



Revista Venezolana de
Oncología

Organo Divulgativo Oficial de la
Sociedad Venezolana de Oncología

Depósito legal: ppi 201402DC4448
ISSN:2343-6239
Vol. 26, Suplemento 1
Octubre 2014

Indizada en LILACS, LIVECS,
REVENCYT, LATINDEX,
IMBIOMED

w w w . o n c o l o g y . o r g . v e



Doing now what patients need next



Control desde el principio.
El poder de la evidencia. 15 estudios pivotaes positivos en 6 tipos de cáncer diferentes.



Poder para adicionar más tiempo



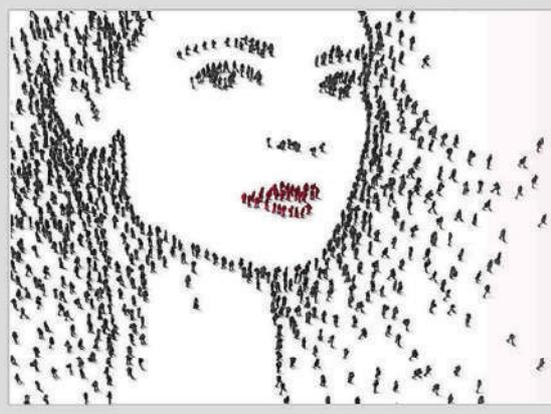
La quimioterapia oral, con la que los pacientes pueden vivir



Una terapia que personaliza el tratamiento de pacientes con melanoma metastásico



HER2+
CIENCIA EN SU MÁXIMA EXPRESIÓN



MabThera
Rituximab
ES CLAVE PARA EL ÉXITO



Sandostatín® LAR®

octreotide/SUSPENSIÓN INYECTABLE

EN 2015 SURGE UNA NUEVA SOLUCIÓN

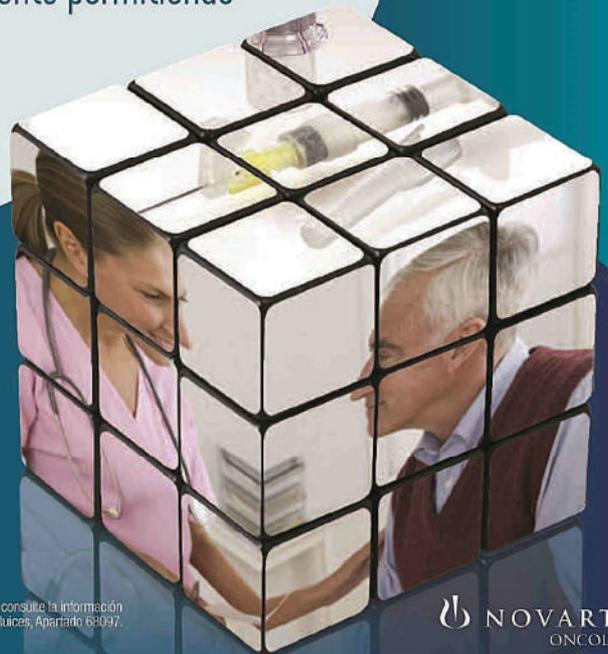
Sistema de administración innovador que simplifica su preparación y aplicación

Beneficios para los pacientes

- Reducción del 25% del volumen de inyección.
- Ofrece la aguja con el menor grosor (20G) para los análogos de somatostatina.

Beneficios para los profesionales de la salud

- Permite realizar la mezcla con mayor rapidez facilitando la administración.
- Reconstitución y llenado de la jeringa más eficiente permitiendo agitar el frasco.
- Nueva aguja de seguridad.



Este material ha sido revisado y aprobado por las Direcciones Médica y Farmacéutica de Novartis de Venezuela. Para mayor información, favor consulte la información completa para prescribir o dirigirse a Novartis de Venezuela, S.A. (RIF J-00334676-4) 3ra Transversal de los Ruices, Edificio Novartis, Urb. Los Ruices, Apartado 63037, Caracas 1062-A Venezuela. Teléfono: 58.212.273.2222. Fax + 58.212.239.1068.

 **NOVARTIS**
ONCOLOGY

SANDOSTATIN® LAR® Nota importante: Antes de recibir este medicamento, consulte toda la información relativa a su prescripción. Presentaciones: Kit sin adaptador para el vial ni aguja con dispositivo de seguridad. Sustancia farmacéutica: acetato de octreotida. Presentación: Viales que contienen 20 o 30 mg de octreotida (péptido libre) en forma de polvo (microesferas) con el que se prepara una suspensión inyectable, acompañados de: una jeringa precargada (de disolvente para uso parenteral) que contiene 12,5 mg de carboximetilcelulosa sódica, 15 mg de manitol y agua para preparaciones inyectables (c.s. para 2,5 ml), y de dos agujas (40 mm (1,6 pulgadas), calibre 19). La suspensión de Sandostatín® LAR® contiene menos de 1 mmol (23 mg) de sodio por dosis, es decir que está prácticamente «exenta de sodio». Indicaciones: • Tratamiento de los pacientes con acromegalia: en los que se ha logrado un control suficiente con un tratamiento subcutáneo con Sandostatín, en quienes la cirugía o la radioterapia son inadecuadas o ineficaces, o durante el tiempo necesario para que la radioterapia alcance su eficacia máxima. • Tratamiento de los pacientes con síntomas asociados a tumores endocrinos gastroenteropancreáticos funcionales en quienes se ha logrado un control suficiente de los síntomas con Sandostatín subcutáneo; tumores carcinoides con características del síndrome carcinóide, VIPomas, glucagonomas, gastrinomas/síndrome de Zollinger-Ellison, insulinomas, GRFomas. • Tratamiento de los pacientes para el Retardo del crecimiento tumoral en pacientes con tumores neuroendocrinos. Metástasis del Intestino medio. Posología: 10 a 40 mg cada 4 semanas, por inyección intragástrica profunda. Contraindicaciones: Hipersensibilidad conocida a la octreotida o a cualquiera de los excipientes. Advertencias y precauciones: • Es posible que deba ajustarse la dosis de medicamentos tales como betabloqueantes, antagonistas del calcio o agentes que controlan el equilibrio hidroelectrolítico. • Cautela en los pacientes con insulinomas. • Cuidado en los pacientes con diabetes mellitus. • En los pacientes que reciben un tratamiento prolongado con la octreotida debe vigilarse la función tiroidea. • Examen periódico de la vesícula biliar. • Vigilancia de la concentración de B12 en los pacientes con antecedentes de carencia de B12. • Cuidado en las gestantes; si fuera necesario, se debe aconsejar a la paciente que utilice métodos anticonceptivos adecuados. • Las pacientes no deben amamantar durante el tratamiento con Sandostatín LAR. Interacciones: • Absorción intestinal deficiente de ciclosporina y cimetidina; mayor biodisponibilidad de bromocriptina. • Cautela con el uso simultáneo de medicamentos metabolizados principalmente por el CYP3A4 y que tienen un bajo índice terapéutico. Reacciones adversas: • Muy frecuentes (≥1/10): diarrea, dolor abdominal, náuseas, estreñimiento, flatulencia, cefalea, colestiasis, hiper glucemia y dolor localizado en el lugar de la inyección. • Frecuentes (≥1/100, <1/10): dispepsia, vómitos, distensión abdominal, esteatorrea, heces sueltas, discromía de las heces, mareos, hipotiroidismo, disfunción tiroidea (o, ej., concentración reducida de tiroxina [TSH], de T4 total y de T4 libre), colestiasis, sedimento biliar, hiperbilirrubinemia, hipoglucemia, miosis, menor tolerancia a la glucosa, anorexia, elevación de transaminasas, prurito, exantema, alopecia, disnea y bradicardia. • Infrecuentes (≥1/1000, <1/100): deshidratación y taquicardia. • Modificadas desde la comercialización: anafilaxia, reacciones alérgicas o de hipersensibilidad, urticaria, pancreatitis aguda, hepatitis aguda sin colestiasis, hepatitis colestiasis, colestiasis, ictericia, ictericia colestiasis, arritmia, elevación de la fosfatasa alcalina y elevación de la γ -glutamyltransferasa. Fecha de revisión: Agosto 2014.



SUMARIO

EDITORIAL

Ingrid Nass de Ledo S1

NOTAS BIOGRÁFICAS

Presidente Honorario. Dr. Francisco Medina Echenagucia S2

DISCURSOS

Discurso de Apertura del XVI Congreso Venezolano de Oncología
Dra. Loretta Di Giampietro F. Presidenta SVO S3

Junta Directiva, Comité Científico, Coordinadores, Comité de Trabajos Libres, Comité Electoral S5

XVI CONGRESO VENEZOLANO DE ONCOLOGÍA

Programa científico S7

Listado de invitados internacionales S20

Listado de invitados nacionales S21

Programa social S24

Resúmenes de conferencias S25

Nuestros expresidentes S36

Resúmenes de trabajos libres S47

Resúmenes de pósteres S60

Índice de participantes S94

Índice de conferencistas S95

Índice de autores de trabajos libres S95

Índice de autores de pósteres S97

NOTICIAS

Próximos eventos nacionales e internacionales S99

Instrucciones generales para los autores V

Venezuelan Journal of **Oncology**



VOI. 26

OCTOBER 2014

Suppl. 1

ISSN: 0798-0582

Legal deposit: pp 19892DF538

S U M M A R Y

EDITORIAL

Ingrid Nass de Ledo S1

BIOGRAPHS NOTES

Honorary President. Dr. Francisco Medina Echenagucia S2

SPEECHS

Opening Speech XVI Venezuelan Congress of Oncology
Dra. Loretta di Giampietro F. President OVS S3

Directive Board, Scientific Committee, Coordinators, Committee of Free Papers, Electoral Committee S5

XVI VENEZUELAN CONGRESS OF ONCOLOGY

Scientific Program S7

Listing of international guests S20

Listing of National guests S21

Social program S24

Conferences summaries S25

Our ex-presidents S36

Free works summaries S47

Posters summaries S60

Index of participants S94

Index of lecturers S95

Index of authors of free papers S95

Index of authors of posters S97

NEWS

New national and international events S99

General instructions of authors V

Revista Venezolana de Oncología



VOI. 26

OCTOBER 2014

Supl. 1

EDITORIA

Dra. Ingrid Nass de Ledo

COMITÉ EDITORIAL:

Dr. Oscar Rodríguez Grimán
Dr. Víctor Acosta Freites
Dr. Ivo Rodríguez González
Dra. Ana Castañeda de Arcia
Dr. Yihad Khalek Méndez
Dr. Carlos F. Pacheco Soler

EDICIÓN Y PUBLICIDAD:

ATEPROCA C. A.
Tel.: +58 (212) 793-5103
Fax: +58 (212) 781-1737
e-mail: ateproca@gmail.com
<http://www.ateproca.com>

Lic. Alejandra Jiménez
e-mail: alejv1610@yahoo.com
0416-6251969

DISTRIBUCIÓN:

Sociedad Venezolana de Oncología

DEPÓSITO LEGAL:

ppi 201402dc4448

ISSN:

2343-6239

ÍNDICES:

Revista indexada en: LILACS - Literatura Latino-americana y del Caribe en Ciencias de la Salud (<http://www.bireme.org>). LIVECS - Literatura Venezolana en Ciencias de la Salud. REVENCYT - Índice y Biblioteca Electrónica

de Revistas Venezolanas de Ciencia y Tecnología (<http://revencyt.ula.ve>) LATINDEX-Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (<http://www.latindex.org>). IMBIOMED-Índice Mexicano de Revistas Biomédicas Latinoamericanas (<http://www.Imbiomed.com>). Miembro de la Asociación de Editores de Revistas Biomédicas Venezolanas (ASEREME)

SOCIEDAD VENEZOLANA DE ONCOLOGÍA

JUNTA DIRECTIVA 2012 - 2014

PRESIDENTA:

Dra. Loretta Di Giampietro Farias

VICEPRESIDENTE:

Dr. Álvaro Gómez Rodríguez

SECRETARIA:

Dra. Aisa Manzo Porras

DIRECTORA DE PUBLICACIONES:

Dra. Carmen Umbría Rondón

DIRECTORA DE FINANZAS:

Dra. Doris Barboza Dávila

DIRECTOR DE EDUCACIÓN:

Dr. Gustavo Gotera González

DIRECTORA DE RELACIONES INSTITUCIONALES

Dra. María Teresa Coutinho De Sousa

DIRECCIÓN:

Torre del Colegio, piso 2, Of. C-2, Av. José María Vargas, Santa Fe Norte, Caracas 1080, Venezuela.
Tel.: (212) 979-8635 - Fax: (212) 976-4941. e-mail: svoncologia@cantv.net, svoncologia@gmail.com

SITIO WEB:

<http://www.oncologia.org.ve>

ESTRUCTURA DE LA REVISTA VENEZOLANA DE ONCOLOGIA

La Revista Venezolana de Oncología es el órgano oficial de divulgación científica y de información de la Sociedad Venezolana de Oncología, y la cual consta de:

DIRECTORIO: Donde se incluye la información sobre la Directiva de la Sociedad Venezolana de Oncología y del Comité Editorial de la Revista Venezolana de Oncología.

EDITORIAL: En el cual, el editor de la Revista o, por requerimiento de este, algún miembro de la Junta Directiva o demás miembros de la Sociedad Venezolana de Oncología, emitirá su opinión sobre algún artículo de particular importancia publicado en la Revista, o cualquier otro tópico de importancia relacionado con la oncología o la medicina en nuestro país.

ARTÍCULOS ORIGINALES: Comprenden reportes completos de un trabajo investigativo, ya sea en ciencias básicas o a nivel clínico. Debe contener estudios estadísticos.

ARTÍCULOS DE REVISIÓN: Comprende reportes de trabajos de revisión clínica o de oncología básica, sin datos estadísticos, pero acompañados de análisis, revisión de la literatura y conclusiones.

CASOS CLÍNICOS: Comprende reportes de casos clíni-

cos, acompañados de análisis y revisión de la literatura.

COMUNICACIONES BREVES: Comprenden reportes cortos sobre casos clínicos o sobre un tópico muy específico en oncología, acompañados de un análisis breve.

DE INTERÉS EN ONCOLOGÍA: Serán realizados por requerimiento del editor, e incluye revisión de temas de actualidad y de importancia clínica, acompañados de análisis y conclusiones. Deberán ser preparados bajo las mismas normas que los artículos originales.

CARTAS AL EDITOR: Comunicaciones breves, preguntas y controversias basados en el material publicado recientemente en la revista. Máximo 2 hojas y 5 referencias bibliográficas.

NOTICIAS: Incluye información sobre eventos científicos, reuniones, congresos, jornadas, etc. Información sobre nuevos miembros de la Sociedad y noticias relacionadas con la oncología. Deben ser enviados con 3 meses de anticipación a la publicación del número correspondiente.

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES: Se publicará en todos los números de la Revista, las indicaciones generales para la realización y entrega de manuscritos.

ÍNDICE: Anualmente se publicará un índice de autores y artículos publicados del volumen que finaliza.

La Revista Venezolana de Oncología se distribuye en forma gratuita a los miembros de la Sociedad Venezolana de Oncología. Para suscripciones, comuníquese con la Sociedad Venezolana de Oncología. Las separatas tendrán un costo adicional y deben ser requeridas al ser notificados que el manuscrito fue aceptado para su publicación. Para mayor información comunicarse con la sede de la Sociedad.

Es indispensable que actualice su dirección y se mantenga al día con la Sociedad. Realice sus pagos a través de la cuenta N°: 015-3-04257-8 de Banesco, a nombre de la Sociedad Venezolana de Oncología y envíe su comprobante por fax.

Actualice sus datos a través de la página Web de la Sociedad Venezolana de Oncología (<http://www.oncologia.org.ve>) o envíelos a la Sede de la Sociedad a través del correo electrónico: (E-mail: svoncologia@cantv.net)

INSTRUCCIONES GENERALES PARA LOS AUTORES

La REVISTA VENEZOLANA DE ONCOLOGÍA, es el órgano oficial de divulgación científica de la Sociedad Venezolana de Oncología (S.V.O.), cuyo objetivo fundamental es la publicación de los trabajos presentados en los congresos nacionales de oncología patrocinados por la Sociedad, o por sociedades científicas afines, ya sean trabajos originales, trabajos de revisión, presentación de casos clínicos, descripción de técnicas o cartas al editor. Asimismo, también publica temas y revisiones de oncología básica o clínica que contribuyan, en forma significativa, en el desarrollo de la oncología.

NORMAS GENERALES DE PUBLICACIÓN

Se aceptarán artículos inéditos relacionados con cualquier aspecto de la oncología y ciencias afines.

Los manuscritos deben ser enviados a la sede de la Sociedad Venezolana de Oncología, enviando el original y una copia. Asimismo, debe enviar copia del trabajo en CD o disquete de 3.5", identificando, en forma clara, el nombre del archivo (utilizar solamente formato Word 2003 o superior). Los artículos pasarán a ser propiedad intelectual de la Revista, una vez sean publicados.

Debe dirigir una carta solicitando la publicación de dicho manuscrito, la cual debe incluir: aceptación de todas las normas de publicación de la revista; información acerca de publicaciones previas del manuscrito, ya sea total o parcial, así como su envío a cualquier otra revista médica. Una declaración de relaciones financieras u otras que pudieran producir un conflicto de intereses. Una declaración que refleje que el manuscrito ha sido leído y aprobado por todos los autores. El nombre, la dirección, el teléfono, fax y la dirección electrónica (E-mail) del autor responsable de comunicarse con los demás autores para las revisiones del trabajo antes de su publicación.

La Revista Venezolana de Oncología se guía por los Requisitos Uniformes para Manuscritos enviados a Revistas Biomédicas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas. [Rev Venez Oncol. 2001;13:(2)][www.icmje.org - www.oncology.com.ve]. Los manuscritos serán realizados en computadora, preferiblemente en formato Word, en doble espacio, en una sola cara, sobre papel blanco bond base 20, tamaño carta, con márgenes de 2,5 cm a los lados, numeradas. Se recomienda su división en: Resumen, Summary, Introducción, Métodos, Resultados, Discusión, Agradecimientos y Referencias Bibliográficas. La primera página deberá contener

exclusivamente el título del trabajo, nombre completo y dirección del autor(es), así como el cargo y la Institución donde se desempeñan. Todas las páginas deben estar numeradas.

Las figuras deberán ser dibujadas profesionalmente y fotografiadas o realizadas en computadora, numerándose de acuerdo a como han sido citadas en el texto. Las fotografías y microfotografías deberán ser reproducciones nítidas, el tamaño no será mayor de 20 cm x 25 cm (8 x 10 pulg.). No deberán montarse, llevarán una etiqueta en la parte posterior en la que se indique el número de la figura, el autor y la parte superior de la misma. Se indicará la magnificación de las microfotografías. Las fotografías a color serán costeadas por los autores.

Las fotografías o los gráficos no llevarán leyenda incorporada; esta deberá colocarse aparte, a doble espacio.

Los cuadros se numerarán según sean citados en el texto; llevarán un encabezamiento descriptivo. No se usarán líneas internas horizontales o verticales. Colocar materia explicativa y abreviaturas no estándares en notas al pie.

El ordenamiento general de los manuscritos debe ser el siguiente:

Título: breve, atractivo, preciso, honesto, concordante con la Nomenclatura Internacional de las Enfermedades (O.M.S.), con un máximo de 12-15 palabras.

Autores: nombres y apellidos; el primer lugar corresponderá al redactor del trabajo; el orden de los demás autores corresponderá con su contribución; al pie de la página aparecerá con una llamada ^(1,2,3,...) el cargo principal de cada autor. Deberá incluir la dirección completa del autor principal y su dirección electrónica.

Resumen: La segunda página debe contener un resumen estructurado, no mayor de 240 palabras; y el cual, debe contener el propósito de la investigación, procedimientos básicos, hallazgos principales y conclusiones principales. El resumen debe ser realizado en español e inglés.

Palabras clave: Debajo del resumen se debe incluir de 3 a 10 palabras clave para ayudar a su indexación. (En español e inglés). Usar los términos de la lista de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) de BIREME (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>), si no hay un término adecuado en esa lista, usar un término común.

Introducción: Establecer el propósito del artículo y resumir la justificación del estudio u observación.

Métodos: Describir claramente como se seleccionaron los sujetos de investigación, sus características, el cómo y por qué se realizó el estudio en una manera particular. Como se colectaron los datos. Identificar los métodos, aparatos y procedimientos. Identificar y describir brevemente los métodos estadísticos.

Resultados: Presentarlos en una secuencia lógica en el texto, cuadros e ilustraciones.

Discusión: Enfatizar los aspectos nuevos e importantes del estudio y las conclusiones subsiguientes; implicaciones de sus hallazgos y limitaciones. Relacionar sus conclusiones con otros trabajos y con los objetivos del estudio.

Agradecimientos: Enumerar todos los colaboradores que no llenen los criterios de autoría.

Referencias: De acuerdo con las normas del ICMJE (febrero 2006).

Las referencias bibliográficas deben citarse en el texto, entre paréntesis y en números arábigos sucesivos. Numere los primeros seis autores seguidos de et al. No deben utilizarse más de 60 referencias para los artículos originales, más de 40 referencias para los artículos de revisión, más de 30 referencias para los casos clínicos y comunicaciones breves, más de 5 referencias para las cartas al editor.

Artículos en revistas:

Nass de Ledo I, Marcano D, Quintero AR. Tumores del antro maxilar. Resultados con radioterapia. Rev Venez Oncol. 2000;12(1):9-18.

Libros y monografías:

Veronesi U. Cirugía oncológica. 1ª edición. Buenos Aires (Argentina): Editorial Médica Panamericana S.A.; 1991.

Capítulo de un libro:

Bernardello ET, Margossian J, Otero D, Müller G, Bustos J. El modelo de Gail. Hipótesis de riesgo y prevención. En: Hernández G, Bernardello ET, Pinotti JA, Barros AC, editores. Tratamiento Conservador en cáncer de mama. 1ª edición. Caracas: McGraw-Hill Interamericana de Venezuela S.A.; 2001. p. 18-24.

Unidades: Se usa el Sistema Internacional (SI) de unidades de medida para las unidades y abreviaturas de unidades. Ejemplos: s para segundo, min para minuto, h para hora, L para litro, m para metro. [www.oncology.org.ve]

Abreviaturas: Deben evitarse las abreviaturas o usarse lo menos posible. Si se van a usar, deben ser definidas cuando se mencionen por primera vez. No deben aparecer abreviaturas en el título, y si fuera posible, tampoco en el resumen.

La Revista Venezolana de Oncología se publica, sobre papel libre de ácido, en forma trimestral en la Editorial Ateproca C.A., en Caracas, Venezuela. La Revista es arbitrada, por lo que los manuscritos enviados, serán revisados por especialistas independientes del Comité Editorial antes de ser publicados. Los manuscritos enviados no serán devueltos. Se les notificará, en forma oportuna, si han sido aceptados para su publicación.

En caso de que el manuscrito fuese publicado por otra revista nacional o internacional, el Comité Editorial notificará a la Asociación de Editores de Revistas Biomédicas Venezolanas (ASEREME), quien tiene previsto como sanción la no publicación de futuros artículos del autor involucrado.

Envíe sus manuscritos a la siguiente dirección:

Revista Venezolana de Oncología

Torre del Colegio, piso 2, Of. C-2,

Av. José María Vargas, Santa Fe Norte,

Caracas 1080, Venezuela.

Tel.: (212) 979-8635 - Fax: (212) 976-4941 - e-mail: svoncologia@cantv.net

LA SOCIEDAD*INGRID NASS DE LEDO**EDITORA*

El pasado 08 de abril la Sociedad Venezolana de Oncología cumplió sesenta años de fundada, el espíritu y los propósitos fundamentales con la que se formó permanecen inalterables, las enseñanzas de nuestros maestros siguen cosechando frutos, prueba de ello es que celebramos el XVI Congreso Venezolano de Oncología, con gran esfuerzo y éxito en un país sumido en una crisis económica y de valores.

En la Sociedad cada congreso, jornada, curso, nos deja una enseñanza y esta es transmitida de generación en generación, logrando así vencer obstáculos y obtener cada vez una gerencia exitosa. Hemos aprendido de nuestros errores y sabiamente transmitimos como corregirlos.

Sesenta años cumplidos representan una vida dedicada a la educación médica continua, divulgando los avances tecnológicos de cada especialidad, sin olvidar a nuestro principal protagonista: el paciente.

Desde el año de 1968 cuando se publica por primera vez Acta Oncológica y luego en el año

de 1989 cuando nace en sustitución de ella la Revista Venezolana de Oncología, encontramos en sus páginas la evolución de la oncología como especialidad en sus diferentes ramas, las experiencias clínicas acumuladas a través del tiempo y los mensajes institucionales de nuestros antecesores.

La tarea no ha sido fácil, el recorrido en el tiempo nos ha enseñado a metaforizar y resolver.

En estos sesenta años hemos aprendido a trabajar en equipo, equilibrar, armonizar, respetar opiniones, publicar ante la crisis, sobrevivir a la falta de recursos y de papel, a usar en mayor proporción la Red de Redes configurando una página Web amigable, a utilizar cada vez más los recursos que tenemos disponibles, y citando a Jane Loevinger: “lograr armonizar con los egos”...

Por encima de todo amigo lector, que gentilmente has llegado hasta aquí: somos y seremos en estos primeros sesenta años, una Sociedad con base y visión de futuro.

PRESIDENTE HONORARIO

Dr. Francisco Medina Echenagucia. Presidente Honorario del XVI Congreso Venezolano de Oncología

Nació en un pueblo de la costa de Aragua llamado Ocumare de la Costa, a los siete meses cuando su madre fue a pasar una Semana Santa, es el mayor de cinco hermanos, todos profesionales. A los 16 años ingresó a la Facultad de Medicina graduándose a los 22 de médico cirujano en el año de 1971 integrante de la promoción Dr. Fernando Rísquez I. Realizó posgrado de Cirugía General en el Hospital Ildemaro Salas del Seguro Social posteriormente posgrado de Oncología en el Hospital Oncológico “Dr. Luis Razetti” impulsado por los conocimientos adquiridos durante su formación como bachiller

interno del Hospital Oncológico Padre Machado, donde regresa luego como Adjunto del Servicio de Ginecología, siendo por tanto Adjunto en los dos Hospitales Oncológicos, posteriormente es hoy el Jefe de Servicio de ambos. Asimismo, se dedicó a la docencia de pregrado siendo profesor de la Cátedra de Técnica Quirúrgica (Cargo por concurso) de la Escuela Luis Razetti de la Facultad de Medicina, durante un lapso de 15 años. Entre sus curiosidades debemos decir que es un aficionado taurino de toda la vida y esto le viene desde su adolescencia pues a los 12 años se inscribió en la escuela de Novilleros de la Plaza de Toros de su ciudad Maracay, donde coincidió con uno de los hermanos Girón, los más connotados toreros venezolanos; su abuela materna no le permitió debutar como novillero al enterarse de la travesura de nuestro homenajeado. Ha sido un connotado investigador en la patología oncológica ginecológica, con numerosos trabajos nacionales e internacionales publicados; padrino de varias promociones de oncólogos y Miembro Fundador de las Secciones de Ginecología Oncológica de las Sociedades de Oncología y de Ginecología y Obstetricia, ha pertenecido a la Junta Directiva de la SVO, y es Miembro de las Sociedades de Ginecología Oncológica Americana y Europea. Por sus méritos trayectoria asistencial y docente se le nombra Presidente Honorario de nuestro XVI Congreso.

DISCURSO DE APERTURA AMPLIANDO HORIZONTES

LORETTA DI GIAMPIETRO FARÍAS



Mucha lluvia ha caído en nuestra amada Venezuela desde que el 8 de abril de 1954, el Dr. Pedro González Rincones junto a un grupo de médicos y estudiantes de medicina funda la Sociedad Venezolana de Oncología (SVO) estableciendo como objetivo principal, según reza en los estatutos, “**ARTÍCULO SEGUNDO: El objeto fundamental de la Asociación es de índole científica y educativa. La misión principal de la Sociedad es la de auspiciar y apoyar todo aquello que conduzca al progreso de la oncología, así como fomentar el intercambio científico entre sus miembros y otras sociedades**”. Objetivo que es cumplido fielmente por todas las Juntas Directivas a través de educación médica continua a los profesionales

de la oncología, llevando a la excelencia científica en cada uno de los campos oncológicos; pero cumplir este objetivo es cada vez más difícil, porque la Sociedad Venezolana de Oncología no puede escapar de la realidad que vive el país: anarquía, división, problemas económicos que han resquebrajado los programas de salud tanto públicos como privados, en cuanto a disposición de medicamentos antineoplásicos, tratamiento de radioterapia, pruebas diagnósticas especiales, afectando al ente principal, **el paciente oncológico** que ya no solo pide sabiduría, conocimiento por parte de su oncólogo sino también ayuda y protección

Debido a lo anteriormente expuesto esta Sociedad, así como otras Sociedades Científicas Venezolanas fuimos llevados por el clamor de nuestros pacientes y muchos miembros de la SVO a **ampliar los horizontes** de nuestra Sociedad, tomando un papel más participativo socialmente a través de ruedas de prensas, comunicados, entrevistas, foros; en donde no solo se hacen pronunciamientos de los problemas oncológicos sino también se analizan, estableciendo posibles soluciones y vigilancia de los mismos; tarea que deberá seguir la próxima Junta Directiva.

Siguiendo con la idea de **ampliar horizontes**, la SVO debe tomar un papel más protagónico en cuanto a la certificación y recertificación de los especialistas en oncología de nuestro país, que a diferencia de otras Sociedades Científicas la SVO agrupa diversas especialidades que tienen

que ver con el cáncer y partiendo del hecho, que quien demanda la prestación de un servicio de salud tiene derecho a que se le ofrezca lo mejor y quien lo presta capaz de suministrarlo, debemos concluir que los conocimientos, adelantos médicos y quirúrgicos, una vez disponibles, constituyen un derecho adquirible del paciente y un deber de médicos e instituciones ofrecerlos, para ello la SVO viene incluyendo en su página web una propuesta para certificar y recertificar a los especialistas en oncología de nuestro país.

Por último, a fin de continuar con el objetivo inicial de la SVO, la educación médica continua y ante la dificultad de traer conferencistas

internacionales **ampliamos los horizontes** tecnológicos, implementando el recurso de video conferencias en Jornadas, Simposios y Congresos. Tanto esfuerzo y arduo trabajo a dado sus frutos con la inscripción masiva de trabajos libres, apoyo de coordinadores, laboratorios y ONG al XVI Congreso, lo cual refleja la confianza que se tiene en nuestra institución

El futuro de la SVO discurre en tiempos lluviosos y tormentosos pero hoy más que nunca... amplios y claros en sus metas: oncólogos, pacientes, sociedad civil unidos en una sola causa... Venezuela

**JUNTA DIRECTIVA 2012-2014
SOCIEDAD VENEZOLANA DE ONCOLOGÍA**



**Presidenta
Dra. Loretta Di Giampietro Farías**



**Vicepresidente
Dr. Álvaro Gómez Rodríguez**



**Secretaria
Dra. Aisa Manzo Porras**



**Directora de Publicaciones
Dra. Carmen Umbría Rondón**



**Directora de Finanzas
Dra. Doris Barboza Dávila**



**Director de Educación
Dr. Gustavo Gotera González**



**Directora de Relaciones Institucionales
Dra. María Teresa Coutinho De Sousa**

COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Yihad Khalek (Presidente)

COORDINADORES**ONCOLOGÍA BÁSICA**

Dra. Margarita De Lima

PATOLOGÍA MAMARIA

Dr. Víctor Acosta F

Dra. Ana Cecilia Contreras

RADIOTERAPIA

Dr. Andrés Vera G

Dra. Doris Barboza

IMÁGENES EN ONCOLOGÍA

Dra. Aisa Manzo P

UROLOGÍA

Dr. Carlos Sucre M

CUIDADOS PALIATIVOS

Dr. Tulio W González C

SARCOMAS/MELANOMA

Dr. Yihad Khalek M

ONCOLOGIA MÉDICA

Dra. Patricia Núñez

Dra. Zulay Pastrán

CABEZA Y CUELLO

Dr. Juan Francisco Liuzzi

Dr. Saúl Siso

VÍAS DIGESTIVAS

Dra. María Josefa Briceño

Dr. Carlos Núñez

GINECOLOGÍA

Dr. Marko Rezik

Dr. Jorge Castillo

PEDIATRÍA ONCOLÓGICA

Dra. Emilia Mora G

COMITÉ DE TRABAJOS LIBRES

Dra. Ingrid Nass de Ledo (Presidente)

Dr. Gonzalo Barrios Lugo

Dra. Sioly Contreras

COMITÉ ELECTORAL

Dra. Belkis López. Presidente

Dr. Raúl León. Secretario

Dr. Wilfredo Perfetti Vocal

Dra. Yunaria Villalobos. Suplente

Dr. Yozelyn Pinto. Suplente

XVI CONGRESO VENEZOLANO DE ONCOLOGÍA

**DEL 07 AL 10 DE OCTUBRE DE 2014
CARACAS**

MARTES 7 DE OCTUBRE

CABEZA Y CUELLO

SALÓN PLAZA REAL A

COORDINADORES: DRES. JUAN FRANCISCO LIUZZI, SAÚL SISO

CABEZA Y CUELLO. NUEVOS ENFOQUES

08:00 am. Bienvenida. Dr. Juan F Liuzzi

08:00-08:20 am. Avances en la detección temprana del cáncer oral. Dr. Argimiro Hernández

08:20-08:40 am. Nuevas técnicas de detección de VPH en cabeza y cuello. Dra. María Correnti

08:40-09:00 am. Valor actual del CT-PET en pacientes con tratamiento preservador de órganos.
Dra. Zoriset Meinhardt

09:00-09:20 am. Marcadores moleculares en cáncer escamoso de cabeza y cuello: ¿Pueden predecir respuesta al tratamiento? Dra. Nancy Peñaloza

09:20-09:40 am. Terapias dirigidas en el cáncer de tiroides. Dr. Saverio Santoucci

09:40-10:00 am. Re-irradiación en cabeza y cuello: ¿Mito o realidad? Dr. Alfredo Urdaneta (EE.UU)

10:00-10:30 am RECESO

RETOS EN CABEZA Y CUELLO

COORDINADOR: DR. RAMÓN TÉLLEZ

SECRETARIA: DRA. MARIBEL DACUNHA

10:30-10:50 am. Cirugía de base de cráneo en tumores sino-nasales. Papel del neurocirujano.
Dr. Juan Abud

10:50-11:10 am. Defectos quirúrgicos complejos posteriores a la cirugía en cabeza y cuello: colgajos microquirúrgicos vs., cirugía reconstructiva convencional. Dr. Carlos Navarro Cuellar (España)

11:10-11:30 am. Paragangliomas: tratamiento quirúrgico vs., no quirúrgico. Dr. Jesús Medina (EE.UU)

11:30-12:00 m. Nuevas terapias *target* en el cáncer escamoso de cabeza y cuello. Dr. Carlos Canela

12:00-12:40 pm. Mesa redonda: manejo del cáncer diferenciado de tiroides localmente avanzado y de las recaídas. Coordinador: Dr. Jesús García C. Panelistas: Dres. Jesús Medina (EE.UU), José Francisco Mata, Miguel Ruiz, Zoriset Meinhardt, Rossana Montes de Oca, Nelson Urdaneta

12:40-02:00 pm. Almuerzo Conferencia (Genzyme): nuevos horizontes para el paciente con cáncer de tiroides. Dra. Aisa Manzo P.

AVANCES EN LA TERAPÉUTICA DEL CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO**COORDINADOR: DR. SAÚL SISO****SECRETARIO: DR. ALEJANDRO CORDERO**

- 02:00-02:20 pm. Dr. Jesús García Colina. Entrega de reconocimientos: Dr. José "Pepe" Patiño Pompa y Dra. Pilar F de Carro
- 02:20-02:40 pm. TORS: su rol en cáncer de faringe y laringe. Dr. Jesús Medina (EE.UU)
- 02:40-03:00 pm. Tratamiento endoscópico de los tumores sino-nasales. Dr. Juan L Emamnuelli Chiossone
- 03:00-03:30. RECESO
- 03:30-03:50 pm. Uso de incisiones cosméticas en cabeza y cuello sin afectar el resultado oncológico. Dr. Alirio Mijares Briñez
- 03:50-04:10 pm. ¿Qué hay de nuevo en el uso del ganglio centinela en cabeza y cuello? Dr. Jesús Medina (EE.UU)
- 04:10-04:30 pm. Optimizando el resultado funcional y estético de las reconstrucciones de mandíbula y del macizo facial. Dr. Carlos Navarro Cuellar (España)
- 04:30-05:00 pm. Mesa redonda: melanoma en cabeza y cuello. Coordinador: Dr. Saúl Siso Panelistas: Dres. Jesús Medina (EE.UU), Maribel DaCunha, Yihad Khalek M, Doris Barboza D, Carmen López, Itza Contreras, Angelo Garofalo

MARTES 07 DE OCTUBRE

SALÓN ZAFIRO**CÁNCER EN VENEZUELA, LO MÁS RELEVANTE DE ASCO 2014. SESIÓN DE TRABAJOS LIBRES****CÁNCER EN VENEZUELA: ERRORES, ACIERTOS Y ESTRATEGIAS FUTURAS****COORDINADORA: DRA. LORETTA DI GIAMPIETRO FARÍAS**

- 08:00-08:30 am. Situación del cáncer de mama en Venezuela. Dr. Gerardo Hernández Muñoz.
- 08:30-09:00 am. Impacto de la vacuna de VPH en la población venezolana. Dr. Luis Capote Negrín
- 09:00-09:45 am. Alcance e impacto de las ONG a favor de la lucha contra el cáncer
-Asociación de ayuda a pacientes hemato-oncológicos
-SenosAyuda
- Fundación Hemato-Oncológica de Ciudad Guayana
- 09:45-10:00 am. Sesión de preguntas y respuestas
- 10:00-10:30 am. RECESO
- LO MÁS RELEVANTE DE ASCO 2014**
- COORDINADORA: DRA. CARMEN UMBRIA RONDÓN**
- SECRETARIA. DRA. LILIANA CASTILLO**
- 10:30-10:50 am. Mama. Dra. Milagros Gutiérrez
- 10:50-11:10 am. Ginecología. Dra. Ivania Nasr

11:10- 11:30 am.	Gastrointestinal. Dra. Carmen Umbria R.
11:30-11:50 am.	Plenaria Dra. Cristina García
11:50-12:10 pm.	Genitourinario. Dra. María Virginia Rojas
12:10-12:30 pm.	Melanoma y sarcoma. Dra. Nancy Valdivieso
12:30-12:50 pm.	Cabeza y cuello. Dr. Carlos Ángel
12:50-01:10 pm.	Preguntas y respuestas
01:10-02:00 pm.	RECESO

SESIÓN DE TRABAJOS LIBRES

COORDINADORES: DRES. INGRID NASS DE LEDO Y ÁLVARO GÓMEZ RODRÍGUEZ

02:00-02:10 pm.	Presentación trabajo libre. Premio “Dr. Alejandro Calvo Lairé”
02:10-02:20 pm.	Presentación trabajo libre. Premio “Dr. Bernardo Guzmán Blanco”
02:20-02:30 pm.	Presentación trabajo libre. Premio “Dr. Fernando Rodríguez Montalvo”
02:30-02:40 pm.	Presentación trabajo libre. Premio “Dr. Esteban Garriga Michelena”
02:40-03:00 pm.	Presentación de trabajos libres
03:00-03:30 pm.	RECESO
03:30-05:00 pm.	Presentación de trabajos libres

MARTES 7 DE OCTUBRE

ONCOLOGÍA BÁSICA

SALÓN PLAZA CARACAS-VENEZUELA

COORDINADORA: DRA. MARGARITA DE LIMA

SECRETARIO: DR. JOSÉ FRANCISCO MATA I.

08:00-08:20 am.	Epidemiología del cáncer en Venezuela. Dr. Luis Capote Negrín
08:20-08:40 am.	¿Cómo se desarrolla el cáncer? Biología y genética. Dr. Felipe Díaz
08:40-09:00 am.	¿Cómo se sospecha? Manifestaciones clínicas. Dra. Sheyla Medina
09:00-09:20 am.	¿Cómo se diagnostica? Estudios por imágenes. Dra. Fátima Prada
09:20-09:40 am.	¿Cómo se confirma el cáncer? Anatomía patológica. Dra. Antonieta Rennola
09:40-10:00 am.	¿Cómo tratarlo? Principios básicos de cirugía. Dra. Renata Sánchez
10:00-10:30 am.	RECESO
10:30-10:50 am.	¿Cómo tratarlo? Principios básicos de quimioterapia. Dr. Carlos Ángel
10:50-11:10 am.	¿Cómo tratarlo? Principios básicos de radioterapia. Dra. Luisa Suárez
11:10- 11:30 am.	Medicina alternativa. Dr. Eduardo Undreiner M.
11:30-12:00 m.	Preguntas y respuestas.
12:00-1:00 pm	ALMUERZO

SECRETARIO: DR. JUAN CARLOS RODRÍGUEZ

01:00-01:20 pm.	Carcinoma de origen ginecológico. Dr. Marko Rezić
01:20-01:40 pm.	Carcinoma de mama. Solo pesquisa. Dr. Efrén Bolívar

01:40-02:00 pm.	Carcinoma de vías digestivas. Dr. Miguel Garassini
02:00-02:20 pm.	Carcinoma de pulmón. Dr. José Silva
02:20-02:40 pm.	Carcinoma de cabeza y cuello. Dra. Maribel DaCunha
02:40-03:00 pm.	Carcinoma de próstata. Dr. Germán Cruz
03:00-03:30 pm.	Preguntas y respuestas

MIÉRCOLES 8 DE OCTUBRE**SALÓN PLAZA REAL A****VÍAS DIGESTIVAS****COORDINADORES: DRS. CARLOS NÚÑEZ, JOSEFA BRICEÑO C.****SECRETARIO: DR. GIUSEPPE PASQUALE****ACTUALIZACIÓN EN CÁNCER GÁSTRICO**

08:00-08:20 am.	Cáncer gástrico precoz: rol de los procedimientos endoscópicos, criterios actuales. Dr. Akiko Shimizu
08:20-08:40 am.	Biopsias ganglionares por punción eco-endoscópica: rol en la estadificación preoperatoria en contexto neoadyuvante. Dr. Dervis Bandres
08:40-09:00 am.	Evaluación del N-Ratio en la selección de pacientes para quimioterapia y radioterapia adyuvante después de gastrectomía radical D2. Dr. Thales Paulo Batista (Brasil)
09:00-09:20 am.	CT-PET vs., laparoscopia diagnóstica en la evaluación de los pacientes enviados a neoadyuvancia. Dra. Aisa Manzo P.
09:20-09:40 am.	Cáncer gástrico avanzado y resecable: neoadyuvancia (dudas y aciertos).Dr. Mathias Velásquez
09:40-10:00 am.	Sesión de preguntas
10:00-10:30 am.	RECESO
10:30-11:00 am.	Conferencia de la industria de Roche: Nuevas tendencias en el tratamiento del cáncer de vías digestivas. Dr. Mauricio Luján Piedrahita (Colombia)
11:00-11:50 am.	Sesión de videos. Gastrectomía radical abierta vs., gastrectomía radical laparoscópica. Coordinador: Dr. Rubén Hernández. Participantes: Drs. Rafael Barrios, Francisco Obregón
11:50-12:10 pm.	Significado clínico de citología peritoneal positiva y opciones terapéuticas. Dra. Nancy Valdivieso
12:10-12:30 pm.	Radioterapia: beneficios, retos, nuevas técnicas en cáncer gástrico. Dra. Laura Ruan S.
12:30-12:50 pm.	Conferencia de la industria (Merck). Dando forma al futuro para el tratamiento del cáncer colorrectal metastásico. Dr. Jesús García Foncillas (España)
12:50-01:00 pm.	Sesión de preguntas y respuestas.
01:00-02:00 pm.	RECESO

MANEJO ACTUAL DEL HEPATOCARCINOMA**COORDINADOR: DR. MARCOS POCAÿ****SECRETARIO: DR. ROBERTO CASTRO**

- 02:00-02:20 pm. Criterios y herramientas para el diagnóstico patológico por biopsias. Dra. Dilia Díaz
- 02:20-02:40 pm. Técnicas imaginológicas para el diagnóstico y la estadificación: impacto en la selección del tratamiento y en la evaluación de las respuestas. Dra. Fátima Prada
- 02:40-03:00 pm. Resección, trasplante hepático, ablación ¿Cómo seleccionar la mejor opción curativa? Dr. Pedro Rivas
- 03:00-03:30 pm. RECESO
- 03:30-04:00 pm. Conferencia de la industria (Bayer): inhibición de la angiogénesis en estadios intermedios del hepatocarcinoma: evidencia clínica
- 04:00-04:20 pm. Quimioembolización transarterial, inyección percutánea de etanol y radiofrecuencia: ¿qué métodos utilizar? Dr. Bernardo Lander
- 04:20-04:40 pm. Estado del trasplante hepático en Venezuela, el manejo de la lista de espera y las prioridades para trasplante en Latinoamérica. Dr. Pedro Rivas
- 04:40-05:00 pm. Sesión de preguntas y respuestas
- 05:00 pm. Simposio de la Industria (Nolver)

MIÉRCOLES 8 DE OCTUBRE

SALÓN ZAFIRO**ONCOLOGÍA MÉDICA****COORDINADORAS: DRAS. PATRICIA NÚÑEZ DE MONSERAT, ZULAY PASTRÁN ROMERO****PULMÓN**

- 08:00-08:20 am. Papel del análisis genómico para identificar los blancos terapéuticos. Dra. Paola Celedón
- 08:20-08:40 am. Papel de la quimioterapia de inducción seguido de quimioterapia y radioterapia en pacientes estadios III no resecables. Dr. Carlos W Montesino A.
- 08:40-09:00 am. Quimioterapia adyuvante óptima: selección de pacientes y agentes a utilizar. Dr. Mark Vincent (Canadá)
- 09:00-09:20 am. Quimioterapia de mantenimiento: quién se beneficia, qué utilizar y cuánto tiempo. Dr. Mark Vincent (Canadá)
- 09:20-09:40 am. Manejo del paciente con enfermedad avanzada EGFR mutado. Dr. George Oblitas
- 09:40-10:00 am. Manejo del paciente con enfermedad avanzada EGFR no mutado. Dr. George Oblitas
- 10:00-10:30 am. RECESO
- 10:30-10:50 am. Opciones terapéuticas de pacientes en progresión con tumores EGFR mutado. Dra. Lorena Lion

10:50 -11:30 am. Sesión de preguntas respuestas

Moderadora: Dra. Elizabeth Curcio. Panelistas: Drs. Paola Celedón, Carlos W Montesino A, Mark Vincent (Canadá), George Oblitas, Liseloth Garrido

TUMORES NEUROENDOCRINOS

11:30-12:10 pm. Avances clínicos en el tratamiento de tumores neuroendocrinos. Dr. Jaume Capdevilla (España) Moderador: Dr. Saverio Santoucci

12:00-12:30 pm. Abordaje del paciente con sospecha de tumor neuroendocrino. Dr. Saverio Santoucci

12:30-01:30 pm. Almuerzo (Novartis). Casos clínicos de tumores neuroendocrinos. Coordinadora: Dra. María Belén Fuentes

COLON Y RECTO

01:30-02:00 pm. Conferencia de la industria. (Fundación Badan). Plataformas genómicas en colon y recto

02:00-02:20 pm. Blancos terapéuticos en cáncer colorrectal avanzado. Dr. Gerson Caraballo

02:20-04:00 pm. ¿Cuál es la terapia de primera línea en cáncer colorrectal avanzado KRAS no mutado? Dr. Miguel Salomón

02:40 pm-03:00 pm. Cáncer colorrectal avanzado: tratamiento de mantenimiento vs., *stop and go*. Dr. Miguel Salomón

03:00-03:30 pm. RECESO

PÁNCREAS E HÍGADO

03:30-03:50 pm. Monoterapia con gemcitabina vs., dupletas vs. FOLFIRINOX en cáncer de páncreas metastásico. Dra. Nancy Peñaloza

03:50-04:10 pm. Manejo de las metástasis hepáticas por el imaginólogo intervencionista. Dr. Guillermo García

04:10-04:30 pm. Manejo quirúrgico de las metástasis hepáticas. Dr. Rubén Hernández

04:30-04:50 pm. Endoscopia terapéutica en cáncer de páncreas y vías biliares. Dr. Raúl Monserat

04:50-05:00 pm. Sesión de preguntas y respuestas

05:00 pm. Simposio de la industria (Bayer). Tratamiento del cáncer colorrectal avanzado: integrando la evidencia en la práctica clínica

MIÉRCOLES 8 DE OCTUBRE

SALÓN PLAZA CARACAS-VENEZUELA

RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA

COORDINADOR: DR. ANDRÉS VERA GIMÓN

08:00-08:30 am. Radioterapia estereotáxica ablativa. Conceptos básicos y utilidad. Dr. Nelson Urdaneta L.

08:30-09:00 am. ¿Cómo implementar un servicio de radioterapia estereotáxica? Msc. Jesús Dávila

09:00-09:30 am. Radiocirugía robótica y *berKnife* experiencia en Venezuela. Dra. Anabella Vilorio

09:30-10:00 am.	Radioterapia guiada por imágenes. Definición e indicaciones. Dr. Néstor Sánchez
10:00-10:30 am.	RECESO
10:30-11:00 am.	Radioterapia esterotáxica en hígado. Dr. Néstor Sánchez
11:00-11:30 am.	Radioterapia esterotáxica como tratamiento único en carcinoma de próstata. Dr. Matthew Schutter (EE.UU)
11:30-12:00 m.	Radioterapia esterotáxica en pulmón. Dra. Sara Ott I.
12:00-12:30 pm.	Preguntas y respuestas
12:30-01:30 pm.	ALMUERZO CONFERENCIA (GURVE) Braquiterapia de alta tasa de dosis. Dr. Perfecto Abreu

MIÉRCOLES 08 OCTUBRE**SALÓN PLAZA CARACAS-VENEZUELA****IMÁGENES EN ONCOLOGÍA****COORDINADORA: DRA. AISA MANZO PORRAS****IMÁGENES MOLECULARES****COORDINADORA: DRA. ITZA CONTRERAS****SECRETARIA: DRA. MARIAN OTERO**

01:30-02:00 pm.	Evaluación de respuesta a terapia: RECIST, PERSIST o simplemente clínica. Dra. Marjorie Chaparro
02:00-02:20 pm.	De la mamografía analógica a la tomosíntesis: evolución. Dra. Jemcy Jahon
02:20-02:40 pm.	PET RM impacto en la imagen de tumores ginecológicos y en cáncer de próstata. Dra. Margarita Núñez (Uruguay)
02:40-03:00 pm.	Simulación de radioterapia por CT-PET. Dra. Margarita Núñez (Uruguay)
03:00-3:30 pm.	RECESO
03:30-03:50 pm.	Interpretación e importancia del SUV en lesiones benignas, malignas posteriores a radioterapia. Dra. Marjorie Chaparro
03:50-04:10 pm.	Imagen multimodal en la evaluación de lesiones neoplásicas malignas de localización abdomino-pélvica. Dra. Fátima Prada
04:10-05:00 pm.	Mesa redonda: herramientas diagnósticas en la evaluación del cáncer de cuello uterino y endometrio. Moderador: Dr. Giovanni Vento M. Panelistas: Dra. Loretta Di Giampietro, Marko Rezig, Fátima Prada
05:00 pm.	Simposio de la industria (Lilly)

JUEVES 9 DE OCTUBRE**SALÓN PLAZA REAL A****GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA****COORDINADORES: DRES. MARKO REZIC SKILJO, JORGE CASTILLO ROMERO****CÁNCER DE CUELLO UTERINO: ¿QUÉ HAY DE NUEVO?**

- 08:00-08:20 am. Estado actual de la histerectomía radical laparoscópica y robótica en el cáncer de cuello uterino. Dr. Israel Zighelboim (EE.UU)
- 08:20-08:40 am. Cirugía preservadora de fertilidad. Uso racional de la radicalidad. Dr. Jorge Sánchez Lander
- 08:40-09:00 am. Cáncer de cuello uterino. Quimioterapia neoadyuvante más cirugía radical en estadios IB2 y IIB. Dr. Juan José Rodríguez
- 09:00-09:20 am. Nuevos avances en el tratamiento del cáncer de cuello uterino localmente avanzado. Dr. Alfredo Urdaneta (EE.UU)
- 09:20-09:40 am. Papel de la vacuna del VPH en forma terapéutica en cáncer de cuello uterino. Programa extendido de vacunación. Dra. Paula Cortiñas

CÁNCER DE ENDOMETRIO

- 09:40-10:00 am. Quimioterapia en cáncer de endometrio. Dra. Rossana Montes de Oca
- 10:00-10:30 am. RECESO
- 10:30-10:50 am. Comparación de la cirugía abierta, laparoscópica y robótica en cáncer de endometrio. Dr. Israel Zighelboim (EE.UU)
- 10:50-11:10 am. ¿Qué hay de nuevo en el tratamiento adyuvante del cáncer de endometrio de alto riesgo estadios I y II? Dra. Belkys Agüero
- 11:10- 11:30 am. ¿Es posible la preservación de fertilidad en cáncer de endometrio? Dr. Manuel Meneses

CÁNCER DE OVARIO

- 11:30-12:00 m. Conferencia de la industria (Roche): uso de terapias biológicas en el cáncer ginecológico. Dr. Peter Schawrtz (EE.UU)
- 12:00-12:20 pm. Cirugías reductoras de riesgo en cáncer ginecológico. Dr. Israel Zighelboim (EE.UU)
- 12:20-12:50 pm. Consenso Venezolano del tratamiento del cáncer de ovario. Dr. Jorge Sánchez Lander
- 12:50-01:00 pm. Sesión de preguntas y respuestas
- 01:00-02:00 pm. Almuerzo conferencia (ARSUVE): cirugía ultra-radical primaria vs., cirugía de intervalo en cáncer de ovario avanzado. Dr. Peter Schwartz (EE.UU)
- 02:00-03:00 pm. Sesión de videos y discusión de casos con los expertos: cirugía en cáncer de cuello uterino y endometrio. Moderador: Dr. Jesús Vásquez. Panelistas: Dres. Alfredo Borges, Wilmar Briceño, Carlos Quintero, Peter Schwartz (EE.UU).
- 03:00-03:30 pm. RECESO
- 03:30-04:30 pm. Sesión de videos y discusión de casos con los expertos: cirugía en cáncer de ovario avanzado. Moderador. Dr. Francisco Medina E. Panelistas: Drs. Franco Calderaro Di R, Félix Anzola, Lesbia C Muñoz, Israel Zighelboim (EE.UU)

JUEVES 9 DE OCTUBRE

MELANOMAS Y SARCOMAS

SALÓN ZAFIRO

COORDINADOR: DR. YIHAD KHALEK MÉNDEZ

SECRETARIO: DR. JONATHAN RODRÍGUEZ

MELANOMAS

- 08:00-08:20 am. Tratamiento no quirúrgico del carcinoma baso celular. Dr. Luis Palacios
- 08:20-08:40 am. Biología molecular en melanoma: camino a nuevas opciones terapéuticas. Dr. Nelson Guédez
- 08:40-09:00 am. Caracterización genética del melanoma: importancia del clínico. Dra. Katherine Koury
- 09:00-09:20 am. Tratamiento del melanoma avanzado: nuevas opciones terapéuticas. Dr. Nelson Guédez
- 09:20-09:40 am. Tratamiento del melanoma con enfermedad en tránsito. Dr. Javier Soteldo
- 09:40-10:00 am. Sesión de preguntas y respuestas
- 10:00-10:30 am. RECESO
- 10:30-10:50 am. Linfadenectomía mediante cirugía mínimamente invasiva: experiencia en urología. Dr. René Sotelo
- 10:50-11:10 am. Nuevas drogas en melanoma avanzado: anti-PD1. Dra. Gabriela Cinat (Argentina)
- 11:10-11:30 am. Importancia de micrometástasis en ganglio centinela en melanoma: nuevos procedimientos diagnósticos. Dra. Carmen López
- 11:30-11:50 am. El dermatólogo en el manejo del melanoma. Dr. Miguel López
- 11:50-12:10 am. Preguntas y respuestas
- 12:10-02:00 pm. Almuerzo Conferencia (Bristol Myers): controversias en el abordaje y tratamiento del melanoma. Dra. Gabriela Cinat (Argentina). El papel de la inmunooncología en el tratamiento del cáncer. Dr. Andrés Cardona (Colombia)

MANEJO DE TUMORES PÉLVICOS

COORDINADOR: DR. GUSTAVO DÍAZ PIETRI

SECRETARIO: DR. RICARDO GONZÁLEZ

- 02:00-02:20 pm. Tumores de la pelvis no visceral: patología quirúrgica. Dra. Marthaelena Acosta M.
- 02:20-02:40 pm. Tumores de sacro: tratamiento quirúrgico. Dr. José Gabriel Rodríguez
- 02:40-03:00 pm. Rescate quirúrgico de tumores de recto. Dr. Rubén Hernández
- 03:00-03:30 pm. RECESO
- 03:30-03:50 pm. Opciones de reconstrucción urológica en exenteraciones pélvicas. Dr. Hermes Pérez
- 03:50-04:10 pm. Manejo de los tumores pélvicos complejos. Dr. Armando Gil.
- 04:10-05:00 pm. Mesa redonda: Manejo de los tumores pélvicos complejos. Moderador: Dr. Wilmer Ramos. Panelistas Drs. Armando Gil, Ricardo González, Marthaelena Acosta, Olimpia Quijada

JUEVES 9 DE OCTUBRE

SALÓN PLAZA CARACAS-VENEZUELA

PEDIATRÍA ONCOLÓGICA

COORDINADORA: DRA. EMILIA MORA GRATEROL

SECRETARIO: DR. LUIMER GÓMEZ

- 08:00-08:20 am. Tumores maxilofaciales en pediatría. Anatomía patológica. Dr. Francisco Mota
- 08:20-08:40 am. Aspectos quirúrgicos de los tumores maxilofaciales en pediatría. Dr. Saúl Moquera
- 08:40-09:00 am. Avances en quimioterapia tumores maxilofaciales de la infancia. Dr. Augusto Pereira
- 09:00-09:20 am. Tumores malignos de la esfera otorrinolaringológica de la infancia. Anatomía patológica. Clasificación. Dr. Edwin Ross
- 09:20-09:40 am. Consideraciones quirúrgicas en tumores malignos en otorrinolaringología. Experiencia Hospital "J.M. de los Ríos". Dra. Jacqueline Alvarado
- 09:40-10:00 am. Enfoque radioterapéutico en tumores maxilofaciales y de la esfera otorrinolaringológica. Dra. Alexandra Piera Toledo
- 10:00-10:30 am. RECESO
- 10:30-10:50 am. Tumores de partes blandas en pediatría anatomía patológica. Dr. José David Mota
- 10:50 -11:10 am. Tumores de partes blandas en pediatría. Aspectos quirúrgicos. Dr. Gustavo Díaz Pietri
- 11:10-11:30 am. Quimioterapia en rhabdomyosarcoma y no rhabdomyosarcoma. Dr. Jesús Reyes
- 11:30-11:50 am. Tumores óseos en pediatría. Dr. Moisés Ghetea
- 11:50-12:20 pm. Conferencia de la industria (Takeda): nuevas terapias en el tratamiento del osteosarcoma de alto grado de malignidad no metastásico. Dra. Ana Fernández Teijeiro (España)
- 12:20-01:30 pm. Almuerzo conferencia: Situación actual de la oncología pediátrica en Venezuela. Dra. Teresa Vanegas. Recursos disponibles para las familias de niños y adolescentes con cáncer en Venezuela. Lic. Constanza Álvarez
- 01:30-01:50 pm. Linfoma no Hodgkin en niños y adolescentes. Dra. Marta Pillon (Italia)
- 01:50-02:10 pm. Terapias actuales en el tratamiento de linfoma no Hodgkin. Dr. Raúl Ribeiro (EE.UU)
- 02:10-02:50 pm. Aspectos quirúrgicos de tumores hepáticos. Clasificación pretest. Dra. Alida Pascualone
- 02:50-03:10 pm. Alternativas en el tratamiento intervencionista de tumores de hígado. Dr. Jordi Velásquez
- 03:10-03:30 pm. Quimioterapia en tumores hepáticos. Hepatoblastoma y sarcomas hepáticos. Dra. María Alejandra Granado
- 03:30-04:30 pm. Alimentación del niño con cáncer. Soporte nutricional. Lic. Gylmary Marcano.
- 04:30-05:00 pm. Métodos alternativos en el tratamiento del dolor oncológico en pediatría. Dra. Carolina Kamell

VIERNES 10 DE OCTUBRE

SALÓN PLAZA REAL A

CÁNCER DE MAMA

COORDINADORES: DRES. VÍCTOR ACOSTA F., ANA CECILIA CONTRERAS, AUGUSTO TEJADA

COORDINACIÓN: DR. VÍCTOR ACOSTA F.

07:00-07:45 am. Desayuno con el profesor (Roche): nuevas drogas anti-Her2: definiendo el futuro del cáncer de mama metastásico. Coordinación: Dra. María Teresa Coutinho De Sousa

Dra. Ana Lluch (España)

08:00-08:20 am. Evaluación por imágenes de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama. Papel de la RMN. Dr. Jorge Pérez

08:20-08:50 am. Avances en la reducción de riesgo del cáncer de mama. Dr. Luis Torres

08:50-09:10 am. Importancia de la enfermedad axilar. Factores predictivos. Dra. Ana Karina Ramírez

09:10-09:30 am. Importancia de la selección del material para estudios moleculares. Dra. Elena Marín

09:30-10:00 am. Neoadyuvancia con o sin quimioterapia

10:00-10:30. Hormonoterapia adyuvante en cáncer de mama

10:30-11:00 am. RECESO

COORDINACIÓN: DR. AUGUSTO TEJADA

11:00-11:30 am. Ganglio centinela ¿antes o después de quimioterapia? Drs. Jorge Uribe/Gabriel Romero

11:30-12:00 m. Conferencia de la industria (Roche): retando el estándar del tratamiento antiHer2 con nuevas formulaciones. Dr. Andre Mattar (Brazil)

12:00-12:20 pm. Oncoplastia: nuevos retos, nuevas técnicas. Dr. Rafael Casanova

12:20-12:50 pm. Nuevas drogas antineoplásicas, nuevos esquemas. Dra. Monserrat Muñoz (España)

12:50-01:20 pm. Conferencia de la industria (Fundación BADAN): predicción para tratamiento con quimioterapia según plataformas genómicas

01:20-02:20 pm. Almuerzo Conferencia (Roche) Coordinación: Dra. Milagros Gutiérrez Conferencista: Dr. Antonio Llombard (España)

COORDINACIÓN: DRA. ANA CECILIA CONTRERAS

02:20-02:50 pm. Enfermedad metastásica. Nuevas combinaciones con anti- m-TOR. Dr. Javier Cortés (España)

02:50-03:20 pm. Presentación de casos. Dra. Monserrat Muñoz (España)

03:20-03:50 pm. RECESO

03:30-04:00 pm. ¿Ha incrementado su indicación la radioterapia intra-operatoria en cáncer de mama? Dr. Ivo Rodríguez

- 04:00-04:20 pm. Presentación de casos. Cáncer de mama de alto riesgo. Papel del equipo multidisciplinario
- 04:20-05:00 pm. Sesión de preguntas y respuestas
- 05:00-06:00 pm. Simposio de la industria (Roche). Coordinación: Dra. Ana Cecilia Contreras
Apertura: Dr. Miguel Salomón. Conferencia 1. Dra Ana Lluch (España)
Conferencia 2. Dr. Javier Cortés (España). Cierre. Dr. Raúl Vera G.

VIERNES 10 DE OCTUBRE

SALÓN ZAFIRO

UROLOGÍA

COORDINADOR: DR. CARLOS SUCRE MÁRQUEZ

CÁNCER DE PRÓSTATA

- 08:00-08:30 am. Cirugía de la prostatectomía abierta a la robótica. Dr. René Sotelo
- 08:30-09:00 am. Innovaciones en el tratamiento del cáncer de próstata localizado. Dr. Mathew Schutzer (EE.UU)
- 09:00-09:20 am. Terapia hormonal: viejos conceptos, nuevas ideas. Dra. Liliana Castillo
- 09:20-09:40 am. Conferencia de la industria (Nolver): quimioterapia en cáncer de próstata. Evolución a través de la historia. Dr. Virgilio Colón
- 09:40-10:00 am. Preguntas y respuestas
- 10:00-10:30 am. RECESO

CÁNCER DE RIÑÓN

COORDINADORA: DRA. MARÍA IGNACIA ARRIAGA

- 10:30-10:50 am. Cirugía en cáncer avanzado de riñón. Dr. Carlos Rodríguez Márquez
- 10:50-11:20 am. Nuevos *targets*, nuevas drogas en cáncer renal avanzado. Dr. Juan La Cava (Argentina)
- 11:20-11:50 am. Conferencia de la industria (Novartis).Terapia secuencial en cáncer renal avanzado. Dr. Samuel Rivera (México)
- 11:50-01:00 pm. Mesa redonda: casos clínicos. Drs. Carlos Rodríguez, Juan La Cava (Argentina), Samuel Rivera, Liliana Castillo
- 01:00-02:00 pm. Almuerzo conferencia. Experiencia en Venezuela en tratamiento del cáncer de próstata localizado. Drs. Perfecto Abreu, Andrés Vera G. Grupo Gurve

CÁNCER DE VEJIGA

COORDINADORA: DRA. LILLIAM VIVAS

- 02:00-02:30 pm. Tratamiento preservador. Visión del urólogo. Dr. Hermes Pérez
- 02:30-03:00 pm. Tratamiento preservador: Visión del radioterapeuta oncólogo. Dr. Matthew Schutzer (EE.UU)
- 03:00-03:30 pm. RECESO
- 03:30-04:00 pm. Actualización en quimioterapia peri-operatoria en el cáncer de vejiga. Dr. Samuel Rivera (México)

04:00-05:00 pm. Preguntas y respuestas. Casos clínicos. Drs. Hermes Pérez, Matthew Schutzer (EE.UU), Samuel Rivera (México)

VIERNES 10 DE OCTUBRE DE 2014

SALÓN PLAZA CARACAS-VENEZUELA

CUIDADOS PALIATIVOS

COORDINADOR: DR. TULIO W GONZÁLEZ C.

08:00-08:30 am. Importancia de la medicina paliativa en la oncología moderna. Dra. Lilliam Vivas Cuevas

08:30-09:00 am. Dolor neuropático de origen oncológico: avances. Dra. Carolina Kamell

09:00-09:30 am. Uso de técnicas invasivas en el paciente con dolor. Dr. Carlos Ramírez

09:30-10:00 am. Confusión al final de la vida: manejo paliativo del delirium. Dr. Manuel Ortega

10:00-10:30 am. RECESO

10:30-11:00 am. Importancia de la medicina nuclear en el manejo del dolor oncológico. Dra. Aisa Manzo P.

11:00-12:00 m. Mesa redonda: sedación paliativa: evidencia científica, consideraciones éticas y decisión de vida. Moderador: Dr. Tulio González. Panelistas: Dres. Gabriel D'Empaire, Ismariel Espin, Isaac Zabner, Benito Méndez

12:00-02:00 pm. RECESO

02:00-02:30 pm. ¿Estás preparado para dar malas noticias...? Dra. Argelia Melet

02:30-03:00 pm. Limitación del esfuerzo terapéutico ¿Cuándo, cómo y por qué? Dr. Gabriel D'Empaire

03:00-03:30 pm. RECESO

03:30-04:00 pm. Atención paliativa en pacientes con cáncer de mama. Dra. Mariela Hidalgo

04:00-04:30 pm. Importancia de la rehabilitación en el paciente oncológico. Dr. Jaime Rojas

04:30-05:00 pm. Medicina paliativa en oncología pediátrica. Dra. María Granados

INVITADOS INTERNACIONALES

Thales Paulo Batista	(Brasil)	Margarita Núñez	(Uruguay)
Jaume Capdevilla	(España)	Andre Mattar	(Brazil)
Andrés Cardona	(Colombia)	Jesús Medina	(EE.UU)
Gabriela Cinat	(Argentina)	Monserrat Muñoz	(España)
Javier Cortés	(España)	Marta Pillon	(Italia)
Ana Fernández Teijeiro	(España)	Raúl Ribeiro	(EE.UU)
Jesús García Foncillas	(España)	Samuel Rivera	(México)
Juan La Cava	(Argentina)	Peter Schawrtz	(EE.UU)
Antonio Llombard	(España)	Matthew Schutzer	(EE.UU)
Ana Lluch	(España)	Alfredo Urdaneta	(EE.UU)
Mauricio Luján Piedrahita	(Colombia)	Mark Vicent	(Canadá)
Carlos Navarro Cuellar	(España)	Israel Zigelboim	(EE.UU)

INVITADOS NACIONALES

Aisa Manso P.

Akiko Shimiz

Alberto Contreras

Alejandro Cordero

Alexandra Piera T

Alfredo Borges

Alfredo Caparros

Alí Godoy

Alida Pasqualone

Alirio Mijares Briñez

Álvaro Gómez R.

Ana Cecilia Contreras

Ana K Ramírez

Anabella Vilorio

Andrés Vera G

Angelo Garofalo

Antonieta Rennola

Argelia Melet

Argimiro Hernández

Asia Manzo P

Augusto Pereira

Augusto Tejada

Belkis López. Raúl León.

Belkys Agüero

Benito Méndez

Bernardo Lander

Carlos Ángel

Carlos Canela

Carlos Núñez

Carlos Pacheco

Carlos Quintero

Carlos Ramírez

Carlos Rodríguez M

Carlos W Montesino A

Carmen López

Carmen Umbria

Carolina Kamell

Constanza Álvarez

Cristina García

Dervis Bandres

Dilia Díaz

Doris Barboza D

Eduardo Undreiner M

Edwing Ross

Efrén Bolívar

Elena Marín

Elizabeth Curcio

Elizabeth González A

Elsa Di Leone

Emilia Mora G

Fátima Prada

Felipe Díaz

Félix Anzola

Francisco López

Francisco Medina E

Francisco Mota

Francisco Obregón	Jesús García Colina
Gabriel D'Empeire	Jesús Reyes
Gabriel Romero	Jesús Vásquez
George Oblitas	Jonathan Rodríguez
Gerardo Hernández M	Jordi Velásquez
Germán Cruz	Jorge Castillo
Gerson Caraballo	Jorge Pérez
Gino Bianchi	Jorge Sánchez L
Giovanni Vento	Jorge Uribe
Gonzalo Barrios	José Antonio Estévez
Guillermo García	José David Mota
Guisepe Pascuale	José Francisco Mata I
Gustavo Díaz P	José Gabriel Rodríguez
Gustavo Gotera G	José Silva
Gylmary Marcano	Josefa M Briceño
Héctor González	Juan Abud
Héctor Jiménez.	Juan Carlos Rodríguez
Hermes Pérez	Juan Francisco Liuzzi
Hugo Ruiz.	Juan J Rodríguez
Ingrid Nass de Ledo	Juan Sastre
Isaac Zabner	Katerine Koury
Ismariel Espin	Laura Ruan S
Itza Contreras,	Lesbia C Muñoz
Ivania Nasr	Liliana Castillo
Ivo Rodríguez	Liseloth Garrido
Jacdeblin Dordelly	Lorena Lion
Jacqueline Alvarado	Loretta Di Giampietro F
Jaime Rojas	Luimer Gómez
Javier Cortés	Luis Capote Negrín
Javier Soteldo	Luis Torres
Jemcy Jahon	Luisa Suárez
Jesús Dávila	Manuel Meneses

Manuel Ortega	Pedro Rivas
Marcos Copay	Rafael Barrios
Margarita De Lima	Rafael Casanova
María Alejandra Granado	Raúl Monserat
María Belén Fuentes	Raúl Vera G
María Correnti	Renata Rincón
María Granados	Renata Sánchez
María I Arriaga	René Sotelo
María T Coutinho	Ricardo González
María Virginia Rojas	Roberto Castro
Marian Otero	Romano Masi
Maribel Da Cunha	Rossana Montes De Oca
Mariela Hidalgo	Rubén Hernández
Marjorie Chaparro	Sara Ott I
Marko Rezic	Saúl Mosquera
Marthaelena Acosta	Saúl Siso
Mathias Velásquez	Saverio Santucci
Miguel Garassini	Sheyla Medina
Miguel López	Sioly Contreras
Miguel Ruiz	Teresa Vanegas
Miguel Salomón	Tulio González
Milagros Gutiérrez	Víctor Acosta F
Moisés Ghetea	Virgilio Colon
Nancy Peñaloza	Virginia Castiglia
Nancy Peñaloza	Wilfredo Perfetti.
Nancy Valdivieso	Wimar Briceño
Nelson Urdaneta L	Yihad Khalek M
Nelsy Muñoz	Yozelyn Pinto
Néstor Sánchez	Yunaria Villalobos
Patricia Núñez	Zoriset Meinhardt
Paula Celedón	Zulay Pastrán
Paula Cortiñas	

XVI CONGRESO VENEZOLANO DE ONCOLOGÍA

07 AL 10 DE OCTUBRE 2014

HOTEL & SUITES EUROBUILDING, CARACAS

MARTES 7 DE OCTUBRE

SALÓN PLAZA REAL A

07:00 pm Acto de instalación

Protocolo de ceremonia

1. Himno Nacional. Coral del Centro Médico de Caracas
2. Palabras del Presidente Honorario. Dr. Francisco Medina E.
3. Entrega de Reconocimientos
4. Juramentación de nuevos miembros
5. Palabras de la Presidenta de la Sociedad Venezolana de Oncología:
Dra. Loretta Di Giampietro F.
6. Actuación de la Coral del Centro Médico de Caracas. Director:
Carlos Monascal.
7. Brindis Inaugural: área de exposición comercial.

Traje formal

MIÉRCOLES 08

Noche libre

JUEVES 09

Noche libre

VIERNES 10

08:00 pm

Fiesta de clausura. Cortesía Productos Roche

Traje casual

CARCINOMA DE CABEZA Y CUELLO

DRA. MARIBEL DA CUNHA C.

VENEZUELA

El término carcinoma de cabeza y cuello describe un amplio rango de tumores originados en esta región. Es el 5º cáncer más frecuente a nivel mundial y supone entre 5 % y 6 % de todas las neoplasias malignas humanas. El cáncer de cabeza y cuello se clasifica a su vez, de acuerdo a la zona en la cual se origina. Estas son:

Cavidad oral: incluye labios, lengua oral o móvil, reborde alveolar, la mucosa bucal, piso de boca, paladar duro y el triángulo retromolar.

Faringe: tiene tres porciones, la nasofaringe (por detrás de las fosas nasales), orofaringe (incluye paladar blando, base de la lengua, pared posterior y amígdalas) e hipofaringe (la parte inferior de la faringe que incluye senos piriformes, pared posterior y área poscricoides).

Laringe: contiene las cuerdas vocales y epiglotis. Se divide en tres regiones anatómicas: laringe supra-glótica, glótica (cuerdas vocales verdaderas, comisura anterior y posterior) y sub-glótica.

Cavidad nasal y senos paranasales: incluye senos maxilar, etmoidal, esfenoidal y frontal.

Glándulas salivales: incluye glándulas salivales mayores (parótidas, submaxilares y sub-linguales) y menores (en la mucosa de la cavidad oral y vía aerodigestiva superior)

La región de cabeza y cuello contiene una amplia variedad de estructuras y tipos celulares que incluyen: epitelio escamoso de las mucosas, epitelio glandular, hueso, cartílago, músculo, nervios, vasos y tejido linfoide. La mayoría de los cánceres se originan de la mucosa del tracto aerodigestivo superior y son predominantemente de origen escamoso.

Se registran más de 550 000 casos anuales de cáncer de cabeza y cuello alrededor del mundo. Su incidencia es 2 a 4 veces mayor en el sexo masculino y suele aparecer después de los 50 años. La gran variabilidad geográfica en su incidencia refleja la prevalencia de sus factores de riesgo. Por ejemplo, el cáncer de cavidad oral es el tipo predominante en la India, el de nasofaringe en Hong Kong y el de laringe y orofaringe en las demás zonas geográficas.

El factor predisponente más importante para el carcinoma escamoso de cabeza y cuello es el tabaco, cuyo efecto carcinogénico es potenciado por el alcohol. La exposición repetida de la mucosa del tracto aerodigestivo a los efectos carcinogénicos del tabaco y el alcohol es responsable de su daño generalizado, un fenómeno denominado campo de cancerización, que justifica la alta incidencia de segundos primarios en estos pacientes la cual se estima en 20 %.

Más recientemente se ha demostrado la asociación con el virus de papiloma humano (VPH), sobre todo subtipos 16 y 18, lo cual ha dado cuenta del reciente incremento en la incidencia de cáncer en pacientes jóvenes, en especial a nivel de la orofaringe. Por su parte el cáncer de rinofaringe tiene una fuerte asociación con el virus de Epstein-Barr.

Otros factores de riesgo incluyen el consumo de nuez de betel, deficiencias vitamínicas, enfermedad periodontal, traumatismos repetidos y exposiciones ocupacionales.

Los síntomas de presentación del cáncer de cabeza y cuello varían según el sitio en el que aparezca. Síntomas comunes son: úlceras que no

curan, masa cervical, otalgia referida, problemas de deglución (disfagia), fonación (disfonía) y en casos de fosas nasales y senos paranasales obstrucción nasal y epistaxis.

La presencia de estos síntomas debe conducir a exploración física detallada. El examen físico debe incluir la evaluación cuidadosa de la cavidad nasal, oral y orofaringe mediante su inspección y palpación. La visualización de otras estructuras se logra mediante laringoscopia indirecta y nasofibrolaringoscopia la cual permite visualizar la mucosa de la rinofaringe, orofaringe y laringe.

Dos errores frecuentes conducen a una demora en el diagnóstico y tratamiento. En primer lugar una exploración incompleta. El segundo error frecuente es someter a un paciente que se presenta con masa cervical a largos ciclos de antibiótico-terapia retrasando su derivación para eventual biopsia.

La biopsia de las lesiones sospechosas permite el diagnóstico definitivo de la enfermedad así como identificar el tipo histológico y debe realizarse siempre ante la sospecha de cáncer.

Por su parte la punción aspiración con aguja fina en pacientes con masa cervical es un excelente estudio inicial pues permite orientar el diagnóstico así como la toma de decisiones sobre pasos posteriores en el estudio del paciente.

Una vez diagnosticado el cáncer de cabeza y cuello, los estudios de imagen entre los cuales contamos con TAC, RMN y PET, permiten determinar el grado de invasión local, afección linfática regional y presencia de metástasis a distancia.

La cirugía, radioterapia o ambas son el tratamiento convencional del cáncer de cabeza y cuello. La resección quirúrgica por lo general representa la mejor oportunidad de curar el tumor. La morbilidad en estos casos es mínima cuando el tumor es pequeño y accesible, sin embargo, la resección de una lesión voluminosa da lugares a importantes déficit funcionales y estéticos que pueden reducirse con apropiadas técnicas de cirugía reconstructiva. Por su parte la radioterapia, una modalidad eficaz para el tratamiento del cáncer de cabeza y cuello, tiene la ventaja de preservar las estructuras anatómicas, consiguiéndose además un adecuado control local. Sin embargo, no está exenta de eventos adversos como mucositis, xerostomía, fibrosis de la piel y tejidos blandos. Recientemente se ha sumado la quimioterapia a los esquemas tradicionales de tratamiento, logrando muchas veces la preservación del órgano afecto y mejoría de la sobrevida en casos de enfermedad localmente avanzada.

IMPORTANCIA DE MICROMETÁSTASIS EN GANGLIO CENTINELA EN MELANOMA. NUEVOS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

DRA. CARMEN LÓPEZ

VENEZUELA

El ganglio linfático centinela es el primer ganglio alcanzado por metástasis de las células neoplásicas desde el sitio primario del tumor. Las metástasis linfáticas en el melanoma siempre proceden de forma secuencial del sitio primario a los sitios ganglionares regionales

y luego a sitios distantes. En 1992 Morton y col., demostraron que es infrecuente que las células del melanoma no realicen este primer paso al ganglio linfático centinela y hagan metástasis en otros grupos nodales a distancia. En consecuencia, desde su introducción en la

práctica clínica, la biopsia del ganglio centinela se ha convertido en un procedimiento ampliamente aceptado para predecir el estadio regional de los ganglios linfáticos. La presencia de metástasis en el ganglio linfático centinela y el estado histológico del mismo ha demostrado que proporcionan excelente información pronóstica con respecto a la propagación del melanoma, la supervivencia general y libre de enfermedad. Las normas actuales de la práctica clínica sugieren la finalización de la disección de los ganglios linfáticos para todos los pacientes con ganglio centinela positivo, mientras que los pacientes cuyo resultado es negativo se consideran de riesgo bajo de extensión nodal. La disección de los ganglios linfáticos tiene como objetivo aumentar el control local de la enfermedad, y mejorar supervivencia a largo plazo. Sin embargo, varios estudios también han demostrado que solo el 20 % de los pacientes con ganglio centinela positivo tendrá más positivo otro ganglio no centinela y metástasis en la disección final. Aunque el impacto de la disección temprana de micro-metástasis subclínica de todos los ganglios está bien documentada en la tasa de supervivencia general, la mayoría de los pacientes no presentan afectación ganglionar. Por otra parte, teniendo en cuenta la morbilidad asociada con este procedimiento (parestesias, infección de la herida, ceroma y linfedema) será importante

identificar las características histológicas del tumor primario y / o de metástasis dentro del ganglio centinela que podrían ayudar a aquellos subgrupos de no tener ganglios metastásicos y por tanto no tendrían ningún beneficio de una mayor disección ganglionar.

Se presenta la clasificación de Starz el cual es un análisis micro-morfométrico de los ganglios linfáticos centinelas sobre la base de dos parámetros: el número de ganglios linfáticos obtenidos en diferentes niveles, el número de células de melanoma y el máximo de profundidad de la invasión celular, medida como la distancia máxima en milímetros entre las células del tumor intra-nodal y el margen interno de GLC cápsula. Diversos estudios han sido diseñados para definir el riesgo de metástasis adicional en la base ganglionar regional sobre la base de estudio de micro-morfométrico, con el fin de identificar a los pacientes con el menor riesgo de metástasis tumoral en "ganglios linfáticos no centinelas". Por otra parte, se re-evalúan estudios otros la supervivencia libre de enfermedad y la tasa de la supervivencia en general de los pacientes, teniendo en cuenta varios aspectos clínicos y patológicos de melanoma primario en comparación con los resultados de los análisis micro-morfométricos realizado en dichos ganglios.

TUMORES PÉLVICOS NO VISCERALES. PATOLOGÍA QUIRÚRGICA

DRA. MARTHA ELENA ACOSTA MARÍN

VENEZUELA

La pelvis constituye el asiento de muchos tumores provenientes de la esfera genitourinaria y órganos reproductores de acuerdo al sexo; por otro lado también encontramos tumores no viscerales provenientes de la pelvis ósea y

tejidos blandos, que si bien representan un grupo heterogéneo de tumores, tienen características específicas, tales como una alta tasa de recidiva local y una alta tasa metastásica al momento de su presentación, constituyendo un reto para

su manejo tomando en cuenta su frecuente localización profunda y su alto grado histológico, confiriéndole a estos pacientes dificultades quirúrgicas para su resección y necesidad de tratamientos adyuvantes, teniendo aun así altas tasas de recidiva.

La enfermedad metastásica primaria demuestra ser un importante factor pronóstico adverso, por lo que el abordaje multidisciplinario de estos pacientes es fundamental para la planificación de su adecuado manejo.

La identificación de distintos tipos histológicos es fundamental para su adecuado manejo,

siendo crucial la correcta evaluación del grado y subtipo histológico de estos tumores que puedan predecir en algunas oportunidades el comportamiento y permitir la aplicación de tratamiento neoadyuvante. Es amplia la gama de sarcomas que observamos en la esfera pélvica entre ellos: sarcomas de Ewing, leiomiomas, liposarcomas, sarcomas pleomórficos indiferenciados entre otros. La pelvis ósea también es lugar para el desarrollo de sarcomas como: osteosarcomas, condrosarcomas, sarcomas de Ewing así como enfermedad metastásica.

ALIMENTACIÓN DEL NIÑO CON CÁNCER. SOPORTE NUTRICIONAL

LIC. GILMARY MARCANO

VENEZUELA

La nutrición en el paciente con cáncer sigue siendo un tema controversial, sin embargo, hoy en día se conocen bien las ventajas de contar con un enfermo bien nutrido, en relación con la mejor tolerancia de la quimioterapia, menor toxicidad de la misma, mejor respuesta a los esquemas terapéuticos, menor índice de infecciones y menor mortalidad⁽¹⁻⁴⁾. Si bien la prevalencia de malnutrición en niños con cáncer en el momento del diagnóstico, en general, no es mayor a la observada en enfermedades benignas, se reportan frecuencias de 0 % a 50 %, dependiendo del tipo de cáncer. Las frecuencias más bajas corresponden a las leucemias agudas y las más altas a algunos tumores sólidos, tal como ocurre con el sarcoma de Ewing y el neuroblastoma en estadios avanzados⁽²⁻⁶⁾.

Para el año 2011 en nuestro país, según anuarios de epidemiología y estadísticas vitales; las neoplasias malignas representan la quinta

causa de defunciones en niños de 1 a 4 años y la segunda causa de mortalidad en niños de 5 a 14 años⁽⁷⁾.

La desnutrición tiene múltiples causas y es condicionada por la enfermedad y por el tratamiento, pero no es una respuesta obligatoria, así, la mayoría de los pacientes pueden responder adecuadamente a las técnicas de apoyo nutricional⁽¹⁻²⁾.

La causa primordial es la ingesta inadecuada, ya sea por menor aporte o por mayor consumo calórico. Las incidencias de desnutrición y efectos causados por la desnutrición se pueden resumir de la siguiente manera:

La mayor incidencia de desnutrición en el cáncer obedece a múltiples factores:

- Compromiso psicológico.
- Ubicación del tumor.
- Hiporexia.

- Acción de factores tumorales y humorales.
- Tratamiento oncológico (cirugía, radioterapia o quimioterapia) ⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Los efectos de la desnutrición en el cáncer son:

- Deterioro de la calidad de vida
- Aumento de la presión y ansiedad
- Disminución de la tolerancia al tratamiento
- Disminución de la masa muscular
- Deterioro del sistema inmunitario
- Amplificación la inmunodepresión del tratamiento
- Infecciones
- Deterioro de la síntesis proteínica
- Dificulta la cicatrización posquirúrgica
- Dificulta la reparación de tejidos
- Disminuye la síntesis de enzimas digestivas: mal absorción ⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Por otra parte, el paciente oncológico no nada más padece de desnutrición, en estos pacientes existe un riesgo nutricional de sobrepeso y obesidad los cuales pueden ser relacionados con: antecedentes de obesidad, tratamiento prolongado con corticoides, sedentarismo o tumores del SNC localizados en la línea media ⁽¹⁻⁵⁾.

El uso de corticoides a altas dosis en diferentes etapas del tratamiento de las leucemias, o la localización en la zona hipotálamo hipofisaria en los tumores del SNC, pone en riesgo de sobrepeso y obesidad a los pacientes, con una frecuencia de obesos que llega al 21 % en algunas etapas del tratamiento de las leucemias, en forma similar, en el caso de los tumores cerebrales supraselares, se observa un aumento desde hasta 7 veces en la prevalencia de sobrepeso durante el tratamiento ⁽¹²⁾.

La valoración del estado nutricional tiene como principal objetivo la identificación de pacientes con desnutrición o riesgo de padecerla, bien por la propia enfermedad neoplásica o bien por los tratamientos que va a requerir ⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Para ello es necesario tomar los datos antropométricos como peso, talla e índice de masa corporal. Debe evaluarse además la pérdida de peso en el tiempo. Una pérdida de peso involuntaria superior al 5 %-10 % tiene gran valor pronóstico en cáncer, especialmente, si se ha producido en un período de tiempo muy corto, de semanas o pocos meses ⁽¹³⁻¹⁴⁾.

De igual manera los parámetros bioquímicos como la albúmina deben evaluarse previamente al inicio del tratamiento onco-hematológico. Cifras inferiores a 2,5 g/dL sugieren un elevado riesgo de complicaciones ⁽¹⁵⁾.

- La pre albúmina tiene una vida media más corta (2-3 días), responde más rápidamente al tratamiento nutricional, y tiene buena correlación con el balance nitrogenado. Es por ello muy útil para monitorizar el soporte nutricional ⁽¹⁵⁾.

- La utilidad de la transferrina en la valoración del compartimento proteico en estos pacientes está dificultada por el frecuente estado de depleción de hierro y las elevadas necesidades transfusionales ⁽¹⁵⁾.

La valoración nutricional, por tanto, permite detectar aquellos pacientes que requieren soporte nutricional, así como la adecuada monitorización del mismo. La desnutrición provoca cambios tanto en la composición corporal como alteraciones y/o disminución de proteínas plasmáticas. Generando así una menor tolerancia y/o evolución al tratamiento médico por lo que es necesario que se realice la evaluación en el momento del diagnóstico de la enfermedad y, repetirse para monitorizar el estado nutricional en las diferentes fases de la enfermedad ⁽¹⁶⁾.

REFERENCIAS

1. Ballal S, Bechard L, Jaksic T Duggan C. Nutritional Supportive Care. En: Pizzo PA, Poplack DG, editores. Principles and Practice of Pediatric Oncology. 6ª edición. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.p.1244-1255.

2. Bauer J, Jürgens H, Frühwald M. Important aspects of nutrition in children with cancer. *Adv Nutr.* 2011;2(2):67-77.
3. Co-Reyes E, Li R, Huh W, Chandra J. Malnutrition and obesity in pediatric oncology patients: Causes, consequences, and interventions. *Pediatr Blood Cancer.* 2012;59(7):1160-1167.
4. Sala A, Pencharz P, Barr R. Children, cancer, and nutrition: A dynamic triangle in review. *Cancer.* 2004;1100(4):677-687.
5. Rickard K, Grosfeld J, Coates T, Weetman R, Baehner R. Advances in nutrition care of children with neoplastic diseases: A review of treatment, research, and application. *J Am Diet Assoc.* 1986;86(12):1666-1676.
6. Ladas EJ, Sacks N, Brophy P, Rogers PC. Standards of nutritional care in pediatric oncology: Results from a nationwide survey on the standards of practice in pediatric oncology. *A Children's Oncology Group study. Pediatr Blood Cancer.* 2006;46(3):339-344.
7. Ministerio del Poder Popular para la Salud y Desarrollo Social. Anuarios de epidemiología y estadísticas vitales 1986-2006. Disponible en: URL: <http://www.mpps.gob.ve>.
8. The Clinical Guide to Oncology Nutrition. En: Elliot L, Molseed L, Davis McCall P, editores. 2ª edición. *Oncology Nutrition Dietetic Practice Group.* Filadelfia: American Dietetic Association; 2006.
9. Wong PW, Enriquez A, Barrera R. Nutritional support in critical ill patients with cancer. *Crit Care Clin.* 2001;17(3):743-767.
10. Rodríguez C, Gustavo Cueva G. *Nutrición Parenteral.* 2ª edición. 2004.
11. Gómez-Candela C, Olivar Roldán J, García M, Marín M, Madero R, Pérez-Portabella C, et al. Utilidad de un método de cribado de malnutrición en pacientes con cáncer. *Nutr Hosp.* 2010;25(3):400-405.
12. Hadjibabaie M, Iravani M, Taghizadeh M, Ataie-Jafari A, Shamshiri AR, Mousavi SA, et al. Evaluation of nutritional status in patients undergoing hematopoietic SCT. *Bone Marrow Transplant.* 2008;42(7):469-473.
13. Dewys WD, Begg C, Lavin PT, Band PR, Bennett JM, Bertino JR, et al. Prognostic effect of weight loss prior to chemotherapy in cancer patients. Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Med.* 1980;69(4):491-497.
14. Scolapio J, Tarrosa VB, Stoner GL, Moreno-Aspitia A, Solberg LA Jr, Atkinson EJ. Audit of nutrition support for hematopoietic stem cell transplantation at a single institution. *Mayo Clin Proc.* 2002;77(7):654-659.
15. Tuten MB, Wogt S, Dasse F, Leider Z. Utilization of pre-albumin as a nutritional parameter. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 1985;9(6):709-711.
16. Marin Caro MM, Laviano A, Pichard C, Gomez Candela C. Relationship between nutritional intervention and quality of life in cancer patients. *Nutr Hosp.* 2007;22:337-350.

TUMORES DE PARTES BLANDAS EN PEDIATRÍA. ASPECTOS QUIRÚRGICOS

DR. GUSTAVO DÍAZ PIETRI

VENEZUELA

Los sarcomas de tejidos blandos constituyen la sexta causa más frecuente en cáncer de niños. Los sarcomas de tejidos blandos son tumores malignos derivados de las células mesenquimales primitivas (tejido fibroso, músculo, cartílago, hueso).

Etiología: el rhabdomyosarcoma es derivado de

tejido que imita el músculo estriado normal. Es el sarcoma de tejidos blandos más frecuente por debajo de la edad de quince años y representa del 5 % al 8 % de los casos de cáncer en niños. Es más frecuente en niños que en niñas. La etiología es desconocida. Puede haber una asociación con neurofibromatosis en casos de diferenciación

del rhabdomiocarcinoma con un componente neurogénico. Li y Fraumeni, reportaron la asociación de cáncer de mama materno y sarcoma de tejidos blandos en la descendencia y es llamado síndrome de Lifraumeni caracterizado por una mutación germinal en el gen supresor p53 localizado en el cromosoma 17.

PATOLOGÍA

El Rhabdomiocarcinoma ha sido clasificado:

Rhabdomiocarcinoma

- Embrionario sólido
- Botroide
- Alveolar
- Pleomórfico
- Sarcoma de Ewing extra óseo

El rhabdomiocarcinoma embrionario representa el 50 % de los rhabdomiocarcinomas. El tipo sólido ocurre en estructuras superficiales o profundas no cubiertas por mucosas.

El tipo botroide en niños jóvenes y aparece en estructuras cubiertas por mucosas como vejigas o nasofaringe.

El rhabdomiocarcinoma alveolar es el segundo tipo más frecuente y representa cerca del 20 % de los rhabdomiocarcinomas.

Rhabdomiocarcinoma pleomórfico ocurre más frecuente en adultos pero puede observarse en niños.

DIAGNÓSTICO

Desde el punto de vista quirúrgico el diagnóstico dependerá del índice de sospecha que hará que el diagnóstico se haga más temprano o tardíamente.

El tiempo de evolución, localización, velocidad y crecimiento nos debe llevar a un diagnóstico de sospecha de malignidad. Ecosonograma de partes blandas. Tomografía axial computarizada, resonancia magnética

deben practicarse antes de realizar la biopsia.

BIOPSIA

Punción con aguja fina no es recomendada como método de diagnóstico para sarcoma de tejidos blandos. Se recomienda biopsia con aguja gruesa (*trucut*) como primera opción. Biopsia incisional en caso de falla de la biopsia con *trucut*. Biopsia excisional puede utilizarse en caso de tumores pequeños y superficiales que no comprometan compartimientos vecinos.

Después del diagnóstico histopatológico y de inmunohistoquímica son necesarios los estudios de extensión:

RX simple de extremidades para descartar el origen o compromiso óseo.

TAC de tórax por ser el sitio más frecuente de metástasis.

RMN en tumores de las extremidades.

TAC abdomino-pélvico en caso de tumores intra-abdominales.

Gammagrama óseo en caso de sospecha de compromiso óseo.

Punción de médula ósea en caso de rhabdomiocarcinoma.

TRATAMIENTO

Discusión del caso por el equipo multidisciplinario.

El tratamiento dependerá del tamaño del tumor, localización, grado histológico, extensión a estructuras vecinas, resecabilidad o no. Cirugía con márgenes oncológicos libres (cirugía preservadora o amputación)

Quimioterapia pre o posoperatoria dependiendo del tipo histológico, grado de malignidad, resecabilidad y márgenes quirúrgicos.

Radioterapia pre o posoperatoria para el control local de la enfermedad.

Presentación de casos clínicos.

TUMORES MALIGNOS DE LA ESFERA OTORRINOLARINGOLÓGICA. ANATOMÍA PATOLÓGICA. CLASIFICACIÓN

DR. EDWIN ROSS

VENEZUELA

La patología tumoral pediátrica en el área otorrinolaringológica incluye a aquellas neoplasias localizadas en la cavidad nasal, senos paranasales, boca, faringe, laringe y el oído. En Venezuela no existen estadísticas a nivel nacional que informen la prevalencia de la enfermedad. Para tener una aproximación de la patología más frecuente en esa localización en nuestro medio se revisaron los archivos del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital "JM de los Ríos" en Caracas, que comprendió el período de seis años (entre 2008 y 2013) y se incluyeron en el estudio las biopsias que llegaron al servicio procedentes de la consulta externa y del área de quirófano de los servicios de ORL y cirugía plástica de nuestra institución.

La patología más frecuente tanto congénita, inflamatoria y neoplásica según su localización fue la cavidad bucal y faringe (36 %), seguido por el oído (25 %), cavidad nasal y senos paranasales (24 %), y la laringe (15 %).

Clasificación anatomopatológica general de los tumores malignos en la esfera otorrinolaringológica en la niñez:

1. NEOPLASIAS EPITELIALES

A. ORIGINADOS A PARTIR DEL EPITELIO ESCAMOSO

Carcinomas indiferenciados de la nasofaringe y carcinoma NUT de la línea media.

B. ORIGINADAS A PARTIR DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES

Carcinoma mucoepidermoide

C. ADENOCARCINOMAS DIFERENTES A LOS DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES

Adenocarcinoma no intestinal de alto grado

2. NEOPLASIAS DE ORIGEN NEURAL, NEUROECTODÉRMICO Y NEUROENDOCRINO

Tumor neuroectodérmico melanótico de la infancia

PNET/Sarcoma de Ewing

3. ORIGEN A PARTIR DE CÉLULAS GERMINALES

Tumor del seno endodérmico

4. NEOPLASIAS DE ORIGEN HEMATOPOYÉTICO Y LINFOIDE

Linfoma linfoblástico T o B

Linfoma de Burkitt.

Linfoma folicular variante pediátrico.

Linfoma de Hodgkin

Histiocitosis de células de Langerhans.

5. NEOPLASIAS CON ORIGEN EN TEJIDOS BLANDOS

Fibrosarcoma (variante infantil)

Rabdomiosarcoma (embrionario y alveolar).

6. ORIGEN EN TEJIDO ÓSEO Y CARTILAGINOSO

Condrosarcoma mesenquimático

7. NEOPLASIAS OIDO MEDIO Y HUESO TEMPORAL

Rabdomiosarcoma

Histiocitosis de células de Langerhans.

LO MÁS RELEVANTE DE ASCO 2014 (CÁNCER DE MAMA)

DRA. MILAGROS GUTIÉRREZ

VENEZUELA

RANDOMIZED COMPARISON OF ADJUVANT AROMATASE INHIBITOR (AI) EXEMESTANE (E) PLUS OVARIAN FUNCTION SUPPRESSION (OFS) VS. TAMOXIFEN (T) PLUS OFS IN PREMENOPAUSAL WOMEN WITH HORMONE RECEPTOR-POSITIVE (HR+) EARLY BREAST CANCER (BC): JOINT ANALYSIS OF IBCSG TEXT AND SOFT TRIALS (ABSTRACT LBA1)

En el protocolo *TEXT* se enrolaron 2 672 pacientes premenopáusicas desde noviembre de 2003 hasta abril de 2011, comparando ambos protocolos; en el protocolo *TEXT* (*TamoxifenExamestaneTrial*) y en el *SOFT* fueron aleatorizadas todas aquellas pacientes dentro de las 12 semanas posteriores a la cirugía siendo aleatorizadas a 5 años con examestano y supresión de la función ovárica (OFS) o tamoxifeno y OFS, la realización de quimioterapia era opcional y debía ser concurrente con la OFS, a su vez fueron incluidas dentro del *SOFT* 3.066 pacientes, premenopáusicas, con RH positivos y estadios tempranos de la mama, siendo asignadas a 5 años de examestano más OFS, 5 años de tamoxifeno más OFS, o tamoxifeno como monoterapia siendo incluidas dentro de las 12 semanas luego de la cirugía, pero también se consideraron aquellas pacientes que realizaron neoadyuvancia o adyuvancia y que completaron la QT < 8 meses, con estatus hormonal demostrado.

La función ovárica fue suprimida a través de tres vías diferentes

- a. Triptorelin por el lapso de 5 años.
- b. Ooforectomía

- c. Irradiación ovárica
- d. Ambos tratamientos luego de 6 meses de recibir triptorelin, en el *TEXT* y por elección de la paciente en el *SOFT*.

El *end point* primario para ambos protocolos era

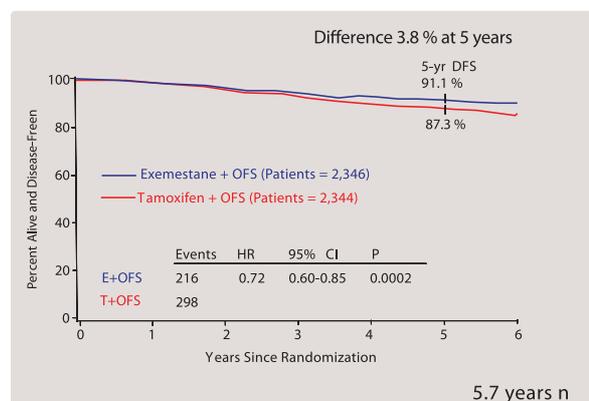
1. Sobrevida libre de enfermedad (DFS)

El *end point* secundario

1. Intervalo libre de recaída de cáncer de la mama (*BCFI*)
2. Intervalo libre de recaída a distancia (*DRFI*)
3. Sobrevida Global (*OS*)

Con un seguimiento medio de 5,7 años la *DFS* fue de 91,1 % para el grupo de examestano con OFS y de 87,3 % para el grupo de tamoxifeno más OFS.

El HR (*Hazard ratio*) fue de 0,72 (95 % CI 0,60-0,86), con una P=0,0002. El *Forestplot* muestra un beneficio en todos los grupos independiente de la realización de QT o del compromiso axilar.



Intervalo libre de Ca de la mama a los 5 años	Intervalo libre de recaída a distancia a los 5 años
TEXT SOFT 5,5 % 3,9 %	TEXT SOFT 2,6 % 3,4 %



En el protocolo *TEXT*, el grupo que recibió examestano más *OFS* tuvo una *DFS* de 97,6 % en cambio en el grupo de tamoxifeno más *OFS*, la *DFS* fue de 94,6 % (*HR* 0,41).

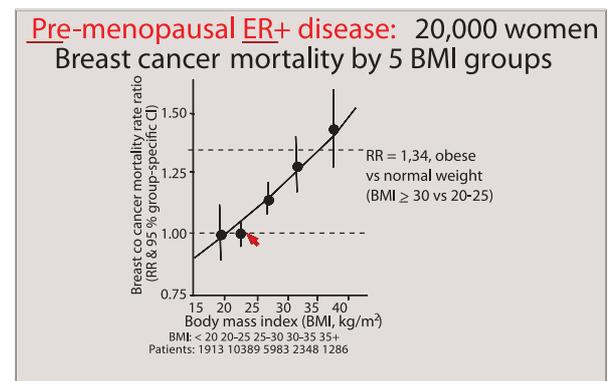
En el protocolo *SOFT* las cifras fueron muy semejantes mostrando una *DFS* a los 5 años de 97,5 % en el grupo de examestano más *OFS* y de 94,8 % en el grupo de tamoxifeno más *OFS*. (*HR* 0,53).

A su vez se observó que la combinación de examestano más *OFS* resultó ser más efectiva que la de tamoxifeno más *OFS* en aquellas pacientes que recibieron quimioterapia

De acuerdo a lo anteriormente referido por la Dra. Pagani O, las conclusiones del trabajo muestran que la combinación de examestano con *OFS* resulta una nueva opción de tratamiento para las pacientes premenopáusicas con cáncer de la mama con RH positivas y que dentro de este grupo de pacientes algunas mujeres presentan un excelente pronóstico, con terapia endócrina solamente, siendo altamente efectiva.

EFFECT OF OBESITY IN PREMENOPAUSAL ER+ EARLY BREAST CANCER: EBCTCG DATA ON 80 000 PATIENTS IN 70 TRIALS. ABSTRACT 503.

En este estudio se enrolaron a aquellas mujeres obesas, que presentaron un índice de masa corporal (IMC) $>/ 30 \text{ kg/m}^2$, con carcinoma de mama en estadios tempranos, receptores hormonales positivos, pre, pos y peri menopáusicas y se determinó la edad, el tratamiento, la recurrencia y la muerte. Se revisaron 70 estudios con un número de 80 000 pacientes, con una media de seguimiento de 8 años. Un total de 20 000 mujeres con RH negativo no tuvieron relación con el peso. 60 000 pacientes con RH +, el IMC fue predominantemente asociado a la mortalidad en pre/peri y posmenopáusicas $P < 0,00001$. Aunque el ajuste en las características del tumor (diámetro del tumor) y estado ganglionar solo 20 000 pacientes pre y peri menopáusicas RH + obesas incrementó la mortalidad. La obesidad es un factor relevante a alrededor de los 55 años



CONCLUSIONES: En las mujeres con cáncer de mama estadio temprano, la obesidad

es un factor independiente, relacionado con aumento de la mortalidad en mujeres pre y peri menopáusicas con receptores hormonales positivos.

ABSTRACT 500. EL ESTUDIO G510. AÑADIR BEVACIZUMAB AL RÉGIMEN ADYUVANTE DEL CÁNCER DE MAMA HER2NEU NEGATIVO, CON ANTRACICLINAS Y TAXANOS NO MEJORÓ LA SOBREVIDA LIBRE DE ENFERMEDAD NI LA SOBREVIDA GLOBAL.

Abstract 507 AVATAXHER. Añadir bevacizumab a la terapia neoadyuvante en cáncer de mama Her2Neu+ a trastuzumab más docetaxel. La tasa de respuesta es aproximadamente 50 %. Aquí se estudiaron pacientes mayores de 18 años, con cáncer de mama estadios T2-T3, N0/n1 Her 2+. Recibieron 2-3 ciclos de trastuzumab (T): 8 mg/kg, luego 6 mg/kg y docetaxel (D)= 100 mg/m². FDG tumoral uptakes (ASUV) después de un ciclo de T+D. Aquellas pacientes son

>= a 70% ASUV en PET entre 1 y 2 ciclos, recibieron 4 ciclos adicionales de T+D y 1 ciclo de trastuzumab y luego cirugía. (Brazo control). Aquellos con ASUV <70 % fueron aleatorizados a 2:1 por 4 ciclos. **Grupo A:** T+D+B (bevacizumab): 15 mg/kg y **Grupo B:** T+D y 1 ciclo de T. Posteriormente al tratamiento endovenoso se les realizó la cirugía. El objetivo principal fue la respuesta completa patológica (pCR). **RESULTADOS:** 152 pacientes fueron reclutados en 26 centros. 37/69 (53,6 %) alcanzaron respuesta completa patológica en el grupo control, 21/48 (43,8 %) en el Grupo A y 6/25 (24 %) en el Grupo B. **CONCLUSIONES:** Añadir bevacizumab a la terapia neoadyuvante T+D en aquellos tumores con baja probabilidad de pCR precedida por PET (ASUV), aumentó la tasa de respuesta de 24 % a 42,5 %. PET ASUV, para pacientes seleccionados con tumores poco respondedores puede ser útil para optimizar la quimioterapia neoadyuvante en pacientes con cáncer de mama Her2Neu+.

NUESTROS EXPRESIDENTES

Al cumplir la SVO sesenta años, solicitamos a nuestros Expresidentes, nos escribiesen sobre su período de gestión y como ven el futuro de la Sociedad, algunos de ellos amablemente nos dieron su opinión.

SOCIEDAD VENEZOLANA DE ONCOLOGÍA. RECUERDOS, PROGRESO Y FUTURO

FRANCISCO ARCIA ROMERO (1996-1998)

Deseo iniciar este artículo con mi palabra de agradecimiento a quienes me escribieron una carta solicitando mi colaboración para este libro con motivo de cumplirse 60 años de la fundación de nuestra Sociedad, las Dras. Loretta Di Giampietro, Presidente de la Sociedad Venezolana de Oncología e Ingrid Nass de Ledo, Editora de la Revista Venezolana de Oncología, esto constituye una distinción por haberme incluido como ex-Presidente y también un importante compromiso.

La Sociedad Venezolana de Oncología fue fundada el 8 de abril de 1954 como Sociedad de índole científica y en sus estatutos Artículo 3 dice “La finalidad principal de la Sociedad es la de auspiciar y apoyar todo aquello que conduzca al progreso de la oncología, así como fomentar el intercambio científico entre sus miembros y otras sociedades”.

La Sociedad ha tenido presencia nacional por el trabajo de oncólogos en todo su territorio, a través de los Capítulos que comenzaron a fundarse en 1964: Capítulo de Oriente, Capítulo Central (Carabobo y Aragua), Capítulo Centro-Occidental (Lara, Portuguesa y Barinas), Capítulo Andino y Capítulo Occidental (Zulia y Falcón), cuyas Juntas Directivas están integradas por oncólogos que son líderes regionales.

Su carácter multidisciplinario se ha mantenido por tener múltiples Secciones de Especialidades: La Sección de Oncología Médica, la Sección de Cabeza y Cuello, la Sección de Oncología Pediátrica, y la Sección de Ginecología Oncológica, las cuales participan activamente en la organización de Jornadas, colaboran en la elaboración de los programas de los Congresos Venezolanos de Oncología y asesoran a la Junta Directiva cuando se plantean problemas que se consideren de su competencia. En los últimos años se creó la Sección de Enfermería Oncológica con el objetivo de tener una plataforma para que se desarrollen en ética y científicamente como especialistas quienes se dedican a esta delicada área laboral.

Recuerdo haber participado por primera vez en una actividad de la Sociedad Venezolana de Oncología, en 1971, en el Primer Congreso Venezolano de Oncología, celebrado en conjunto con el V Congreso Latinoamericano de Cancerología y III Congreso Latinoamericano de Quimioterapia Antineoplásica, en el Hotel

Caracas Hilton, cuando presenté el trabajo libre: cáncer de mama en el Hospital Universitario de Caracas.

En 1985 fui uno de los integrantes del Comité Científico del II Congreso Venezolano de Oncología, celebrado 14 años después del primero, cuya organización se hizo en la residencia familiar de su Presidente Francisco Aguilera García. A partir de esa época los Congresos se hicieron regulares, celebrándose cada dos años.

Como Tesorero formé parte de la Junta Directiva del período 1994-1996, presidida por el Dr. Raúl Vera Vera, que culminó con el VII Congreso Venezolano de Oncología, celebrado en Octubre 1996 en el Hotel Macuto Sheraton, en Caraballeda.

En el período 1996-1998 fui Presidente de una Junta Directiva integrada por un excelente equipo humano que siguió dirigiendo la Sociedad por muchos años: Vice-presidente: Dra. Priscila Palacios, (Presidente de 1998-2000, fue la primera mujer que ocupó esa posición), Secretario: Dr. Joaquín Lugo, (Presidente de 2002 a 2004), Sub-secretario: Dr. Jose Francisco Mata, (Presidente de 2008 a 2010), Tesorero: Dr. Dakfo Woo, (Presidente de 2000 a 2002), Bibliotecario: Dra. Ana Castañeda de Arcia, Vocal: Dra. Maruja Clavier

La Educación Médica Continua la llevamos a cabo con un programa que recibió el nombre genérico de "Oncología hoy" que efectuó cursos en Barinas, Puerto La Cruz, Porlamar, Maracaibo y Caracas. Un curso en conjunto con la Sociedad Venezolana de Coloproctología y un curso en conjunto con el Instituto Oncológico "Dr. Luis Razetti" que se denominó: Oncología 97.

En este período se inició la página Web (en 1997), siendo la primera sociedad científica en el país que se ubica en este tan importante medio de comunicación.

Logramos regularizar la actividad conjunta con dos instituciones hospitalarias norteamericanas para traer sus docentes a nuestro país: El

Memorial Sloan Katering Cancer Center, de Nueva York, a través del Dr. Rafael Barrera, quien fue el intermediario para comunicarnos con los conferencistas que trajimos de esa Institución. Y el *MDAnderson Cancer Center* de la Universidad de Texas, a través de Wendeline Jongenburger, Directora de Programas Internacionales, con quien le dimos carácter internacional a los cursos "Oncología hoy", además de la participación en Congresos Venezolanos de Oncología.

En octubre de 1998 se celebró en el Hotel Mare-Mares de Puerto La Cruz el VIII Congreso Venezolano de Oncología, que constituyó para ese momento una actualización en casi todas las subespecialidades conexas con la oncología.

En los últimos años el progreso científico ha sido muy importante, solo mencionaré muy pocos referentes a la oncología.

El 26 de junio del año 2000 le fue anunciado a la humanidad el mapa genético del ser humano, conocido como el genoma humano; producto del trabajo conjunto de centros de investigación de Estados Unidos, Gran Bretaña, Canadá, Nueva Zelanda y España.

El genoma humano viene a presentarnos la secuencia de los aminoácidos que estructuran el ADN de cada uno de los seres humanos.

Estudios genómicos que identifican una mutación somática se aplican en el análisis de tumores de distintos órganos del cuerpo humano.

Los estudios de biología molecular y genética del cáncer se han consolidado y posicionado, haciéndose cada vez más comunes y asequibles para los pacientes. Las plataformas genómicas tales como *Oncotype*, *MammaPrint*, *Blueprint* y otras son utilizadas comúnmente para seleccionar a los pacientes según su riesgo de recidiva en cáncer de mama y colon, evitando tratamientos inútiles y disminuyendo los costos financieros, físicos y psicológicos de la quimioterapia en los casos de lesiones precoces.

La resolución de los estudios de imagen ha mejorado, la mamografía digital y la tomosíntesis,

junto con la ecografía y la resonancia magnética posibilitan el diagnóstico cada vez más temprano del cáncer de la mama. La tecnología permite obtener imágenes funcionales y metabólicas. La tomografía por emisión de positrones (PET) con nuevos radiofármacos además de la Fluorodesoxi-glucosa (FDG), es una realidad que aumenta la precisión diagnóstica.

La cirugía mínimamente invasiva se ha hecho más frecuente. Los procedimientos endoscópicos tanto diagnósticos como terapéuticos han sustituido en gran parte los procedimientos tradicionales porque son más sencillos, ocasionan menos dolor, la recuperación es mucho más rápida, mejorando la calidad de vida. Disminuyen los costos y aumentan los beneficios.

La neoadyuvancia ha pasado a ser un modelo de investigación y desarrollo en el cáncer, ya no solo para enfermedad localmente avanzada, sino para enfermedad relativamente temprana. Las respuestas a los tratamientos son en general muy buenas y las tasas de respuesta patológica completa han aumentado significativamente

El cáncer, en las diversas enfermedades que incluye, sigue siendo un grave azote para la humanidad. En Venezuela tiene una marcada incidencia y es responsable de una elevada proporción de muertes cada año.

La SVO debe por sí misma, solicitando el patrocinio de la empresa privada, y gestionar ante el Ministerio del Poder Popular para la Salud, campañas para educar al público general sobre las manifestaciones clínicas tempranas de los cánceres más frecuentes y mejorar el acceso a la detección temprana del cáncer de próstata con antígeno prostático específico y tacto rectal en varones mayores de 50 años. Mamografía de pesquisa en mujeres mayores de 50 años.

Actualmente se considera que el tabaco es responsable del 30 % de las muertes por cáncer en el mundo entero. Se le ha dado una gran importancia a las campañas para eliminar la costumbre de consumir tabaco, que ha aumentado en los países en desarrollo, especialmente entre

jóvenes y mujeres.

Por fortuna ya hubo la resolución del Poder Popular para la Salud publicado en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela No. 39 627 del 2 de marzo de 2011: ambientes libres de humo de tabaco en lugares públicos y sitios de trabajo. Entre sus considerandos menciona el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el control del tabaco aprobado en el año 2005 como ley nacional, y que el humo de tabaco contiene más de 50 sustancias conocidas como cancerígenos.

Recientemente se ha planteado aumentar los impuestos al tabaco, buscando al ponerlo más costoso dificultar un poco su consumo.

Estudios de más de 30 años han concluido que el 95 % de los casos de cáncer de cuello uterino son causados por cepas del virus papiloma humano (VPH), hace mucho existe la vacuna contra este virus y la opción de proteger la población en riesgo por este medio. En el XIII Congreso Venezolano de Oncología se destacó la extrema importancia del uso de la vacuna.

Propongo, como ya lo hice en una reunión del Consejo Nacional, que la SVO propicie ante el Ministerio de Salud, un estudio de costos para la vacunación habitual de todas las niñas que cumplan 11 años, como lo hizo Argentina.

SEMBLANZA

JESÚS JOSÉ GARCÍA COLINA (1992-1994)

Nace en Santa Ana de Coro, Estado Falcón, el 25 de junio de 1946. El mayor de cuatro hermanos. Hijo del Dr. Jesús Abraham García Coello, médico pediatra; y Lilia Josefina Colina Sénior de García, ama de casa y madre ejemplar. Sus hermanos Mario José, Juan Jacobo (+) e Hildelena.

Comienza su educación primaria en el "Instituto Luis Espelozin" y la concluye en el "Colegio Salesiano Pio XII" de la ciudad de

Coro. La secundaria la cursa en el “Liceo Cecilio Acosta” de la misma ciudad, obteniendo el título de “Bachiller en Ciencias” con fecha de 26 de noviembre de 1963.

El 1° de octubre de 1963 comienza la carrera de Medicina en la Universidad del Zulia. Conoce un grupo de jóvenes provenientes del Liceo Baralt, la mayoría compañeros de carrera de Medicina, con quienes comienza una gran amistad que ha perdurado hasta el presente, son ellos entre otros: José Urdaneta, Sandra González, Tubalcáin Fuenmayor, Euménides Gómez, Daniel Paz, Jenny González y Alexis Calismán. Su gran compañero de estudios fue Ángel Fuenmayor, con quien comparte en los años de pre clínica, y en las rotaciones de las distintas pasantías clínicas.

Obtiene el título de “Médico Cirujano” el 14 de noviembre de 1969. Concluida la celebración del grado, viaja a Caracas el 15 de noviembre del mismo año, con el objeto de introducir sus credenciales para el concurso del “Internado Rotatorio de Posgrado en el Hospital Universitario de Caracas”, cuyo plazo vencía ese mismo día. Seleccionado en 5° lugar, entre los 20 internos, comienza el 15 de diciembre de 1969 por el Servicio 1 de Medicina Interna, que por ser época de vacaciones de los Médicos Residentes, le corresponderá atender durante el resto del mes de diciembre y la primera semana de enero, una sala con 15 pacientes delicados. Buen comienzo para un médico joven procedente de una ciudad de interior del país. Como si fuera poco, al amanecer de guardia de 24 horas el día 23 de diciembre, se encuentra con la noticia, de que el carro “Fiat”, regalo de sus padres al comienzo de la pasantía rural, fue robado del estacionamiento del hospital durante la noche.

El internado de posgrado funcionaba con una participación frecuente de egresados de la escuela de medicina “Dr. Luis Razetti” de la UCV, puede decirse que era como una condición de los integrantes del grupo de internos. El hecho de que un médico procedente del Zulia, estuviere en la lista de los seleccionados, llegó a provocar

comentarios de dos de los internos. Una joven exclamó al ver la lista en la cartelera: “donde está el maracuco, quiero conocerlo, pues quedó por encima de mí”. Un colega varón se le acercó y le dijo: “que hacen ustedes los médicos del interior para venir a Caracas y quitarnos los cargos”.

Concluido el internado rotatorio el viernes 14 de enero de 1972, con un descanso del fin de semana, comenzó el posgrado de cirugía general el lunes 17, en el Servicio de Cirugía 1 del Hospital Universitario de Caracas, bajo la dirección del Jefe de Servicio Dr. Augusto Diez. Como compañeros de residencia de posgrado compartió las actividades con los Doctores Nelson Dallan, Luis Betancourt, Alejandro Aspúrua, Antonio París, Ovidio de Jesús, Miguel Saade, entre otros. Concluida la actividad hospitalaria el 12 de diciembre de 1975. Obtiene el título de “Posgrado en Cirugía General” por la Universidad Central de Venezuela el 28 de mayo de 1976. Se juramenta como “Miembro Asociado” de la Sociedad Venezolana de Cirugía el 10 de abril de 1976 en la ciudad de Maracay. Posteriormente asciende a “Miembro Titular” en Barquisimeto el 27 de marzo de 1987. Es nombrado “Miembro Honorario” de la Sociedad Venezolana de Cirugía el 11 de marzo del 2008 en Caracas.

Durante el posgrado de cirugía, tuvo la oportunidad de ver a uno de los colegas Instructores de la Cátedra, examinar a un paciente con patología tiroidea. El colega en cuestión era egresado del Instituto Oncológico “Dr. Luis Razetti”. Por primera vez veía a un cirujano realizar una laringoscopia indirecta, además de un minucioso examen de cabeza y cuello. Hasta ese momento, pensaba hacer urología al terminar cirugía general, pero se inclinó por la cirugía oncológica, y como cosas del destino terminó trabajando por más de 20 años en un servicio de cabeza y cuello.

Al concluir el posgrado de cirugía general, sintió inclinación por la docencia universitaria; por eso afirmó: “en el próximo concurso de

oposición en Cirugía 1, yo participo”. Pasaron 7 largos años para que la Cátedra “A” de Cirugía del Hospital Universitario de Caracas, llamara a concurso de oposición. Concurrió como lo había anunciado, y el 25 de mayo de 1982 se realizó el concurso, aprobó el examen con 19 puntos, pero su opositor logró 19,5 puntos, y por tanto le correspondió el cargo de Instructor por concurso.

Comenzó los trámites de credenciales en el Instituto de Oncología “Dr. Luis Razetti” de la ciudad de Caracas. En el año 1975 estaba previsto el comienzo del posgrado en el mes de septiembre, por tal motivo trabajó como cirujano suplente en el Hospital “Dr. Miguel Pérez Carreño”, en el Servicio del Dr. Eucario Méndez Contreras, durante 6 meses. Una buena experiencia, sobre todo en cirugía de emergencia, que poco se hacía en el Hospital Universitario de Caracas.

Contra viento y marea, después de un concurso difícil comenzó el posgrado de cirugía oncológica el día 1 de octubre del año 1975. Trabajar en un hospital oncológico es algo maravilloso, los médicos se encariña con esa institución. A pesar de los pocos recursos, se trasmite una mística de trabajo, que lo llena todo. Eso lo saben los médicos que se han formado en instituciones como el Instituto de Oncología “Dr. Luis Razetti” al igual que los pacientes tratados en esos centros asistenciales.

Trabajar en el oncológico, por más de 28 años, le permitió aprender conductas y tratamientos, con la tutoría de profesores competentes, entre ellos cabe destacar a los Doctores Esteban Garriga Michelena, Jesús Felipe Parra, José Patiño Pompa, Francisco Aguilera, Ramón Millán, José Antonio Estévez y muchos otros. Compartió durante más de tres años con compañeros de posgrado como los Doctores: Luis José Betancourt, Luis Capote Negrín, Jesús Carrasco Presilla y Félix Miguel Lairé, cumpliendo además de la labor asistencial, las clases magistrales, los seminarios y la discusión de casos clínicos, con el polémico coordinador

de posgrado el Dr. Oscar Rodríguez Grimán, quien fuera el Padrino de la Promoción. El 15 de diciembre de 1978, egresaron del posgrado con el diploma que los acreditaba como “posgrado en Oncología”. Llegó como residente, trabajó como Médico Adjunto, y durante los últimos años estuvo encargado de la Jefatura del Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello.

Ingresa a la Sociedad Venezolana de Oncología, como “Miembro Asociado” en 1979 y asciende a “Miembro Titular” el 7 de noviembre de 1987.

El 28 de diciembre de 1978, ingresó como cirujano oncólogo a la Policlínica Santiago de León. Y comenzó su ejercicio privado en el consultorio del Dr. Francisco Arcia Romero, amigo de la familia y profesor del posgrado de cirugía general. El 21 de septiembre de 1979, forma junto con la Dra. Sarah Urdaneta Leandro y el Dr. Francisco Arcia Romero “La Unidad de Enfermedades Mamarias”, con motivo del 21 aniversario de la Policlínica Santiago de León.

El año 1983 Venezuela es nombrada sede del III Congreso Mundial de Mastología. Un grupo de cirujanos oncólogos y algunos radioterapeutas oncólogos, se reúnen para formar la Sociedad Venezolana de Mastología, para brindar una plataforma científica en las actividades del congreso mundial. El Dr. García Colina, junto con el Dr. Luis José Betancourt, es convocado como cirujanos oncólogos jóvenes a integrar el grupo de los Miembros Fundadores. La Sociedad Venezolana de Mastología (S.O.V.E.P.E.M.). La cual queda constituida el día 4 de marzo de 1983, con el discurso de inicio pronunciado por el Dr. Francisco Arcia Romero en el Auditorium del Hospital Vargas de Caracas. El Dr. García Colina fue integrante de la primera Junta Directiva, y se mantuvo en la directiva de la Sociedad, hasta ocupar el cargo de Vicepresidente en el año 1992.

En la Sociedad Venezolana de Oncología el Dr. García Colina desarrolló una amplia labor en su Junta Directiva, llegando hasta el cargo de Presidente de la Sociedad en el período 1990-

1992. Le correspondió organizar el VI Congreso Venezolano de Oncología, que se llevó a cabo en la ciudad de Barquisimeto entre el 12 y 15 de octubre de 1992.

Durante la Presidencia del Dr. Francisco Arcia Romero en la Sociedad Venezolana de Oncología (1995-1996), se crea la Sección de Cabeza y Cuello de dicha sociedad. El Dr. García Colina forma parte de la primera directiva, y con motivo de un viaje al Congreso Brasileiro de cabeza y cuello, lleva comunicaciones escritas de la Sociedad, informando a la Federación Suramericana de Sociedades de Cirugía de Cabeza y Cuello sobre la creación de la Sección. En el período 2001 al 2002, le correspondió al Dr. García Colina la Presidencia de la Federación. Como actividad científica de ese período, se celebró en Caracas el VII Simposio Internacional de Patología Quirúrgica del Tiroides, dentro de las actividades del XXVI Congreso Venezolano de Cirugía.

Su actividad Hospitalaria se desarrolló en el Instituto de Oncología "Dr. Luis Razetti" hasta diciembre de 1999, cuando decide retirarse del instituto para realizar el Doctorado. El 10 de diciembre del 2000 introduce el protocolo presentado ante la División de posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia para cumplir el requisito de Doctorado en Ciencias Médicas. Teniendo como tutor al Dr. Sergio Osorio Bozo. Inspirador y promotor en ese trabajo fue el Maestro y amigo el Dr. Esteban Garriga Michelena, el título de la tesis: "Laringectomía glótica como cirugía de rescate en el carcinoma glótico previamente tratado con radioterapia". El día 15 de febrero de 2002, recibe el título de "Doctor en Ciencias Médicas" por la Universidad del Zulia.

En el mes de junio de 2002, el posgrado Cirugía General de la Universidad Experimental Francisco de Miranda, de la ciudad de Coro, decide que las jornadas de posgrado se realicen en honor del Dr. García Colina. Una actividad de 3 días con un curso pre jornadas sobre "infecciones

quirúrgicas", un día para "patología de cabeza y cuello," y otro dedicado a "patología mamaria". Después de ese evento, se comprometió a asistir a los residentes de posgrado dos veces al mes con: clases magistrales, seminarios o consulta docente, etc. Durante más de cinco años dictó temas de oncología para residentes del posgrado de cirugía general.

Hoy día comparte su actividad profesional en Caracas entre su consultorio y la Policlínica Santiago de León; en Falcón dos veces al mes con consulta y actividad quirúrgica, en la Policlínica de Especialidades en Punto Fijo, y la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe en la ciudad de Coro.

ADOCE AÑOS DEL PRIMER CONGRESO DE ONCOLOGÍA EN CARACAS

DAKFO WOO (2000-2002).

En estos 12 años desde que se celebró el primer Congreso Venezolano de Oncología en la ciudad de Caracas y a los 60 años de nuestra Sociedad, hemos vivido los siguientes:

1. Desarrollo científicos: de la cirugía radical se ha evolucionado a una cirugía más conservadora y preservadora, la radioterapia ha avanzado a un modelo mejor enfocado al tumor con menos lesiones a tejidos normales y la quimioterapia ha progresado mucho, del uso de agentes alquilantes y anti-metabólicos al uso de terapias dirigidas, anticuerpos monoclonales y una serie de agentes nuevos, me acuerdo de la conferencia que nos dio el Dr. Stephen Caplan de McGill (Montreal, Canadá) en el Congreso de la SVO del año 2002, sobre aquel Gleeved que hoy constituye una de las terapias dirigidas que ha sido de gran utilidad en inducir una remisión completa tanto clínica como genética a nivel del cromosoma Philadelphia en leucemia mieloide crónica. Hoy disponemos otros agentes de terapias dirigidas.

2. Desarrollo tecnológicos: nos recordamos del 2002, cuando la SVO gastó alrededor de 2 millones de bolívares (de los débiles) para instalar con CANTV una antena parabólica en el Hotel Caracas Hilton para poder realizar las video-conferencias directamente con profesores del *MD Anderson* y *MSKCC*, por los conflictos políticos de ese tiempo (octubre 2002), que no podían viajar a nuestro país (con el programa científico ya listo). También nos recordamos de la teleconferencia que realizamos con el *MD Anderson* a través de una llamada por un celular con una tarjeta Telcel Plus por falla de la imagen del satélite. Mientras que ahora (2014) se pueden realizar de una forma mucho más económicas por banda ancha a través de una computadora y programas gratuitos como *Skype*. En ese tiempo la SVO inauguró la primera página Web, siendo la pionera de las sociedades científicas en Venezuela.
3. La SVO cambió su paradigma: se modificó los estatutos de la SVO y nos reorientamos a una gerencia más efectiva y nuestros fines a la EDUCACIÓN CONTINUA DE CALIDAD, en asociaciones estratégicas con instituciones, colegas nacionales e internacionales como el *MD Anderson*, el *Memorial SKCC* de Nueva York, la Escuela Europea de Oncología y muchos otros.
4. La conflictividad “política” se repite, nos recordamos de las inmensas marchas de protestas que pasaba por las avenidas próximas al Caracas Hilton que llenaba la Av. Bolívar que llamó mucho la curiosidad de nuestros invitados en el Congreso del año 2002. Seguramente la Directiva actual de la SVO tiene que afrontar con la limitación de las divisas, la dificultad de obtener los pasajes para nuestros invitados internacionales, estoy seguro que sabrá cómo afrontarlos como siempre los hemos realizados.
5. Los retos del futuro: el período de grandes avances en la oncología se ha estancado en

comparación a los anteriores años. Con los conocimientos que disponemos hoy en Venezuela con un diagnóstico temprano podemos curar cerca del 6 de 10 de pacientes, paliar cerca de un 2 y medio de ellos y consolar 1 y medio del remanente. A diferencia de los años 70 cuando perdíamos 9 de 10 pacientes.

Habría que: educar mejor a la población en prevención y diagnóstico precoz. Mejorar la atención al paciente y personalizar el tratamiento en el futuro inmediato. Considerando los siguientes:

- a. Impulsar la creación y dotación de centros oncológicos públicos de CALIDAD y recordarle al EJECUTIVO que tiene una deuda con el INSTITUTO NACIONAL DE ONCOLOGÍA. Iniciaron los trabajos y se colocó la primera piedra en el año de 1986 detrás de la Villa Panamericana en Guaremas donde se invirtió una millonada de bolívares en estructuras y *bunker* (ya construido). Es justo y es historia.
Con el crecimiento poblacional, habría que planificarse otros centros oncológicos de calidad en el resto del país. También dotar y mantener las existentes.
- b. HUMANIZAR los accesos arquitectónicos a los centros tanto públicos como privados. Hay que considerar que los pacientes están en minusvalía y débiles.
- c. HUMANIZAR la RELACIÓN MÉDICO - PACIENTE: primero considerar al enfermo como tal y dejar las posiciones DÉSPOTA de algunos de los colegas que es contraria a la ÉTICA, dejar las posiciones de intransigencia como el hecho de cumplir con ciertos protocolos de tratamiento que otros realizan y DESCONOCIENDO LA VOZ del enfermo (tener en cuenta que los protocolos son una guía de un tratamiento experimental que desconocemos el resultado final). En segundo lugar: los protocolos de hoy tienen que ser cooperativos y multicéntricos, cada día habrá menos porque ya estamos llegando casi al

cenit de los conocimientos. Poner nuestros énfasis en PERSONALIZAR los tratamientos para una MEJOR CALIDAD DE VIDA. Finalmente hay que considerar que nuevos agentes son muchísimos más costosos que terapias clásicas con resultados muy similares.

Tengo la esperanza que habrá más avances a nivel inmunológico e investigaciones a nivel de los linfocitos asesinos (*natural killer*) en el futuro como también a nivel de la genética tumoral.

Felicitaciones a todos los miembros de nuestra Sociedad por sus 60 años de fundada, hemos recorrido un gran trecho y los que nos faltan.

LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE ONCOLOGÍA

CARLOS W. MONTESINO ACOSTA
(2006-2008)

Cumplir 60 años de una institución en Venezuela es una hazaña nada frecuente y más cuando depende de la voluntad de un grupo de profesionales quienes no devengan sueldo, dividendos o beneficio económico y solo lo hacen por pasión, gusto y la responsabilidad que tenemos frente a nuestros predecesores y fundadores. Tuve el honor de haber sido electo presidente de la Junta Directiva para el período 2006-2008, en unión de un excelente equipo de trabajo, muchos de quienes aún se encuentran muy activos en la Junta Directiva actual como la Dra. Loretta Di Giamprieto, actual presidente y la Dra. Ingrid Nass editora de la Revista de la Sociedad Venezolana de Oncología entre otros.

Recibimos una Sociedad en franca expansión y modernización; el reto era al menos mantenerla pero mejorar cada día lo hecho fue nuestra meta en una Venezuela cambiante en lo político y económico. Administrativamente pasamos de tener una secretaria a tener un gerente, se mantuvieron los pasantes de la Universidad Humboldt en informática y diseño gráfico. La página Web fue rediseñada y actualizada por

el Dr. Carlos Pacheco y toda la información de los miembros de la Sociedad fue digitalizada. Muchos de estos logros ya venían pensándose desde directivas anteriores y se propuso darle continuidad. En este aspecto es muy importante recalcar algunas de las características que tiene nuestra SVO: continuidad y constancia de lo hecho bien e innovación y progreso con visión de futuro. Cada Junta Directiva así lo ha entendido y cumplido trayendo como resultado una continua evolución y progreso a lo largo de estos sesenta años.

Otro de los aspectos a resaltar ha sido la presencia y apoyo de la Fundación Badán. Durante la gestión que me tocó presidir, siempre contamos con el apoyo del Dr. Eduardo Undreiner no solo como Presidente de dicha Fundación sino como un colaborador incondicional a la hora de solicitar un consejo en el área de gerencia y relación con la industria farmacéutica. La Fundación Badan merece un espacio muy importante en el corazón de la SVO; es ese amigo o amiga entrañable que todos tenemos en la vida.

Tratando de ver a futuro, se creó la Fundación de la SVO con la finalidad de darle un soporte jurídico y fiscal a una serie de actividades; se independizaron las finanzas de la Revista de la SVO y de la página Web para otorgarle una base de crecimiento dentro de la organización. Se mantuvo y amplió los títulos existentes en la biblioteca virtual (libros en CD oncológicos) ya inaugurados por Juntas Directivas anteriores.

Las actividades científicas constituyen junto con las finanzas bases fundamentales para otorgarle a la SVO su prestigio e independencia. Las actividades de las Secciones y Capítulos contribuyen a que cada gestión sea más exitosa y provechosa. En mi particular caso y sin hacer menos de las demás, debo mencionar a la Sección de Oncología Médica con la Dra. Patricia Núñez al frente y a la Seccional Centro-Occidental (Lara) con el Dr. Gerardo Barreto como Presidente con quienes me tocó compartir numerosas actividades científicas muy exitosas.

La organización del Congreso de la SVO, quizás la actividad más importante de cada Junta Directiva, no está exento de anécdotas, aciertos, errores pero al final la Sociedad siempre ha salido triunfante. Una excelente relación con la industria farmacéutica donde la meta es el “ganar-ganar”, el aporte de la comisión científica en ese período encabezada por el Dr. Dimas Hernández y el resto del equipo permitió a la institución salir airoso una vez más de tan magno compromiso. Al final no es la labor de un Presidente o de una Junta Directiva; es la conjunción de voluntades de todos los miembros de la SVO lo que la lleva al éxito sostenido en el tiempo.

Como experiencia personal, hasta ahora he sido el único presidente de la SVO del llamado “interior del país”, fueron innumerables viajes durante años porque anteriormente había estado en cargos de la Junta Directiva durante 6 años. Por suerte sin lamentar accidente alguno, gracias a Dios; creo que hoy en día me sería imposible cumplir como se hizo durante años; Venezuela ha cambiado.

La Sociedad Venezolana de Oncología en sus 60 años representa una referencia clara de lo que significa la excelencia; lo mejor que cada uno de nosotros en el área de la oncología es capaz de aportar. Somos un ejemplo de lo que debe ser una democracia: 60 años con elecciones limpias, donde la pluralidad del pensamiento ha sido respetada, de progreso científico y forjadora de lazos de amistad. A diferencia de otras sociedades científicas donde médicos con la misma especialidad se reúnen para formar una Sociedad, la SVO reúne a médicos de diferentes especialidades que tenemos en común, tratar a una misma enfermedad: cáncer... de allí quizás nuestra riqueza como es el respeto y admiración hacia nuestra cada vez más joven sexagenaria institución.

Hacia dónde vamos como sociedad oncológica en los próximos años? Estoy seguro que las nuevas generaciones de miembros de la SVO tienen suficiente talento para que nosotros

quienes cumplimos con la responsabilidad de conducir los destinos de nuestra institución por un breve lapso, estemos tranquilos y orgullosos; nos queda por el momento, entender el pasado, estudiar el presente y soñar con el futuro de la Sociedad Venezolana de Oncología.

LA SOCIEDAD SESENTA AÑOS

JOSÉ FRANCISCO MATA (2008-2010).

En el mes de abril del año en curso, la Sociedad Venezolana de Oncología cumplió 60 años de fundada, con una reconocida y exitosa trayectoria, gracias a la destacada labor de quienes la han dirigido, superando innumerables y cada vez mayores dificultades y limitaciones. Sus principales esfuerzos han estado dirigidos fundamentalmente a las actividades de índole científico, como son: la organización de cursos, jornadas, reuniones de consenso y el congreso nacional de oncología, con el cual cierra cada período bianual, con la participación de destacados especialistas nacionales e internacionales. Otros grandes logros de la Sociedad son, la calidad y divulgación de nuestra revista y la creación y sostenimiento de la página Web.

En el período 2008-2010, luego de desempeñar durante ocho años, distintos cargos en la Junta Directiva de la Sociedad, tuve la oportunidad y responsabilidad de ejercer la presidencia, con el apoyo y trabajo de los demás miembros de la directiva, la Dra. Ingrid Nass de Ledo, la Dra. Loretta Di Giampietro, la Dra. Urmila Dos Ramos, el Dr. Álvaro Gómez y el Dr. Gustavo Gotera. Durante esos dos años, se realizaron distintos eventos, entre los cuales caben destacar, las reuniones de consenso sobre cáncer de cuello uterino y cáncer de laringe, cuatro cursos en la ciudad de Caracas, uno en Valencia y otro en Maracaibo, dos reuniones sobre Lo Mejor de ASCO, tres reuniones del consejo nacional y finalmente culmina el período con el XIV Congreso venezolano de Oncología, celebrado

en las instalaciones del *World Trade Center* en la ciudad de Valencia, del 10 al 13 de noviembre de 2010, con la asistencia de 30 invitados internacionales y más de 600 participantes. Se crearon dos nuevos premios para los trabajos libres, el premio “Dr. Esteban Garriga Michelena” para el mejor trabajo libre sobre cabeza y cuello y el premio “Dr. Fernando Rodríguez Montalvo” para el mejor trabajo libre sobre vías digestivas. Durante esta gestión se logró la inclusión de la sección de cabeza y cuello de la sociedad como miembro de la IFHNOS (*International Federation of Head and Neck Oncologic Societies*). En ese período la Junta Directiva de la Sociedad fijó posición ante la opinión pública por las informaciones y expectativas emitidas por la prensa sobre el “descubrimiento de una vacuna contra el cáncer”, liderizada por el científico venezolano, hoy fallecido, Dr. Jacinto Convit, haciendo las consideraciones y recomendaciones correspondientes.

Creo conveniente y oportuno mencionar, que podemos estar a la altura de los conocimientos científicos de países desarrollados o tener acceso a la información de publicación más reciente y disponer de algunos pocos centros con tecnología avanzada, sin embargo, carecemos de los recursos necesarios para prestar la atención oncológica que nuestros pacientes requieren y merecen, especialmente en la población más necesitada. El cáncer de cuello uterino y el cáncer de mama siguen siendo las principales causas de muerte de nuestras mujeres debido a una deficiente política de prevención y diagnóstico precoz. La vacuna contra el VPH aún (agosto 2014) no ha sido aprobada por las autoridades sanitarias. La gran mayoría de los pacientes con cáncer, llegan a nuestros hospitales en estadios avanzados de la enfermedad. El tratamiento, lamentablemente, no se cumple en forma adecuada y oportuna por insuficiencia de centros oncológicos debidamente dotados de equipos, insumos y recurso humano. A esto se suma la migración a otros países de capital humano capacitado.

Es necesario, unir esfuerzos con las instituciones gubernamentales y demás entes relacionados con la prestación de salud, para mejorar la asistencia al paciente con cáncer y crear eficientes programas de prevención y diagnóstico precoz. Una política de salud que incluya programas eficientes de prevención, pesquisa y diagnóstico precoz y el equipamiento y dotación de los hospitales oncológicos existentes, la construcción del centro nacional del cáncer y nuevos centros oncológicos.

Finalmente, quiero agradecer la oportunidad y la confianza por haberme permitido la oportunidad para haber dirigido la Sociedad durante esos dos años, junto a los demás miembros de la Junta Directiva, personas calificadas, con trayectoria y sobre todo, con vocación de servicio. Deseo éxito en su gestión a la próxima Junta Directiva.

LOS SESENTA AÑOS DE LA SOCIEDAD

INGRID NASS DE LEDO (2010-2012).

Trabajar para y por la Sociedad Venezolana de Oncología, siempre ha sido un gran honor y una responsabilidad. Comenzamos casi siempre recién graduados del posgrado y nos motivamos a solicitar nuestra incorporación como Miembro Asociado, en el transcurrir del tiempo y habiendo participado en casi todas sus actividades de educación médica continua, y cumpliendo con sus estatutos y reglamentos ascendemos a Miembro Titular.

Pertenecer a su Junta Directiva es voluntario y por decisión de la Asamblea de la Sociedad, requiere de trabajo y mística; me correspondió presidir la Sociedad en un período difícil políticamente y de conflicto social en el que lamentablemente sigue nuestro país, este período fue más corto que lo tradicional, por ello, que tuvimos que adelantar nuestro máximo evento al mes de julio, por las elecciones presidenciales de octubre, mes en el que clásicamente se celebra nuestro Congreso, sin embargo, a pesar de todo

los obstáculos logramos realizar primero las Jornadas de Actualización de la Sociedad, y luego Lo Más Relevante de ASCO 2011 con una excelente asistencia. El XV Congreso Venezolano de Oncología se realizó en Caracas contó con más de 35 invitados internacionales de prestigio, más de 70 trabajos libres presentados e incorporación del Curso de Oncología Básica para estudiantes de Medicina, el cual nos permitió acercarnos a los representantes del futuro de la Sociedad, nuestra generación de relevo. Lo Más Relevante de ASCO, se realizó por primera vez dentro del marco del Congreso y fue con invitados internacionales; dividimos el programa científico por bloques de especialidades logrando equilibrar la participación de todos, dentro de un ambiente científico de calidad y con un programa social agradable el Congreso culminó con éxito y en paz. El apoyo y trabajo constante del equipo conformado por los Dres. Álvaro Gómez, María T Coutinho, Gustavo Gotera, Carmen Umbría, Loretta Di Giampietro, Gonzalo Barrios, sin olvidar a nuestro asistente administrativo Ing. Andrés Carmona hizo posible el éxito de todas las actividades que desarrollamos.

Nuestro órgano divulgativo oficial: la Revista Venezolana de Oncología pasó por los momentos a digital, manteniéndose indizada y al día, tarea ardua en los tiempos de escasez de insumos de impresión que vivimos, respondemos así a todos nuestros lectores y colaboradores que siguen confiando y enviando sus manuscritos a la Revista. La página Web se actualizó tecnológicamente haciéndola así, más amigable y funcional para nuestros Miembros, además la Sociedad incrementó su presencia en las Redes Sociales.

¿Que nos espera en los próximos sesenta años? Pregunta difícil y reflexiva, debemos continuar con las enseñanzas de nuestros maestros, respetar los estatutos y reglamentos, transmitir según el precepto Hipocrático “los conocimientos adquiridos, y la experiencia acumulada”, y aprender como lo hemos hecho en estos años a sortear las dificultades y seguir siendo una Sociedad unida, progresista y con la visión de futuro y mística de trabajo que ha caracterizado a todas las Juntas Directivas que la han presidido y a las que en un futuro vendrán.

RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES

DÍA MARTES: 07 DE OCTUBRE

HORA: 02:00 PM LUGAR: SALÓN ZÁFIRO

TRABAJOS DEL 1 AL 12

PRESIDENTE: DRA. PRISCILLA PALACIOS

SECRETARIA: DRA. MILKA GONZÁLEZ

COMENTARISTA: DRA. ELIZABETH GONZÁLEZ A

1. MANEJO DE LESIONES INTRACRANEALES CON RADIOCIRUGÍA ESTEREOTÁXICA CON LINAC EN EL CENTRO MÉDICO DE CARACAS.

YVONNE MEDINA G, FEDERICO AMAYA N, JAIME KRIVOY A, MAURICIO KRIVOY A, ERNESTO WYDH G.

DEPARTAMENTOS DE RADIOTERAPIA, NEUROCIRUGÍA Y FÍSICA MÉDICA, CENTRO MÉDICO DE CARACAS.

La radiocirugía estereotáxica consiste en la liberación de una dosis única y alta de radiación ionizante a una lesión intracraneal, pequeña bien definida por estereotaxia. **OBJETIVO:** Del presente trabajo es exponer las consideraciones técnicas y reportar los márgenes de dosis prescritas. **MÉTODO:** Fueron tratados 113 pacientes mediante radiocirugía estereotáxica con LINAC. Treinta y siete casos de meningioma, 15 metástasis, 12 neurinoma del acústico, 12 malformaciones arteriovenosas, 12 gliomas, 9 angiomas cavernosos, 6 adenomas hipofisarios, 5 neuralgias del trigémino, 1 craneofaringioma, 1 schwannoma, 1 hemangioma, 1 papiloma del IV ventrículo, y un ependimoma. Las dosis de radiación utilizadas variaron en cada caso. Variables estudiadas: dosis a la lesión, número de isocentros, número de lesiones y tamaño de la lesión. **RESULTADOS:** A mayor tamaño

de la lesión mayor número de isocentros. **CONCLUSIÓN:** La radiocirugía es un procedimiento seguro y confiable para el manejo de lesiones intracraneales benignas y malignas.

2. RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA (INTRABEAM) EXPERIENCIA DE LA UNIDAD DE MASTOLOGÍA DE LA CLÍNICA LEOPOLDO AGUERREVERE

GERARDO HERNÁNDEZ M, RICARDO PAREDES H, ALECIACOSSON, CLAUDIA GONZÁLEZ C, JUAN HERNÁNDEZ R, IVO RODRÍGUEZ

UNIDAD DE MASTOLOGÍA DE LA CLÍNICA LEOPOLDO AGUERREVERE.

OBJETIVO: La radioterapia externa (EBRT) ha sido un pilar fundamental en el tratamiento del cáncer de mama. La radioterapia parcial a la mama y la radioterapia intra-operatoria han creado modificaciones al tratamiento permitiendo en la actualidad irradiar la mama en el mismo acto operatorio. **MÉTODO:** En la Unidad de Mastología de la Clínica Leopoldo Aguerrevere hemos utilizado el dispositivo *INTRABEAM* (Carl Zeiss Surgical Oberkochen, Alemania®), para irradiar 74 pacientes, 44 de ellos como tratamiento único y 30 como refuerzo o *boost*. Todos los pacientes irradiados en el mismo acto operatorio con un mismo protocolo de trabajo. **RESULTADOS:** El procedimiento ha sido bien tolerado, con solamente un 17 % de los casos con fibrosis pasajera y en el 12 % ceroma. No hubo complicaciones mayores como dehiscencia de la herida o necrosis de los bordes. **CONCLUSIÓN:** En esta presentación preliminar queremos demostrar que la radioterapia intra-operatoria en una técnica segura y que es posible realizarla en nuestras unidades de mastología en pacientes

seleccionados con ventajas evidentes en comodidad para la paciente, ahorro de tiempo, dinero y con una efectividad comparable a la radioterapia externa.

3. TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ADENOCARCINOMA DE PULMÓN PORTADORES DE LA MUTACIÓN DEL EGFR. EXPERIENCIA VENEZUELA.

GEORGE OBLITAS, JEAN BUSTAMANTE, MARÍA FUENTES, CRISTINA GARCÍA.

INSTITUTO ONCOLÓGICO "DR. LUIS RAZETTI". CARACAS, VENEZUELA.

El cáncer de pulmón representa la primera causa de muerte por cáncer en el mundo. Se conoce que la determinación de la mutación del EGFR permite emplear terapia dirigida con inhibidores de la enzima tirosina quinasa. Se realizó un estudio observacional de tipo analítico descriptivo con una población total de 296 pacientes con adenocarcinoma de pulmón a quienes se le realizó la determinación de la mutación del EGFR, obteniendo un total de 36 pacientes portadores de la mutación en Venezuela. La tasa de mutación representó el 12 %. El tipo más común de mutación se encuentra en el exón 21, seguido por el exón 19. Del total de pacientes 31 recibieron tratamiento de primera línea con quimioterapia y 5 con inhibidores de tirosina quinasa. La mediana de la supervivencia libre de progresión en pacientes que recibieron inhibidores de la tirosina quinasa fue de 10 meses y para los que recibieron la quimioterapia fue de 6 meses. Estos resultados fueron estadísticamente significativos ($P=0,03$). En cuanto a la supervivencia global, no se encontró significancia estadística, probablemente debido al sobre-cruzamiento del tratamiento. El beneficio clínico evidenciado en pacientes venezolanos que recibieron inhibidores de tirosina quinasa en primera línea fue superior a los que recibieron quimioterapia. Por lo que se concluye que la terapia con inhibidores de

la tirosina quinasa deben ser utilizados como primera línea de tratamiento en pacientes con adenocarcinoma de pulmón portadores de la mutación del EGFR o durante el curso de su enfermedad.

4. EXPERIENCIA EN TUMOR DE WILMS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS. JULIO 2006 A JULIO 2014

DANIELA ÁNGEL, LINA AGUILERA, DANIELA ISERNIA, THAIS REBOLLEDO, LIXMAR AGUILAR, DORIS MILLÁN.

CÁTEDRA DE RADIOTERAPIA Y MEDICINA NUCLEAR. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS. UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.

El tumor de Wilm's es la neoplasia renal más frecuente en edad pediátrica. Se analiza la experiencia de la cátedra de Radioterapia y Medicina Nuclear, del Hospital Universitario de Caracas, en el tratamiento del tumor de Wilm's entre julio de 2006 a julio de 2014. Resultaron evaluables 6 pacientes, (edad media: 24 meses) (50 % sexo masculino, 50 % sexo femenino). Se muestra una distribución predominante entre los estadios localmente avanzados. El 50 % recibió quimioterapia neoadyuvante; el 100 % de los pacientes se les realizó la nefrectomía oncológica. Todos los pacientes presentaron histología favorable; el tratamiento con quimioterapia adyuvante fue efectivo con la excepción de dos pacientes que presentaron al diagnóstico metástasis pulmonares, sin alcanzar la respuesta completa. Todos los pacientes recibieron radioterapia posoperatoria con técnica 3D conformada, con buena respuesta y tolerancia. La media de seguimiento fue de 36 meses, con una sobrevida del 83 %.

5. CARCINOMA PRIMARIO DE TROMPA DE FALOPIO. EXPERIENCIA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA. (2004–2014).

FRANCO CALDERARO DIR, MORAIMA MÁRQUEZ,

JUAN LOBO, JEANNY JURADO.

SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO - IVSS, VENEZUELA

El carcinoma de trompa de Falopio es una patología infrecuente, estimada entre el 0,1 % y el 1,8 %, que se presenta entre la quinta y la sexta década de la vida. **OBJETIVO:** Conocer la incidencia del carcinoma de trompa de Falopio por edad, clínica, diagnóstico, estadificación, tratamiento, evolución y sobrevida. **MÉTODO:** Se realizó un estudio retrospectivo de una serie de casos, de pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología Oncológica, en la década 2004-2014. **RESULTADOS:** Se diagnosticaron 4 casos de cáncer primario de trompa de Falopio. El promedio de edad fue de 53 años, con un rango entre 47 a 60 años. Ninguna tuvo diagnóstico pre-quirúrgico, el tipo histológico predominante fue adenocarcinoma seroso papilar, al igual que el estadio III y la diseminación retroperitoneal. Solo al 50 % de las pacientes, se les realizó inmunohistoquímica, 3 de ellas fueron manejadas como cirugía de intervalo, con quimioterapia neoadyuvante tres a cuatro ciclos. Una paciente falleció por esta causa y tres se encuentran vivas con enfermedad actualmente en tratamiento con quimioterapia.

6. SARCOMAS UTERINOS. EXPERIENCIA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA. (2004-2014)

FRANCO CALDERARO DI R, MORAIMA MÁRQUEZ, JUAN LOBO, JEANNY JURADO

SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO DEL IVSS.

Los sarcomas uterinos son tumores infrecuentes, agresivos, constituyen el 1 % de las neoplasias malignas del tracto genital femenino, un 3 % de los tumores malignos uterinos, con frecuencia presentan diseminación y muerte precoz. **OBJETIVO:** Demostrar la incidencia de sarcomas uterinos, en el período 2004 - 2014. Su comportamiento clínico - patológico, tratamiento

y evolución de acuerdo a la estadificación y tipo histológico. **MÉTODO.** Estudio retrospectivo, descriptivo. **RESULTADOS.** Se evaluaron 266 casos de tumores uterinos, 13 correspondían a sarcomas uterinos, representando una incidencia de 4,8%, con una media de edad de 52,6 años. Una relación de 20,4 adenocarcinoma de endometrio por cada sarcoma uterino. El motivo de consulta fue el sangrado genital en 10 pacientes, con el 77 % y 23 % con aumento de volumen. La TAC abdomino-pélvica representó el estudio más utilizado 76,9 %. El leiomioma se observó en el 46,2 %, seguido de sarcoma del estroma endometrial con 30,8 %. El estadio I predominó con el 61,5 %. El tratamiento inicial fue quirúrgico con histerectomía total abdominal más salpingooforectomía bilateral en el 46 %. **CONCLUSIÓN:** Nuestra investigación reveló que el mayor número de defunciones ocurrió en el estadio I, se encontró menor sobrevida en aquellas pacientes con necrosis presente y mitosis entre 5 a 10 por CGA, sin embargo, los resultados no presentaron significancia estadística, se tuvo una media de seguimiento de 19,4 meses con un rango entre 2 a 60 meses.

7. INFECCIONES ASOCIADAS A CUIDADOS DE LA SALUD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CÁNCER

DIANA LÓPEZ, AURENTY L, ROSALES T, QUINES M, GUERRAJ, GONCALVES M, PÉREZ G, MORILLO L, SICILIANO L, GARCÍA J, PEREIRA A, RIVERO M
HOSPITAL "JM DE LOS RÍOS", CARACAS, VENEZUELA

OBJETIVO: Las infecciones asociadas a cuidados de la salud (IACS) constituyen un problema de salud pública. Los pacientes con enfermedades hematológicas requieren frecuentemente ingresos hospitalarios, por lo que se plantea determinar las infecciones en estos pacientes. **MÉTODO:** Estudio observacional, realizado a través de sistema de vigilancia activa, incluyó pacientes mayores de 1 mes y menores de 18 años hospitalizados con diagnóstico

de cáncer (enfermedades hematológicas y oncológicas), a los cuales se les diagnosticó IACS. **RESULTADOS:** Se registró un total de 172 IACS, que corresponden a una tasa de 12,6 % de las hospitalizaciones por cáncer, en el período estudiado; hubo un predominio de sexo masculino 61,6 %, edad promedio de 6,7 años con una DE 4,59 años; 36 % de los casos presentaban recaída de la enfermedad, con una mortalidad de 22,6 % secundario a IACS ($P=0,002$); las IACS más frecuentes fueron asociadas a catéter vascular, respiratoria baja y de sistema nervioso central asociado a sistema de derivación; los microorganismos más aislados fueron *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus coagulasa* negativo y *Escherichia coli*. **CONCLUSIÓN:** Las IACS son frecuentes en pacientes hematológicos, con mayor mortalidad en pacientes con recaída. Las IACS más predominantes fueron asociadas a catéter vascular y causadas por *Staphylococcus aureus* y *Staphylococcus coagulasa* negativo.

8. CIRUGÍA ONCOPLÁSTICA DE LA MAMA. EXPERIENCIA INICIAL EN EL CENTRO CLÍNICO DE ESTEREOTAXIA-CECLINES.

VÍCTOR ACOSTA MARIN, VÍCTOR ACOSTA-FREITES, ALBERTO CONTRERAS, RICARDO RAVELO, FUENMAYOR G, ELENA MARIN, ANA RAMIREZ, MARTHA ACOSTA-MARIN, JORGE PEREZ-FUENTES, ITALALONGO BARDI, ESTEVES H.

CENTRO CLÍNICO DE ESTEREOTAXIA-CECLINES, CARACAS, VENEZUELA.

OBJETIVO: La cirugía preservadora de mama (CP) a veces puede conducir a deformidades. La cirugía oncoplástica (COP) pretende mejorar los resultados estéticos y al mismo tiempo disminuir la tasa de complicaciones. El propósito de este estudio es dar una evaluación objetiva de la experiencia inicial con el COP, basados principalmente en los niveles de satisfacción de los pacientes y los cirujanos. **MÉTODO:** Este

estudio prospectivo se realizó en CECLINES en Caracas-Venezuela en el período enero 2011-octubre 2012, que involucró a 107 pacientes consecutivos en dos grupos: 52 pacientes - nivel II COP vs. 55 pacientes - CP "estándar" (CPE). Se evaluó el nivel de satisfacción y el resultado estético a los 6 y 12 meses después de la operación utilizando una puntuación de 1 (deficiente) a 5 (excelente). La puntuación se registró durante el seguimiento por parte del cirujano, por llamadas telefónicas y fotografías que fueron revisadas por un panel de cuatro observadores. **RESULTADOS:** La tasa de participación en la evaluación / puntuación de satisfacción estética fue del 100 % a los 6 meses y el 96,2 % a los 12 meses. El tamaño promedio del tumor fue de 23 mm (SD 13,5) grupo COP vs., grupo CPE 17,6 mm (SD 8,3) ($P = 0,017$). El peso promedio de la pieza quirúrgica fue para el grupo COP de 101 g (rango 30 g-512 g) vs., 60,4 g (rango 20 g-135 g) grupo de CPE ($P = 0,004$). Las técnicas de COP que más se realizaron fueron mamoplastia circular 40,4 % (21/52), mamoplastia vertical de 2 ramas-pedículo superior 23,1 % (12/52) y mamoplastia vertical de 1 rama 15,4 % (8/52). A 51,9 % (27/52) de los pacientes se les realizó procedimientos de simetrización, distribuidos de acuerdo con el período del estudio en: 77,2 % (17/22) en 2011, el 56,6 % (17/30) en 2012 y el 18,1 % (6/33) en 2013 (información de 2013 no está como parte de los resultados). Las complicaciones fueron 5,7 % (3/52) en el grupo de COP y del 0 % para el grupo de CPE ($P < 0,005$). La puntuación del resultado estético a los 6 meses por los pacientes en el grupo COP fue de 4,4, con una puntuación de satisfacción de 4 (bueno) y 5 (excelente) del 88,4 %. En el grupo de CPE a los 6 meses, la puntuación media por los pacientes fue 4,2 siendo las puntuaciones 4-5 83,4 % ($P = 0,644$). La puntuación por los cirujanos en el grupo COP a los 6 meses fue del 4,5 y las 4-5 representaron el 94,2 %. La puntuación promedio por el cirujano en el grupo CPE a los 6 meses fue de 4,1 con 84,5 % de las puntuaciones 4 o 5 ($P < 0,005$). La evaluación

estética final por los pacientes en el grupo de COP a los 12 meses fue de 4,5 con una satisfacción expresada en puntuaciones de 4-5 del 90,4 %. En el grupo de CPE la puntuación media final a los 12 meses por los pacientes fue 4,2, 77,5 % de las puntuaciones eran 4 o 5 ($P < 0,005$). La puntuación final por los cirujanos en el grupo COP a los 12 meses fue de 4,5, representando la puntuación 4-5 el 92,3 %. En la puntuación media final del cirujano en el grupo CPE a los 12 meses fueron 4,1, 84,5 % de las puntuaciones fueron 4 o 5 ($P < 0,005$). **CONCLUSIÓN:** La COP ofrece buenas tasas de satisfacción. La CPE cuando una COP no está indicada, genera buenos niveles de satisfacción y resultados estéticos. Por lo general, los resultados se mantienen estables después de 6 meses. El uso de la COP permite la extirpación de lesiones más grandes y piezas quirúrgicas de mayor peso. Los procedimientos de simetrización no son siempre necesarios si la asimetría es mínima, si es coherente con los deseos y expectativas del paciente y no hay deformidad. Con la selección apropiada de pacientes la tasa de complicaciones es baja para ambos grupos: COP y CP.

9. BIOPSIA DEL GANGLIO CENTINELA EN CARCINOMA DUCTAL *IN SITU*. EXPERIENCIA EN CECLINES.

VÍCTOR ACOSTA-FREITES, VÍCTOR ACOSTA-MARÍN, ANA RAMÍREZ, ELENA MARÍN, JORGE PÉREZ-FUENTES, ALBERTO CONTRERAS, RICARDO RAVELO, MARTHA ELENA ACOSTA-MARÍN, ITALA LONGOBARDI, VARGAS F

CENTRO CLÍNICO DE ESTEREOTAXIA-CECLINES, CARACAS, VENEZUELA.

Alrededor del 24 % de los pacientes con carcinoma ductal *in situ* (CDIS) de las mamas diagnosticadas con aguja de corte tendrán un componente invasor cuando la lesión es extirpada en su totalidad. Esta subestimación de infiltración es menor cuando la biopsia es realizada con una aguja de corte-vacío (ACV).

Con respecto a la utilización de la biopsia del ganglio centinela (BGC) en CDIS aún existe un amplio debate. **OBJETIVO:** El objetivo de este trabajo es evaluar nuestra experiencia en el diagnóstico del CDIS con ACV y el resultado final en la BGC. **MÉTODO:** Este estudio incluyó pacientes de la base de datos de CECLINES en Caracas-Venezuela desde 1998 hasta 2013. De las 841 BGC realizadas durante este período, 64 correspondieron a CDIS, diagnosticados por ACV, bajo guía estereotáxica o ultrasonido. Se excluyeron aquellos pacientes con microinvasión (CDISmic), lesiones mixtas y aquellas lesiones diagnosticadas mediante aguja de corte. La metodología de la toma de muestra durante el procedimiento percutáneo consistió en múltiples muestras de diferentes partes de la lesión. Información clínica y patológica fue recolectada de manera prospectiva. El mapeo linfático fue realizado mediante la inyección de radio-coloide y azul patente. Las indicaciones para la BGC en CDIS fueron: tamaño de la lesión > 30 mm (DCIS extenso) o en pacientes planificadas para mastectomía. **RESULTADOS:** La tasa de identificación fue del 95,3 % (61/64). La mediana del tamaño de la lesión fue 40 mm (DE 19,6). 67,1% (43/64) tuvo diagnóstico de CDIS extenso. En 87,5 % (56/64) el hallazgo fue mamográfico. 92,1 % (59/64) fueron lesiones no palpables. Se obtuvo una mediana de 16 (DE 10,4) muestras por cada lesión. A 82,8 % (53/64) de las pacientes se les realizó una mastectomía. La distribución del grado histológico fue: G1- 15,6 % (10/64), G2- 60,9 % (39/64) y G3- 23,5 % (15/64). Ningún paciente presentó BGC positiva. En aquellos pacientes a los cuales se les realizó una disección axilar no se encontró ningún ganglio positivo. La subestimación del componente infiltrante en biopsia con ACV fue del 6,2 % (4/64). Tres de estos pacientes fueron DCISmic y uno carcinoma ductal infiltrante. **CONCLUSIÓN:** La subestimación del componente infiltrante en CDIS es muy baja cuando la biopsia se realiza con una ACV, obteniendo varias muestras en lesiones no palpables, cuyo hallazgo mamográfico son

microcalcificaciones, aún en lesiones extensas. Dado nuestros resultados, consideramos que la BGC puede omitirse en pacientes con CDIS diagnosticados bajo los parámetros que hemos sugerido, limitando el estudio del ganglio centinela a un procedimiento de estadiaje posterior a la cirugía mamaria.

10. CORRELACIÓN DE BIOMARCADORES (HE4 Y CA 125), CLÍNICA, IMAGINOLOGÍA E HISTOLOGÍA EN CÁNCER DE OVARIO.

JOAQUÍN CABRERA, FRANCO CALDERARO DI R, SUNNANGELA ESCALONAB, ROBERTO CARRILLO, HERIBERTO SÁEZ R.

SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO (IVSS), CARACAS, VENEZUELA.

OBJETIVO: Evaluar la efectividad del HE4 como agente biomarcador en pacientes con impresión diagnóstica de cáncer de ovario, que ingresaron al servicio de ginecología oncológica del Servicio Oncológico Hospitalario - IVSS, en el período comprendido enero-noviembre 2013. **MÉTODO:** Estudio tipo ensayo clínico, donde 15 pacientes con tumoraciones pélvicas, con diagnóstico presuntivo de cáncer de ovario, que ingresaron a este centro, las cuales cumplieron con los criterios de inclusión preestablecidos, se les realizó estudios de imágenes (ecosonograma pélvico y TAC abdomino-pélvico) y laboratorios (CA 125 y HE4), conformaron el grupo de estudio y se analizaron los resultados. CA125 y HE4 valores de corte fueron 35 UI/mL y 70 pmol/L, respectivamente. **RESULTADOS:** Las concentraciones HE4 y CA125 fueron significativamente mayores en las pacientes con cáncer de ovario, en comparación con los observados en pacientes con enfermedad benigna. Los resultados de HE4 de este estudio confirman la alta sensibilidad y especificidad de esta molécula sobre CA125, para cáncer epitelial de ovario (90 % frente a 83 % y 75 % vs. 66 %, respectivamente). Los valores del área bajo la curva (AUC) resultaron en 0,96 para HE4 (con

índice de confiabilidad del 95 %, 0,90 a 1,0) y 0,82 para CA125 (índice de confiabilidad del 95 %, 0,70-0,94) (“estadísticamente significativo” $P < 0,01$). **CONCLUSIÓN:** La medición de las concentraciones séricas de HE4, junto con las del CA125, puede proporcionar una mayor precisión para la detección de cáncer de ovario epitelial.

11. BIOPSIA PERCUTÁNEA DIRIGIDA POR ECOGRAFÍA EN PACIENTES CON TUMORES DE OVARIO VOLUMINOSOS O IRRESE-CABLES.

ROBERTO CARRILLO, FRANCO CALDERARO DI R, SUNNANGELA ESCALONA B, JOAQUÍN CABRERA, HERIBERTO SÁEZ.

SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO (IVSS), CARACAS, VENEZUELA

El tumor de ovario entre los cánceres del tracto genital femenino, es el tercero en frecuencia después del cáncer de cérvix y endometrio. Por sus características clínicas, son diagnosticados en estadios avanzados, dificultando poder realizar un tratamiento precoz que garantice una sobrevida mayor y mejor calidad de vida. **OBJETIVO:** Establecer la toma de biopsia percutánea dirigida por ecografía, en pacientes con tumores de ovarios voluminosos e irresecables. **MÉTODO:** Se realizó una investigación de tipo prospectivo, en la cual se determinó el uso de la biopsia percutánea dirigida por ecografía en 7 pacientes con tumores de ovarios voluminosos e irresecables. Experiencia en el servicio de ginecología oncológica del Servicio Oncológico Hospitalario del IVSS, antiguo HOPM (2012-2013). **RESULTADOS:** Las pacientes con tumores de ovario voluminosos e irresecables o inoperables de entrada, predominaron en el grupo etario entre 51-60 años, se evidenció la factibilidad de que la biopsia percutánea en estas pacientes, si permite el diagnóstico histológico para indicar tratamiento neoadyuvante. Las condiciones clínicas imaginológicas y bioquímicas permitieron

determinar los criterios de irresecabilidad de Vergote. Aunque acortar el tiempo entre la toma de biopsia y el inicio del tratamiento no fue factible en vista de las condiciones clínicas de las pacientes. **CONCLUSIÓN:** Se establece la utilidad de esta herramienta para el diagnóstico histopatológico de pacientes con cáncer de ovario en estadios avanzados, se recomienda su uso, aunado a estudios prospectivos sobre el tema.

12. MODIFICA EL PRONÓSTICO LA RE-ESTADIFICACIÓN FIGO 2012, EN CARCINOMA OVÁRICO. EVALUACIÓN PERÍODO 2004-2014.

FRANCO CALDERARO DI R, SUNNANGELA ESCALONA B, JUAN LOBO, JENNY JURADO, MARÍA FOO, MORAIMA, MÁRQUEZ S, CARLOS DE PACE.

SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO (IVSS), CARACAS, VENEZUELA

El cáncer de ovario constituyó para el año 2011, la sexta causa de mortalidad de todos los cánceres en Venezuela. **OBJETIVO:** Evaluar los hallazgos histopatológicos y comparar el impacto de la nueva estadificación publicada por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia en el año 2012. **MÉTODO:** Se evaluaron 335 pacientes sometidas a cirugía estadiadora de ovario (2004-abril 2014), en el servicio de ginecología oncológica, cumpliendo con los criterios de inclusión 141 pacientes. **RESULTADOS:** La media de edad fue $51,45 \pm 13,43$ años; 40,43 % se clasificaron como IIIC. La histología seroso papilar fue reportada en 63,57 % de las pacientes. El CA125 fue registrado en 115 pacientes (81,56 %), con valores ≥ 35 UI/mL en 37 pacientes (32,17 %); el tratamiento adyuvante en estadios avanzados, fue a base de taxanos y platino. Posterior a la reasignación por estadio, la sobrevida global disminuyó progresivamente según el estadio: estadio IA 85 %, estadio IIA 83,3 %, estadio IIB 81,8 %, estadio IIIA2 y IIIB 66,7 %, estadio IIIC 56,9 %, estadio IVA 42,9 %,

estadio IVB 38,9 %. **CONCLUSIÓN:** La modificación en la estadificación, parece superior para discriminar los resultados de supervivencia de las pacientes con ruptura quirúrgica, metástasis retroperitoneal exclusiva en ganglios linfáticos, líquido pleural positivo para malignidad o metástasis a distancia sin excluir los ganglios inguinales o supraclaviculares. Se requieren estudios prospectivos de largo seguimiento que permitan justificar dicha modificación.

DÍA MARTES: 07 DE OCTUBRE HORA: 04:30 PM

LUGAR: SALÓN ZÁFIRO

TRABAJOS DEL 13 AL 24

PRESIDENTE: DR. DIMAS HERNÁNDEZ

SECRETARIA: DRA. YUNARIA VILLALOBOS

COMENTARISTA: DRA. LIVIA CASTILLO

13. MELANOMA MUCOSO EN CABEZA Y CUELLO. REPORTE DE CASOS Y REVISIÓN DE LITERATURA.

CONSUELO CHUMBIMUNI, WILFREDO PERFETTI G, ALEXANDRAMANGANO, DANIEL VERDECCHIA, JUAN SCARTON, WILFREDO PERFETTI, RAMÓN TÉLLEZ, ANYELÍN FERNANDEZ, PEDRO SARMIENTO.

INSTITUTO ONCOLÓGICO "DR. MIGUEL PEREZ CARREÑO" ESTADO CARABOBO, VENEZUELA.

El melanoma de mucosa es un tumor maligno originado a partir de los melanocitos presentes en la mucosa derivada del ectodermo embrionario. Esta enfermedad fue descrita por primera vez en 1856 por Weber y, el primer caso en cabeza y cuello, en 1885, por Lincoln. Representan alrededor del 1 % del total de melanomas y el 0,5 % de los tumores malignos de cabeza y cuello, son tumores raros y de mal pronóstico. A continuación el servicio oncológico de cabeza y

cuello realizó una revisión de casos de melanoma diagnosticados en el Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño”. Período 2000- 2012. Con el objetivo de identificar los casos de melanoma mucoso en cabeza y cuello durante este período, su frecuencia con relación a los melanomas cutáneos y así realizar una revisión de casos y bibliografía, aportando la investigación y avances en la terapia oncológica.

14. CARCINOMA DE ANO. TRATAMIENTO COMBINADO RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA. 13 AÑOS DE EXPERIENCIA.

SANDRA LÓPEZ V, NELSON URDANETA L, OMAR LEÓN C, SARA OTT I, LAURA RUAN S, ENRIQUE M GUTIÉRREZ, ANDRÉS VERAG, BELKIS LÓPEZ, Z, RAÚL VERA G.

UNIDAD DE RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA GURVE INSTITUTO MÉDICO LA FLORESTA (IMLF). SERVICIO DE RADIOTERAPIA LA TRINIDAD CENTRO MÉDICO DOCENTE LA TRINIDAD (CMDLT). UNIDAD DE ONCOLOGÍA MÉDICA ARSUVE IMLF Y CMDLT. FÍSICA MÉDICA CA. CARACAS, VENEZUELA.

OBJETIVO: Presentar la experiencia de 10 años en el tratamiento combinado radioterapia-quimioterapia del carcinoma del ano. **MÉTODO:** Se realizó una revisión retrospectiva de 96 pacientes con carcinoma del ano, tratados con radioterapia y quimioterapia en el período 2000 a 2013. Se empleó RT 2D en 19 pacientes, RTC3D en 54 y radioterapia de intensidad modulada (IMRT) en 23. La dosis empleada fue de 3 000-3 600 cGy para enfermedad sub-clínica de 5 040-5 400 cGy para enfermedad macroscópica y 5 940 cGy para enfermedad localmente avanzada, fracciones de 180 cGy diarias. El esquema de quimioterapia más empleado fue 5 FU-Mitomicina C. **RESULTADOS:** La mayoría de los pacientes fueron estadio II: 36,46 % y estadio IIIA: 34,37 %. 72 pacientes fueron catalogados como carcinoma epidermoide, 16 como carcinoma basaloide. La sobrevida global a los 5 años fue 79,5 %, sobrevida causa específica 81,5 %, y sobrevida libre de enfermedad 63,9 %. Se observó control locoregional en 74 pacientes

con seguimiento adecuado (81,08 %). La toxicidad aguda más frecuente fue dermatitis grado 3 en 57 %, con interrupción temporal del tratamiento en 30 pacientes. La toxicidad crónica incluyó complicaciones cutáneas grado 3 en 2 pacientes, toxicidad grado 3 en mucosas en 3, gastrointestinales grado 4 en 2 y 2 pacientes desarrollaron necrosis a nivel de cabeza femoral. **CONCLUSIÓN:** El tratamiento combinado radio-quimioterapia constituye el estándar actual terapéutico de esta afección neoplásica, los resultados de sobrevida y control local de esta serie de 96 pacientes, se comparan con los obtenidos en otras instituciones.

15. RADIOQUIMIOTERAPIA PREOPERATORIA EN CÁNCER DE RECTO

MARÍA CONSUELO FIGUEROA R, JOSÉ B BRICEÑO L, DANIA L PUERTA R, WENDY DEL VALLE HURTADO M, NÉSTOR O SÁNCHEZ CH, ANTONIO IVO RODRÍGUEZ G, PEDRO J CASTILLO R.

HOSPITAL DE CLÍNICAS CARACAS. SERVICIO DE RADIOTERAPIA, VENEZUELA.

OBJETIVO: Determinar la respuesta patológica completa en pacientes con adenocarcinoma de recto tratados mediante radio-quimioterapia preoperatoria. **MÉTODO:** Se realizó una investigación retrospectiva y explicativa, evaluando la respuesta a la radio-quimioterapia preoperatoria en pacientes con adenocarcinoma de recto, estadios I, II y III, durante el año 2006 al 2014. La muestra estuvo conformada por 46 pacientes. **RESULTADOS:** Se clasificaron en 4 grupos de respuesta patológica, obteniendo que un 52,17 % tuvo una respuesta completa (24 pacientes), respuesta moderada 15,21 % (7 pacientes), 6,53 % respuesta mínima (3 pacientes) y 26,09 % respuesta pobre (12 pacientes). **CONCLUSIÓN:** En este estudio se evidenció que más del 50 % de los pacientes tratados con radio-quimioterapia preoperatoria demostraron tener una respuesta patológica

completa, pudiendo ello dar la posibilidad en un futuro que los pacientes con adenocarcinoma de recto puedan ser tratados con este esquema de tratamiento y un grupo muy seleccionado de ellos entrar en un período de observación.

16. ALTERNATIVA EN EL TRATAMIENTO DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS POR NEUROTOMÍA DEL NERVIOS FACIAL EN LA PAROTIDECTOMÍA.

PEDRO SARMIENTO, WILFREDO PERFETTI, JOSÉ GUBAIRA, DANIEL VERDECCHIA, ANYELIN FERNÁNDEZ, JUAN SCARTON, RAMÓN TÉLLEZ, MARÍA I COBOS.

INSTITUTO DE ONCOLOGÍA "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO".
VALENCIA, ESTADO CARABOBO

El procedimiento ideal en tumores malignos es la parotidectomía total con preservación del facial, este se debe sacrificar cuando esté comprometido o en invasión obvia. **OBJETIVO:** Evaluar los resultados de la técnica de corrección de la incontinencia oral con cincha aponeurótica de tensor de la fascia lata y malla de polipropileno, en pacientes a los cuales se les practicó neurotomía quirúrgica del facial. **MÉTODO:** Estudio descriptivo transversal retrospectivo. La población fue de 19 pacientes con tumores de parótida durante 10 años (1990-2010) quienes ameritaron neurotomía quirúrgica del nervio facial. **RESULTADOS:** Al 63,16 % (12 pacientes) se les realizó suspensión de la comisura labial con fascia lata, y en 36,84 % (7 pacientes) fue el mismo procedimiento con malla de polipropileno, predominó el grado I al primer mes de evaluación con un 75 % y otros 3 pacientes (25 %) presentaron grado II. Para el sexto mes el porcentaje de pacientes con grado I se mantiene y aumenta la proporción de pacientes con grado II de corrección (33,3 %= 4 casos). La mayoría estuvo libre de complicaciones posoperatorias; 52,63 % (10 casos). La complicación que afectó el resultado de pacientes a quienes se les realizó suspensión de la comisura facial fue la recaída

con un 26,31 % (5 casos). **CONCLUSIÓN:** Se obtuvieron resultados estéticos satisfactorios y observamos que el mantenimiento de la corrección de la comisura labial en el tiempo, está relacionada con la aparición de complicaciones y el comportamiento biológico de los tumores.

17. EXPERIENCIA DE 14 AÑOS EN LARINGECTOMÍA HORIZONTAL SUPRACRICOIDEA.

PEDRO SARMIENTO, DANIEL VERDECCHIA, WILFREDO PERFETTI, ANYELIN FERNÁNDEZ, JUAN SCARTON, RAMÓN TÉLLEZ, VILMAMUÑOZ, RONALD CASTILLO, MARÍA I COBOS.

INSTITUTO DE ONCOLOGÍA "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO".
VALENCIA, ESTADO CARABOBO

La laringectomía supracricoidea con cricohioidoepiglotopexia es un procedimiento quirúrgico conservador en casos seleccionados de cáncer de laringe glótico, por lo que se hace importante analizar los resultados funcionales y oncológicos de esta laringectomía parcial. **OBJETIVO:** Conocer las características clínicas, complicaciones y tiempo libre de enfermedad de los pacientes tratados con laringectomía horizontal supracricoidea, en el Instituto de Oncología "Dr. Miguel Pérez Carreño". **MÉTODO:** Estudio descriptivo, transversal, en 6 pacientes con cáncer epidermoide de laringe tratados con laringectomía horizontal supracricoidea entre los años 2000 a 2014. **RESULTADOS:** Los 6 pacientes evaluados que se les realizó laringectomía horizontal supracricoidea correspondieron al sexo masculino, con diagnóstico de carcinoma epidermoide bien diferenciado de laringe estadio I, solo a 2 pacientes se les cumplió la cirugía como tratamiento primario y a 4 como procedimiento de rescate, presentando en 5 de ellos complicaciones mediatas de las cuales 3 estuvieron representadas por fístulas y 2 por no poderse decanular, solo 1 paciente presentó recaída al año de la cirugía y solo 1 paciente no presentó ninguna complicación conservando

las 3 funciones básicas de la laringe. El tiempo libre de enfermedad estuvo comprendido entre 2 a 6 años. **CONCLUSIÓN:** El pronóstico depende de la aparición de síntomas iniciales evaluables tempranamente para lograr efectuar el tratamiento quirúrgico de rescate y de las complicaciones posquirúrgicas mediatas que presente el paciente, por lo que se debe proponer un buen seguimiento para aumentar la frecuencia de la realización de esta técnica quirúrgica.

18. IMPORTANCIA DE LA PESQUISA DEL CÁNCER DE MAMA EN MUJERES MAYORES DE 65 AÑOS. 2006-2010.

ÁLVARO GÓMEZ RODRÍGUEZ, JESÚS LASTRA, MARÍA JOSÉ ESPINOZA, JUAN RODRÍGUEZ, YAZMÍN VELÁSQUEZ, JOSÉ MUÑOZ, JOSEPMILLY PEÑA, LEIDER CAMPOS.

SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO (IVSS), CARACAS, VENEZUELA.

Revisamos en forma retrospectiva las historias clínicas de 59 pacientes mayores de 65 años de edad, atendidas en nuestro servicio Patología Mamaria SOH IVSS, Hospital Oncológico Padre Machado entre 2006 al 2010, con un seguimiento de 1 a 81 meses, con la finalidad de evaluar la forma de presentación más frecuente del cáncer de mama y el estadio clínico al momento del diagnóstico, observándose que el diagnóstico por mamografía de pesquisa apenas representa el 12 % de las pacientes evaluadas y en el 52,52 % las pacientes presentaron estadios clínicos avanzados.

19. EXPERIENCIA EN LINFADENECTOMÍA INGUINAL. VIDEO ENDOSCÓPICA EN CÁNCER DE PENE DEL SERVICIO HOSPITALARIO ONCOLÓGICO DEL SEGURO SOCIAL

ELIECER PAYARES M., JAIRO BASCETTA, LUIS ALEMÁN, DANIEL LÓPEZ HERMES PÉREZ, RAFAEL BARRIOS.

SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO (IVSS), CARACAS, VENEZUELA

OBJETIVO: El carcinoma epidermoide constituye más de 95 % de los casos de cáncer de pene. Se debe estadificar correctamente el tumor primario y los ganglios linfáticos regionales para ofrecer el tratamiento apropiado. La linfadenectomía tiene un papel importante en el tratamiento, siendo curativa en 75 % de los casos con uno a dos ganglios invadidos. La linfadenectomía es un procedimiento con alta morbilidad es por esto que las nuevas técnicas video endoscópicas buscan disminuirla, con los mismos resultados oncológicos. Recientemente se ha descrito el acceso endoscópico, comunicando un menor índice de complicaciones con obtención de similar número de ganglios. Presentamos nuestra experiencia con dicho abordaje en 4 pacientes con linfadenectomías inguinales endoscópicas realizadas en el Servicio Oncológico Hospitalario del Seguro Social Caracas, Venezuela. **MÉTODO:** Estudio retrospectivo, descriptivo de corte transversal. **RESULTADOS:** El promedio de edad de los pacientes fue 56,25 años, el tiempo quirúrgico promedio de linfadenectomía fue de 122,5 min, se evidencia un estatus ganglionar confirmado por biopsia de la pieza quirúrgica negativo para malignidad, promedio de disección de 12 ganglios, el mayor tiempo de seguimiento de 34 meses sin evidencia de enfermedad ni tomográficamente ni clínicamente. El tiempo promedio del retiro del drenaje fue de 10,25 días y un promedio de estancia hospitalaria de 6,2 días. **CONCLUSIÓN:** La linfadenectomía inguinal video endoscópica es una técnica segura y factible en pacientes con carcinoma epidermoide invasor de pene con ganglios palpables o no palpables. Los casos reportados sugieren que esta técnica puede disminuir la morbilidad posoperatoria sin comprometer el control oncológico.

20. CIRUGÍA PRESERVADORA DE LARINGE. EXPERIENCIA DE 10 AÑOS SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO-IVSS

PEDRO L MÁRQUEZ, JUAN F LIUZZI, MARIBEL DA

CUNHA, ESTEBAN GARRIGA, JAIRO BASCETTA, YANIRA VUOLO.

SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO DEL IVSS, CARACAS, VENEZUELA

El cáncer de laringe es una de las neoplasias de cabeza y cuello más frecuentes. Representa el 2 % de todas las neoplasias y el 25 % de los tumores del tracto aero-digestivo. El objetivo del tratamiento en los estadios tempranos es la preservación de la voz con la mejor calidad posible, por lo que usualmente se utiliza la radioterapia. En casos seleccionados en estadio I se puede practicar laringectomía funcional. Este es un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, de los pacientes a los cuales se les practicó cirugía preservadora de laringes entre enero 2004 y julio 2014 realizadas en el SOH-IVSS. En este tiempo se registraron 4 casos de cirugía preservadora de laringe. 75 % laringectomías glóticas y 1 caso supracricoidea. 100% sexo masculino. Con un rango etario de 48 a 67 años. El 75 % se realizó como tratamiento de rescate posterior a recibir tratamiento médico oncológico; de los cuales 2 RT sola y 1 QT+RT; 2 estadio I y 2 estadio II de la enfermedad; con solo compromiso de comisura anterior y extensión sub-glótica respectivamente. El tipo histológico reportado fue el carcinoma de células escamosas bien diferenciado de los cuales 1 con patrón sarcomatoide. El inicio de la vía oral se produjo en forma satisfactoria a partir de los 21 días manejada previamente con sonda nasointestinal. La complicación que se registró fue la disfonía orgánica en todos los pacientes y un caso de infección sitio operatoria. Actualmente 1 paciente con 4 años sin evidencia de enfermedad (laringectomía supracricoidea) el resto con 13 meses en promedio sin evidencia de enfermedad. La laringectomía glótica o de Garriga, sigue siendo un procedimiento oncológicamente seguro como tratamiento de rescate ante un fracaso de la radioterapia, conservando las funciones de fonación, respiratoria y de deglución.

21. RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA CON FOTONES DE BAJA ENERGÍA INTRABEAM EN CÁNCER DE MAMA. PRIMERA EXPERIENCIA EN VENEZUELA.

IVÁN GONZÁLEZ, CAMILO VIVAS, ARGIMIRO RODRÍGUEZ, EDUARDO BENAVIDES, LUIS VÁSQUEZ, CÉSAR PACHECO, SILVINOCÓRDOVA, YSMAEL VEGAS, ALCIMAR VERDE, JUAN DÍAZ, GRACE SOCORRO.

LA UNIDAD DE MASTOLOGÍA Y ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER, BARCELONA ESTADO ANZOÁTEGUI, VENEZUELA.

OBJETIVO: El presente trabajo tiene como objetivo principal dar a conocer la primera experiencia con radioterapia intra-operatoria con fotones de baja energía realizada en Venezuela. **MÉTODO:** Se empleó el equipo de radioterapia intra operatoria con fotones de baja energía (*Intrabeam*[®]) desde el 1° de agosto de 2013 a los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión según protocolo elaborado y aprobado en consenso multidisciplinario regional. Se tabularon los datos por edad, tipo de tumor, tamaño del tumor, ganglio centinela, estado ganglionar, números de ganglios, tamaño de aplicador de radioterapia, tiempo de aplicación, ubicación tumoral, estatus inmunohistoquímico, complicaciones. Se realizaron cuadros y figuras analizadas por porcentajes. A todos los pacientes se les realizó previamente evaluación mastológica, biopsia y en algunos casos se complementó con mamografía con realce de contraste (mamografía espectral) y eco 3D. Todos firmaron consentimiento informado aprobado por el comité de ética de la institución. **RESULTADOS:** Desde el primero de agosto de 2013 hasta el 23 de julio de 2014 se realizaron 57 aplicaciones de radioterapia intra operatoria con fotones de baja energía a pacientes con cáncer de mama que cumplieron los criterios de inclusión. Las edades se encontraron comprendidas entre 31 y 75 años, 53 procedimientos se realizaron en un primer tiempo y 4 en un segundo tiempo,

17,5 % de los casos resultaron centinela positivo y se realizó vaciamiento axilar, en estos casos se utilizó el tratamiento radiante como *boost* y no como tratamiento definitivo, 96,5 % de los casos recibieron una dosis a superficie del aplicador de 20 Gy. **CONCLUSIÓN:** El uso de radioterapia intra-operatoria en pacientes seleccionados, se está convirtiendo en una modalidad de consenso general, que evita la necesidad de radioterapia externa posoperatoria en casos específicos, manteniendo resultados de control local similares a técnicas tradicionales, con menor impacto en tejidos sanos alrededor del lecho tumoral. Siendo una técnica de fácil aplicación, con otros beneficios potenciales aun no determinados.

22. CIRUGÍA PARA CÁNCER DE RECTO CON TÉCNICA ROBÓTICA.

MARCOS GUERRAC, FABRIZIO LUCA, MANUELA VALVO, DANIELA SIMO.

INSTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA Y CENTRO MÉDICO "DR. RAFAEL GUERRA MÉNDEZ"

En el presente video se pretende comunicar una técnica quirúrgica para resección del cáncer de recto con escisión total del meso-recto de forma mini-invasiva con sistema robótico, haciendo énfasis en los pasos claves de la cirugía y reparos anatómicos. Técnica quirúrgica: el procedimiento para cirugía colorrectal robótica mostrado en el presente video consiste en un único acoplamiento robótico, con tiempo abdominal completamente robótico. El paciente es colocado en posición de litotomía, con Trendelenburg de aproximadamente 30° y ligera lateralización de la mesa operatoria hacia la derecha del paciente. Se coloca un trocar de 12 mm lateral a la cicatriz umbilical para la óptica robótica; un trocar de 12 mm paralelo a este en flanco derecho para el primer ayudante; dos trocates robóticos de 8 mm

en ambas fosas iliacas y un trocar robótico de 8 mm en epigastrio a 5 cm aproximadamente de la apófisis xifoidea y a la derecha del ligamento falciforme del hígado. Bajo visión laparoscópica se realiza exploración completa de la cavidad abdominal y se realiza ultrasonido hepático intraoperatorio con sonda laparoscópica, previo al acoplamiento del robot. Posteriormente se coloca el carro robótico a la izquierda del paciente con un ángulo de 30-40° en relación a la cama del paciente. Una vez acoplado el robot, se inicia el procedimiento con la movilización del colon de media a lateral, utilizando los brazos robóticos 1 y 3. Se incide el peritoneo lateral al ligamento de Treitz y en dirección caudal al promontorio; el mesocolon izquierdo es separado de forma clara y avascular de la fascia de Toldt; seguidamente es ligada entre *clips* la vena mesentérica inferior y la arteria mesentérica inferior, en la fosa duodenal y en el origen cercano a la aorta, respectivamente. El colon es liberado lateralmente incidiendo la línea de Monk, desde el colon sigmoides hasta la flexura esplénica. Posteriormente continúa la disección del peritoneo pélvico en dirección caudal liberando el recto con el meso-recto hasta llegar al piso pélvico, siempre preservando las estructuras nerviosas pélvicas. Posteriormente se realiza la sección del colon con auto-suturadora y extracción de la pieza con incisión en fosa iliaca izquierda y anastomosis mecánica; o según sea el caso con extracción perineal y anastomosis colo-anal manual o colostomía definitiva. La cirugía robótica para cáncer de recto es segura y factible, permitiendo una mejor y comfortable escisión total del meso-recto, con menor riesgo de margen circunferencial positivo. Permite al cirujano una visión tridimensional y clara del piso pélvico facilitando la preservación de las estructuras neurovasculares, haciéndola un cirugía mucho más segura.

23. MUESTREO PÉLVICO Y PARA-AÓRTICO POR ABORDAJE INTRA Y EXTRA PERITONEAL LAPAROSCÓPICO EN CÁNCER DE OVARIO AVANZADO.

CARLOS DE PACE, LORETTA DI GIAMPIETRO, MARKO REZIC SUNANGELA ESCALONA, MARÍA FOO, ARTURO CORDERO.

SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO (IVSS), CARACAS, VENEZUELA.

La linfadenectomía pélvica y para-aórtica forma parte del tratamiento del cáncer de ovario. El objetivo principal del tratamiento del cáncer avanzado de ovario es la cirugía primaria con la finalidad de reseca todo el tumor macroscópico, seguido de quimioterapia. El resultado quirúrgico generalmente se asocia con la cantidad de tumor residual, sea macro o microscópico. La diseminación ganglionar es un punto clave en la estadificación y pronóstico final de la paciente. La linfadenectomía laparoscópica tiene resultados equiparables a los del abordaje abierto en manos expertas. El abordaje extra-peritoneal laparoscópico es una técnica que si bien requiere de una curva de aprendizaje mayor, posee ventajas sobre el abordaje intraperitoneal.

24. LINFADENECTOMÍA PÉLVICA LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER TEMPRANO DE ENDOMETRIO.

CARLOS DE PACE, LORETTA DI GIAMPIETRO, MARKO REZIC SUNANGELA ESCALONA, MARÍA FOO, ARTURO CORDERO.

SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO (IVSS), CARACAS, VENEZUELA.

La linfadenectomía pélvica en cáncer de endometrio en estadios tempranos es un tema controversial en muchas series de estudio. Su indicación tiene que ver con la presencia de múltiples factores que agrupan en alto, intermedio o bajo riesgo, y estos grupos a su vez condicionan la aplicación o no de un tratamiento adyuvante posterior. Clásicamente la linfadenectomía pélvica se describe por técnica de laparotomía, sin embargo, desde hace unos 15 años se viene realizando por abordaje laparoscópico. En el siguiente trabajo se presenta el caso de una paciente diagnosticada originalmente como adenocarcinoma de endometrio en estadio temprano cuya linfadenectomía pélvica fue realizada por vía laparoscópica.

RESÚMENES DE PÓSTERES

DÍA: MIÉRCOLES 08 DE OCTUBRE

HORA: 09:00 AM

LUGAR: EXPOSICIÓN COMERCIAL

COMPUTADORA 1 TRABAJOS DEL 1 AL 5

PRESIDENTE: DRA. JACDEBLINE DORDELLY

SECRETARIO: DR. ROBERTO CASTRO

COMENTARISTA: DR. HUGO RUIZ.

1. PRESENCIA DE VIRUS PAPILOMA HUMANO EN CÁNCER DE MAMA Y SU ASOCIACIÓN CON FACTORES PRONÓSTICOS.

ANDREÍNA FERNÁNDEZ, GINO BIANCHI, ADRIANA PESCI FELTRI, MARÍA CORRENTI, ISABEL GARCÍA, VINCENT GUIDA, MARIHORGÉN PÉREZ, MARCO LÓPEZ.

LABORATORIO DE GENÉTICA MOLECULAR. INSTITUTO DE ONCOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA, MPPS, INSTITUTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA JOSÉ O'DALY, UCV. UNIDAD DE PATOLOGÍA MAMARIA, SERVICIO DE GINECOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS, MPPS.

El cáncer de mama representa el 16 % de todos los cánceres femeninos a nivel mundial, y en Venezuela es la primera causa de muerte entre la población femenina. Recientemente se ha demostrado la presencia de genotipos de virus de papiloma humano de alto riesgo y se ha relacionado con las características histopatológicas de los tumores. En Venezuela no existen estudios que evalúen la asociación entre la presencia de VPH en cáncer de mama y las características histopatológicas, por lo que el presente trabajo busca evaluar la presencia de VPH en los distintos tipos de cáncer de mama,

según su clasificación molecular, basada en la expresión de los RE, RP, HER-2 y Ki67. Para ello, se evaluó la presencia del genoma de VPH en 24 muestras de cáncer de mama con diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante, carcinoma ductal *in situ* y carcinoma lobulillar, mediante el estuche *INNO-LIPA Genotyping Exray*[®] la evaluación de los marcadores RE, RP, HER-2 y Ki67 mediante inmunohistoquímica. El genoma viral fue encontrado en un 41,67 % del total de las muestras, siendo los genotipos más frecuentes el 51 con un 30,77 %, seguido del tipo 18 y 33, con un 23,08 %, cada uno. La mayoría de los tumores se encontraron dentro del grupo de los luminales A, con un rango bajo de expresión de Ki67. La presencia de VPH en los tumores de mama podría afectar su patrón de crecimiento y poder metastásico.

2. CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES CON METÁSTASIS METACRÓNICA A ÍLEON Y VESÍCULA BILIAR. REPORTE DE CASO

TOLENTINO DOS SANTOS DE SOUSA, BEATRIZ ELENA DELGADO D, MARÍA ELENA MALASPINA R, JOANNY ISABEL DAVALILLO V, JOSÉ VICENTE SIRITT CH, EVELYN MORENO

SERVICIO DE CIRUGÍA. HOSPITAL "DR. PLÁCIDO DANIEL RODRÍGUEZ RIVERO". SAN FELIPE, ESTADO YARACUY. VENEZUELA.

El cáncer renal representa el 3 % de todos los cánceres, con una incidencia de 5,8 por cada 100 000 habitantes. El 90 % de los casos está conformado por los carcinomas de células renales, provenientes principalmente del parénquima renal, la supervivencia global a los 5 años es del 67 %. Estas cifras de supervivencia son debidas

básicamente a mejores técnicas de diagnóstico y estadiaje, y a un mayor conocimiento del comportamiento biológico de estos tumores; que ha permitido obtener nuevos tratamientos útiles en enfermedad metastásica. El objetivo de este trabajo es presentar el caso de un paciente masculino quien acude con hallazgo ecográfico de LOE renal izquierdo, se realiza nefrectomía radical, con reporte histopatológico de carcinoma de células claras; 2 años después es intervenido por tumor de íleon terminal, cuyo informe de inmunohistoquímica confirma la presencia de carcinoma de células claras metastásico. Posterior a 4 años del diagnóstico inicial, en control ecográfico abdominal, se evidencian lesiones polipoideas en vesícula biliar. Se realiza colecistectomía laparoscópica, con hallazgo histopatológico que confirma nueva metástasis de carcinoma de células renales de células claras. El patrón metastásico de estos carcinomas es complejo; a pesar de eso, la diseminación a órganos como la vesícula biliar y el intestino delgado es extremadamente rara. Para nuestro conocimiento es el primer caso reportado a nivel mundial de un carcinoma de células renales con metástasis a íleon terminal y a vesícula biliar en el mismo paciente.

3. TUMORES NEUROENDOCRINOS DE APÉNDICE CECAL

JHORBET RODRÍGUEZ BEATRIZ DELGADO, TOLENTIN DOS SANTOS, GUILLERMO MOLAQUE, EVELYN MORENO.

SERVICIO DE CIRUGÍA HOSPITAL CENTRAL DR. PLÁCIDO DANIEL RODRÍGUEZ RIVERO, SAN FELIPE, ESTADO YARACUY, VENEZUELA

Los tumores carcinoides de apéndice pertenecen al grupo de tumores llamados neuroendocrinos. El tumor carcinoide es el más frecuente de todos los tumores apendiculares y generalmente es observado en pacientes femeninas en promedio de 60 años. Se reportan los casos de dos pacientes

masculinos con clínica de apendicitis aguda a los cuales se les realizó apendicectomía abierta cuyas biopsias reportaron tumor carcinoide, visibles solo microscópicamente, localizados en la punta y que invadían incluso la serosa; al realizar inmunohistoquímica se clasificaron como tumores neuroendocrinos grado 1 según la OMS. El tratamiento indicado en ambos casos por las características de los tumores es la apendicectomía, la cual fue realizada previa al diagnóstico como en la mayoría de los casos. El diagnóstico generalmente se realiza incidentalmente en el estudio anatomopatológico de la pieza enviada. Todos los tumores carcinoides de apéndice deben ser resecaados. Los estudios de extensión mostraron hallazgos dentro de límites normales. Ningún paciente presentó clínica que permitiera diagnosticar síndrome carcinoide. Actualmente se reconoce su potencial maligno y son considerados neoplasias malignas. El pronóstico y la sobrevida de los tumores carcinoides son buenos. Generalmente evolucionan de forma satisfactoria y no evidencian recidivas de la lesión.

4. ADENOCARCINOMA MIXTO ENDO-CERVICAL METASTÁSICO A OVARIO. RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO.

SUNANGELA ESCALONA, FÉLIX ANZOLA, MIRIAM NARANJO, MARÍA FOO, FRANCISCO MEDINA

SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO (IVSS), CARACAS, VENEZUELA.

OBJETIVO: El hallazgo de una neoplasia maligna ovárica asociada a una lesión endocervical con características histológicas similares, en ausencia de cualquier otro signo de enfermedad es una situación clínica controversial debido a la dificultad en la realización de un diagnóstico certero y el establecimiento de un tratamiento adecuado. **CASO CLÍNICO:** Paciente de 48 años que refiere dificultad respiratoria, dolor y distensión abdominal, la laparotomía exploradora muestra: 2 000 mL de líquido ascítico, masas

sólidas en ambos ovarios, el derecho de 14 cm y el izquierdo con cápsula rota preoperatoria de 9,5 cm, útero de 9 cm x 7 cm x 4 cm con DIU inserto, resto de la cavidad abdominal sin lesiones macroscópicas aparentes. Se realizó cirugía estadiadora de ovario completa en vista de características macroscópicas de la lesión y no contarse con corte congelado por tratarse de cirugía de emergencia. El estudio histopatológico reporta: adenocarcinoma mixto moderadamente diferenciado de patrón endometroide con diferenciación escamosa y mucinoso, evidenciándose en canal endocervical una lesión de 2 cm con infiltración al cuello uterino en un 50 %, histología que corresponde a la descrita previamente para ovario, 34 ganglios linfáticos y resto de muestras tomadas sin evidencia de neoplasia. Se realiza inmunohistoquímica que reporta positiva para CK 7, CA125 y CDX2, este último focalmente y negativa para receptores de estrógeno, progesterona y CK20. **CONCLUSIÓN:** Se reporta un raro caso de un adenocarcinoma endocervical asociado a tumoraciones metastásicas en ambos ovarios. La forma de su presentación clínica, diagnóstico, tratamiento y seguimiento representa un especial problema de nomenclatura.

5. TUMORES MESENQUIMALES DEL MÚSCULO LISO DE POTENCIAL MALIGNO INCERTO (STUMP). A PROPÓSITO DE UN CASO.

FRANCO CALDERARO DI R, SUNNANGELA ESCALONA B, JAIRO BASCETTA, JOAQUÍN CABRERA, CARMEN LÓPEZ, FRANCISCO MEDINA
SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO (IVSS), CARACAS, VENEZUELA.

Los tumores mesenquimales del músculo liso de significado maligno incierto, son lesiones con características inusuales, que requieren para su diagnóstico parámetros histológicos e inmunohistoquímicos, al igual que un enfoque sistemático para diferenciarlo de otras patologías.

Se presenta caso de paciente femenina de 51 años, con aumento de volumen a nivel abdominal, asociado a meno-metrorragia, desde el mes de diciembre de 2012, se indican estudios de extensión, y en vista de hallazgos imaginológicos de útero que se extiende desde la región pélvica hasta mesogastrio de 26 cm, con imagen hipodensa de densidad hídrica en cavidad uterina de 17,3 cm x 8,3 cm, se decide realizar biopsia de endometrio que resulta no concluyente, pero con presencia de epitelio neoplásico. En vista del tamaño tumoral, rápido crecimiento y condiciones de la paciente, se indica laparotomía ginecológica con corte congelado de acuerdo a hallazgos, conducta llevada a cabo el 25 de abril de 2013, evidenciándose útero aumentado de tamaño de 41 cm x 33 cm, ovarios atróficos, sin evidencia de adenopatías, ni lesiones retroperitoneales. La biopsia definitiva reporta tumor mesenquimal, dos mitosis en veinte cortes, en 20 campos de alto poder, necrosis extensa, leiomiomas celulares, infiltrado inflamatorio a expensas de plasmocitos, parametrios libres de neoplasia, cuello uterino atrófico, metaplasia escamosa, no se observó endometrio, y líquido peritoneal con células mesoteliales aisladas y en grupos reactivos, concluyéndose como tumor mesenquimal del músculo liso de significado maligno incierto por sus hallazgos histopatológicos e indicándose inmunohistoquímica que confirma diagnóstico.

DÍA: MIÉRCOLES 08 DE OCTUBRE

HORA: 09:00 AM

LUGAR: EXPOSICIÓN COMERCIAL

COMPUTADORA 2 TRABAJOS DEL 6 AL 10

PRESIDENTE: DR. ALBERTO CONTRERAS

SECRETARIA: DRA. NELSY MUÑOZ

COMENTARISTA: DRA. VIRGINIA CASTIGLIA

6. ADENOCARCINOMA SEROSO PAPILAR DE CUELLO UTERINO TIPO HISTOLÓGICO

POCO FRECUENTE. REPORTE DE CASO.

MARÍA FOO, FÉLIX ANZOLA, SUNNANGELA ESCALONA, CARMEN LÓPEZ, FRANCISCO MEDINA, ANTONIETA RENNOLA

SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO (IVSS). CARACAS, VENEZUELA.

El adenocarcinoma seroso papilar de cuello uterino es un tumor raro con una frecuencia desconocida. Probablemente este sea el primer caso reportado en Venezuela. Presenta una morfología histológica muy similar al carcinoma seroso papilar de endometrio, trompas de Falopio, ovario y peritoneo. Se trata de paciente de 21 años de edad con diagnóstico de adenocarcinoma seroso papilar de cuello uterino estadio IIIB, con tratamiento de adyuvancia con quimioterapia basada en 6 ciclos de taxol y carboplatino, concurrente con radioterapia/braquiterapia. Los escasos estudios publicados no permiten obtener conclusiones válidas en cuanto a su real comportamiento, pronóstico o su óptimo tratamiento.

7. MELANOMA DE CLÍTORIS LOCALIZACIÓN POCO FRECUENTE. CASO CLÍNICO. REVISIÓN DE LA LITERATURA.

MARÍA FOO, LORETTA DI GIAMPIETRO, SUNANGELA ESCALONA CARMEN LÓPEZ, CARLOS DE PACE, FRANCISCO MEDINA

SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO (IVSS). CARACAS, VENEZUELA.

El melanoma vulvar representa la segunda patología maligna en esta región anatómica, siendo la primera el carcinoma de células escamosas; asimismo, se plantea que corresponde a un 8 %-10 % de todas las neoplasias malignas de la región vulvar y el 1,3 %-2,3 % de todos los melanomas en la mujer. Se presenta paciente de 61 años de edad quien consulta por lesión hiperpigmentada en clítoris, de aproximadamente 5 cm x 3 cm, reportándose mediante biopsia

definitiva diagnóstico de melanoma vulvar de clítoris (Breslow V). Se indica tratamiento de adyuvancia a base de temozolamida, cisplatino e interferón alfa. En esta entidad clínica el tratamiento debe individualizarse en cada paciente dependiendo de la extensión de la enfermedad, las características de la paciente y el riesgo quirúrgico, así mismo, tener en consideración que presenta un bajo índice de supervivencia y alta tasa de recidiva. La última casuística de melanoma vulvar reportada en el Servicio Oncológico Hospitalario (IVSS) fue en el año 1996, con 17 casos de los cuales ninguno se evidenció en clítoris, motivo por el cual se reporta el presente caso clínico.

8. LA INMUNOHISTOQUÍMICA EN EL DIAGNÓSTICO DEL ADENOCARCINOMA DE TROMPAS DE FALOPIO. REPORTE DE UN CASO.

SUNANGELA ESCALONA, MARKO REZIC, JOAQUÍN CABRERA, CARMEN SILVA, MARÍA FOO, MIRIAM NARANJO.

SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO (IVSS), CARACAS, VENEZUELA.

El carcinoma primario de trompa de Falopio es una rara neoplasia ginecológica que se diagnostica en menos del 1 % de los cánceres genitales. Se presenta caso de paciente femenina de 52 años, quien refirió metrorragia en mayo de 2013, realizan biopsia de endometrio que concluye: adenocarcinoma seroso papilar, sometiéndose a laparotomía ginecológica en octubre de 2013, evidenciando como hallazgos: tumoración bilateral que compromete trompas y ovarios, el ovario izquierdo de 4,5 cm x 2,5 cm, trompa izquierda de 3,5 cm x 1,7 cm y anexo derecho con tumoración de 12 cm x 2 cm. Ambas lesiones de aspecto papilar, útero de 7 cm x 6 cm x 4 cm, a la apertura de la pieza operatoria lesión polipoidea de 5 cm con base en fondo y lesión tumoral de 2 cm x 2 cm que infiltra >50 % del miometrio en la cara lateral izquierda hasta

istmo uterino, se realiza histerectomía total, ooforosalingectomía, linfadenectomía pélvica y pre-aórtica, toma de biopsias en cavidad abdominal, omentectomía y apendicectomía. La biopsia definitiva reporta: adenocarcinoma seroso papilar (G3), probable origen tubárico; compromiso bilateral de la cápsula ovárica, cuerpo y cuello uterino, con lavado peritoneal positivo para carcinoma metastásico y apéndice cecal, carcinoma neuroendocrino de bajo grado, infiltración hasta la serosa, se solicita inmunohistoquímica con positividad para citoqueratina 7, CA125, WT1, y receptores de estrógenos positivos en 80 %, receptores de progesteronas positivos focal. Concluyéndose como adenocarcinoma bilateral de trompas de Falopio estadio IIA (FIGO 2012) asociado a carcinoma neuroendocrino de apéndice cecal pT2N0M0, indicándose terapia adyuvante con taxol, carboplatino, quinto ciclo cumplido, con evolución satisfactoria.

9. PRIMERA EXPERIENCIA LATINOAMERICANA EN RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO PERFORADO EN ISLA EN CÁNCER DE MAMA

AREF AYAACH, RAFAEL DELGADO M, EFRÉN BOLÍVAR A, ALÍ GODOY, GABRIEL PÉREZ, LUIS GALVIS.

INSTITUTO DE ONCOLOGÍA "DR. LUIS RAZETTI", CARACAS, VENEZUELA.

OBJETIVO: Analizar los datos obtenidos de la primera experiencia Latinoamericana en reconstrucción con colgajo perforado en isla tipo piedra clave (*del inglés "Keystone"*). **MÉTODO:** Experiencia prospectiva en la cual se evalúan los datos de las pacientes con cáncer de mama sometidas a reconstrucción posterior a mastectomía con colgajo perforado en isla tipo *keystone*. **RESULTADOS:** Hemos llevado a cabo 5 casos de reconstrucción con colgajo en isla tipo *keystone*, la edad promedio fue de 46,6 años, todos los pacientes estudiados presentaron cáncer

de mama localmente avanzado. El diagnóstico fue en 3 pacientes de recaída locorregional, dos posterior a mastectomía radical modificada tipo Madden y una luego de una mastectomía parcial oncológica más disección axilar; en el resto de los pacientes (2) existió progresión de enfermedad durante la quimioterapia neoadyuvante. El tipo histológico en el 100 % de los casos fue carcinoma ductal infiltrante. El perfil de inmunohistoquímica reportado en 4/5 casos fue receptores de estrógeno y progesterona positivos y 1/5 casos fue He2/neu positivo. La evolución posoperatoria en tres de los pacientes fue sin complicaciones y en los otros dos pacientes se presentaron complicaciones locales menores. **CONCLUSIONES:** Se concluye que este estudio representa la primera experiencia Latinoamericana en reconstrucción con colgajo perforado en isla tipo *keystone* en cáncer de mama, obteniendo buenos resultados quirúrgicos y convirtiéndose en una herramienta adicional de reconstrucción.

10. VARIANTE DE LARINGECTOMÍA PARCIAL EN UN CONDROSARCOMA DE BAJO GRADO

JOSÉ FRANCISCO MATA, RAÚL LEÓN, RICHARD NODA, MARIE LGARCÍA, GUILLERMO VELÁZQUEZ.

CLÍNICA ATÍAS. UNIDAD DE MASTOLOGÍA Y ONCOLOGÍA (UMO), UNIDAD DE ANATOMÍA PATOLÓGICA LOS ROSALES, VENEZUELA.

Presentamos una variante de laringectomía parcial (funcional) en un paciente masculino de 42 años, con diagnóstico de condrosarcoma de bajo grado en la laringe, que se originó en el cartílago cricoides. El procedimiento consistió en una hemilaringectomía parcial vertical modificada y hemicricoidectomía con aritenoidectomía preservando la totalidad de la epiglotis. Hacemos un sencillo procedimiento reconstructivo utilizando los músculos pre-tiroideos del lado del defecto y dejamos una traqueostomía entre el 1° y 2° anillo traqueales. Realizamos una breve descripción de los condrosarcomas de la laringe.

La cirugía laringectomía parcial o funcional debe ser ofrecida como una opción quirúrgica en la mayoría de los pacientes con condrosarcoma limitado de la laringe, dejando la laringectomía total para tumores voluminosos o de alto grado.

DÍA: MIÉRCOLES 08 DE OCTUBRE

HORA: 09:00 AM LUGAR: EXPOSICIÓN COMERCIAL

COMPUTADORA 3 TRABAJOS DEL 11 AL 15

PRESIDENTE: DR. GINO BIANCHI

SECRETARIA: DRA. ELSA DI LEONE

COMENTARISTA: DRA. RENATA RINCÓN

11. DETECCIÓN DEL VIRUS PAPILOMA HUMANO Y EXPRESIÓN DE EGFR EN CARCINOMA DE CABEZA Y CUELLO

DAYAHINDARA VEITÍA, JUAN F LIUZZI, MAIRA ÁVILA, ZORAYA DE GUGLIELMO, MARIBEL DA CUNHA, SAÚL SISO, MARÍA CORRENTI

LABORATORIO DE GENÉTICA MOLECULAR. INSTITUTO DE ONCOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA-MPPS. HOSPITAL ONCOLÓGICO PADRE MACHADO-IVSS. CARACAS, VENEZUELA

El carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello, agrupa malignidades del tracto aero digestivo superior cuya causa principal es el consumo de tabaco. Sin embargo, existe un porcentaje significativo de casos que no reporta este hábito, por lo que se ha propuesto la infección por VPH como un factor de riesgo en el desarrollo de dicha malignidad, el cual se ha relacionado con la expresión de EGFR. En este trabajo nos hemos propuesto realizar la detección de VPH y evaluar su relación con la expresión del EGFR con carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello. Se evaluaron 66 muestras de pacientes con este diagnóstico histopatológico; la detección y tipificación viral se realizó con el estuche comercial *INNO-LiPA*®, y la expresión de EGFR se evaluó mediante inmunohistoquímica. El promedio de edad de

los pacientes fue de $60,73\% \pm 13,66$ años, del total 65,12 % correspondió al género masculino y 75,80 % era consumidores de tabaco. El 68,18 % resultó positivo para la infección viral, el 24,4 % correspondió a infecciones mixtas, con virus de alto y bajo riesgo oncogénico, mientras que 15,6 % al genotipo 16. La expresión de EGFR se observó en 24 % de los casos evaluados lo cual se relacionó con la mortalidad de los pacientes y la persistencia de la enfermedad ($P < 0,05$). Aunque no se encontró una evidencia estadísticamente significativa, se pudo observar que aquellos pacientes VPH positivos presentaron una mayor expresión de EGFR, lo que pareciera indicar que la infección viral juega un papel importante en la progresión y persistencia de la enfermedad.

12. LEIOMIOSARCOMA SUPRARRENAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

ALEXIS MORENO, JESÚS LASTRA, HERMES PÉREZ

SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO. IVSS. CARACAS, VENEZUELA.

OBJETIVO: El leiomiosarcoma suprarrenal es una neoplasia mesenquimal infrecuente, representa menos del 1 % de los sarcomas, derivan del músculo liso de los vasos suprarrenales. Se trata de una entidad rara de muy mal pronóstico y hasta la actualidad se han descrito menos de 20 casos. El diagnóstico preoperatorio es dado a través de TAC o RMN. El pilar fundamental del tratamiento es la cirugía suprarrenalectomía abierta o laparoscópica y radioterapia adyuvante. Presentamos las características clínico patológicas de esta rara entidad en un caso clínico. **CASO CLÍNICO:** Masculino de 44 años quien consulta por presentar dolor localizado en fosa lumbar izquierda, leve, persistente. Examen físico: abdomen globoso, blando, deprimible, doloroso a la palpación en fosa lumbar izquierda. Paraclínicos: laboratorios: ácido vanilmandélico 7,99 mg/24h, catecolaminas libres en orina 47,4 µg/24 h, cortisol libre en orina 54,7 µg/24h

ACTH 40,6 pg/mL, cortisol en suero 11,2 µg/dL. Resonancia magnética: LOE de 7 cm x 6 cm sólido, en contacto con el polo superior del riñón izquierdo, es llevada a mesa operatoria con los siguientes hallazgos: tumor localizado en glándula suprarrenal izquierda de 12 cm x 10 cm de diámetro, consistencia dura, color pardo, amarillento. Intervención quirúrgica: suprarrenalectomía izquierda laparoscópica. Biopsia: tumor mesenquimal maligno con áreas fusocelulares, áreas de pleomorfismo nuclear acentuado, necrosis y hemorragia. El tumor infiltra la cápsula adrenal y al tejido adiposo, invasión angio-linfática presente. Inmunohistoquímica: células neoplásicas positivas para actina, desmina y vimentina, concluyen: leiomioma de alto grado de glándula suprarrenal. **CONCLUSIÓN:** Es una entidad rara, pronóstico pobre, el paciente cursa con dolor lumbar, el diagnóstico preoperatorio se realiza de manera incidental con TAC o RMN, y el diagnóstico definitivo es durante la cirugía, biopsia e inmunohistoquímica y se consideran factores pronósticos adversos tamaño tumoral >5 cm, alto grado, mitosis y necrosis, la radioterapia adyuvante está indicada para disminuir recurrencia local. En presencia de una masa suprarrenal se debe de pensar en tumores mesenquimales en vista de su agresividad y mal pronóstico.

13. CARCINOSARCOMA UTERINO. A PROPÓSITO DE UN CASO

ALEXIS MORENO, CARLOS QUINTERO.

SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO. IVSS. CARACAS, VENEZUELA.

OBJETIVO: El carcinosarcoma es un tumor bifásico maligno compuesto de un componente epitelial y otro sarcomatoide, representan 2 % a 5 % de todos los cánceres uterinos, y el 16,4 % de todas las muertes causada por un tumor maligno del útero. Se trata de una entidad de muy mal pronóstico. El diagnóstico

preoperatorio es dado a través de biopsia de endometrio e inmunohistoquímica, TAC o RMN. El pilar fundamental del tratamiento es la cirugía histerectomía abdominal total más ooforosalingectomía bilateral más linfadenectomía pélvica y para-aórtica y radioterapia adyuvante. **CASO CLÍNICO:** Femenina de 77 años quien consulta por presentar sangrado genital posmenopáusico realizan biopsia de endometrio y reporta carcinosarcoma uterino. Examen físico: genitales externos sin alteraciones, tacto vaginal y rectal no tumor palpable, fondos de saco y parametrios libres. Paraclínicos: RMN abdomen y pelvis: aumento difuso de tamaño del útero mide 10 cm x 5 cm con luz endometrial heterogénea prominente que mide 2,5 cm se conservan ambos anexos y planos de clivaje circunvecinos. Es llevada a mesa operatoria con los siguientes hallazgos: útero de 9 cm x 6 cm x 4 cm de diámetro, de superficie irregular, consistencia dura, deformado hacia el fondo uterino. Apertura de la pieza: se evidencia invasión del tumor más del 50 % del miometrio. Biopsia: tumor mixto mülleriano maligno (carcinosarcoma) tamaño tumoral 6 cm x 3 cm. Actividad mitótica: 4 mitosis en 10 campos de 400 X. Reacción desmoplásica estromal: presente. Necrosis tumoral: presente. Infiltración miometrial en 50 %. Inmunohistoquímica: positiva a citoqueratina AE1/AE3, citoqueratina 7, antígeno de membrana epitelial, miogenina, vimentina, proteína S-100, CD 34. Diagnóstico: carcinosarcoma uterino. **DISCUSIÓN:** Es una entidad poco común, pronóstico pobre, la paciente cursa con sangrado uterino posmenopáusico, el diagnóstico preoperatorio se realiza mediante biopsia de endometrio e inmunohistoquímica y se consideran factores pronósticos adversos tamaño tumoral >5 cm, alto grado, mitosis, invasión miometrial, la radioterapia adyuvante está indicada para disminuir recurrencia local. **CONCLUSIÓN:** La detección de esta patología en estadios iniciales, la cirugía, linfadenectomía y radioterapia adyuvante disminuye el porcentaje de recidiva locoregional.

14. CIRUGÍA PRESERVADORA DE EXTREMI- DADES EN SARCOMAS DE ALTO GRADO DE LA CINTURA ESCAPULAR

YIHAD KHALEK, LUIS PALACIOS, KATHERYNE KOURY, JHONATAN RODRÍGUEZ, YANIRA VUOLO, DANIEL LÓPEZ

SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO IVSS. CARACAS, VENEZUELA.

Los sarcomas constituyen el 1 % neoplasias malignas adultos. Están conformados por más de 50 subtipos histológicos. Su ubicación suele ser en extremidades 60 %. La cintura escapular es una frecuente ubicación de los sarcomas de alto grado (húmero proximal). Presentamos un paciente masculino de 40 años que cursa enfermedad caracterizada por dolor y aumento de volumen en hombro derecho, exacerbado con la actividad física, de intensidad progresiva, diagnosticándose sarcoma de células fusiformes con diferenciación miógena. Se realizó resección de tercio distal de clavícula, hemiescapulectomía y reconstrucción. Evolución satisfactoria. El resultado de la biopsia definitiva es: tumor mesenquimal maligno de alto grado con predominio de células fusiformes. Recibe radioterapia adyuvante. En el control de octubre se evidencia progresión pulmonar por lo que inicia quimioterapia. En mayo de 2014, en vista de disminución tomográfica de la enfermedad a oligometastásica se decide toracotomía, sin embargo, el hallazgo operatorio es de múltiples lesiones menores de 0,5 cm en lóbulo superior e inferior izquierdo, pared costal y diafragma, se decide sin criterios de reseabilidad y se envía oncología médica para continuar tratamiento sistémico.

15. DISMINUCIÓN DE LA CARDIO- TOXICIDAD EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA PLANIFICADAS CON TÉCNICA MAMA PRONA.

JOSÉ M OLIVARES, NEYLA R CARDOZO, THAIS M REBOLLEDO, LIXMAR AGUILAR, CARLOS

MOLINA, AURIMARY ZOINO.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA. POSGRADO DE RADIOTERAPIA Y MEDICINA NUCLEAR, VENEZUELA.

Comparar los beneficios de la técnica supina y la técnica mama prona en el riesgo de cardiotoxicidad en pacientes con cáncer de mama en el servicio de radioterapia oncológica y medicina nuclear del Hospital Universitario de Caracas desde mayo 2012 a mayo 2013. El tipo de estudio es retrospectivo transversal, descriptivo, no experimental, donde se utilizarán los criterios de inclusión para la selección de la muestra. La valoración casuística de los pacientes atendidos en este período se registrará en el instrumento de recolección de datos del paciente. Para este estudio se emplearán las técnicas de la estadística descriptiva. El instrumento que se utilizará será fundamental para procesar los resultados de manera porcentual y con histograma de barras, que servirá para obtener los resultados, elaborar la discusión y las conclusiones respectivas.

DÍA: MIÉRCOLES 08 DE OCTUBRE

HORA: 02:00 PM LUGAR: EXPOSICIÓN COMERCIAL

COMPUTADORA 1 TRABAJOS DEL 16 AL 20

PRESIDENTE: DR. ALÍ GODOY

SECRETARIA: DR. FRANCISCO LÓPEZ

COMENTARISTA: DR. ROMANO MASI

16. SCHWANOMA CELULAR RETRO- PERITONEAL, REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

ARTURO R CORDERO G, LORETTA DI GIAMPIETRO, MARÍA V GOYO, OMAR BOLÍVAR, ARGELIS LUGO.

HOSPITAL RICARDO BAQUERO GONZÁLEZ, SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL, CARACAS, VENEZUELA.

OBJETIVO: Conocer los schwannoma

y demás tumores de la vaina de los nervios periféricos y sus opciones terapéuticas. Se realizó una revisión bibliográfica sin restricción de tiempo ni idioma. **CASO CLÍNICO:** Paciente femenina de 50 años, quien consulta por dolor y sensación de peso pélvico de dos años de evolución. Antecedentes: HTA controlada. Quirúrgicos: CO de cistocele y rectocele hace 10 años; laparoscopia exploradora + exéresis de quiste de ovario, hace 5 años; safenectomía bilateral hace 4 años. Examen físico: abdomen globoso a expensas de panículo, blando deprimible, no doloroso, con aumento de volumen en fosa iliaca izquierda. Los estudios complementarios reportan: ultrasonido transvaginal: mioma interligamentario izquierdo vs., tumor para-uterino izquierdo sólido. TAC abdomino-pélvica doble contraste: masa sólida heterogénea para uterina izquierda de 10 cm x 10 cm con calcificaciones, útero desplazado contra lateralmente, sin líquido libre. EDS: gastritis aguda antral y esofagitis por reflujo. EDI: colitis aguda inespecífica. Marcadores tumorales: CA 125: 10,5 U/ mL; CEA: 3,5 ng/mL; AFP: 3,2 ng/mL. RM: imagen hipointensa que capta contraste, de 96 mm x 106 mm para uterina izquierda. Es llevada a mesa operatoria para laparotomía ginecológica + corte congelado. Hallazgos intra-operatorios: tumor sólido retroperitoneal de 15 cm en excavación pélvica. Se realizó: histerectomía abdominal total + ooforosalingectomía bilateral, resección de tumor retroperitoneal. Biopsia intra-operatoria: tumor mesenquimático atípico vs., sarcoma de bajo grado. Biopsia definitiva: tumor estroma atípico compatible con leiomioma atípico, sugiere inmunohistoquímica, la cual reporta inmunomarcaje con S-100 vimentina compatible con schwannoma celular. **CONCLUSIONES:** Posterior a la revisión del tema podemos concluir que el schwannoma celular retroperitoneal es una tumoración poco frecuente. Su forma de presentación es inespecífica y generalmente es un hallazgo casual. Puede confundirse con una neoplasia de ovario cuando es de ubicación pélvica. La TC y la RM son útiles para el

enfrentamiento preoperatorio. No se recomienda la biopsia previa por punción. Su tratamiento es la resección completa.

17. MANEJO DE NEOPLASIA QUÍSTICA MUCINOSA DEL PÁNCREAS. A PROPÓSITO DE UN CASO. REVISIÓN DE LA LITERATURA.

ARTURO CORDERO G, MARÍA V GOYO, ROBERTO RAMÍREZ, CARLOS DE PACE, JORGE ORTÍZ, GABRIEL ÁLVAREZ.

SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL. HOSPITAL DR. RICARDO BAQUERO GONZÁLEZ. CARACAS, VENEZUELA

Los tumores quísticos del páncreas, son un grupo heterogéneo de neoplasias poco frecuentes. **CASO CLÍNICO:** Femenina de 48 años, quien refiere aumento de volumen y dolor abdominal de tipo punzante desde 2012. Examen físico: abdomen globoso, masa palpable en epigastrio hacia la pelvis con extensión hacia flanco izquierdo, indurada, móvil, levemente dolorosa. TAC abdominal: 1. LOE quístico en cuerpo y cola de páncreas, 2. LOE para-uterino izquierdo de naturaleza quística, útero aumentado de tamaño. PAAF endoscópica de quiste pancreático insatisfactorio. Laboratorio: CA 19-9:54,91U/mL. Se realiza laparotomía exploradora + ooforectomía izquierda + corte congelado + histerectomía total + pancreatectomía corpocaudal + esplenectomía + corte congelado. Biopsia definitiva: teratoma quístico benigno, leiomiomas uterinos, neoplasia quística mucinosa no invasiva del páncreas, con displasia de bajo grado, ganglios linfáticos libres. **DISCUSIÓN:** Las neoplasias quísticas mucinosas histológicamente se diferencian tres tipos tumorales: a. El cistoadenoma mucinoso (65 %), que es una lesión benigna sin atipias epiteliales; b. Las neoplasias quísticas mucinosas proliferativas no invasivas (30 %), que presentan diferentes grados de displasia e incluso carcinoma *in situ*, y c. El cistoadenocarcinoma mucinoso invasivo (5 %), que es un tumor maligno

de mal pronóstico. **CONCLUSIÓN:** Las neoplasias quísticas mucinosas del páncreas son tumoraciones que se observan en nuestra práctica médica con mayor frecuencia. Su diagnóstico correcto se ha facilitado con la realización de ecografía más TC con realización de una PAAF. Una vez se tenga la certeza de estar ante una neoplasia quística mucinosa de páncreas, el tratamiento adecuado es la resección quirúrgica adaptada a la localización del tumor.

18. CONFECCIÓN Y UTILIZACIÓN DE FANTOMA ARTESANAL, PARA EL ENTRENAMIENTO EN BIOPSIA DE MAMA GUIADA POR ULTRASONIDO.

ARTURO CORDERO G, MARÍA V GOYO, LORETTA DI GIAMPIETRO, ROBERTO RAMÍREZ, CARLOS DE PACE.

HOSPITAL RICARDO BAQUERO GONZÁLEZ, SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL, VENEZUELA

El aprendizaje de maniobras intervencionistas requiere de la adquisición de técnicas y habilidades manuales en modelos antes de proceder a realizarlas en pacientes. Los fantasmas o simuladores acústicos disponibles en el mercado resultan costosos para la enseñanza y sufren deterioro que tras sucesivas prácticas, por lo cual terminan siendo descartados. El objetivo del trabajo fue evaluar las propiedades acústicas y factibilidad de la construcción y uso de un simulador acústico elaborado por los autores, para la enseñanza de las maniobras de punción a mano alzada guiada por ultrasonografía. Se construyeron simuladores acústicos que fueron ofrecidos a 39 médicos de diferentes especialidades. Cada simulador estaba constituido de un medio comprendido por gelatina, conteniendo globos de agua, uvas, aceitunas y pasas que hicieron de nódulos que debían ser punzados. Al conjunto de médicos les fueron impartidos los conocimientos de la técnica de punción a mano alzada guiada por ultrasonografía, luego les fue entregado un SA.

Concluida la experiencia respondieron una encuesta de satisfacción. La totalidad de los médicos identificaron el nódulo, coordinaron las habilidades manuales a la vez que seguía a la aguja haciendo la punción en el monitor del ecógrafo. El modelo acústico propuesto de fabricación artesanal reunió condiciones acústicas y de ecogenicidad permitiendo el aprendizaje y entrenamiento de la punción guiada por ultrasonografía.

19. SARCOMA DE EWING EXTRA ÓSEO, PRIMARIO GINECOLÓGICO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

CARLOS DE PACE, LORETTA DI GIAMPIETRO, SUNANGELA ESCALONA, MIRIAM MUÑOZ, MARÍA FOO, ARTURO CORDERO.

SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO (IVSS), CARACAS, VENEZUELA.

El sarcoma de Ewing, forma parte de un grupo poco frecuente de tumores malignos no hereditarios con una morfología de células redondas, azules y de pequeño tamaño. En general son de origen óseo, pero en ocasiones pueden originarse a partir de partes blandas, denominándose sarcoma de Ewing extra óseo. En el siguiente artículo describimos el caso de una joven de 18 años que presenta una lesión primaria uterina catalogada como “tumor maligno de células redondas” por biopsia de endometrio, por lo que refieren al Servicio Oncológico Hospitalario del IVSS, donde se solicita inmunohistoquímica que es compatible con sarcoma de Ewing de origen endometrial, la paciente recibe tratamiento con cirugía estadiadora para cáncer de endometrio y posterior quimioterapia adyuvante. El sarcoma de Ewing extra óseo primario de la esfera ginecológica es una entidad rara, de difícil diagnóstico, de mal pronóstico y de muy rara aparición motivo por el cual se decide presentar este caso.

20. HEMIPELVECTOMÍA INTERNA TIPO I. A PROPOSITO DE UN CASO.

YIHAD KHALEK, KATHERYNE KOURY, RUBÉN RODRÍGUEZ, RAFAEL BARRIOS B., KARLA HERNÁNDEZ

SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO DEL IVSS, CARACAS-VENEZUELA.

La cintura pelviana es localización frecuente de tumores primarios y lesiones metastásicas, siendo la realización de una hemipelvectomía (técnica radical donde la exéresis del tumor incluye la resección del hueso ilíaco, las partes blandas adyacente y la extremidad inferior) el tratamiento quirúrgico usualmente empleado. El tratamiento debe basarse en un diagnóstico precoz y exacto, con una biopsia correctamente planeada y ejecutada, la determinación precisa de la localización del tumor y su resección completa con márgenes amplios con un margen de tejido normal. La hemipelvectomía interna involucra la resección de una lesión que incluye toda o parte de la hemipelvis ipsilateral con preservación de la extremidad inferior. Enneking y Dunham (1982) describieron un sistema de clasificación para la resección pélvica basado en el sitio de sección ósea (tipo I en hueso ilíaco; tipo II peri-acetabular, tipo III en el pubis y tipo IV con diferentes combinaciones I-II-III) y en el grado de resección (amplia o radical). La hemipelvectomía externa (desarticulación), en contraste, involucra la resección del hueso innominado y toda la extremidad inferior. La interna se realiza exclusivamente cuando la lesión no involucra las estructuras neurovasculares mayores de la extremidad inferior, permitiendo así la preservación de la funcionalidad del miembro sin comprometer el resultado oncológico de la cirugía. Se trata de paciente masculino de 22 años quien refiere EA de 7 años de evolución caracterizada por dolor en cadera izquierda, evaluado por médico foráneo que solicita estudios de imágenes donde evidencian tumor de hueso ilíaco izquierdo por lo cual refieren a

nuestro centro. Evaluado por el servicio donde se solicitan nuevos estudios de imágenes y se evidencia por RX y TAC digital de pelvis LOE de matriz condroide en el hueso ilíaco izquierdo, que al gammagrama óseo se evidencia como área de hipercaptación en la misma zona. Se le realizó biopsia incisional cuyo resultado reportó osteoblastoma, por lo cual se decidió realizar hemipelvectomía interna izquierda tipo I parcial. Llevado a mesa operatoria y se le practicó la cirugía planificada con resultado satisfactorio. La biopsia definitiva reportó osteoblastoma. Actualmente el paciente se encuentra en control oncológico semestral sin evidencia de enfermedad local, con adecuada movilización del miembro inferior izquierdo.

DÍA: MIÉRCOLES 08 DE OCTUBRE HORA: 02:00 PM

LUGAR: EXPOSICIÓN COMERCIAL COMPUTADORA 2 TRABAJOS DEL 21 AL 25

PRESIDENTE: DR. CARLOS PACHECO

SECRETARIO: DR. GONZALO BARRIOS

COMENTARISTA: DR. JOSÉ ANTONIO ESTÉVEZ

21. CÁNCER DE MAMA ASOCIADO AL EMBARAZO. REVISIÓN DE UN CASO.

ÁLVARO GÓMEZ R, MARÍA J ESPINOZA, RAFAEL BARRIOS B., DANUSKA SALAS, ADRIANA GONZÁLEZ, VERÓNICA GONZÁLEZ.

SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO DEL IVSS, VENEZUELA

El cáncer de mama asociado al embarazo es todo tumor maligno primario de mama diagnosticado durante la gestación o primer año posparto. Constituye un desafío por retraso del diagnóstico (5-15 meses) y ocurre en 1 de cada 3 000 embarazos (0,2 %-3,8 %). Se trata de paciente de 32 años, gestante de 33 semanas y 4 días, referida al Servicio Oncológico Hospitalario del IVSS por resultado de carcinoma ductal en

punción y aspirado con aguja fina (13/03/2014) de lesión sospechosa en mama derecha. En examen físico impresionan mamas voluminosas, asimétricas; en unión de cuadrantes inferiores de mama derecha se palpa tumor de 4 cm, duro, bordes irregulares, infiltra piel; en axila derecha adenopatía única. Resto del examen físico normal. Se realiza biopsia con aguja gruesa eco-guiada que reporta carcinoma ductal infiltrante moderadamente diferenciado, receptores estrógeno positivo (30%), receptores progesterona positivo (60%), Her2/neu positivo (+++), Ki67 20%. Se clasifica como cT4bN1M0 estadio IIIB. Se realiza cesárea segmentaria de feto único (23/05/2014), previamente se realiza mamografía bilateral. El 27/05/2014 inicia quimioterapia neoadyuvante. El USM, estudio inocuo para el feto, localiza el tumor en más del 78% de los casos (sensibilidad 93% y en combinación con biopsia con aguja gruesa ecoguiada aumenta a 100%). La mamografía bilateral tiene una sensibilidad de 78%-90%, representa mínimo riesgo para el feto al usar protección abdominal. El tratamiento dependerá del trimestre del embarazo y agresividad del tumor. La primera opción es quirúrgica (mastectomía radical modificada de Madden). La quimioterapia se utiliza a partir del segundo trimestre. El uso de radioterapia es controversial. La hormonoterapia (ejemplo tamoxifeno) está contraindicada.

22. METÁSTASIS EN UN QUISTE BRANQUIAL DE UN CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES. A PROPÓSITO DE UN CASO.

PEDRO L MÁRQUEZ, JUAN F LIUZZI, CARMEN SILVA, MARÍA ESPINOZA, YANIRA VUOLO, LUIS ALEMÁN

SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO DEL IVSS. VENEZUELA.

OBJETIVO: El carcinoma papilar de tiroides es la afectación maligna más frecuente de la glándula tiroides (68%-74%), la de mejor

pronóstico por delante del carcinoma folicular, medular y anaplásico y está asociada a metástasis cervicales en un 30%-90% de los pacientes en el momento del diagnóstico. Las metástasis quísticas cervicales son infrecuentes, siendo el origen del tumor primario más común a nivel de orofaringe: amígdalas palatinas (33%-64%) y base de lengua (37%-60%), seguido del carcinoma papilar de tiroides. **CASO CLÍNICO:** Se trata de paciente masculino de 72 años de edad, con antecedente de tiroidectomía total en el año 2002 por carcinoma papilar de tiroides, que invadía la cápsula del lóbulo izquierdo de la glándula; recibió 200 mCi de I¹³¹. En el año 2010 acudió a nuestro centro por presentar nódulo subcutáneo a nivel de cicatriz, se procedió a la resección del mismo, cuya biopsia reportó: infiltración por carcinoma papilar. Referido a medicina nuclear, indican 200 mCi de I¹³¹ en el 2011. Permaneció en control por cabeza y cuello y endocrinología, con terapia supresora con Euthyrox® 150 µg, manteniéndose con niveles de TG menores de 2 ng/mL (VR: 0-5ng/mL). En septiembre 2010 presentó elevación de niveles de TG: 8 ng/mL, sin adenopatías palpables. Acudió nuevamente en octubre, presentando adenopatía palpable en nivel III izquierdo. US cervical: lesión heterogénea sólido-quística sin atenuación al paso del sonido en región latero cervical izquierda sugestiva de metástasis. PAAF: insatisfactoria. Llevado a mesa operatoria se realizó resección del nódulo + corte congelado (positivo) + DCS niveles II-V izquierdo. Hallazgos intra-operatorios: 1. Tumor quístico de 3 cm nivel III izquierdo. 2. Múltiples adenopatías II-IV izquierdo. Biopsia definitiva: carcinoma papilar de tiroides metastásico, ubicado en la pared de quiste branquial, no se evidenció ganglio linfático. Inmunohistoquímica: vimentina, TTF1, citoqueratina AE1/AE3, tiroglobulina, citoqueratina 7: positiva, conclusión: carcinoma papilar metastásico. **DISCUSIÓN:** Existen dos teorías que expliquen la aparición de un carcinoma papilar en un quiste branquial: carcinomas en tejido tiroideo ectópico dentro

de un quiste branquial, defendida por algunos autores o metástasis tiroidea defendida por la mayoría. La incidencia de las metástasis de un carcinoma papilar en un quiste branquial, son extremadamente raras, sin embargo, hay que diferenciarlas de las metástasis quísticas de origen papilar que es del 11 %. **CONCLUSIÓN:** La metástasis de un carcinoma papilar en un quiste branquial es una entidad poco común y no hay casos descritos en la literatura venezolana.

23. CARCINOSARCOMA HEPÁTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

PEDRO L M Á R Q U E Z, MARÍA ESPINOZA, AMADOR GUZMÁN, MIGUEL ESCALANTE, KATHERINE KOURY, LUIS ALEMÁN

SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO DEL IVSS, VENEZUELA.

El carcinosarcoma es un tumor bifásico maligno compuesto de un componente epitelial y otro sarcomatoide, según la OMS. Se trata de una entidad rara de muy mal pronóstico y hasta la actualidad se han descrito menos de 30 casos. Por lo que estudios sobre los factores de riesgo, epidemiología, patogénesis del tumor, así como la experiencia en su tratamiento son limitados. Presentamos las características clínico patológicas de esta rara entidad en un caso clínico. Femenina de 59 años consulta con dolor abdominal en hipocondrio derecho punzante irradiado a tórax posterior. Examen físico: abdomen blando, deprimible, doloroso en hipocondrio derecho, hígado aumentado de tamaño y consistencia, de borde romo más de 15 cm, superficie irregular, no ascitis. Paraclínicos: laboratorio: fosfatasa alcalina: 509. TAC abdomen y pelvis con contraste: tres lesiones focales hepáticas que confluyen y pierden el plano de clivaje entre sí y ocupan la totalidad del lóbulo derecho, en sentido antero-inferior, lesión sólida sospechosa podría estar en relación con hepatocarcinoma. Las otras pueden estar en relación con hemangioma

cavernoso gigante. No signos de hipertensión portal. Colangioma: lesiones focales hepáticas. Vías biliares sin alteración. Colectomía: es llevada a mesa con los siguientes hallazgos: 1. Tumor del lóbulo hepático derecho de 16 cm de diámetro. 2. Adenopatía del hilio hepático de 2,5 cm, corte congelado negativo. Biopsia: sugestivo de hemangioendotelioma epitelioide. Inmunohistoquímica: citoqueratina AE1, AE2, 7 + (epitelial) CD10, vimentina positiva (epitelial-mesenquimática). CD34-31 (+vasos sanguíneos), tumor maligno bifásico carcinosarcoma metastásico.

24. POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR. REPORTE DE UN CASO

DANIUSKA SALAS, PEDRO M Á R Q U E Z, RUBÉN HERNÁNDEZ, RAFAEL BARRIOS R, LUIS ALEMÁN, KARLA HERNÁNDEZ

SERVICIO DE VÍAS DIGESTIVAS ONCOLÓGICO "PADRE MACHADO" CARACAS, VENEZUELA

OBJETIVO: Los síndromes polipósicos comprenden un grupo de condiciones en las cuales se desarrollan numerosos pólipos gastrointestinales. La mayor parte de estas condiciones son hereditarias y presentan riesgo elevado de carcinoma colorrectal. **CASO CLÍNICO:** Masculino de 16 años quien inicia EA desde 2003, cuando presenta rectorragia, realizándose estudio colonoscópico, con biopsia que reporta pólipo rectal de retención. Desde 2008 hasta 2013, es sometido a cuatro (4) procedimientos endoscópicos + polipectomía sin mejoría clínica: diarrea persistente, rectorragia y desnutrición proteica calórica. En vista de ello es ingresado a la institución, decidiéndose procedimiento quirúrgico. **MÉTODO:** Se realiza desde 2008 6 colonoscopias siendo la última 21/01/14 reportando. Desde recto bajo hasta ciego, múltiples lesiones elevadas, de superficie lisa, sésiles, pediculadas y semipediculadas, de diferentes tamaños (desde los 5 mm de diámetro hasta más de 2 cm). En descendente: lesión

polipoidea, bilobulada, con pedículo largo, de gran tamaño con cambios en el patrón mucosal y vascular. Diagnóstico: poliposis colónica. **RESULTADOS:** Colectomía total asistida por laparoscopia + íleo ano anastomosis+ *Pouch Ileal*+ ileostomía derivativa. Es llevado a mesa operatoria en abril 2014, y es re-intervenido el 30/05/14, para cierre de ileostomía. Anatomía patológica: poliposis adenomatosa de colon morfológicamente compatible con poliposis adenomatosa familiar clásica. **DISCUSIÓN:** Es una enfermedad autosómica dominante caracterizada por la aparición de pólipos a nivel de todo el colon, presentando manifestaciones extra-colónicas. El 100 % de los pacientes desarrollan cáncer de colon a los 50 años. El diagnóstico debe realizarse por *screening* en pacientes con mutación del APC.

25. FIBROSARCOMA EN CUERO CABELLUDO COMO LOCALIZACIÓN INFRECUENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

VILMA S MUÑOZ, RONALD CASTILLO, CÉSAR RAMOS, PEDRO SARMIENTO, ANYELÍN FERNÁNDEZ, DANIEL VERDECCHIA, CARLOS GAVIDIA

INSTITUTO DE ONCOLOGÍA "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO". SERVICIO DE CABEZA Y CUELLO. VALENCIA, ESTADO CARABOBO.

Los sarcoma de tejido blando son tumores malignos derivados del mesodermo, la edad de presentación más frecuente esta entre la 5ª y 7ª década de la vida, mayormente en el sexo masculino, la localización más frecuente es en las extremidades, quedando solo un 1 % de presentación en el cuero cabelludo. De todos los tumores, solo el 1 % corresponde a sarcomas primarios y, de estos, el 36 % son fibrosarcomas. De estos últimos, solo entre el 5 %-15 % se localiza en cabeza y cuello, por consiguiente, son raros de encontrar durante la práctica clínica habitual. Por tal motivo, presentamos el siguiente caso, de un paciente de 40 años con 3 lesiones

nodulares, dos de ellas de aproximadamente 6 cm y la menor de 3 cm, ocupando la región biparietal, discretamente dolorosas, llevándose a cabo una resección amplia de la lesión sin reconstrucción inmediata. Siendo re-intervenido tres meses después para confección de injerto libre para cubrir el defecto; evolucionando de forma satisfactoria, sin evidencia locorregional, ni a distancia de enfermedad.

DÍA MIÉRCOLES 08 HORA: 02:00 PM
LUGAR: EXPOSICIÓN COMERCIAL
COMPUTADORA 3 TRABAJOS DEL 26 AL 30
PRESIDENTE: DR. HÉCTOR GONZÁLEZ
SECRETARIA: DR. JUAN SASTRE
COMENTARISTA: DR. HÉCTOR JIMÉNEZ

26. CARCINOMA SINCRÓNICO DE MAMA

JOSÉ MORO, BRAULIO MORO, ALESSANDRA MANGANO, JANETH CHUMBIMUNI.

INSTITUTO DE ONCOLOGÍA "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO", VALENCIA, ESTADO CARABOBO.

El cáncer de mama sincrónico son todos aquellos tumores que se diagnostican al mismo tiempo, su incidencia se encuentra en 1 %-2,5 % de los casos, puede tener dos orígenes: primario o metastásico, existen criterios para descartar metástasis y hacer el diagnóstico de carcinoma primario sincrónico. Se evalúa el caso de una paciente de 61 años con carcinoma primario sincrónico bilateral de mama.

27. MELANOMA EN ABDOMEN CON DOBLE VÍA DE DRENAJE LINFÁTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

DONNERYS RIVAS, STEVEN AYESA, ALESSANDRA MANGANO, BAHIA MAHMOUD, RICARDO GONZÁLEZ, JORGE MOSQUERA

INSTITUTO DE ONCOLOGÍA "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO", VALENCIA, ESTADO CARABOBO.

El melanoma es un cáncer de piel que se origina en los melanocitos, células originadas en la cresta neural que migran durante el desarrollo embriológico y se localiza en la capa basal de la epidermis. Es el tercer tumor más común de piel y el más agresivo de ellos. **CASO CLÍNICO:** Se trata de paciente masculino de 56 años de edad, quien inicio enfermedad actual 8 meses antes de su consulta al hospital, cuando evidencia lesión nodular hipercrómica en abdomen, de crecimiento progresivo, pruriginoso, no doloroso, por lo que consultó facultativo quien realiza biopsia la cual reporta melanoma maligno. Al examen físico se evidenció lesión nodular de 5 cm x 4 cm, negra con áreas heterogéneas de color azul y marrón, lesión satélite a 10 cm de distancia en sentido cefálico de 1,5 cm. Región axilar e inguinal sin adenopatías. Resto de examen físico sin lesiones. Estudios de extensión sin evidencia de enfermedad. Se indica linfocintigrafía en la cual evidencia migración del trazador a ganglio inguinal izquierdo único. Se decide llevar a quirófano para resección amplia de lesión y disección inguinal-ilíaca izquierda y biopsia ganglio centinela axilar. Se realiza ganglio centinela con poco material para diagnóstico por lo que se decidió realizar vaciamiento axilar niveles I/II/III. La histopatología definitiva reporta melanoma maligno Clark IV, Breslow 1,2 cm, con 1/17 ganglios linfáticos inguinoiliacos positivos, 3/14 ganglios axilares positivos. Metástasis en tránsito de 0,3 cm x 0,3 cm. Posoperatorio satisfactorio. Referido para tratamiento sistémico a título adyuvante. Fallece un mes luego de la cirugía por trombo-embolismo pulmonar. **CONCLUSIÓN:** El melanoma cutáneo ha ido en aumento progresivamente y en forma alarmante especialmente durante las dos últimas décadas. Su prevención, controlando los factores de riesgo, debe ser el objetivo principal de las diferentes entidades de salud, creando campañas educativas en la población de alto riesgo.

28. SARCOMA DE EWING/PNET. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

DONNERYS RIVAS, STEVEN AYESA, ALESSANDRA MANGANO, BAHIA MAHMOUD, RICARDO GONZÁLEZ, JORGE MOSQUERA

INSTITUTO DE ONCOLOGÍA "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO", VALENCIA, ESTADO CARABOBO. VENEZUELA

El sarcoma de Ewing es el prototipo de las neoplasias malignas de células redondas y pequeñas que afectan al hueso. Se puede presentar en cualquier momento durante la niñez y comienzos de la edad adulta. El tumor puede originarse en cualquier parte del cuerpo, generalmente en los huesos largos de las extremidades, la pelvis o el tórax, al igual que en el cráneo o en los huesos planos del tronco. Es el sexto tumor óseo maligno en frecuencia, con una incidencia del 11 % de todos los tumores óseos. Es el segundo tumor óseo maligno más frecuente en la infancia. Se presenta en gente joven con mayor frecuencia en la segunda década de la vida, el 90 % de los casos antes de los 20 años, con una media a los 13 años, más predominante en el sexo masculino. Se presenta el caso de un escolar, masculino, de 9 años de edad con clínica de tres meses de evolución cuando presenta aumento de volumen en pierna izquierda, progresivo, indoloro, sin impotencia funcional por lo que consulta a facultativo. Paciente sin antecedentes personales, madre con cáncer de mama, resto sanos. Asintomático, al examen físico se evidencia tumor en dos tercios superiores de pierna izquierda, no doloroso a la palpación, de aproximadamente 6 cm, fijo. Se indican estudio radiológico simple de pierna izquierda evidenciando imagen en tercio medio de peroné izquierdo, osteolítica, con ruptura de la cortical hacia su parte medial, y aumento de partes blandas. En vista de hallazgo se indica resonancia magnética nuclear de miembro inferior evidenciando lesión ocupante

de espacio en peroné izquierdo de densidad heterogénea. Se realiza biopsia de lesión la cual reporta tumor de células redondas y pequeñas con morfología de sarcoma de Ewing/PNET, de crecimiento expansivo, intramedular, con infiltración de partes blandas. Es llevado a cirugía donde se le realiza resección amplia de peroné. El resultado de la inmunohistoquímica confirmó el diagnóstico de sarcoma de Ewing/PNET, siendo el inmunomarcaje positivo para enolasa, sinaptofisina FLY1 y CD99. Paciente con evolución clínica satisfactoria, libre de enfermedad en 6 meses de seguimiento.

29. LINFOMA ÓSEO PRIMARIO DE CALCÁNEO. DESCRIPCIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

DONNERYS RIVAS, STEVEN AYESA, EMELISSA SOSA, RICARDO GONZÁLEZ, LUIS YÁNEZ, HÉCTOR JIMÉNEZ

*INSTITUTO DE ONCOLOGÍA "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO"
VALENCIA, ESTADO CARABOBO, VENEZUELA*

El linfoma óseo primario se define como aquel caso en el que se documente una lesión ósea única, sin evidencia de linfoma ganglionar o de síntomas generales que sugieran compromiso sistémico, por lo menos 6 meses después del diagnóstico de la lesión primaria. Presentamos el caso de una paciente femenina de 27 años de edad con antecedente de traumatismo de tobillo izquierdo hace 6 años. Consultó en marzo de 2011 por presentar dolor y aumento de volumen en pie izquierdo, progresivo, incapacitante, no atenuado. Al examen físico se evidencia aumento de volumen en región de ante pie, bimalleolar y en talón de pie izquierdo, con edema regional, doloroso a la palpación. Se realiza estudio radiológico de pie izquierdo evidenciando lesión osteolítica que compromete en hueso calcáneo con importante edema de partes blandas. Se realiza una resonancia magnética nuclear que mostraba LOE sólido con contornos irregulares localizado en el tejido

celular subcutáneo en la región talar izquierda con invasión y erosión ósea del calcáneo izquierdo que posterior a la administración de gadolinio presenta realce heterogéneo de etiología neoproliferativa. En vista de hallazgos se realiza protocolo óseo en nuestro centro y el resultado de anatomía patológica reporta sin evidencia de células linfoideas atípicas ni criterios histológicos que sugieran compromiso medular por enfermedad linfoproliferativa. Se realizó estudio inmunohistoquímico el cual reportó linfoma difuso de células grandes tipo B. Recibe quimioterapia con esquema de primera línea RCHOP + metotexate por 8 ciclos culminado en mayo de 2012. Posteriormente recibe radioterapia con campos laterales opuestos 4 000 cGy, a título de consolidación. Con respuesta satisfactoria. Paciente en seguimiento de 2 años libre de enfermedad.

30. CARCINOSARCOMA UTERINO. CASO CLÍNICO

EMELISSA SOSA, WILFREDO PERFETTI G, CONSUELO CHUMBIMUNI, DONNERYS RIVAS, OSMARA GELDER, GUSTAVO BRACHO

*INSTITUTO DE ONCOLOGÍA "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO",
UNIVERSIDAD DE CARABOBO, ESTADO CARABOBO,
VENEZUELA*

Los carcinosarcomas uterinos o tumores müllerianos mixtos malignos son neoplasias poco frecuentes, representando del 2 % al 3% de todos los cánceres endometriales. Histológicamente están formados por una mezcla de componente epitelial y mesenquimal malignos. Se presenta el caso de una paciente de 68 años quien consultó por presentar sangrado genital posmenopáusico y lesiones genitales abortivas, clínicamente se evidenció lesión exofítica, polipoidea, que protruí a través del orificio cervical externo, fue tratada quirúrgicamente realizándosele protocolo de endometrio. El resultado de la biopsia definitiva fue carcinosarcoma uterino. Los carcinosarcomas son tumores muy agresivos

e infrecuentes, suelen presentarse en pacientes con edad media entre los 61 y 69 años. La supervivencia media a los 5 años oscila entre el 25 % al 40 % en la mayoría de las series. El tratamiento es fundamentalmente quirúrgico y depende del estadio al momento del diagnóstico.

DÍA: JUEVES 09 DE OCTUBRE HORA: 09:00 AM

LUGAR: EXPOSICIÓN COMERCIAL

COMPUTADORA 1 TRABAJOS DEL 31 AL 35

PRESIDENTE: DRA. JACDEBLINE DORDELLY

SECRETARIO: DR. ROBERTO CASTRO

COMENTARISTA: DR. HUGO RUIZ

31. RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA (INTRABEAM) TÉCNICA DE APLICACIÓN. EXPERIENCIA DE LA UNIDAD DE MASTOLOGÍA DE LA CLÍNICA LEOPOLDO AGUERREVERE

GERARDO HERNÁNDEZ M, RICARDO PAREDES H, ALECIA COSSON, CLAUDIA GONZALEZ C, JUAN HERNÁNDEZ R, IVO RODRÍGUEZ

CLÍNICA LEOPOLDO AGUERREVERE, CARACAS, VENEZUELA

OBJETIVO: La radioterapia intra-operatoria como parte de las técnicas de radioterapia parcial a la mama ha demostrado ser tan efectiva, en pacientes seleccionadas, al compararla con la radioterapia externa convencional, con beneficios en tiempo de aplicación, efectos secundarios y reincorporación a la actividad normal del paciente, además de las implicaciones emocionales que representa que en un mismo acto se realice la resección del tumor, evaluación de la axila con el ganglio centinela y la radioterapia a la mama. **MÉTODO:** En la Unidad de Mastología de la Clínica Leopoldo Aguerrevere hemos utilizado el dispositivo *Intrabeam* (Carl Zeiss Surgical Oberkochen, Alemania®), para irradiar 74 pacientes, 44 de ellos como tratamiento

único y 30 como refuerzo o *boost*. Utilizamos el generador de rayos X al que se le coloca un aplicador esférico cuyo diámetro varía de entre 1,5 cm a 5 cm y se sitúa en la cavidad del cáncer extirpado con márgenes adecuados, verificados en el momento por el servicio de anatomía patológica. Luego de la tumorectomía se desarrolla un bolsillo donde se coloca la esfera, se cierra mediante la colocación de una jareta, asegurando que no exista espacio entre la superficie de la esfera y la del lecho tumoral. Se protege la piel con retractor bucal, gasa húmeda o puntos de sutura. Se colocan protectores y se realiza la radioterapia, con una duración que varía entre los 15 y 45 min, dependiendo del diámetro del aplicador esférico, entre otras variables. Al terminar el *intrabeam*, se realiza reconstrucción lecho operatorio y se coloca dren de látex. **RESULTADOS:** El procedimiento ha sido bien tolerado, con solamente un 17 % de los casos con fibrosis pasajera y en el 12 % ceroma. No hubo complicaciones mayores como dehiscencia de la herida o necrosis de los bordes. No es necesario colocar protección especial al equipo quirúrgico, ni modificaciones especiales en el área operatoria. **CONCLUSIÓN:** En esta presentación preliminar queremos demostrar que la radioterapia intra-operatoria es segura. Su técnica de aplicación sencilla, con resultados rápidos, efectivos y pocos efectos secundarios.

32. LEIOMIOMA UTERINO BIZARRO A PROPÓSITO DE UN CASO

WILFREDO PERFETTI, CONSUELO CHUMBIBUNI, EMELISSA SOSA, RODOLFO PÉREZ, OSMARA GELDER.

INSTITUTO ONCOLÓGICO "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO", VALENCIA, ESTADO CARABOBO, VENEZUELA

OBJETIVO: Los leiomiomas bizarros son tumores del músculo liso poco frecuentes, <1 %, que contienen atipias celulares de moderada a severa, ausencia de necrosis y el índice mitótico es menos de 10 mitosis x 10 HPF. Estas son

lesiones benignas, incluso si hay una alta celularidad. **CASO CLÍNICO:** Femenina de 46 años, con hipermenorrea de 6 meses de evolución. Antecedentes ginecológicos y obstétricos: menarquía a los 12 años, sexarquía a los 17 años, NPS 2, III gestas, II paras, I cesárea. Al examen físico: abdomen blando depresible no doloroso, cuello posterior, corto, sin dolor a la movilización. Ecografía transvaginal: útero en AVF de 9,3 cm x 6,5 cm x 7,9 cm. Imagen nodular intracavitaria a nivel del istmo que mide 28 mm x 13 mm. Biopsia de endometrio: hiperplasia simple sin atipia. Se realiza histerectomía abdominal total más ooforosalingectomía bilateral. **CONCLUSIONES:** La mayoría de estas lesiones son de difícil diagnóstico desde el punto de vista clínico, sus formas de presentación son similares a las lesiones benignas de crecimiento lento del cuerpo uterino, así que su diagnóstico se limita al estudio histopatológico y el análisis inmunohistoquímico pudiera aclarar en caso de dudas el estirpe de estas lesiones. El hallazgo en las piezas definitivas de estas lesiones es el común denominador, y generalmente las cirugías como la miomectomía y las histerectomías bastarían para su tratamiento, enfatizando posteriormente en un seguimiento riguroso.

33. NEOPLASIA ENDOCRINA MÚLTIPLE TIPO 2B, REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA

RONALD CASTILLO G, VILMA S MUÑOZ, CÉSAR RAMOS, PEDRO SARMIENTO, ANYELIN FERNÁNDEZ, WILFREDO PERFETTI C.

INSTITUTO DE ONCOLOGÍA "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO"
VALENCIA ESTADO CARABOBO, VENEZUELA

Los síndromes de neoplasia endocrina múltiple (NEM), se subdividen en tres tipos: El NEM 1 se caracteriza por adenoma de hipófisis, hiperparatiroidismo primario y tumores endocrinos del páncreas. Los NEM 2 tienen dos tipos, NEM 2A, donde el 42 % de los pacientes desarrollan feocromocitomas, mientras que el hiperparatiroidismo solo se

presenta en el 35 % de los casos. El NEM 2B el cual se caracteriza por carcinoma medular de tiroides, feocromocitoma, neuromas de mucosa, en lengua, labios, áreas sub-conjuntivales, y del tracto gastrointestinal. **CASO CLÍNICO:** Se trata de paciente masculino de 27 años de edad a quien se le realiza en septiembre de 2013, tiroidectomía total con disección cervical derecha (extra-hospitalario), con diagnóstico previo de carcinoma papilar de tiroides, biopsia definitiva reportó carcinoma medular multifocal con afectación de ambos lóbulos, invasión capsular y a tejidos blandos, con presencia de metástasis en 5 de 14 ganglios obtenidos con el vaciamiento, por lo que fue referido a nuestro centro. Es ingresado en marzo de 2014, al examen físico de ingreso, se observan rasgos marfanoides, neuroma en mucosa lingual, en cuello se palpa nódulo sub-mandibular izquierdo de 2 cm, no doloroso, por lo que se plantea realizar disección cervical izquierda radical modificada, y en RX de tórax preoperatoria se visualiza una asimetría en ambos diafragmas, hemidiafragma izquierdo elevado con gran distensión colónica. Se realizó disección cervical radical izquierda modificada y laparotomía exploradora evidenciándose gran dilatación del colon transversal y colon descendente, diafragma izquierdo flácido, por lo que se realizó colectomía del transversal y descendente con anastomosis colocolónica termino terminal. El paciente evoluciona en su posoperatorio satisfactoriamente.

34. LEIOMIOSARCOMA DE LARINGE. REPORTE DE CASO CLÍNICO

CONSUELO CHUMBIMUNI, WILFREDO PERFETTI G, EMELISA SOSA, DANIEL VERDECCHIA, JUAN SCARTON, WILFREDO PERFETTI, RAMÓN TÉLLEZ, ANYELIN FERNÁNDEZ, PEDRO SARMIENTO

INSTITUTO ONCOLÓGICO "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO"
ESTADO CARABOBO VENEZUELA

El leiomioma laríngeo es un tumor extraordinariamente infrecuente, constituyen

menos de 1 % de las neoplasias de la cabeza y el cuello en adultos, con menos de 50 casos descritos en la literatura mundial. Su diagnóstico es definitivo por inmunohistoquímica, con pronóstico incierto. Hasta la actualidad su tratamiento es quirúrgico. A continuación, se presenta un nuevo caso clínico, de paciente femenina de 50 años, con diagnóstico de leiomioma de laringe de bajo grado, con tratamiento quirúrgico conservador y recaída a los 2 años, finalizando con laringectomía total. Con una revisión de literatura y casos similares, con la discusión en sus avances en terapia oncológica.

35. PAPEL DE LA RADIOTERAPIA EXTERNA EN EL XERODERMA PIGMENTOSO ASOCIADO A CARCINOMA ESPINOCELULAR. REVISIÓN DE CASO CLÍNICO

YUBILSIS MATA, DANIELA ISERNIA, THAIS REBOLLEDO, MARÍA G VILLEGAS.

CÁTEDRA DE RADIOTERAPIA Y MEDICINA NUCLEAR. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS. UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

El xeroderma pigmentoso es un desorden genético autosómico recesivo en el que existe una incapacidad para la reparación del ADN mutado o alterado por las radiaciones ultravioletas, específicamente se encuentra alterada la vía de reparación de la escisión de nucleótidos, conocida como *NER* por sus siglas en inglés, lo que genera manifestaciones clínicas que se caracterizan por una fotosensibilidad extrema en las áreas expuestas, poiquilodermia, altos índices de cáncer de piel y se ha observado implicación a nivel del sistema nervioso central dado por la atrofia neuronal con repercusiones neurosensoriales. El curso clínico de la enfermedad comienza en la infancia y existe una heterogeneidad en el comportamiento molecular de la misma, está altamente ligado al cáncer no melanoma de piel localizado predominantemente en cabeza y cuello, observándose variabilidad en la morfología y tamaño de las lesiones. Esta

revisión muestra un raro caso de xeroderma pigmentoso en un paciente masculino de 9 años de edad con carcinoma espinocelular en miembro superior derecho tratado con radioterapia externa.

DÍA: JUEVES 09 DE OCTUBRE HORA: 09:00 AM

LUGAR: EXPOSICIÓN COMERCIAL

COMPUTADORA 2 TRABAJOS DEL 36 AL 40

PRESIDENTE: DR. ALBERTO CONTRERAS

SECRETARIA: DRA. NELSY MUÑOZ

COMENTARISTA: DRA. VIRGINIA CASTIGLIA

36. LEIOMIOSARCOMA PÉLVICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

JAVIER J. RAMÍREZ R, ALEXIS RIERA, HERMES GONZÁLEZ, ÁLVARO RAMÍREZ, JOSÉ M ROSALES, MARÍA I VALDIVIA

CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA. VALENCIA, ESTADO CARABOBO VENEZUELA

CASO CLÍNICO: Se presenta el caso de paciente femenino de 35 años, quien en el mes de octubre de 2013, presenta dolor en hipogastrio acompañado de aumento de volumen progresivo en dicha área con cambios en el patrón evacuatorio. Desde inicio de octubre de 2013 evidencia aumento de volumen en región pélvica, motivo por el cual consulta a facultativo con resultado de TAC de abdomen y pelvis contraste oral y endovenoso que reporta LOE de aproximadamente 12 cm x 15 cm ubicado en región pélvica de aspecto heterogéneo que infiltra recto, por lo que se realiza resección del mismo tras abordaje abdominoperineal. Luego de la cirugía la paciente evoluciona satisfactoriamente con resultado de biopsia que reporta leiomioma pélvico. **CONCLUSIÓN:** El leiomioma es un sarcoma agresivo que puede aparecer en varias localizaciones. Aunque ha habido avances en

los protocolos de tratamiento, el leiomioma sigue siendo uno de los sarcomas de tejido blando más difíciles de tratar. Un diagnóstico preciso, la clasificación y un tratamiento multimodal por parte de profesionales médicos con experiencia en estos tumores son esenciales para un resultado favorable.

37. ADENOCARCINOMA ENDOMETRIOIDE GRADO I (FIGO) Y CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS GRADO I (FÜHRMAN), A PROPÓSITO DE UN CASO

NAIZORY MOLINA, DANIELA GUARDIA, GLENDA GARCÍA, MARÍA I VALDIVIA, ROMINA ESTRADA, JOSÉ A FERRER

CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA. VALENCIA, ESTADO CARABOBO, VENEZUELA

El objetivo de este trabajo es reportar un caso de adenocarcinoma endometrioide bien diferenciado estadio I (FIGO) con metástasis hacia ambos ovarios y carcinoma renal de células claras grado I (Führman), en una paciente de 48 años de edad, motivo por el cual se realizó histerectomía radical ampliada tipo 2 con peritonización y cierre de la cúpula vaginal con ooforectomía bilateral más nefrectomía radical izquierda por laparotomía exploratoria. Esta cirugía se enmarca en un protocolo de laparotomía exploratoria con incisión supra-para- infra-umbilical. En ella se verificó la presencia de 300 cm³ de líquido ascítico libre en cavidad, gran LOE de ovario derecho e izquierdo de aspecto heterogéneo de aproximadamente 30 cm x 20 cm y 25 cm x 20 cm respectivamente, LOE en riñón izquierdo con nódulo palpable en polo superior de aproximadamente 5 cm. La cirugía se realizó sin dificultades en un tiempo de 6 h. La paciente no presentó complicaciones posoperatorias; se realimentó y se dio de alta, al segundo y tercer día de posoperatorio, respectivamente.

38. HEMANGIOMA CAVERNOSO DE RECTO. PAPEL DE LA RADIOTERAPIA

NEYLA CARDOZO, JOSÉ M OLIVARES, THAIS M REBOLLEDO, LIXMARAGUILAR, JOEL GUERERE.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS. POSGRADO DE RADIOTERAPIA Y MEDICINA NUCLEAR, VENEZUELA

Los hemangiomas del tracto gastrointestinal son entidades poco frecuentes, especialmente el tipo cavernoso. La principal manifestación clínica es la hemorragia transrectal. De la revisión en la literatura, hasta el momento, se han reportado aproximadamente 350 casos de hemangioma intestinal. Clínicamente suelen presentarse entre los 5-25 años de edad. La hemorragia transrectal indolora es la manifestación más frecuente mientras que la oclusión intestinal, el tenesmo, la urgencia rectal, el dolor abdominal, la masa abdominal y la anemia se presentan menos frecuentemente. La mayor parte de los hemangiomas se localizan en la región recto-sigmoidea del colon y pueden infiltrar estructuras vecinas. La colonoscopia es considerada por varios autores el mejor estudio para el diagnóstico y pueden ser útiles la angiografía, la TAC y el uso de radionúclidos. El único tratamiento efectivo de esta enfermedad es la resección quirúrgica del segmento afectado. Existe muy escasa información, por no decir casi inexistente, en relación al papel de la radioterapia en este tipo de patología, y de las referencias que existen, aun así atribuyen a la radioterapia un excelente papel en este ámbito. Debido a lo anterior se ha decidido publicar nuestra experiencia clínica en el Hospital Universitario de Caracas, con un paciente masculino adolescente de 13 años de edad con un diagnóstico previo establecido de prolapso rectal de larga data, el cual fue evolucionando de forma progresiva hasta enero 2014, cuando presenta sangrado rectal posterior a evacuaciones. Se le realiza colonoscopia que evidencia dilatación vascular (angiodisplasia de recto-sigmoides, prolapso rectal. En vista de la voluminosidad de la lesión se dificulta

la resecabilidad por el servicio y el sangrado importante también limitaba esta acción. Se indica tratamiento con radioterapia externa conformada 3D a recto a título hemostático, dosis fracción: 300 cGy hasta una dosis total de 1 200 cGy para posteriormente realizar resección quirúrgica. Es llevado a mesa operatoria realizándosele resección abdominoperineal con una satisfactoria evolución posterior.

39. TRATAMIENTO PRIMERA LÍNEA EN PACIENTE CON ADC PULMONAR EGFR MUTADO. A PROPÓSITO DE UN CASO

LENIN FIGUEROA R, GEORGE OBLITAS, ADA RODIZ, JOSMAR BETTI, LISDE GONZÁLEZ, GUILLERMO ACEVEDO

UNIDAD ONCOLÓGICA VENEZUELA SC. CARACAS, VENEZUELA

El cáncer de pulmón es la causa más común de muerte no solo en los países desarrollados, también en los países en desarrollo. A pesar de esfuerzos en la detección precoz, la mayoría de los pacientes son diagnosticados con enfermedad localmente avanzada o metastásica. Los avances en biología molecular han cambiado completamente el concepto de la quimioterapia. Dobletes de platino han sido considerados para el tratamiento estándar contra el cáncer de pulmón. El avance más significativo es el hallazgo de la mutación EGFR además de la translocación de EML4-ALK. La mediana de supervivencia de este grupo de pacientes con EGFR mutado ha mejorado a 26-28 meses desde el comienzo del tratamiento. A continuación, se presenta el caso de paciente femenina de 78 años de edad con diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar a quien se le inicia tratamiento con carboplatino, pemetrexed y bevacizumab, continúa con el tratamiento hasta obtener resultados que indican mutación del EGFR, y con solo 1 ciclo de quimioterapia se decide suspender e iniciar tratamiento con erlotinib, en vista de los hallazgos de estudios moleculares, luego de 3 semanas de

tratamiento con erlotinib, la paciente recupera funcionalismo pulmonar y en control de TC de tórax se observa desaparición de las lesiones en más de 80 %. Todo paciente, con mutación identificada debe recibir tratamiento dirigido al contexto de su enfermedad, porque el primer tratamiento que recibe un paciente con cáncer es el que le proporciona más posibilidades.

40. HEMANGIOENDOTELIOMA KAPOSI-FORME MAXILO-ETMOIDAL DERECHO. A PROPÓSITO DE UN CASO

YAZMÍN MILLÁN M, AUGUSTO PEREIRA, MARÍAC GÓMEZ, JESÚS REYES, MILAGROS GUERRERO, LENIN FIGUEROA R.

HOSPITAL DE NIÑOS "DR. JOSÉ MANUEL DE LOS RÍOS" SERVICIO DE ONCOLOGÍA CARACAS, VENEZUELA.

El hemangioendotelioma kaposiforme es un tumor vascular raro, cutáneo o visceral, considerado de bajo grado de malignidad, que puede ir asociado a una trombopenia grave con coagulopatía por consumo (síndrome de Kasabach-Merritt) en pacientes pediátricos. Esta neoplasia fusocelular de células de derivación endotelial ha recibido diferentes denominaciones: hemangioendotelioma *Kaposi-like*, hemangioma con características pseudosarcoma de Kaposi, hemangioendotelioma kaposiforme infantil, tumor vascular localmente metastatizante, o simplemente, hemangioendotelioma. Fue Zukerberg en 1993 quien adoptó el término de hemangioendotelioma Kaposiforme y quien definió sus características. Bajo el término de hemangioendotelioma se definió un tumor con un comportamiento intermedio entre el hemangioma benigno y el angiosarcoma altamente agresivo. Su prevalencia es desconocida. Se han intentado terapias de soporte con esteroides, interferón, quimioterápicos; en algún caso se ha logrado cierta reducción del tamaño tumoral con esteroides. A continuación, presentamos un caso de paciente lactante mayor masculino de 18 meses de edad quien presenta eritema ocular

derecho, epifora y secreción amarillenta por tal motivo es tratado con antibióticos y esteroides, re agudizándose clínica y asociándose aumento de volumen en región naso-orbitaria derecha, es evaluado decidiéndose realización de estudio de imagen TC de senos paranasales evidenciándose LOE que desplaza la pared derecha de la fosa nasal, se realiza resección parcial tumoral, la biopsia informa: hemangioendotelioma kaposiforme, inicia tratamiento oncológico con sirolimus actualmente tres años en tratamiento solo con este medicamento, con respuesta parcial de 60 % a 70 %. Su estatus oncológico es: paciente vivo con actividad tumoral.

DÍA: JUEVES 09 DE OCTUBRE HORA: 09:00 AM

LUGAR: EXPOSICIÓN COMERCIAL

COMPUTADORA 3 TRABAJOS DEL 41 AL 45

PRESIDENTE: DR. HÉCTOR GONZÁLEZ

SECRETARIA: DR. JUAN SASTRE

COMENTARISTA: DR. HÉCTOR JIMÉNEZ

41. TUMOR CARCINOIDE DEL APÉNDICE CECAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

YAZMÍN MILLÁN M, AUGUSTO PEREIRA, MARÍAC GÓMEZ, JESÚS REYES, MILAGROS GUERRERO, LENIN FIGUEROA R.

HOSPITAL DE NIÑOS "DR. JOSÉ MANUEL DE LOS RÍOS"
SERVICIO DE ONCOLOGÍA CARACAS, VENEZUELA

Los tumores carcinoides se clasifican como tumores endocrinos; se considera que los tumores neuroendocrinos derivan del sistema neuroendocrino difuso constituido por células productoras de péptidos y aminos. Su aparición más frecuente ocurre en el apéndice, con aproximadamente un 40 %, seguido por intestino delgado (27 %), el recto (13 %) y los bronquios (11,5 %). El hallazgo de los tumores carcinoides apendiculares es en su gran mayoría incidental,

encontrándose en el estudio histológico de los apéndices resecados por apendicectomías; es por esto que se recomienda el estudio histológico de todos los apéndices operados. El pronóstico es bueno pese a la existencia de diseminación metastásica, alcanzando una supervivencia a los 5 años de 86 % a 100 % en los carcinoides clásicos y cerca de un 80 % en los adenocarcinoides. El tratamiento adyuvante se debe considerar después de la evaluación oncológica para los pacientes con alteraciones hormonales debidas al síndrome carcinoide, lesiones metastásicas sintomáticas o recidivas locales tardías. A continuación se presenta el caso de un paciente masculino de 13 años de edad quien presentó clínica de abdomen agudo quirúrgico: apendicitis aguda, es llevado a mesa operatoria con los hallazgos de: plastrón abscedado en punta de apéndice y apéndice cecal en fase flegmonosa; se realiza biopsia informando: tumor neuroendocrino grado I (carcinoide) de 10 mm paciente actualmente en control luego de 10 meses de resección tumoral, sin recidiva local ni metástasis a distancia; se cataloga al paciente como vivo libre de enfermedad.

42. TUMOR DE WILMS EXTRA-RENAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

YAZMÍN MILLÁN M, AUGUSTO PEREIRA, MARÍAC GÓMEZ, JESÚS REYES, MILAGROS GUERRERO, LENIN FIGUEROA R.

HOSPITAL DE NIÑOS "DR. JOSÉ MANUEL DE LOS RÍOS"
SERVICIO DE ONCOLOGÍA CARACAS, VENEZUELA

El tumor de Wilm's o nefroblastoma es la neoplasia renal maligna primaria más frecuente en la infancia. Constituye el 6 % de todos los cánceres infantiles y el 87 % de las masas renales en niños. La presentación extra renal es excepcional y se suele localizar a nivel retroperitoneal e inguinal, se ha postulado que tiene su origen en restos de tejido renal embrionario ectópico. El tumor de Wilm's es una enfermedad curable en la mayoría de los niños afectados, incluso

cuando existen metástasis hematógenas, más del 90 % de los niños sobrevive después de hacer el diagnóstico. El pronóstico está relacionado no solo con el estadio de la enfermedad al momento del diagnóstico, sino también de los hallazgos histopatológicos, la edad del paciente y el tamaño del tumor, además de la respuesta al tratamiento combinado de cirugía, quimioterapia y radioterapia. Presentamos el caso de paciente femenina de 7 años de edad quien en evaluación de rutina se evidencia masa palpable en fosa ilíaca derecha, se realiza TC abdomino-pélvica que informa LOE retroperitoneal de 7 cm x 5,6 cm x 7 cm, se realiza laparotomía exploradora con los hallazgos de tumoración sólida retroperitoneal adherida a planos profundos, uréter derecho en su superficie, riñón derecho en fosa lumbar no involucrado con tumoración se realiza resección de la lesión, informándose en estudio de anatomía patológica: nefroblastoma tumor de Wilm's de histología favorable estadio III (COG); paciente inicia quimioterapia. Actualmente paciente sin recidiva local ni metástasis comprobable.

43. CONDROSARCOMA MESENQUIMÁTICO EXTRA-ESQUELÉTICO DE REGIÓN CERVICAL

ANYELIN FERNÁNDEZ, WILFREDO PERFETTI, RAMÓN TÉLLEZ, JUAN SCARTON, DANIEL VERDECCHIA, PEDRO SARMIENTO, EDUARDO GUBAIRA, EDDY V MORA

INSTITUTO DE ONCOLOGÍA "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO". VALENCIA, ESTADO CARABOBO, VENEZUELA.

El condrosarcoma mesenquimático extra-esquelético (CME) es una variante inusual de condrosarcoma, representa el 0,15 % de los tumores intracraneales, correspondiendo el 6 % de todos los condrosarcomas de la base del cráneo. Las anomalías cromosómicas descritas son en la región 12q13-15, así como anomalías numéricas en los cromosomas 5, 7, 8 y 18, semejantes a otras neoplasias condroides, ocasionando problemas en el diagnóstico diferencial. **CASO CLÍNICO:**

Paciente femenina de 24 años, con aumento de volumen latero cervical derecho de 2 meses de evolución de 10 cm x 6 cm, RMN: LOE cervical derecho, hiperdenso, que se extiende hasta C3. La biopsia con aguja gruesa, concluyó; neoplasia maligna de células redondas, compatible con condrosarcoma mesenquimático. El examen inmunohistoquímico demostró: vimentina y CD 99 positivo focalmente en células redondas y S-100 marcó las células neoplásicas y cartílago más diferenciado. **CONCLUSIÓN:** El CME es una neoplasia de adultos jóvenes, entre los 20 y 30 años. Radiológicamente puede simular un meningioma e histológicamente un tumor vascular o de células pequeñas y redondas. Los focos de diferenciación condroide son esenciales para el diagnóstico diferencial. La inmunohistoquímica, no siempre permite reconocer el CME de otros sarcomas. Estudios en osteocondromas y condrosarcomas, revelaron alteraciones genéticas en la región 11; 22, importante en su patogénesis. El CME debe tenerse en cuenta en el diagnóstico de los tumores de células redondas y pequeñas en pacientes jóvenes.

44. LARINGOSCOPIA INDIRECTA COMO PROCEDIMIENTO DE RUTINA UTILIZADO POR LOS MÉDICOS GENERALES

VASILIKI ANDROUTSOPOULOS, FRANCISCO INFANTE, OSCAR COLINA

SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL HOSPITAL DR. CARLOS J BELLO. CRUZ ROJA. CARACAS, VENEZUELA

La laringoscopia es un procedimiento frecuente que permite el examen detallado de la laringe o de la tráquea mediante el uso de un espejo, tubo fibro-óptico, u otros medios. Hay dos tipos de laringoscopia. La laringoscopia indirecta comprende sostener un espejo contra la parte posterior de la garganta (faringe) para ver las cuerdas vocales. La laringoscopia directa puede efectuarse con un tubo rígido hueco (laringoscopio) que se introduce a la garganta

por la boca, o con un instrumento fibro-óptico flexible (nasofaringoscopia) introducido a través de un orificio nasal hasta la garganta. Una laringoscopia puede ayudar a determinar las causas de síntomas, como sofocación, sangrado, dificultad para deglutir, ronquera persistente, y otros padecimientos que afectan el área de la laringe, o de la tráquea, o de ambas. La laringoscopia directa también puede usarse para obtener muestras de tejido o extirpar tumores o extraer cuerpos extraños. El objetivo de este trabajo es introducir la laringoscopia indirecta dentro del protocolo de examen físico de rutina, realizado por los profesionales de medicina general, en pacientes que presenten factores de riesgo de patología laríngea, con el fin de poder evaluarlos desde el punto de vista integral, para evitar que muchos casos pasen desapercibidos. Crear programas de educación a estudiantes de medicina, dirigidos a utilizar como herramienta este tipo de laringoscopia, no solo por su inocuidad, sino también por su efectividad al permitir la visualización en aumento de las cuerdas vocales y al más bajo costo.

45. PARAGANGLIOMA CAROTÍDEO, REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

YAJAIRA DÍAZ, CRISTA EMRICH, YENIRE CAMACHO, JAIKEL BAJANCHI, MARÍA DEL CARMEN CORREA

SERVICIO DE CIRUGÍA, HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY, ESTADO ARAGUA, VENEZUELA

Los paragangliomas de cuerpo carotideo son tumores poco frecuentes del sistema neuroendocrino derivados del sistema paragangliónico extra-adrenal, siendo los más frecuentes de este grupo. Cursan con muy baja de tasa de malignidad, están asociados en un 35 % a factores hereditarios. Tienden a presentarse entre la quinta y séptima década de vida como una masa asintomática en la región lateral del cuello. Se caracterizan por ser hipervascularizados con localización en la bifurcación carotidea, son de crecimiento lento e invasivo lo que conlleva

mayormente a un diagnóstico tardío, el cual está basado en estudios imaginológicos como la ecografía dúplex carotidea y como métodos confirmatorios la tomografía computarizada y resonancia magnética. Se presenta el caso de una paciente femenina de 64 años de edad, quien refiere como única clínica, aumento de volumen en hemicuello derecho, debido a una masa adherida a planos profundos no móvil y no dolorosa de cuatro años de evolución, quien acude a facultativo donde en vista de hallazgo imaginológico patológico la refiere al servicio autónomo del Hospital Central de Maracay, donde se decide exéresis del tumor. Siendo posible su recidiva, el seguimiento posoperatorio es importante, porque algunos tumores resultan malignos en el momento de la cirugía. Es de vital importancia la resección temprana del tumor, este puede malignizarse, sabiéndose que no existe un método óptimo de seguimiento, y que no hay evidencia de que haga regresión espontánea, además de que puede hacerse sintomático

DÍA: JUEVES 09 DE OCTUBRE

HORA: 02:00 PM LUGAR: EXPOSICIÓN COMERCIAL

COMPUTADORA 1 TRABAJOS DEL 46 AL 50

PRESIDENTE: DR. ALÍ GODOY

SECRETARIA: DR. FRANCISCO LÓPEZ

COMENTARISTA: DR. ROMANO MASI

46. MANEJO DE PARAGANGLIOMA RETRO-PERITONEAL EXTRA ADRENAL NO FUNCIONANTE. DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO

HENRY BARRIOS, ELIECER PAYARES, MARÍA BERMÚDEZ, EILYN DÍAZ, MIRIAM MUÑOZ, LUIS ALEMÁN

SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO (IVSS), CARACAS, VENEZUELA

Los paragangliomas son neoplasias derivadas de las células cromafines localizadas en la cadena simpática para-aórtica, bifurcación aórtica.

Generalmente son tumores de crecimiento lento y altamente vascularizados, con presentación entre la tercera y la quinta década de la vida y sin una clara predisposición por uno u otro sexo. Son funcionantes en el 25 %-60 % de los pacientes. Se presenta caso de paciente femenino de 39 años de edad, con dolor lumbar punzante derecho irradiado a miembro inferior ipsilateral se solicita estudios de imagen TAC de tórax, abdomen y pelvis, evidenciando LOE retroperitoneal, realizando múltiples biopsias las cuales inicialmente reportan negativas para malignidad. Acude a consulta 4 años después con TAC de abdomen y tórax, con evidencia de tumor retroperitoneo y múltiples LOE hepáticos y pulmonares, se hacen revisión de biopsia e inmunohistoquímica compatibles con paraganglioma, concluyéndose como paraganglioma extra adrenal retroperitoneal no funcionante no resecable con metástasis hepática y pulmonar, recibiendo esquema de quimioterapia con respuesta clínica completa de lesiones hepáticas y pulmonar y parcial de lesión retroperitoneal haciéndose resecable.

47. TUMOR DEL ESTROMA GASTRO-INTESTINAL (*GIST*) EXTRA INTESTINAL A PROPÓSITO DE UN CASO.

LUIS ALEMÁN, ELIECER PAYARES, JAIRO BASCETA, MARÍA ESPINOZA, LUIS PALACIOS, YIHAD KHALEK

SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO IVSS, CARACAS, VENEZUELA

El *GIST* es la designación para un grupo específico de neoplasias mesénquimas que expresan la proteína KIT (CD117). En casos excepcionales, los *GIST* pueden presentarse como tumores primarios fuera del tracto gastrointestinal. Se ha propuesto que los *GIST* se originan a partir de células intersticiales de Cajal. Recientemente, las células intersticiales de Cajal, así como caso de sarcoma de próstata primario con características de *GIST*, se describen en la

próstata 0,1%. Presentamos un nuevo caso de un *GIST* prostático primario que presenta retención urinaria aguda en un masculino de 34 años de edad. **CASO CLÍNICO:** Paciente masculino quien inicia enfermedad actual en febrero de 2011 con clínica de síndrome obstructivo urinario bajo; dado por urgencia miccional, polaquiuria, disminución de fuerza y calibre del chorro miccional y tumor abdominal en relación a hipogastrio. Examen físico: abdomen globoso a expensas de panículo adiposo blando depresible doloroso en relación a hipogastrio con tumor que abarca región pélvica. Tacto rectal esfínter tónico con próstata indurada pética, crecimiento prostático III/IV. Paraclínicos: RMN abdomen/pelvis: se observan LOE gigante que mide 17 cm x 14 cm x 10 cm perdiéndose los planos de clivaje con la próstata. EDI 14/04/11 compresión extrínseca sobre el recto que lo colapsa en un 90 % y dificulta el paso del equipo. EDS 28/04/11: gastropatía congestiva universal, biopsia gastritis crónica leve. Intervención quirúrgica: laparotomía + cistoprostatectomía con reconstrucción de BrikerHx: adherencias moderadas tumor que compromete vejiga y próstata de 14 cm x 8 cm de diámetro adherida a los vasos iliacos izquierdos. Lesión incidental de recto bajo de 1 cm IHQ N° 46588V-CCO 30 /05/11: tumor mesenquimal fusocelular de bajo grado de malignidad: IHQ CD117 90 % CD34 70 % Ki67 positivo 20 %: tumor del estroma gastrointestinal extra intestinal, biopsia 9710-12: tumor en excavación pélvica. Resección: sarcoma de bajo grado de probable origen prostático. Tamaño tumoral 14,2 cm x 8,5 cm x 6,5 cm. **CONCLUSIÓN:** Presentamos un caso raro de *GIST* que surge de la próstata. La identificación de los *GIST* se ha convertido muy importante debido a que la introducción de específica, la terapia dirigida con un inhibidor de tirosina quinasa KIT que ofrece un resultado prometedor para los *GIST* metastásicos. Los médicos deben ser conscientes de esta rara entidad y adoptar estrategias adecuadas de tratamiento que pueden lograr los mejores resultados para los pacientes.

48. RECONSTRUCCIÓN GENITAL EN ENFERMEDAD DE PAGET EXTRA MAMARIA DESCRIPCIÓN DE 2 CASOS CLÍNICOS

DANIEL LÓPEZ, LUIS ALEMÁN, ELIECER PAYARES, JAIRO BASCETA, OTTO GONZÁLEZ, MILVIS FLEITAS.

SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO IVSS. CARACAS, VENEZUELA

La enfermedad de Paget extra mamaria es un adenocarcinoma de diferenciación apocrina que se origina en la epidermis o secundario a la diseminación epidermotropa de neoplasias adyacentes o a distancia. Suele presentarse como una lesión eccematiforme, de límites bien definidos, en zonas ricas en glándulas apocrinas como axilas, zona genital y anal. Su pronóstico depende de 2 factores: la profundidad de la invasión del tumor primario y de la presencia o no de tumor asociado. Se presentan dos casos de pacientes uno masculino y una femenina de 79 y 72 años respectivamente, con antecedentes de resección oncológica de enfermedad Paget perineal más reconstrucción inmediata, con clínica de lesión eritematosa, pruriginosa con áreas blanquecinas y descamativas en región genital. Previa revisión de láminas de biopsias anteriores, nuevas biopsias, estudios de extensión y evaluación por el servicio de cirugía plástica de la institución; se decide llevar a mesa operatoria para resección oncológica y reconstrucción inmediata con transposición de colgajos locales. La enfermedad de Paget extra mamaria es poco frecuente, generalmente se presenta en la región genital y perineal. La reconstrucción del área genital es viable con la realización de colgajos locales presentando buenos resultados estéticos y bajo riesgo de complicaciones.

49. PSEUDOMIXOMA PERITONEAL DE ORIGEN APENDICULAR. DESCRIPCIÓN DE CASO CLÍNICO.

LIZBETH TOVAR, HENRY BARRIOS A, ELIECER PAYARES, MARÍA D BERMÚDEZ, EILYN DÍAZ,

ELLUZ OLIVER.

SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO IVSS. CARACAS, VENEZUELA

El pseudomixoma peritoneal, es un síndrome clínico infrecuente caracterizada por ascitis mucinosa acompañada de implantes tumorales peritoneales y sobre el epiplón secundario a ruptura de una neoplasia mucinosa, generalmente de origen apendicular. En promedio la edad de presentación del pseudomixoma peritoneal es a los 53 años; la incidencia estimada parece estar alrededor de 2 casos por cada 10 000 laparotomías, la enfermedad es más común en mujeres que en hombres y se produce, la supervivencia en 5 a 10 años es de 75 % y 60 % respectivamente. Se describe caso de paciente masculino de 46 años de edad, quien refiere inicio de enfermedad actual de un año de evolución aproximadamente, caracterizado por presentar, dolor abdominal de aparición insidiosa, a predominio de flanco y fosa iliaca derecha, de moderada intensidad, tipo cólico, que calma parcialmente tras la administración de analgésicos comunes, concomitantemente distensión abdominal, por lo cual acude a médico foráneo quien indica ultrasonido abdominal y en vista de hallazgos lo refiere a este centro asistencial. Es intervenida quirúrgicamente el día 04/04/14 se realiza laparotomía exploradora + hemicolectomía derecha + íleo transversal anastomosis TL + anastomosis T -T de asa delgada. Con hallazgos de: tumor gelatinoso de aproximadamente 10 cm x 15 cm de diámetro que involucra apéndice cecal, ciego, y tercio proximal de íleo terminal. Biopsia N#2432 al 2438-14 (07/04/14): se informa como pseudomixoma peritoneal en toda la muestra examinada. Inmunohistoquímica # 201405607 (20/05/14): hallazgos morfológicos e inmunohistoquímicos compatibles con infiltración por adenocarcinoma mucinoso de probable origen en apéndice cecal.

50. RECONSTRUCCIÓN DE GRANDES DEFECTOS CERVICALES A PROPÓSITO DE UN CASO

ELIECER PAYARES M., LUIS ALEMÁN, JAIRO BASCETTA, MILVIS FLEITAS, PEDRO MÁRQUEZ, OTTO GONZÁLEZ

SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO IVSS. CARACAS, VENEZUELA

La reconstrucción de los defectos quirúrgicos de cabeza y cuello han sufrido un perfeccionamiento significativo en las últimas 2 décadas. La era moderna de la reconstrucción se inició con la introducción de los principales colgajos miocutáneo dorsal ancho y pectoral. **CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 28 años de edad quien cursa con antecedente de schwannoma benigno que ameritó laminectomía cervical + resección de LOE espinal (2006) en octubre de 2012 presenta recidiva de LOE cervical que ameritó resección el 12/10/12 sin resultado de biopsia y que en enero de 2013 presenta recaída local con tumor que invade fascia y músculo el cual reseca cuya biopsia reporta: schwannoma maligno y una semana posoperatoria refiere crecimiento rápido y progresivo de LOE cervical de 20 cm x 12 cm motivo por el cual consulta a esta institución. Por lo extenso de la lesión se decide intervención quirúrgica: 08/05/13. **Primer tiempo quirúrgico** (cabeza y cuello-neurocirugía). Resección oncológica de schwannoma cervical + resección de músculo esternocleidomastoideo músculos pre-vertebrales + rafia de duramadre. Hallazgos: tumor de 20 cm x 15 cm, no infiltra tabla externa del cráneo. Apertura de la duramadre. **Segundo tiempo quirúrgico** (cirugía plástica). Reconstrucción cervical inmediata con colgajo de dorsal ancho izquierdo tamaño de la pastilla cutánea (20 cm x 14 cm) y rotación de cuero cabelludo + injerto cutáneo de espesor parcial en el área donante. Hallazgos: defecto cutáneo cervical y occipital de 20 cm x 13 cm. El paciente permanece 31 días hospitalizado evolucionando

satisfactoriamente, evaluado por servicio de rehabilitación sugiriendo recomendaciones y plan de terapia, neurocirugía recomienda uso de inmovilizador cervical y egresa el 22/06/13 al tener dispositivo de inmovilización cervical, con controles en nuestro servicio.

DÍA: JUEVES 09 DE OCTUBRE

HORA: 02:00 PM LUGAR: EXPOSICIÓN COMERCIAL

COMPUTADORA 2 TRABAJOS DEL 51 AL 55

PRESIDENTE: DR. CARLOS PACHECO

SECRETARIO: DR. GONZALO BARRIOS

COMENTARISTA: DR. JOSÉ A ESTÉVEZ

51. OPERACIÓN DE SISSON EN LA RECURRENCIA DEL ESTOMA TRAQUEAL

JAIRO BASCETTA, PEDRO MÁRQUEZ, LUIS ALEMÁN, ESTEBAN GARRIGA, MARIBEL DA CUHNA, JUAN F LIUZZI

SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO IVSS. CARACAS, VENEZUELA

El cáncer de laringe avanzado es una entidad donde la cirugía constituye la piedra angular en el tratamiento. La incidencia de recidiva estomal varía entre 1,7 % al 14,7 %. El tratamiento incluye quimioterapia, radioterapia y cirugía con resultados muy diversos y desalentadores. La cirugía en casos seleccionados a pesar de su alta morbimortalidad alcanza una sobrevida a 5 años del 16 % al 45 %. Siendo la operación de Sisson el procedimiento empleado para estos casos. Presentamos el caso de un masculino de 74 años con clínica de 1 año de evolución, se diagnostica carcinoma escamoso de laringe estadio IVA. Llevado a quirófano realizándose laringectomía total + DCS II-IV, con factores de alto riesgo de recurrencia estomal. En mayo 2014 se reevalúa ofreciéndose la operación de Sisson. Este procedimiento, permite una opción terapéutica agresiva con los mejores resultados

en cuanto a modalidad terapéutica. Consiste en la resección amplia de piel periestomal, manubrio esternal, cabezas claviculares y primera costillas, resección baja de tráquea, disección de ganglios linfáticos mediastinales, faringectomía parcial o total y esofagectomía parcial o total. Si el paciente se considera candidato a cirugía debe evaluarse el riesgo con relación a los posibles beneficios. Los pacientes con lesiones tempranas (tipo I y II) deben ser considerados candidatos a cirugía. Las lesiones avanzadas deben ser tratadas con mayor cautela, las lesiones tipo IV tienen una morbilidad inaceptablemente alta y pésimos resultados por lo que, frecuentemente, son candidatos a manejo sintomático. Las lesiones tipo III pueden, bajo circunstancias ideales, ser tratadas con cirugía aunque con expectativas realistas.

52. CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL EN CABEZA Y CUELLO. A PROPÓSITO DE UN CASO

ALEXIS MORENO, LUIS ALEMÁN, ELIECER PAYARES, JUAN F LIUZZI DANUSKA SALAS, JAIRO BASCETTA

SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO. IVSS. CARACAS, VENEZUELA

OBJETIVO: Es un carcinoma neuroendocrino poco frecuente de la piel, fue descrito originalmente por Toker en 1972, tiene un curso clínico agresivo. La etiología es debida a exposición a radiación ultravioleta A, y en los últimos estudios se ha evidenciado el poliomavirus hasta en un 80 % de los carcinomas de células de Merkel. La cirugía es el tratamiento primario, con margen de resección de 2 cm, el manejo del cuello NO está indicada la biopsia de ganglio centinela, con la técnica combinada se han obtenido los mejores resultados, cuello clínicamente positivo está indicada la disección radical modificada, el uso de radioterapia adyuvante locoregional mejora la tasa de supervivencia en pacientes con factores adversos. **CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 75 años de edad quien

acude por presentar lesión nodular, eritematosa en región mentoniana izquierda, realizan biopsia e inmunohistoquímica que reporta carcinoma de células de Merkel. Examen físico: región mentoniana izquierda, lesión nodular, eritematosa, móvil de 2 cm de diámetro. Cuello no se palpan adenopatías. Paraclínicos: TAC de cuello: región mentoniana izquierda se observa LOE bien delimitado con densidad de partes blandas de 12 mm x 10 mm, no se observan adenopatías cervicales. Es llevado a mesa operatoria con los siguientes hallazgos: tumor en región mentoniana izquierda de 2,5 cm x 2 cm. Ganglio centinela: ganglio yugulo-digástrico izquierdo parcialmente teñido de azul patente de 1 cm x 0,5 cm adenopatía sub-mandibular derecha de 0,3 cm. Corte congelado de ambos ganglios y márgenes negativo para malignidad, defecto cutáneo de 7 cm x 6 cm en región mentoniana izquierda. Intervención practicada: primer tiempo: resección oncológica de lesión en región mentoniana izquierda + CC + BGC (-) + CC. Segundo tiempo: reconstrucción inmediata con colgajo de rotación cervicofacial izquierdo. Biopsia: compatible con tumor neuroendocrino de piel (carcinoma de células de Merkel) ulcerado, con embolismo angio-linfático. Base y bordes de resección libres de células neoplásicas. Inmunohistoquímica: inmunorreacción positiva para CK AE1/AE3/CK7/CK20, cromogranina, sinaptofisina, positiva en 100 % de las células tumorales. Hallazgos compatibles con carcinoma de células de Merkel. **CONCLUSIÓN:** Es una entidad rara, muy agresiva, el diagnóstico en estadios iniciales y el tratamiento quirúrgico le brinda mejor sobrevida al paciente, aquellos con factores pronósticos adversos se benefician de radioterapia adyuvante.

53. ADENOMA PARATIROIDEO INTRA-TIROIDEO. A PROPÓSITO DE UN CASO

HERMES GONZÁLEZ, GLENDA GARCÍA, YARA L FIGUEREDO, MARÍA G BLANCO, SALVADOR SÁNCHEZ

SERVICIO DE CIRUGÍA DR. JOSÉ ANTONIO GUBAIRA. CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA BLANCO, ESTADO CARABOBO, VENEZUELA

OBJETIVO: Las glándulas paratiroides se desarrollan a la sexta semana de gestación y su migración ocurre a la octava semana. Durante este proceso existe la posibilidad que queden situadas en lugares poco usuales, como por ejemplo dentro de un lóbulo tiroideo, pudiendo en un futuro ser la causa de adenomas paratiroides intra-tiroideos. Dichos tumores son causa frecuente de hiperparatiroidismo primario, lo cual puede ocasionar deformidades óseas hasta cuadros de hipercalcemia severa que pudieran producir la muerte del paciente. El objetivo del presente estudio es presentar un caso clínico de la patología en cuestión en virtud de ser un hallazgo poco frecuente. **CASO CLÍNICO:** Paciente femenina de 45 años de edad, con antecedentes de osteodistrofia mandibular, escoliosis severa y displasia de cadera, con hábitos tabáquicos desde hace 20 años, quien refiere enfermedad actual desde hace 8 meses caracterizada por aumento de volumen a nivel cervical. Al examen físico se evidencia masa palpable a nivel de cara anterior de cuello en triángulo visceral a predominio derecho, sólido, móvil, sin ganglios palpables, compatible con aumento de volumen del lóbulo derecho tiroideo. La ecografía tiroidea reportó glándula tiroides de tamaño normal con evidencia de tumor sólido, eco-mixto, de bordes bien definidos, ovalado, de 3,2 cm x 1,2 cm x 1,2 cm en lóbulo derecho, hipervascularizado intra y peri-lesional. Los laboratorios solicitados reportaron perfil tiroideo normal y elevación de la paratohormona e hipercalcemia. Se realiza gammagrafía con tecnecio ⁹⁹Tc- Sestamibi que reporta tejido paratiroideo hiperactivo. Paciente es llevada a mesa operatoria, evidenciándose lóbulo tiroideo derecho aumentado de tamaño por lo que se realiza tiroidectomía subtotal. Posteriormente la biopsia de dicho lóbulo reporta adenoma paratiroideo intra-tiroideo de 2 cm x 1,3 cm x 1,2 cm. **CONCLUSIÓN:** Aunque es una

patología infrecuente, el adenoma paratiroideo es una entidad que debe ser resuelta lo antes posible, por las posibles complicaciones provenientes del hiperparatiroidismo primario que causan, las cuales no solo pueden causar estragos en la vida cotidiana del paciente, sino también ocasionar la muerte, lo cual justifica una conducta quirúrgica inmediata mediante la tiroidectomía subtotal.

54. TUMOR FIBROSO PLEURAL SOLITARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

HERMES GONZÁLEZ, PEDRO VALERA, GLENDA GARCÍA, HÉCTOR ÁVILA, MARÍA G BLANCO, SALVADOR SÁNCHEZ

SERVICIO DE CIRUGÍA DR. JOSÉ ANTONIO GUBAIRA. CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA BLANCO, ESTADO CARABOBO, VENEZUELA

Considerado una de las neoplasias más infrecuentes, el tumor fibroso pleural solitario representa el 8 % de los tumores benignos del tórax. Inicialmente conocido como mesotelioma fibroso benigno, su localización es variable: peritoneo, pericardio, mediastino, meninges, pulmón, tiroides y principalmente pleura. De origen probablemente mesenquimal, presenta un perfil inmunohistoquímico positivo para vimentina, CD34, BCL2 y CD99. Se presenta el caso de una paciente femenina de 46 años de edad con hábitos tabáquicos acentuados, sin antecedentes patológicos conocidos, quien es ingresada por tos no productiva y astenia de 6 meses de evolución. En Rayos X y TAC de tórax se evidencia LOE pulmonar basal derecho, cuya biopsia reporta hallazgos sugerentes de neoplasia mesenquimal. Estudio inmunohistoquímico reporta inmunomarcaje con VIM, CD34, CD99 Y KI67, compatible con tumor fibroso solitario. Paciente es llevada a mesa operatoria, realizándose resección de masa tumoral de 30 cm x 30 cm, mediante toracotomía posterolateral derecha. Se egresa por evolución clínica satisfactoria al séptimo día del posoperatorio.

55. EFICACIA DE ESQUEMAS TERAPÉUTICOS ANTINEOPLÁSICOS CON FÁRMACOS GENÉRICOS EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

DESIRÉE MOLINA, LISDE GONZÁLEZ, FRANCISCO GONZÁLEZ, DANIEL ALMENAR

INSTITUTO ONCOLÓGICO "DR. LUIS RAZETTI", CARACAS, VENEZUELA.

OBJETIVO: La utilización de fármacos genéricos fue la situación que ameritó el presente estudio cuyos objetivos se fundamentaron en evaluar la eficacia de esquemas antineoplásicos con la utilización de fármacos genéricos, esquemas en los cuales se ha demostrado su eficacia y efectividad en estudio clínicos, meta-análisis comités de expertos, aprobados por sociedades científicas entre las líneas de tratamiento. **MÉTODO:** La metodología utilizada para el presente trabajo se basó en un diseño observacional y longitudinal de tipo retrospectivo, para el estudio de la eficacia de los fármacos genéricos en esquemas antineoplásicos en pacientes con cáncer de mama, en varios estadios de la enfermedad, y los respectivos protocolos adecuados en las primeras líneas de tratamientos para cada estadio. Los esquemas escogidos para el estudio fueron utilizados en neoadyuvancia, adyuvancia, paliativa, en pacientes con enfermedad localizada, por presencia receptores hormonales, expresión del Herb. 2, enfermedad localmente avanzada y metastásica, los cuales fueron criterios de segunda línea en la selección, inclusión y exclusión para población de estudio. A continuación, se nombran los esquemas utilizados en el estudio, y que adicionalmente fueron los criterios de primera línea en la selección, inclusión y exclusión de pacientes para la población de estudio: Doxorubicina + Ciclofosfamida (AC) con y sin inhibidores de la aromataasa, Doxorubicina + Ciclofosfamida+ Taxanos (docetaxel o paclitaxel) (TAC), Doxorubicina + Ciclofosfamida + Taxanos + Herceptin

(TAC-T), 5-Fluorouracilo + Doxorubicina + Ciclofosfamida (FAC). A fin de evaluar la eficacia de los fármacos genéricos, se realizó la revisión de las evoluciones clínicas de 124 pacientes que fueron atendidas en un período de 6 años (2005-2011), procedentes de todo el país, puesto que el centro donde el estudio es de referencia nacional, por ser un hospital especializados en oncología. Las variables que se tomaron en cuenta para evaluar la eficacia se basaron específicamente en respuestas objetivas (progresión de enfermedad, respuestas parcial y completa, estabilización), intervalo libre de enfermedad, toxicidad asociada a estos esquemas en estudio, calidad de vida de los pacientes. **RESULTADOS:** Sobre la base de lo obtenido en función a respuesta completa 60 %, respuesta parcial 58,61 %, pacientes en estabilización 14 %, intervalo libre de enfermedad 16 meses y de progresión 10,33 meses, ante lo expuesto se encontró una inclinación que varía de forma significativa a los resultados de estudios anteriormente mencionados, los cuales fueron utilizados como controles, lo que nos hizo entrever una disminución de la eficacia de los esquemas antineoplásicos en estudio con fármacos genéricos, donde la sugerencia de la implementación de fármaco vigilancia, la exigencia de estudios de bioequivalencia y biodisponibilidad de los fármacos genéricos, en un proceso de selección de medicamentos en los procesos de licitación para adquisición de medicamentos, deben ser puntos fundamentales a tomar en cuenta. **CONCLUSIONES:** En vista de los resultados obtenidos se destaca la importancia que tiene la utilización de medicamentos genéricos que sean bioequivalentes a los medicamentos comerciales, ya que a pesar de la utilización de esquemas completamente efectivos demostrados en estudios publicados en años anteriores. Los resultados que se obtuvieron en las respuestas objetivas dieron variantes por debajo de valores que se tomaron como valores controles o punto de referencia, obteniéndose valores de respuesta completa y parcial alrededor de un 30 % menos que los estudios clínicos

citados, al igual que la progresión e intervalo de progresión fueron superiores, los intervalos libre de enfermedad más cortos. Cabe destacar que factores socio-económicos y culturales de ambas poblaciones, posee una diferencia bien marcada, por lo que es un punto importante a tomar en cuenta al momento de discutir los resultados obtenidos. La toxicidad de los esquemas utilizados, en función a los efectos adversos que ocurren tienden a tener un baja a intermedia prevalencia habitualmente, y de acuerdo a lo obtenido se evidenció una mayor incidencia de efectos adversos, con un mayor grado de severidad. Las variantes obtenidas con utilización de fármacos genéricos, genera hipótesis a investigar en cuanto a las posibles razones de tal disparidad de estos para el logro de resultados positivos en la curación de los pacientes.

DÍA: JUEVES 09 DE OCTUBRE HORA: 02:00 PM

LUGAR: EXPOSICIÓN COMERCIAL

COMPUTADORA 3 TRABAJOS DEL 56 AL 62

PRESIDENTE: DR. HÉCTOR GONZÁLEZ

SECRETARIO: DR. JUAN SASTRE

COMENTARISTA: DR. HÉCTOR JIMÉNEZ

56. NEOPLASIAS MALIGNAS DE VULVA. INCIDENCIA REGISTRADA EN EL SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO DEL IVSS PERÍODO DE 2003 A 2014.

FÉLIX ANZOLA G, JUAN C LOBO, MORAIMA MÁRQUEZ, JEANNIE JURADO

SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO DEL IVSS, CARACAS VENEZUELA

El carcinoma primario de vulva representa solo del 3 % al 8 % de los cánceres ginecológicos. En Venezuela, según el anuario de epidemiología de mortalidad de 2011 se registraron 21 defunciones debido a esta patología. Es una enfermedad que predomina en pacientes mayores de 60

años. **OBJETIVO:** Determinar la incidencia del carcinoma de vulva en nuestra institución en el período de 2003 a 2014 así como su comportamiento epidemiológico. **MÉTODO:** Estudio de tipo descriptivo retrospectivo de pacientes con neoplasia maligna de vulva atendidas desde 2003 a 2014 en el Servicio Oncológico Hospitalario de los Seguros Sociales. Se revisaron historias clínicas y se recolectaron los datos respectivos en fichas para tal fin y analizadas mediante el sistema estadístico SPSS versión 20. **RESULTADOS:** Se identificaron 24 casos de pacientes con neoplasia maligna de vulva, encontrándose la mayor incidencia durante el año 2012 con 21 % de los casos. El promedio de edad fue de 53 años. El tipo histológico más frecuente fue el epidermoide (80 %) seguida por el melanoma (8 %). El síntoma que prevaleció en estas pacientes fue la aparición de lesión tumoral vulvar en labios mayores. El 33 % se clasificó en estadio II y el 50 % en estadios III y IV. El 25 % de las pacientes recibió tratamiento adicional luego de la toma de la biopsia, siendo la vulvectomía radical el procedimiento mayormente realizado (8 %). **CONCLUSIÓN:** Durante el período analizado podemos decir que tanto los datos epidemiológicos como demográficos coinciden con la literatura mundial. Las pacientes tardaron en promedio 18 meses en acudir entre la aparición de los síntomas y la primera consulta, de allí que gran parte de estas pacientes se diagnostiquen en estadios avanzados.

57. TUMORES DEL ESTROMA GASTRO-INTESTINAL. REVISIÓN DE 17 CASOS.

DONNERYS RIVAS, STEVEN AYESA, BAHIA MAHMOUD, NAIRIM REVILLA, RICARDO GONZÁLEZ, HUMBERTO PONTILLO, JORGUE MOSQUERA, JON URBISTAZU, ODUARDO POGGIOLI, LUIS YÁNEZ, IVÁN TORTOLERO

INSTITUTO DE ONCOLOGÍA "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO", VALENCIA, ESTADO CARABOBO, VENEZUELA.

Los *GIST*, son una neoplasia poco frecuente,

de origen mesenquimal, con poco potencial agresivo, que representa el < 1,0 % de todos los tumores gastrointestinales. **OBJETIVO:** Caracterizar clínica y patológicamente los *GIST* diagnosticados. **MÉTODO:** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo de los pacientes portadores de *GIST*, atendidos en el servicio tumores mixtos del Instituto de Oncología “Dr. Miguel Pérez Carreño”, durante el período comprendido entre los años 2003 y 2013. **RESULTADOS:** Fueron diagnosticados 17 pacientes durante el período de 10 años, el 34 % de las pacientes tenían una edad comprendida entre 60 y 70 años. El 52 % de la muestra fue de sexo masculino. La localización más frecuente fue *GIST* de origen gástrico. El tamaño tumoral fue variable, sin embargo, 52 % presentaron diámetros de 5 cm-10 cm. De los 17 pacientes con *GIST* 15 (88 %), presentaban 10 o menos mitosis por campo y la muestra estuvo dividida en igual proporción de alto y bajo grado de diferenciación con 48 % cada uno. Trece pacientes (76 %) presentaron intervalo libre de enfermedad de <5 años. Un paciente presentó recidiva de la enfermedad y 2 progresiones de la misma. También 13 pacientes (76 %) presentaban positividad del DC117 y 16 (94 %) pacientes recibieron adyuvancia con imatinib. **CONCLUSIÓN:** Los *GIST* son tumores infrecuentes la localización gástrica presenta baja tasa de recidiva y progresión.

58. CARCINOMA GÁSTRICO. TRATAMIENTO ADYUVANTE CON RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA. EXPERIENCIA EN 84 PACIENTES TRATADOS.

ARLENYS RAMÍREZ DE MEDINA, NELSON URDANETA L, LAURA AGUIRRE, SARA OTT I, ESTHER ARBONA, ENRIQUE M GUTIÉRREZ, CARLOS SUCRE M.

UNIDAD DE RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA GURVE INSTITUTO MÉDICO LA FLORESTA (IMLF). SERVICIO DE RADIOTERAPIA LA TRINIDAD CENTRO MÉDICO DOCENTE LA TRINIDAD (CMDLT). UNIDAD DE ONCOLÓGICA MÉDICA ARSUVE IMLF Y CMDLT. FÍSICA MÉDICA CA. CARACAS, VENEZUELA.

OBJETIVO: Presentar la experiencia de 13 años con el tratamiento adyuvante a la cirugía en el carcinoma gástrico. **MÉTODO:** Se realizó una revisión retrospectiva de 84 pacientes tratados con gastrectomía, los cuales recibieron tratamiento adyuvante con radio-quimioterapia en el período 2000 a 2013. La mayoría fueron tratados con RTC3D, 54 pacientes. La dosis empleada usualmente fue 4 500 cGy en 5 semanas. El esquema de quimioterapia más usado fue 5 FU-Leucovorina en 49 pacientes. **RESULTADOS:** El 66,7 % fueron adenocarcinoma y el 25 % carcinoma con células en anillo de sello. Distribución por estadio: IIIA, IIIB y IIIC 14 %, 17 % y 21 %, respectivamente. A los 5 años la sobrevida global fue 50,5 %, y la sobrevida causa específica 54,8 %. La sobrevida global a los 5 años fue de 85,3 %, 64,4 % y 21,1 %, para los estadios I, II y III respectivamente, (P=0,010). La sobrevida causa específica a los 5 años fue de 100 %, 69,8 % y 37,5 % en estadios I, II y III respectivamente, (P=0,007). El mayor porcentaje de complicaciones agudas gastrointestinales que se registraron, fueron grado I (42,9 %) y II (22,6 %), y hematológicas I (23,8 %) y II (22,6 %). 8 pacientes no culminaron el tratamiento con RT por intolerancia. La toxicidad crónica registrada fue baja, complicaciones gastrointestinales grado I solo en 3,6 %. **CONCLUSIONES:** El tratamiento adyuvante con radio y quimioterapia representa el estándar después del tratamiento potencialmente curativo con cirugía. Los resultados de la presente serie se comparan con los reportados por otros investigadores.

59. INCIDENCIA DE NÓDULO TIROIDEO EN LA PARROQUIA CURIMAGUA ESTADO FALCÓN, SEPTIEMBRE 2013 ENERO 2014

ANTONIO REYES M, GÉNESIS NARANJO, MONIRA HADAD, ANTONIO REYES A.

UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL FRANCISCO DE MIRANDA. ESTADO FALCÓN, VENEZUELA.

Se realizó un estudio observacional y

descriptivo en una población abierta en la parroquia Curimagua, Estado Falcón en pacientes mayores de 18 años sin antecedentes de patología tiroidea en el período septiembre 2013 a enero 2014. **MÉTODO:** Se les realizó historia clínica, examen físico y rastreo ecográfico con ultrasonido de 10 Mhz a 109 pacientes asintomáticos tiroideos. **RESULTADOS:** 48 pacientes con nódulo tiroideo (44,03 %), más frecuente en sexo femenino 83,3 %, 62,5 % mayores de 50 años, de los nódulos descritos 20,8 % fueron mayor de 1 cm. 62,5 % quísticos, 29,1 % multinodulares, 10 pacientes con criterios para ser estudiados con PAAF y TSH (ATA), no se encontraron alteraciones citológicas ni hormonales en ninguno de los pacientes. **CONCLUSIÓN:** La incidencia de nódulo tiroideo en la población estudiada es 44 %, no existen datos de estudios similares en el área rural de Venezuela, y los datos son comparables a los estudios internacionales.

60. NIMOTUZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE TUMORES MALIGNOS CEREBRALES PEDIÁTRICOS. EXPERIENCIA DE 8 AÑOS

GISELLE SAUREZ M, RICARDO CABANAS A, MELBA ZALDÍVAR S, TANIA GARNIER Á, MANUEL VERDECIAJ, JUAN CARRAN, YOSVANY PUENTES G, MARTHARÍOSC, JOSE ALERTS, MARIO VPICH, LUIS J VALLE G, PATRICIA PIEDRA S, CARLOS CABAL M, EVELIO R GONZALEZ D, AGUSTÍN LAGE D.

CENTRO DE INMUNOLOGÍA MOLECULAR, HOSPITAL PEDIÁTRICO JUAN MANUEL MÁRQUEZ, HOSPITAL PEDIÁTRICO OCTAVIO DE LA CONCEPCIÓN DE LA PEDRAJA, HOSPITAL PEDIÁTRICO INFANTIL SUR, HOSPITAL PEDIÁTRICO EDUARDO AGRAMONTE, HOSPITAL PEDIÁTRICO PEPE PORTILLA, PINAR DEL RÍO, INSTITUTO NACIONAL DE ONCOLOGÍA Y RADIOBIOLOGÍA, HOSPITAL PEDIÁTRICO JOSE LUIS MIRANDA, CENTRO DE INGENIERÍA GENÉTICA Y BIOTECNOLOGÍA, LA HABANA, CUBA.

OBJETIVO: Los tumores cerebrales primarios representan alta morbimortalidad en la infancia; su agresividad se relaciona con alteraciones de la expresión del receptor del

factor de crecimiento epidérmico. Nimotuzumab es un anticuerpo humanizado anti-EGFR con eficacia probada y registro sanitario para tumores gliales malignos de alto grado. **MÉTODO:** Para evaluar su seguridad y efectividad pos-registro, se realizó un estudio prospectivo, multicéntrico de fármaco vigilancia intensiva, donde participaron pacientes menores de 18 años, con diagnóstico de tumores malignos cerebrales, tratados con nimotuzumab, a dosis de 150 mg/m² durante 12 semanas, continuando cada 14 días, hasta empeoramiento clínico o toxicidad inaceptable, seguidos por monitoreo clínico, de laboratorio e imaginológico. **RESULTADOS:** Entre el 2005 y 2013, se incluyeron 181 pacientes, 56 tumores de tallo, 69 gliomas de alto grado, 20 gliomas de bajo grado en recaída, 17 endimomas anaplásicos y 19 otros tipos de tumores (neuroblastomas, meduloblastomas y tumores talámicos). Nimotuzumab fue administrado solo o en combinación con radioterapia, quimioterapia o ambos, dependiendo del tipo de tumor, etapa y tratamiento previo. El tiempo promedio de exposición a nimotuzumab fue de 2 años, rango de 2 meses a 6 años. Las reacciones adversas a nimotuzumab más frecuentes: mucositis, *rash*, eritema, cefalea, vómitos y somnolencia, representadas en menos del 5 %, de intensidad ligera a moderada. Más del 85 % mejoraron su capacidad funcional y las funciones cognitivas, que posibilitaron la reincorporación a las actividades escolares y cotidianas. Diecisiete niños suspendieron nimotuzumab después de al menos 2 años con enfermedad estable, respuesta parcial o completa, respuesta sostenida en el tiempo durante 3 años de seguimiento evolutivo a la interrupción. **CONCLUSIONES:** Nimotuzumab en la práctica médica, es factible, seguro y efectivo, incluso en mantenimiento prolongado, sin evidencia de toxicidad acumulativa o tardía y sin efecto de rebote después de la cesación del tratamiento. Aporta beneficio clínico para la supervivencia y la calidad de vida.

61. LIPOSARCOMA MIXOIDE GIGANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

JOSÉ SUÁREZ, RANDICK LEÓN, DEIVIS HIGUERAY, HERLIC SOTILLO, REYNALDO FARIÁS, JAIRO NOYA.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE, SISTEMA AUTÓNOMO HOSPITAL ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ. CUMANÁ, ESTADO SUCRE, VENEZUELA.

Los liposarcomas son tumores malignos poco frecuentes originados del tejido adiposo y la variedad mixoide representa el 15 %-20 %. Son frecuentes en hombres (3:1) entre la cuarta y sexta década de la vida, de crecimiento lento y con compromiso de órganos vecinos. Se presenta el caso de un paciente de 36 años, sin antecedentes conocidos, quien cursó con llenura posprandial, aumento de circunferencia abdominal, dolor lumbar y pérdida de peso de 30 kg. En estudio de imagen contrastado reporta LOE abdominal gigante derecho, con desplazamiento renal derecho, estómago, páncreas y asas intestinales, siendo planificado para cirugía electiva, se realiza laparotomía xifo-púbica y para-rectal transversa derecha obteniendo un tumor retroperitoneal de 40 cm x 30 cm, 11 kg de peso, adherido a ciego y colon ascendente, involucrando al riñón derecho, tomándose como conducta resección del tumor retroperitoneal, nefrectomía radical derecha, hemicolectomía radical derecha más ileo-transverso anastomosis termino-lateral. La inmunohistoquímica reporta liposarcoma mixoide. En estudios de extensión control se visualizan lesión en psoas derecho de bordes irregulares, de 60 mm x 40 mm, sin adenopatías retroperitoneales ni inguinales, además un nódulo subpleural de bordes espiculados, de 22 mm. Se mantiene valorando por oncología médica quien inició quimioterapia con buena respuesta clínica hasta la actualidad.

62. CONDROSARCOMA DE LARINGE COEXISTIENDO CON MICROCARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES. NEOPLASIA SINCRÓNICA EN CABEZA Y CUELLO

ANYELIN FERNÁNDEZ, PEDRO SARMIENTO, JUAN SCARTON, WILFREDO PERFETTI, DANIEL VERDECCHIA, RAMÓN TÉLLEZ, FRANK MENDOZA, VILMA MUÑOZ, RONALD CASTILLO, MARÍA I COBOS.

INSTITUTO DE ONCOLOGÍA "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO". UNIVERSIDAD DE CARABOBO. VALENCIA-VENEZUELA. 2014.

Los sarcomas en cabeza y cuello son entidades poco frecuentes, solo del 0,5 % al 1 %. Los condrosarcoma de laringe son las neoplasias cartilaginosa mayormente reportadas, sin que se encuentre asociada a otra patología. Presentamos un caso de paciente masculino de 58 años con bocio multinodular y tumor de laringe a quien se le realizó tiroidectomía total y biopsia con aguja gruesa *trucut* de la lesión laríngea, que concluyeron: carcinoma micropapilar de tiroides y neoplasia cartilaginosa de laringe (condroma vs., condrosarcoma) con biopsia definitiva posterior a laringectomía total: condrosarcoma de bajo grado de 3,2 cm x 2,6 cm x 1,4 cm. ocupando la lámina posterior y lateral derecha del cartílago cricoides. En patologías de cabeza y cuello son poco frecuentes las neoplasias sincrónicas, y más aun las que no corresponden al tracto aerodigestivo, es por ello que se hace énfasis en el diagnóstico oportuno de las neoplasias de baja frecuencia de presentación y en este caso asociada a neoplasia tiroidea. En la revisión bibliográfica son muy pocos los casos reportados donde coexisten condrosarcoma de laringe y carcinoma papilar de tiroides, lo que hace relevante la descripción de esta patología para elevar su casuística y reforzar el manejo terapéutico de estos pacientes.

PARTICIPANTES

Apellido	Página	Apellido	Página	Apellido	Página
Abreu P	S13,S18	D'Empaire G	S19	Khalek Méndez Y	S8,S15
Abud J	S7	DaCunha M	S7,S8,S10	Koury K	S15
Acosta-F V	S17	Dávila J	S12	La Cava J	S18
Acosta-M ME	S15	de Castro Pilar F	S8	Lander B	S11
Agüero B	S14	de Lima M	S9	Lion L	S12
Alvarado J	S16	Di Giampietro Farías L	S8,S13	Liuzzi JF	S7
Álvarez C	S16	Di Leone E	S65	Lluch A	S17,S18
Ángel C	S9	Díaz D	S11	Llombard A	S17
Anzola F	S14	Díaz F	S9	López C	S8,S15
Bandres D	S10	Díaz Pietri G	S15,S16	López F	S67,S83
Barboza-D D	S8	Dordelly J	S60,S76	López M	S15
Barrios G	S70,S86	Espin I	S19	Luján Piedrachita M	S10
Barrios R	S11	Estévez JA	S70,S86	Manzo P A	S8,S10
Batista TP	S10	Fuentes MB	S12	Manzo Porras A	S13
Bianchi G	S65	Garassini M	S10	Manzo-P A	S19
Bolívar E	S10	García C	S9	Marcano G	S17
Borges A	S14	García C J	S7	Marín E	S17
Briceño W	S14	García Colina J	S8	Mark V	S12
Briceño-C J	S10	García Foncillas J	S10	Masi R	S67,S83
Calderaro Di-R F	S14	García G	S12	Mata JF	S7
Canela C	S7	Garofalo A	S8	Mata-I JF	S9
Capdevilla J	S12	Garrido L	S12	Mattar A	S17
Capote Negrín L	S8,S9	Gil A	S15	Medina J	S7,S8
Caraballo G	S12	Godoy A	S67,S83	Medina S	S9
Casanova R	S17	Gómez L	S16	Medina-E F	S14
Castiglia V	S62,S78	Gómez Rodríguez Á	S9	Meinhardt Z	S7
Castillo L	S8,S18,S59	González-A E	S47	Melet A	S19
Castillo Romero J	S14	González -C TW	S19	Méndez B	S19
Castro R	S11,S60,S76	González H	S73,S81,S90	Meneses M	S14
Celedón P	S11,S12	González M	S47	Mijares Briñez A	S8
Chaparro M	S13	González R	S15	Monserat R	S12
Cinat G	S15	González T	S19	Montes de Oca R	S7,S14
Colón V	S18	Granado MA	S17	Montesino-A CW	S11,S12
Contreras A	S62,S78	Granados M	S19	Moquera S	S16
Contreras AC	S17,S18	Guédez N	S15	Mora Graterol E	S16
Contreras I	S13,S8	Gutiérrez M	S8	Mota F	S16
Cordero A	S8	Hernández A	S7	Mota JD	S16
Cordona A	S15	Hernández D	S59	Muñoz LC	S14
Correnti M	S7	Hernández Muñoz G	S8	Muñoz M	S17,S18
Cortés J	S18	Hernández R	S11,S12,S15	Muñoz N	S62,S78
Cortiñas P	S14	Hidalgo M	S19	Nasr I	S9
Coutinho De Sousa MT	S17	Jahon J	S13	Nass de Ledo I	S9
Cruz G	S10	Jiménez H	S73,S81,S90	Navarro Cuellar C	S7,S8
Curcio E	S12	Kamell C	S17,S19	Núñez C	S10

Apellido	Página	Apellido	Página	Apellido	Página
Núñez de Monserat P	S11	Rincón R	S65	Suárez L	S9
Núñez M	S13	Rivas P	S11	Sucre Márquez C	S18
Oblitas G	S11,S12	Rivera S	S18,S19	Teijeiro AF	S16
Obregón F	S11	Rodríguez C	S18	Tejada A	S17
Ortega M	S19	Rodríguez I	S18	Téllez R	S7
Otero M	S13	Rodríguez J	S15	Toledo AP	S16
Ott-I S	S13	Rodríguez JC	S9	Torres L	S17
Pacheco C	S70,S86	Rodríguez JG	S15	Umbria Rondón C	S8,S9
Palacios L	S15	Rodríguez JJ	S14	Undreiner-M E	S9
Palacios P	S47	Rodríguez Márquez C	S18	Urdaneta A	S7,S14
Pascualone A	S16	Rojas J	S19	Urdaneta-L N	S12
Pasquale G	S10	Rojas MV	S9	Urdaneta N	S7
Pastrán Romero Z	S11	Romero G	S17	Uribe J	S17
Peñaloza N	S7,S12	Ross E	S16	Valdivieso N	S9,S11
Patiño Pompa J	S8	Ruan-S L	S11	Vanegas T	S16
Pereira A	S16	Ruiz H	S60,S76	Vásquez J	S14
Pérez H	S15,S18,S19	Ruiz M	S7	Velásquez J	S16
Pérez J	S17	Salomón M	S12,S18	Velásquez M	S10
Pillon M	S16	Sánchez Lander J	S14	Vento-M G	S13
Pocay M	S11	Sánchez N	S13,S13	Vera Gimón A	S12
Prada F	S9,S11,S13	Sánchez R	S9	Vera-G A	S18
Quijada O	S15	Santoucci S	S7,S12	Vera-G R	S18
Quintero C	S14	Sastre J	S73,S81,S90	Villalobos Y	S59
Ramírez AK	S17	Schawrtz P	S14	Viloria A	S13
Ramírez C	S19	Shimizu A	S10	Vincent M	S11
Ramos W	S15	Schutter M	S13,S18,S19	Vivas Cuevas L	S19
Rennola A	S9	Silva J	S10	Vivas L	S18
Reyes J	S16	Siso S	S7,S8	Zabner I	S19
Rezic M	S9,S13,S14	Soteldo J	S15	Zighelboim I	S14
Ribeiro R	S16	Sotelo R	S15		

CONFERENCISTAS

Apellido	Página	Apellido	Página	Apellido	Página
Acosta Marín MH	S27	Díaz Pietri G	S30	Marcano G	S28
DA Cunha-C M	S25	Gutiérrez M	S33	Ross E	S32
		López C	S26		

AUTORES DE TRABAJOS LIBRES

Apellido	N° TL	Apellido	N° TL	Apellido	N° TL
Acosta Marin V	8	Acosta-Marin M	8,9	Aguilar L	4
Acosta-Freites V	8,9	Acosta-Marín V	9	Aguilera L	4

AUTORES DE TRABAJOS LIBRES

Apellido	N° TL	Apellido	N° TL	Apellido	N° TL
Alemán L	19	González I	21	Pérez G	7
Amaya-N F	1	Gubaira J	16	Pérez H	19
Ángel D	4	Guerra-C M	22	Perez-Fuentes J	8,9
Aurenty L	7	Guerra J	7	Perfetti W	13,16,17
Barrios R	19	Gutiérrez EM	14	Perfetti-G W	13
Bascetta J	19,20	Hernández-M G	2	Puerta-R DL	15
Benavides E	21	Hernández-R J	2	Quines M	7
Briceño-L JB	15	Hurtado-M WV	15	Ramirez A	8,9
Bustamante J	3	Isernia D	4	Ravelo R	8,9
Cabrera J	10,11	Jurado J	12	Rebolledo T	4
Calderaro-Di -R F	5,6,10,11,12	Jurado J	5,6	Rezic M	23,24
Campos L	18	Krivoy-A J	1	Rivero M	7
Carrillo R	10,11,17	Krivoy-A M	1	Rodríguez A	21
Castillo-R PJ	15	Lastra J	18	Rodríguez-G AI	15
Chumbimuni C	13	León-C O	14	Rodríguez I	2
Cobos MI	16,17	Liuzzi JF	20	Rodríguez J	18
Contreras A	8,9	Lobo J	5,6,12	Rosales T	7
Cordero A	23,24	Longobardi I	8,9	Ruan-S L	14
Córdova S	21	López B	14	Sáez H	11
Cosson A	2	López D	7,19	Sáez-R H	10
Da Cunha M	20	López-V S	14	Sánchez-Ch NO	15
De Pace C	12,23,24	Luca F	22	Sarmiento P	13,16,17
Di Giampietro L	23,24	Mangano A	13	Scarton J	13,16,17
Díaz J	21	Marín E	8,9	Siciliano L	7
Escalona S	23,24	Márquez M	5,6	Simo D	22
Escalona-B S	10,11,12	Márquez PL	20	Socorro G	21
Espinoza MJ	18	Márquez-S M	12	Télliz R	13,16,17
Esteves H	8	Medina-G Y	1	Urdaneta-L N	14
Fernandez A	13,16,17	Millán D	4	Valvo M	22
Figueroa-R MC	15	Morillo L	7	Vargas F	9
Foo M	12,23,24	Muñoz J	18	Vásquez L	21
Fuenmayor G	8	Muñoz V	17	Vegas Y	21
Fuentes M	3	Oblitas G	3	Velásquez Y	18
García C	3	Ott-I S	14	Vera-G A	14
García J	7	Pacheco C	21	Vera-G R	14
Garriga E	20	Paredes-H R	2	Verde A	21
Gómez Rodríguez Á	18	Payares-M E	19	Verdecchia D	13,16,17
Goncalves M	7	Peña J	18	Vivas C	21
González-C C	2	Pereira A	7	Vuolo Y	20
				Wydh-G.E	1

AUTORES DE PÓSTERES

Apellido	N° P	Apellido	N° P	Apellido	N° P
Acevedo G	39	Cordero A	19	Gómez-R Á	21
Aguilar L	15,38,58	Cordero-G A	16,17,18	González A	21
Alemán L	22,23,24, 46,47,48,50,51,52	Correa MC	45	González F	55
Aleamar D	55	Correnti M	1,11	González H	36,53,54
Alert-S J	60	Cosson A	31	González L	39,55
Álvarez G	17	D Rivas	30	González O	48,50
Androutsopoulos V	44	Da Cuhna M	11,51	González R	27,28,29,57
Anzola F	4,6	Aleamar D	55	González V	21
Anzola-G F	56	Davalillo-V JI	2	González-C C	31
Arbona E	58	De Guglielmo Z	11	González-D ER	60
Arran JC	60	De Pace C	7,17,18,19	Goyo MV	16,17,18
Ávila H	54	Delgado B	3	Guardia D	37
Ávila M	11	Delgado-D BE	2	Gubaira E	43
Ayaach A	9	Delgado-M R	9	Guerere J	38
Ayesa S	27,28,29,57	Di Giampietro L	7,16,18,19	Guerrero M	40,41,42
Bajanchi J	45	Díaz E	46,49	Guida V	1
Barrios-A H	49	Díaz Y	45	Gutiérrez EM	58
Barrios H	46	Dos Santos De Sousa T	2	Guzmán A	23
Barrios-B R	20,21	Dos Santos T	3	Hadad M	59
Barrios-R R	24	Emrich C	45	Hernández K	20,24
Basceta J	47,48	Escalante M	23	Hernández-M G	31
Bascetta J	5,50,51,52	Escalona S	4,6,7,8,19	Hernández R	24
Bermúdez M	46	Escalona-B S	5	Hernández-R J	31
Bermúdez MD	49	Espinoza M	22,23,47	Higuerey D	61
Betti J	39	Espinoza MJ	21	Infante F	44
Bianchi G	1	Estrada R	37	Isernia D	35
Blanco MG	53,54	Farías R	61	Jiménez H	29
Bolívar-A E	9	Fernandez A	1,25,33,34,43,62	Jurado J	56
Bolívar O	16	Ferrer JÁ	37	Khalek Y	14,20,47
Bracho G	30	Figueredo YL	53	Koury K	14,20,23
Cabal-M C	60	Figueroa-R L	39,40,41,42	Lage-D A	60
Cabanas-A R	60	Fleitas M	46,50	Lastra J	12
Cabrera J	5,8	Foo M	4,6,7,8,19	León R	10,61
Calderaro-Di R F	5	Galvis L	9	Liuzzi JF	11,22,51,52
Camacho Y	45	García G	37,53,54	Llaque G	3
Cardozo N	38	García I	1	Lobo JC	56
Cardozo NR	15	García ML	10	López C	5,6,7
Castillo-G R	33	Garnier-Á T	60	López D	14,48
Castillo R	25,62	Garriga E	51	López M	1
Chumbibuni C	32,30,34	Gavidia C	25	Lugo A	16
Cobos MI	62	Gelder O	30,32	Mahmoud B	27,28,57
Colina O	44	Godoy A	9	Malaspina-R ME	2
		Gómez MC	40,41,42	Mangano A	26,27,28

Apellido	N° P	Apellido	N° P	Apellido	N° P
Márquez M	56	Pereira A	40,41,42	Rodríguez R	20
Márquez P	24,50,51	Pérez G	9	Rosales JM	36
Márquez PL	22,23	Pérez H	12	Salas D	21,24,52
Mata-JF	10	Pérez M	1	Sánchez S	53,54
Mata Y	35	Pérez R	32	Sarmiento P	25,33,34,43,62
Medina F	4,5,6,7	Perfetti-C W	33,30,34	Saurez-M G	60
Mendoza F	62	Perfetti W	32,34,43,62	Scarton J	34,43,62
Millán-M Y	40,41,42	Pesci Feltri A	1	Silva C	8,22
Molina C	15	Pich MV	60	Siritt-Ch JV	2
Molina D	55	Piedra-S P	60	Siso S	11
Molina N	37	Poggioli O	57	Sosa E	29,30,32,34
Mora EV	43	Pontillo H	57	Sotillo H	61
Moreno A	12,13,52	Puentes-G Y	60	Suárez J	61
Moreno E	2,3	Quintero C	13	Sucre-M C	58
Moro J	26	Ramírez Á	36	Téllez R	34,43,62
Mosquera J	27,28,57	Ramírez de Medina A	58	Tortolero I	57
Muñoz M	19,46	Ramírez R	17,18	Tovar L	49
Muñoz V	62	Ramírez-R JJ	36	Urbistazu J	57
Muñoz VS	25,33	Ramos C	25,33	Urdaneta-L N	58
Naranjo G	59	Rebolledo T	35	Valdivia MI	36,37
Naranjo M	4,8	Rebolledo TM	15,38	Valera P	54
Noda R	10	Rennola A	6	Valle-GLJ	60
Noya J	61	Revilla N	57	Veitía D	11
Oblitas G	39	Reyes-A A	59	Velázquez G	10
Olivares JM	15,38	Reyes J	40,41,42	Verdecchia D	25,34,43,62
Oliver E	49	Reyes-M A	59	Verdecia-J M	60
Ortíz J	17	Rezic M	8	Villegas MG	35
Ott-I S	58	Riera A	36	Vuolo Y	14,22
Palacios L	14,47	Ríos-C M	60	Yáñez L	29,57
Paredes-H R	31	Rivas D	27,28,29,57	Zaldívar-S M	60
Payares E	46,47,48,49,52	Rodiz A	39	Zoino A	15
Payares-M E	50	Rodríguez I	3,14,31		

PRÓXIMOS EVENTOS NACIONALES E INTERNACIONALES

1. International Cancer Imaging Society Meeting and 14th Annual Teaching Course.
Del 09 al 11 de octubre 2014. Heidelberg, Alemania. Mayor información: <http://www.icimatingsociety.org.uk/>
2. 7^a Conferencia Interamericana de cáncer de mama. Del 13 de octubre al 16 de octubre 2014. Cancún, México. Mayor información: <http://www.iabcc.org/About-IABCC.html>.
3. 46° Congreso de la Sociedad Internacional de Oncología Pediátrica (SIOP). Del 22 de octubre al 25 de octubre 2014. Toronto, Canadá. Mayor información: <http://www.siop.kenes.com/>
4. Chicago Multidisciplinary Symposium in thoracic oncology. Del 30 de octubre al 01 de noviembre 2014. Chicago, EE.UU. Mayor información: <http://www.thoracicsymposium.org/index.htm>
5. 15° Reunión Bienal de la Sociedad Internacional de Cáncer Ginecológico (IGCS 2014). Del 08 de noviembre al 11 de noviembre 2014.- Melbourne, Australia. Mayor información: <http://www.igcs.org>.
6. 7^a European Multidisciplinary Colorectal Cancer Congress (EMCCC). Del 23 al 25 de noviembre 2014. Amsterdam, Holanda. Mayor información: <http://www.dccg.nl/conferences/emccc2014/>.
7. UICC - Congreso Mundial del cáncer 2014. Del 03 de diciembre al 06 de diciembre 2014. Melbourne, Australia. Mayor información: <http://www.worldcancercongress.org>.
8. Gastrointestinal Cancer Symposium. Del 15 de enero 2015 al 17 de enero 2015. San Francisco, California. Mayor información: <http://www.gicasym.org/>
9. VI Inter American Oncology Conference "Estado Actual y Futuro de las Terapias Antineoplásicas Dirigidas". Del 08 al 09 de octubre 2015. Universidad Católica Argentina, Buenos Aires, Argentina. Mayor información: E-mail: secretariat@oncologyconferences.com.ar