neoplasias malignas no leucémicas (NMNL) ha sido descrita previamente, aunque el aparente incremento en la incidencia de tumores malignos diagnosticados posterior a la enfermedad hematológica no tiene una explicación clara.

Objetivo: Investigar la frecuencia de NMNL en pacientes con SMD.

Método: Estudio retrospectivo. Se identificaron 118 pacientes con SMD en nuestro departamento durante el periodo comprendido entre enero de 1998 y enero de 2007 en el INCMNSZ.

Resultados: 14 pacientes con SMD desarrollaron NMNL (11.86%), con promedio de edad de 67 años (32-80 años). Las neoplasias diagnosticadas fueron: cáncer de próstata 3 pacientes, cáncer de estómago, colon, recto, intestino delgado, riñón, vejiga y ovario en 7 pacientes y linfoma no Hodgkin (difuso de células grandes, b y de la zona marginal b) en 2 pacientes. Sólo un paciente desarrolló doble neoplasia (cáncer de ovario y mama). Siete pacientes desarrollaron NMNL antes del diagnóstico de SMD (sin haber recibido tratamientos asociados al desarrollo de éste) y 7 pacientes después.

Conclusiones: Los resultados de este pequeño estudio apoyan la asociación entre SMD y NMNL y la posibilidad de que estos dos padecimientos tengan una vía común en su carcinogénesis que debe ser investigada en forma prospectiva.

La leucemia mieloide crónica en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición: experiencia de 15 años

García Álvarez E, Cázares Ordóñez Y, Crespo Solís E, Martínez Baños D,
Guadarrama Beltrán E, Cervera Ceballos E,
López-Karpovitch X, Aguayo González Á.

Departamento de Hematología y Oncología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Departamento de Citogenética
Instituto Nacional de Cancerología. México, D.F.

Antecedentes: La leucemia mieloide crónica (IMC) es un trastorno maligno causado por la T (9; 22). El imatinib bloquea la tirocino-cinasa codificada por dicha traslocación. Pacientes con IMC en fase crónica (FC) logran respuestas citogenéticas completas (RCGC) de 73.8% con imatinib.

Objetivo: Comparar las respuestas hematológicas completas (RHC) y RCGC en nuestro grupo de pacientes.

Material y métodos: Se revisaron los pacientes con IMC (1992 a 2007).

Resultados: Se analizaron 99/161 de casos detectados; 57 (57.5%) pacientes recibieron imatinib y 42 (42.4%) constituyeron el grupo control histórico (GCH). 52.5% eran hombres, la mediana de edad fue de 37 años (rango 12-79). Los grupos fueron comparables en los parámetros clínicos. El 86% de pacientes estaba en FC, 49% tenía un riesgo de Hasford bajo y 16.2% alto. De los 57 pacientes que recibieron imatinib, 26 (45.6%) recibieron tratamiento previo, de ellos 17 (65.3%) habían recibido interferón. La RHC se documentó en 91.2% del grupo de imatinib y 40.5% en el GCH; la RCGC fue del 88.1% contra 4.8% (2 pacientes trasplantados), respectivamente. En los pacientes con imatinib tratados con ifn previo la RCGC fue 58.8% contra 77.8% que no recibió ifn. Al momento del último seguimiento (mediana 26.1 meses) había 25/57 (43.9%) pacientes en RCGC en el grupo de imatinib y 1/42 (2.4%, trasplantado) en el GCH.

Discusión: Nuestros datos muestran una buena correlación con los reportados en la literatura. El seguimiento es corto, sin embargo, las proyecciones en otros grupos son favorables cuando se utiliza imatinib y se obtiene respuestas como las reportadas aquí.

Evaluación de la calidad de las citologías cervicovaginales referidas a un hospital general urbano de segundo nivel

Ortiz-Mendoza CM¹, Alfaro Suárez-Del-Real VE²,
Sánchez Pérez S³, Flores Guzmán JA⁴.

¹Servicio de Oncología, ²Clinica de Medicina Familiar Marina Nacional, ³Servicio de Anatomía Patológica, ⁴Hospital General Tacuba y Servicio de Oncología, Hospital Regional 1º de Octubre ISSSTE. México, D.F.

Objetivos: Determinar la frecuencia de CCV de alta calidad, de calidad intermedia e inadecuadas en los estudios referidos a un servicio de citología de un hospital general urbano de segundo nivel.

Material y métodos: Se estudiaron todos los formatos de CCV referidas al hospital en el periodo de enero a marzo del 2005. Se evaluaron los datos demográficos de las pacientes, servicio que realizó el estudio (cuatro clínicas y el servicio de ginecología), si tenían histerectomía (HTA), el instrumento con el que se efectuó y si el resultado de la CCV contenía células de metaplasia (CM) y células endocervicales (CE), estudios de alta calidad, o sólo contenía CE o CM, estudios de calidad intermedia o ninguna de estas células, estudios inadecuados.

Resultados: Se evaluaron 1479 resultados, de éstos 1331 sin antecedentes de HTA. Se encontró que sólo 6% de los estudios fue de alta calidad, 40 de calidad intermedia y 54% inadecuados. El servicio de ginecología tuvo 38.1% de estudios inadecuados, y las clínicas de medicina familiar tuvieron en promedio 57% de inadecuados. Los principales utensilios para la toma de la CCV fueron el cepillo y la espátula, sin embargo, esto no incrementó el número de estudios de calidad.

Conclusiones: En nuestro medio existe un número elevado de CCV inadecuadas. El uso de cepillo y espátula no incrementaron la calidad de los estudios.

Urgencias quirúrgicas en pacientes con malignidad hematológica

Morales Ramos R, Ramírez Heredia J, De Obaldía Castillo G.
Servicio de Oncología Quirúrgica. Centro Médico Nacional
20 de Noviembre ISSSTE. México, D.F.

Antecedentes: Las urgencias quirúrgicas en pacientes con enfermedades malignas hematológicas son producidas por: a) neoplasia, b) tratamiento o c) enfermedad no neoplásica concomitante.

Objetivo: Analizar las causas de urgencias quirúrgicas en pacientes con malignidad hematológica.

Material y métodos: Revisión de expedientes de pacientes con malignidad hematológica operados de urgencia entre el 1º de enero de 1997 al 31 de diciembre de 2006, en el servicio de oncología quirúrgica del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE.

Resultados: De 677 cirugías practicadas por urgencias oncológicas, 22 (3.25%) correspondieron a pacientes con malignidad hematológica. Edad mínima 17 años, máxima 78 años, promedio 54 años. 10 mujeres, 12 hombres. Diagnósticos hematológicos: Enfermedad de Hodgkin (1 paciente), leucemia (4 pacientes), linfoma no Hodgkin (14 pacientes) y mieloma múltiple (3 pacientes).

Causa: Fístulas (4 casos), obstrucción de la vía aérea (2 casos), perforación intestinal (5 casos), hemorragia (4 casos), evisceración (1 caso), trombosis mesentérica (1 caso), obstrucción del tracto digestivo (5 casos), inflamatoria (4 casos), infecciosa (3 casos).

La urgencia fue condicionada por: padecimiento proliferativo en 9 casos; por tratamiento antineoplásico en 10; enfermedad no neoplásica concomitante en 2; una paciente presentó la urgencia por dehiscencia de histerorrafia y herida de pared abdominal poscesárea con linfoma no Hodgkin activo.

Discusión y conclusiones: Las urgencias quirúrgicas en pacientes con malignidad hematológica son infrecuentes, deben ser diagnosticadas y tratadas oportunamente. El linfoma no Hodgkin fue el padecimiento que más se asoció a una urgencia quirúrgica. Las causas más frecuentes son obstrucción y perforación.

Histerectomía radical modificada con preservación nerviosa en el tratamiento del CACU IB1 menor de 2 cm. Para preservar la función vesical

Morales Palomares MA, Román Bassaure E, Torres Lobatón A,
Oliva Posada JC, Hernández Atén D, Morales Montiel TM.

Hospital General de México. Servicio de Oncología.

Introducción: Cuando tratamos pacientes con cáncer, es importante considerar cómo se puede minimizar su deterioro en su calidad de vida. La histerectomía radical está indicada en el tratamiento del CACU invasor en etapas tempranas. La morbilidad intraoperatoria y postoperatoria incluye fístulas urinarias, ileo, trombo embolismo, linfocistitis, linfedema, y disfunción vesical (vejiga neurogénica). Esta dificultad urinaria ocasiona molestias físicas y estrés. El tener un conocimiento muy claro de la distribución anatómica de los diferentes plexos nerviosos de la pelvis y sobre todo el tratar de conservarlos durante esta cirugía en una forma sistematizada, permite en nuestros enfermos tener una mejor calidad de vida postoperatoria ya que se retira la sonda vesical al día siguiente de su cirugía con una orina residual menor de 50 cc, hay menor estreñimiento postoperatorio y menor dispauremia.

Objetivo: Mostrar nuestra experiencia con histerectomía radical modificada y este tipo de procedimiento quirúrgico sistematizado en relación con la disección de los tejidos y estructuras de sujeción y contención del útero, teniendo cuidado en la preservación de los diferentes plexos de la pelvis.

Material y métodos: De octubre del 2006 a julio del 2007, se han realizado 12 procedimientos con este tipo de abordaje, todos los casos fueron lesiones menores de 2 cm. Algunos sin lesión clínica. Se analiza la edad, el tipo histológico, el tiempo quirúrgico, el sangrado intraoperatorio y las complicaciones postoperatorias, pero sobre todo se valora los días en que se retiró de la sonda vesical y su estancia hospitalaria.

Resultados: Con edades de 25 a 49 años de edad, todos fueron de tipo epidermoide, con un tiempo quirúrgico de 2 horas y una hemorragia en promedio de 250 cc, se utilizó en todos los casos ligasure atlas corta, el promedio del retiro de la sonda vesical fue de 2 días con una orina residual menor de 50 cc, y sólo en 1 caso de retiro al 5o. día del postoperatorio. No hubo ninguna otra complicación. La técnica sistematizada para la preservación nerviosa es respetar las ramas del plexo hipogástrico, el plexo esplácnico, las ramas vesicales del plexo hipogástrico inferior y las ramas que van por el ligamento uterovaginal, uterosacro y al cortar la vagina.

Conclusiones: Esta técnica disminuye en forma considerable la disfunción vesical, es un estudio preliminar en un subgrupo de pacientes con CACU pequeño, en donde consideramos no es necesario realizar disecciones muy amplias, ya que la infiltración a estas estructuras de sujeción y contención no se presenta en tumores tan pequeños.

Cirugía laparoscópica en cáncer ginecológico

Maffuz Aziz A, Cortés Martínez G, Escudero de los Ríos P, López Hernández D, Delgado Ramírez R, Quijano Castro F. *División de Cirugía, Departamento de Ginecología Oncológica del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D.F.*

Antecedentes: En comparación con la laparotomía, la cirugía laparoscópica ofrece beneficios como disminución de los días de estancia intrahospitalaria, mejores resultados cosméticos, menor dolor postoperatorio, una pronta reintegración de los pacientes a sus labores habituales y mejor preservación de la respuesta inmunológica. Sin embargo, requiere de mayor equipamiento y superar una curva de aprendizaje para disminuir el índice de complicaciones relacionadas al procedimiento.

Objetivo: Describir la experiencia de la cirugía laparoscópica aplicada a procedimientos de ginecología oncológica.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo para describir la experiencia de los abordajes laparoscópicos en un periodo comprendido de septiembre del 2002 a diciembre del 2006, analizando variables relacionadas a las patologías tratadas en un servicio de ginecología oncológica.

Discusión y conclusiones: Con la experiencia obtenida hasta el momento, es innegable la utilidad de la cirugía laparoscópica para diagnóstico y tratamiento en ca ginecológico. Los beneficios se hacen evidentes sólo en grupos bien experimentados y hasta el momento se han demostrado los mismos resultados en periodo libre de enfermedad y supervivencia global en estudios comparativos con cirugía abierta.

Resultados:		
Órgano	Tipo o etapa	Núm.
Cérvix	Preinvasora	29
	1a1	1
	1b1	35
	1b2	2
	IIa	1
	IIb	10
Cuerpo uterino	Miomas	10
	Hiperplasias	7
	Ca endometrio	30
Ovario	Benigno	21
	Maligno	8
Otros	Tb	2
	Cirrosis	1
	Epi	5
	Etg	1
	Ca mama	17
	Linfoma	4
Total		184

Sangrado	223 mL (10-2200)
Tiempo qx	163 min (20-360)
Deih	2.5 días (1-18)
Morbilidad	17 pac (9.23%)
Conversión	18 pac (9.78%)

Histerectomía total laparoscópica como tratamiento y estadificación de cáncer endometrial temprano en el Instituto Nacional de Perinatología (INPERIER): experiencia institucional

Olaya EJ¹, Aranda CE², Mota MG³, Elizarrarás J⁴.
¹Cirujano Oncólogo Adscrito al Departamento de Oncología Ginecológica del INPERIER. ²Cirujano Oncólogo Jefe del Servicio de Oncología Ginecológica del INPERIER. ³Ginecoobstetra/Profesor Laparoscopista. Jefe del Servicio de Ginecología del INPERIER. ⁴Médico Residente de 5º grado de Biología de la Reproducción Humana del INPERIER.

RESUMEN

Objetivo: Reportar los resultados del abordaje laparoscópico (HTLV) en mujeres con cáncer endometrial temprano en el INPERIER.

Tipo de estudio: Serie de casos.

Material y métodos: Se identificaron en el periodo enero 2005/agosto 2007, a 8 pacientes tratadas quirúrgicamente por cáncer endometrial (CE) con sospecha por clínica, biopsias e imagen de estadios tempranos en todos los casos, todas fueron sometidas a linfadenectomía pélvica selectiva, salpingooforectomía bilateral, lavado peritoneal, biopsias de peritoneo y epiplón. En análisis estadístico se aplicaron pruebas descriptivas.

Resultados: Los resultados obtenidos fueron una media de tiempo quirúrgico 212.1 min (120-360 min). Estancia hospitalaria media de 3 días (2-7 días). Volumen de sangrado medio de 187.5 mL (50-700 mL). La media de ganglios pélvicos fue 4.4 (2-10 ganglios). En general hubo pocas complicaciones transquirúrgicas (2) y ninguna posquirúrgica. Ninguna paciente tuvo positividad (CE) en ganglios, biopsias ni ovarios quedando estadificadas como I (FIGO) en todos los casos.

Conclusiones: En el INPERIER la HTLV es un procedimiento seguro, que ofrece tratamiento y estadificación para CE temprano comparable con la vía transabdominal especialmente en pacientes obesas.

Cirugía laparoscópica en cáncer endometrial

Cortés Martínez G, Delgado Ramírez R, Escudero de los Ríos P, Maffuz Aziz A.

Departamento de Ginecología Oncológica. Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, D.F.

Introducción: La cirugía laparoscópica en cáncer endometrial tiene gran desarrollo en la última década, debido al desarrollo tecnológico, mayor experiencia en la técnica, mayor número de series comparativas con cirugía abierta y los beneficios propios de la cirugía laparoscópica. Sin embargo, falta mayor seguimiento para determinar si existen diferencias significativas en resultados oncológicos a largo plazo.

Objetivo: Determinar la factibilidad de etapificación quirúrgica laparoscópica en cáncer endometrial con resultados quirúrgicos similares a la técnica abierta en cuanto a tiempo quirúrgico, sangrado transoperatorio, ganglios obtenidos, morbilidad y estancia hospitalaria.

Material y métodos: Se incluyeron en el estudio 33 pacientes, con cáncer endometrial, candidatas a cirugía etapificadora, entre septiembre 2002 a julio 2007. Resultados de los 33 pacientes, la mediana de edad de 52 años, la mediana de sangrado de 214 cc. Con rango de 50-800 cc, tiempo quirúrgico de 215 minutos con rango de 120 a 360 minutos, días de estancia promedio de 2.8 días con rango de 1-17 días, muestreo ganglionar 10.5 promedio, morbilidad en pacientes 5 (15%), por lesión vesical en 1, lesión de uretero 1, sangrado 1, linfocite 1, lesión de colon 1 y conversión en 2 (6%), por falla del equipo.

Conclusiones: En este estudio preliminar, tiempo quirúrgico, sangrado o días de estancia hospitalaria, son similares a cirugía abierta, porcentaje de conversión razonable y mayor morbilidad en los primeros 16 casos, tomando en cuenta la curva de aprendizaje. Con mayor número de casos, se valorará resultado oncológico y posibilidad de estudios comparativos con cirugía abierta.

Laparoscopia para la etapificación y el tratamiento del cáncer cervicouterino

Maffuz Aziz A, Cortés Martínez G, Quijano Castro F, Delgado Ramírez R, López Hernández D.

División de Cirugía, Departamento de Ginecología Oncológica del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, D.F.

Antecedentes: El papel de la cirugía de invasión mínima en el manejo del cáncer ginecológico continúa en expansión, actualmente la mayoría sino es que todos los procedimientos tanto para la estadificación en etapas avanzadas, como para el tratamiento quirúrgico del CACU temprano pueden ser realizados por laparoscopia.

Objetivo: Describir la experiencia y evaluar la factibilidad de los procedimientos laparoscópicos para la estadificación y el tratamiento del CACU.

Material y métodos: En un estudio retrospectivo de las pacientes con CACU sometidas a algún procedimiento quirúrgico laparoscópico durante un periodo de 5 años. Se formaron tres grupos: Pacientes con lesiones intraepiteliales y CACU in situ sometidas a histerectomía piver I. Pacientes con CACU temprano (figo Ia, Ib1 y IIa no voluminoso) sometidas a histerectomía radical con linfadenectomía. Pacientes con CACU locorregionalmente avanzado sometidas a linfadenectomía pélvica y para-aórtica para determinar campos de extensión de radioterapia.

Resultados:					
Grupo	N	Mediana de edad (rango)	Sangrado quirúrgico promedio en mililitros (rango)	Días de estancia intrahospitalaria promedio (rango)	Conversión a cirugía abierta
1	30	43(27-75)	170(30-600)	1.6(1-3)	1(3%)
2	31	48(26-74)	460(100-2,200)	3.6(1-9)	5(16%)
3	14	39(28-62)	80(10-250)	1.5(1-3)	0(0%)

Discusión y conclusiones: El uso de la cirugía de mínima invasión para el tratamiento y la estadificación del CACU es un procedimiento seguro y la evaluación de los parámetros operatorios demuestra cifras similares a las obtenidas en cirugía abierta, sugiriendo ser un método muy factible.

Carcinoma insular de tiroides en una niña de 7 años

Saldívar Galindo FM¹, Ortega González P^{1, 2}, Gómez Vargas E^{1, 2},
Pérez Hernández JU^{1, 2}, Martínez García JA².

¹Hospital General Regional de León, ²Facultad de Medicina de León.

Los nódulos tiroideos son poco frecuentes en las dos primeras décadas de la vida (1.5% o menos), siendo el carcinoma papilar la neoplasia maligna más común. El carcinoma poco diferenciado o insular es clasificado como de grado intermedio de malignidad. Sólo se han reportado 8 casos en niños. Presentamos este caso que para nuestro conocimiento es el más joven reportado en la literatura.

Se trata de una niña de 7 años sin antecedentes importantes y con historia de hemoptisis y tos de un año de evolución. Inicialmente fue diagnosticada como úlcera duodenal y recibió tratamiento. La paciente regresa al servicio de urgencias un año después por presentar hemoptisis y aumento de volumen en el lóbulo derecho de la glándula tiroides. A la exploración física se palpó un nódulo de aproximadamente 5 cm de diámetro mayor, de consistencia pétreo y sin adenopatías aparentes. Las mediciones séricas de hormonas tiroideas fueron normales.

La tomografía axial computarizada de cuello y tórax demostró crecimiento del lóbulo derecho de la tiroides con infiltración de tejidos blandos del cuello e infiltración nodular bilateral del parénquima pulmonar.

Se realizó biopsia por aspiración con aguja delgada donde se observó hiperplasia celular y trabéculas que semejaban papilas. Las células mostraban contorno citoplasmático poco definido, la cromatina finamente granular y los nucléolos eran prominentes. Se diagnosticó carcinoma papilar. Se le practicó tiroidectomía total con linfadenectomía.

Macroscópicamente la glándula midió 5x3x2.5 cm y pesó 22 g. El diagnóstico histológico final fue de carcinoma tiroideo poco diferenciado de tipo insular. El tumor midió 5x3x2.5 cm y pesó 22 g.

La paciente recibió 150 millicuries de ¹³¹I como terapia complementaria.

Un posterior rastreo de cuerpo completo con ¹³¹I reportó focos de captación de remanente de tejido tiroideo en tráquea y esófago.

Actualmente la paciente está con actividad tumoral pulmonar estable.

Candidiasis hepatoesplénica tratada con caspofungina y voriconazol. Reporte de un caso

Tejocote-Romero¹, López Facundo NA².

¹Hospital para el Niño del IMIEM, ²Hospital Materno Infantil ISSEMYM.

Introducción: Las infecciones micóticas siguen siendo una importante causa de morbimortalidad en niños con cáncer.

Objetivo: Observar los efectos de la caspofungina en pacientes con micosis profundas.

Material y métodos: Femenino de 4 años de edad, con leucemia aguda linfoblástica de alto riesgo por carga leucocitaria, al momento de ingreso hospitalario presentó candidiasis oral, la cual fue tratada con fluconazol y antimicótico tóxico, simultáneamente inicia con quimioterapia de inducción a la remisión, 24o. día presenta neutropenia febril, refractaria a tratamiento antimicrobiano, hepatoesplenomegalia y se realizan estudios de imagen, encontrándose lesiones hipodensas sugestivas de abscesos múltiples en bazo e hígado, los hemocultivos central y periféricos demostraron la presencia de *Candida* sp. Inicia tratamiento con anfotericina b, con reacción anafiláctica grado III a la segunda dosis, por lo que se inicia tratamiento con caspofungina a dosis de 70 mg 2 dosis de impregnación el día 0 y continuando el tratamiento con caspofungina a 50 mg 2 días por 21 días + voriconazol a dosis de 4 mg/kg/d durante 6 meses. El cuadro febril cede al 7o. día y radiológicamente las imágenes cedieron en su totalidad al 4o. mes. Presentó como efecto secundario únicamente elevación de transaminasas no más de 3 veces lo normal durante 2 meses. Actualmente en excelentes condiciones clínicas y paraclínicas.

Discusión: Las micosis profundas en niños son susceptibles a tratamiento con antimicóticos eficaces y seguros como la caspofungina y el voriconazol.

Uso de radioterapia en lesiones benignas. Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura

Rubio Nava O, Rojas Rivera A, Luján Castillo P,
Núñez Guardado G, Villavicencio Queijeiro M.

Servicio de Radiooncología. Hospital General de México OD. México D.F.

Introducción: Freund 1985 en la sociedad médica de Viena, fue el primero en utilizar la radiación para enfermedades benignas. Terapéutica reservada para aquellos casos que no responden a terapias alternativas.

Caso clínico: Masculino de 11 años de edad, sin antecedentes de importancia. Con padecimiento de 2 años de evolución, caracterizado por proptosis de ojo derecho, sin déficit visual. Valorado por el servicio de pediatría (25/02/05) encontrando en irm una tumoración que afecta la hemicara derecha, seno esfenoidal, etmoidal, pared media de órbita, fosa nasal y seno maxilar derecho. El día 15/03/05 se realiza una craneotomía frontal derecha, donde se reseca toda la tumoración. El reporte histopatológico: Fibroma osificante juvenil de tipo psamomatoso. En seguimiento de 2 años se encuentra progresión

en celdillas etmoidales antero y posterolateral derecha, que adelgaza lámina papirácea, comprimiendo la grasa y músculo recto interno de la órbita con desplazamiento del globo ocular pero sin invadirlo, nervio óptico íntegro. Considerado no quirúrgico a la revaloración. Se acepta para radioterapia externa con dosis de 45 Gy en 25 fracciones. Considerando como criterio para aceptar para terapéutica: 1) poca respuesta a tratamiento quirúrgico, 2) enfermedades que aun siendo benignas, tienen un comportamiento maligno que puede comprometer la vida y función, 3) no tienen la opción de ser tratadas médica o quirúrgicamente.

Discusión: La aceptación de radioterapia para enfermedades benignas fluctúa en un rango muy amplio en todo el mundo. La radioterapia varía ampliamente dependiendo del tipo de enfermedad benigna. Pocas indicaciones son generalmente aceptadas, profilaxis postoperatoria de queloide, osificación heterotípica, enfermedad de Graves, tumor desmoide. La aceptación para radioterapia para enfermedades benignas ha cambiado debido a nuevas técnicas de radiación, entrenamiento de médicos, nuevos equipos de radioterapia y facilidades hospitalarias.

Diferentes vincas, diferentes toxicidades, ¿misma eficacia? Reporte de dos casos

Rivera Ramírez AB.

*Instituto Estatal de Cancerología "Dr. Arturo Beltrán Ortega".
Acapulco Gro., México*

Los alcaloides de la vinca de segunda generación (vinorelbina) son menos neurotóxicos que los de primera y, potencialmente, igual o más efectivos.

Objetivo: Exponer una experiencia local.

Reporte de casos: *Caso 1.* Masculino, 6 años, con tumor de Wilms. Inicia neoadyuvancia con vincristina, doxorubicina y dactinomicina. Después de 4 semanas, presenta crisis convulsivas. Se inicia manejo farmacológico, se descartan problemas metabólicos y se sustituye la vincristina por vinorelbina oral. Se mantiene la sustitución hasta completar 12 semanas. Se opera y el diagnóstico citológico reportó necrosis tumoral del 70%. Se administró radioterapia y se repitió esquema utilizado en neoadyuvancia. Nunca más volvió a presentar crisis convulsivas. *Caso 2.* Masculino, 2 años, con leucemia bifenotípica. Inicia inducción, pero evoluciona con complicaciones infecciosas y respiratorias que requieren de suspensiones temporales de las siguientes etapas de quimioterapia.

Después de 8 meses de tratamiento y cuando recibía vincristina i.v. Presenta crisis convulsivas. Se inicia manejo farmacológico, se descarta actividad tumoral y trastornos metabólicos. Se sustituye la vincristina por vinorelbina oral. Ceden las crisis convulsivas y se suspende el anticonvulsivante. Continúa con vinorelbina oral en sustitución de vincristina, finaliza tratamiento y actualmente se encuentra en remisión.

Discusión y conclusiones: La menor afinidad de vinorelbina por los microtubos axonales en comparación con otras vincas, como la vincristina, pudiera ser una ventaja. En los casos expuestos, sustituir vincristina por vinorelbina oral, desaparecen las crisis convulsivas. Se justifican estudios controlados para precisar cualquier posible relación casual entre estos hechos.

Factores asociados al desarrollo de choque séptico en pacientes oncológicos pediátricos

López Facundo NA, Tejocote Romero I.

Hospital Materno Infantil ISSEMYM. Toluca, Estado de México.

Antecedentes: Las infecciones continúan siendo una muy importante causa de morbilidad y mortalidad en niños con cáncer, lo cual se traduce en menores tasas de sobrevida.

Objetivo: Identificar los factores que influyen en el desarrollo de choque séptico.

Material y métodos: Incluimos en una cohorte prolectiva niños con cáncer y neutropenia febril que ingresaron al hospital materno infantil del ISSEMYM y el hospital para el niño del IMIEM evaluando al ingreso hospitalario su diagnóstico de base, etapa de tratamiento, edad, género, nivel socioeconómico, procedencia, severidad y duración de la neutropenia, estado nutricional, sitio de infección, presencia de catéteres, signos vitales al diagnóstico, gérmenes aislados en los cultivos así como la evolución y desenlace durante su estancia hospitalaria.

Resultados: Estudiamos 92 pacientes, 105 episodios de neutropenia febril; 57 del género femenino y 35 del masculino, edad de 2 a 11 años, 18 pacientes evolucionaron a choque séptico. Influyeron en el desenlace el género masculino con (rr: 3, p 0.002), nivel socioeconómico bajo (rr: 7.5, p < 0.001), presencia de algún grado de desnutrición (rr: 3, p 0.01), catéter externo (rr: 3.54, p 0.02), neutropenia < 100 (rr: 4.32, p 0.0003). Los gérmenes aislados fueron principalmente bacterias GRAM negativas, sin influir en el desenlace. Fallecieron 5 pacientes relacionándose con estado de reacción inflamatoria sistémica al momento de ingreso.

Conclusiones: Consideramos que los pacientes pediátricos con neutropenia febril deben ser tratados con base en criterios de riesgo conocidos que incluyan además, características demográficas, estado nutricional y condición hemodinámica al momento de ingreso hospitalario.

Tumor Phyllodes en paciente pediátrico

Orea Estudillo D, Bernal Cano J, Silva Bravo F, Cruz López JC.
Unidad de Oncología. Hospital General de Puebla

Antecedentes: Los tumores Phyllodes son raros en adolescentes y mujeres jóvenes, usualmente se presentan como una masa unilateral, debido a su rareza el pronóstico y el manejo óptimo no está muy claro. Por lo general, son tumores grandes de más de 10 cm y generalmente son benignos en 75% de los casos, de 15-18% son malignos y 8% son limitrofes, el tratamiento incluye la resección amplia o una mastectomía simple.

Objetivo: Presentar el caso de una paciente femenina de 11 años de edad con diagnóstico de tumor Phyllodes benigno.

Informe del caso: Paciente femenina de 11 años de edad con tumor en mama izquierda de 4 meses de evolución, con un tamaño al momento del diagnóstico de 20x25 cm, bordes lisos, móvil y no doloroso, ganglios negativos, se le realizó biopsia por trucut con dx de tumor Phyllodes benigno y por el tamaño tumoral se decide llevar a mastectomía simple, reportándose en el definitivo: tumor Phyllodes benigno con bordes y lecho quirúrgico negativo.

Discusión y conclusiones: Los tumores Phyllodes son tumores mamarios raros en pacientes pediátricos, si bien mayoritariamente son benignos existen casos en que presentan un comportamiento maligno, el tratamiento es la resección amplia o la mastectomía simple, el papel de la radioterapia no es claro y no es una conducta observada de forma rutinaria.

Caso de cáncer mamario en paciente con implantes

Tenorio R, Fuentes M, Paredes R, Sandoval F, Miranda H.
Hospital General de México, OD. Distrito Federal

En años recientes han surgido preocupaciones cada vez mayores por los efectos nocivos posibles de implantes en el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama. Los informes numerosos describen cómo los implantes pudieron interferir con la mamografía y disminuir la capacidad de detectar el cáncer. Femenino de 49 años. Antecedentes: depresión de 10 años de evolución en tratamiento. Mamoplastia de aumento hace 32 años.

Acude a valoración en enero de 2004 al HGM por aumento progresivo del volumen mama derecha así como dolor. En mastografía se identifica lesión en CSE con mastografía clase V. En abril de 2004 se sometió a MRM con rhp de carcinoma lobulillar infiltrante con ganglios linfáticos metastáticos 9/12. Se estadificó como IIb. Recibió quimioterapia y radioterapia. Actualmente en control sin evidencia de enfermedad local o metastásica.

Varias publicaciones documentan la sensibilidad disminuida de la mamografía en pacientes con tumores clínicamente aumentados. Sin embargo, los estudios epidemiológicos hasta la fecha siguen siendo ambiguos.

Carcinoma intraquístico de mama

Fuentes M, Tenorio R, Paredes R, Sandoval F, Miranda H.
Hospital General de México D.F.

El cáncer de mama es considerado en el mundo como una de las causas más importantes de mortalidad en la mujer. Es así que se ha observado un aumento de la incidencia y mortalidad por esta patología, lo que traduce un problema epidemiológico de interés. El diagnóstico temprano de estas lesiones obviamente repercute en el pronóstico de estas pacientes al retrasar tanto el tratamiento quirúrgico como la adición de quimiorradioterapia cuando así es necesario.

Femenino 73 años sin antecedentes importantes. Incremento progresivo mama derecha indoloro de dos meses de evolución asociado a descarga serosanguinolenta por pezón. Clínicamente nódulo mamario derecho ovoide ocupa ambos cuadrantes internos mide 7x6x6 cm móvil, retrae el pezón mastografía clase IV derecha con lesión heterogénea predominio sólido con áreas quísticas; clasificada ec IIb t3n0m0. BAAF compatible con lesión quística, trucut no valorable. Neumocistograma revela probabilidad diagnóstica de neoplasia intraquística. Mírmnd reporte histopatológico carcinoma intraquístico invasión vascular-linfática, recibió adyuvancia con quimioterapia-radioterapia. En control sin datos clínicos de actividad tumoral local y a distancia.

La presentación no típica de un cáncer mamario intraquístico puede tornarse de manejo complicado en manos inexpertas.

Sarcoma de mama. Reporte de dos casos

Magaña Serrano R, Hernández Luis G,
Rivera Rivera S, Silva Juan Alejandro.

UMAE Hospital de Oncología CMN Siglo XXI. México, D.F.

Representan 0.5-1% de los tumores de la mama. Mediana de edad de presentación a los 50 años. Relación hombre mujer 0.5-7.

Masculino de 27 años de edad. Sin antecedentes de importancia. Inicio padecimiento con aumento de volumen en mama izquierda, por lo que le realizaron biopsia con reporte de sarcoma, estudios de extensión negativos para metástasis. El día 10-01-07 le realizaron mastectomía radical modificada. Reporte histopatológico: sarcoma fusocelular. Tratado con adyuvancia 6 ciclos de ifosfamida/4 epirrubicina. En vigilancia.

Femenino de 54 años de edad. Índice tabáquico de 7, inició padecimiento con aumento de volumen en mama derecha, le realizaron mastografía con detección de masa, fue sometida a mastectomía radical modificada. Reporte histopatológico: sarcoma fusocelular, recibió radioterapia a la mama y lecho quirúrgico, a los 4 meses de finalizada presentó progresión a tejidos blandos en región dorsal derecha, de aproximadamente 15 x 10 cm, dolor intenso, acude a nuestro servicio con ecog 3, no candidata a tratamiento con quimioterapia.

La mastectomía es el tratamiento de elección, no se recomienda la disección ganglionar. Si los márgenes quirúrgicos quedaron positivos, se recomienda radioterapia a la mama y al lecho quirúrgico. La sobrevida libre de recaída depende de la positividad de los márgenes que va de 31 a 80%, este último con márgenes negativos.

Adenomioepitelioma maligno de mama. Reporte de caso y revisión de literatura

Pérez Gómez GF, Flores FM, Paredes R, Sandoval GF,
Miranda HH, Sandoval TM, Rico MF, Olivares GG, Cedillo MR,
Toiber LM, Escalona RP, Herrera A, Márquez MZ.
Hospital General de México. Servicio de Tumores Mamarios.

Antecedentes: El adenomioepitelioma de mama es un raro tumor caracterizado por proliferación bifásica de las células epiteliales y mioepiteliales. La mayoría son benignos pero sufren degeneración maligna en inusuales casos. El mioepitelio, del mismo modo que las glándulas salivales, también podrá sufrir cambios metaplasicos, aunque en este caso es muy difícil determinar si proceden del mioepitelio, del propio epitelio o incluso del estroma.

Reporte de caso: Paciente femenina de 28 años de edad originaria de Veracruz, soltera, estudiante. Con nódulo mamario derecho de seis meses de evolución por biopsia se reporta adenocarcinoma canalicular infiltrante poco diferenciado, la revisión carcinoma medular. Recibe neoadyuvancia a base de fac cuatro ciclos y mastectomía radical modificada, el definitivo adenomioepitelioma maligno de mama, inmunohistoquímica positiva para marcadores de células mioepiteliales (miode-1 calprina ps100) negativa para marcador epitelial.

Conclusiones: Los tejidos de glándula mamaria pueden originar una patología muy diversa, debido a su capacidad de sufrir cambios metaplasicos. La importancia de aprender a conocer los cambios metaplasicos por sus características citológicas permitirá identificar un grupo más amplio de entidades patológicas, especialmente tumorales, que podrían ser diagnosticadas o, al menos sospechadas, por medio de la BAAF.

Caso clínico de linfoma no Hodgkin en mama bilateral asociado a embarazo

Gigiola Nichte-Ha Garibaldi García, Miranda H.
Hospital General de México.

Antecedentes: Es una enfermedad rara, corresponde al 1.7-2.2% de los casos de linfoma no Hodgkin extraganglionar (LNH) y al 3.8-0.7% de todos los LNH. El involucro bilateral es excepcional. Y su pronóstico se relaciona al tipo celular y etapa clínica. Su diferenciación de otros tumores de la mama preoperatoriamente es difícil, y el material obtenido por BAAF es limitado, en el cual puede recordar un carcinoma de mama.

Objetivo: Reporte de un caso visto en nuestra unidad y sobre su tratamiento.
Métodos y resultados: Femenina de 20 años cursando con un embarazo a término, inicia su padecimiento hace 6 meses por presentar nódulos en ambas mamas, de crecimiento lento. A la exploración ambas mamas muestran nódulos bilaterales duros que abarcan casi toda la glándula no fijos a planos profundos y móviles, en ambos huecos axilares se palpan conglomerados ganglionares. Mastografía: muestra nódulos sólidos bilaterales a descartar enfermedad mieloproliferativa, ganglios axilares inflamatorios. BAAF: no es concluyente. Biopsia incisional de ganglio axilar derecho: con reporte histopatológico de linfoma no Hodgkin difuso de células grandes tipo B. La paciente es enviada al servicio de hematología para su tratamiento con quimioterapia.

Conclusiones: El tratamiento óptimo es incierto y se basa en la terapia sistémica. Igualmente incierto es su pronóstico, reportándose una sobrevida media de 36 meses.

Tumor maligno de vaina de nervio periférico en mama, presentación de un caso y revisión de literatura

Rojas-Flores M¹, Ramírez-Velásquez J¹, Gómez-Roel X¹,
León-Rodríguez E¹, Lino Silva L².

¹Departamento de Hematología-Oncología, ²Departamento de Anatomía Patológica. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México, D.F.

Antecedentes: La neurofibromatosis tipo 1 es una alteración genética con una incidencia de 1/2600 individuos, posee como características fenotípicas la presencia de manchas café con leche y de neurofibromas. La incidencia de degeneración sarcomatosa de los neurofibromas varía del 2 a 16%.

Objetivo: Presentación de un caso de tumor maligno de vaina de nervio periférico en mama asociado a enfermedad de von Recklinghausen y revisión de literatura.

Informe del caso: Paciente de 45 años con enfermedad de von Recklinghausen. En 2001 presentó nódulo en cuadrante medial superior de mama derecha, móvil y doloroso. Mastografía birads 4. Se realizó escisión total del nódulo.

Análisis histopatológico: Lesión quística de 1.1x0.4 cm células pleomórficas, mitosis atípicas y necrosis tumoral. Inmunohistoquímica: vimentina+, proteína s-100+. Diagnóstico: tumor maligno de vaina de nervio periférico de alto grado. Fue sometida a 60 Gy de radioterapia adyuvante. Continúa en seguimiento hasta la actualidad, sin evidencia de enfermedad.

Discusión y conclusiones: En general, la transformación maligna de los neurofibromas en pacientes con neurofibromatosis tipo 1 se asocia a eventos postraumáticos o escisión quirúrgica incompleta. Hay muy pocos casos reportados de transformación maligna en mama. El tratamiento es quirúrgico y el pronóstico depende del estado de los bordes posresección y del grado de diferenciación.

Carcinoma metaplásico de mama. Reporte de un caso

Jaimes-López L, Orea-Estudillo D, Bernal-Cano J, Toxqui S.
Hospital General de Puebla "Dr. Eduardo Vázquez Navarro".
Unidad de Oncología.

Introducción: El carcinoma metaplásico de mama es un tipo de neoplasia maligna infrecuente que conlleva dificultades tanto de diagnóstico como de tratamiento, así como una gran controversia entre autores respecto a su nomenclatura. En 5% el epitelio carcinomatoso adquiere un patrón de crecimiento no glandular.

Resumen: Femenino, 36 años. AHF sin importancia, AGO: menarca 11a, ciclos 28x8, ivsa 26a, 1 pareja sexual, g:1, p:1, epp 31a. Mpf ninguno. Padeamiento actual hace 3 años, autodetección de nódulo en mama derecha de 1 cm CSE, dolor, médico general indica AINE durante año y medio. BAAF 23-04-05 negativo, us 26-01-05 fibroadenoma bilateral. Persistencia del cuadro, baaf 24-07-06, resultado carcinoma ductal infiltrante. Decide no iniciar manejo médico-quirúrgico oncológico. Asiste a urgencias 20-06-07 en choque séptico, hb 5.8, leucocitos 66000, Na 128, K 6.7, plaquetas 1040. Ef: mamas asimétricas, pezón derecho estrabismo externo, pítrea, ovoide, piel de naranja, axilas ganglios positivos. Mastectomía de toilet, hallazgo: tumor fungoide, involucra parrilla costal, axila, dorsal, serrato, pectorales.

Reporte de patología: carcinoma metaplásico, componentes heterólogos (cartilago, óseo, rabdomioblástica, células gigantes) infiltra y úlcera areola-pezón, músculo estriado, con extensas zonas de necrosis y permeación vascular. Límite quirúrgico profundo con tumor. Grado histológico BRM g3. Falla orgánica múltiple postoperatoria secundaria a sepsis y fallece.

Conclusión: El tumor metaplásico, variante rara y agresiva. La falta de tratamiento y la detección tardía disminuye la oportunidad de tratamiento.

Carcinoma metaplásico de la mama. Reporte de un caso

García-Aceituno LF¹, Castro-Sánchez NV¹, León-Rodríguez E¹, Lome-Maldonado C², Martínez-Benítez B².

¹Departamento de Hematología-Oncología, ²Departamento de Patología. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México, D.F.

Antecedentes: El carcinoma metaplásico de la mama es una entidad rara, caracterizada por ser agresiva, de difícil manejo y pobre pronóstico.

Objetivo: Presentación de un caso y revisión de la literatura.

Presentación de caso: Femenino, 51 años. Antecedentes negativos. Cuadro clínico: lesión tumoral en mama izquierda en julio del 2005 encontrada a la autoexploración, no síntomas asociados. Estudios de gabinete: mamografía categoría 5. Biopsia por aspiración compatible con carcinoma ductal infiltrante, por lo que fue referida al instituto. Octubre 2005 biopsia por trucut de tumor en mama izquierda. Reporte patológico: carcinoma metaplásico con diferenciación escamosa. Estudios en busca de otro sitio primario negativos. Se realizó mastectomía simple y ganglio centinela (negativo). Reporte de patología: tumor de 1.2x1.9 cm, carcinoma metaplásico poco diferenciado con diferenciación escamosa, bordes quirúrgicos negativos, invasión vascular y linfática negativa, 7 ganglios negativos para metástasis. Receptores estrogénicos y progestágenos negativos, cerb-b2 negativo. Se administró radioterapia externa a pared torácica y áreas ganglionares (50 Gy). En vigilancia, sin evidencia de actividad tumoral.

Discusión y conclusiones: El carcinoma metaplásico de la mama es una entidad rara (1% de los tumores mamarios) caracterizado por conducta agresiva, gran tamaño, negatividad de receptores y alto riesgo de recurrencia local y sistémica. No hay tratamiento estándar, la cirugía continúa siendo de elección con radioterapia adyuvante para control local. La quimioterapia sistémica no ha demostrado beneficio.

Osteosarcoma osteogénico originado de un fibroadenoma mamario. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Victoria Ayala R, Flores de la Torre C, Ruiz García E.
Hospital de Oncología Siglo XXI. México, D.F.

Los carcinomas de la mama representan 98% de las lesiones malignas, el resto corresponde a tumores raros, entre ellos los sarcomas. Los sarcomas extraóseos son neoplasias mesenquimatosas originadas en tejidos blandos que producen osteoide.

Los sarcomas de la mama pueden originarse de cistosarcoma Phyllodes, en casos extremadamente raros se han reportado asociados a lesiones benignas de la mama como fibroadenoma.

Presentación del caso: Femenino de 39 años de edad, sin antecedentes de importancia, enviada al hospital de oncología por autodetección de nódulo en mama izquierda.

La biopsia por trucut reportó fibroadenoma, una nueva biopsia fue realizada con reporte histopatológico de sarcoma osteogénico de la mama, etapificado como t4 n2m0 ec IIIb.

Inició qt con 4-epirrubicina/cisplatino 4 ciclos con progresión clínica por lesión fungada.

Discusión: La transformación sarcomatosa del fibroadenoma es extremadamente raro, se describe en 1/1000 casos. El tratamiento primario es mastectomía sin disección axilar en etapas tempranas más radioterapia adyuvante para disminuir recurrencia local. La quimioterapia es reservada en aquellos pacientes con factores de mal pronóstico.

Se consideran tumores quimiorresistentes, sin embargo, los esquemas más útiles son basados en 4-epirrubicina.

El pronóstico es dependiente del tamaño tumoral y el grado histológico.

Conclusión: En esta paciente el tratamiento radical no fue posible por la etapa clínica inicial, por lo que recibió quimioterapia con intento neoadyuvante con progresión local.

Cáncer de mama bilateral sincrónico. Reporte de un caso

Serrano Valdez JE¹, Sauza Roldán JV², Serrano Ramos MG³.

¹Cirujano Oncólogo HGZ#2 IMSS. Irapuato, Gto., ²Patólogo HGZ#2 IMSS. Irapuato, Gto., ³Médico Interno de Pregrado HgZ#2 IMSS. Irapuato, Gto.

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en la mujer a nivel mundial y en México tiene a aumentar su frecuencia desplazando al cáncer cervicouterino a un segundo plano, sin embargo, el cáncer de mama bilateral sincrónico es una presentación poco frecuente reportada en estadísticas mundiales que sólo 0.4% de los casos se presentan como sincrónicos bilaterales requiriendo de tener diferente histología, así como de manejarse como primarios independientes. Nosotros reportamos un caso de una paciente con cáncer de mama bilateral y los resultados histológicos de sus tumores, así como del manejo del caso. Se trata de una paciente de 50 años sin factores de riesgo mayores para cáncer mamario, posmenopáusica, la cual presenta nódulo en la mama derecha, motivo por el cual se efectúa mastografía, encontrando lesiones tumorales en ambas mamas; en la mama derecha en el CSI una lesión de 4x4 cm y en la mama izquierda una lesión de 3.5x3.5 cm en la interlínea de los cuadrantes externos, se tomó BAAF de ambas, reportadas como malignas, se sometió a bx escisional de ambas con reporte de carcinoma ductal infiltrante de ambas lesiones, se sometió a mastectomía radical modificada tipo madden bilateral simultáneo con reporte de carcinoma ductal infiltrante bilateral mama derecha tumor de 2 cm con permeación vascular y linfática, metástasis a 1 ganglio axilar, mama izquierda carcinoma ductal infiltrante con permeación vascular y linfática, metástasis a 3 ganglios axilares. La paciente ahora está en manejo con quimioterapia sistémica.

Tumor filloide. Reporte de un caso

Cruz Olivo PA, Morales Ramos R, Domínguez Reyes CA, Tenorio Torres JA.
Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE. México, D.F.

El tumor filloide de la mama, está compuesto por elementos epiteliales benignos y un estroma celular fusiforme, representa menos del 1% de los tumores de mama y 2.5% de los tumores fibroepiteliales del mismo sitio.

El objetivo es la presentación de un caso clínico y revisión de la bibliografía.

Se presenta el caso clínico de femenino de 48 años de edad quien refirió presentar cuadro de 6 meses de evolución caracterizado por autodetección de tumor al nivel de axila y cuadrante superior externo de la mama derecha de aproximadamente 1-2 cm. Con crecimiento progresivo hasta alcanzar 12x14 cm. Sometida a mastectomía simple en mayo del 2006, con reporte de tumor Phyllodes limitrofe, en agosto del 2006 se realizó reconstrucción mamaria con colocación de implante.

Vista en el CMN 20 de Noviembre el 10/enero/2007, se observó tumor de consistencia pítrea de bordes mal definidos de aproximadamente 12x14 cm. En cuadrante superior externo de mama derecha se extiende a axila ipsilateral, piel eritematosa y zonas de coloración violácea con adelgazamiento de la misma, es reintervenida quirúrgicamente el 21 de marzo del 2007. Se realizó resección amplia y extracción de implante mamario.

Reporte histopatológico: Tumor filloide de alto grado con células gigantes multinucleadas tipo osteoclasto infiltrante a músculo estriado y tejido adiposo.

Conclusiones: En México la edad promedio de presentación del tumor filloide es de 37 años y los extremos son 20 y 60 años de edad, tienen el potencial de recurrencia y metástasis que concuerda con el caso presentado.

Casuística de tumor Phyllodes en el Instituto de Enfermedades de la Mama

Ruvalcaba-Limón E, Bautista-Piña V, Alvarado-Cabrero I, Rodríguez-Cuevas S.
Instituto de Enfermedades de la Mama-FUCAM (Fundación Mexicana de Fomento Educativo para la Prevención y Detección Oportuna del Cáncer de Mama, A.C.). México, D.F.

Antecedentes: El tumor Phyllodes (tphy) es una rara neoplasia mamaria (0.3-3%) que afecta a mujeres en la cuarta década de la vida, con tumores promedio de 5 cm, existiendo hasta 20-50% de tphy malignos (alto grado).

Objetivo del estudio: Describir la casuística de tphy en el Instituto de Enfermedades de la Mama (IEM-FUCAM) a 2 años de su fundación.

Material y método: Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional que incluyó pacientes con tphy atendidas en IEM-FUCAM de agosto 2005 a julio 2007, en donde se han atendido 493 pacientes con cáncer mamario.

Resultados: En 2 años se atendieron 24 pacientes con tphy con edad promedio de 45.2 años (23-66), 29% posmenopáusicas, con tamaño promedio de 6.23 cm (2-20), predominando mama derecha (66.6%) y cuadrantes externos (62.5%). La autodetección fue en 87.5% de los casos con evolución promedio de 27 meses (1-180). El 71.4% se trató mediante escisión local amplia

y 28.5% con mastectomía simple, con tamaño tumoral promedio de 4.21 cm y 9.83 cm, respectivamente. Fueron 14 (58.3%) casos de tphy de bajo grado, 6 (25%) grado intermedio y 4 (16.6%) de alto grado, con edades promedio de 43.3, 47.8 y 48.2 años, y dimensiones de 5.25, 9.17 y 5.25 cm., respectivamente.

Discusión y conclusiones: La relación tphy y cáncer mamario fue de 1:21 (4.6%). Algunos hallazgos son similares a los ya conocidos mundialmente: tumores grandes (6.23 cm.) En mujeres entre 40-50 años (45.2 años), encontrando en este estudio, mayor afección a mama derecha (66.6%) y sólo 16.6% se clasificaron como tphy de alto grado.

Mastectomía profiláctica

Piñón Carreras RA, Miranda H, Sánchez Basurto C, Sánchez Forgach E, Lara Gutiérrez C.
Hospital General de México, OD.

Objetivo: Revisión de la literatura, conceptos actuales en pacientes con cáncer de mama familiar, alteraciones brca1 y brca2.

La American Society of Clinical Oncology, hace recomendación acerca de la realización de pruebas de detección de mutaciones de los genes brca1 o brca2 en los casos en que: 1) la persona tiene antecedentes familiares importantes de cáncer, o edad muy temprana de iniciación de la enfermedad, 2) la prueba se puede interpretar de manera adecuada y 3) los resultados influirán en el tratamiento médico de la paciente o de la persona de su familia afectada. Sin embargo, uno de los momentos propicios para recurrir a la mastectomía profiláctica bilateral es cuando exista riesgo de mutación genética solamente. La mastectomía profiláctica es la opción hoy día más controvertida. El procedimiento realizado correctamente debe reducir el riesgo de cáncer de mama contralateral. Disminuye la ansiedad de la paciente con respecto a la mastografía y al seguimiento.

En los casos en donde se requiere mastectomía contralateral (y la reconstrucción bilateral) puede permitir el resultado más simétrico en algunos pacientes. Además, las pacientes que requerirán reconstrucción inmediata con transferencia de tejido como lo es el tram (mismo que sólo puede ser realizado una vez), debe considerarse una mastectomía/reconstrucción bilateral en una sola etapa.

Cirugía conservadora en el tratamiento del cáncer mamario: experiencia inicial en el Hospital ISSEMYM Satélite

Morales Palomares MÁ, Morales Montiel TM, Carrera González E, Orozco S, Sosa B, Alvarado Vázquez S, Bustamante Iglesias JI, Torres Aguilar M, Escalante Silva WT, Castro Chaidez E, Soriano Benítez MI, Jacuinde Ávila JL.
Hospital ISSEMYM Satélite. Servicio de Oncología.

Introducción: La asociación de cirugía limitada y radioterapia es el tratamiento de elección para un gran número de mujeres con cáncer de mama; no obstante esta opción terapéutica va asociada a un número no despreciable de recidivas sobre la mama tratada (1-1.5% por año de seguimiento).

Objetivo: El objetivo de la terapia de conservación de la mama es maximizar el control local y minimizar la deformación cosmética. Y el objetivo de este trabajo es informar sobre la experiencia inicial de este procedimiento en nuestro hospital, y hacer una revisión del tema.

Material y métodos: Se estudian 19 casos de mujeres con cáncer mamario, tratados mediante cirugía conservadora de la mama y radioterapia, en una experiencia inicial de 6 años. La técnica consistió preferentemente en la práctica de una resección segmentaria de mama con disección axilar, complementada con la administración de radioterapia (45-50 Gy sobre la mama y una sobreimpresión de 15-20 Gy al lecho tumoral).

Resultados: La edad media fue de 36.5 años, con extremos en 30 y 54 años. El tamaño tumoral medio del tumor fue pt: 1.5 cm y en 100% de los casos fue pt1. Todos fueron carcinomas canalicular infiltrante, con márgenes quirúrgicos negativos y el promedio de ganglios resecaados fue de 16.2. Actualmente todas las pacientes están libres de enfermedad.

Conclusiones: La cirugía conservadora de mama es un excelente tratamiento en la mayoría de las pacientes con cáncer de mama en etapas tempranas, que tengan indicaciones específicas para evitar una recurrencia local. El estado de los bordes de resección es un factor fundamental en la cirugía conservadora. 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 cosmético.

Estudio de la calidad del material obtenido por trucut en la glándula mamaria y su influencia en el diagnóstico histopatológico

Franco-León S, Durán-Padilla MA, Aboites-Lucero JI, Medina-Villaseñor EA, Arroyo Valerio AG.
Servicio de Patología y Oncología. Hospital General de México OD y Facultad de Medicina. UNAM.

Introducción: La biopsia por trucut es un método útil en el diagnóstico de lesiones palpables de la mama. Las características histológicas determinan la calidad del tejido y por tanto, la posibilidad de establecer un diagnóstico de

certeza. No se encontraron informes de la frecuencia de muestras inadecuadas y sus características.

Material y métodos: Es un estudio retrospectivo, observacional, comparativo y transversal. Se dividieron las 552 biopsias en muestras adecuadas con diagnóstico histopatológico e inadecuadas con diagnóstico descriptivo. Se reevaluaron 34 laminillas (20%) y 54 laminillas (14%) respectivamente. La reevaluación se hizo en forma ciega por dos observadores patólogos que desconocían el diagnóstico original.

Resultados: Las muestras inadecuadas se caracterizaron por estar: multifragmentadas, con artificios, escaso material, estroma, hemorragia, piel, tejido adiposo, músculo y ausencia de tejido mamario o escaso.

Conclusiones: El 30% de las biopsias son inadecuadas. La calidad de la biopsia por trucut está determinada por la técnica de la toma y por la manipulación del fragmento por el cirujano oncólogo, el patólogo y el histotecnólogo. La falta de un manual de procedimientos, falta de habilidad y experiencia suficientes para la toma de la biopsia influyen en obtención de muestras inadecuadas.

Síndrome de eritrodisestesia secundario al tratamiento con docetaxel y combinación de 5-fluorouracilo, adriamicina y ciclofosfamida (FAC)

Chávarri Guerra Y¹, León Rodríguez E¹, Cárdenas Zeivy E², Orozco Zepeda R², Reyes Gutiérrez E³.

¹Departamento de Hematooncología, ²Departamento de Dermatología,

³Departamento de Anatomía Patológica. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán. México, D.F.

Antecedentes: Se han reportado múltiples reacciones cutáneas con el uso de docetaxel, entre las que se incluyen estomatitis, irritación local, oncolisis, eritema acral, dermatitis de memoria por radiación e hiperpigmentación ungueal. Sin embargo, el síndrome de eritrodisestesia sólo ha sido raramente reportado en localizaciones diferentes a región palmar y plantar.

Objetivo: Descripción de dos pacientes con cáncer de mama que durante el tratamiento secuencial con docetaxel seguido de fac desarrollaron síndrome de eritrodisestesia en una localización inusual.

Resumen de casos: *Caso 1.* Mujer de 46 años con diagnóstico de carcinoma lobulillar de mama estadio I (t1c), que recibió quimioterapia neoadyuvante con docetaxel semanal por 12 semanas y fac cada 21 días por 4 ciclos. Posterior a la segunda aplicación de fac presentó eritema, hipertermia y edema de la piel de mama sobre el tumor. *Caso 2.* Mujer de 61 años con diagnóstico de carcinoma lobulillar de mama estadio IIb que recibió el mismo tratamiento. Posterior a la quinta aplicación de docetaxel presentó eritema, hipertermia y edema de la piel de mama sobre el tumor con diseminación posterior a la mama contralateral y desarrollo de eritema en cara, palmas y plantas. Las biopsias de piel de ambas pacientes revelaron dermatitis perivascular superficial.

Conclusiones: En nuestro conocimiento, éste es el primer reporte de síndrome de eritrodisestesia en la piel sobre el tumor mamario asociado al tratamiento con docetaxel y fac.

Riesgo posible de mutación en brca1 y brca2 en las mujeres con cáncer de mama diagnosticado antes de los 40 años. Cálculo informático

Gómez-Villanueva Á, Serrano-Ortiz R, García-Millán R.

Centro Oncológico Estatal ISSEMYM (COE). Toluca, Estado de México.

Antecedentes: Existen genes de susceptibilidad con alta penetrancia que son responsables del 5-10% de CA de mama; el espectro clínico incluye a pacientes jóvenes, mayor prevalencia de afección bilateral y otros tumores relacionados (colon, ovario, etc.). Las mutaciones del gen supresor tumoral brca1 son responsables del 70% de los casos hereditarios en menores de 45 años. El 36% de las mujeres entre 20 y 29 años con CA de mama presentan alguna mutación en el brca1 y se disminuye al 10% en el grupo <40 años.

Objetivo: Determinar la posibilidad en pacientes <40 años de portar brca1 y brca2 en la población del COE.

Material y métodos: Al grupo de pacientes con cáncer de mama diagnosticado <40 años durante el periodo de 01-07-06-07, se les determinó la posibilidad de ser portadoras de brca1 y brca2 mediante un programa de computación específico. Brcapro.

Resultados: 15 pacientes <40 años (rango 30-40), un caso bilateral, histológicamente carcinoma canalicular en 100%. Ocho pacientes (53.3%) con ec II. La mayoría presentó una posibilidad inferior del 1%, en 2 casos la posibilidad fue de 74 y 85%, mismas que presentaban una historia familiar que incluía neoplasias de ovario y mama.

Discusión: Aun sin análisis genéticos específicos, que no están disponibles en nuestro país, es factible determinar la posibilidad de presentar una mutación en brca1 y brca2 mediante brcapro, estableciendo así familias de riesgo para neoplasias malignas relacionadas a este gen supresor y ofrecer un escrutinio específico.

Remisión de adenocarcinoma primario de duodeno con radioterapia y quimioterapia basada en capecitabina: Presentación de caso y revisión de la literatura

Flores Balcázar Ch¹, Aguayo González Á^{1, 2}, Meza Junco J¹, Zamora Varaona J², Vincenzo Aiello², Henry Xiong³

¹Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, D.F., ²Fundación Médica Sur, México, D.F., ³Md Anderson Cancer Center, Houston, Texas, EUA.

Antecedentes: El carcinoma primario de duodeno es extremadamente raro. Representa 0.35% de las neoplasias gastrointestinales, y del intestino delgado conforma del 25-45% de las neoplasias. Los reportes de este padecimiento suelen incluir pocos pacientes.

Objetivo del estudio: Ilustrar el manejo con el que este caso logró remisión completa.

Informe del caso: Mujer de 33 años con antecedente de tumor de Wilms a los 11 años que se trató exitosamente. Consultó por vómito, distensión abdominal y pérdida ponderal. Un tránsito gastrointestinal reveló una masa duodenal. Por laparotomía exploradora se evidenció un tumor de 6 cm en la cuarta porción de duodeno con invasión a estructuras vasculares, ascitis e implantes peritoneales, se realizó gastroyeyunostomía descompresiva solamente. La biopsia reportó adenocarcinoma moderadamente diferenciado con invasión a mucosa, submucosa y muscular propia. La paciente recibió quimioterapia con 5-fu 250mg/m²/d en bolo días 1-5 con radioterapia de intensidad modulada (45 Gy 25 fracciones-2 fracciones por día) dirigida al tumor y ganglios linfáticos. Posteriormente, la paciente se sometió a resección tumoral con disección ganglionar sin evidencia de neoplasia residual por patología. Recibió consolidación con cisplatino 60 mg/m² día 1 y capecitabina 2000 mg/m² días 1-14 cada 3 semanas por 6 ciclos. Ha permanecido en remisión completa durante 6 años.

Discusión: Las opciones de tratamiento para adenocarcinoma de duodeno avanzado son limitadas.

Conclusión: Para nuestro conocimiento es la paciente con la supervivencia más larga. Este esquema de quimiorradioterapia podría ser una opción de manejo para estas neoplasias en estadios avanzados.

Tumores del estroma gastrointestinal. Reporte de 6 casos tratados en el CMN 20 de Noviembre del ISSSTE

González Avilés JM, De Obaldía Castillo G, Ramírez Heredia J. CMN 20 de Noviembre ISSSTE.

Introducción

Los pacientes tratados antes del 2001 obtuvieron pocos beneficios de la quimioterapia, siendo que la cirugía era el único tratamiento efectivo. La integración de la cirugía con agentes moleculares dirigidos para GIST, permitió que imatinib fuera aprobado para el tratamiento metastásico o irresecables en febrero del 2002, y sunitinib en enero del 2006. El tratamiento del GIST primario localizado sigue siendo quirúrgico. Tradicionalmente la cirugía desempeñó un papel paliativo en pacientes con GIST metastásico o localmente avanzado. Hoy en día es importante reevaluar el papel de la cirugía.

Material y métodos

Presentamos 6 pacientes con diagnóstico de tumor del estroma gastrointestinal. Se operaron 4 pacientes y dos se nos enviaron postoperados, para valorar tratamiento adyuvante, en el centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE. Fueron cinco hombres y una mujer, con edad promedio de 54.6 años. Estando localizados los sitios primarios en retroperitoneo (2), estómago (2), íleon (1) y recto (1). Todos, tumores de alto grado. Cuatro pacientes recibieron los beneficios del inhibidor de la tirosinasa y dos no.

Discusión

La resección quirúrgica posterior a terapia con imatinib o sunitinib puede ser curativa en algunos pacientes con enfermedad avanzada, los que cursen con enfermedad estable o progresión limitada al tratarlos con inhibidores de cinasa, tienen una supervivencia global prolongada después de ser sometidos a procedimientos citorreductores. La citorreducción quirúrgica es capaz de prolongar la supervivencia en pacientes con enfermedad metastásica, siempre y cuando la enfermedad restante responda a los medicamentos. Si bien los inhibidores dirigidos de la actividad de tirosinasa, demostraron una eficacia dramática en la mayoría de los pacientes con tumores del estroma gastrointestinal avanzados, la curación todavía no es alcanzable y la resistencia a la terapia sistémica es un desafío.

Intususcepción en el adulto por tumor del estroma gastrointestinal. Presentación de un caso

Medina-Villaseñor EA¹, Quezada-Adame I¹, Aboites-Lucero JI¹, Rosario Cruz M², Jiménez Becerra S³, Neyra-Ortiz E⁴, Lozano-Magaña AI⁴.

¹Servicio de Cirugía Oncológica, ²Anestesiología, ³Patología Quirúrgica, ⁴Urgencias Médico-Quirúrgicas. Unidad de Oncología, Betania Especialidades Médicas. Los Reyes La Paz, Estado de México y Unidad de Oncología Ginecológica, Hospital Star Médica Santa Fe, México, D.F.

Antecedentes: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son sarcomas de los tejidos blandos. Representan 0.1-3% de todas las neoplasias gastrointestinales, corresponden 5% de todos los sarcomas. Se pueden presentar como masa palpable, hemorragia del tubo digestivo, o datos de obstrucción intestinal.

Objetivo: Presentar un caso raro de tumor del estroma gastrointestinal con intususcepción en un paciente adulto.

Informe del caso: Masculino de 44 años, padecimiento 3 días con datos clínico-radiológicos de obstrucción intestinal. Se realiza laparotomía exploradora, hallazgos tumor de íleon proximal de 4 cm, fungiforme, sesil que ocasiona intususcepción completa y cambios secundarios de oclusión intestinal, sin datos de perforación, no visceromegalias, no adenopatías. Se realiza resección intestinal 40 cm de yeyuno e íleon proximal, dejando un margen amplio sin evidencia de ganglios neoplásicos. Con evolución postoperatoria satisfactoria. Reporte patología preliminar: íleon proximal mostrando linfoma no Hodgkin de células grandes con extensión a la serosa intestinal, sin lesión en bordes quirúrgicos. La revisión de laminillas y estudio inmunohistoquímico, mostraron inmunopositividad para cd 117(c-kit), actina músculo liso (aml) y proteína s-100. El diagnóstico patológico definitivo fue: tumor del estroma gastrointestinal de alto riesgo. El paciente no aceptó el tratamiento con quimioterapia adyuvante, ausentándose del servicio. Reingresa a los 7 meses del postoperatorio con enfermedad metastásica a pulmón, hígado y retroperitoneo, fallece a los 8 meses del postoperatorio.

Discusión y conclusiones: La sintomatología es inespecífica en estas neoplasias, se reporta el primer caso de intususcepción por tumor del estroma gastrointestinal. Los tumores estromales pueden mostrar una gran variedad de patrones morfológicos que pueden simular otras neoplasias. La resección quirúrgica es la única opción terapéutica con potencial de curación, se deben considerar los factores pronósticos y la terapia adyuvante.

Tumores neuroendocrinos no funcionales de la región periampular. Una presentación inusual de un sitio inusual

Soto-Dávalos BA¹, Cortés-Flores AO¹ Bandera-Delgado A¹, Herrera-Gómez Á¹, Ruiz-Molina JM².

¹División de Cirugía Oncológica. Instituto Nacional de Cancerología, México, D.F., ²Jefe del Departamento de Gastroenterología. Instituto Nacional de Cancerología, México, D.F.

Introducción: Las neoplasias periampulares son raras y representan 5% de todos los tumores del tubo digestivo. El origen neuroendocrino de los tumores en esta área es habitualmente el páncreas. Los tumores neuroendocrinos (TNE) se forman de células del sistema apud -amine precursor uptake and decarboxylation- que se encuentran en el epitelio ductal del páncreas exócrino y no son funcionales hasta en 14-48%.

Objetivo: Presentar 2 casos de TNE no funcionales en la región periampular.

Material y métodos: Caso 1. Femenino de 45 años de edad que debuta con ictericia obstructiva. Se realiza TAC abdominal sin encontrar evidencia de tumor. La paciente es llevada a cirugía donde sólo se coloca una sonda en T. La colangiografía postoperatoria revela una obstrucción distal y un colédoco dilatado. El ca 19-9 fue normal y la CPRE encontró una lesión de 1.5 cm en el ámpula de Vater. Se realizó un procedimiento de Whipple y patología reportó un carcinoma neuroendocrino periampular metastásico a la cabeza del páncreas. La paciente se encuentra 4 años libre de enfermedad. Caso 2. Femenino de 57 años de edad con ictericia y dolor en hipocondrio derecho. El us reveló un colédoco dilatado y la cpre encontró una lesión periampular, la citología fue negativa. Se realizó un procedimiento de Whipple modificado (traverso-longmire) y patología reportó una microneoplasia pancreática de 2 mm. El paciente se encuentra a 8 meses de seguimiento libre de enfermedad.

Conclusión: Aunque los TNE son raros y tienen un curso clínico indolente, la localización periampular permite que sean evidenciados por clínica y que sean tratados de manera oportuna.

Tumor del estroma gastrointestinal del duodeno. Reporte de un caso

Trigueros Velázquez M, Calvo Villalobos I, Valencia Ortiz A, Escobedo Ortiz AR, García Covarrubias L, Galván Calderón S. Hospital Memorial. Morelia, Michoacán, México.

Antecedentes: Los tumores del estroma gastrointestinales (TEGI) son neoplasias infrecuentes. Se calculan 10 a 20 casos nuevos por cada millón de habitantes cada año. El predominio de esta enfermedad actualmente es en el género masculino, la media de la edad es 60 años. El lugar de presentación más habitual es el estómago (40 a 70%), intestino delgado (20 a 40%), colon y recto (5 a 15 %) y menos del 5% en esófago, epiplón, mesenterio o retroperitoneo.

Objetivo del estudio: Reportar un caso de paciente con TEGI de duodeno con metástasis pulmonares, en tomografía helicoidal.

Reporte del caso: Se trata de masculino de 45 años de edad, con antecedentes familiares de cáncer de próstata en padre; y madre diabética e hipertensa. Su padecimiento inicia hace 2 años al presentar melena persistente, pérdida de peso aproximadamente de 4 kilos en 1 año, múltiples estudios realizados concluyen en biopsia transduodenoscópica tanto en microscopia de luz como inmunohistoquímica TEGI, tomografía helicoidal axial de tórax y abdomen con tumor evidente en duodeno y sospecha de metástasis pulmonares. Se realizó pancreatoduodenectomía como tratamiento y actualmente con tratamiento con imatinib, en remisión de metástasis pulmonares.

Adenocarcinoma de la tercera y cuarta porción del duodeno

Trigueros Velázquez M, García Covarrubias L, Calvo Villalobos I, Valencia Ortiz A, Padilla Mota I.
Hospital General. Morelia, Michoacán, México.

Antecedentes

Tumores del intestino delgado, representan aproximadamente 6% de las neoplasias del tubo digestivo, 30% de localización duodenal. El adenocarcinoma representa 0.5% de las neoplasias del tubo digestivo, generalmente diagnosticado en estadios avanzados, con una mortalidad del 50% a 5 años. El diagnóstico histopatológico preoperatorio es la excepción. Un endoscopio de gran longitud fue necesario para realizar las biopsias.

Objetivo del estudio

Presentación de adenocarcinoma duodenal.

Reporte del caso

Se trata de masculino de 78 años, con antecedente de prostatectomía radical hace 7 años por adenocarcinoma; con cuadro de 3 meses de evolución, caracterizado por la presencia de náuseas y vómito posprandial, con pérdida de 7 kg en 3 meses. Por endoscopia esofagitis por reflujo grado "d" a nivel de la unión, retención de líquido y restos de alimento en estómago, tercera y cuarta porción del duodeno y disminución en el diámetro de la luz a nivel del ángulo de Treitz. En tomografía helicoidal se evidencia dicha lesión, y zona de estenosis. Se toma biopsia endoscopia de la lesión. Fue intervenido quirúrgicamente realizándose una pancreatoduodenectomía para resección del tumor y disección de ganglios mesentéricos. No carcinomatosis ni metástasis hepáticas, y se encuentra actualmente con quimioterapia adyuvante. Se revisa abordaje diagnóstico y tratamiento.

Papel de la endoscopia en el seguimiento de cáncer gástrico resecado

Villarreal-Garza C, Rojas-Flores M, León-Rodríguez E.
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Antecedentes: El seguimiento con endoscopia tras resección de carcinoma gástrico (CG) se realiza frecuentemente sin existir evidencia definitiva de impacto clínico relevante.

Objetivo: Evaluar el papel de la endoscopia en el seguimiento de pacientes con cáncer gástrico resecado en el INNSZ.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 1993 al 2006, capturando 256 pacientes con CG. Sesenta casos fueron sometidos a resección quirúrgica, con edad promedio al diagnóstico de 56.8 años. En 35 casos se realizó gastrectomía subtotal, 22 total y 3 esofagogastrectomía. En cuanto al estadio TNM, la distribución fue: carcinoma in situ: 2, el:11, eII:19, eIII:22 y eIV:6. De los pacientes resecados, se documentó recaída en 20: a distancia: 9, peritoneal: 3, recurrencia local: 3, recurrencia local + distancia: 3 y recurrencia local + peritoneal: 2. En los pacientes con recurrencia local (8), el tiempo promedio de recaída fue 34 meses (rango: 7 a 128). La recurrencia fue diagnosticada por medio de endoscopia en 6/8 pacientes (5 recurrencia en anastomosis) y 2 por tomografía (fuera de anastomosis y ganglionar). 4/8 pacientes fueron sometidos a resección de recurrencia y dos a gastrectomía paliativa. El tiempo promedio de seguimiento posterior a la recaída fue 10.5 meses y todos los pacientes perdieron seguimiento (2 sin evidencia de enfermedad y 6 con enfermedad activa). En sólo un caso se documentó recaída tras segunda resección 3 meses después.

Conclusión: El seguimiento con endoscopia después de resección de CG es útil para detectar recurrencia tumoral. En este estudio no se puede determinar su impacto en la supervivencia global, sin embargo, se sugiere un impacto clínico relevante con posible repercusión significativa.

Aspergilosis gástrica asociada con adenocarcinoma

Trigueros Velázquez M, Calvo Villalobos I, Valencia Ortiz A, Padilla Mota I, Torres Baltazar I, Escobedo Ortiz AR.
Hospital General. Morelia, Michoacán, México.

Antecedentes

El cáncer gástrico es el tumor maligno más frecuente del tubo digestivo que tratamos en nuestro hospital. Sin embargo, existen situaciones en las cuales el diagnóstico se torna difícil y el manejo se retrasa al coexistir con patologías tales como la aspergilosis. La coexistencia de estas patologías en el paciente llevó a esta revisión.

Objetivo del estudio

Reporte adenocarcinoma gástrico asociado a aspergilosis.

Reporte del caso

Masculino de 33 años de edad, carpintero, sin antecedentes de importancia. Su padecimiento inicia 1 año antes de su ingreso al hospital, por dolor abdominal, realizándose una colecistectomía laparoscópica.

Inicia estudio por fistula biliar de bajo gasto y sangrado de tubo digestivo alto. Endoscópicamente nódulos gástricos, con sangrado activo y se demuestra por colangiografía la fistula. Reporte de biopsia de aspergilosis gástrica. Tratado por infectología, se repite endoscopia en ocasiones subsecuentes.

Finalmente, en diciembre del 2006 se determina presencia de infiltrado neoplásico, probablemente linfoma gástrico. Se lleva a gastrectomía total, y el reporte definitivo fue de adenocarcinoma gástrico infiltrante. Recibió quimioterapia postoperatoria, sin embargo, su estado nutricional deficiente lo lleva a desequilibrio hidroelectrolítico 6 meses después de cirugía comentándose en autopsia sin tumor activo.

Se realiza revisión del tratamiento realizado y literatura al respecto.

Adenocarcinoma gástrico con diferenciación hepatoide. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Armengol Alonso A¹, Castro Sánchez A1, León Rodríguez E¹, García Juárez I², Albores Saavedra J³.

¹Departamento de Hematooncología, ²Departamento de Gastroenterología, ³Departamento de Patología. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Introducción: El adenocarcinoma hepatoide se define como un grupo de neoplasias extrahepáticas caracterizadas por morfología similar al carcinoma hepatocelular. Es una neoplasia extremadamente infrecuente (0.38%). El estómago es el sitio más frecuente. Es de pronóstico pobre, se presenta en etapas avanzadas y tiene un comportamiento biológico agresivo.

Objetivo: Se reporta el caso de un paciente con adenocarcinoma de estómago con diferenciación hepatoide y metástasis hepática única.

Informe del caso: Hombre de 82 años sin historia de consumo de alcohol. Padecimiento de dos meses de evolución con dolor epigástrico, pérdida de peso de 15 kg. Ef hepatomegalia, sin datos de hepatopatía crónica. PFH con elevación de FA y ast. AFP 2150 ul/mL. Perfil de hepatitis viral negativo. Usg/tac abdomen: engrosamiento de pared gástrica en curvatura menor, e imagen de lesión hipodensa heterogénea de 7 cm con reforzamiento arterial en lóbulo hepático derecho. Panendoscopia: lesión infiltrativa de la curvatura mayor y menor del estómago. Biopsia gástrica: adenocarcinoma con diferenciación hepatoide. Ihq alfa-fetoproteína negativa. No aceptó tratamiento. Actualmente vivo con evidencia de progresión de la enfermedad.

Discusión y conclusiones: El presente caso tiene una morfología de adenocarcinoma hepatoide aun cuando no se demostró inmunorreactividad para AFP. El diagnóstico es difícil especialmente en casos como el descrito donde se tiene una lesión hepática. El adenocarcinoma con diferenciación hepatoide, aunque constituye una entidad extremadamente infrecuente, deberá tomarse en cuenta en el diagnóstico diferencial de carcinoma hepatocelular.

Cáncer gástrico de tipo epidermoide. Presentación de un caso y revisión de la literatura

Morales Palomares MÁ, Morales Montiel TM, Jacuinde Ávila JI, Aragón Sánchez JF, Acosta Martínez A, Vergara Fernández VN, Flores Fajer MA, Pérez Gómez GF, Núñez Guardado G.

Hospital ISSEMYM Satélite. Servicio de Quimioterapia y Radioterapia. INCAN.

El cáncer de estómago está incrementando su incidencia en todo el mundo, en nuestro país ocupa el 5o. lugar en forma general. Los adenocarcinomas son los más frecuentes, el carcinoma epidermoide ocupa 2% en frecuencia de presentación.

Objetivo: Presentar un caso clínico de cáncer gástrico de tipo epidermoide, analizar su tratamiento y revisión de la literatura.

Caso clínico: Se trata de masculino de 40 años de edad, con padecimiento de 1 mes de evolución, caracterizado por astenia, adinamia, pérdida de peso, y melena. Sangrado de tubo digestivo alto, la panendoscopia reporta una lesión excavada a nivel astral de 2 x 3 cm, en la curvatura menor. Borrmann III. La biopsia reporta un carcinoma epidermoide queratinizante. La TC reporta una lesión astral con probable infiltración pancreática. Se realiza una gastrectomía subtotal con gastroyeyunoanastomosis en omega de braun, r1, con d1 y se deja marcaje con grapas en el lecho quirúrgico. El reporte patológico definitivo es de un carcinoma adenoescamoso, con predominio del componente de carcinoma epidermoide queratinizante en estómago, que infiltra hasta la serosa, sin tumor en bordes quirúrgicos y con metástasis en 4 de 18 ganglios linfáticos perigástricos resecados. Recibe quimioterapia 4 ciclos y 15 sesiones de radioterapia para un total de 50 Gy. El paciente se encuentra recuperando peso y la última panendoscopia y TC no muestran actividad local/regional a 16 meses de la cirugía.

Cáncer gástrico in situ. Presentación de un caso. Revisión del tema

Morales Palomares MA, Mota Gutiérrez M de J, Morales Montiel TM, Vázquez Cruz CS, Jacuinde Ávila JI, Narváez Martínez F, Espinosa Coello L, Ramos Narváez F, Gutiérrez Ceballos ME, Carrera González E.
Clinica San Sebastián. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Introducción: El carcinoma gástrico incipiente es aquél confinado a la mucosa o también a la submucosa independientemente de la extensión superficial y de la presencia de ganglios regionales. Tiene una sobrevida del 85-100% a diferencia de los casos avanzados que es de 7-15%. Cuando no se detectan a tiempo, 50% evolucionó a cáncer avanzado en un periodo de 37 meses, un 90% evoluciona a cáncer invasor en 4 a 5 años y 50% murió por cáncer avanzado en 77 meses. Generalmente son asintomáticos, el dolor epigástrico y la pirosis son lo más frecuente. La endoscopia es el mejor método diagnóstico, y la biopsia en forma rutinaria con algún colorante es lo ideal. Desde 1993 los japoneses utilizan una clasificación especialmente para estas lesiones, por su alta incidencia de cáncer gástrico en ese país.

Objetivo: Presentar la experiencia de un caso, analizando los estudios que se deben realizar, formas de tratamiento actuales y sobre todo una revisión del tema, por lo poco habitual que es en nuestro medio.

Presentación del caso: Masculino de 36 años de edad, con 4 años de dolor epigástrico y agruras posterior a la ingesta de comida condimentada, tratado con múltiples tratamientos médicos y dietas, con mejoría parcial y temporal, nunca le realizaron una endoscopia. Posterior a la ingesta de AINES, presenta melena, motivo por el cual se realiza una panendoscopia, que reporta microúlceraciones superficiales, con un fondo necrótico y huellas de sangrado reciente en el cuerpo y antro gástrico, se toman biopsias. El reporte patológico es: adenocarcinoma gástrico de tipo intramucoso (in situ), *helicobacter pylori* positivo, se revisan laminillas y bloques de parafina por 4 patólogos más, confirmando el diagnóstico, durante 20 días aproximadamente está con tratamiento con omeprazol, metoclopramida y dieta. Se programa una nueva panendoscopia para tratar de limitar la lesión y realizar un tratamiento conservador, pero cuál fue la sorpresa que no se encontró ninguna úlcera y el estudio se reporta normal, se realizan 254 biopsias en forma de mapeo gástrico, todas fueron negativas a cáncer. Con este diagnóstico y teniendo la evidencia de una lesión incipiente antral, se programa para cirugía.

Resultados: Se realiza una antrectomía, por no tener el lugar exacto de la biopsia antral. Todo el procedimiento se realiza con engrapadoras y utilizando el ligasure atlas corto. Se realiza una "Y" de Roux. El estudio transoperatorio reporta bordes quirúrgicos negativos, y el reporte patológico definitivo, no reporta lesión maligna. A 9 meses de operado se encuentra asintomático y con una endoscopia de control, sin datos de actividad tumoral.

Conclusiones: el cáncer in situ es curable, tiene síntomas inespecíficos, el estudio endoscópico es el mejor medio diagnóstico.

Angiosarcoma visceral. Presentación de un caso

Paredes Cano R, Quintero Beulo G, Tenorio Argüelles F, Fuentes López MA, Ceballos Zapata J.

Hospital General de México OD. Servicio de Oncología. México, D.F.

Antecedentes: El angiosarcoma visceral es una rara neoplasia caracterizada por una rápida proliferación e infiltración anaplásica de los vasos sanguíneos. Se aplica el término angiosarcoma a un amplio rango de neoplasias malignas vasculares endoteliales que afectan a varios sitios. El angiosarcoma es agresivo con tendencia a recurrir localmente, amplia diseminación, metástasis y se asocia a una elevada mortalidad. En Estados Unidos constituye 1% de los sarcomas.

Objetivo: Presentar un caso de una de las patologías oncológicas menos frecuentes y revisión de la bibliografía acerca del manejo actual de dicha patología.

Informe del caso: Se presenta el caso de una mujer de 32 años de edad sin antecedentes de importancia, empezó a padecer dolor y distensión abdominal. Se tomó ultrasonido que detectó líquido libre en cavidad abdominal. Tomografía abdominal: aumento de la vascularidad de las ramas mesentéricas. Se interviene por abdomen agudo; los hallazgos son hemoperitoneo, epiplón acartonado y grandes vasos tortuosos de epiplón, se toma biopsia, en el reporte definitivo angiosarcoma de epiplón.

Resultados: La evolución clínica de la paciente fue favorable y actualmente se encuentra en tratamiento médico con quimioterapia.

Discusión y conclusiones: El angiosarcoma visceral es una neoplasia rara y elevada mortalidad por lo que el diagnóstico es de suma importancia para el manejo adecuado.

Paraganglioma retroperitoneal extraadrenal. Reporte de un caso

González Avilés JM, Rosas Zúñiga L, De Obaldía Castillo G, Ramírez Heredia J. CMN 20 de Noviembre ISSSTE.

Introducción

Los paragangliomas son tumores poco frecuentes, se originan a partir de células especializadas derivadas de la cresta neural, 10% tiene localización extraadrenal, y éstos se originan con mayor frecuencia en el abdomen (85%).

Presentación del caso

Paciente masculino de 56 años de edad, sometido a laparotomía exploradora con hallazgos de tumoración retroperitoneal de aproximadamente 15x10 cm. Localizado paraórtico izquierdo, desplazando la aorta medialmente, vena cava hacia posterior, hilio renal hacia cefálico anterior y lateral izquierdo, se extendía el tumor desde hilio renal hasta bifurcación ilíaca izquierda, íntimamente adherido a vasos antes mencionados, psoas y músculos prevertebrales. Presentando presión arterial operatoria máxima de 185/90 mm/Hg y al retirar el tumor en promedio 110/60 mmHg. Cursando en postoperatorio normotenso y dado de alta a los 3 días de operado. A los 15 días de operado menciona encontrarse normotenso y asintomático. Con reporte de patología paraganglioma retroperitoneal, inmunohistoquímica cromogranina positivo, s-100 positivo y enolasa neuroespecífica focal.

Discusión

Estos tumores asientan más frecuentemente dentro del órgano de Zuckerkandl, existiendo predisposición por el sexo masculino, se diagnostica principalmente entre los 30 y 45 años. La hipertensión arterial es el síntoma más común, el dolor abdominal deriva de la localización, crecimiento y expansión tumoral. El diagnóstico se hace con la detección de catecolaminas y sus metabolitos en sangre y orina. Nuestro paciente no presentaba antecedente de hipertensión arterial, sólo dolor abdominal, contó con catecolaminas prequirúrgicas elevadas y con control perioperatorio de la tensión arterial. El diagnóstico definitivo se establece con estudio anatomopatológico compatible con paraganglioma. Los factores que determinan la malignidad de un paraganglioma son la presencia de invasión a tejidos adyacentes o de metástasis a distancia. El tratamiento de elección es la resección completa del mismo.

Sarcoma vesicular. Presentación de un caso

Morales Palomares MÁ, Morales Montiel TM, Jacuinde Ávila JL, Aragón Sánchez JF, Garibaldi García GN, Quintana Ocampo JA, Sandoval Terán M, Tinajero Morales JF, Toiber Levi M. Hospital ISSEMYM Satélite. Estado de México.

Introducción: Los sarcomas de vesícula biliar son neoplasias raras, ocupando 1% de los casos. En general, su evolución clínica se caracteriza por un tumor de crecimiento localmente no muy agresivo, con poca o nula diseminación linfática regional, esto depende del subtipo histológico y el grado de diferenciación principalmente.

Objetivo: Se presenta el caso de una paciente con diagnóstico de sarcoma vesicular, y se analizan los hallazgos clínicos, topográficos y quirúrgicos.

Caso clínico: Femenino de 66 años de edad, con padecimiento de 2 meses de evolución con dolor en hipocondrio derecho, y aumento de volumen en forma progresiva del abdomen a nivel de hipocondrio y flanco derecho, epi y mesogastrio, en donde se palpa un tumor de aprox. 15 cm. De diámetro, móvil, doloroso. La TC muestra un tumor de tipo mixto a nivel de los segmentos VI y VII. Se realiza laparoscopia que muestra un gran tumor hepático, no es posible tomar una biopsia, pero se puede observar la posibilidad de ser reseca la lesión. Se realiza laparotomía y se reseca una tumoración de 25x20 cm de diámetro, a nivel del parénquima hepático en los segmentos VI y VII, sin afectar estructuras adyacentes, excepto la vesícula biliar y un ganglio coledociano de 3 cm de diámetro. Se realiza resección hepática y del ganglio coledociano, con un transoperatorio de adenocarcinoma. Cursa una evolución satisfactoria. El reporte patológico definitivo es de sarcoma vesicular. La paciente no acepta la posibilidad de radioterapia adyuvante al lecho quirúrgico. Actualmente a 4 años de evolución postoperatoria tiene un karnofsky de 100. Y no hay evidencia de actividad tumoral ni local, locoregional o sistémica.

Tumor carcinoide de páncreas

Sandoval Jiménez S, Escalera Vargas O.

Hospital Regional de León, ISSSTE. Servicio de Oncocirugía. León, Guanajuato.

Antecedentes

Los tumores carcinoideos son neoplasias de las células endocrinas del intestino y fuera del sistema digestivo, pueden presentarse en pulmón, páncreas, tracto biliar, timo y ovario.

El tumor carcinoide del páncreas es muy raro con sólo 50 casos reportados en la literatura mundial, tumor habitualmente maligno y en 50% de los casos hay metástasis en el momento de la cirugía, por esta razón la cirugía radical no es posible, por lo cual se han tratado con quimioterapia, radioterapia e interferón con malos resultados. El diagnóstico por imágenes incluyendo TC, arteriografía o gammagrafía con octreótide es poco sensible. La resección completa sin presencia de metástasis tiene una sobrevida a 5 años y cuando las hay disminuye al 50%.

Objetivo

Reportar una entidad poco frecuente, como lo es el tumor carcinoide de páncreas.

Reporte de un caso

Femenina de 43 años de edad con antecedentes de otb hace 13 años. Inicia su padecimiento actual dos semanas previas a su ingreso hospitalario, caracterizado por dolor lumbar irradiado hacia ambos flancos abdominales. Se realiza usg abdominal, que reporta masa sólida en hipocondrio izquierdo se realiza TC abdominal que reporta probable neoformación calcificada del cuerpo del páncreas, con dimensiones de 95 mm x 128 mm, con desplazamiento de órganos adyacentes.

Los marcadores tumorales se reportan normales. La panendoscopia reporta compresión extrínseca del duodeno

En su segunda porción, la CPRE reporta conducto pancreático disminuido de calibre.

Resultados

Es sometida a cirugía realizándose pancreatomecía distal y esplenectomía. El resultado histopatológico reporta tumor carcinoide de páncreas, inmunohistoquímica positiva para cromogranina, sinaptofisina.

Tratada con ifn, durante 50 semanas, a los 24 meses de su intervención quirúrgica sin actividad tumoral.

Discusión

Los tumores carcinoideos, son habitualmente infrecuentes, apareciendo preferentemente en tubo digestivo y a menudo asintomáticos, su potencial de malignidad se basa en el tamaño, invasión a órganos y presencia de metástasis, lo cual hace necesario su diagnóstico preciso y manejo oportuno y adecuado.

Páncreas ectópico de localización duodenal

Trigueros Velázquez M, Calvo Villalobos I, Padilla Mota I, Valencia Ortiz A, Torres Baltazar I, Escobedo Ortiz AR, Luis García C. L.E.O. Galván Calderón S. Hospital General. Morelia, Michoacán, México.

Antecedentes

La frecuencia del páncreas ectópico es 0.6 al 15% en autopsias. El 70% en estómago, duodeno e íleon. Más frecuente en varones de edad media, se asocia con alcoholismo. Se describen la posible asociación con desarrollo de cáncer del páncreas. Se detecta esta alteración frecuentemente al realizar estudios por enfermedad ulcerosa péptica y se diagnostica como un pólipo o un tumor submucoso.

Objetivo del estudio

Reporte de páncreas ectópico localizado en duodeno.

Reporte del caso

Paciente masculino de 57 años de edad sin antecedentes de importancia, ingresa por presentar 4 días previos, evacuaciones melélicas, sensación de plenitud posprandial, sin náusea y vómito. En estudio endoscópico se establece el hallazgo de tumor de 1 cm. En la primera porción del duodeno además de gastritis crónica con atrofia. La biopsia con gastritis folicular, no descarta la posibilidad de tumor del estroma. Marcadores tumorales ca 19-9, alfafetoproteína, carcinoembrionario normales. Se realiza laparotomía exploradora encontrando tumor duodenal descrito, sin adenopatías, reseccable. Se efectuó gastrectomía subtotal distal y resección de la primera porción de duodeno, y engrapaje del muñón, y una reconstrucción tipo Billroth II. Paciente actualmente con vida normal, asintomático. Reporte histopatológico: páncreas ectópico en primera porción de duodeno. Se revisa la literatura.

Hemangioma cavernoso de páncreas. Reporte de un caso y revisión de literatura

Rico Morlán F, Martínez Macías R, Díaz Rodríguez L, De la Garza M, Barra Martínez R, Quintana Ocampo A, Aragón Sánchez F, Sandoval Terán M. *Servicio de Tumores Mixtos, Unidad de Oncología. Hospital General de México, OD.*

Introducción

Las anomalías vasculares pueden ser divididas en dos distintas categorías de acuerdo a sus características histológicas y evolución clínica: los hemangiomas y las malformaciones vasculares. Los tumores no epiteliales del páncreas tanto benignos como malignos únicamente corresponden del 1 al 2% de todos los tumores pancreáticos. De 1966 a 1995 sólo 112 casos de tumores pancreáticos originados en el tejido blando pancreático han sido reportados, de los cuales sólo 6 casos correspondieron a hemangiomas.

Reporte del caso

Masculino de 59 años. PA: cuadro clínico de 5 años de evolución al presentar dolor abdominal tipo cólico localizado en CSD acompañado de náusea y vómito en múltiples ocasiones, así como notar la presencia de masa localizada en csd, acude a unidad hospitalaria donde se realiza lapa con rhp: liposarcoma retroperitoneal y es enviado a la unidad para continuar con manejo, TAC lesión neoplásica en cuadrante superior derecho de aspecto retroperitoneal con reforzamiento importante a la administración de medio de contraste, endoscopia: tumoración duodenal a nivel de la primera porción exofítica de base amplia, biopsia rhp: duodenitis crónica, presenta posteriormente cuadro de STDA se somete a lapa (240407) realizándosele lapa + ligadura de arteria gastroduodenal + devascularización de afluentes, con hallazgos quirúrgicos: lesión hemangiomas que involucra todo el duodeno por detrás y medialmente, que involucra toda la cabeza del páncreas con un tamaño de 18x15x15.

Discusión

Los tumores de tejido conectivo pancreático son raros correspondiendo sólo del 1 al 2% del total de tumores pancreáticos reportados en la literatura, y sólo se han reportado 11 casos de hemangioma pancreático desde 1961. El antígeno relacionado del factor VIII es el principal marcador de crecimiento del epitelio vascular, el cual se ha observado en forma predominante en las células endoteliales, megacariocitos y plaquetas, siendo el *gold standard* para el dx de hemangiomas y tumores de células endoteliales.

Manejo laparoscópico de tumores de ovario benignos gigantes

Morales Palomares MÁ, Morales Montiel TM, Soriano Benítez MI, Quintana Ocampo JA, Piñón Carreras RA, Sandoval Terán M, Berrios Quezada TE, Méndez Martínez O, Rico Morlán F, Escalante Silva WT, Escalona Rosales PC, Olivares Guajardo G, Villalón Calderón R, Alvarado Vázquez LS, Toiber Levi M, Herrera Espino A.

Hospital General de México y Hospital ISSEMYM Satélite.

Introducción: Ochenta por ciento de los tumores de ovario son benignos y de éstos los cistoadenomas son los más frecuentes en 45%. Actualmente, se puede predecir con mucha exactitud diagnóstica, si un tumor ovárico es benigno o maligno. Los datos clínicos, el tiempo de evolución, las características del tumor por ultrasonido Doppler y la tomografía computarizada, todo lo anterior nos permite tener la certeza de estar tratando una lesión benigna, aunado a un marcador ca 125 en límites normales.

Objetivo: Mostrar nuestra experiencia con este tipo de abordaje laparoscópico y demostrar que estas lesiones bien estudiadas siempre serán lesiones quísticas benignas y el manejo laparoscópico no interfiere en el criterio oncológico de estas lesiones.

Material y métodos: De enero del 2002 a julio del 2007, se han realizado 32 procedimientos con este tipo de abordaje, todos cuentan con usg pélvico y actualmente todos tienen tomografía computarizada de abdomen y pelvis, todos los casos tienen ca 125. Se analiza únicamente la edad, el tamaño de la lesión, el tipo histológico, las complicaciones y los días de estancia hospitalaria.

Resultados: Con edades de 17 a 78 años de edad, los tumores de ovario fueron de diversos tamaños, desde 14 cm hasta grandes lesiones que ocupaban toda la cavidad abdominopélvica, el diagnóstico fue de cistoadenomas en todos los casos, con lesiones que no contenían ningún septo en su interior. La técnica endoscópica fue: se punciona el quiste cuando el quiste llega a nivel de la cicatriz umbilical, se vacía, llegando a obtener 8 litros de líquido siempre cristalino, se colocan 3 o 4 trocares, se termina de drenar el quiste por laparoscopia, se realiza la ooforectomía y extracción de la cápsula del quiste por el orificio del trocar inferior. Sin complicaciones postoperatorias. Un día de estancia postoperatoria. Todo el estudio transoperatorio fue de cistoadenoma seroso.

Conclusiones: Estos casos se pueden tratar fácilmente con este abordaje de mínima invasión. Dos casos que no se incluyen en este trabajo se manejaron con incisiones pequeñas, con los mismos principios y sin complicaciones, ésta es una opción cuando no se cuenta con la experiencia o el equipo adecuado para realizar cirugía endoscópica.

Teratoma de ovario con transformación maligna. Reporte de un caso

Garnica Jalife G, Gutiérrez Colín C, Lázaro León M, Torres Aguilar M. *Hospital General de México. Servicio de Oncología. Oncología Médica. México, D.F.*

Antecedentes

Los tumores de células germinales representan 2% de las neoplasias malignas, y son las neoplasias más frecuentes en presentación de 15 a los 35 años de edad. Típicamente estas neoplasias alcanzan curación con tratamiento en 90%, incluyendo 70 a 80% que se presentan inicialmente como enfermedad metastásica. Estos tumores poseen una biología única, ya que son capaces de desarrollar una diferenciación totipotencial. El teratoma maduro expresa elementos somáticos bien diferenciados como nervios, piel o cartilago. El teratoma inmaduro es un tumor con diferenciación somática que es representativa del desarrollo fetal. En raras ocasiones, este tipo de teratoma tiene una evolución con transformación maligna. Algunos ejemplos con histología maligna son rhabdomyosarcoma, tumores neuroectodérmicos primitivos, adenocarcinoma entérico y leucemia. El intervalo de latencia es corto comúnmente con las leucemias y sarcomas, mientras que se alarga en aquellos con diferenciación epitelial. El tratamiento de estas neoplasias es difícil, siendo la cirugía la piedra angular; el tratamiento con quimioterapia se reserva para casos seleccionados, con respuestas en periodo libre de enfermedad de hasta 28 meses.

Objetivo del estudio

Documentar la respuesta al tratamiento con quimioterapia en una paciente con teratoma de ovario con transformación epitelial maligna.

Reporte del caso

Se trata de mujer de 27 años de edad con diagnóstico de teratoma de ovario con transformación epitelial maligna, que inicialmente se trata con cirugía y posterior tratamiento con esquema convencional de quimioterapia para tumores germinales con pobre respuesta. Actualmente, ha terminado segunda línea de tratamiento con quimioterapia con un periodo libre de enfermedad de 15 meses.

Resultados

No existe un tratamiento adyuvante establecido, se han propuesto esquemas basados en cisplatino, con resultados hasta el momento expectantes, aunque parece que la quimioterapia es el tratamiento de elección para la transformación maligna de estas neoplasias.

Nuestra paciente fue tratada con esquema de quimioterapia basada en cisplatino, ifosfamida y paclitaxel. Hasta el momento actual se encuentra con ecog de 0, asintomática y con periodo libre de enfermedad de 15 meses.

Discusión y resultados

Los teratomas maduros se caracterizan por la falta de respuesta al tratamiento con quimioterapia. Los pacientes que se someten a cirugía con resección completa tienen mejores resultados en cuanto a sobrevida global. Existen reportes en la literatura de pacientes en los cuales se observa la resección completa de estas neoplasias, y en forma posterior se administra tratamiento con epirubicina, etopósido, ifosfamida y cisplatino, seguidas de altas dosis de etopósido, carboplatino, epirubicina y melfalán, con resultados en respuestas completas hasta por 4 años.

En resumen los resultados benéficos que se obtienen con terapia sistémica son una minoría, y nunca se debe olvidar que el tratamiento primario de estas lesiones es la cirugía. La elección del tratamiento con quimioterapia se reserva para aquellos con transformación maligna. La terapia con cisplatino no juega ningún papel en este tratamiento a menos que exista el antecedente de residual con transformación maligna demostrada por biopsia o por elevación de marcadores tumorales.

Tumor desmoplásico de células pequeñas primario de ovario. Reporte de un caso

Gutiérrez Colín C¹, Torres Aguilar M¹, Garnica Jaliffe G¹, Figueroa Badillo J².

¹Residente de Oncología Médica 2º año, ²Jefe de Servicio de Oncología Médica, Servicio de Oncología. Hospital General de México OD. Distrito Federal, México.

Antecedentes: Entidad clínico-patológica descrita recientemente, dentro del grupo de los tumores desmoplásicos de células redondas. Inmunorreactiva a anticuerpos contra queratina, antígeno de membrana epitelial, vimentina, desmina y enolasa neurona específica. En adolescentes o adultos jóvenes, sintomatología abdominal inespecífica y carcinomatosis peritoneal.

Objetivo: Reportar caso de presentación inusual, así como respuesta clínica favorable al tratamiento otorgado.

Informe del caso: Femenino 31 años, panhisterectomía a nivel privado 4 meses previos a valoración inicial, reporte histopatológico de tumor de células de la granulosa de ovario derecho e izquierdo sin invasión a la cápsula, ni tumor en superficie ovárica; 4 meses después, aumento de volumen abdominal, intolerancia a la vía oral, constipación y disnea. Se realiza laparotomía y toma de biopsia peritoneal, hallazgo de abdomen congelado y es referida. Ingresó con ecog 4, oxígeno dependiente, intolerancia a la vía oral. Tomográficamente derrame pleural bilateral, abundante ascitis, carcinomatosis peritoneal que desplaza y comprime estructuras, ca125:296u. Inicia quimioterapia con esquema carboplatino/etopósido por baja depuración. Estudio de inmunohistoquímica de peritoneo positiva para tumor desmoplásico de células pequeñas, con confirmación del primario ovárico.

Resultados: recibe 3 ciclos de carboplatino/etopósido, mejoría clínica significativa, por reporte tomográfico, no resecable, se agrega ifosfamida. Recibió 6 ciclos de tratamiento. Clínicamente ecog 0, no se palpa tumor en abdomen. Se evaluará cirugía de citorreducción.

Discusión y conclusiones: Entidad rara, comportamiento clínico agresivo y fatal. Terapias propuestas con multidrogas (5), de acuerdo con protocolo del sarcoma de Ewing. Se ha obtenido respuesta favorable con el esquema administrado. Primer caso reportado en la bibliografía nacional.

Cáncer ovárico

Hernández Luis G, Aranda Sánchez F, Ruiz B. E, Silva JA.
UMAE Hospital de Oncología CMN Siglo XXI, México, D.F.

Es una neoplasia extremadamente rara, comprende 0.14 a 1.8% de las neoplasias ginecológicas. Etiología desconocida, afecta mujeres en la quinta-sexta década de la vida. La triada de Latzko en 15% de las pacientes: dolor cólico, pélvico previo a flujo transvaginal serosanguinolento, masa pélvica. Variedad histológica, frecuente la serosa.

Femenino de 58 años de edad. Sin antecedentes de importancia. Inició dos años atrás con dolor abdominal en fosa ilíaca izquierda, por ultrasonografía tumor de ovario. Le realizaron laparotomía exploradora con resección de tuba izquierda, ca 125 negativo; cuatro meses después se detectó tumor de tuba uterina derecha, por lo que tres meses después le realizaron histerectomía abdominal + salpingooforectomía bilateral, omentectomía + apendicectomía. Reporte histopatológico: carcinoma papilar con infiltración a 80% de la pared muscular. Lavado peritoneal positivo. Recibe tratamiento con esquema de paclitaxel/carboplatino, tipo adyuvante, a la fecha 3 ciclos.

Femenino de 78 años de edad. Antecedente de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica. Gesta 5 para 5 menopausia 55 años. Inició con metrorragia desde los 48 años de edad, por diagnóstico probable miomatosis uterina, le realizaron el 3-nov-2003 histerectomía + salpingooforectomía bilateral. Reporte: adenocarcinoma salpinge izquierda moderadamente diferenciado. Mayo de 2004 le realizan tomografía abdominopélvica donde detectan residual tumoral retrovascular ilíacos de 5x4 cm y adenopatías retroperitoneales. Fue tratada con radioterapia técnica de caja, terminó en julio de 2004 con progresión, por lo que se dieron 4 ciclos de ciclofosfamida/carboplatino, con respuesta parcial, asintomática, por lo que quedó en vigilancia. El tratamiento sigue los principios del cáncer de ovario, el tratamiento curativo es la cirugía, puede utilizarse radioterapia o quimioterapia adyuvante.

Actinomicosis abdominal en el diagnóstico diferencial de cáncer de ovario

Trigueros Velázquez M, Padilla Mota I, Valencia Ortiz A, Calvo Villalobos I.
Hospital General. Morelia, Michoacán, México.

Antecedentes

Actinomyces israelii, bacilo gram +, anaerobio, tracto digestivo, tracto genital femenino, afecta a huéspedes inmunocompetentes, pero en los cuales hay deficiencias en los factores locales de protección. La localización de la infección suele estar en: cervicofacial 50%, abdominal 20%, torácica 15%, cerebral y otras 15%. Enfermedad crónica, infrecuente, poco diagnosticada en forma preoperatoria. Se caracteriza por múltiples abscesos con trayectos fistulosos, abundante tejido fibroso que simulan un proceso neoplásico.

Objetivo del estudio

Reportar actinomicosis abdominal en el diagnóstico diferencial de tumor ovárico.

Reporte del caso

Femenino de 16 años de edad, padecimiento 2 meses previos a su ingreso al presentar tumor en región abdominal, con dolor abdominal tipo punzante, disminución en la frecuencia de las evacuaciones, astenia, anorexia, pérdida de peso 8 kg, fiebre vespertina con escalofríos, cervicovaginitis de repetición. Marcadores tumorales negativos. Tomografía con tumor pélvico y abdominal con gran tumor sólido y quístico que infiltra tubo digestivo. Se realiza laparotomía exploradora con plastrón de aspecto neoplásico que involucra colon sigmoideos, colon ascendente, ileon terminal, techo de la vejiga y salpinge izquierda, adheridos entre sí, se resecta en bloque los órganos afectados. Diagnóstico histopatológico actinomicosis en ileon terminal, colon ascendente, sigmoideos y salpinge izquierda. Se dio tratamiento y se cierra ileostomía.

Tumor de células esteroideas de ovario. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Ramírez Velásquez J¹, Green Renner D1, Castro Sánchez N¹, León Rodríguez E¹, Weimersheimer Sandoval M².

¹Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de Nutrición Salvador Zubirán. Departamento de Hematología-Oncología,
²Departamento de Patología. México D.F.

Antecedentes: El tumor de células esteroideas (TCEO) comprende menos del 1% de los tumores de ovario. Existen menos de 150 casos reportados y un único caso con ascitis y elevación del ca 125.

Objetivo: Reportar el caso de una paciente con TCEO que debuta con ascitis y elevación del ca 125 y revisión de la literatura.

Informe del caso: Mujer de 74 años, inició en junio de 2006 con cambios del hábito intestinal, dolor difuso y distensión gradual del abdomen. Perdió 13 kg en once meses. TAC: ascitis, derrame pleural y masa ovárica izquierda de 8x9 cm, ca 125: 1148 u/mL. Citorreducción óptima en julio de 2007. Patología: TCEO de 11.5 cm de diámetro, atipia nuclear grado 2, hemorragia y necrosis macroscópica. Ha recibido 1 de 4 ciclos programados de cisplatino, vinblastina y bleomicina (pvb). Ca 125 posquirúrgico: 143 u/mL.

Discusión y conclusiones: Los TCEO de ovario sin otra especificación son tumores extremadamente raros, dependientes del cordón estromal y generalmente asociados a virilización. Únicamente existen 2 series en la literatura con 28 y 63 pacientes, la más reciente de 1987 e informes de casos. Los criterios de malignidad son: edad > 54 años, diámetro > 7 cm, necrosis y hemorragia macroscópica, ≥ 2 figuras mitóticas y atipia nuclear grado 2-3. Informamos el segundo caso en la literatura de TCEO con ascitis y ca 125 elevado con 5 criterios de malignidad. El tratamiento estándar es quirúrgico y de existir criterios de malignidad (43% de tumores) quimioterapia a base de cisplatino.

Tumor de células de la granulosa de ovario, recaída tardía. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Ramírez Velásquez JR¹, Green Renner D1, Castro Sánchez N¹, León Rodríguez E¹, Weimersheimer Sandoval M².

¹Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de Nutrición Salvador Zubirán. Departamento de Hematología-Oncología,
²Departamento de Patología. México, D.F.

Antecedentes: De naturaleza indolente, los tumores de las células de la granulosa (TCGO) ocupan 3.5% de todos los tumores del ovario, representan el tipo predominante de los tumores estromales. Menos del 20% se presentan en etapas tardías. Menos del 17% recaen después de los 10 años.

Objetivo: Reportar el caso de una paciente con TCGO que recayó después de 12 años y que logró resecabilidad después de 7 ciclos de quimioterapia a base de cisplatino.

Informe del caso: Mujer de 61 años, en febrero de 1994 fuera de nuestro instituto se diagnosticó TCGO de 22 cm de diámetro, recibió tratamiento quirúrgico únicamente. En diciembre de 2006 ingresó al INNSZ con ascitis y masas palpables intraperitoneales no resecables por tomografía por involucro a múltiples asas intestinales. Biopsia guiada: carcinoma de células pequeñas. Se inició cisplatino, vinblastina y bleomicina (pvb) 4 ciclos, después 3 ciclos más de pv. Se obtuvo respuesta por tomografía mayor del 75% que permitió citorreducción óptima después de 7 ciclos sin resección intestinal.

Discusión y conclusiones: El tratamiento de las recaídas de los TCGO se basa en la cirugía, cuando no es factible se utiliza quimioterapia a base de cisplatino. El esquema pvb ofrece el mayor porcentaje de respuestas completas. Informamos a una paciente con TCGO que recae luego de 12 años en etapa avanzada, se logró resecabilidad después de 7 ciclos de quimioterapia a base de cisplatino.

Angiomixoma agresivo de la vulva

Maldonado H, Flores Abraján P, Salazar Macías F, Ángeles J.
Instituto Jalisciense de Cancerología. Guadalajara, Jalisco.

Introducción: El angiomixoma es una neoplasia rara, mesenquimatosa, originada en las partes blandas, localmente infiltrativa de etiología indeterminada, principalmente en mujeres, en región de vulva, vagina, pelvis y perine, límites imprecisos, la resección no siempre es completa y tendencia a la recurrencia local. Descrita por Steeper y Rosai en 1983.

Objetivo: Se presenta el caso de una paciente de 21 años de edad con diagnóstico de angiomixoma agresivo de vagina.

Materiales y métodos: Inicia con dolor abdominal, aumento del perímetro abdominal en forma progresiva desde enero del 2006, sensación de plenitud, estreñimiento, tomografía abdominal se reporta gran masa tumoral que abarca la totalidad del abdomen sin infiltración a órganos intraabdominales, se somete a laparotomía donde se resecta tumoración abdominal gelatinosa con bordes poco definidos, cuyo origen se apreciaba en vagina cara anterior con infiltración a cara posterior de vejiga. Se realiza tumorectomía con resección parcial de vejiga, se resecó 100% de la tumoración, desarrollando fístula vesicovaginal, y tres meses después se somete a cirugía para cierre de fístula quedando ya sin fístula.

Conclusiones: Es una lesión benigna fibromixoide con escasas células mesenquimales fusocelulares o estrelladas y un gran número de vasos sanguíneos de diferentes diámetros, paredes gruesas y crecimiento infiltrativo, en la literatura se ha publicado 180 casos y sólo 2 se reportan con metástasis. Actualmente sin recurrencia a 1 año de cirugía.

Cáncer de vulva, revisión de factores pronóstico y manejo experiencia Hospital General de México 2002-2006

Piñón Carreras RA, Torres Lobatón A, Lara Gutiérrez C, Morales Palomares, Oliva Posada C, Castillo P, Alvarado IS
Hospital General de México, OD.

Objetivo: Revisión de la casuística, edad, factores pronóstico, así como el manejo del carcinoma de vulva en el Hospital General de México.

Se llama neoplasia maligna de la vulva a un tumor maligno, por lo general de origen epitelial, que presenta de forma primaria en la vulva, e invasor cuando sobrepasa la membrana basal. Un mínimo de 20% de las pacientes con lesiones de más de 2 cm de diámetro o invasión de más de 3 mm, presentarán metástasis en ganglios linfáticos.

Se valorará el subtipo histológico ubicado con mayor frecuencia en el servicio, así como subtipos histológicos: queratinizante, no queratinizante, basaloide, verrugoso, condilomatoso y acantolítico.

Análisis de factores de riesgo que se han demostrado favorecen el desarrollo de cáncer de vulva, la edad, bajo nivel socioeconómico, escolaridad, tabaquismo, trabajos en lugares con uso de químicos y tintorería, obesidad y antecedentes de enfermedades como sífilis, granuloma venéreo y granuloma inguinal así como la aparición de verrugas vulgares, inflamación crónica, distrofias vulgares.

Valoración del tratamiento quirúrgico, evolución, complicaciones y seguimiento.

Tumores de músculo liso uterino de comportamiento incierto, presentación de casos clínicos y revisión de la bibliografía

Miranda Castañón FJ, Seir Cortés, Maribel Cardoso, Miguel Farías, Jesús M. González, Beatriz Ortega M.
CMN 20 de Noviembre ISSSTE.

Introducción: Los leiomiomas uterinos son las neoplasias más comunes del tracto genital femenino, 77% de los especímenes de histerectomía presentan esta patología, sólo 0.9-1.7% de los casos presentan leiomiomas. Los criterios histológicos para definir un leiomiomas comprenden el número de mitosis por campo, la presencia de necrosis coagulativa y la invasión a tejidos adyacentes, sin embargo, existe un grupo de pacientes que no reúnen las características para ser designadas como leiomioma o como leiomiomasarcoma y se designan como tumores de músculo liso uterino de comportamiento incierto o "borderline".

Objetivo: Presentar 4 casos de tumores de músculo liso uterino de comportamiento incierto y realizar una revisión de la bibliografía.

Presentación: Se trata de 4 pacientes de sexo femenino de 40 a 48 años de edad que presentaron cuadro de malestar intestinal, distensión abdominal y dolor abdominal como motivo de consulta, por TAC abdominopélvica con sospecha de sarcoma, así como por hallazgos de cirugía, sin embargo el reporte histopatológico de la pieza no muestra datos de malignidad por lo que se catalogan como tumores de músculo liso uterino de comportamiento incierto.

Conclusiones: Los tumores de músculo liso uterino de comportamiento incierto, son una entidad clínica de rara presentación que implica una decisión terapéutica difícil, ya que no se disponen en la actualidad de estudios con suficiente peso estadístico que justifiquen un tratamiento radical o que recomienden por otro lado una actitud conservadora.

Tumor neuroendocrino de mediastino anterior. Reporte de un caso

Garnica Jaliffe G¹, Gutiérrez Colín C¹, Torres Aguilar M1, Figueroa Badillo J².
¹Residente de 2º año de Oncología Médica, ²Jefe del Servicio de Oncología Médica. Hospital General de México OD. México, D.F.

Antecedentes: Tumores neuroendocrinos (TNE) derivan de células enterocromafines incidencia 1 caso por millón, 1% en autopsias, pocos clínicamente detectables, positivos a enolasa neurona específica, cromogranina A, sinaptofisina.

Objetivo: Dar a conocer este caso por ser una patología rara.

Informe del caso: Femenino de 30 años, padecimiento 1 año caracterizado por dolor en tórax anterior, tipo opresivo, sin irradiaciones, disnea de pequeños esfuerzos, en radiografía se encuentra tumor en mediastino anterior, toma de biopsia. Reporte: tumor maligno de células redondas y azules compatible con linfoma no Hodgkin de alto grado de malignidad. Valorada por hematología, por gravedad del caso y sospecha de linfoma inician con dexametasona 40 mg x día x 5 días, inmunohistoquímica (ihq) reporta: cd3 y cd20 negativos, se descarta linfoma.

Por deterioro administran 2 ciclos de chop, encontrándose mínima respuesta, ihq revisada reporta cromogranina positiva y citoqueratina, marcadores compatibles con carcinoma neuroendocrino.

Enviada a oncología médica solicitándose gammagrama óseo (GGO) reporta lesiones 2o. arco costal izquierdo, crestas ilíacas, fémures, compatibles con metástasis.

Resultados: Inicia ep (etopósido 100/m2/día/3d, cisplatino 80 mg/m2/día 2). 9 ciclos. TAC: tumor de 7.5x4x6 cm. Ggo 2 regiones captantes en fémur, cadera izquierdas. Presenta dolor pélvico irradiado a ambos muslos, comienza carboplatino auc 4(450 mg) paclitaxel 135 mg/m2 (200 mg). TAC: residual mediastinal 7 cm parcialmente calcificado, enfermedad ósea en mejoría.

Discusión y conclusiones: La quimioterapia combinada puede considerarse 1a. línea en busca de reducción del tamaño tumoral, se tomó opción con esquema ep posteriormente carboplatino, paciente se encuentra en buenas condiciones generales.

Sarcoma sinovial primario de pulmón. Reporte de un caso

Rojas-Calvillo A, Serrano-Ortiz R, Cabrera-Galeana Paula, Gómez-Villanueva A, Gómez-Plata E, Pineda-Rodríguez R.
Centro Oncológico Estatal ISSEMYM (COE). Toluca, Estado de México.

Antecedentes: El sarcoma sinovial es considerado el tercer tipo histológico más común (8%) en los sarcomas de partes blandas, pero es extremadamente raro encontrarse como primario pulmonar (<1%).

Objetivo: Reporte de caso.

Caso clínico: Femenino de 34 años con cuadro de 2 meses de evolución con dolor en hemitórax izquierdo, disnea progresiva hasta la ortopnea. Radiografía de tórax que mostró derrame pleural izquierdo total. Citología de líquido pleural positivo a malignidad. La tomografía evidenció una lesión dependiente del lóbulo inferior izquierdo. Presenta evidencia de derrame pleural hemorrágico condicionando estado de choque hipovolémico por lo que se sometió a toracotomía de urgencia. El hallazgo fue de necrosis y sangrado tumoral, realizando solamente tumorectomía. Resultado histológico por inmunohistoquímica de sarcoma sinovial monofásico poco diferenciado. Se otorgó quimioterapia con adriamicina (5 ciclos monodroga) y un estudio de pet ct al término, reportó nódulo en lóbulo inferior izquierdo de 3 cm adyacente a diafragma sugestiva de actividad tumoral. Se realiza nueva toracotomía con resección diafragmática y lobectomía inferior izquierda.

Discusión: La hemorragia aguda es la presentación habitual de estas lesiones, obligando a un manejo quirúrgico de urgencia y limitado en márgenes de resección. La sobrevida a 5 años es del 20-50%. Los factores pronóstico que determinan la supervivencia son el tamaño tumoral, extensión de la necrosis tumoral, márgenes de resección y el grado de diferenciación.

Tumor de células germinales no seminomatoso maligno tipo somático. Reporte de un caso

González Avilés JM., Rosas Zúñiga L, De Obaldía Castillo G, Ramírez Heredia J.
CMN 20 de Noviembre ISSSTE.

Introducción

La mayoría de los tumores de células germinales se originan dentro del tejido gonadal, pero el mediastino es el sitio más común de desarrollo extragonadal. Son más comúnmente vistos en el mediastino anterior y ocurren en 10 a 15% de todos los tumores primarios del mediastino. Los tumores de células germinales del mediastino ocurren en sólo 2 a 5% de todos los tumores germinales, pero éstos constituyen 50 a 70% de todos los tumores extragonadales.

Presentación del caso

Masculino de 21 años de edad, quien inició su padecimiento en febrero del 2007, sometido a estudios de extensión por tumor mediastinal con diagnóstico histopatológico de blastoma pulmonar bifásico, inicialmente con afp 741 ng/mL, hcgf- 2.16 ng/mL. Recibió 4 ciclos de bep, con respuesta parcial y afp posquimioterapia de 4.37. Se sometió a toracotomía izquierda resecando tumor mediastinal. El reporte de patología fue tumor de células germinales no seminomatoso maligno tipo somático (componentes malignos: condrosarcoma, liposarcoma, osteosarcoma, rabdomiosarcoma pleomorfo, leiomiomasarcoma y angiosarcoma), hay necrosis en 20% del tumor. Enviándose nuevamente al servicio de oncología médica, servicio en el que continúa.

Discusión

Ochenta y cinco por ciento de los tumores de células germinales no seminomatoso ocurre en hombres, con una media de 29 años. Son más comúnmente localizados en el mediastino anterior, éstos tienen la propiedad de desarrollar un componente maligno de células no germinales. Como es nuestro caso. Niveles elevados de -hcg son vistos en 30 a 50% de los pacientes, y afp es detectado en 60 a 80%. Tienen pobre pronóstico, 75 a 95% de los pacientes tienen metástasis distantes al momento del diagnóstico. El tratamiento inicial con cisplatina que incluye etopósido y bleomicina en cisplatino, observando respuesta completa en 54% de los pacientes, y 42% de sobrevida libre de enfermedad.

Tumor fibroso solitario primario de mediastino. Presentación de un caso

Martínez Martínez G, Vargas Martínez E, Aranda Sánchez F, Álvarez Ordorica O, Bautista Aragón Y, Magaña R, Pérez Martínez M, Alejandro Silva J. UMAE
Hospital de Oncología CMN Siglo XXI. México, D.F.

El tumor fibroso solitario, también llamado mesotelioma fibroso benigno muy raro se presenta en 0.5%, se manifiesta comúnmente como una masa mediastinal única o en el retroperitoneo. Los síntomas dependerán básicamente del tamaño del tumor. Por su localización en el mediastino anterior, se debe hacer diagnóstico diferencial con timoma, tumor germinal, linfoma, paraganglioma, lipoma, hemangioma, mesotelioma, leiomiomasarcoma, sarcoma sinovial monofásico y schwannoma maligno.

El error diagnóstico es muy alto, ya que puede semejar otros tipos de sarcomas, principalmente leiomiomasarcoma 13, 15, 16 e histiocitoma fibroso maligno.

Se presenta caso masculino de 60 años, ecog 1 sin antecedentes de importancia. Inicia en noviembre 2002 con disnea y tos. TAC de tórax. Tumor en mediastino de 9x7 cm con afección de pleura izquierda y grandes vasos.

Irreseccable. Rhp: tumor fibroso solitario: citoqueratinas negativas, cd57, cd20, cd34 negativo desmina negativo actina. Recibe 45 Gy en 25 fx paliativo, mejoría leve de la tos. Se deja en vigilancia. Sg 2 años. Fallece por neumonía adquirida en la comunidad.

Estos tumores generalmente son únicos y están encapsulados, miden entre 5 a 20 cm de diámetro.

La inmunohistoquímica es útil para el diagnóstico diferencial de los sarcomas del mediastino. La vimentina es el anticuerpo más importante; es positivo tanto para leiomiomas como para el tumor fibroso solitario. 13, 14, 18 las queratinas, la mioglobina, y la proteína s-100 son negativas para ambos tumores, 13 los hemangioendotelomas son positivos para factor viii.7 el tratamiento es quirúrgico. La radioterapia podría tener un papel. Son quimiorresistentes.

Germinoma de tórax. Reporte de un caso

Trigueros M, García Covarrubias L, Calvo Villalobos I, Villagrán J, J. José Tijerina A, Rosalba García R, Iván Torres B, J. Alejandro Mena, Danahe Ortuño G, Aldo García C. Hospital General de Morelia "Dr. Miguel Silva". Departamento de Cirugía y Patología.

Antecedentes: Los germinomas son un grupo heterogéneo de neoplasias, originado de células germinales que no migraron durante embriogénesis. El mediastino anterior es el sitio más frecuente extragonadal, representando 10%. Predominan en la 2a. y 3a. décadas, 90% hombres, a descartarse patología gonadal. El uso de marcadores como alfa feto proteína y fracción beta de gonadotropina ayuda a distinguir la estirpe.

Objetivo: Describir el caso de un paciente con esta patología.

Material y métodos: Se resume el caso clínico con estudios de imagen laboratoriales, e histopatológico.

Resultados: Masculino de 20 años, sin antecedentes de importancia. Inicia hace 1 año con disnea progresiva. Se agrega dolor torácico opresivo, fiebre, rubicundez facial, rinorrea, hemoptisis, y pérdida de 14 kg. Ef: Signos vitales normales, adenomegalia cervical derecha, hipoventilación hemitórax derecho, ruidos cardíacos velados, resto normal. Con dhl de 847, resto laboratorios normales. En rx ensanchamiento mediastinal, ekg disminución de voltaje, derrame pericárdico por ecocardiograma y TAC con tumor mediastinal. En cirugía, tumoración mediastino anterior y superior, lobulada, adenomegalias e infiltración a pericardio y corazón.

Conclusiones: El tumor primario de células germinales, debe considerarse en el diagnóstico diferencial de tumores mediastinales en hombres jóvenes aparentemente sanos.

Caso clínico de paciente con angiosarcoma de pericardio

Hernández Luis G, Magaña Serrano R, Álvarez Ordorica O, Aranda Sánchez F, Quintana Quintana M, Silva AJ, De Anda J. UMAE Hospital de Oncología CMN Siglo XXI. México, D.F.

Introducción: Los tumores malignos del pericardio son extremadamente raros, la mayoría son metastáticos y la mitad de éstos son mesotelomas, el resto suelen ser sarcomas, entre éstos se incluyen los angiosarcomas. No más de 20 casos se han reportado en la literatura mundial. Patológicamente con espacios vasculares atípicos y células endoteliales bizarras. Asociación causal con la exposición al cloruro de vinilo, sobre todo en angiosarcoma hepático. Edad media en quinta década de la vida.

Presentación del caso: Hombre de 53 años, con antecedente de tabaquismo (seis cigarillos al día). Inició en 2005 con tos productiva, esputo purulento y dolor en hombro izquierdo no irradiado, hipostenia, hipodinamia, pérdida de peso de 10 kilogramos en un mes, fiebre no cuantificada, sin predominio de horario. Progresión a disnea de medianos esfuerzos. Por tomografía con tumoración pulmonar izquierda, hipodensa y con engrosamiento pleural. Toracotomía en diciembre de 2006 con tumorectomía, resección en cuña y parche de pericardio, reportó tumor de 15x18 centímetros, dependiente de pericardio, adherido a lingula, reporte histopatológico de neoplasia de canales vasculares irregulares, con endotelio prominente, atipia, mitosis y pleomorfismo de células endoteliales, cd-31, cd-34 positivos, negativo a calretinina, ckae1/ckae3 tratado con radioterapia a dos de 45 greys en 25 fracciones, con buena respuesta.

Discusión: Diagnóstico histopatológico es esencial para el diagnóstico, con amplia muestra del pericardio, lo que también previene complicaciones. Pronóstico sombrío, supervivencia menor de 12 meses. Muy importante prevenir el tamponado cardíaco. Tratamiento de elección, resección y radioterapia.

Sarcoma primario de corazón. Presentación de dos casos y revisión de la literatura

Rojas-Flores M¹, Ramírez-Velásquez J¹, Gómez-Roel X¹, León-Rodríguez E¹, Lino Silva L².

¹Departamento de Hematología-Oncología, ²Departamento de Anatomía Patológica. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México, D.F.

Antecedentes: Los sarcomas en tejidos blandos constituyen menos de 1% de todos los cánceres, de los cuales los angiosarcomas representan sólo 2% de los sarcomas.

Objetivo: Presentar dos casos de sarcoma cardíaco primario y revisión de la literatura.

Pacientes y métodos: Caso I. Mujer 39 años que en 2001 inició con taquicardia, disnea en reposo y dolor precordial. Ecocardiograma transesofágico: masa en pared anterolateral de ventrículo derecho. TAC tórax: 3 metástasis pulmonares. BAAF de lesión pulmonar: sarcoma fusocelular, vimentina+, citoqueratina+. No recibió tratamiento. Falleció un mes posterior al diagnóstico. Caso II. Hombre de 39 años que en 2006 inició con dolor infraescapular, edema de miembros pélvicos y ortopnea. Ecocardiograma: tumor en aurícula derecha (AD) de 42x50 mm. Resonancia magnética: metástasis pulmonares.

Se realizó resección paliativa de tumor y reconstrucción de AD. Patología: sarcoma fusocelular. No recibió otro tratamiento. Falleció 2 meses posteriores al diagnóstico.

Discusión y conclusiones: Los sarcomas primarios de corazón son raros y constituyen menos del 25% de los tumores primarios cardíacos. Se presentan con mayor frecuencia durante la cuarta década de la vida. La localización más frecuente es en aurícula derecha (78%). La presencia de metástasis al diagnóstico es hasta 89%, siendo el pulmón el sitio más frecuente. La supervivencia es de 6 meses y está determinada por la presencia de necrosis, localización del tumor y tratamiento con quimioterapia. El pronóstico es muy pobre relacionado con la dificultad de escisión completa, proximidad a estructuras vitales, crecimiento rápido y metástasis tempranas.

Osteoblastoma mandibular. Un reto diagnóstico

Soto-Dávalos BA¹, Cortés Flores AO¹, Herrera-Gómez Á¹, Granados-García M², Lavín-Lozano AJ².

¹División de Cirugía Oncológica. Instituto Nacional de Cancerología, ²Departamento de Cabeza y Cuello. Instituto Nacional de Cancerología. México.

Introducción: El osteoblastoma es un tumor óseo benigno que fue descrito por primera vez en 1956. Representa 1% de todos los tumores y comúnmente involucra la columna y el sacro de pacientes jóvenes, encontrándose en la mandíbula en menos del 5%. Debido a la infrecuencia de este tipo de tumor en esa área, el diagnóstico raramente se establece si no existe cooperación interdisciplinaria del área clínica y de imagen.

Objetivo: Presentar un caso de osteoblastoma mandibular inicialmente diagnosticado como osteosarcoma.

Material y métodos: Caso: masculino de 17 años de edad con una lesión de 3 cm en la región mandibular de 6 meses de evolución. Se tomó una biopsia y se reporta como osteosarcoma. Se inicia tratamiento a base de quimiorradioterapia (7 ciclos de quimioterapia basada en platino +45 Gy al sitio del primario) con progresión del tamaño del tumor. Se tomó una segunda biopsia en la que se reporta fragmento de cartilago y hueso atípico. Se realiza una resección segmentaria de mandíbula con un reporte de patología final de un osteoblastoma de 8x5x3.5 cm.

Conclusión: El osteoblastoma debe diferenciarse de otros tumores óseos con base a sus características integrales clínicas, histológicas y radiológicas. Debido a la baja frecuencia del tumor una presentación clinicoradiológica ambigua con características histopatológicas mal definidas pueden confundirse con tumores óseos malignos.

Osteosarcoma mandibular con recurrencia local. Reporte de un caso

Hernández García AD, Escalera Vargas O, Rojas Rueda D, Sandoval Jiménez S.

Hospital Regional León del ISSSTE. León, Guanajuato, México.

Antecedentes: El osteosarcoma mandibular es poco frecuente, suele ser menos agresivo que los osteosarcomas de otros sitios, la invasión suele ser local. Más común en mujeres entre la tercera y cuarta década de la vida, el tratamiento quirúrgico requiere resección completa de la lesión primaria, la terapia adyuvante es útil sobre todo para prevenir recurrencias.

Objetivo: Reporte de caso de osteosarcoma mandibular, seguimiento y anejo de recurrencia.

Informe del caso: Mujer de 58 años, diabética, hipertensa, antecedentes neoplásicos familiares, cuadro de 1 año de evolución con parestesia hemifacial derecha, manejada como problema odontológico, 6 meses después presenta crecimiento mandibular derecho, toma de biopsia de proceso alveolar con sarcoma osteoblástico infiltrante, se complementa protocolo prequirúrgico; se realiza mandibulectomía con rotación de colgajo miocutáneo pectoral y reconstrucción con placa de titanio, procedimiento sin incidentes, reporte de patología osteosarcoma condroblástico con márgenes libres, a los 3 meses sin datos de actividad tumoral, pero con exposición de prótesis, se reinterviene para retiró y colocación de prótesis de acrílico previo a inicio de quimioterapia y radioterapia adyuvante. Un año posterior a último evento quirúrgico con datos de enfermedad recurrente, por lo que se realiza cirugía de rescate colocando injerto de peroné más terapia adyuvante.

Resultados: A 4 meses de última intervención, asintomática, clínicamente y por imagen sin datos de actividad locorregional, aun en tratamiento con quimioterapia y radioterapia.

Discusión y conclusiones: El osteosarcoma mandibular, es un tumor biológicamente agresivo, es mandatorio el seguimiento después del manejo quirúrgico para la identificación y manejo de recurrencias locales.

Mixofibroma odontogénico. Presentación de un caso y revisión de la literatura

Sánchez Hernández DO.

Antecedentes: El mixofibroma odontogénico es una neoplasia poco frecuente y representa menos del 5% de todos los tumores odontogénicos y su origen aun es controvertido y el sitio más frecuentemente afectado es la mandíbula.

Objetivo: Exponer la experiencia de un caso de mixofibroma odontogénico, su tratamiento y evolución.

Informe del caso: Masculino de 68 años, tabaquismo y alcoholismo intensos. Su padecimiento actual lo inició un año previo con aparición de tumor en paladar duro derecho, blando, no doloroso, crecimiento lento y pérdida espontánea de piezas dentarias. A la exploración se identificó tumor en paladar duro derecho de 4x3 cm, exofítico irregular de consistencia blanda y ausencia de piezas dentales en lesión, en TAC se observó tumor con infiltración del paladar duro, penetración a antro maxilar y etmoidal ipsilateral. No se identificó metástasis pulmonares. Fue sometido a hemipalatectomía derecha con reporte patológico de mixofibroma odontogénico, con adecuada evolución.

Resultados: Paciente con evolución satisfactoria y sin evidencia de recurrencia a 19 meses de seguimiento.

Discusión y conclusiones: Es una neoplasia benigna infrecuente, representa menos del 5% de los tumores odontogénicos, su origen aun no está claramente establecido, pero se propone que su histogénesis está íntimamente relacionada con el germen dentario en desarrollo. Su distribución es similar en ambos sexos, ocurre antes de los 10 años y después de los 50. Clínicamente se trata de lesiones asintomáticas inicialmente, crecimiento lento e invasivo. Dependiendo de las estructuras invadidas son sus manifestaciones clínicas. El tratamiento es la resección y se reportan recurrencias hasta 25% de los casos.

Displasia fibrosa poliostótica. Presentación de un caso

González Avilés JM, Gurrola Machuca H, Acosta Mondragón H, Ramírez Heredia J. *CMN 20 de Noviembre ISSSTE.*

Introducción

El término displasia fibrosa fue descrito primero por McCune-Albright en 1937, y acuñado por Lichtenstein y Jaffe en 1942. Para describir un trastorno que afecta fundamentalmente al hueso, es la anomalía ósea más frecuente del desarrollo y puede aparecer en cualquier localización del esqueleto. Se conocen varios tipos: monostótica, poliostótica y panostótica.

Caso clínico

Masculino de 19 años de edad, quien inicia padecimiento actual en mayo del 2006 caracterizado por aumento de volumen a nivel maxilar izquierdo, exoftalmos ipsilateral y rinorrea hialina. En tomografía de macizo facial se observa tumor de antro maxilar izquierdo con destrucción del piso y compromiso de órbita y cavidad nasal izquierda con desplazamiento inferior de paladar duro. En radiografías de tibia y peroné izquierdo, con datos radiológicos de displasia fibrosa. Se le realizó biopsia incisional de tumoración en antro maxilar, con reporte de displasia fibrosa, no se observan criterios de malignidad en este material revisado.

Discusión

Describimos un caso interesante de displasia fibrosa poliostótica, y quien estaba en estudios para determinar probable síndrome de Albright. Se le explicó a la madre en conjunto con el paciente que el tratamiento era quirúrgico, así como riesgo-beneficio, y pronóstico de su enfermedad de base (sx alport-irc terminal), decidiendo sólo aceptar tratamiento paliativo. Esta es una enfermedad poco frecuente, cuya clínica deriva del desplazamiento de estructuras vecinas debido al crecimiento progresivo tumoral y a su localización. El diagnóstico se basa sobre todo en estudios de imagen y anatomopatológico. El tratamiento es quirúrgico, con reconstrucción encaminada a preservar la función y la estética. En ocasiones es difícil la extirpación completa, habiendo un gran porcentaje de recidivas (10-25%). La malignización es posible en 0,4 a 1%.

Manejo de ameloblastoma mandibular y reconstrucción mandibular. Reporte de un caso

Rojas Rueda D, Escalera Vargas O, Hernández García AD. *Hospital Regional León del ISSSTE. León, Guanajuato, México.*

Antecedentes

Los tumores odontogénicos malignos epiteliales incluyen al ameloblastoma, que es el más frecuente de estos tumores, es un tumor benigno, invasivo localmente, que excepcionalmente da metástasis; son estas características las que aun conservando sus características histológicas benignas, lo definen como ameloblastoma maligno.

Objetivo

Presentar caso de ameloblastoma, así como las opciones de manejo quirúrgico y la opción de reconstrucción con canastilla de titanio e injerto óseo.

Informe del caso

Femenino de 23 años de edad con antecedentes de importancia; abuelo paterno con antecedentes de cáncer de próstata. Inicia el padecimiento 2 meses de evolución previas a su valoración con dolor dental a nivel de molares inferiores derechos con manejo sintomático sin presentar mejoría, por lo que se realiza ortopantografía identificando lesión en rama mandibular derecha referida a nuestro servicio donde se realiza una biopsia de la lesión diagnosticando un ameloblastoma, se solicita TC de macizo facial detectando lesión mandibular derecha en rama horizontal y ascendente, se programa para cirugía realizándose hemibulectomía derecha con colocación de canastilla de titanio e injerto óseo

Resultados

Paciente evoluciona satisfactoriamente presentando reconstrucción facial con canastilla e injerto con buenos resultados funcionales y estéticos, sin presentar datos de actividad tumoral locoregional.

Discusión y conclusiones

Se demuestra que la mandibulectomía es un manejo eficaz para el ameloblastoma de mandíbula, al cual dada la destrucción de la estructura facial en su reconstrucción se pueden incluir prótesis con canastilla de titanio e injerto óseo con muy buenos resultados estéticos y funcionales.

Carcinoma papilar de tiroides originado en quiste tirogloso. Reporte de un caso y revisión de literatura

Rico Morlán F, Sandoval Terán M, Tenorio Argüelles R, García Estrada J, Arana Rivera E, Hernández Cuéllar A, Ibáñez García O, Pérez Gómez G. *Servicio de Tumores de Cabeza y Cuello, Unidad de Oncología, Hospital General de México OD.*

Introducción

El conducto tirogloso es una anomalía congénita resultado de la retención del tracto epitelial entre la tiroides, el foramen cecum y el piso de la faringe. En 70% de los quistes tiroglosos se encuentra tejido tiroideo en la pared lateral del quiste y la incidencia de carcinoma en el mismo es menor a 1%.

Reporte de caso

Femenino de 40 años. Cuadro clínico de 3 años presentando aumento de volumen en la región anterior de cuello de crecimiento progresivo, ef presenta nodulación de región suprahiodea de 3x2 cm. Por arriba de cartilago tiroides, con elevación a la deglución, dx: quiste tirogloso, usg: tumoración quística en región supratiroidea pb quiste tirogloso, gammagrama tiroideo: tiroides con morfología y captación en parámetros normales, se realiza BAAF: lesión quística (en un fondo proteináceo y hemorrágico se identifican macrófagos espumosos y grupos tridimensionales de células epiteliales de origen tiroideo con conservación de la relación núcleo citoplasma), se realiza procedimiento de sistrun; hallazgos: lesión quística de 2x2 cm. Fija a hueso hiodes eto: carcinoma papilar de tiroides, evolución estable, clínicamente asintomático se presenta rhp definitivo: carcinoma papilar de tiroides, se programa para tiroidectomía total más disección de compartimiento central, la cual se realiza con rhp: tiroides normal.

Discusión

Las manifestaciones clínicas del carcinoma del quiste del conducto tirogloso son inespecíficas para el diagnóstico, el cual, usualmente se hace por el examen histopatológico de la pieza operatoria. El ultrasonido se debe emplear como principal prueba diagnóstica, debido a su inocuidad, fácil realización, bajo costo y porque además nos permite evaluar la glándula tiroides, el quiste del tirogloso y las cadenas ganglionares cervicales al mismo tiempo. El tratamiento de estas lesiones es controversial, la discusión se centra en si se debe realizar la tiroidectomía total en un segundo tiempo inmediato o controlar estrechamente al paciente en su evolución. Todos estos pacientes deben iniciar posterior al tratamiento quirúrgico, tratamiento supresor con hormona tiroidea a dosis subtóxicas.

Carcinoma papilar de tiroides oculto en hiperparatiroidismo primario. Reporte de un caso y revisión de literatura

Pérez Gómez GF, Sandoval TM, Rico MF, Acosta A; García e. J; Arana r. E; Cuéllar H, Ibáñez g.o; Herrera A, Sanabria m.o, Fajer f.m, Cedillo R, Olivares g.g, Escalona r.p, Toiber I.m. *Hospital General de México. México, D.F. Oncología. Tumores de Cabeza y Cuello.*

Antecedentes: La asociación carcinoma de tiroides y adenoma paratiroides es poco frecuente, mayor incidencia en pacientes radiados. En 22 pacientes, de una serie de 824 (2,7%) con hiperparatiroidismo primario (hptp), de (21/22) carcinoma papilar y uno folicular, adenomas la causa más frecuente del hptp (15/22). No se encontró carcinoma paratiroides. Otras reportan asociación de hptp y enfermedad tiroidea en 15-35%. Esta asociación ha resaltado la evaluación patológica de la tiroides en hptp y la planeación quirúrgica.

Reporte del caso: Femenino de 42 años, antecedentes de laparotomía, embarazo ectópico, con padecimiento de año y medio caracterizado por dolor pélvico progresivo hasta ser incapacitante, estudios radiológicos lesiones osteolíticas en pelvis, cadera y cráneo valorado ortopedia con diagnósticos tumor pardo vs. células gigantes, calcio sérico 12.7 mg/dL, parathormona 1150 pg/mL, fosfatasa ácida 29.1 u/L fosfatasa alcalina 459 u/L. TAC imagen neoplásica de glándula paratiroides izquierda con reforzamiento lóbulo tiroideo izquierdo, exploración de cuello eto adenoma paratiroides y carcinoma papilar de tiroides con metástasis en compartimiento central en postoperatorio inmediato calcio 10.1 a las 24 horas 9.5 mg/dL.

Discusión y conclusiones: La patología tiroidea que más se asocia a hptp es cáncer tiroideo, nos obliga a buscar patologías concomitantes y resolver en un solo tiempo quirúrgico. Su relación se reconoce desde 1956, de igual forma la patología tiroidea se asociada a hptp en 0.29%. Es importante que en lesiones mayores de 1 cm y factores de alto riesgo para patología tiroidea el manejo debe ser radical.

Carcinoma insular de tiroides. Reporte de un caso

Cortés García CA, Gallegos Hernández JF, Martínez Martínez M. *Hospital de Oncología. Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, México*
Antecedentes: El carcinoma insular de tiroides tiene un comportamiento intermedio entre los carcinomas bien diferenciados y el indiferenciado o anaplásico. Es poco frecuente (2-4%), se ha confirmado alta agresividad, índices de recurrencia y metástasis del 20 al 60%, mortalidad a 10 años 13-41%. Los resultados del tratamiento de pacientes con carcinoma tiroideo insular son pobres, sin embargo, requiere tratamiento inicial agresivo 1,4, que debe incluir tiroidectomía total, linfadenectomía central, además i131 (60-600 mci) y radioterapia externa (2 a 5 Gy).

Objetivo: Presentar un caso de incidencia baja en nuestra comunidad y de mal pronóstico.

Informe del caso: Mujer de 22 años de edad, con nódulo en cara anterior del cuello, evolución larga y crecimiento lento, acompañado de dolor y disnea. Clínicamente tumor voluminoso en la cara anterior del cuello, de 12x8x5 cm, duro, fijo a la tráquea, en bloque con los ganglios cervicales. Con metástasis pulmonares y en mama derecha, de 5x5 cm. Realizamos tiroidectomía total, disección radical modificada de cuello bilateral, traqueostomía. Reportándose tumor de 20 x 20 cm dependiente de ambos lóbulos tiroideos, desplaza venas yugulares y arterias carótidas sin infiltrarlos, infiltra la tráquea en el cartilago cricoides y los primeros anillos traqueales. El reporte histopatológico concluyó carcinoma insular de tiroides. Posteriormente se realizó tumorectomía de la lesión mamaria derecha.

Conclusiones: El carcinoma insular de tiroides tiene un comportamiento clínico agresivo con pronóstico pobre, por lo que debemos realizar tratamientos agresivos basados en cirugía y posteriormente radioterapia (con yodo 131 y teleterapia).

Cáncer medular de tiroides como parte de la neoplasia endocrina múltiple tipo IIa. Reporte de 3 casos en una misma familia

Monroy Ramírez MÁ, Fonseca Morales JV, Zárate Osorno A. Oncoclínica. Hospital Español de México. México, D.F.

Antecedentes: La neoplasia endocrina múltiple IIa (NEM IIa) pertenece a un grupo de síndromes caracterizados por tumores de órganos endocrinos, siendo el cáncer medular de tiroides (CMT), el feocromocitoma y la hiperplasia paratiroidea las patologías que integran NEM IIa. Es una enfermedad familiar que se transmite de manera autosómica dominante, el CMT en pacientes con mutación del oncogén ret tiene una penetrancia del 100%.

Objetivo del estudio: Revisar el enfoque diagnóstico y terapéutico actuales del CMT en el entorno de NEM IIa.

Presentación del caso: Masculinos de 45, 56 y 40 años, hermanos consanguíneos con antecedente de haber sido intervenidos de suprarrenalectomía por feocromocitoma, en el hermano menor se detecta de manera incidental elevación del antígeno carcinoembrionario y calcitonina (298 pg/mL), ante la sospecha de NEM IIa se realiza pet con marcación anormal a nivel de cuello y mutación de protooncogén ret en los tres hermanos. Se realiza tiroidectomía total con disección selectiva bilateral de niveles II al VI más paratiroidectomía total con autotransplante en antebrazo izquierdo. El reporte de patología es de CMT y sólo uno de ellos presenta metástasis a 1 ganglio de la disección y ruptura capsular de la glándula.

Discusión: El tratamiento quirúrgico del cáncer medular de tiroides en el NEM IIa es la tiroidectomía total más disección central de cuello en los pacientes asintomáticos y podrá realizarse una disección más extensa dependiendo de los hallazgos operatorios, las glándulas paratiroides normales deberán ser reimplantadas. No olvidar la posibilidad de NEM en presencia de cáncer medular de tiroides.

Cáncer de tiroides sincrónico papilar y folicular. Reporte de un caso

Hernández Luis G, Álvarez Ordorica O, Aranda Sánchez F, Vargas Martínez E, Magaña Serrano R, Quintana Quintana M, Silva Juan A. UMAE Hospital de Oncología CMN Siglo XXI. México, D.F.

El cáncer de tiroides representa sólo 1.8% de todos los cánceres, y 0.41% de las causas de muerte en Estados Unidos en el 2005. Es el cáncer más común de las neoplasias endocrinas correspondiendo 91.2% del total de las neoplasias endocrinas y 56.5% de las muertes relacionadas por cáncer. El 80-85% corresponde a la estirpe histológica papilar, 10-15% folicular y 3-5% carcinomas de las células de Hürthle.

Se trata de paciente femenino de 63 años de edad, con los siguientes antecedentes de importancia: asma bronquial, arritmia cardiaca, se realizó cateterismo cardiaco desde los 20 años de edad, desde los 18 años con dx de hipertiroidismo en tx con tapazol durante 6 años, se dejó en vigilancia, hace 6 años le realizaron hemitiroidectomía izquierda por nódulos tiroideos. Noviembre del 2005 hemitiroidectomía derecha por aumento de volumen de nódulo tiroideo. Rhp 2 nódulos uno con ca papilar, y el otro con ca folicular. Aplicación yodo131 en mayo del 2006. Junio del 2006 con ganglio nivel II izquierdo con necrosis, con afección del plexo braquial derecho, con limitación funcional. Se realiza TAC de cuello: ganglios linfáticos menores de 1 cm, proceso inflamatorio en seno maxilar izquierdo con engrosamiento de la mucosa del piso. Se realiza disección radical de cuello rhp: inflamación crónica granulomatosa de tipo cuerpo extraño, hiperplasia mixta. TAC de control de cuello normal. Se realiza este reporte de caso por lo infrecuente de encontrarse las dos estirpes histológicas de cáncer de tiroides en forma sincrónica.

Rabdomiosarcoma pleomórfico laríngeo: tratado con resección endoscópica láser c02. Reporte de un caso y revisión de literatura

Vásquez Ciriaco S, Luna Ortiz K, Corona Cruz F, Alcántara Martínez F. Departamento de Cabeza y Cuello, Instituto Nacional de Cancerología. México D.F.

Antecedentes

Rabdomiosarcoma laríngeo (RL) es una enfermedad muy rara, aún más lo es la variedad pleomórfica con 16 casos reportados mundialmente, debido a su rareza, su tratamiento no está definido, tradicionalmente tratado con cirugía radical, radioterapia y/o quimioterapia.

Objetivo

Presentación de un caso de rabdomiosarcoma laríngeo pleomórfico tratado

con cirugía endoscópica láser existosamente a 1 año de seguimiento sin evidencia de enfermedad metastásica, presentando una alternativa al tratamiento tradicional con el mismo resultado oncológico y mejor calidad de vida.

Presentación del caso

Masculino de 44 años de edad, referido por historia de disfonía de 6 meses de evolución, a la exploración física con Karnosky 90%, nasofibrolaringoscopia con tumor localizado sobre la cuerda vocal derecha de aproximadamente 4 cm de diámetro, parética, cuello sin adenopatías palpables, los estudios complementarios con rnm con tumor limitado a la glotis. Tomografía pulmonar y abdominopélvica sin evidencia de enfermedad a distancia, es tratado con resección láser únicamente, con confirmación histológica e inmunohistoquímica. A 1 año de seguimiento con adecuada evolución.

Conclusiones

El RL se ha reportado en 16 casos mundialmente, 11 en la literatura inglesa, con rango de edad 33-72 años, casi todos hombres, principalmente originados en la glotis y con disfonía, su confirmación diagnóstica inmunohistoquímica sólo presente en 2 casos y en la mayoría con tratamiento radical, presentamos una forma alternativa de tratamiento con cirugía preservadora de órgano en casos seleccionados.

Paraganglioma laríngeo. Reporte de un caso y revisión de literatura

Rico Morlán F, Arana Rivera E, Olivares Guajardo G, Sandoval Terán M. Servicio de Tumores de Cabeza y Cuello, Unidad de Oncología, Hospital General de México OD.

Introducción

Los paragangliomas son tumores poco comunes de origen neuroendocrino originados de células de la cresta neural capaces de secretar hormonas del sistema apud. Los paragangliomas laríngeos son una patología excepcionalmente rara y frecuentemente son confundidos con otras patologías. Desde 1990 solo se han reportado 81 casos en la literatura.

Reporte de caso

Masculino 55 años con antecedentes de tabaquismo pasivo de 35 años, portador de HAS de 25 años. PA de 2 años de evolución odinofagia, disfagia así como cuadros infecciosos de vías respiratorias superiores así como disfonía progresiva de 3 meses y disnea de grandes esfuerzos en forma progresiva a la exploración física Karnosky 90%, sin alteraciones. Se realiza nasofibrolaringoscopia: tumor de 3 x 3 cm. Localizado a nivel de banda ventricular derecha que rechaza lateralmente la pared medial del seno piriforme y repliegue ariteno epiglótico derecho, se toma biopsia. Dx. Carcinoma supraglótico ec II (t2nomo). Rhp: displasia moderada de laríngeo. TAC cuello: neoplasia de morfología irregular que refuerza intensamente con contraste, localizado en el espacio paraglótico derecho, dx radiológico: tumor supraglótico hipervascular sugestivo de paraganglioma. Se realiza biopsia por laringo suspensión con reporte transoperatorio no concluyente sugiriendo una neoplasia epitelial se procede a exploración quirúrgica, se realiza laringectomía total más colocación de prótesis de voz traqueoesofágica, con hallazgos tumor de 5 x 4 cm. Localizado en la pared medial y lateral del seno piriforme derecho, que ocupa el espacio parafaríngeo ipsilateral con eto: sarcoma sinovial. La evolución postoperatoria cursando con fistula faríngeo cutánea al 6o. día de postoperado con manejo médico resolviéndose. El rhp definitivo: paraganglioma adherido a borde faríngeo derecho.

Discusión

Los paragangliomas laríngeos son lesiones submucosas originados de las células paraganglionares localizadas en las bandas ventriculares y la laringe subglótica. La evaluación de este tipo de neoplasias requiere una exploración física detallada, existen reportes de casos de paragangliomas familiares asociados a hipertensión arterial. El tratamiento descrito para estas lesiones es la completa escisión. Se ha utilizado en algunos casos la escisión con láser, sin embargo, la experiencia con esta modalidad terapéutica es poca.

Carcinoma de laringe con melanoma sincrónico de epiglote

Toiber Levy M¹, Cedillo Martínez R¹, Sandoval Terán M, Sanabria Oswaldo R², Hernández Graff F², Hernández Cuéllar A³, García Estrada J⁴.
¹Departamento de Tumores de Cabeza y Cuello. Hospital General de México, ²Residente Cirugía Oncológica Hospital General de México, ³Residente Cirugía General, ⁴Médico Adscrito Servicio de Cabeza y Cuello HGM, ⁴Jefe de Servicio Cabeza y Cuello HGM.

Introducción

La sincronía de carcinoma epidermoide de laringe con melanoma de epiglote es rara, se han reportado casos de sincronía anorrectal con melanoma y adenocarcinoma y melanoma de mucosas con carcinoma epidermoide de antro maxilar.

Presentación del caso

Masculino de 58 años con antecedente familiar de melanoma. Con historia de dos años con tos crónica y disfonía.

La nasolaringoscopia reportó lesión ulcerada en borde ventricular y cuerda vocal izquierda con reporte histopatológico de carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado de laringe, la tomografía de tórax reportó masa tumoral parahiliar derecha.

Fue intervenido de laringectomía y disección radical de cuello con evolución tórpida siendo reintervenido por sangrado del sitio quirúrgico. En el postoperatorio continuó con descenso de las cifras de hemoglobina sin sitio evidente de sangrado, se realizó gastrostomía como apoyo nutricional, encontrándose como hallazgo hemoperitoneo de 3000 cc y metástasis peritoneales de melanoma con sangrado activo, se realizó omentectomía total, cursó con datos de choque hipovolémico, por lo que requirió ser multitransfundido. Continuó con evolución tórpida y se decidió alta por máximo beneficio.

Discusión

Aunque la sincronía de estos tumores no es frecuente y la experiencia en su manejo es limitada. El pronóstico en estos pacientes es malo, y para hacer un diagnóstico oportuno se debe considerar la posibilidad.

Conclusiones

La baja incidencia de casos de tumores sincrónicos con carcinoma epidermoide de laringe con melanoma de epiplón hace difícil considerar el diagnóstico.

Paragangliomas intercarotídeos

Morales Palomares MÁ, Gutiérrez Arangure E, Morales Montiel TM, Jacuinde Ávila JI, Sandoval Terán M, Aragón Sánchez JF, Garibaldi García GN, Fuentes López MA, Paredes Cano R, Rico Morlán FI, Castro Chaidez E. Hospital ISSEMYM Satélite. Estado de México.

Introducción: Los paragangliomas son tumores neuroendocrinos, generalmente benignos que se originan de los paraganglios del sistema nervioso autónomo y de la bifurcación de la carótida. Objetivo: Presentar la experiencia en nuestro hospital.

Material y métodos: En un periodo de 2 años (marzo del 2001 a julio del 2003), se detectaron 5 casos de paragangliomas (4 intercarotídeos y uno parayugular) en el servicio de oncología quirúrgica del hospital ISSEMYM, Satélite. Se lleva a cabo un análisis de estos casos, enfocando la atención a las características clínicas, tratamiento y resultados.

Resultados: Con una edad de 28 a 54 años. El 80% tenían su residencia habitual en el Distrito Federal, ningún paciente tenía neumopatía hipoxémica, el tiempo de evolución fue de 3 meses a 12 meses. El diagnóstico se estableció con base a datos clínicos (tumor cervical) y a todos se les realizó usg cervical y arteriografía carotídea. Todos fueron operados por un mismo cirujano. En 1 caso se ligó la carótida externa y se colocó un injerto invertido de safena para tener continuidad la carótida interna. No se presentó ningún sangrado postoperatorio. Una paciente presentó desviación de la lengua que mejoró con rehabilitación. Dos pacientes cursaron con dificultad para deglutir en forma temporal. Todos los casos se confirmaron con estudio patológico definitivo. Actualmente están en control sin alteraciones.

Conclusiones: Esta patología poco frecuente, se detecta con más facilidad cuando se tiene más experiencia en su manejo. Por lo general, son patologías benignas y menos del 1% se asocian con cáncer, si su manejo es por un especialista en cirugía de cabeza y cuello el pronóstico es muy favorable. Su estado general después de una vigilancia después de 4 años es excelente. Se recomienda que el cirujano que realice este tipo de intervenciones tenga experiencia en cirugía de cabeza y cuello, principios de cirugía vascular y cuente con el apoyo de injertos vasculares sintéticos, además de contar con lupas para microcirugía.

Tumores del cuerpo carotídeo: experiencia de 5 años y medio

González Avilés JM, Ortega Meza BA, Acota Mondragón H, Ramírez Heredia J, Plácido Méndez A. CMN 20 de Noviembre ISSSTE.

Introducción: Los tumores del corpúsculo carotídeo son poco frecuentes, son lesiones derivadas de células paraganglionares de la cresta neural, de lento crecimiento e hipervascularizados, ocurren con mayor frecuencia en la mujer y en personas que viven en altitudes elevadas o sometidas a hipoxia crónica.

Objetivo: Describir nuestra experiencia en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de trece casos de tumores del cuerpo carotídeo.

Diseño: Elaborado en un hospital de tercer nivel de la ciudad de México, retrospectivo, longitudinal, observacional, no aleatorio y no comparativo, de enero del 2002 a junio del 2007.

Material y métodos: Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes de la sección de tumores de cabeza y cuello, de enero del 2002 a junio del 2006, se incluyeron pacientes de sexo femenino y masculino de cualquier edad con diagnóstico histológico de tumor del cuerpo carotídeo operados en el servicio, se analizaron las características clínicas, los estudios auxiliares de diagnóstico, extensión de la cirugía, morbimortalidad y secuelas.

Resultados: Todos los pacientes fueron del sexo femenino, con edad promedio de 50.7 años. El tiempo de evolución desde la detección del tumor hasta su resección quirúrgica fue en el rango de 6 meses a 15 años. El síntoma que predominó fue dolor local en 23%. Se realizó tomografía axial computarizada de cuello y angiografía a 12 pacientes, ultrasonido Doppler a 7 pacientes y a una se le diagnosticó por resonancia magnética. Se localizó el tumor en el lado derecho en 6 pacientes, en el lado izquierdo en 5 pacientes y en dos fueron bilaterales. El tamaño de los tumores se encontró en el rango de 3x2x1 cm a 6.8x4x4.2 cm. Durante el procedimiento quirúrgico fue necesario en 5 casos ligadura de vasos: carótida externa, vena yugular interna, arteria lingual, facial y tiroidea superior. El diagnóstico histológico fue de benignidad en todos los casos. Sólo una paciente presentó secuelas postoperatorias graves, un accidente vascular cerebral trombótico con hemiparesia faciocranial derecha. Las pacientes continuaron en vigilancia, de las cuales tres abandonaron el seguimiento.

Discusión y conclusión: A pesar de la baja incidencia de los paragangliomas carotídeos, gracias a los avances recientes, el diagnóstico puede realizarse con facilidad y menos invasión, es una patología de indicación quirúrgica que hoy en día es llevado a cabo de manera segura con morbilidad mínima.

Tumor del espacio parafaríngeo "zebra clínica"

Toiber Levy M¹, Aragón JF¹, Castro E², Sandoval Terán M³, García Estrada J⁴, Cedillo Martínez R⁴, Pérez G.

¹Residente Cirugía Oncológica Hospital General de México, ²Residente Cirugía General, ³Médico Adscrito Servicio de Cabeza y Cuello HGM, ⁴Jefe de Servicio Cabeza y Cuello HGM. Departamento de Tumores de Cabeza y Cuello Hospital General de México.

Introducción

Las lesiones en el espacio parafaríngeo son raras y pueden ser clínicamente silenciosas por mucho tiempo.

Su diagnóstico diferencial incluye tres categorías: congénitas, infecciosas o inflamatorias y neoplásicas.

Las neoplasias más comunes son de glándulas salivales, tumores neurogénicos y carcinoma metastático, la mayoría de las lesiones son benignas.

Presentación del caso

Femenino de 50 años sin antecedentes de importancia, con historia de un año y medio de evolución con aumento de volumen en hemicuello derecho, negó síntomas neurológicos. A la exploración física presentaba un tumor en el espacio parafaríngeo derecho de 3x3 cm, pulsátil que se desplazaba en sentido horizontal y no en sentido cefalocaudal y soplo carotídeo. Los estudios de extensión corroboraron una variante anatómica de la carótida que sigue un acodamiento ventrodorsal. La paciente lleva un seguimiento trimestral y usg Doppler anual y persiste asintomática.

Discusión

Mientras que los acodamientos de la carótida se supone representan solamente una variación anatómica, aún está en debate su relevancia clínica.

El conocimiento de las variaciones anatómicas de la aci es fundamental para el diagnóstico en pacientes con masas del espacio parafaríngeo.

La biopsia por aspiración con aguja fina (baaf), tiene una baja sensibilidad, debido a sangrado excesivo y problemas técnicos por la cercanía de estructuras vasculares.

Conclusiones

Las variantes anatómicas de la carótida pueden confundirse con tumores del espacio parafaríngeo y dada su alta frecuencia deben de ser consideradas dentro de los diagnósticos diferenciales para evitar complicaciones antes de llevar a cabo cualquier procedimiento invasivo.

Presentación de un sarcoma sinovial de hipofaringe

Faz-Eguía JM, Castruita AL, Urzúa A, León Arceo R.

Centro Médico del Noreste IMSS 25. Monterrey, Nuevo León, México.

Antecedentes: Los sarcomas representan menos de 1% de neoplasias de cabeza y cuello en adultos. Muestran una amplia variedad de presentación clínica desde lesiones de lento crecimiento hasta lesiones locorregionalmente destructivas con alto potencial de metástasis.

Objetivos del estudio: Presentar un caso de sarcoma de cabeza y cuello que se intentó tratamiento multimodal, pero cuya evolución fue modificada por embarazo.

Informe del caso: Mujer de 23 años que tenía 6 meses de evolución con disfonía, disfagia, tos hemoptoica y pérdida de peso de 8 kg. Se le realizó laringoscopia con hallazgo de tumor glótico que tomográficamente se observaba como tumor exofítico supraglótico. Por biopsia escisional se confirmó sarcoma de alto grado. Se le realiza hipofaringectomía parcial posterolateral más reconstrucción con colgajo radical libre con traqueostomía. El resultado histopatológico fue de sarcoma sinovial bifásico con límite quirúrgico libre de lesión. Se programó para radioterapia adyuvante primera fase al primario y zonas linfoportadoras de 45 Gy/25 fr. Pero no termina ya que refiere amenorrea de 2 meses; se confirmó con ecografía embarazo de 13.5 semanas de gestación. Se suspendió la radioterapia y se llevó el embarazo a término. A 2 meses posparto se hospitaliza por disnea documentándose derrame pleural derecho. En tomografía torácica se observó tumoración heterogénea basal derecha más derrame pleural ipsilateral.

Resultados: Inició tratamiento paliativo con quimioterapia a base de antraciclina.

Discusión y conclusiones: Por la heterogeneidad de estas neoplasias los tratamientos son individualizados. Las tasas de control local varían entre 41 a 80%. La aparición de metástasis a distancia está relacionada con sarcomas de alto grado y el sitio de presentación más frecuente es en pulmón.

Rabdomiosarcoma centrorfacial en adulto. Presentación de un caso

Magaña Serrano R, Álvarez Ordorica O, Hernández Luis GN, Aranda Sánchez F, Vargas Martínez E, Quintana Quintana M, Rivera Rivera S, Silva AJ, Alvarado I.

UMA Hospital de Oncología. CMN Siglo XXI. México, D.F.

El rabdomiosarcoma representa la neoplasia más común en tejidos blandos en la población pediátrica con una media de edad al diagnóstico de 8 años, sin embargo, la presentación posterior a los 20 años de edad es muy rara.

El presente caso se trata de paciente masculino de 34 años con antecedente de rinoplastia a los 32 años. Su padecimiento lo inició desde un mes previo a su ingreso a este hospital con la presencia de obstrucción nasal bilateral de predominio de lado izquierdo, así como opresión retroorbitaria, hiposmia, voz nasal y epistaxis intermitente, con hallazgo a la rinoscopia con tumor en fosas nasales, con toma de biopsia.

Reporte histopatológico: rabdomiosarcoma embrionario, positivo para mioglobina, negativo para desmina, citoqueratinas y antígeno leucocitario común. Se realizó resección craneofacial, con hallazgos de tumor de 4 cm, con infiltración a seno maxilar izquierdo y lámina cribosa, sin involucro de tejido cerebral con residual tumoral, por lo que recibió radioterapia sin evidencia de actividad tumoral por imagen, posteriormente recibe 4 ciclos de vec (vincristina, 4 epirubicina, ciclofosfamida) sin evidencia de actividad tumoral por tomografía de control. Con cambios posquirúrgicos, ausencia de cornetes, engrosamiento de la mucosa de pared lateral izquierda de antro maxilar, parte de las celdillas etmoidales, nasofaringe y órbitas normales.

El tratamiento del rabdomiosarcoma involucra modalidades como la cirugía, radioterapia y quimioterapia.

Resección craneofacial: carcinoma adenoideo quístico de glándula lagrimal

Flores Abraján P, Arias Novoa M, Ángeles J.
Instituto Jalisciense de Cancerología. Guadalajara, Jalisco

Antecedentes: Los tumores que afectan la base del cráneo representan menos del 1% de las neoplasias en Estados Unidos y 3% de las neoplasias del tracto aerodigestivo superior. Tumores de cavidad nasal, región etmoidal, son sitios que más frecuencia se extienden hacia la fosa craneal anterior. Los menos frecuentes tumores de glándula lagrimal, seno frontal, órbita, seno maxilar, calvarium, piel del cuero cabelludo y de la frente.

Objetivo: Presentar el caso de un femenino de 20 años, 24 semanas de gestación, con carcinoma adenoideo quístico de glándula lagrimal que infiltra base de cráneo.

Materiales y métodos: La paciente inicia desde febrero del 2006 con tumoración supraorbitario derecho, sometido a biopsia reportando carcinoma adenoideo quístico de glándula lagrimal derecha, clínicamente con exoftalmos, pérdida de movilidad de globo ocular y pérdida de la visión, resonancia magnética infiltración a globo ocular, a base de cráneo, valorada por perinatología y sometida resección craneofacial con excentración orbitaria, actualmente 4 meses de vigilancia sin recurrencia, en espera de radioterapia posterior a resolución del embarazo.

Conclusiones: La resección craneofacial es efectivo tratamiento quirúrgico para tumores con extensión intracraneal, la infiltración a duramadre y parénquima cerebral da sobrevida muy corta, en el caso de nuestra paciente con infiltración base de cráneo y bordes de resección negativos más radioterapia adyuvante mejora la sobrevida, al término del embarazo.

Necesidad de la disección de cuello posterior a qt/rt en cáncer de cabeza y cuello

Ramírez-Bollas J, Lavín-Lozano A, Romero-Huesca A, Albores-Zúñiga O, Pérez-Reyes R, Ramírez-Barrantes MM, Olvera-Suárez MJ, Aguilar-Ponce JI, Maldonado-Magos F, Granados-García M.

Departamento de Cabeza y Cuello. Instituto Nacional de Cancerología.

Introducción

Las neoplasias malignas de cabeza y cuello representan del 3 al 5% de todas las neoplasias malignas. Se han ensayado múltiples intentos terapéuticos con fines de órgano preservación. Las disecciones amplias con fines de curación mostraron una importante morbimortalidad, las modificaciones de esta técnica disminuyeron estas complicaciones. El factor pronóstico independiente más importante es la presencia de ganglios positivos. Establecer cuál es la mejor opción terapéutica para estos pacientes con respuesta completa al cuello, es necesario para ofrecer un tratamiento con menor morbilidad y seguridad oncológica. El objetivo fue evaluar el manejo del cuello en pacientes con carcinoma epidermoide localmente avanzado de cabeza y cuello posterior a tratamiento con qt/rt concomitante.

Materiales y métodos

Se realizó la revisión de expedientes entre junio 2001 a octubre 2005 se identificaron a todos los pacientes con carcinoma epidermoide de cabeza y cuello, con localización del primario en: cavidad bucal, bucofaringe, hipofaringe y laringe. Con enfermedad metastásica a ganglios cervicales (n1-3). Sin tratamiento previo con qt/rt y con enfermedad localmente avanzada (ec III, IVa y IVb).

Se ofrecieron tres esquemas diferentes de quimioterapia, con dosis totales de radioterapia de 70 Gy. La evaluación de la respuesta clínica y radiológica fue de acuerdo a la clasificación de la OMS. La evaluación de la respuesta patológica fue de acuerdo a clasificaciones previas antes descritas por algunos autores como respuesta completa (rc) y enfermedad residual (er). La disección del cuello se planeó posterior al término del tratamiento con qt/rt y con evaluación tomográfica previa y posterior al tratamiento. El análisis estadístico se realizó mediante estadística descriptiva.

Resultados

En el periodo comprendido se identificaron 20 pacientes. La media de edad fue de 58.9 años, 85% fueron hombres. La distribución del tumor primario fue en: cavidad bucal 3 pacientes (15%), bucofaringe 12 pacientes (60%), hipofaringe 1 paciente (5%) y laringe 4 pacientes (20%). La distribución por etapas fue ec III 3 pacientes (15%), ec iva 6 pacientes (30%) y ec ivb 11 pacientes (55%). El estado ganglionar fue n1 en 4 pacientes (20%), n2 en 5 pacientes (25%) y n3 con 11 pacientes (55%).

Los esquemas de qt fueron: platino/gemcitabine en 13 pacientes (65%), gemcitabine en 4 pacientes (20%) y cetuximab/gemcitabine en 3 pacientes (15%). El 100% de los pacientes recibieron el total de la dosis (70 Gy) entre un tiempo de prostración de 58 días en promedio.

Se realizaron 27 disecciones de cuellos en los 20 pacientes, de las cuales fueron disección selectiva en 6 (22.2%), radical modificada fueron 18 (66.6%) y radical clásica fueron 3 (11.1%). No se presentaron complicaciones perioperatorias relacionadas al tratamiento quirúrgico. El tiempo entre el fin del tratamiento y la disección del cuello fue de 11 semanas.

La respuesta clínica completa se presentó en 14 pacientes (70%), la respuesta radiológica completa se reportó en 13 pacientes (65%) y la respuesta patológica completa se presentó en 15 pacientes (75%). La respuesta completa en pacientes n1 fue en 3/4 pacientes (75%); de los pacientes n2 sólo 4 (80%) tuvieron respuesta completa y de los 11 pacientes n3, 8 (73%) tuvieron respuesta completa.

La correlación entre la respuesta clínica y patológica fue estadísticamente significativa de acuerdo a la prueba exacta de Fisher con un valor de $p = 0.013$, no así para la correlación entre respuesta radiológica y patológica, con un valor de $p = 0.206$.

Conclusiones

En paciente con rc (clínica y radiológica) sugerimos que puede omitirse la disección de cuello. En aquellos pacientes n1-3 con rp deberán someterse a disección de cuello. Paciente con n2 y respuesta completa podrán mantenerse en vigilancia. Los pacientes n3 con rc pueden quedar en vigilancia o llevarse a una disección de cuello planeada.

Fascitis nodular. Presentación de un caso

González Avilés JM, Gurrola Machuca H, Acosta Mondragón H, Ramírez Heredia J.
CMN 20 de Noviembre ISSSTE.

Introducción

En 1966 Mehregan *et al*, introdujeron el término fascitis nodular, que es una proliferación reactiva de células fibroblásticas y miofibroblástica.

Presentación del caso

Paciente femenino de 20 años de edad, quien en enero del 2007 fue sometida a resección de parótida izquierda, músculo esternocleidomastoideo, conglomerado ganglionar y resección parcial de músculo trapecio ipsilateral, los cuales se observaban tomados por el tumor. Dejando tumor residual de 1 cm. Que comprometía el tronco del nervio facial. Presentó buena evolución postoperatoria. El reporte de patología fue: producto de parotidectomía izquierda con tumorectomía y disección de conglomerado ganglionar, con fascitis nodular con patrón de crecimiento intermedio, con infiltración a tejido muscular, lesión a 0.2 cm. Del borde quirúrgico, con tamaño de 8 x 6 cm. Parótida con sialoadenitis crónica leve, conglomerado ganglionar con hiperplasia mixta. La parálisis facial en julio 2007 es mínima con adecuada respuesta a fisioterapia.

Discusión

La fascitis nodular se presenta por igual en ambos sexos, es más común entre los 20 a 40 años en extremidades, en la región de cabeza y cuello en cerca del 7%. Principalmente son neoplasias pequeñas de menos de 2 cm., y pueden llegar a medir hasta 10.5 cm., se originan a nivel subcutáneo, intramuscular, facial y otras (intravascular e intradérmica), pudiendo comprometer otros órganos. El compromiso de la glándula parótida es raro. Las tinciones para proteína s-100, desmina, cd 34, hmb 45 y citoqueratinas son negativas. Positividad para la actina específica de músculo y actina de músculo liso. Estos estudios inmunohistoquímicos apoyaron el diagnóstico emitido. El tratamiento más indicado es la extirpación quirúrgica, con buenos resultados incluso en casos en los que la extirpación se comprobó incompleta. También se refieren en la literatura casos con respuesta adecuada tras inyección intralesional de esteroide.

Carcinoma adenoideo quístico de cabeza y cuello

Luna-Ortiz K, Carmona-Luna T, Castellón-Benavides OJ, Villavicencio-Valencia V, Mosqueda-Taylor A.
Instituto Nacional de Cancerología. México D.F.
Departamento de Cabeza y Cuello.

El carcinoma adenoideo quístico (CAQ) es un tumor maligno originado en las glándulas salivales caracterizado por un crecimiento lento con escasa sintomatología, frecuentemente presenta invasión perineural y metástasis pulmonar y ósea.

Analizar la demografía en nuestra institución de todos los casos de CAQ en la región de cabeza y cuello, en un periodo de 20 años.

Se encuentran 68 casos 29.4% hombres y 70.6% mujeres, promedio de edad de 49 años, tiempo de evolución previo al diagnóstico de 28 meses. El sitio de presentación más frecuente fue antromaxilar, seguido de paladar duro, lengua y parótida. El tratamiento inicial en 39 casos fue quirúrgico seguido de radioterapia; en 12 casos solamente cirugía, 4 casos con radioterapia; 2 casos con cirugía más quimioterapia adyuvante; 2 casos con cirugía más quimioradioterapia adyuvante, 9 pacientes no aceptan tratamiento. El patrón histológico predominante fue el cribiforme. El tiempo de seguimiento ha sido de 1 a 224 meses (promedio 47.3). La supervivencia global fue de 47 y 17% a 5 y 10 años respectivamente. El periodo libre de enfermedad (PLE) fue de 55% 5 años y de 33% a 10 años.

El caso es una neoplasia infrecuente que requiere de un tratamiento quirúrgico seguido de radioterapia en casos específicos, el uso de quimioterapia es controversial. El sitio involucrado es de gran importancia para la supervivencia global, siendo ésta mejor al tratarse de parótida, comparado con glándulas de cavidad oral y seno maxilar; a diferencia del PLE que no muestra diferencia por subsitio.

Resección pancreatoduodenal en bloque por cáncer de colon. ¿Se justifica?

Cortés-García CA, Ramírez-Ramírez M de L, Luna-Pérez P.
Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, México.

Antecedentes: Los resultados a largo plazo de la resección en bloque del cáncer de colon que infiltra duodeno o páncreas son controvertidos.

Objetivo: Analizamos la morbilidad, patrón de recurrencia y sobrevida de los pacientes con cáncer de colon localmente avanzado con invasión al páncreas y/o al duodeno.

Material y método o informe del caso: Se revisaron los expedientes de 12 pacientes tratados en el servicio de colon y recto del hospital de oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Resultados: Se trataron de ocho hombres y cuatro mujeres, la edad promedio fue 51.8 años con una mediana de 54 años con un rango de 36 a 80 años, etapificados como Ila en un caso, IIb en ocho casos y IIIb en tres. La distribución por localización fue en ciego un paciente, colon ascendente uno, ángulo hepático tres, colon transversal dos, ángulo esplénico uno, colon descendente dos y en sigmoides un caso. Las cirugías efectuadas fueron como tratamiento inicial en 10 casos y recibieron quimioterapia adyuvante con 6 ciclos de 5fu/leucovorin, en los otros dos casos se trató de recurrencias locorregionales y por la etapa clínica no habían recibido adyuvancia. Las resecciones fueron de colon con pancreatoduodenectomía (dos casos), colon con resección parcial de duodeno (tres, a uno de los cuales se les reseccó pared abdominal), colectomía total más resección del cuerpo y cola del páncreas, bazo e intestino delgado (un caso), colon con pared abdominal y diafragma (un caso), colon y estómago (dos casos, uno de ellos con cuerpo y cola del páncreas), colon con cuerpo y cola del páncreas (dos casos, uno con resección de bazo y riñón), uno más con resección de colon con diafragma y pared abdominal. No tuvimos morbilidad operatoria, la hemorragia transoperatoria tuvo un promedio de 608 mL y rango de 170 a 1500 mL. La morbilidad postoperatoria fue de 16.6%. La tasa de recurrencia fue del 25% (4 casos), fueron rescatados todos con cirugía, presentándose nueva recurrencia en uno de ellos. Tenemos una media de seguimiento de 28.8 con una mediana de 39 meses y rango de 4 a 66 meses.

Discusión y conclusiones: Aunque hay pocos casos reportados en la literatura internacional, con los datos obtenidos de nuestra revisión, consideramos que es factible llevar a cabo cirugías extensas en casos de cáncer de colon localmente avanzados, con morbilidad y mortalidad dentro de lo reportado en otras instituciones.

Tumor mucinoso de comportamiento incierto en apendicitis perforada. Reporte de un caso

Tietlephantzin Apartado MÁ., León Rodríguez E1, Ramírez Herrera V., González Blas D., Caro Sánchez CH.,
_Departamento de Hematología-Oncología, _Departamento de Patología, Instituto Nacional de la Nutrición y Ciencias Médicas Salvador Zubirán, México D.F.

Antecedentes: El tumor mucinoso de comportamiento incierto (m-ump) es una entidad rara; existen sólo reportes de casos.

Objetivo: Reportar un caso de m-ump que debutó como apendicitis perforada.
Informe del caso: Masculino de 62 años, con cuadro clínico de 5 días de evolución con epigastralgia opresiva, irradiada a ambos flancos, acompañada de anorexia y diarrea. Tomografía abdominal: dilatación de ciego y líquido periapendicular, biometría hemática: leucocitosis. Se diagnosticó absceso apendicular y se sometió a laparotomía con hemicolectomía derecha más ileostomía terminal. Patología: tumor mucinoso de comportamiento biológico incierto, con ruptura de pared apendicular hasta subserosa, bordes quirúrgicos negativos, ganglios negativos, presencia de mucina sin células epiteliales. Actualmente, el paciente se encuentra en vigilancia con colonoscopia y marcadores tumorales.

Discusión: Los tumores mucinosos del apéndice representan 0.3% de los cuadros de apendicitis. Se utiliza el término de m-ump, en las neoplasias en las que la histología no permite diferenciar entre una lesión benigna y una con potencial metastático. Debido al riesgo del 10% de recurrencia local y a distancia, se ha sugerido realizar hemicolectomía derecha, aunque dicho tratamiento al parecer no impacta en la supervivencia. Una complicación de la ruptura del m-ump, es la presencia en el peritoneo de mucina con células epiteliales llamado también pseudomixoma peritoneal. Para dicha complicación se han reportado casos anecdóticos de tratamiento con resección más quimioterapia hipertérmica peritoneal con buenos resultados. El seguimiento del m-ump, debe hacerse mediante colonoscopia, ace y ca 19-9.

Cáncer colorrectal con ganglios pn0: recurrente

Tenorio Argüelles R, Martínez Macías R, Díaz Rodríguez L, De La Garza Navarro JM, Barra Martínez R, Morales Palomares MÁ, Aragón Sánchez JF, Hospital General de México OD, Unidad de Oncología, Servicio de Tumores Mixtos.

Resumen: El cáncer colorrectal confinado a la pared y ganglios no metastásicos tienen un excelente pronóstico, con recurrencia local del 5-10%. Se requiere que sean 12 ganglios disecados como mínimo para una adecuada estadificación pn0.

Reportamos un caso de cáncer de colorrectal recurrente con ganglios pn0. Femenina de 60 años sin antecedentes de importancia; en junio del 2002 se le practicó una resección anterior baja y colorrectoanastomosis; por un adenocarcinoma moderadamente diferenciado con infiltración hasta la capa muscular, sin tumor en los bordes quirúrgicos. Hiperplasia linforreticular en 8/12 ganglios linfáticos resecados.

Se estadificó como: ec i pt2 pn0 m0 r0 y no recibió más tratamiento. En septiembre del 2003 se documentó recurrencia tumoral pélvica en agujeros obturadores y espacio presacro. Ella continuó su manejo con rtp-qt. Desde 1990 el nih (estudio 0035), y el impact b2, no apoyan el uso rutinario de tratamiento adyuvante en estos casos.

Se carece de un estándar universal para predecir de manera segura ganglios negativos, y según la ajcc la disección ganglionar mínima aceptable es de 12 ganglios.

En el caso particular de lesiones t1-t2 son necesarios por lo menos 42 ganglios disecados, para tener una probabilidad de pn0 del 85% (ensayo multicéntrico: int 0089).

Mejorar la técnica de búsqueda ganglionar en patología y una técnica quirúrgica depurada son las opciones para mejorar la cuenta ganglionar.

Cirugía radical de rescate en carcinoma de conducto anal persistente o recurrente

L. Ramírez, P. Luna, S E. Rodríguez R, H. Martínez, E. Rodríguez A., A. Cravioto.

Departamento de Colon y Recto, División de Cirugía Oncológica, Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS, México, D.F.

Antecedentes: La radioterapia (RT) sola o combinada con la quimioterapia qt, son el tratamiento estándar para el tratamiento de cáncer epidermoide del conducto anal, las fallas locales son frecuentemente aisladas y susceptible de rescate con cirugía radical, sin embargo, los resultados no son alentadores.

Objetivo: Evaluar los resultados de la cirugía radical de rescate posterior a un tratamiento no quirúrgico para cáncer epidermoide del canal anal.

Material y métodos: Entre 1980 y el 2000, 154 pacientes con cáncer epidermoide del conducto anal se trataron con rt y radioquimioterapia; 33 pacientes presentaron persistencia o recurrencia local de la enfermedad, veintidós pacientes recibieron rt con dosis promedio de 57 Gy y 12 con rt-qt 5-fu 1000 mg/m2 en infusión continua días 1-5, 28-32 + mitomicina c 10 mg/m2 durante los días 1 y 28 de la rt, respectivamente. La falla local se clasificó de acuerdo al intervalo libre de enfermedad como: persistencia de la enfermedad (n = 22) corroborado por biopsia antes de los 6 meses del término de la rt y recurrencia de la enfermedad (n = 11) cuando se corroboró enfermedad por biopsia después de los 6 meses del término de la rt. La cirugía se realizó posterior a someter al paciente a un examen físico completo, proctoscopia, ultrasonido hepático, tele de tórax, TAC abdominopélvica; el análisis multivariado se realizó con la finalidad de encontrar los factores de riesgo asociados a recurrencia local y sobrevida.

Resultados: Hubo 21 mujeres y 12 hombres con media de edad de 60.6 años, el estadio del tumor primario fue: II (n = 18), IIIa (n = 9) y IIIb (n = 6). Los pacientes con persistencia de la enfermedad que se sometieron a resección abdominoperineal fueron 18 y a exenteración pélvica 4, los pacientes con enfermedad recurrente después de una resección abdominoperineal (n = 8) y exenteración pélvica (n = 3). No hubo mortalidad operatoria. Las complicaciones postoperatorias estuvieron presentes en 16 pacientes (48.4%). La media de seguimiento fue de 49 meses. La recurrencia local se observó en cuatro pacientes con enfermedad persistente (18%), mientras en cinco pacientes (45.4%) (p = 0.02). La sobrevida global a cinco años fue de 60%, en el grupo con persistencia de la enfermedad fue de 75% mientras en aquellos con recurrencia fue de 49% (p = 0.07). Los factores de riesgo asociados con recurrencia local y pobre sobrevida fue la recurrencia de la enfermedad.

Conclusiones: La cirugía de rescate es un tratamiento efectivo para pacientes con persistencia de la enfermedad, pero no para aquellos con recurrencia. Sin embargo; está asociada con alta morbilidad pero no mortalidad.

Patrones de recurrencia después de tratamiento conservador de carcinoma epidermoide del conducto anal.

L. Ramírez, P. Luna, S E. Rodríguez R, H. Martínez, E. Rodríguez A., A. Cravioto

Departamento de Colon y Recto, División de Cirugía Oncológica, Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS, México, D.F.

Antecedentes: El carcinoma epidermoide del conducto anal es un tumor raro, la experiencia institucional es pobre.

Objetivo: Evaluar los resultados del tratamiento y patrones de recurrencia en una sola institución.

Material y métodos: Entre 1975 y 2005, se revisaron 176 casos diagnósticos y tratados con carcinoma epidermoide del ano, la evaluación pretratamiento incluyó el examen físico, anoscopia, ultrasonido hepático, radiografía de tórax, TAC abdominopélvica. El tratamiento consistió de rt a la pelvis a dosis de 45 Gy en 20-25 fracciones más un incremento de 20 Gy al periné, algunos paciente recibieron qt a base de 5 fu 1000 mg/m2 en infusión continua en los días 1-5 y 26-32 de la rt, mitomicina c 10mg/m2 en los días 1-28 de la rt, evaluándose la respuesta a las 8-12 semanas después de la rt, mediante biopsia.

Resultados: Fueron 112 mujeres y 64 hombres, con una media de edad de 60.8 años. 96 pacientes recibieron rt y 77 rt-qt. La etapa inicial de tumor en pacientes que recibieron rt: I 6, II 53, III 37, y en el grupo de rt-qt: I 4, II 42, III 31, el control global en el grupo de rt y rt-qt fue de 59.8 y 71.8%, respectivamente (p = 0.06). Las recurrencias inguinal y a distancia fueron en 6.2 y 19.5% de los pacientes tratados con rt; mientras en 0 y 7.7% de los tratados con rt-qt (p = 0.02). La sobrevida libre de enfermedad a 5 años de los pacientes tratados con rt fue de 47% y de los tratados con rt-qt fue de 67% (p = 0.02). La sobrevida libre de enfermedad a 5 años de pacientes con estadio I, II, IIIa y IIIb tratados con rt fue de 90, 59, 32.5 y 22%, mientras aquellos con rt-qt fue de 100, 88, 52 y 69%, existiendo una diferencia estadísticamente significativa entre estadio II y IIIb (p = 0.02), pero no en estadio I y IIIa. Los factores de riesgo para recurrencia local, inguinal y a distancia fueron: estadio del tumor (p = 0.0004), género masculino (p = 0.002). La sobrevida libre de colostomía en aquellos pacientes tratados con rt y rt-qt fue: estadio I, II y III 54 y 35%, mientras 84 y 69% (p = 0.03), respectivamente.

Conclusiones: La radioquimioterapia en el tratamiento del carcinoma epidermoide del conducto anal, está asociado a mejor control local, inguinal y a distancia; con un mejor periodo libre de colostomía que los pacientes tratados exclusivamente con rt.

Hepatocarcinoma con respuesta completa a tamoxifeno. Reporte de un caso

García-Aceituno LF¹; León-Rodríguez E¹.

¹Departamento de Hematología-Oncología. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México, D.F.

Antecedentes

Aun cuando la evidencia tipo I no apoya el uso de tamoxifeno en hepatocarcinoma, existen reportes aislados de respuestas objetivas.

Presentación de caso

Femenina, 61 años. Antecedentes negativos. Cuadro clínico de 2 meses de evolución con náusea, vómitos, dolor en hipocondrio derecho, pérdida de peso (7 kg). Ultrasonido y tomografía de abdomen: tumoración en lóbulo hepático derecho de 10x8.6x10 cm. Alfafetoproteína 100 ng/dL. Laparotomía exploratoria: tumoración irreseccable, se realizó biopsia: hepatocarcinoma bien diferenciado. Tratamiento: quimioembolización fallida por trombosis de la arteria hepática. Inició tratamiento en julio de 1999 con tamoxifeno 40 mg/día hasta enero del 2000 con respuesta de 50% (5x6.4x5 cm), se incrementó la dosis a 80 mg/día, con buena tolerancia, hasta marzo del 2001 cuando se logró respuesta del 70% .se realizó resección quirúrgica en cuña del segmento VIII hepático. Patología: fibrosis hialina con áreas de calcificación. Se inició vigilancia. Última consulta en mayo 2007, asintomática, pruebas de función hepática normales, alfafetoproteína normal (2.7 ng/dL) y ultrasonido hepático normal.

Discusión

No hay evidencia en estudios aleatorios de la eficacia de tamoxifeno en hepatocarcinoma, sin embargo, se han publicado series con número limitado de pacientes con respuestas objetivas. No obstante, en casos seleccionados pudiera considerarse su utilización.

Reporte de dos casos: hemangioendoteloma epiteloide de hígado con metástasis extrabdominales

Gómez-García EM, León-Rodríguez E, Green-Renner D, Alvarado-Luna G, Armengol-Alonso A, Ángeles-Ángeles A.

Departamento de Hematología-Oncología, Departamento de Patología. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México D.F.

Antecedentes

El hemangioendoteloma epiteloide (HEE) es un tumor de origen vascular poco frecuente, caracterizado por células positivas para el antígeno relacionado al factor VIII, con potencial metastático y curso variable.

Objetivo del estudio

Describir el cuadro clínico, comportamiento y respuesta al tratamiento de dos casos de HEE.

Informe de casos

Caso 1. Masculino de 51 años diagnosticado en octubre 2003, con cuadro clínico de hepatomegalia y metástasis óseas, biopsia hepática diagnóstica de HEE. Inmunohistoquímica (ihq) positiva para c-kit y cd34. Tratado con imatinib 400 mg/día, con resolución de síntomas, enfermedad estable y extensa necrosis por imagen. Duración de la respuesta 42 meses. Posteriormente progresión de la enfermedad y muerte en febrero 2007.

Caso 2. Masculino de 17 años, diagnosticado y tratado como síndrome de Budd Chiari desde diciembre 2003, referido a nuestro hospital y diagnosticado con HEE, demostrándose metástasis pulmonares. Bajo tratamiento inicial con doxorubicina liposomal 45 mg/m².

Discusión y conclusión

Existen 84 casos de HEE en la literatura, tratados con quimioterapia, interferón alfa, trasplante hepático, vigilancia o la combinación de éstos, obteniendo resultados variables. En nuestro primer paciente con imatinib se logró beneficio clínico por 42 meses, mientras que en el segundo paciente se encuentra en tratamiento con doxorubicina liposomal. No existe tratamiento estándar para el HEE, pero ante un resultado de ihq positivo para c-kit, el imatinib podría ser un tratamiento útil en enfermedad avanzada, logrando beneficio clínico rápido y duradero con buena tolerancia.

Teratoma hepático

Cardoso Carpio M, Cortés Cárdenas SA, González Avilés JM, Miranda Castañón FJ, Fariás Alarcón M^A, Domínguez Reyes CA, Murillo Cruz DA. Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE. México, D.F.

El teratoma es de las neoplasias ováricas más frecuentes en la 2a. y 3a. décadas de la vida, deriva de las tres capas germinales, 95% de los teratomas son maduros. La localización más frecuente es gonadal, raros en tracto gastrointestinal, sólo 1% en hígado, se han reportado 25 casos en la literatura mundial y de éstos sólo 5 en adultos.

Objetivo: Reporte de caso clínico raro por su baja incidencia de presentación.

Femenino de 32 años, antecedente de cáncer de ovario hace 15 años manejada con cirugía y quimioterapia.

Padecimiento actual: inicia con dolor en hipocondrio derecho que complica el embarazo, se le realiza cesárea identificando tumor en hígado e implantes en peritoneo manejada con biopsia (reporte de envió teratoma maduro), recibe quimioterapia (3 ciclos de bleomicina-etopósido-platino), enviada al CMN 20 de Noviembre.

Se le realizan estudios: ultrasonido de hígado y vías biliares, tomografía y resonancia magnética abdominopélvica, cavografía, aortografía, marcadores

tumorales, gammagrama hepático, con lo que se identifica tumor en hipocondrio derecho, es intervenida quirúrgicamente, realizándose hepatectomía derecha con resección del tumor vía torazo abdominal.

Reporte histopatológico: teratoma maduro.

Actualmente asintomática.

La literatura mundial reporta baja incidencia de teratoma hepático, por lo que este caso se torna interesante.

Osteosarcoma extraesquelético de tejidos blandos, reporte de caso y revisión de literatura

Rico Morlán F, Barra Martínez R, Martínez Macías R, Díaz Rodríguez L, De La Garza M.

Servicio de Tumores Mixtos, Unidad de Oncología, Hospital General de México, OD.

Introducción

Los sarcomas de tejidos blandos se clasifican histológicamente según las células de donde se originen. En conjunto, el histiocitoma fibroso maligno es el tipo histológico más común (40% del total), seguido por el liposarcoma (25%); en el caso del osteosarcoma extraesquelético corresponde sólo al 4% de todos los osteosarcomas.

Reporte de caso

Masculino de 40 años. Con PA con cuadro clínico de 1 año de evolución caracterizado por presentar aumento de volumen a nivel de hombro derecho de crecimiento progresivo con involucro deltoideo de 30x20x12 cm. Multilobulado fijo sin afección a piel el cual reduce el arco de movilidad se establece el dx. Sarcoma de pares blandas de la región delto braquial. Acude nuevamente el día 11-05-07 al presentar progresión de la lesión tumoral ahora con involucro hasta la región escapular con presencia de necrosis e infección secundaria, se programa para desarticulación interescapulo-torácica la cual se realiza el día 18-05-07, además de drad con hallazgos de lesión a nivel de tercio proximal de brazo derecho de 50x50 cm. Múltiples ganglios en conglomerado a nivel axilar de características metastásicas, etc: sin tumor en bordes quirúrgicos e hiperplasia de ganglios linfáticos. Acude presentando hxqx bien afrontada sin datos de at se presenta rhp: osteosarcoma extraesquelético de tejidos blandos de miembro torácico derecho sin tumor en bordes quirúrgicos, hiperplasia de ganglios linfáticos.

Discusión

El osteosarcoma extraesquelético es un tumor raro de origen mesenquimal que tiene capacidad de producir material osteoide, hueso y cartilago, que puede aparecer de novo o desarrollarse secundariamente a lesiones premalignas como son: la enfermedad de paget, la osteogénesis imperfecta, infartos óseos, osteomielitis crónicas, displasias fibrosas, radioterapia. Se localiza preferentemente en las extremidades inferiores y región glútea, aunque también puede aparecer en mama, pulmón, tiroides, cápsula renal, vejiga y próstata; y menos frecuentemente en el retroperitoneo pélvico. Se ha establecido como factor de riesgo la exposición a la radioterapia. Los criterios histológicos diagnósticos de osteosarcoma extraoseo primario son: presencia tejido con patrón sarcomatoso uniforme, producción de material osteoide maligno y ausencia de origen en hueso. El tratamiento del osteosarcoma extraoseo debe seguir las pautas del sarcoma de los tejidos blandos más bien que las pautas del osteosarcoma del hueso.

Fibroma condromixoide. Reporte de un caso

Ramírez-Bollas J, Blanco-Hernández A, Cortés-Rubio JI, Romero-Huesca A, Lavín-Lozano A, Albores-Zúñiga O, Barrera-Gómez O, Ramírez-Barrantes MM, Cuéllar-Hubbe M. Servicio de Oncología, Centro Médico del ISSEMYM. Metepec, Edo. Méx. Servicio de Piel y Partes Blandas. Instituto Nacional de Cancerología, México.

Paciente masculino de la quinta década de la vida, se presenta en el servicio de urgencias por cuadro de dolor en miembro pélvico derecho y claudicación, se encuentra en la exploración física inicial con pulsos periféricos presente y de buen tono, llenado capilar 2", no hay datos de dolor en grupos musculares o datos de trombosis, se solicitan radiografías de tibia, peroné, fémur y pelvis, encontrando lesión en hueso pélvico a nivel del acetábulo, se ingresa al servicio de ortopedia quien realiza estudios complementarios (tomografía computada), y se programa para biopsia de hueso, con la sospecha de tuberculosis ósea, sin embargo, se reporta como fibroma condromixoide. Por lo cual se envía al servicio de oncología, donde se programa para la realización de hemipelvectomía interna tipo 2 modificada, la cual se lleva a cabo con sangrado de aproximadamente de 1,500 mL, con empaquetamiento profiláctico y posterior cierre de defecto quirúrgico a las 48 h del procedimiento, ya sin evidencia de sangrado, la resección fue amplia con márgenes adecuados. La evolución del paciente es estable, con egreso de la institución a los 7 días posteriores a la cirugía. Ya en su domicilio la rehabilitación fue insidiosa, sin embargo, logra el caminar con apoyo de bastón. Actualmente, se encuentra con 12 meses de periodo libre de enfermedad y con ambulación aún apoyada por bastón, pero incorporado al total de sus actividades habituales.

Comentario

El fibroma condromixoide se considera un tumor óseo activo benigno, altamente destructivo, se presenta en 0.5% de los tumores óseos y 2% de las lesiones benignas, es más frecuente en adultos jóvenes (menores de 30 años) y la relación hombre-mujer es de 2:1, su diagnóstico incluye radiografías, tomografía e imagen de resonancia. En el corte histológico se pueden

observar áreas lobuladas compuestas de células fusiformes y abundante material intercelular mixoide y condroide. La transición del cartilago hialino a las regiones más celulares puede ser brusca. Asimismo, muestra cartilago mixoide (eosinófilo) inmaduro con los condrocitos de forma estrellada enredados en una leve mancha de matriz condroide mixomatosa (basófilo). Distribuido a lo largo de la lesión, están hilos de tejido fibroso benigno y pequeñas células gigantes multinucleadas. Normalmente se ven las células gigantes benignas entre los lóbulos de tumor. Moderada atipia celular. En ocasiones, se ven grandes células pleomórficas e hiper cromáticas que pueden hacer pensar en condrosarcoma. El tratamiento para lesiones pequeñas puede ser el curetaje, con índices de recurrencia del 12.5 al 25%, sin embargo, la resección quirúrgica extraperiosteica con márgenes quirúrgicos de hueso libres de tumor es lo indicado. En estos pacientes, aun en la recurrencia no está indicado un tratamiento radical, no hay casos reportados de transformación maligna en los que se describió así se tratara de un error diagnóstico.

Cordoma. Reporte de un caso

Méndez O¹, Toiber Levy M¹, Castro E1, Aragón JF¹, Sandoval Terán M¹, Pérez GF¹, Hernández Cuéllar A².
Departamento de Tumores de Cabeza y Cuello. Hospital General de México.
¹Residente Cirugía Oncológica Hospital General de México.
²Médico Adscrito Servicio de Cabeza y Cuello.

Introducción

El cordoma es un tumor maligno de disposición lobular, constituido por células vacuoladas y material mucoso. Estos tumores se limitan al esqueleto axial. Son raros, de crecimiento lento que proviene de los remanentes de la notocorda, que normalmente desaparecen al segundo mes de vida embrionaria.

Presentación del caso

Femenino de 31 años, con historia de tres meses con epifora derecha y aumento de volumen, coloración roja de la esclerótica y limitación en los movimientos oculares, cefalea retroorbitaria intermitente, visión borrosa, hipoacusia derecha y dilatación de vasos sanguíneos en región frontal. A la exploración exostosis en región frontal derecha, asimetría facial y exoftalmos. La tomografía reportó imagen, hiperdensa extraxial muy sugestiva de meningioma. Se le realizó resección de la lesión por abordaje pterional encontrándose un tumor sólido que destruía el ala mayor del esfenoides, con extensión al techo y pared lateral de la órbita por debajo del músculo temporal derecho adherido a la duramadre, color gris, poco vascularizada, con destrucción del hueso perilesional. Cursó el postoperatorio sin complicaciones y egresó en buen estado. Histopatología reportó cordoma. Fue enviada a adyuvancia con radioterapia.

Discusión

Los cordomas representan 1% de los tumores óseos malignos. Sólo se presentan en sitios donde hay remanentes notocordales. Se presenta más frecuentemente en la 5a. y 6a. décadas de la vida con relación femenino/masculino 2:1. Las manifestaciones clínicas dependen del sitio afectado. Es una lesión localmente agresiva y las metástasis suelen ser tardías. El diagnóstico diferencial se realiza con condrosarcoma y metástasis.

Epidemiología del adenocarcinoma de cérvix en el Hospital General de México

Alvarado Vázquez LS, Torres Lobatón A, Oliva Posada JC, Escalante Silva WT, Castillo Pinto F, Piñón Carreras RA.
Hospital General de México. México, D.F.

Antecedentes: El adenocarcinoma cervicouterino es una entidad que ha aumentado su incidencia a nivel mundial desde 1970 en algunos países se ha reportado hasta uno por ciento.

Objetivo: Conocer la incidencia del adenocarcinoma del cérvix en el Hospital General de México.

Diseño: Se presenta un estudio de tipo retrospectivo, realizado en la unidad de oncología en que se incluyeron 123 casos revisados del periodo de 2000 al 2005.

Resultados: El porcentaje de este tipo histológico fue 6.6%, la edad media fue de 48 años. El grupo de edad más afectado fue pacientes mayores de 40 años en 74%. La mayoría de nuestra población con escolaridad baja. La edad de inicio de vida sexual activa antes y después de los 18 años fue de 45 y 55%, respectivamente. El 10% de las pacientes tenían antecedente de utilizar métodos de anticoncepción hormonal. Un 56% de las pacientes eran multiparas y 14% nuliparas. El síntoma de mayor presentación fue el sangrado uterino anormal en 35%. Las etapas clínicas se presentaron ec 0 8%, ib1 38%, lb2 6%, así como Ila 6%, el IIb 24%, IIIb 9%, IVa 3%, IVb 2% y no clasificables 7 por ciento.

Conclusiones: El adenocarcinoma del cérvix constituye una entidad histológica en aumento, sin embargo, la incidencia en nuestro país en más baja que lo reportado en la literatura, debido a que no se ha logrado un impacto en la disminución del cáncer de células escamosas con los programas de tamizaje, como en países desarrollados.

Estudio comparativo del uso de la captura híbrida 2 y el arreglo lineal para la detección del virus del papiloma humano en pacientes con lesiones de alto grado (nic 2/3)

Muñoz D*, González A*, Robles J*, Solorza G, Montalvo G*, David Cantú D*, Pérez VM***, Pérez G*, Astudillo de la Vega H****.
*Servicio de Colposcopia del INCAN, *Departamento de Ginecología del INCAN, ***Laboratorio de Oncología Molecular, UIMEO, Hospital de Oncología, CMN Siglo XXI IMSS.

Introducción: El virus del papiloma humano (VPH) es el principal factor de riesgo asociado al desarrollo de cáncer de cérvix y las lesiones pre-malignas. El método de la captura híbrida es un sistema aprobado para la detección del VPH que no permite detectar el tipo viral. La pcr es el método más común para su detección y se complementa con la secuenciación del producto amplificado para su tipificación.

Objetivo: Determinar la captura de híbridos II y de membranas inteligentes para la detección y tipificación de los tipos de VPH de cepillados cervicales.

Materiales y método: En muestras clínicas de lesiones cervicales de alto grado (n = 42) se obtuvo DNA por el método de columnas y uso del arreglo lineal para codetectar 36 tipos virales.

Resultados: de 42 muestras de cepillados cervicales, los resultados mostraron una alta eficiencia para la genotipificación, que por análisis estándar (captura híbrida II).

Conclusiones: La utilización de los arreglos lineales es un método: sensible, rápido y económico para la detección de 30 tipos de VPH.

Quimiorradio concomitante en cáncer cervicouterino. Experiencia de 2 años en el Hospital General de México OD.

Núñez Guardado G, Calva Espinoza Á, Luján Castilla P, Rubio Nava O, Villavicencio Quejjeiro M.

Servicio de Radiooncología. Hospital General de México OD. México, D.F.
Antecedentes: El cáncer cervicouterino continúa siendo un problema de salud pública internacional. Es la segunda causa de mortalidad femenina a nivel mundial (OMS). El tratamiento radical en la última década es quimiorradio concomitante, a partir de 1b1 bulky hasta estadio IVa de acuerdo a la FIGO.
Materiales y métodos: Es un estudio retrospectivo, observacional, que aporta resultados estadísticos descriptivos. En los años 2005 y 2006 fueron tratadas 225 pacientes, 127 con quimiorradio concomitante y 98 sólo con radioterapia. Se otorgó radioterapia externa 50 Gy en 25 fracciones, braquiterapia 25-30 en baja tasa y en alta tasa 2248 en 4 fracciones, en el caso de quimioterapia cisplatino 40 mg/m² semanal o carboplatino.

Resultados: El promedio de edad es de 50.3 años. 198 pacientes con reporte histopatológico de carcinoma epidermoide, 27 con reporte de adenocarcinoma. La clasificación por estadios fue 1b1 19 pacientes, 1b2 18, Ila 17, IIb 120, IIIa 3, IIIb 45, IVa 3. De las 127 pacientes con quimiorradio concomitante 15 suspendieron por toxicidad, se valoró control local contra persistencia. En el grupo de quimiorradio concomitante, 121 paciente con respuesta completa, 6 con persistencia. En el grupo radioterapia sólo 91 pacientes con respuesta completa, 7 con persistencia. Periodo libre de enfermedad fue 8.5 meses.

Conclusiones: En tratamiento concomitante para cáncer cervicouterino, ha demostrado reducción absoluta en riesgo de muerte del 11%, con recurrencia locoregional y a distancia significativamente menor e incremento de toxicidad no mayor del 10%. Los resultados obtenidos en esta revisión se pueden extrapolar con lo reportado en la literatura.

Administración metronómica de vinorelbina oral (VNBO) en combinación con radiación pélvica como tratamiento primario de cáncer cervicouterino (CACU). Reporte de una experiencia local.

Ángel Porras Ramírez.
Centro Estatal de Oncología y Radioterapia (CEORT)
Oaxaca, Oaxaca, México.

La quimio/radioterapia (qt/rt) es una opción terapéutica para el CACU. Vinorelbina es un citotóxico radiosensibilizador disponible en forma oral que facilita su manejo.

Objetivo: Presentar la tolerabilidad y eficacia de VNBO metronómico en concomitancia con rt.

Diseño: Se reportan los primeros 29 puntos con diagnóstico de CACU no operable en etapas Ib2 a IVa susceptibles de tratamiento con teleterapia ciclo pélvico, 4000 cgy en 20 fracciones e incremento parametrial 1600 cgy en 10 fracciones. Durante las semanas de teleterapia, se administró VNBO metronómico: en 15 pts, 20 mg, martes y jueves, y en 14 puntos, 20 mg lunes, miércoles y viernes. Finalizada la teleterapia se administró braquiterapia con dosis a punto a de 3500 cgy.

Resultados: Mediana de edad 57 años (rango 29-90), histología epidermoide 86%, etapas entre IIb y IIIb 72%. Todas las pts completaron la teleterapia y VNBO planeadas. 9 pts presentaron toxicidad hematológica g1-2 (4 anemia y 5 leuco/neutropenia). Una, anemia g4, en una ocasión. 25 pacientes recibieron braquiterapia; a una se le retiró el sistema por intolerancia gastrointestinal. De 25 pts con evaluación tumoral final, 24 (96%) presentaron respuesta completa y 1 (4%) progreso.

Discusión y conclusiones: VNBO no presentó toxicidad significativa, permitió la administración del 100% de la dosis de rt y no hubo inconvenientes para la administración de la braquiterapia. Los resultados confirman la tolerabilidad y apoyan la eficacia de rt con VNBO en este escenario. El estudio continúa con incremento de la dosis de VNBO.

Cáncer cervicouterino metastásico a pulmón respuesta completa con tratamiento de combinación. Reporte de un caso.

Martínez Martínez G¹, Vargas Martínez E¹, Aranda Sánchez F¹, Álvarez Ordorica O¹, Bautista Aragón Y¹, Magaña R¹, Pérez Martínez M², Silva Uribe M², Silva Juan A³.

¹Residente de Oncología Médica, ²Médico Adscrito, ³Jefe del Servicio. Hospital de Oncología CMN Siglo XXI. México, D.F.

Cáncer cervicouterino es la primera causa de muerte en países en vías de desarrollo, las tasas de recurrencia son de 40%. La enfermedad recurrente irrecusable o a distancia el beneficio de la quimioterapia es de 20% con esquemas de platino sin impactar en sg.

Presentamos caso de mujer de 52 años de edad diagnóstico de cáncer cervicouterino ec IIb, recurrente a pulmón ple de 4 años. Clínicamente con tos y disnea, ecog de 3, se inicia manejo esteroide, posteriormente cbp 3 ciclos por mejoría de ecog se agrega gemcitabine completa 8 ciclos. Con rc completa, y rp mayor del 80% por TAC de tórax, plp de 5 meses se inicia segunda línea con capecitabine recibe 4 ciclos con progresión a nivel óseo y pulmonar. Por mal ecog se deja en vigilancia. Fallece en agosto 2007. Sg de 16 meses.

Hasta el momento el cisplatino es el tratamiento estándar en enfermedad metastásica, con tasa de respuesta que van del 10 al 30%. Con sg no rebasa los 9 meses. El tratamiento combinado mejora tasas de respuesta en estudios fase II, se están corriendo fase III para evaluar la eficacia de los mismos en esta neoplasia. El ple mayor de un año es un factor pronóstico de mejor respuesta a tratamiento con qt. Nuestra paciente rebasó la sg reportada en estudios fase II.

Carcinoma cervicouterino con metástasis a músculo deltoide. Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura

Rubio Nava O, Núñez Guardado G, Calva Espinoza Á.

Servicio de Radiooncología. Hospital General de México OD. México, D.F.

Introducción: La incidencia de metástasis a músculo esquelético es menor al 1% y son escasos los casos documentados en la literatura, de metástasis hematogena en el cáncer cervicouterino. Los músculos paraespinales, ileopsoas y psoas, músculos proximales de brazos superiores e inferiores, representa los sitios más frecuentes.

Caso clínico: Femenino de 41 años de edad, sin antecedentes importancia. Con sangrado transvaginal anormal, de 1 año de evolución; en colposcopia con reporte histopatológico de carcinoma epidermoide poco diferenciado infiltrante de cérvix. A la exploración física inicial ecog 1, cuello sin adenopatías, no visceromegalias, al tacto se encuentra con vagina elástica con tumor exofítico que ocupa el cérvix y lo lateraliza a la izquierda; parametrio izquierdo involucró de 2/3 anteriores. Estatificándose como IIb de acuerdo a la FIGO. Se otorga tratamiento radical con quimioterapia y radioterapia concomitante. En seguimiento de 2 meses la paciente presenta sintomatología caracterizada por dolor en brazo derecho, edema y una ulceración. A la exploración presenta una tumoración de 2x3 cm en región deltoidea derecha, se toma de baf reportando carcinoma epidermoide metastático. Por lo que se programa para tratamiento paliativo a región deltoidea derecho (3750 Gy en 15 fracciones).

Discusión: La afección de músculo esquelético por cáncer cervicouterino es muy rara y usualmente es documentada en tumores de estadio avanzado, enfermedad metastásica, en paciente severamente inmunocomprometidos como en pacientes con SIDA. Las manifestaciones clínicas pueden ser dolor a la palpación, edema, deformación de acuerdo a la localización y muchas veces son asintomáticos. Generalmente el periodo libre de enfermedad es mayor a 5 años. Y el tratamiento de elección es radioterapia y quimioterapia a base de platino y taxanos.

Cáncer cervicouterino con metástasis a mediastino

Domínguez Reyes CA.
Departamento de Tumores Ginecológicos,
Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.

Introducción: El cáncer de cérvix, ha sido propuesto como una enfermedad neoplásica maligna de comportamiento ordenado, cuyo mayor daño es local a los tejidos vecinos al cérvix, la enfermedad metastásica es principalmente a ganglios linfáticos, siendo infrecuente las metástasis a mediastino.

Paciente de 70 años de edad, valorada por primera vez en marzo de 2004, diagnóstico de cáncer cervicouterino etapa clínica IIIb (figo 1994), estirpe histológica: carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado de células grandes queratinizante invasor, recibe radioterapia radical a pelvis, finaliza en junio de 2004.

En vigilancia clínica desde junio de 2004, en diciembre de 2004 refiere tos y disfagia, le realizan esofagograma con evidencia de compresión extrínseca a

nivel de la unión del tercio superior con el tercio medio del esófago reduciendo su luz en 80%, se realiza endoscopia con reporte de estenosis grado IV de bernal a nivel del tercio superior del esófago con compresión extrínseca, biopsias negativas a malignidad.

En enero de 2005 en el CMN 20 de Noviembre se realiza biopsia de pared vaginal, se documenta actividad tumoral a este nivel, además se realiza biopsia transluminal de estenosis esofágica, resultado: carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado de células grandes, tanto a nivel vaginal, como a nivel esofágico.

Existe franca progresión de la disfagia, se realizan dilataciones esofágicas con mejoría parcial, tomografía de tórax con imagen sugestiva de metástasis a nivel mediastinal, se propone gastrostomía y radioterapia a mediastino. La paciente no acepta tratamiento.

Histerectomía radical laparoscópica

Cortés Martínez G, Delgado Ramírez R, Escudero de los Ríos P, Maffuz Aziz A, Quijano Castro F.

Departamento de Ginecología Oncológica. Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, D.F.

Introducción

La histerectomía radical laparoscópica, ha tenido un gran desarrollo en la última década, debido al desarrollo tecnológico, mayor experiencia en la técnica, mayor número de series comparativas con cirugía abierta y los beneficios propios de la cirugía laparoscópica.

Objetivo

Determinar la factibilidad de realizar histerectomías radical piver II o III, con resultados quirúrgicos similares a la técnica abierta en cuanto a tiempo quirúrgico, sangrado transoperatorio, morbilidad y estancia hospitalaria.

Materiales y métodos

Se incluyeron en el estudio 29 pacientes, con cáncer cervicouterino, candidatas a cirugía radical piver II o III, entre septiembre 2002 a julio 2007.

Resultados

De las 29 pacientes, 1 en etapa Ia2, 25 Ib1, 2 en etapa IIa, y 1 en etapa IIb como rescate a recurrencia central; realizando 5 histerectomías piver II y 24 histerectomías piver III con linfadenectomía pélvica bilateral y muestreo paraaórtico previo y en 8 de ellas con mapeo y estudio de ganglio centinela. La mediana de sangrado de 420 cc. Con rango de 50-1700 cc, tiempo quirúrgico de 225 minutos con rango de 90 a 400 minutos, días de estancia promedio de 3.3 días con rango de 1-9 días, morbilidad en 8 pacientes (27%), por lesión vesical en 4, hematoma 2, lesión de sigmoides 1 y lesión de uretero 1; conversión en 2, por falla del equipo 1 y por extravío de gasa 1.

Conclusiones

En este estudio preliminar, tiempo quirúrgico, sangrado o días de estancia hospitalaria, son similares a cirugía abierta, con morbilidad y porcentaje de conversión razonables, tomando en cuenta la curva de aprendizaje, ya que se presentaron en los primeros 16 casos. Con mayor número de casos, se valorará el resultado oncológico y la posibilidad de estudios comparativos con cirugía abierta.

Influencia de la presencia familiar en el estado anímico, cambio del peso corporal y en la ingestión calórica y proteica de las pacientes hospitalizadas con cáncer cervicouterino estadios II y III

Fuchs Tarlovsky V1, Amancio O1, Bejarano Rosales M2, Fernández Koild N3.1 Investigador Titular, Hospital General de México, 2Escuela de Dietética y Nutrición del ISSSTE, 3Universidad Iberoamericana.

Introducción: El cáncer cervicouterino constituye un problema de salud pública en México; las pacientes sufren estrés físico y psicológico que conlleva a depresión y pérdida de peso. El comer acompañado tiene efectos positivos en la ingestión de alimentos y en la depresión de pacientes hospitalizados.

Objetivo: Establecer la relación entre la presencia familiar durante las comidas sobre el estado anímico, ingestión de alimentos, y cambio de peso a lo largo de la hospitalización.

Metodología: Se estudiaron 106 mujeres que ingresaron a hospitalización del servicio de oncología del Hospital General de México, con diagnóstico de CACU estadios clínicos II y III a fin de mejorar condiciones. Se evaluó peso y talla, la dieta mediante recordatorios de 24 horas y se aplicó la escala de depresión de Beck tanto al ingreso como al egreso; se registró la frecuencia con la que los familiares acompañaron a la paciente durante las comidas.

Resultados: El 60.4% de la muestra fue clasificada como estadio clínico II y 39.6% en estadio clínico III, con edad de 47.3 + 9.19 años. El 59.4% de ellas no tenían compañía y 63.2% se clasificaron como deprimidas. No se encontró relación entre la depresión y la pérdida de peso, pero existió una estrecha relación entre el estadio clínico y pérdida de peso ($p < 0.034$), depresión y el estadio clínico ($p < 0.006$), y presencia de familiar y depresión ($p < 0.034$).

Conclusiones: Es importante considerar el aspecto psicológico, el apoyo que los familiares proporcionan y su influencia sobre la ingestión de alimentos, especialmente en estadios avanzados de la enfermedad.

Influencia de la presencia familiar en la aparición de síntomas depresivos, en pacientes hospitalizadas con cáncer de mama, cervicouterino y ovario

Fuchs Tarlovsky V¹, Amancio O1, Bejarano Rosales M², Fernández Koild N³.
¹Investigador Titular, Hospital General de México, ²Escuela de Dietética y Nutrición del ISSSTE, ³Universidad Iberoamericana.

Introducción: La depresión en pacientes con cáncer ginecológico se ha relacionado con los cambios físicos que sufren las pacientes. La presencia de los familiares durante el tratamiento mejora su calidad de vida, fortalece su estado anímico y facilita su cuidado.

Objetivo: Conocer el impacto de la presencia familiar en la aparición de síntomas depresivos de pacientes con diagnóstico de CACU, CAMA y CAO, durante su estancia hospitalaria.

Materiales y métodos: Se aplicó la escala de depresión de Beck (bdl III) a 100 pacientes hospitalizadas, con diagnóstico de CACU, CAMA y CAO, al cuarto día de hospitalización y se registró el número de veces que los familiares acompañaban a las pacientes durante las comidas en el hospital.

Resultados: El 61.6% de la muestra estaba diagnosticado con CACU, 16.1% CAMA y 22.1% CAO; con edad de 47.8 + 11.9 años. El 32.1% ingresaron para mejorar condiciones, 21.1% a cirugía, 25.1% recibieron quimioterapia y 21.1% radioterapia. El 61.1%, manifestaron síntomas depresivos clínicamente significativos; el más frecuente fue la preocupación por la salud 88.1% y la pérdida de peso 74.1%. El 87% fueron acompañadas, al recibir visitas mínimo 50% de los días de su estancia en el hospital. No se encontró relación significativa entre la incidencia de depresión y el acompañamiento del familiar, ($p > 0.005$), diagnóstico y depresión ($p > 0.005$), y el tipo de tratamiento con la presencia de depresión ($p > 0.005$).

Conclusiones: El cáncer ginecológico constituye un impacto capaz de desestructurar el equilibrio anímico de la mujer; ante esto es necesario diagnosticar oportunamente síntomas depresivos, para mejorar la calidad de vida de la paciente, así como la efectividad del tratamiento, y la velocidad de su recuperación.

Palabras clave: depresión, cáncer, psicooncología, familia.

Carcinoma urotelial sarcomatoide de pelvis renal (CUSPR). Presentación de un caso y revisión de la literatura

Flores-Balcázar Ch, Gómez-García EM, García-Mora A, Sotomayor-De Zavaleta M, Uribe-Uribe N, León-Rodríguez E.
 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México, D.F.

Antecedentes

Carcinoma urotelial sarcomatoide de pelvis renal (CUSPR) es un tumor de alto grado, que corresponde al 7% de todos los tumores de células transicionales del tracto urinario superior.

Objetivo del estudio

Reportar un caso y revisión de la literatura.

Informe del caso

Femenino 76 años, ingresó mayo 2007, por hematuria macroscópica de 6 meses de evolución. Urografía excretora: exclusión renal derecha, TAC: masa renal derecha. Se realizó nefroureterectomía abierta. Patología: carcinoma urotelial de alto grado, con zonas sarcomatoides, bordes quirúrgicos negativos. Cuatro semanas después desarrolló respuesta inflamatoria sistémica y aumento de volumen en herida quirúrgica. TAC: engrosamiento nodular de la pared abdominal desde borde hepático hasta hueso pélvico derecho y en retroperitoneo, múltiples metástasis pulmonares. Patología: carcinoma urotelial con diferenciación sarcomatoide de alto grado metastásico la paciente no aceptó tratamiento y fue egresada en junio 2007. La paciente

Discusión y conclusiones

Existen 14 casos de CUSPR en la literatura, la mediana de supervivencia: 9 meses en estadio IV, sin beneficio clínico con las combinaciones de quimioterapia. Casos resecables: la nefroureterectomía radical fue el tratamiento de elección, obteniendo bordes quirúrgicos negativos. Nuestra paciente recayó en retroperitoneo y cavidad abdominal un mes posterior a la resección completa. Parece que a pesar del tratamiento quirúrgico óptimo, la diseminación sistémica como micrometástasis ocurre en etapa temprana, y el riesgo de recaída temprana es alto, aunque falta definir los factores pronóstico de recurrencia, el manejo multimodal podría conferir algún beneficio en los casos resecables.

Cáncer en riñón en herradura

Ortiz-Mendoza CM¹, Acosta-Sánchez NA²,
 Sánchez-Pérez S², Flores Guzmán JA³.

¹Servicio de Oncología y Patología, ²Hospital General Tacuba ISSSTE y ³Servicio de Oncología, ³Hospital Regional 1º de Octubre ISSSTE, México D.F.

Antecedentes: El riñón en herradura es una variante anatómica poco frecuente y la presencia de una neoplasia maligna en él es un fenómeno raro. En esta comunicación presentamos un caso de este excepcional evento.

Presentación del caso: Una mujer de 53 años se presentó con un tumor abdominal en el mesogastrio. Una tomografía computarizada demostró que la masa se originaba en un riñón en herradura. Fue programada para una laparotomía exploradora en la cual se encontró un tumor de 2x10x10 cm que constituía la parte derecha de un riñón en herradura, y que fue extirpada con un margen de 4 cm de tejido sano.

Conclusión: El desarrollo de un carcinoma en un riñón en herradura es un evento muy raro, con pocos casos reportados previamente.

Metástasis gástrica de cáncer renal de células claras. Reporte de un caso

Flores de la Torre CB, Victoria Ayala R, Cruz Esquivel I, Ruiz García E.
 Centro Médico Nacional Siglo XXI. México, D.F.

Antecedentes: La presentación más frecuente de metástasis de cáncer renal es pulmón, sistema nervioso central y hueso.

Las metástasis gástricas son extremadamente raras y se presentan en 0.2 a 0.7%, aun en autopsias.

Informe del caso: Masculino de 55 años de edad. Antecedente de tabaquismo durante 20 años. Consumo de 182 paquetes/año.

Inició en 1999 con hematuria, en junio de 2005 nefrectomía radical izquierda, con reporte histopatológico de carcinoma de células claras. Ec III, periodo libre de enfermedad de 3 meses con progresión pulmonar en septiembre de 2005, por lo que inició tratamiento con interferón alfa 2b, con estatismo de la enfermedad. En diciembre de 2006 por hemorragia de tubo digestivo alto se realizó panendoscopia, hallazgo tumoración gástrica, reporte histopatológico de metástasis de células claras. Considerado no candidato a ningún tratamiento oncológico.

Discusión: la mayoría de los casos reportados han sido tratados con embolización, inyección de epinefrina o cirugía. La resección quirúrgica proporciona una sobrevida a 5 años de 35%.

Conclusiones: Existen 15 casos reportados a nivel mundial de carcinoma renal de células claras metastásico a estómago. En el caso de este paciente no fue posible llevar a cabo resección quirúrgica, por lo que su pronóstico y sobrevida es malo a corto plazo.

Metástasis de localización atípica de carcinoma renal. Serie de casos

Villarreal-Garza C, Castro-Sánchez N, Rojas-Flores M,
 Gómez-Roel X, León-Rodríguez E.

Departamento de Hematología-Oncología Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México, D.F.

Antecedentes: El diagnóstico 30% de los carcinomas renales (CR) se presentan con metástasis, y 40% las desarrollarán durante el curso de la enfermedad. Los sitios más frecuentes son ganglios linfáticos, pulmón, hueso e hígado. La supervivencia a 5 años es menor al 10%.

Objetivo: Reportar sitios de metástasis inusuales y evolución clínica del CR. **Material y métodos:** Entre el periodo comprendido del 2004 a 2007, se identificaron nueve pacientes con diagnóstico de CR y metástasis en sitios atípicos en el INCMNSZ.

Resultados: Se identificaron 12 sitios de metástasis atípicas en nueve pacientes: recto interno del ojo, esófago, estómago, duodeno, ampulla de Vater, páncreas (2), colon (2), suprarrenal, músculos transversos y recto lateral del abdomen y vagina. El tiempo promedio de aparición de metástasis atípicas fue de 56.3 meses (6-240 meses) y la presentación clínica fue sintomática, excepto en un caso (metástasis suprarrenal). El tratamiento fue quirúrgico en tres pacientes (un paciente con tres resecciones). Seis pacientes con enfermedad irreseccable recibieron tratamiento médico: talidomida (2), interferón (4) y sunitinib (3). Un paciente se encuentra vivo sin enfermedad, tres vivos con enfermedad, y cinco fallecieron en un promedio de 46.4 meses (7-126 meses) del diagnóstico inicial y 6 meses (1-12 meses) del hallazgo de metástasis inusual (cuatro pacientes con metástasis no resecadas y otro con recurrencia tras resección).

Discusión y conclusiones: El CR metastásico tiene una amplia variabilidad en cuanto a localización, presentación, evolución y pronóstico. El conocimiento de las localizaciones atípicas puede permitir un diagnóstico y tratamiento precoces.

Tumor de tejidos blandos metastásico secundario a carcinoma de células claras

Aguilar Barradas J, Aguilar Moreno JA, Sánchez Alvarado JP,
 Carral Valdés R, Gutiérrez Godínez FA, Rosas Ramírez A,
 Manzanilla García HA, Rubio U, Pérez Ybarra S.

Masculino de 56 años, con antecedente de colecistectomía, diabetes mellitus tipo 2, en tratamiento con hipoglucemiantes. Inicia su padecimiento hace 1 año con presencia de masa a nivel de glúteo derecho de 3x2 cm, sin cambios de coloración, consistencia blanda, fija no dolorosa. Niega hematuria microscópica y deterioro del estado general. A la exploración física mesomórfico, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen globoso a expensas de pániculo adiposo sin otras alteraciones, genitales y extremidades sin alteraciones. En usg Doppler de glúteo derecho: lesión de 28x17 mm focal dolida, heterogeneidad limitada a tejido graso con aumento de volumen importante de la vascularidad. Se realiza biopsia escisional con reporte histopatológico de: carcinoma de células claras metastásico en tejido blando. TAC de abdomen: riñón derecho con tumor de polo superior de bordes mal definidos, que refuerza a la administración de medio de contraste. Radiografía de tórax: sin evidencia sugestiva de metástasis. Se realiza nefrectomía radical derecha cuyo reporte histopatológico es: carcinoma de células claras con amplias zonas de hemorragias y necrosis. Fuhrman II, sin tumor en vena, arteria ni uréter:

Preservación con qt/rt en cáncer vejiga. Experiencia HGM 2000-2005

Villavicencio Queijeiro M¹, Núñez Guardado G¹, Rubio Nava O¹, Luján Castilla PJ², Flores Vázquez F³, Bautista Hernández Y³.
¹ Residentes de Radiooncología, ² Jefe de Unidad del Servicio de Radiooncología, ³ Médicos de Base del Servicio de Radiooncología Hospital General de México.

Introducción: De acuerdo al rnm del en México se presentaron 2170 casos de cáncer de vejiga. En las últimas décadas se ha presentado una disminución en la mortalidad que va del 18 al 24%, asociado a las diferentes opciones de tratamiento.

Objetivo: Presentar un estudio retrospectivo del protocolo de preservación con qt/rt en cáncer de células transicionales de vejiga.

Material: Expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de cáncer de vejiga que de acuerdo a los criterios fueron candidatos a preservación con qt/rt.

Método: Revisión de 40 expedientes del control del registro del servicio de radioterapia del HGM, cuyos pacientes se diagnosticaron con cáncer de vejiga de células transicionales de alto grado ec II-IV, del 1 de enero de 2000 al 31 de diciembre de 2005, de los cuales se incluyeron sólo 26 pacientes.

De los pacientes que entraron al protocolo, sólo 20 terminaron la primera fase de tratamiento por diferentes motivos. La segunda fase de radioterapia la iniciaron 17 pacientes, 2 tuvieron progresión y uno abandonó. La dosis total administrada con rt fue de 64.7 Gy.

El 42% de los pacientes tuvieron toxicidad, siendo la más frecuente la intestinal seguida de la urinaria, sólo un paciente tuvo toxicidad intestinal grado 3, sin requerir manejo quirúrgico.

Resultados: Sólo 15 (58%) pacientes completaron el tratamiento. En 6 casos (40%) se ignora el estado actual, 9 casos (60%) están vivos sin actividad y de éstos sólo 2 tuvieron recurrencia, las que se presentaron en promedio a los 39 meses (36 y 42 meses), por lo que se manejaron con cistectomía.

Conclusión: Sólo 58% (15/26) de los pacientes terminaron el tratamiento, 60% (9/15) de éstos están vivos sin actividad, y de éstos 78% (7/9) conservan el órgano.

Reporte de un caso cáncer epidermoide vesical asociado a embarazo

Trigueros Velázquez M, Padilla Mota I, Tamayo Gutiérrez JG, Valencia Ortiz A.
 Hospital General. Morelia, Michoacán, México.

Antecedentes

Se presenta un caso de una paciente en la cual se asoció albinismo, con un carcinoma epidermoide de vejiga avanzado, el cual se diagnosticó en la segunda mitad del embarazo.

Esta asociación implicó una serie de medidas terapéuticas que culminaron con una cesárea seguida de una excenteración pélvica y derivación urinaria. Desde luego, las neoplasias urológicas no se presentan en la edad reproductiva y su incidencia sería menor a 1 por cada 1000 embarazos. Por otro lado, es motivo de revisión la estirpe histológica que en este caso correspondió a un epidermoide.

Reporte del caso

Femenino de 34 años de edad, cistolitotomía a los 15 años, 2 cesáreas previas, paciente albina, con infección de vías urinarias crónica.

Ingresa al hospital con embarazo de 20 semanas y hematuria severa, determinándose a su ingreso la presencia de un tumor intravesical. La hematuria lleva a la paciente a hipovolemia severa, y ameritó hemotransfusión y manejo en terapia intensiva. Se logra llevar a la paciente hasta la semana 32, realizándose cesárea, seguida de excenteración pélvica y conducto ilial. El reporte histopatológico fue carcinoma epidermoide bien diferenciado con infiltración a pared y ganglios pélvicos negativos. La paciente no acude a manejo adyuvante y tiene actividad tumoral en mediastino a 18 meses de cirugía.

Adenocarcinoma primario de vejiga. Reporte de un caso

Ttlelepantzin-Apartado M^A_, Green Renner D¹, Gómez-Roel X¹, León Rodríguez E¹, Ramírez-Herrera V_, Morales Espinosa D_, González Jordán JL_, Del Morán Portela D_.
 _Departamento de Hematología-Oncología, _Departamento de Patología. Instituto Nacional de la Nutrición y Ciencias Médicas Salvador Zubirán. México, D.F.

Antecedentes: El adenocarcinoma representa del 0.5-2% de todos los tumores primarios de vejiga. Por su rareza aún no están bien determinadas sus características ni su tratamiento.

Objetivo: Presentar un caso de adenocarcinoma primario de vejiga y revisión de la literatura. **Informe del caso:** Mujer de 37 años, inició padecimiento actual en septiembre del 2006 con disuria y dolor en hipogastrio. Se le practicaron estudios de laboratorio y gabinete, los cuales reportaron infección de vías urinarias, insuficiencia renal aguda, hidronefrosis, engrosamiento vesical y obstrucción de vías urinarias. Por lo anterior, se colocó catéter doble j bilateral y se tomó biopsia vesical, la cual reportó adenocarcinoma poco diferenciado. Pet-ct: metabolismo disminuido en lesión vesical, lesiones hipermetabólicas en retroperitoneo. Estudios realizados para búsqueda de tumor primario extravesical, negativos.

Diagnóstico: adenocarcinoma primario de vejiga por lo que se realizó cistectomía radical. Patología: adenocarcinoma poco diferenciado con células en

anillo de sello primario de vejiga; con invasión a tejido adiposo perivesical, salpinges, ovarios y parametrios. Se consideró en estadio IV, por lo que se inició tratamiento paliativo con quimioterapia basada en platino y radioterapia.

Discusión y conclusiones: Se ha considerado a los cambios metaplásicos de un urotelio inestable, originados por irritación crónica e infecciones, como factor predisponente del adenocarcinoma de vejiga. Debido a su baja incidencia, no se ha establecido de manera adecuada sus características clínicas, tratamiento y respuesta al mismo, sin embargo, en estudios retrospectivos se observó un incremento en supervivencia libre de enfermedad al realizar cistectomía radical, linfadenectomía pélvica y radioterapia adyuvante.

Presentación de caso clínico: sarcoma testicular

Escobar GM, Garnica JG, Gutiérrez CC, Torres AM.
 Hospital General de México Servicio de Oncología Médica.

Antecedentes

Los sarcomas testiculares son originados de estructuras testiculares normales. Representan menos de 1% de los sarcomas y su presentación más frecuente en cuanto a localización es la región paratesticular. Existen varios subtipos histológicos, dentro de los más representativos se encuentra el rhabdomyosarcoma, que con mayor frecuencia presenta metástasis a distancia, siendo el sitio primario de las mismas, los pulmones. De forma contraria y en su forma pura se encuentran los leiomyosarcomas que frecuentemente se encuentran como enfermedad localizada.

El subtipo más común es el rhabdomyosarcoma cuya incidencia anual es de 4 a 7 casos por millón; mientras que el leiomyosarcoma tiene una incidencia menor a 1%, con un comportamiento similar al leiomioma. La localización por sitio anatómico de los leiomyosarcomas es: profunda, cutánea y vascular.

En 1935 ocurrió el primer reporte de casos, concluyendo que la mayoría de los reportes hasta el momento actual se encuentra en forma de rhabdomyosarcoma, en pacientes menores de 20 años de edad y en su forma paratesticular. Son frecuentemente asociados con tumores de células germinales que sufren transformación sarcomatosa y en raras ocasiones se diferencian a leiomyosarcoma. Otras histologías reportadas son: osteosarcoma, fibrosarcoma y liposarcoma. Dentro de la etiología de estos padecimientos se encuentra relacionado en forma inespecífica el consumo de esteroides androgénicos en estos pacientes.

Hasta 1960 se encontraban en la literatura 16 reportes de casos: 3 leiomyosarcomas, 5 rhabdomyosarcomas, 2 fibrosarcomas, 2 osteosarcomas, 1 condrosarcoma y 3 sarcomas de células en huso. La asociación bioquímica con estas patologías menciona que no existe reporte de elevación de marcadores tumorales. Se ha hecho determinación de células neoplásicas por anticuerpos monoclonales como ac 14^a y hhf 35, además de marcaje de células α y g de actina.

Objetivo

Documentar en la literatura la presentación de caso de tumor testicular de tipo rhabdomyosarcoma como histología predominante y de localización testicular. A diferencia de los reportes que se han hecho hasta el momento actual, este tipo de localización es muy rara, con escasos reportes, y de evolución desconocida.

Informe de caso

Se trata de paciente masculino de la segunda década de la vida que inicia padecimiento con aumento de volumen testicular de inicio indoloro, y posterior aumento de volumen abdominal. El paciente evoluciona hacia el deterioro de condiciones generales. Recibe atención en tercer nivel en donde se realiza orquiectomía radical derecha con reporte de rhabdomyosarcoma testicular.

Resultados

Se obtiene por medio de reporte de histopatología resultado de sarcoma testicular con áreas de rhabdomyosarcoma, leiomyosarcoma y liposarcoma. Con tinciones de wt-1 positiva, myo-d1 positiva y calponina positivo.

Evoluciona en forma adecuada posterior al procedimiento quirúrgico, y se inicia tratamiento con quimioterapia a base de esquema con doxorubicina, ifosfamida y mesna, iniciando con 4 ciclos cada 3 semanas, en marzo del 2007, hasta mayo del 2007, posterior a los cuales tiene respuesta clínica y bioquímica completas y con reporte de tomografía de tórax sin metástasis a este nivel, y con tomografía de abdomen con conglomerado residual retroperitoneal de 11x17 cm. El paciente es enviado a valoración por radioterapia en donde se difiere procedimiento para alcanzar máxima respuesta con quimioterapia, y en forma posterior continuar tratamiento con radiación.

La evolución hasta el momento, con seis ciclos de tratamiento es satisfactoria.

Discusión y conclusiones

Se conoce que el rhabdomyosarcoma es el tumor de tejidos blandos más común de la edad pediátrica y hasta el momento existe un aumento en la tendencia a la curación de esta patología. Se menciona dentro del tratamiento efectivo en estos tumores, posterior al procedimiento quirúrgico, la quimioterapia, siendo hasta el momento los fármacos que muestran mayor eficacia: vincristina, dactinomicina y ciclofosfamida.

Los esquemas con poliquimioterapia han mostrado buenos resultados en respuestas completas, principalmente con el esquema vac (vincristina, adriamicina y ciclofosfamida), lo que demuestra una mayor respuesta al tratamiento con terapia multimodal.

Existe desde 1972 análisis de rhabdomyosarcoma intergroup, que hasta el momento ha reportado cinco series de grupos de estudio, irs I al V y actualmente se corre el número VI. Las variaciones en estos grupos se ajustan a esquemas de tratamiento con quimioterapia alternados con radioterapia. Los resultados que arrojan estos estudios nos permiten conocer las respuestas

con esquemas de quimioterapia como vac, vai y vie, así como los sitios de recaída, periodo libre de enfermedad e histología de estos tumores. Debido a la baja frecuencia de presentación en estas patologías, y siendo una rara localización los tumores primarios de testículo, existe cierto sesgo en el tratamiento, ya que no hay reportes o consensos en el tratamiento y se tratan hasta el momento como sarcomas paratesticulares, puesto que el comportamiento biológico no dista mucho de esta patología. Hasta el momento podemos observar que la localización testicular es infrecuente y la evolución es impredecible, aunque hasta el momento se ha observado buena respuesta al tratamiento para sarcomas de otras localizaciones. Podemos concluir que es importante conocer la frecuencia de estos tumores, para poder determinar en un futuro si existen diferencias en el tratamiento de los mismos, ya que de esta forma se puede ofrecer una terapia diferente que condicione un aumento en periodo libre de enfermedad y sobrevida global.

Resección en bloque de tumores germinales retroperitoneales residuales con involucro a grandes vasos

Herrera-Gómez Á, Soto-Dávalos BA, Lever-Rosas CD, Martínez-Hernández H.
División de Cirugía Oncológica. Instituto Nacional de Cancerología. México.

Antecedentes: El manejo quirúrgico de enfermedad retroperitoneal voluminosa en tumores germinales no seminomatosos posterior a quimioterapia de inducción involucra la resección en bloque de todo el tumor y la disección ganglionar retroperitoneal. El porcentaje de curación reportado con este abordaje terapéutico es entre 60 y 80%. Si esta resección es benéfica en el contexto de involucro de grandes vasos aún se desconoce.

Objetivo: Reportar una serie de casos de tumores germinales no seminomatosos residuales en retroperitoneo en un hospital de tercer nivel de referencia oncológica en México.

Métodos: Entre 2004 y 2006 cuatro pacientes con tumor germinales no seminomatosos residuales en retroperitoneo posquimioterapia, se sometieron a disección ganglionar retroperitoneal con resección en bloque de grandes vasos debido a involucro macroscópico del tumor a la pared vascular, determinada de manera preoperatoria por imagen. La reconstrucción fue realizada mediante una prótesis de politetrafluoroetileno (ptfe).

Resultados: La edad promedio fue de 30.7 años (rango de 19 a 43 años). El estudio histopatológico no demostró evidencia de tumor residual en 2 de los casos. El seguimiento fue de 17 meses con un rango entre 12 y 29 meses. Un paciente murió de metástasis a distancia. Otro paciente tuvo una reintervención por un hematoma postoperatorio. No ocurrió ningún otro problema o complicación relacionada a la resección del tumor o el procedimiento de reconstrucción.

Conclusión: La resección quirúrgica completa en bloque de tumores metastásicos retroperitoneales de células germinales con involucro vascular es factible y puede ser realizada de manera segura y con buenos resultados.

Palabras clave: neoplasias testiculares, disección de ganglios linfáticos, aorta.

Metástasis cutáneas de un tumor germinal no seminomatoso (tgns) de testículo: Reporte de un caso y revisión de la literatura

Castro Sánchez A¹, Armengol Alonso A¹, León Rodríguez E¹, Saeb Lima M².

¹Departamento de Hematología, ²Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (Oncología Médica/Oncología Médica). **Introducción:** El desarrollo de metástasis cutáneas en los tgns es excepcional. Se han reportado sólo 12 casos en la literatura.

Objetivo: Se describe el caso de un paciente con tgns y metástasis cutáneas al diagnóstico.

Informe del caso: Masculino de 23 años que en abril 2006 detectó una masa testicular derecha acompañado de ginecomastia y mastalgia. Usg testicular: testículo derecho aumentado de tamaño por probable proceso infiltrativo. En agosto 2006 presentó crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas. Se realizaron estudios de extensión que mostraron metástasis cerebrales, pulmonares, hepáticas y retroperitoneales. Marcadores tumorales: bhcg 240.000, afp 15.6 y dhl 69. Se palparon dos nódulos dolorosos subcutáneos, uno en cara posterior de deltoides (2 cm), móvil, y uno en pierna derecha (4 cm), de bordes irregulares, consistencia firme, sin cambios cutáneos visibles. Reporte histopatológico: metástasis cutánea de coriocarcinoma. Se inició quimioterapia con bep, con desaparición de las lesiones cutáneas posterior al segundo ciclo. El paciente progresó, sin respuesta a una 2a. línea de quimioterapia (tip) y a autotransplante de medula ósea, actualmente vivo con quimioterapia de 3a. línea (cisca).

Discusión y conclusiones: La piel es un sitio poco común de metástasis, presentándose generalmente al momento del diagnóstico. En los casos reportados las metástasis cutáneas tenían una morfología característica (nódulo eritematoso). En este caso las metástasis cutáneas no eran evidentes y sólo se detectaron a la palpación. Esto representa un comportamiento no descrito. Ante manifestaciones cutáneas en un tumor germinal deberá sospecharse infiltración.

Carcinoma de corteza suprarrenal

Orea Estudillo D, Bernal Cano J, Silva Bravo F, Cruz López JC.
Unidad de Oncología. Hospital General de Puebla.

Antecedentes: El carcinoma de corteza suprarrenal tiene una incidencia de 0.05-0.2%, es más común en mujeres, entre la 4a. y 5a. décadas de la vida, usualmente con un tamaño mayor a 6 cm y un peso promedio de 100-5000 g, las metástasis son frecuentes, histológicamente presentan gran núcleo y nucléolo, hiperromatismo, permeación vascular y gran número de mitosis, el tratamiento es la suprarrenalectomía y no existe tratamiento adyuvante recomendado.

Objetivo: Presentar el caso de paciente femenino de 15 años con dx de carcinoma de corteza suprarrenal t3 n0 m0 ec III.

Informe del caso: Paciente femenina de 15 años de edad con una evolución de 1 año caracterizada por dolor abdominal difuso, aumento de perímetro abdominal, plenitud posprandial pérdida ponderal de 5 kg, así como datos de hipercortisolismo, se le realiza usg y TAC con dx de tumor a expensas de la glándula suprarrenal, niveles séricos de cortisol aumentados, sin datos de hiperaldosteronismo, se somete a laparotomía con hallazgo tumor de 20x15 cm, bordes lisos sin invadir estructuras adyacentes, ganglios negativos, la paciente es egresada por mejoría al 5o. día.

Discusión y conclusiones: Los tumores malignos de la glándula suprarrenal son raros y de un pronóstico incierto.

Hiperplasia linfoide gigante (enfermedad de Castleman) pélvica

Ortiz-Mendoza CM¹, Vázquez SA², Reyes-Gutiérrez E³, Flores Guzmán JA⁴.
¹Oncólogo Cirujano Centro Médico Dalinde, ²Ginecoobstetra Hospital Angeles México, ³Anatomo-Patólogo Hospital Angeles México, ⁴Servicio de Oncología Hospital Regional 1º de Octubre ISSSTE. México, D.F.

Objetivo: Presentar un caso poco común de tumor pélvico.

Presentación del caso: Mujer de 31 años de edad que consultó por un tumor en pelvis que fue un hallazgo durante estudios para evaluar causa de infertilidad. Se reportaba un tumor que comprimía y desplazaba la pared lateral derecha de la vejiga, con diagnósticos probables de mioma calcificado, sarcoma o linfoma. Debido al tumor y a la compresión a otros órganos, se llevó a laparotomía en donde se encontró que invadía al recto mayor del abdomen derecho, la vejiga y que estaba muy vascularizado, con dos pedículos (epigástrica profunda y vesical superior). Se extirpó *in toto* con un segmento de vejiga. El reporte definitivo indicó se trataba de una hiperplasia angiofolicular linfoide gigante (enfermedad de Castleman) unicéntrica. Su evolución a un año de la cirugía ha sido favorable.

Conclusión: La enfermedad de Castleman es poco común, se ubica habitualmente en el mediastino, por lo que su presentación en pelvis es un evento raro, del cual sólo se han descrito algunos casos aislados.

Enfermedad de Castleman de retroperitoneo. Reporte de un caso

Martínez-Martínez M¹, Cortés-García CA¹, Ramírez-Ramírez M², Martínez-Gómez H², Rodríguez Antezana E², Cravioto-Villanueva A², Rodríguez-Ramírez S³, Luna Pérez P⁴.

¹Residente de Cirugía Oncológica, Hospital de Oncología CMN Siglo XXI, IMSS, ²Médico Adscrito al Servicio de Colon y Recto, Hospital de Oncología CMN Siglo XXI, IMSS, ³Jefe de Servicio de Colon y Recto, Hospital de Oncología CMN Siglo XXI, IMSS, ⁴Jefe de División de Cirugía, Hospital de Oncología, CMN Siglo XXI, IMSS.

Resumen

Se describe el caso de femenino de 77 años de edad, referida al servicio de colon y recto del hospital de oncología del CMN Siglo XXI. Por la presencia de aumento de perímetro abdominal, mal estado general, pérdida de peso de 6 meses de evolución.

Se documentó por estudio tomográfico, lesión que desplaza colon derecho y vena cava, con sospecha de compromiso renal ipsilateral. Después de resección el estudio histopatológico final refiere enfermedad de Castleman de tipo hialino vascular.

Esta localización poco frecuente menor al 2%, así como sus diagnósticos diferenciales hacen útil su reporte.

Caso clínico

Femenino de 77 años de edad, niega enfermedades crónicas degenerativas, antecedente de hta simple por miomatosis uterina. Cursa con cuadro de 6 meses de evolución aproximadamente, caracterizado por pérdida de peso, evacuaciones diarreicas hasta 5 v/día, incremento de perímetro abdominal. Se le realiza TAC que muestra tumor abdominal en flanco derecho, que desplaza colon y vena cava inferior con probable compromiso de riñón ipsilateral. Se realizó exploración quirúrgica con hallazgo de: tumor retroperitoneal de aprox. 20 cm. De diámetro que infiltra uréter y riñón derecho, vasos gonadales y se adhiere a la vena cava y la aorta sin infiltrarlas. Abarca desde el origen de los vasos renales hasta la bifurcación de las ilíacas.

Cirugía realizada: tumorectomía + nefrectomía derecha en bloque.

Cursó con evolución favorable, fue egresada 8 días después del evento quirúrgico. El reporte histopatológico fue reportado como: enfermedad de Castleman de tipo hialino vascular con calcificaciones distróficas.

La enfermedad de Castleman, descrita por primera ocasión en 1954, ha recibido múltiples nombres como hiperplasia angiofolicular de ganglios linfáticos, o hamartoma linfoide. Es un desorden caracterizado por la proliferación benigna de tejido linfoide, clínicamente se presenta con linfadenopatías y síntomas constitucionales como fatiga, fiebre y pérdida de peso, dichas características semejan a linfoma, lo que hace que su diagnóstico sea principalmente histológico.

La etiología de este padecimiento no es clara, se han formulado teorías como procesos de inmunodeficiencia o enfermedad autoinmune; por su presentación clínica se han descrito dos tipos: multicéntrico y unicéntrico.

La enfermedad de presentación multicéntrica se caracteriza por estar relacionada a crecimiento ganglionar generalizado. Asociado a curso clínico agresivo y fatal, se han descrito a mayor riesgo de procesos infecciosos y neoplásicos. Los sitios de presentación más descritos en series de pacientes son mediastino región axilar, cuello y menos frecuente retroperitoneo.

El tipo unicéntrico se caracteriza por el crecimiento de sólo un grupo ganglionar, las series de pacientes muestran un curso clínico benigno, y la resección quirúrgica completa se ha observado como el factor pronóstico más importante. Flendrig y Shillings en 1970 describen tres subtipos histológicos hialino vascular (hv), célula plasmática (cp) y una variante mixta (vm).

El 80% de los casos de enfermedad de Castleman de tipo unicéntrico son de tipo hialino vascular, y 20% de tipo célula plasmática, sin embargo, en el grupo de enfermedad multicéntrica el subtipo histológico de predominio es de tipo célula plasmática y en menor porcentaje hv o vm.

La presentación de enfermedad multicéntrica, de subtipo histológico hialino vascular de presentación en retroperitoneo, se ha descrito en sólo 2% en series de casos.

El factor pronóstico más importante es la resección completa de la lesión, reportándose periodos libres de enfermedad hasta de 11 años, en resección parcial, el mayor beneficio, es clínico observándose posteriormente progresión lenta de la enfermedad.

La esplenectomía y linfadenectomía no están justificadas en el tratamiento de este padecimiento.

El uso de radioterapia, ha proporcionado remisión de la enfermedad en casos aislados y por periodos hasta de 8 meses, en algunos otros casos el beneficio, es disminución de volumen.

La administración de esteroides a alta dosis, combinados con qt a base de ciclofosfamida o vincristina han reportado sobrevida de 12 y 15 meses respectivamente, esquemas como chop han reportado respuestas completas hasta de 44% y sobrevida hasta 84 meses.

Conclusion: La enfermedad de Castleman es un padecimiento poco frecuente, la presentación multicéntrica retroperitoneal con histología hv no es común. La resección completa de la lesión, cuando es posible, proporciona el mejor factor pronóstico de sobrevida. En caso de resección incompleta el uso de qt y esteroides a altas dosis pueden ofrecer beneficio.

Recurrencia hepática y esplénica de linfoma difuso de células grandes documentado post mortem

López Balam RA, Padilla Rico A, Gutiérrez A, Gómez Rangel D.
Hospital de Oncología. Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS. México, D.F.

Resumen clínico

Masculino 53 años diagnóstico linfoma difuso de células grandes cd 20+ ec III por macizo facial. Seis ciclos ceop/rituximab con respuesta completa. Antecedentes de anemia hemolítica autoinmune recibió rt de consolidación. En abril 2007 cuadro de anemia severa, la cual se mantuvo sin grandes variaciones con niveles de hemoglobina oscilantes entre 2 y 5g/dL con manejo transfusional con glóbulos rojos fenotipados y tratamiento con dosis altas de esteroides e inmunosupresores. Ictericia a expensas de bilirrubina directa. Sin fiebre ni dolor abdominal. Ultrasonido sin dilatación de la vía biliar, con aumento ecogenicidad hepática en forma difusa sin lesiones focales ni en hígado ni en bazo. Evoluciona con leucopenia y neutropenia grado II y III. Se mantiene con dosis de hidrocortisona a 5 mg/kg y azatioprina a 1 mg/kg. Ultrasonido abdominal control datos de colecistitis aguda litiasica con sospecha de piocolecisto, sin considerarse urgencia quirúrgica. Transfusión total de i9 concentrados eritrocitarios. Mala evolución intolerancia a la vía oral, disminución de volúmenes urinarios, fiebre, episodios de agitación psicomotriz y desequilibrio electrolítico. Inicio súbito de dificultad respiratoria, taquipnea, sin dolor torácico. Fallece tras 24 días de estancia hospitalaria. Diagnóstico post mortem causa aguda tromboembolia pulmonar. Se documenta recurrencia de linfoma difuso de células grandes a nivel hepático y bazo. Documentándose por inmunohistoquímica cd20+.

Hemoperitoneo por ruptura espontánea de bazo en linfoma no Hodgkin

Medina-Villaseñor EA¹, Quezada-Adame I¹, Rosario Cruz², Jiménez Becerra S³, Ruiz-Castillo W⁴, Neyra-Ortiz E⁴, Lozano-Magaña AI⁴.
¹Servicio de Cirugía Oncológica, ²Anestesiología, ³Patología Quirúrgica, ⁴Urgencias Médico-Quirúrgicas. Unidad de Oncología, Betania Especialidades Médicas, Los Reyes La Paz, Estado de México y Unidad de Oncología Ginecológica. Hospital Star Médica Santa Fe. México, D.F.

Introducción: La ruptura esplénica espontánea es una causa infrecuente de abdomen agudo quirúrgico y difícil diagnóstico en el preoperatorio. Los tumores malignos de bazo son raros, incluyen: histiocitoma fibroso maligno, fibrosarcoma, leiomiomasarcoma y linfomas.

Reporte del caso: Femenino 61 años, antecedentes: diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica. Padecimiento de 4 meses con dolor abdominal en hipocondrio izquierdo, plenitud posprandial. Acude a la unidad por dolor abdominal súbito, intenso, datos de irritación peritoneal, equimosis periumbilical, hipotensión, taquicardia y descompensación hemodinámica, tumor abdominal en hipocondrio izquierdo, con datos en relación con choque hipovolémico secundario a hemoperitoneo; TAC de abdomen con bazo aumentado de tamaño, zona hipodensa polo inferior, adenopatías retroperitoneales. Se realiza laparotomía exploradora de urgencia por datos de hemoperitoneo por esplenomegalia. Hallazgos quirúrgicos: hemoperitoneo 1000 cc secundario a hemorragia por ruptura esplénica en polo inferior, epiplón adherido al sitio de lesión. El bazo aumentado de tamaño 20x16x12 cm, superficie rugosa y múltiples lesiones color blanco-amarillento que lo deformaban, adenomegalias retroperitoneales. Se realiza esplenectomía sin ningún incidente o accidente transoperatorio. El reporte patológico: linfoma no Hodgkin difuso de células grandes con afectación de ganglios esplénicos parahiliares. Se envió al servicio de hematología para completar estudios y tratamiento adyuvante. Actualmente con quimio-radioterapia, sin evidencia de progresión de la enfermedad.

Conclusiones: La ruptura por neoplasia esplénica (primaria o metastásica), es extraordinariamente rara. No se conocen los mecanismos para explicar la causa de este incidente, se propone tracción aumentada del ligamento gastroesplénico por vómito repetido; movilidad anormal y torsión esplénica; cambios degenerativos en arterias intraesplénicas y congestión esplénica crónica.

Reporte de un caso VIH y linfoma difuso de linfocitos grandes de núcleo hendido con extensa necrosis

Trigueros Velázquez M, Escobedo Ortiz AR, Valencia Ortiz A, Calvo Villalobos I, Galván Calderón LS.

Hospital General. Morelia, Michoacán, México.

Masculino de 55 años de edad, originario de Jiquilpan, Michoacán; casado, contador, jubilado. El motivo de consulta fue cuadro de 8 meses de evolución caracterizado por fiebre, escalofrío, sudoración, pérdida progresiva de peso (12 kg), fatiga, evacuaciones diarreas intermitentes y crecimiento ganglionar submaxilar izquierdo de 3.5x4 cm.

Se realizó ELISA y western blot, con resultado positivo para VIH. La cuenta de linfocitos cd4 fue de 41xmm³ y carga viral de 500,000 copias al momento del diagnóstico.

Se realizó biopsia de ganglio submaxilar izquierdo y el resultado histopatológico fue el de linfoma difuso de linfocitos grandes de núcleo hendido con extensa necrosis.

Se realizaron estudios complementarios (aspirado de médula ósea, lcr, pfh, dhl, fa, virus hepatitis B y C, perfil viral, qs, es) y TAC de abdomen que descartó adenopatías retroperitoneales o pélvicas. Estadio IIa.

Se descartó involucro de snc y se inició tratamiento retroviral (lopinovir, ritanovir, azt, 3c) conjunto con chop-r (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina, prednisona-rituximab), con buena evolución.

Melanoma de coroides. Presentación de dos casos

Hernández Luis G, Magaña Serrano R, Álvarez Ordórica O, Aranda Sánchez F, Pérez Villegas J de D, Silva Juan A, Rivera Rivera S.
UMA Oncología. CMN Siglo XXI, México, D.F.

Introducción: Representa 5% de todos los sitios de melanoma, hasta 70% mayor incidencia en raza blanca, 79% en coroides, edad aumento gradual con pico en los 70 años, leve predominio en hombres. Es una entidad clinicopatológica diferente del melanoma maligno. El curso clínico es impredecible, puede dar metástasis al hígado, los factores pronóstico más importantes son: tamaño tumoral, edad, género, localización del tumor.

Presentación de casos: Hombre de 70 años de edad, inició con disminución de agudeza visual ojo izquierdo, oftalmoscopia ojo izquierdo opaco, vítreo con escaso pigmento superior, desprendimiento de retina inferior. Ultrasonido: lesión sólida de 1.3x0.6 cm, con metástasis hepáticas. Diagnóstico de melanoma de coroides sin infiltración a esclera, se realizó enucleación, tratamiento paliativo con interferón por 4 meses con progresión hepática, se inició dacarbazina en tratamiento por 4 meses al momento.

Hombre de 81 años, con disminución de agudeza visual, con oftalmoscopia izquierda con masa tumoral de coroides con afectación de tejidos blandos, ultrasonido tumor con alta vascularidad con resistencia, ultrasonido hepático positivo, con enucleación de ojo izquierdo, melanoma maligno de células fusiformes, ocupa vítreo y esclerótica, tratamiento con enucleación e interferón, probable progresión pulmonar.

Son casos representativos de una enfermedad poco común y de tratamiento no establecido.

El tratamiento de elección es la enucleación quirúrgica, técnicas de rt y en enfermedad avanzada inmunoterapia y en lo que respecta a quimioterapia el esquema bold (dacarbazina, lomustina, vincristina, bleomicina) combinado con interferón alfa, ha mostrado respuestas objetivas en aproximadamente 20% de los pacientes como primera línea.

Carcinoma epidermoide con patrón sarcomatoide de conjuntiva bulbar

Orea Estudillo D, Bernal Cano J, Cruz López JC, Silva Bravo F.
Unidad de Oncología. Hospital General de Puebla.

Antecedentes: Los tumores oculares corresponden al 0.3% de todas las neoplasias. Su evolución natural va desde las displasias, hasta un carcinoma invasor, el sitio más frecuente de localización es la conjuntiva, cornea o estructuras adyacentes, el tratamiento ha sido históricamente quirúrgico con márgenes negativos, se ha hecho intentos con la aplicación de quimioterapia local e inmunoterapia e incluso con la aplicación de crioterapia, siendo en etapas clínicas avanzadas la exenteración orbitaria un tratamiento eficaz.

Objetivo: Presentar el caso de un paciente masculino de 42 años con dx. De carcinoma de células escamosas de conjuntiva bulbar.

Informe del caso: Masculino de 42 años con tumoración sobre esclera de 2 años de evolución, al momento de su diagnóstico se encuentra una tumoración de 10x15 cm en globo ocular sin invasión a estructuras adyacentes por valoración tomográfica, se le realiza biopsia incisional y es llevado a exenteración orbitaria con reporte de carcinoma epi dermoide con patrón sarcomatoide posteriormente se le envía a radioterapia adyuvante 50 Gy y actualmente se encuentra libre de enfermedad a 1 año de seguimiento.

Discusión y conclusiones: El tratamiento radical en tumoraciones avanzadas del globo ocular continúa siendo el tratamiento de elección para el control de la enfermedad, el uso de tratamientos conservadores como la quimioterapia y la inmunoterapia no son recomendables. La radioterapia adyuvante es parte fundamental del tratamiento.

Tratamiento con radioterapia de carcinoma de piel no melanoma localizado en cartilago auricular, experiencia en el INCAN

Huerta Rodríguez R, Tenorio MC.
INCAN. México, D.F.

Antecedentes

La radioterapia del cáncer de piel no melanoma del cartilago auricular, no es bien conocida: su seguridad, efectividad y toxicidad, la frecuencia de localización es del 6% y la irregularidad anatómica hace un sitio de tratamiento difícil, la piel es delgada, la grasa subcutánea es escasa y carece de adherencia al pericondrio, conocimiento radiobiológico ha permitido evaluar la absorción de la radiación ionizante en el cartilago (kilovoltaje), a 5 años el control local reportado de: 79-92%, con incidencias de condritis y condronecrosis es del 0-13%, en relación fraccionamiento y buena colimación, comparables a otros tratamientos como cirugía.

Objetivo del estudio

Revisar la experiencia, resultados y toxicidad relacionada con el tratamiento del cáncer de piel no melanoma con radioterapia externa.

Material y método o informe del caso

Estudio retrospectivo del 2004 al 2006, se revisaron 8 pacientes con carcinoma de cartilago auricular: 6 con carcinoma basocelular, 2 con carcinoma de células escamosas, uno de los pacientes con invasión a conducto auditivo externo.

La radioterapia se administró con técnicas de kilovoltaje con energía (kv) y dosis administrada 45 -50 Gy con diferentes fraccionamientos en promedio de 3 Gy/fracción, 1 paciente recibió tratamiento con fotones, electrones.

Resultados

Mediana de seguimiento: 18.1 meses, respuesta completa: 100%, 1 paciente presentó recurrencia a 14 meses de haber finalizado tratamiento, 1 paciente: necrosis auricular, los resultados cosméticos fueron aceptables.

Discusión y conclusiones

La radioterapia es una modalidad de tratamiento primario efectiva y segura con el fin de evitar tratamientos mutilantes, reservando tratamiento quirúrgico para recurrencias o progresión, la presencia de complicaciones es extremadamente baja, son resultados comparables a los reportados en la literatura.

Carcinoma de células de Merkel. Reporte de 5 casos y revisión de literatura

Vásquez Ciriaco S, Padilla Rosciano A, Martínez Said H, Del Cid Cuyun
Departamento de Piel y Partes Blandas. Instituto Nacional de Cancerología. México.

Antecedentes

Carcinoma de células de Merkel (CCM) neoplasia cutánea rara agresiva de origen neuroendocrino. Su incidencia de 0.23/100 000 hab. con promedio de edad de presentación de 69 años, 5% de los casos ocurren antes de los 50 años de edad, con una relación de 2.3:1 hombre.

Objetivo de estudio

Se presentan 5 casos clínicos, con su evolución clínica y seguimiento como parte de la experiencia de nuestra institución, con revisión de la literatura.

Reporte de casos

Se presentan 4 femeninos 1 masculino con rango de edad de 49 a 70 años de edad, 1 de ellos sin primario conocido, 3 debutan con adenopatía inguinal, 1 con lesión metastásica. Todos con confirmación histológica, tratados de acuerdo a su etapa clínica, 4 de ellos continúan en seguimiento sin evidencia de actividad tumoral (6 meses-3 años).

Discusión

El CCM es una lesión agresiva, típicamente aparece como una lesión rojo violácea, su forma de diseminación es linfático dérmico, múltiples lesiones, satélites y ganglios linfáticos regionales, los sitios secundarios incluyen la piel (28%), ganglios linfáticos (27%) hígado (13%), pulmón (10%), hueso (10%) y cerebro (6%).

Es uno de los tumores de células azules y pequeñas, típicamente expresa receptores neuroendocrinos y citoqueratinas (20) y es negativa para proteína s100 y antígeno leucocitario. El tratamiento consiste para las etapas I y II, la resección quirúrgica amplia con margen de 2 cm. Con ganglio centinela y adyuvancia con radioterapia o disección ganglionar linfática. Para la etapa III el tratamiento es paliativo con quimioterapia y/o radioterapia.

Tumor de células de Merkel primario de ganglio axilar. A propósito de un caso

Alvarado Luna G, León-Rodríguez E.
Departamento de Oncología. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México, D.F.

Antecedentes: Los carcinomas neuroendocrinos sólo ocupan 0.4% de las malignidades diagnosticadas. Los tumores de células de Merkel corresponden a un subtipo histológico raro de estos carcinomas. La primera descripción se publicó en 1972. Generalmente, tienen el primario a nivel de piel y su diseminación linfática es temprana.

Objetivo: Describir Las características clínicas y patología del paciente con tumor de células de Merkel primario de ganglio axilar.

Informe del caso: Mujer de 56 años, con 18 meses de edema de brazo izquierdo y conglomerado ganglionar axilar creciente de 10x12 cm, no doloroso, sin cambios en la piel local ni en toda la superficie corporal. Mastografía sólo con adenopatía descrita, sin lesiones en mama, octreo-scan (+) sólo a nivel axilar izquierdo. En octubre del 2006 se realizó disección ganglionar axilar con reporte de patología de carcinoma neuroendocrino con inmunohistoquímica (ihq) positiva para cromogranina, sinaptosina y citoqueratina 20, y con ihq negativa para ttf-1 y citoqueratina 7, el patrón anterior constituye el diagnóstico patológico de carcinoma de células de Merkel.

Discusión: Hasta junio/2003 se habían reportado 15 casos de carcinoma de células de Merkel en ganglio linfático sin evidencia de tumor primario, la localización más frecuente es en cabeza y cuello (40.5%). Se reporta que 3% de los casos de carcinomas neuroendocrinos pueden presentarse como enfermedad metastásica aislada. La sobrevida a 3 años es de sólo 31%, con tendencia metastásica temprana (ganglionar, hepática y ósea). El tratamiento es resección quirúrgica y no hay consenso sobre tratamiento adicional. Nuestra paciente continúa viva y sin evidencia de actividad tumoral tras un seguimiento de 8 meses.

Píometra masivo que simuló cáncer de ovario

Ortiz-Mendoza CM¹, Acosta Sánchez NA²,
Sánchez Pérez S², Flores Guzmán JA³,
¹Servicios de Oncología y Anatomía Patológica, ²Hospital General Tacuba y Servicio de Oncología, ³Hospital Regional 1º de Octubre ISSSTE. México, D.F.

Objetivo: Demostrar una manifestación rara del píometra.

Presentación del caso: Mujer de 65 años referida por el diagnóstico de quiste de ovario. Inició 2 años atrás con aumento progresivo del perímetro abdominal.

Antecedentes: Ooforectomía y salpingectomía hacía 23 años. Exploración física: en abdomen tumor de 22x26 cm, liso, renitente, poco movable en hipo y mesogastrio. Útero y anexos no palpables. Citología cervicovaginal: clase II.

Usg pélvico: masa redondeada, al parecer el ovario derecho, con ecos finos en su interior de 153x150 mm. Urografía excretora: masa en hipo y mesogastrio con patrón de vidrio despolido, de forma oval. TAC: tumor quístico en hipo y mesogastrio que proviene de la pelvis verdadera. Laboratorios: leucocitos 7-100, hto 46.8%, hb 15.7 g/dL, ca 125: 214 u/mL, ace 1.3 ng/mL, bgc 1.39 mui/mL, a-fetoproteína 4.55 ng/mL. Tele de tórax: normal. Con el diagnóstico de un probable cáncer de ovario fue llevada a laparotomía exploradora con hallazgos de: útero de 22 x 24 x 26 cm, con cervix atrófico. Se abrió el útero, después de extirpado, con hallazgo de gran píometra y miometrio muy adelgazado. Patología reportó: píometra masivo coagulado, útero con paredes de 2 a 3 mm de grosor.

Conclusión. El desarrollo de un píometra gigante es un evento poco

Diabetes insípida central secundaria a metástasis cerebral de cáncer de recto

López Balam RA.
Hospital de Oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS. México, D.F.

54 años de edad sin enfermedades cronicodegenerativas. Inicia en 2002 con presencia de dolor abdominal y rectorragia. Se realiza colonoscopia más biopsia; con lesión ulcerativa en recto tercio medio con obstrucción del 80% de luz intestinal con reporte de: adenocarcinoma moderadamente diferenciado. La tomografía de abdomen: con metástasis hepáticas. Recibió 6 ciclos de 5fu/lv más rt 50.4 Gy, posteriormente se documenta progresión a nivel pulmonar, con cambio a esquema 5 fu-leucovorin-oxaliplatino modificado por 6

ciclos. En julio de 2006 presencia de nódulos subcutáneos en cráneo, toma de biopsia: adenocarcinoma, con elevación de marcadores tumorales, la tomografía de cráneo, normal. Se inicia capecitabina dos ciclos con elevación de marcadores tumorales y por último dos ciclos de irinotecan siendo su última dosis en septiembre 2006 únicamente en observación posteriormente. En abril 2007 presenta náusea, vómito, disminución de fuerza muscular en hemitórax izquierdo, temblor fino en mano izquierda y hemicara ipsilateral. Electrolitos séricos con sodio de 162 meq resto normal, presencia de diuresis de seis litros en 24 hrs se documenta por clínica diabetes insípida central, valorado por endocrinología iniciando manejo con desmopresina a razón de un disparo cada 24 hrs por 3 días, observándose mejoría en los niveles de sodio y estado neurológico. Tomografía cráneo del 18 mayo 2007 con presencia de metástasis cerebrales a nivel de polígono Willis y parietooccipital derecha.

Hemangioma intramuscular gigante. Reporte de un caso

Rojas-Calvillo A, Serrano-Ortiz R, Gómez-Plata E, Pineda-Rodríguez R. *Centro Oncológico Estatal ISSEMYM (COE). Toluca, Estado de México.*
Antecedentes: El hemangioma intramuscular se define como una proliferación de cambios vasculares benignos dentro de un músculo esquelético. Estas lesiones son poco comunes y son más frecuentes en adolescentes y adultos jóvenes. En algunos casos son considerados congénitos. Su localización más frecuente es en las extremidades inferiores seguido de la localización en cabeza y cuello.
Objetivo: Reporte de caso.
Caso clínico: Masculino 24 años de edad con lesión de 3 años de evolución que después de trauma directo en muslo derecho presentó aumento de volumen en forma lenta y progresiva. Diámetro de la lesión al momento de la valoración inicial de 20 cm. El truco no dio diagnóstico específico, sólo polimorfonucleares y linfocitos. La resonancia magnética evidenció una lesión muy vascularizada en el compartimiento posterior del muslo. Se realiza compartimentectomía posterior. Resultado histológico de hemangioma intramuscular de 12 cm. de eje mayor.
Discusión: Este tipo de lesión poco reportada en la literatura es considerada de carácter benigno, además de que en la mayoría de las series el tamaño de la lesión es generalmente entre 3 a 5 cm. Aun así la posibilidad de recurrencia es alta y puede alcanzar 30-50%. El tratamiento de elección es una resección amplia con márgenes negativos. El caso reportado difiere de las características habituales de presentación por el tamaño, lo que obliga a un tratamiento de resección local más amplio.

Tumor del parénquima pineal de diferenciación intermedia. Presentación de caso clínico y reporte de la literatura

Núñez Guardado G, Luján Castilla P, Rubio Nava O, Villavicencio Quejijeiro M. *Servicio de Radiooncología. Hospital General de México OD. México, D.F.*
Antecedentes: Los tumores de la glándula pineal son raros, representan 0.1 a 0.3% de todos los tumores intracraneales. Se clasifican de acuerdo a la OMS, en pinealoma, pineocitoma, pineoblastoma y tumor del parénquima pineal de diferenciación intermedia, siendo el último el de menor porcentaje de presentación.
Caso clínico: Paciente masculino de 20 años de edad, sin antecedentes de importancia. Que inicia su padecimiento en julio del 2000, con cefalea holocraneal opresiva, acompañada de vómito en proyectil; único evento de crisis convulsivas tonicoclónica generalizada. El 16/08/06 se coloca válvula ventrículo peritoneal por hidrocefalia obstructiva y el 14/11/06 se toma biopsia de la lesión por trépano coronal izquierdo. Reporte histopatológico: tumor del parénquima pineal de diferenciación intermedia con inmunohistoquímica positiva. En estudio de imagen la tumoración involucra tercer ventrículo y cuerpo pineal, que mide 68x24 mm con edema perilesional. Se otorga tratamiento con radioterapia conformal, primera fase: 40 Gy a cráneo total y 36 Gy a médula espinal, segunda fase incremento al primario 15 Gy, para un total de 55 Gy; concomitantemente con temozolamida 75 mg/m² por día. Con respuesta mayor al 50%. Neurológicamente íntegro.
Discusión: Los tumores de la glándula pineal de este tipo histológico, son más frecuentes en niños no son mayor de 3 casos en la serie reportada en los últimos 30 años, por esta rara presentación no se ha establecido un manejo estándar para el tratamiento para estos pacientes, se otorga generalmente radioterapia con neuroeje o campos localizados, con o sin quimioterapia. Sólo obteniendo respuesta parcial y falla local en la mayoría de los casos. La sobrevida va de 2 a 3 años.

Múltiples neoplasias en una paciente (estatus canceroso). Presentación de un caso

Serrano Valdez JE¹, Sauza Roldán JV², Serrano Ramos MG³.
¹Oncólogo HGZ#2 IMSS. Irapuato, Guanajuato, ²Patólogo HGZ# IMSS. Irapuato, Guanajuato, ³Médico Interno de Pregrado HGZ#2 IMSS. Irapuato, Guanajuato.
La presentación de múltiples neoplasias en un paciente es referido como una predisposición genética, sin embargo, es una entidad poco frecuente la presencia de múltiples lesiones tumorales en un mismo paciente, se presenta el caso de una paciente con cáncer de mama, metacrónico en la misma mama; posteriormente desarrolla cáncer de endometrio *in situ* y por último cáncer de vesícula biliar.

Paciente femenino de 72 años que en 1998 presentó un carcinoma medular de la mama derecha manejada con cuadrantectomía y quimioterapia no aceptando radioterapia por razones personales, se dio manejo con tamoxifeno por 5 años, en 2001 presenta segundo primario en la misma mama con histología de ductal infiltrante, se somete a mastectomía radical modificada tipo patey con reporte de tumor de 2.8x2.5 cm con permeación vascular y linfática sin metástasis ganglionares, se dio quimioterapia adyuvante, en 2003 desarrolla hiperplasia endometrial con sangrado transvaginal motivo por el cual se sometió a histerectomía total con reporte de adenocarcinoma papilar *in situ* confinado al útero sin extensión endocervical, en agosto del 2006 se presenta cuadro de hidrocolecisto, por lo que se somete a colecistectomía con exploración de vías biliares por dilatación del colédoco, reporte de patología de adenocarcinoma poco diferenciado del fondo vesicular con infiltración a capas musculares y permeación vascular, ella desarrolló metástasis hepática en mayo del 2007 por lo que acualmente está en tratamiento con quimioterapia.

Triple neoplasia maligna primaria

Ortiz-Mendoza CM¹, Acosta-Sánchez N², Sánchez-Pérez S², Rodríguez Ybarra², Flores Guzmán JA³.
¹Departamento de Oncología, ²Anatomía Patológica. Hospital General Tacuba ISSSTE. México, D.F. Servicio de Oncología, ³Hospital Regional 1º de Octubre ISSSTE. México.
Antecedentes: El desarrollo de tres neoplasias distintas en un paciente es un evento muy raro. Presentamos un caso de esta excepcional circunstancia.
Presentación del caso: Mujer de 63 años se presentó con un cáncer de mama derecha etapa clínica IIIa; recibió quimioterapia de inducción con respuesta clínica completa. Se sometió a mastectomía que corroboró la respuesta al tratamiento sistémico. Al sexto mes de seguimiento se detectó tumor renal por ultrasonido y corroborado por tomografía, fue sometida a nefrectomía radical con reporte de carcinoma de células claras confinado al órgano (Robson II). En el mes 19 de seguimiento, por el cáncer de mama, se presentó por cuadro de sangrado transvaginal posmenopáusico. A la exploración física se detectó un tumor cervical de 4 cm, confinado al cérvix, la biopsia demostró que se trataba de un carcinoma de células claras. Se sometió a histerectomía radical, pero durante el procedimiento se detectó un nódulo en la pared abdominal que también fue resecado. El reporte definitivo indicó la presencia de un carcinoma epidermoide invasor de células grandes no queratinizante poco diferenciado y el implante en pared se trataba de metástasis de carcinoma. Fue referida a quimioterapia paliativa.
Conclusión. El desarrollo de tres carcinomas en un individuo es un evento excepcional.

Cuantificación del costo por éxito en la paliación del tumor de la radioterapia hemicorporal en el tratamiento de metástasis óseas múltiples dolorosas

Toledano D¹, Tenorio LMC¹, Potevin A¹, Fuentes P¹, Vargas J².
¹División de Radioterapia Instituto Nacional de Cancerología. México, ²Econopharma Consulting S.A. de C.V.
Antecedentes: La principal complicación de las metástasis óseas es el dolor (70%). La radioterapia, ha demostrado ser altamente eficaz para su control a un bajo costo. Actualmente, los esquemas cortos en campo limitado a un solo sitio sintomático, son los preferidos, quedando en desuso los campos amplios de radiación hemicorporal; técnica que ha demostrado ser eficaz en la paliación del dolor en metástasis múltiples, con efectos secundarios aceptables.
Objetivo: Analizar la eficacia, seguridad y costo médico directo de la radioterapia hemicorporal en pacientes con metástasis óseas dolorosas múltiples.
Método: Evaluación de la respuesta y morbilidad aguda con la escala del Radiation Therapy Oncology Group, de 29 tratamientos de radioterapia hemicorporal, 8 Gy dosis única.
Resultados: A cuatro semanas del tratamiento se obtuvo una respuesta parcial (rp) al dolor del 68% (ic95%; 86.28.2-49.71) y una respuesta completa (rc) del 16% (ic95%; 30.37-1.63). La morbilidad hematológica grados 3 y 4 fue del 3-7%. La mediana a fallo fue de 8.9 meses (ic95%; 6.22-11.75) y la mediana de sobrevida de 58.98 meses (ic95%; 42.38-75.59), con un costo promedio de mx\$17,428.49, el costo por paliación de dolor (rc+rp) es de mx\$20,748 (ic95%; mx\$17,717.13-mx\$25,030.46) y por rc mx\$108,929.09 (ic95%; mx\$57,385.34- mx\$1,069,860.89).
Discusión y conclusiones: La radioterapia hemicorporal para el tratamiento de metástasis óseas dolorosas múltiples con dosis única de 8 Gy es eficaz, de baja morbilidad y con costo accesible para las instituciones de salud, por lo que se mantiene como alternativa eficiente en la paliación del dolor y de fácil acceso para los países en vías de desarrollo.

Identificación de ganglios linfáticos en productos de linfadenectomía pélvica por el cirujano: estudio piloto

Ortiz-Mendoza CM¹, Acosta Sánchez NA², Beltrán Ortega C², Catarino Dirio A², Flores Guzmán JA³.
¹Servicios de Oncología, ²Anatomía Patológica. Hospital General Tacuba y Servicio de Oncología, ³Hospital Regional 1º de Octubre ISSSTE, México, D.F.
Objetivo: Evaluar la destreza del cirujano (c) realizador para identificar ganglios linfáticos en productos de linfadenectomía pélvica después entrenameamiento por anatomía patológica.

Pacientes y método: Se seleccionaron a pacientes con cáncer cervicouterino, sometidos a histerectomía radical con disección linfática pélvica, cuyos tejidos fueron evaluados para establecer el número de ganglios detectados por el c o por el anatomopatólogo (ap). Los ganglios fueron clasificados como: derechos (gpd), izquierdos (gpi), comunes (gpc) y totales (gpt).

Resultados: Fueron siete productos de disección pélvica estudiados por c y nueve por ap. Gpd: c 14.2 ± 4.2 y ap 7.3 ± 3.2 ($p < 0.01$). Gpi: c 14.1 ± 3 y ap 7 ± 2.7 ($p < 0.01$). Gpc: c 6.7 ± 5.1 y ap 5.8 ± 5.7 (p ns). Gpt: c 35.1 ± 7.1 y ap 20.2 ± 7.2 ($p < 0.01$).

Conclusión: Nuestros resultados sugieren que el c entrenado es capaz de identificar y recuperar un número aceptable de ganglios linfáticos pélvicos.

Factores de riesgo para cáncer de endometrio en pacientes de un hospital general de segundo nivel de atención. Estudio de casos y controles

Ortiz-Mendoza CM¹, Velasco-Navarro C², Flores Guzmán JA³.

¹Servicios de Oncología y Ginecoobstetricia, ²Hospital General Tacuba y Servicio de Oncología, ³Hospital Regional 1º de Octubre ISSSTE y Servicio de Oncología, ³Hospital Regional 1º de Octubre ISSSTE. México. D.F.

Objetivo: Evaluar la importancia de diversos factores de riesgo conocidos para el desarrollo del cáncer de endometrio (ce) en pacientes de un hospital general de segundo nivel de atención.

Pacientes y método: Se estudiaron a mujeres con el diagnóstico histológico de ce (cace) y como controles a 2 mujeres por cada caso de la misma edad sin cáncer (c). Se evaluaron edad de menarca, nuliparidad, obesidad (índice de masa corporal mayor de 29 kg/m² sc), tabaquismo, presencia de diabetes mellitus (dm), hipertensión arterial sistémica (has) y antecedentes heredo-familiares de otros cánceres (ahfc).

Resultados: Fueron evaluados 66 individuos: 22 con ca y 44 c. Ahfc: cace 45.5% y c 15.9% ($p = 0.009$). Obesidad: cace 77.2% y c 29.5% ($p = 0.002$). Dm: cace 40.9% y c 13.6% ($p = 0.01$). Nuliparidad: cace 13.6% y c 2.2% ($p = 0.017$). No hubo diferencias significativas en las otras variables analizadas.

Conclusión: Nuestros resultados sugieren que los ahfc, la obesidad, la dm y la nuliparidad son los principales factores de riesgo en la población de nuestro hospital.

Principales motivos de consulta en usuarias de una clínica de mama de un hospital general de segundo nivel de atención: estudio prospectivo

Ortiz-Mendoza CM¹, Mesa Ramos E², Flores Guzmán JA³

¹Servicios de Clínica de Mama y Ginecoobstetricia, ²Hospital General Tacuba y Servicio de Oncología, ³Hospital Regional 1º de Octubre ISSSTE. México. D.F.

Objetivo: Presentar las principales causas de consulta en una clínica de mama de un hospital general de segundo nivel.

Material y métodos: Estudio prospectivo: noviembre a diciembre 2005. Se evaluaron a pacientes de primera vez. Se estudió: unidad de referencia, factores demográficos, antecedentes familiares de cáncer de mama, antecedentes reproductivos, motivo de consulta y uso de estudios de escrutinio. Se confrontaron los diagnósticos de envío y definitivos.

Resultados: Se evaluaron a 201 pacientes. Las mujeres de 40 a 49 años predominaron. La mayoría amamantó a sus hijos menos de 1 año y sólo 27.8% no los amamantó. Hubo 15.9% de mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama, 9% en primer grado. La mayoría tuvo a su primer hijo entre los 20 a 29 años y 13.4% fueron nuligestas. Sólo 56.7% acudieron con mastografía, y en 14.4% eran estudios recientes. De las UMF 13.7% se enviaron ya con mastografía y de GO sólo 33%. Aun en casos de alto riesgo únicamente acudieron con mastografía entre 9 y 20%, y en los casos con diagnóstico de tumor mamario sólo 11.5% ya se les había realizado. Principal motivo de consulta: mastopatía fibroquistica (52%). La exactitud diagnóstica para las unidades de envío fue: tumor de 11.5%, fibroadenoma 14.2% y mastalgia de 30%.

Conclusiones: Existe un número creciente de pacientes con factores de riesgo para cáncer de mama, que son enviadas sin estudios de escrutinio y con diagnósticos frecuentemente incorrectos.

Ascitis maligna: características clinicopatológicas de presentación en la zona oriente del área metropolitana, ciudad de México

Medina-Villaseñor EA¹, Aboites-Lucero JI¹, Vega-Reyes BE¹, Escobar-Gómez M², Jiménez-Becerra S³, Quezada-Adame I⁴, Neyra-Ortiz E⁴, Lozano-Magaña AI⁴.

¹Servicio de Cirugía Oncológica, ²Oncología Médica, ³Patología, ⁴Cirugía General-Laparoscopia, Unidad de Oncología. Betania Especialidades Médicas y Unidad de Oncología Ginecológica, Hospital Star Médica Santa Fe, México, D.F.

Antecedentes: La ascitis es una manifestación de diversas neoplasias malignas en etapa terminal, está asociada con una importante morbilidad, deterioro en la calidad de vida y mal pronóstico. Existen diferentes modalidades de tratamiento desde paracentesis, quimioterapia, incluso cirugía de citorreducción.

Objetivo: Describir las características clinicopatológicas de presentación en los pacientes con ascitis maligna en unidad de oncología privada.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo de 45 pacientes con ascitis maligna como manifestación inicial en la población urbana y suburbana del área metropolitana, que acudieron al servicio de oncología "Betania Especialidades Médicas". Se analizan variables clínicas, histopatológicas y terapéuticas.

Resultados: Se encontraron 45 pacientes que acudieron por primera vez a nuestra unidad, o referidos por otros médicos. En todos los casos, la ascitis correspondió a neoplasias malignas intraabdominales, predominó el sexo femenino (38 mujeres, 7 hombres), mediana de edad 64 años (23-89). La neoplasia más frecuente fue cáncer de ovario, seguido por gástrico, colorrectal, páncreas, vesícula, y carcinoma primario de peritoneo; 80% de los pacientes presentaron síntomas relacionados, incluyendo distensión, dolor abdominal, disnea. Las metástasis hepáticas se encontraron en 60% de casos. Se realizó paracentesis en 30 pacientes, diuréticos en 41, quimioterapia en 10 casos. El reporte histopatológico adenocarcinoma en 91%, 50% fueron tumores poco diferenciados, la mediana de supervivencia fue 3 meses.

Conclusiones: La ascitis maligna se presenta en neoplasias de ovario y gastrointestinales en etapas localmente avanzadas o enfermedad metastásica. Existe retraso en el diagnóstico y los pacientes son referidos después de múltiples tratamientos no oncológicos.

Incidencia de estomatitis relacionada a quimioterapia en el Centro Oncológico Estatal

Ocampo García KG, Cortés Beceril AM, Martos Alvidrez IL, Gómez Villanueva Á.

Centro Oncológico Estatal ISSEMYM. Toluca, Estado de México.

Antecedentes

Aproximadamente 40% de pacientes en qt desarrollan estomatitis (e) los factores para e relacionada con qt son conflictivos, ya que los pacientes jóvenes y las mujeres tienen un mayor riesgo de presentarla y otros autores no han llegado a esta conclusión. La falta de estratificación en los criterios y factores de riesgo, puede contribuir a resultados diferentes.

Objetivos

Describir incidencia de e en qt, neoplasias relacionadas con e y esquemas.

Material y método

Se revisaron expedientes de pacientes que recibieron quimioterapia en el periodo 08/05-08/07. Se identificaron los casos con e (ctcae.ver3.0) (la gradificación de toxicidad por qt es una práctica común). Identificamos: diagnóstico, edad, sexo, grado de e, esquema, ciclo.

Resultados.

De un total de 585 pacientes que recibieron qt, 248 presentaron e (42%), de los cuales 19% están en el rango de 45 a 50 años, 16.9% de 50 a 55, 16.1% de 40 a 45. El 79.8% fueron mujeres, 54.8% tuvieron ca de mama, 11.7% ca de ovario, 6% ca de colon, 5.6% ca germinal. Presentaron e 102 pacientes en g1, 51 en g2, 19 en g3, 1 en g4, de acuerdo a sintomatología 8.1% presentó g1, 20% g2, 1% g3. De los que presentaron e, 62.7% recibió poliquimioterapia, 37.5% monoquimioterapia, 37.5% antracilinas, 33.1% taxanos, 27.8% sal platinada, 27% antiemetolito, 33.1% alquilante, 18.1% ac, 4.8% fac, 4.8% bep, 7.3% carbo paclitaxel, 18.5 docetaxel, 7.7% gemcitabine, 5.2% doxorubicina liposomal.

Conclusión

La incidencia es la misma que la reportada en estudios previos, es un síntoma muy frecuente, que obliga a tener más información de estratificación, riesgos y tratamiento.

Evolución de un servicio de apoyo nutricio dentro de un servicio de oncología en un hospital público de la ciudad de México

Fuchs V¹, Alatraste G¹, Arana E¹, Román E¹, Bejarano M², Álvarez C³, Acevedo B³.

¹Servicio de Oncología, Hospital General de México, ²Escuela de Dietética y Nutrición del ISSSTE, ³Universidad Iberoamericana.

Introducción: La implementación de servicios de apoyo nutricional para la atención de pacientes hospitalizados, ha mostrado beneficios en el estado de nutrición impactando en la respuesta clínica del tratamiento médico. Es por eso la importancia de proporcionar apoyo nutricional temprano y adecuado al paciente oncológico.

Objetivo: Análisis del tipo y evolución de pacientes atendidos por el servicio de apoyo nutricio oncológico en un periodo de tres años.

Metología: Se registraron 560 pacientes hospitalizados de la unidad de oncología del Hospital General de México, referidos para su valoración y tratamiento nutricional. Se registró el peso actual, habitual, pérdida de peso en los últimos seis meses, IMC, albúmina sérica y mortalidad. Se realizó un análisis descriptivo, de varianza (anova) y chi cuadrada.

Resultados: De la muestra, 31.3% correspondieron a tumores mixtos, 37.3% tumores de cabeza y cuello, y 31.4% tumores ginecológicos; de los cuales 27.5% recibió alimentación parenteral, 30.4% por sonda, 33.4% vía oral y 7.9% mixta. El peso promedio fue de 57.9 ± 16 kg, imc 23.6 ± 6.5 kg/m², albúmina 2.5 ± 0.88 g/dL y pérdida de peso de 11.5 ± 9.8 kg. El 10% falleció en hospitalización. Se encontraron diferencias significativas entre los grupos oncológicos en edad ($p = 0.00$), vía de alimentación ($p = 0.01$) y albúmina sérica ($p < 0.00$), sexo ($p = 0.00$) y mortalidad ($p = 0.03$). Se encontró relación entre la mortalidad, hipoalbuminemia y la vía de alimentación utilizada ($p = 0.00$).

Conclusiones: Brindar apoyo nutricional adecuado y oportuno al paciente oncológico, puede reducir las complicaciones clínicas y la mortalidad hospitalaria.

Experiencia con ligasure en el Servicio de Oncología Hospital General de México

Morales Palomares MÁ, Miranda Hernández H, Oliva Posada JC, Roman Bassaure E, Torres Lobatón A, Tenorio Argüelles R, Ibáñez García AO, Morales Montiel TM.

Servicio de Oncología Hospital General de México.

Introducción: El ligasure es un avance reciente en la tecnología de la electrocirugía que combina presión y energía para crear un sello. Es desarrollado en respuesta a los requerimientos de los cirujanos de una opción adicional a los métodos actuales de ligadura de vasos. El ligasure ofrece una fusión confiable, consistente, permanente de las paredes de los vasos hasta un diámetro de 7 mm. Dispersión térmica mínima. Mide la resistencia inicial del tejido y selecciona las graduaciones apropiadas de energía, liberando pulsos de energía continua, y el equipo percibe cuando la respuesta del tejido está completada y detiene el ciclo. Con un daño térmico menor de 2 mm. Consta de un generador y de instrumental reusable y desechable.

Objetivo: Reportar la experiencia en nuestro servicio con esta nueva tecnología y hacer del conocimiento de la comunidad oncológica que el ligasure es seguro, práctico y con muchas ventajas.

Material y métodos: Del 19 de mayo del 2004 al 30 de abril del 2007, se han realizado 369 procedimientos quirúrgicos utilizando ligasure.

Resultados: 310 casos (84%) fueron cirugías ginecológicas, 55 casos (15%) de tumores mamarios, 3 casos (1%) de tumores mixtos y 1 caso (1%) de tumores de cabeza y cuello. La cirugía ginecológica fue la más frecuente con 5 histerectomías radicales, 60 histerectomías tipo II por rt incompleta (sin braquiterapia), 48 histerectomías tipo II en CACU ib1 pequeño, 66 cirugías de ovario benignos y malignos, 32 por cáncer de endometrio, 67 por CACU *in situ*, 16 miomatosis gigantes, 2 cacu microinvasor, y 7 exenteraciones. 55 mastectomías radicales. Se disminuyó en forma sorprendente el sangrado transoperatorio, el tiempo quirúrgico y la evolución postoperatoria fue mejor en nuestras pacientes. Tuvimos 2 lesiones de ureteros, una reintervención por sangrado, 2 linfquistes y no lo recomendamos en miomatosis de grandes elementos.

Conclusiones: El empleo de ligasure desde su utilización en cirugía endoscopia ha permitido que algunos procedimientos oncológicos se realicen con mayor rapidez, con mínimo sangrado y menor morbilidad que con la cirugía convencional. Con una curva de aprendizaje corta se considera que todo servicio de oncología debe contar con este nuevo equipo de electrocirugía.

Gaceta Mexicana de Oncología

INSTRUCCIONES PARA 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, con tres copias en un sobre a: Gaceta Mexicana de Oncología, Tuxpan # 59 PH, Col. Roma Sur, C.P. 06760, México, DF, y de ser posible también por correo electrónico: smeo@infosel.net.mx incluyendo

- Carta de presentación.
- Listado de comprobaciones formales del trabajo.
- Formulario anexo de declaración de autoría y cesión de derechos.
- Disquete informático con el texto, especificando nombre del archivo y programa utilizado.

Carta de presentación

En ella el autor explicará, en 3-4 líneas, cuál es la aportación original del trabajo que presenta.

Tipos de artículos

- *Originales*. Podrán referirse a trabajos de investigación básica o clínica o cualquier otra contribución original en algunos de los aspectos de la Oncología. La extensión aproximada será de 15 páginas de texto y un máximo de 10 figuras, tablas, fotografías o gráficos (uno por página). Se recomienda que el número de autores firmantes no supere los seis. Las secciones se ordenan como sigue: página del título, resumen, summary, introducción, métodos, resultados, discusión, bibliografía, tablas, pies de figura y figuras.
- *Trabajos de Formación Continuada-Revisiones*. Se refiere a puestas al día de temas concretos de la especialidad o bien a revisiones de tema a propósito de una casuística. La extensión será aproximadamente de 10 páginas con cinco figuras, tablas, fotografías o gráficos. El número de firmantes no será superior a seis. Las secciones se ordenan como sigue: página del título, resumen, summary, introducción, casuística, discusión, bibliografía, tablas, pies de figura y figuras.
- *Notas clínicas*. Referidas a la descripción de casos clínicos infrecuentes cuya presentación aporte datos al conocimiento del tema. La extensión aproximada será de cinco páginas y no más de tres figuras o tablas. El número de autores firmantes

no superará los cinco. Las secciones se ordenan como sigue: página del título, resumen, summary, introducción, casuística, discusión, bibliografía, tablas, pies de figura y figuras.

- *Cartas al director*. Se referirán a artículos publicados recientemente en la revista y sobre los que se harán comentarios, objeciones o aportaciones personales. La extensión será de dos páginas, admitiéndose una tabla o figura. El número de firmantes no será más de dos y la bibliografía que en ella se aporte será la mínima indispensable, nunca superior a cinco citas.

- *Crítica de libros*. La revista publicará la crítica de los libros de Oncología que lleguen a su poder.

- *Noticias*. Se podrán remitir todas aquellas informaciones, anuncios, comentarios, etc., que puedan ser de interés para los miembros de la sociedad.

Manuscrito

- El autor debe enviar tres juegos completos del manuscrito, mecanografiados a doble espacio en todas sus secciones (incluidas citas bibliográficas, tablas y pies de figura). Se emplearán páginas DIN-A4 dejando márgenes laterales, superior e inferior de 2.5 centímetros.

- Todas las páginas irán numeradas consecutivamente, empezando por la del título.

- Abreviaciones: éstas deben ser evitadas, exceptuando las unidades de medida. Evite el uso de abreviaciones en el título y en el resumen. El nombre completo al que sustituye la abreviación debe proceder el empleo de ésta, a menos que sea una unidad de medida estándar. Las unidades de medida se expresarán preferentemente en Unidades del Sistema Internacional (Unidades SI). Las unidades químicas, físicas, biológicas y clínicas deberán ser siempre definidas estrictamente.

Página del título

- Figurará el título conciso, pero informativo, un título abreviado (máximo 40 caracteres), los nombres y apellidos de los autores, nombre de (los) departamento (s) y la (s) institución (es) a las que el trabajo debe ser atribuido y el reconocimiento de cualquier beca o apoyo financiero.

- Incluir el nombre completo, número de teléfono (fax y e-mail) y la dirección postal completa del autor responsable de la correspondencia y el material. Estos datos deben figurar en el cuadrante inferior derecho de esta primera página.

Resumen y palabras clave

- Deberán aparecer en la segunda página. Se recomienda que el resumen de los artículos originales sea estructurado, es decir, que contenga los siguientes encabezados e información: Objetivo, Métodos, Resultados y conclusiones con no más de 200 palabras.

- En la misma hoja debe aparecer una relación con las palabras clave. Las palabras clave (de tres a diez en total) complementan el título y ayudan a identificar el trabajo en las bases de datos. Se deben emplear términos obtenidos de la lista de encabezados de materias médicas (MeSH) del Index Medicus de la NLM de Estados Unidos. Disponible en : <http://www.ncbi.nih.gov/entrez/meshbrowser.cgi>

Abstract y key words

- Es una traducción correcta del resumen al inglés. Se escribirá en una hoja aparte, donde también figure el título del trabajo y las key words, ambos igualmente en inglés.

Introducción

- Debe mencionarse claramente los objetivos del trabajo y resumir el fundamento del mismo sin revisar extensivamente el tema. Citar sólo aquellas referencias estrictamente necesarias.

Sujetos y métodos

- Debe describir la selección de los sujetos estudiados detallando los métodos, aparatos y procedimientos con suficiente detalle como para permitir reproducir el estudio a otros investigadores. Alguna información detallada de gran interés puede incluirse como anexo.
- Las normas éticas seguidas por los investigadores tanto en estudios en humanos como en animales se describirán brevemente. Los estudios en humanos deben contar con la aprobación expresa del comité local de ética y de ensayos clínicos, y así debe figurar en el manuscrito.
- Exponer los métodos estadísticos empleados. Los estudios contarán con los correspondientes experimentos o grupos control; caso contrario se explicarán las medidas utilizadas para evitar los sesgos y se comentará su posible efecto sobre las conclusiones del estudio.

Resultados

- Los resultados deben ser concisos y claros, e incluirán el mínimo necesario de tablas y figuras. Se presentarán de modo que no exista duplicación y repetición de datos en el texto y en las figuras y tablas.

Discusión

- Enfatizar los aspectos nuevos e importantes del trabajo y sus conclusiones. No debe repetirse con detalles los resultados del apartado anterior. Debe señalarse las implicaciones de los resultados y sus limitaciones, relacionándolas con otros estudios importantes. El contenido de esta sección ha de basarse en los resultados del trabajo y deben evitarse conclusiones que no estén totalmente apoyadas por los mismos. Se comentarán los datos propios con relación a otros trabajos previos, así como las diferencias entre los resultados propios y los de otros autores. La hipótesis y las frases especulativas deben ser claramente identificadas.

Agradecimientos

- Podrán reconocerse: a) contribuciones que necesitan agradecimiento pero no autoría; b) agradecimiento por ayuda técnica; c) agradecimiento de apoyo material o financiero,

especificando la naturaleza de dicho apoyo, y d) relaciones financieras que pueden causar conflicto de intereses.

Bibliografía

- Las citas bibliográficas se identificarán en el texto con la correspondiente numeración correlativa mediante números arábigos, en superíndice.
- Se escribirán a doble espacio y se numerarán consecutivamente en el orden de aparición en el texto.
- Las comunicaciones personales y los datos no publicados no deben aparecer en la bibliografía (se pueden citar entre paréntesis en el texto).
- Las abreviaturas de las revistas se ajustarán a las que utiliza el Index Medicus de la National Library of Medicine. Disponible en: <http://www.ncbi.nih.gov/entrez/jrbrowser.cgi>

Ejemplo de citas correctas

Revistas:

1. Artículo normal (citar los autores cuando sean seis o menos; si son siete o más, citar los seis primeros y añadir "et al") : Cañas R, Kilbourne E. Oil ingestion and the Toxic-Oil syndrome: results of a survey of residents of the Orcasur neighbourhood in Madrid, Spain. *Int J Epidemiol* 1987;1:3-6
2. Suplemento de revista: Mastri Ar, Neuropathy of diabetic neurogenic bladder. *Ann Intern Med* 1980;92(suppl 2):316-8
3. Fascículo sin volumen: Baumeister AA. Origins and control of stereotyped movements. *Monogr Am Assoc Ment Defici* 1978;(3):353-84.

Libros y otras monografías:

4. Autor (es): McDowell Y, Newell C. *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press, 1987.
5. Capítulo de un libro: Abramson JH. Cross-sectional studies. En: Holland WW, Detels R, Knox G, Directores. *Oxford textbook of public health, volumen 3: Investigative methods in public health*. Oxford: Oxford University Press, 1985;89-100.
6. Tesis doctorales o conferencias publicadas: Youssef NM. School adjustment of children with congenital Heart disease [tesis doctoral]. Pittsburgh: Universidad de Pittsburgh, 1988.

Otros artículos:

7. Artículos de periódico: Yoloi J. Frontela no logró reproducir el síndrome tóxico en monos. *El Universal*, 17 Feb. 1988,23(col 1-4).
8. Material legal: Toxic Substances Control Act: *Audiencia S. 776 ante el Subcomité sobre el medio ambiente del Comité sobre Comercio del Senado*, 94 cong 1. a Sesión, 343(1975).
9. Archivo de computadora: Renal system [programa informático]. Versión MS-DOS. Edwardsville, KS: Medisim; 1988.

Material no publicado:

10. En prensa: Lillywhite HB, Donald JA, Pulmonary blood flow regulation in an aquatic snake. [en prensa]. *Science*.
11. Citas extraídas de internet:

Cross P, Towe K K. A guide to citing Internet source [online]. Disponible en: http://www.bournemouth.ac.uk/servicedepts/lis/LIS_Pub/harvards.

Tablas

- Irán numeradas de manera correlativa. Escritas a doble espacio, en hojas separadas, se identifican con un número arábigo y un título en la parte superior. Deben contener las pertinentes notas explicativas al pie.

Figuras, fotografías, gráficas, dibujos y otras ilustraciones

- Deberán ser seleccionadas cuidadosamente, de modo que contribuyan a la mayor comprensión del texto. El tamaño será de 10 x12 y 10 x18 cm, con la calidad necesaria para su reproducción y en número adecuado según las normas de la introducción.

- Si se presentan microfotografías deberán incluirse el método de tinción y los aumentos empleados.

- Las fotografías en tamaño postal irán numeradas al dorso mediante etiqueta adhesiva con el nombre del primer autor y título del trabajo e indicaciones de la parte superior de la misma mediante una flecha.

- Las fotografías digitales vendrán en formato jpg/jpeg en disco o CD y por correo electrónico junto al trabajo en cuestión.

- Si desea la publicación en color de alguna de la 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, fotografías o figuras) de otras publicaciones. Estos permisos deben solicitarse tanto al autor como a la editorial que ha publicado dicho material.

- Conflicto de intereses. La revista espera que los autores declaren cualquier asociación comercial que pueda suponer un conflicto de intereses en conexión con el artículo remitido.

- Autoría. En la lista de autores deben figurar únicamente aquellas personas que han contribuido intelectualmente al desarrollo del trabajo. Haber ayudado en la colección de datos o haber participado en alguna técnica no son por sí mismos criterios suficientes para figurar como autor. En general, para figurar como autor se deben cumplir los siguientes requisitos:

1. Haber participado en la concepción y realización del trabajo que ha dado como resultado al artículo en cuestión.

2. Haber participado en la redacción del texto y en las posibles revisiones del mismo.

3. Haber aprobado la versión que finalmente será publicada.

La *Gaceta Mexicana de Oncología* declina cualquier responsabilidad sobre posibles conflictos derivados de la autoría de los trabajos que se publican en la Revista.

Consentimiento informado

Los autores deben mencionar en la sección de métodos que los procedimientos utilizados en los pacientes y controles han sido tras la obtención de un consentimiento informado.

TRANSMISIÓN DE LOS DERECHOS DE AUTOR

Se incluirá con el manuscrito el anexo a estas normas firmado por todos los autores.

PROCESO EDITORIAL

Una vez evaluado en primera instancia por el Comité Editorial, todo manuscrito recibido es enviado a evaluadores externos, a los autores se le notificará su aceptación, rechazo o necesidad de cambios dentro de las primeras 6 semanas de haber recibido el manuscrito. La valoración seguirá un protocolo establecido a tal efecto y será anónima.

La *Gaceta Mexicana de Oncología* se reserva el derecho de realizar cambios o introducir modificaciones en el estudio, en aras de una mejor comprensión del mismo, sin que de ello se derive un cambio en su contenido.

Los manuscritos que sean aceptados para publicación en la revista quedarán en poder permanente de la *Gaceta Mexicana de Oncología* y no podrán ser reproducidos ni total ni parcialmente sin su permiso.

INFORMACIÓN ADICIONAL

1. La *Gaceta Mexicana de Oncología* da acuse de recibo de los trabajos remitidos.

2. Corrección de pruebas. Se enviará una prueba de composición del artículo al autor responsable de la correspondencia. La prueba se revisará cuidadosamente y se marcarán los posibles errores, devolviendo las pruebas corregidas a la redacción de la revista en un plazo de 48 horas. El Comité de Redacción se reserva el derecho de admitir o no las correcciones efectuadas por el autor en la prueba de impresión.

3. Política editorial. Los juicios y opiniones expresados en los artículos y comunicaciones publicados en la *Gaceta* son del autor(es), y no necesariamente aquéllos del Comité Editorial. Tanto el Comité Editorial como la empresa editora declinan cualquier responsabilidad sobre dicho material. Ni el Comité Editorial ni la empresa garantizan o apoyan ningún producto que se anuncie en la revista, ni garantizan las afirmaciones realizadas por el fabricante sobre dicho producto o servicio.