

Cancerología ~ Presentación oral

23

ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL CANCER DE CUELLO UTERINO DE 1980 a 1989.

Natera H.J., Bermudez S.M., Suarez C.A.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL-SERVICIO DE ONCOLOGIA

Revisamos 182 casos de carcinomas de cuello uterino diagnosticados por biopsias con el fin de evaluar clasificación clínica, edad, sintomatología, métodos diagnósticos, tipo histológico, terapia y sobrevida. La edad promedio fue de 45 años. El resultado histopatológico demostró que el 68.7% corresponden a carcinoma escamo-celular no-queratinizante seguido del escamo-celular queratinizante.

154 pacientes son multiparas representando el 84.6%. En relación al Estado Clínico, se determinó que 92 pacientes (51%) corresponden a Estado In Situ, 13 pacientes (7%) a Estado IA, 23 pacientes (13%) a Estado IB, 14 pac. (8%) a Estado IIA, 15 pacientes (8%) a Estado IIB, 19 pacientes (10%) a Estado IIIB y 5 pacientes (3%) a Estado IVA.

Un elevado porcentaje de pacientes se encontraban asintomáticas al diagnóstico, ya que el 71% de todas las pacientes fueron diagnosticadas en Estados tempranos In Situ, IA y IB.

En el Carcinoma In Situ, las citologías cervico-vaginales resultaron positivas en 83%, las colposcopias en 88% y las biopsias en 86%. El tiempo promedio de seguimiento fue de 4.7 años con sobrevida a 5 años del 100%. A todas las pacientes se les practicó cirugía.

En Estados IA y IB, la sobrevida a 5 años fue de 100% y fueron tratadas con histerectomía radical.

En Estados II (29 pacientes) la sobrevida a 5 años fue del 91.7%; siendo tratadas con Radioterapia (Teleterapia y Braquiterapia) 15 pacientes y el resto histerectomía radical.

En los Estados III y IV, la sobrevida a 5 años fue de 50% y 22.9%, respectivamente.

Se demostró que el Estado In Situ es la cifra más alta de frecuencia comparada con otros informes Nacionales que los Estados Clínicos son Estados III y IV. La citología cervico-vaginal es el método útil disponible y apoyada por la colposcopia pueden diagnosticar los carcinomas cervico-uterinos en etapas muy tempranas,

24

TERAPIA ABLATIVA CON 131-I POST-TIROIDECTOMIA TOTAL EN CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIROIDES -Primer Informe-

Latorre G, Orrego A, Echeverri MC, Olarte F, Aristizabal M, Uribe F, Orozco B, Díaz C, Duque S.

Clinica de Tiroides, Universidad de Antioquia y Hospital Universitario de San Vicente de Paúl, Medellín.

Se presenta el primer informe del programa protocolizado de manejo y seguimiento de pacientes con carcinoma diferenciado de tiroides (CDT). En 1982, se estableció la terapia ablativa con 131-I en los pacientes con CDT cuyos rastreos corporales totales con 131-I fueran positivos (en lecho tiroideo o en metástasis), a las 6 semanas de la tiroidectomía total o en los controles posteriores (1, 3, 5, 8 y 10 años). Se muestra la evolución de 105 pacientes, entre los 9 y los 85 años de edad, atendidos en 10 años. Se advierte que hay pacientes operados antes de 1982 y que a uno de ellos, una mujer con un carcinoma papilar, se le han practicado varias cirugías desde 1964 y ha recibido 4 dosis de 131-I; permaneciendo activa en el programa con la enfermedad no controlada.

Tabla 1: Evolución según tipo de carcinoma y sexo (n=105)

	PAPILAR		FOLICULAR		HURTHLE		MEDULAR	
	m	h	m	h	m	h	m	h
Activos	44	3	5	0	1	0	0	0
Sin 131-I								
-no requieren *	6	0	1	0	0	0	0	0
-pendiente	13	1	4	0	0	0	0	0
Perdidos	16	1	5	0	1	0	1	0
Fallecidos	0	0	2	0	0	0	0	0

m=mujeres, h=hombres, *=con rastreos siempre negativos.

Tabla 2: Seguimiento de pacientes activos en años (n=60).

Años :	<1	1	3	5	8	10	15
PAPILAR	10	20	12	8	1	1	1
FOLICULAR	2	2	1	1	0	0	0
HURTHLE	0	1	0	0	0	0	0

De los 54 pacientes activos vivos que han requerido 131-I, 11 han necesitado 2 dosis, tres 3 dosis y uno 4 dosis; en promedio 100 mCi de 131-I/dosis (rango 45-150mCi)

25

TUMORES GERMINALES DE TESTICULO. ANALISIS DEL TRATAMIENTO.

Godoy J., Reyes PA.

Servicio de Oncología, Departamento Médico, Hospital Militar, Univ. Militar Nueva Granada, Bogotá.

Con el objeto de ver los resultados obtenidos en el tratamiento de los tumores germinales de testículo, se revisaron las historias clínicas de los pacientes manejados por el servicio de Oncología a partir de 1980 hasta Diciembre de 1990. Se encontraron 23 pacientes evaluables, con un rango de edad entre 18 y 61 años, localizándose el 74.07% de los casos en el grupo etáreo comprendido entre los 15 y los 30 años de edad, no hubo casos en menores de 15 años y un sólo caso por encima de los 60 años. El motivo de consulta más frecuente fue la masa testicular, con un tiempo de evolución que oscilaba entre los 15 días y los 18 meses; 17 casos (73.9%) se localizaron en el testículo izquierdo. Un paciente tenía antecedentes de criptorquidia, uno de torsión y tres de traumatismo, a 5 se les había practicado antes de llegar al HMC algún procedimiento diagnóstico invasivo por vía escrotal. 9 casos (39.1%) fueron seminomas (S) y 14 (60.9%) fueron no seminomatosos (NS). 10 casos se estadiaron como E-I (I y II del TNM), 3 fueron E-IIa (III del TNM); 3 fueron IIB, 1 caso IIC y 6 casos E-III (correspondiendo estos 10 casos a E-IV de acuerdo al TNM). Posterior a la cirugía radical el tratamiento empleado fue la radioterapia (RT) para los seminomas y la quimioterapia (QT) a base de cis-platino (CDDP) para los NS, con esquemas tales como el VAB-6, PEB y PVB. Hubo 4 recaídas dos S y dos NS, todas al reclasificarse por TNM eran estadio IV. El riesgo de una recaída desapareció a los 2 años para los S y a los tres años para toda la serie. La sobrevida a 5 años por análisis actuarial fue del 86%; por estadíos fue: 100% para el E-I, 83% para el E-II y 75% para E-III, de acuerdo a la histología fue del 88% para S y 80% para NS. Podemos observar que la sobrevida en esta serie es muy similar a la informada en la literatura. Que la QT con CDDP es un tratamiento efectivo para los tumores NS y que se deberá considerar su uso en los S cuyo estadiaje sea de IIB en adelante (E-IV del TNM) con el objeto de disminuir recaídas. Recomendamos la utilización del TNM ya que este método de estadiaje se relacionó más con la sobrevida y el riesgo de recaída.

26

TUMORES GERMINALES EXTRAGONADALES.

Godoy J., Reyes PA.

Servicio de Oncología, Departamento Médico, Hospital Militar, Univ. Militar Nueva Granada.

Los tumores germinales extragonadales constituyen el 0.15% de la patología que ha manejado nuestro servicio desde 1980 hasta Diciembre de 1990. Los esquemas de quimioterapia a base de Cis-platino (CDDP) no han producido en estas localizaciones las dramáticas respuestas observadas a nivel testicular.

Presentamos 4 pacientes de sexo masculino, con un rango de edad entre 18 y 56 años, quienes presentaron esta patología localizándose 2 en mediastino y 2 en retroperitoneo; 2 fueron seminomas (S) y 2 no seminomatosos (NS), siendo uno de ellos coriocarcinoma puro. El motivo de consulta fue dolor torácico en los dos casos de localización mediastinal, masa en uno de los retroperitoneos y hemoperitoneo secundario a trauma cerrado de abdomen en el otro caso de retroperitoneo. La sobrevida calculada por análisis actuarial fue del 50%. El factor de peor pronóstico fue la localización mediastinal, sin importar la histología.

Los pacientes con seminoma fueron inicialmente tratados con radioterapia sin obtenerse respuesta adecuada, teniendo que administrarse posteriormente en ambos casos esquemas de quimioterapia (QT) a base de CDDP, falleciendo posteriormente el de localización mediastinal. Los NS fueron tratados con QT a base de CDDP sin obtenerse respuesta en el de localización mediastinal que falleció. Debido a lo poco frecuente de esta patología la casuística es pequeña, podemos observar que la radioterapia juega un papel secundario en el manejo de los seminomas extragonadales y se deberá iniciar el manejo de estos pacientes con un esquema a base de CDDP sean NS o S. La localización mediastinal sigue siendo un problema por la falta de respuesta de estos tumores en esa localización, independiente del tipo histológico.

27

MESOTELIOMA MALIGNO EN LA FUNDACION SANTA FE DE BOGOTA
Sánchez D, Morales A, Acero R, Andrade R.

OBJETIVO: determinar las características de los casos de mesotelioma maligno vistos en la Fundación Santa Fe de Bogotá.

DISEÑO: descriptivo, retrospectivo, con base en la revisión de Historias Clínicas y Placas de Patología de los pacientes con diagnóstico de Mesotelioma Maligno en la Fundación Santa Fe de Bogotá.

PACIENTES: se revisaron un total de 15 piezas de patología de igual número de pacientes. 12 pacientes eran propios de la Fundación Santa Fe, 3 eran pacientes remitidos de otras instituciones.

Se estudiaron las características biológicas (edad, sexo), sociales (profesión, exposición al asbesto), manifestaciones patológicas (dolor, tos, disnea y pérdida de peso), métodos diagnósticos (Rx, TAC, biopsia pleural y citología del líquido pleural) y tratamiento efectuado. Se hizo seguimiento a los 12 pacientes propios de la Fundación.

RESULTADOS: el diagnóstico de mesotelioma maligno se presentó con mayor frecuencia en hombres de la tercera edad. No existía ninguna relación con la exposición al asbesto en 75% de los casos. El diagnóstico se realizó en definitiva a través de una biopsia pleural. La citología del líquido pleural fue positiva en el 60%. La mayoría de los pacientes se presentaban con tos seca, dolor pleurítico y disnea. El primer examen practicado al 100% de los pacientes fue una placa de Rx que mostró principalmente derrames pleurales. No todos los pacientes presentaron valoración con TAC, sin embargo la mayoría de los pacientes estudiados con este método estaban en estados avanzados.

CONCLUSIONES: consideramos que el mesotelioma maligno es una entidad poco frecuente, mal estudiada y muchas veces sin un adecuado tratamiento. La población estudiada en la Fundación Santa Fe parece consultar en forma más temprana que el resto de la población general, aún así se encuentran la enfermedad en estados avanzados sin quedar ninguna posibilidad terapéutica satisfactoria.

29

DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CANCER DE PROSTATA: UTILIDAD DEL ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA, ECOGRAFIA TRANSRECTAL Y ASPIRADO POR AGUJA FINA.

Fals Newendyke O, Rosillo MA, D'Nubbila E, Sabagh D, Rey Martinez J, Fals Borda E, Rey Matiz F, Tatis R, Abuchaibe L, Rosales E, Mercado I, de la Hoz T, Isaac J, Larios A, Klee L, Escorcía O, Barros A.

Grupo de Estudio Barranquilla, Barranquilla

Se describe la experiencia utilizando tres ayudas paraclínicas en la detección precoz del Cáncer de Prostata: El Antígeno Específico de Prostata (AEP), la Ecografía Transrectal (ETR) y el Aspirado Citológico con Aguja Fina (AAF) dirigida por ecografía. De 60 casos estudiados 23 fueron biopsiados, encontrando en la mitad de estos, Adenocarcinoma de Prostata. Se compararon métodos tradicionales como el Tacto Rectal y la Fosfatasa Ácida y Fracción Prostática con la utilización conjunta del AEP, la ETR, y la AAF por ETR. Se concluye que estos últimos aumentan la sensibilidad y especificidad en la detección de estadios tempranos del cáncer prostático.

28

EXPERIENCIA EN EL MANEJO DEL CANCER TIROIDEO

López, T.; Kattah, W.

Servicio de endocrinología, Hospital de San José. Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario.

Se estudiaron 127 pacientes con el diagnóstico patológico de cáncer tiroideo, atendidos durante el lapso de 1.983 a 1.992. El 87% eran mujeres y el 13% hombres, las edades de presentación oscilaron entre 15 y 89 años, con mayor frecuencia a la cuarta década de la vida. Histológicamente el 85% correspondió a carcinoma papilar, el 7% a carcinoma de células de Hurtle, el 4% a folicular, el 1% a medular, 1% a anaplásico y el 2% a otros (carcinoma de células claras, de células escamosas y plasmocitoma). El carcinoma papilar se manifestó en forma de nódulo único en el 80%, como nódulos múltiples en el 17%, adenopatías en el 11% y desviación traqueal en el 2%. El folicular se presentó como nódulo único en todos los casos. El carcinoma de células de Hurtle en forma de nódulo único en el 55% de los casos y como nódulos múltiples en el 45%. El medular por elevación de la calcitonina en una paciente en seguimiento por MEN IIA. Se practicó gammagrafía en 118 pacientes las cuales fueron informadas como nódulo hipocaptante en el 82%, captación heterogénea en el 12%, normal en el 4% y como hipercaptante en el 2%. En 89 pacientes se realizó citología aspirativa: en el 79% fue verdadera positiva y se encontró un 21% de falso negativo. Todos los pacientes recibieron manejo quirúrgico; el 72% fue manejado con tiroidectomía total, de los cuales al 8% se les practicó además vaciamiento ganglionar, el 23% con tiroidectomía subtotal, el 3% con lobectomía y el 2% con cervicotomía y biopsia por inoperabilidad. Se presentaron complicaciones quirúrgicas en el 24%, la hipocalcemia fue la más frecuente en el 16%, temporal en el 14% y permanente en el 2%; parálisis de cuerda vocal en el 6%, temporal en el 3% y permanente en el 3% y el 2% presentaron una fistula esófago-cutánea y un neumotórax en forma independiente. Se practicó yodoterapia a 76 pacientes: terapia ablativa en el 51% y terapia para cáncer en el 49%. Se llevó un seguimiento en el 8% por más de 5 años, en el 34% entre 2 y 5 años, en el 47% entre 1 y 2 años, en el 92% menor de un año y el 8% se perdieron durante el seguimiento. Se detectó una recurrencia del 3% y hubo una mortalidad del 3%.

30

RESPUESTA INMUNE ANTI-PROTEINAS TRANSFORMANTES DE VPH 16 Y 18 EN PACIENTES CON CANCER CERVICAL.

Serrano, M.L., Bravo, M.M., Quijano, H., Luna, J., Orozco, O.

Sección de Inmunología y Grupo de Ginecología. Instituto Nacional de Cancerología.

Con el propósito de definir las regiones inmunogénicas de las proteínas transformantes E6 y E7 de los virus del papiloma humano tipos 16 y 18, se evaluó la respuesta inmune humoral hacia estas proteínas en 72 pacientes con cáncer de cuello uterino invasivo y en 59 niños sanos. Dadas las dificultades para su obtención en forma natural, se escogieron como antígenos de la prueba de ELISA 22 péptidos sintéticos que representan distintas regiones estas proteínas.

En la mayoría de los casos la reactividad estaba dirigida hacia péptidos derivados de E7 de 16, encontrándose positividad hacia al menos un péptido en 71% de pacientes vs 39% de niños. Al comparar las reactividades hacia péptidos individuales en los dos grupos, se encontraron diferencias significativas para dos péptidos de E7 de 16 y un péptido de E7 de 18, que estarían representando regiones inmunogénicas de estos virus asociadas a la infección de carácter oncogénico.

Llama la atención la alta reactividad en la población infantil (4 a 12 años) que sugiere una prevalencia y formas de transmisión más amplias que lo reportado.

La definición de determinantes antigénicos asociadas a la infección oncogénica como las encontradas en este trabajo permiten su uso no solo para el diagnóstico y manejo de la neoplasia sino también para la formulación de vacunas anti-virales con potencial de prevención de este tumor.

31

ASPECTOS INMUNOLOGICOS DEL SINDROME PARANEOPLASICO (SNP).

Rodríguez S.(1), Fadul C.(2), Melo G.(2), Cómbita A.(1), Orozco O.(1)
Sección de Inmunología. Grupo de Neurología. Instituto Nacional de Cancerología.

En este trabajo se estudian algunos fenómenos autoinmunes ligados al SNP y se analiza su importancia en el manejo de estos pacientes.

Los sueros de 13 pacientes y 20 controles se estudiaron para AAN (IFI sobre Hep-2), y anti-DNA (IFI sobre crithidia), factor reumatoideo, anticuerpos anti-neuronales (IFI sobre cerebro y cerebelo humano) e inmunotransferencia sobre extractos de cerebro y cerebelo de rata y conejo.

Solo dos sueros fueron positivos para AAN, siendo todos negativos para anti-DNA y factor reumatoideo. La inmunofluorescencia sobre tejido neuronal no se interpretó por alto ruido de fondo y alta reactividad en los controles normales.

La inmunotransferencia permitió detectar en tres sueros anticuerpos contra componentes de 54 y 40 Kd descritos como específicos de células de Purkinje (Budde-Steffen y col. Cancer Res 48:430, 1988). No obstante, estas reacciones se detectaron tanto en cerebro como en cerebelo y estaban presentes solo en tejido nervioso de conejo. Otros sueros también fueron positivos pero detectaban bandas reveladas también por los sueros de los controles normales. No fue evidente la asociación de estas reactividades con una patología neuronal o tumoral específica.

Se constata que no existe en los pacientes con SNP una reacción autoinmune generalizada; se recalca que el uso de extractos de tejido nervioso no humano puede llevar a falsos negativos y que el fenómeno autoinmune anti-tejido nervioso puede ser un mecanismo fisiológico presente en la población normal.

Una mejor caracterización del factor autoinmune en SNP contribuiría a un mejor entendimiento y a un manejo más racional de esta patología.

32

ANALISIS DE LA HETEROGENEIDAD DEL ANTIGENO CA 125

Gómez R. L., Bravo M. M., Crosby M., García C., Orozco D.,
Sección de Inmunología. Instituto Nacional de Cancerología. Sección de Biología. Instituto Nacional de Cancerología, Santafé de Bogotá.

En este estudio se hace el análisis comparativo de las características inmunoquímicas del antígeno CA 125 presente en líquidos de tumores quísticos de ovario benignos y malignos. Empleando en inmunotransferencia el anticuerpo monoclonal OC 125, se buscó particularmente si existían diferencias en peso molecular del antígeno presente en las muestras (6 Cistoadenomas, 4 quistes simples y 8 Cistoadenocarcinomas) y si estas diferencias estaban asociadas a la naturaleza benigna o maligna del tumor de origen.

Luego de extracción con ácido perclórico, en la mayoría de muestras el anticuerpo monoclonal OC 125 detectó entre otros un componente de 200 Kd, común a tumores benignos y malignos. De manera interesante, este mismo anticuerpo reveló solo en los líquidos de cistadenocarcinoma otra banda de 500 Kd, la cual parece ser específica del antígeno CA 125 expresado por los tumores malignos. Se discute la importancia e implicaciones de este hallazgo.