

601

RELACIÓN ENTRE LA INFECCIÓN POR VIRUS DE EPSTEIN BARR Y LINFOMA DE HODGKIN EN COLOMBIA

Quijano Sandra, Saavedra C., Orozco O.

Laboratorios de Inmunología y Patología, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, Colombia.

Introducción: las neoplasias hematolinfoides con una patología muy frecuente en el Instituto Nacional de Cancerología (INC). En particular los linfomas ocupan el sexto lugar entre neoplasias más frecuentes. Dentro del grupo de los linfomas, el linfoma Hodgkin (LH) corresponde al 24.3% de los casos. En el desarrollo de la LH se ha propuesto al Virus Epstein Barr (EBV), como posible factor etiológico, debido a que tanto DNA como RNA viral se detectan a nivel de la célula tumoral de Reed-Sternberg (RS) en el 40-100% de los casos, porcentaje que varía de acuerdo a la localización geográfica. La infección viral en este tumor induce una serie de eventos moleculares importantes para la inducción de un fenotipo transformado (expresión de moléculas de adhesión, marcadores de activación, secreción de citoquinas) y a su vez media una inmunidad defectuosa alterando la respuesta de linfocito T específicos de tumor.

Objetivo: el objetivo de este estudio fue definir el porcentaje de infección por EBV en 71 casos de LH (20 niños y 51 adultos), relacionado con los diferentes subtipos histológicos.

Diseño: el trabajo consiste en un estudio de tipo descriptivo.

Lugar: Laboratorios de Inmunología y Patología, Instituto Nacional de Cancerología.

Material y métodos: se obtuvieron biopsias de ganglios linfáticos de pacientes de primera vez con un diagnóstico de LH. Estas biopsias fueron fijadas en formalina e incluidas en parafina. El análisis histopatológico de los casos fue realizado teniendo en cuenta los criterios de la Clasificación Europea-Americana de los linfomas y de la OMS. Para la detección del EBV se utilizó la técnica de Hibridación in situ empleando una sonda marcada de FITC específica para los transcritos de RNA viral EBER-1 y EBER-2, seguida por una anticuerpo anti-FITC marcado con fosfatasa alcalina y revelado con NBT-BCIP. Como control positivo se utilizó la línea celular B958 (infectada con EBV) y como control negativo la línea RAMOS (línea celular linfoblastoide no infectada).

Resultados: los transcritos nucleares EBER de EBV fueron detectados a nivel de la célula tumoral de RS, en 43 casos (60.56%) y fueron negativos en 28 casos (39.44%). El subtipo histológico más frecuente fue el de Esclerosis nodular (83.09%), seguido del tipo Clásico rico en linfocitos (7.06%). Predominio linfocítico y Celularidad mixta (4.22% cada uno) y el de Depleción linfocítica (1.4%). El EBV fue detectado en el 49.15% de los casos de Esclerosis nodular.

Conclusión: los resultados de la hibridación in situ muestran un alto porcentaje de infección por EBV en pacientes con diagnóstico de LH (60.56%). El RNA viral se localiza predominantemente en la célula tumoral de RS lo cual sugiere que la infección puede ocurrir tempranamente durante el proceso neoplásico involucrando al EBV en la patogénesis de LH. En estos casos actualmente se está analizando la expresión de HSP70, proteína involucrada en la presentación de péptidos inmunogenéticos de origen viral y/o tumoral a linfocitos T y células NK. La expresión de esta proteína podría estar alterada como consecuencia de la infección viral y/o la transformación neoplásica.

603

CAMBIOS EN LA COAGULACIÓN SANGUÍNEA DURANTE EL TRANSPLANTE DE MÉDULA ÓSEA Y SANGRE PERIFÉRICA

Karduss Amado, Alvarez L., Cuellar F., Gómez LR., Murillo M., Maya L., Mondragón M.

Unidad de Transplante de Médula ósea y Sangre Periférica, Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Universidad de Antioquia y Sección Hematología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Objetivos: identificar los cambios en los parámetros de la coagulación sanguínea durante el transplante de médula ósea o sangre periférica y establecer su significado clínico.

Diseño: descriptivo retrospectivo.

Se analizaron retrospectivamente los resultados de la determinación seriada del recuento de plaquetas, TP, TTPa, Tiempo de Trombina (TT), Fibrinógeno y de la dosificación de los factores de la coagulación VII, VIII y X en 39 de 45 pacientes sometidos a transplante de célula tallo, de ellos 20 fueron autólogos de sangre periférica (ASP), y 19 alogénicos de médula ósea (TMO). En 10 casos (25.6%) el recuento de plaquetas antes del régimen condicionante fue menor a 100 x 10⁹/L, esto debido a la enfermedad de base y/o al tratamiento con quimio y radioterapia previo. Seis pacientes (15.4%) en el día cero, 15 (38.4%) en el día +7 y el 100% en el día +10 necesitaron transfusión plaquetaria por tener recuentos menores a 20 x 10⁹/L. La autonomía plaquetaria se logró en el 94.1% de 18 pacientes evaluables con ASP y en el 58.8% de 17 sometidos a TMO en el día +30 y para el día +60 en la totalidad de los enfermos evaluables en ambos grupos. La trombocitopenia en ningún caso fue causa de hemorragia mayor, pero agravó 3 episodios de cistitis hemorrágica y 1 de hemorragia alveolar. En todos los pacientes el TP, TTPa y TT fueron normales antes del procedimiento. Durante éste, solo en 2 casos (5.1%) se presentó elevación de TP y TTP, debido en ambos a enfermedad venooclusiva hepática. El FVIIIc se dosificó en 31 enfermos, en 5 (16%) existió una elevación desde antes del transplante que persistió durante éste y en 19 (61.2%) hubo un aumento mayor al doble de los valores normales después del día cero. El comportamiento del fibrinógeno fue similar, 5 de 38 casos (13.1%) estuvo elevado previo al transplante y en 13 (34%) presentó elevación posterior al día cero.

El factor VII se midió en 36 pacientes, en 10 (27.7%) hubo elevación durante el procedimiento y en 4 (11.1%) disminución severa, en tres de estos asociado a enfermedad venooclusiva hepática. No se encontró alteración en los niveles del factor X, y no se presentó ningún episodio trombótico ni de anemia hemolítica microangiopática.

Conclusión: la principal alteración hemostática durante el ASP y TMO en esta serie fue la trombocitopenia ocasionada por la mieloablación. La hiperreactividad de los factores I, VII y VIII fue frecuente pero no tuvo significado único. Es necesario estudiar en una próxima investigación del comportamiento de los anticoagulantes naturales y la respuesta fibrinolítica durante el ASP y TMO.

602

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE LINFOMA NO HODGKIN (LNH) INDIFERENCIADO DE ALTO GRADO (BURKITT Y BURKITT-LIKE). ESQUEMA 89C-41 MODIFICADO

Reyes Almarío Pedro, Becerra CR., Herrera JM., Lema M.

Unidad de Cáncer, Sección Oncología Clínica/Hematología y Transplante de Médula Ósea, Fundación Clínica Valle del Lili, Cali, Colombia.

Objetivos: presentar los resultados obtenidos por nuestro servicio utilizando quimioterapia (QT) agresiva basada en altas dosis de Metotrexate (MTX) y de Ciclofosfamida (CTY).

Diseño: estudio descriptivo.

Lugar: Fundación Clínica Valle del Lili, Cali, Colombia.

Pacientes: de febrero de 1996 a diciembre de 1999, se trataron 9 pacientes con esta patología (en 8 fue tratamiento de primera línea). Los pacientes se consideraron de bajo riesgo si eran estadio IA (Ann Arbor) y la DHL era normal. Todos los demás se consideraron de alto riesgo.

Intervenciones: se confirmó la histología por inmunotipificación y a todos los pacientes se les colocó un Reservorio de Ommaya para aplicación de QT Intratecal (IT). El tratamiento es: *Protocolo A:* (CODOX-m) CTY 800 mg/m² IV (d 1), seguido de CTY 200 mg/m² IV (d 2 al 5), Doxorubicina 40 mg/m² (d 1), VCR, 1.4 mg/m² IV (dosis max. 2mg) (d 1 y 8), HdMTX (d 10) 1200mg/m² IV/hora 1, seguido de 240 mg/m² IV/hora durante 23 horas; rescate con leucovorina: 192mg/m² hora 36, seguido de 15mg/m² IV/bolo c/6 h por 12 dosis. ARA-C 70mg/m² (d1 y 3) / IT y Metotrexate 12.5 mgrs/IT (d 15).

Protocolo B: (IVAC) IFX 1.5mg/m² IV (d 1 a 5) (Uroprotección con MESNA 1:1), VP16 60mg/m² IV (d 1 a 5), HdARA-C 2mg/m² IV/2h cada 12 horas por 4 dosis (d 1 y 2), MTX 12.5mgrs/IT(d 5). Recibieron G-CSF hasta neutrofilos absolutos (ANC) de 1000/mm³. Los pacientes de bajo riesgo recibieron 3 cursos de QT (secuencia A-B-A) y los de alto riesgo 4 cursos QT (secuencia A-B-A-B). Cada curso se inició con un ANC de 1000/mm³.

Medicaciones: a los pacientes se les practicó estadificación con TAC de tórax y abdomen, mielograma y/o biopsia de médula ósea, LCR, CH, DHL y química sanguínea completa. Se consideró remisión completa (RC) la ausencia por clínica e imágenes de enfermedad.

Resultados: la edad promedio fue de 26 años (rango de 17 a 57 años). Se clasificaron como EIA (1), EIIA (2), EIHA (1), EIIB(3), EIVA (1), EIVB (1). Todos los pacientes entraron en RC. La sobrevida (ST) por Kaplan y Meier es del 56%, con un rango de seguimiento de 17 a 40 meses. Fallecieron dos pacientes RC por sepsis (luego del segundo y cuarto curso de QT). En un paciente, el esquema se utilizó como segunda línea de tratamiento y presentó recaída a los 11 meses. Otro paciente recibió a los 8 meses. Se presentó neutropenia febril y trombocitopenia G-IV en el 80% de los cursos. Tres pacientes requirieron UCI por sepsis.

Conclusiones: el esquema utilizado produce RC en todos los pacientes y mejora la sobrevida de los pacientes con LNH indiferenciado, utilizado como tratamiento de primera línea. El protocolo 89C-41 no parece ser suficiente como terapia única en segunda línea. Es un esquema con toxicidad hematológica importante, especialmente en pacientes mayores de 50 años. Nuestros resultados son superiores a los informados en adultos tratados con QT convencional (CHOP) y concuerdan con los informados por otros centros en el mundo, para este subtipo de LNH. Los esquemas con altas dosis de MTX y de CTY se deben de considerar como la primera línea de tratamiento, con intención curativa, para LNH indiferenciado (Alto Grado) en el adulto.

604

ETIOLOGÍA DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN 110 PACIENTES ADULTOS PROVENIENTES DE LOS ESTRATOS TRES A SEIS

Karduss Amado, Preciado C.

Sección de Hemato-oncología, Instituto de Cancerología, Clínica la Américas y Consultorio Nutricional, Medellín, Colombia.

Objetivo: identificar y describir la causa de la anemia ferropénica en una población adulta procedente de los estratos 3 a 6.

Diseño: descriptivo retrospectivo.

Se analizaron las historia clínicas de pacientes con valores de hemoglobina menor a 12 gms/dl y que además presentaban ferritina menor de 20 ng/ml, o depósitos de hierro ausentes en médula ósea, o cuya hemoglobina se normalizó luego del tratamiento con hierro y a quienes se les había realizado una búsqueda de la causa de su ferropenia. Se informa el resultado de 110 de 123 pacientes con anemia ferropénica demostrada. El 91% (101) fueron mujeres y el 8.18% (9) hombres, las edades oscilaron entre 16 y 88 años con X de 42.7, los valores de hemoglobina estuvieron entre 3.4 y 11.7 mgs/dl con X de 9.3. En 91 casos (82.7%) el diagnóstico de la anemia ferropénica se basó en el valor bajo de la ferritina (1.5-15 ng/ml, X 5.9), en 14 (12.7%) por la respuesta terapéutica al hierro y en 5 (4.5%) por la ausencia de depósitos de la hemosiderina en médula ósea. En 58 casos (57.7%) la causa fue pérdidas relacionadas con la menstruación y en otros 5 (4.5%) fue debido a embarazo. En 39 (35.4%) se encontró patología en el sistema gastrointestinal: esofagitis por reflujo 8 (7.2%), diverticulosis 10 (9.0%), CA de colon 4 (3.6%), adenoma de colon 3 (2.72%), pólipo gástrico 3 (2.72%). Además hubo 2 casos de cada una de las siguientes entidades: úlcera duodenal, angiodisplasia gástrica y gastropatía por AINES y uno de: sangrado por anastomosis de gastrectomía, angiodisplasia de colon, proctitis actínica, hemorroides internas y colitis ulcerativa. No se realizó una anamnesis nutricional en todos los pacientes, sin embargo en 25 (22.7%) existió una ingesta deficiente de hierro, en todos éstos hubo además un sitio de pérdida sanguínea. En 13 casos (11.8%) no se encontró la causa y se presentó un caso de cada una de las siguientes patologías: HPN, tumor de páncreas, sangrado postoperatorio y sangrado por anticoagulación. Nueve enfermos (8.1%) tuvieron 2 sitios distintos de sangrado potencial. Al discriminar los resultados por edad y sexo se observó la existencia de una lesión anatómica potencialmente productora de sangrado en el 73% de las personas de 45 años o mayores, en el 9.72% de los menores de esa edad y en el 100% de los hombres. En el 24.7% de las mujeres existió una causa diferente al sangrado menstrual.

Conclusión: 1. En esta serie la principal causa de anemia ferropénica fueron las pérdidas relacionadas con la menstruación, sin embargo en la tercera parte (35.4%) la etiología fue gastrointestinal. 2. Los hombres y las personas de 45 años o mayores tienen una muy alta probabilidad de tener una lesión anatómica como causa de la ferropenia, por lo tanto en este grupo poblacional se debe ser riguroso en su búsqueda. 3. La contribución de la dieta en la génesis de la ferropenia no se pudo evaluar adecuadamente en este estudio.

605

EXPERIENCIA CON TRANSPLANTE DE MÉDULA ÓSEA (TMO) AUTOLOGO CON CRIOPRESERVACION EN LA FUNDACION CLINICA VALLE DEL LILI (FCVL)

Herrera Juan M., Reyes Amario P., Becerra CR., Lema M.

Unidad de Cáncer, Sección Oncología Clínica/Hematología y Transplante de Médula Ósea, Fundación Clínica Valle del Lili, Cali, Colombia.

Objetivos: evaluar los resultados de nuestro grupo en TMO autólogo con criopreservación.

Diseño: estudio descriptivo.

Lugar: Fundación Clínica Valle del Lili, Cali.

Pacientes: de agosto 1 de 1998 a mayor 31 de 2000, se practicaron diez TMO autólogos, en la FCVL. En 9 se recolectaron las células progenitoras (CD34) en sangre periférica (SP) y en un caso se recolectó en la médula ósea (MO). La indicación del TMO fue: Mieloma Múltiple (MM) 4, Enfermedad de Hodgkin (EH) 2, Leucemia Mieloide Aguda (LMA) 2 y Linfoma No Hodgkin (LNH) 2.

Intervenciones: a todos los pacientes se les practicó una evaluación pretransplante consistente en: CH, química sanguínea, depuración de creatinina, VIH, AgsHB, CMV, espirometría y ecocardiograma. La movilización de CD34, se llevó a cabo con: CTY 3gm/m² dosis única y G-CSF 300mcg/SC/día. Al tener leucocitos de 3000 m³ se les colocó un catéter Majurkar y se les hizo recolección de CD34 por aféresis. Se hizo criopreservación a -80°C. En el paciente #1 se utilizó la MO recolectada 4 años atrás en el exterior. El condicionamiento se hizo con BEAC para LNH y EH: BCNU 300mg/m², VP16 1.6gm/m², ARA-C 1.6gm/m², CTY 140mg/kg; para MM con Melphalan 200mg/m² y para LMA con BUCY-2: Bu 16mg/kg, CTY 120mg/kg. El día 0.4 horas después del TMO se inició G-CSF hasta un recuento absoluto de neutrófilos (ANC) de 1500/mm³. Al tener ANC menor de 1000/mm³ se inició ciprofloxacina 500mg/2v/día. Desde el día 0 recibieron aciclovir profiláctico. Se les practicó diariamente CH, química y electrolitos. Se transfundieron GR y PLT irradiados si la Hb era menor 7.0gm/dl y las PLT eran menores de 10000/mm³, se utilizó filtro leucocido.

Mediciones: se analizó la Sobrevida Total (ST) por el método de Kaplan y Meier. Se consideró remisión completa (RC) la ausencia de enfermedad por clínica e imágenes para LNH y EH; la MO normal para LMA y la MO normal y/o ausencia del pico monoclonal para MM.

Resultados: la edad promedio fue de 39.3 años (rango de 19 a 57). La ST es del 74%. Se necesitaron un promedio de 2.8 aféresis (rango de 2 a 9), obteniéndose 6 x 10⁸ células/kg (rango 4.2 a 9.5) el recuento de CD34 fue de 1.6 x 10⁶ células/kg (rango 0.89 a 3.2). Se obtuvo un ANC de 500 a los 11 días (rango 13 a 30 días) y un recuento de PLT de 20000/mm³ a los 13 días (rango de 11 a 17 días). La estancia hospitalaria promedio fue de 18.2 días (rango de 13 a 30 días). Han recaído 3 pacientes LMA (día 56), LNH (día 75) y EH (día 547), falleciendo 2 de ellos a los 66 y 195 días y el EH está vivo en QT paliativa a los 639 días. Los otros 7 pacientes están vivos, en RC con un KPS del 100% y un seguimiento de 30+ a 639+ días.

Conclusiones: el TMO autólogo es una opción terapéutica compleja, con indicaciones precisas y definidas. La criopreservación asegura la viabilidad del injerto, y permite aplicar dosis plenas de QT en el condicionamiento, aumentando el potencial curativo del TMO. El TMO autólogo puede ser realizado en nuestro país de manera segura y con resultados terapéuticos similares a los informados en la literatura.

607

MORTALIDAD EN UNA POBLACION DE PACIENTES CON NEOPLASIAS HEMATOLOGICAS EN CARTAGENA DE INDIAS. REPORTE DE CASOS

Zambrano Angela*, Barón F.**, Parga C.***

*Clínica Blas de Lezo, ** Sección Hematología y Hospital Universitario de Cartagena, ***Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena y Hospital Universitario de Cartagena.

En los últimos años las neoplasias hematológicas se han convertido en una causa de mortalidad importante entre las diversas poblaciones del país. Siendo llamativo el aumento de la incidencia en la población infantil. De acuerdo con esta preocupación este estudio se propuso determinar la mortalidad causada por estas enfermedades en 108 pacientes que asistieron a los servicios de consulta externa y de urgencias de los centros asistenciales Clínica Enrique de la Vega y E.S.E. Hospital Universitario de Cartagena durante los años 1997-2000. Los resultados muestran un aumento significativo en los índices de mortalidad en los individuos entre 1997 y 1998 con 50 y 69.4%, respectivamente P>0.05. En el año 1999 disminuyó significativamente P>0.05 con respecto a 1998, con un valor de 56.4%; pero continúa siendo alto, pues todos los valores de índices de mortalidad sobrepasaron el 50%. También es sobresaliente el hecho que entre estos pacientes los que presentan mayor incidencia de mortalidad son los niños menores de 10 años con valores de 100, 100 y 60% respectivamente para los años 1997, 1998 y 1999, seguido por los individuos con edades de 21-40 años con promedio de 40% en índices de mortalidad. Esto deja abierto la posibilidad que se logre llevar a cabo campañas de prevención y promoción entre los grupos de riesgo. Además de crear conciencia y tener en cuenta los signos de alerta de estas enfermedades.

606

EXPERIENCIA PRELIMINAR CON TRANSPLANTE DE MÉDULA ÓSEA (TMO) ALOGÉNICO CON CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS (STEMCELL) RECOLECTADAS EN SANGRE PERIFERICA (SP)

Herrera Juan M., Reyes Amario P., Becerra CR., Lema M.

Unidad de Cáncer, Sección Oncología Clínica/Hematología y Transplante de Médula Ósea, Fundación Clínica Valle del Lili, Cali, Colombia.

Objetivos: presentar nuestra experiencia en TMO alogénico recolectando las Stem Cell (SC) en (SP), en lugar de recolectarlas en médula ósea (MO).

Diseño: estudio descriptivo.

Lugar: Fundación Clínica Valle del Lili, Cali.

Pacientes: se presentan 4 pacientes que fueron sometidos a TMO alogénico, tres mujeres y un hombre, de mayo 1 de 1999 a mayo 31 de 2000. Los pacientes tenían diagnóstico de Leucemia Mieloide Crónica (LMC), Leucemia Linfocítica Aguda (LLA), Leucemia Mieloide Aguda (LMA) y Anemia Aplásica (AA).

Intervenciones: se les hizo HLA al paciente y al donante. La evaluación pre-TMO incluyó: CH, ABO, química sanguínea, VIH, HSV, AgsHB, VDRL, Toxoplasma y CMV al paciente y al donante. Al receptor se le realizó ecocardiograma, FG y espirometría. Los donantes recibieron G-CSF, filgrastim, a dosis de 10 mcg/kg por 5 días, para movilizar las SC y se les practicó recolección por vena periférica, con una máquina de aféresis los días 4 y 5. Los pacientes recibieron como condicionamiento para leucemias BUCY 2: BU 16 mg/kg y CTY 120 mg/kg. Para AA: LAT 30 mg/kg y CTY 180 mg/kg. Las SC fueron mantenidas a 4°C por 24 horas y transplantadas por un catéter venoso central el día 0. Todos los pacientes recibieron CsA y MTX como profilaxis de enfermedad de injerto contra huésped (EICH). Los pacientes fueron hospitalizados en la Unidad de TMO. Recibieron GR y PLT de leucocitos y G-CSF. A partir del día 30 TMT/SMX profiláctico para P. Carinii 3v/semana y medición de AgP65 para CMV/semana.

Mediciones: se definió como remisión completa (RC) la MO normal por morfología y/o citogenética. Se consideró que el injerto era viable al tener el receptor un recuento absoluto de neutrófilos (ANC) de 500/mm³.

Resultados: los trasplantes fueron de isogrupo sanguíneo. Todos fueron CMV (+). Los donantes requirieron 2 aféresis. Se obtuvo el ANC deseado a los 15.8 días (rango 9 a 66) y PLT de 20000/mm³ a los 31 días (rango 13 a 74) con un promedio de hospitalización de 38.7 días (rango 21 a 68). La AA presentó hemorragia alveolar difusa y una neumonía por Aspergillus tratada con Itraconazol a altas dosis, está vivo a los 98+ días. La LMA falleció a los 66 días post-TMO en RC, por EICH grado IV y reactivación de TBC miliar; la LMC está con EICH crónica en RC día 219+ y la LLA en RC día 49+.

Conclusiones: en este informe preliminar los pacientes receptores de SC recolectadas en SP, presentan resultados similares a los informados con recolección practicada en la MO. La incidencia de EICH parece ser mayor en el receptor que con la recolección practicada en la MO. Sin embargo, este método ofrece ventajas al donante: es indoloro, ambulatorio, no requiere anestesia general, ni es necesario ir a un quirófano. El tiempo de recuperación de la nueva MO es menor, lo que disminuye los costos por transfusiones, antibióticos y estancia hospitalaria.

608

REGISTRO DE CÁNCER EN LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMON BONZÁLEZ VALENCIA (ESE-HURGV) DE BUCARAMANGA: 1996 - 1999

Mantilla Andrés, Insuasty JS., Vesga BE.

Departamento de Medicina Interna, Escuela de Medicina, Universidad Industrial de Santander, ESE-HURGV, Bucaramanga, Colombia.

Introducción: los tumores malignos se encuentran dentro de las primeras causas de mortalidad en Colombia, su frecuencia real no ha sido posible medir en forma correcta. El adecuado registro y estimativo de la frecuencia permitirá establecer nuevas estrategias y políticas en la prevención y el control de dichas enfermedades, así como será fuente de partida para futuras observaciones y estudios en este campo. El estudio del cáncer en la Unidad de la Oncología de la ESE - HURGV puede constituirse en una herramienta útil para la aproximación de la incidencia de cáncer en el Departamento de Santander.

Objetivos: establecer la frecuencia, distribución por género y edad, demografía, histología y estadio clínico de las neoplasias malignas valoradas en la Unidad de Oncología de la ESE-HURGV durante el período 1996 - 1999.

Material y métodos: se trata de un estudio descriptivo, observacional, de tipo serie de casos. Se incluyeron sujetos con edad mayor a 11 años, con diagnóstico histopatológico confirmado entre el período comprendido entre el primero de enero de 1996 al 31 de diciembre de 1999. Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas y procesados en una base de datos en el programa Epi Info 6.04c. Desde el punto de vista ético no existió intervención directa sobre los sujetos y el proceso de captura de la información no afectó el curso clínico de la enfermedad; los datos fueron manejados de forma global, garantizando la privacidad de cada sujeto.

Resultados: se registraron 2.011 casos de cáncer, siendo más frecuente en mujeres (63.5%). Con respecto a la procedencia el 81.8% corresponden a Santander, de ella Bucaramanga aportó 515 casos (31.3%). El promedio de edad corresponde a 56 años (DE:16.9), con valores entre 12 y 95 años. Los diez cánceres más frecuentes fueron: cervix 343 (17%), piel 291 (14.4%), mama femenina 246 (12.2%), estómago 165 (8.2%), vías respiratorias 89 (4.4%), próstata 55 (2.7%), tiroides 49 (2.4%), ovario y anexos 47 (2.3%), recto 47 (2.3%) y esófago 41 (2%). Los tipos histológicos más frecuentes fueron: para cervix el de células escamosas grandes, tipo no queratinizante (59.8%), para piel el carcinoma basocelular (67%), para mama femenina el canalicular infiltrante (78%), para estómago el adenocarcinoma tipo intestinal (32.1%), para vías respiratorias el adenocarcinoma (21.3%), para próstata el adenocarcinoma (76.4%), para tiroides el carcinoma papilar (43%), para ovario y anexos el citadenocarcinoma seroso papilar (10.6%), para recto el adenocarcinoma (57.4%) y para esófago el carcinoma de células escamosas queratinizante (24.4%).

Conclusiones: para el período estudiado se observa un alta frecuencia de consulta por cáncer, siendo las cuatro primeras patologías entidades prevenibles y en estadios avanzados, hace ver fallas en el impacto de las campañas preventivas y obliga a las Escuelas de Medicina regionales a fortalecer la educación para la promoción y prevención en cáncer. Con respecto a la distribución de los tipos histológicos, ésta es concordante con la descrita en la literatura, a excepción de piel y pulmón donde existe predominancia del carcinoma basocelular y adenocarcinoma, respectivamente. Se espera que este estudio sea la base para la realización de estudios de factores de riesgo.