



CONGRESO URUGUAYO de ONCOLOGÍA

“En memoria del Prof. Emérito Julio C. Priario”
Dr. Honoris Causa de la UDELAR

**Programa de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino (UICC)
Encuentro de la Federación Latinoamericana de
Sociedades de de Cancerología (FLASCA)
5ª Jornada de Enfermería Oncológica**

20 al 22 de Noviembre de 2008; LATU, Montevideo - Uruguay



S.O.M.P.U.

PROGRAMA OFICIAL



ÍNDICE

Carta de Bienvenida.....	Pág. 4
Autoridades del 10° Congreso	Pág. 5
Auspiciantes	Pág. 5
Invitados Extranjeros.....	Pág. 6
Actividad Social.....	Pág. 6
Cronograma Científico del 10° Congreso.....	Pág. 7
Programa Científico del 10° Congreso	Pág. 9
Autoridades de la 5ª Jornada de Enfermería.....	Pág. 14
Programa Científico de la 5ª Jornada de Enfermería	Pág. 14
Información General.....	Pág. 15
Resúmenes de Trabajos Científicos	
Orales	Pág. 16
Posters.....	Pág. 18
Publicaciones.....	Pág. 23
Agradecimientos	Pág. 26

CARTA DE BIENVENIDA

Estimados/as socios/as SOMPU:

Este año la Sociedad de Oncología Médica y Pediátrica del Uruguay organizará el 10° Congreso Uruguayo de Oncología; contaremos con prestigiosos invitados nacionales e internacionales quienes se darán cita en Montevideo del 20 al 22 de Noviembre del 2008.

En el marco del mismo Congreso se llevará a cabo un Curso de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino, auspiciado por la UICC (Unión Internacional Contra el Cáncer), las 5tas. Jornadas de Enfermería Oncológica y un Encuentro de FLASCA (Federación Latinoamericana de Sociedades de Cancerología) que darán brillo adicional a dicho evento.

Los temas principales que se desarrollarán en el Congreso incluyen: cáncer de mama, cáncer urológico y cáncer de origen digestivo. Asimismo se llevará a cabo un foro interactivo de cuidados paliativos en oncología.

Conferencias, mesas redondas, paneles foro, temas libres, sesión de postres y simposios satélites integran el programa científico del mismo. Esperando que puedan acompañarnos en tan importante evento, los saludo muy afectuosamente.

Dr. Gabriel Krygier
Presidente
10° Congreso Uruguayo de Oncología

AUTORIDADES DEL CONGRESO

COMITÉ ORGANIZADOR

Dr. Gabriel Krygier
Presidente

Dra. Marisa Fazzino
Vicepresidente

Dra. Cecilia Castillo
Secretaría General

Dra. Adriana Córdoba
Dra. Marta Aghazarián
Secretaría Científica

Dr. Lyber Saldombide
Dra. Sandra Mourelle
Secretaría Gremial

Dr. Robinson Rodríguez
Tesorería

Dr. Agustín Dabezies
Dra. Alejandra Sosa
Dra. Graciela Reyes
Vocales Titulares

Dr. Ignacio M. Musé
Dra. Lucía Delgado
Comisión de Asuntos Internacionales

Dr. Rodrigo Fresco
Dra. Verónica Terzieff
Comisión de Publicaciones

Dr. Mario Varangot
Dra. Isabel Alonso
Dra. Alicia Carnelli
Dra. Marisa Fazzino
Comisión de Educación Médica Continua

COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Agustín Dabezies
Dra. Lucía Delgado
Dr. Pedro Kasdorf
Dr. Ignacio M. Musé
Dra. Graciela Sabini
Dr. Miguel Torres
Dr. Mario Varangot

AUSPICIANTES

Ministerio de Salud Pública
Facultad de Medicina
Escuela de Graduados (Facultad de Medicina - UDELAR)
Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer
Intendencia Municipal de Montevideo
Academia Nacional de Medicina
Sindicato Médico del Uruguay
Federación de Cooperativas Médicas del Interior
Federación Médica del Interior
Sociedad Uruguaya de Mastología
Sociedad de Cirugía del Uruguay
Sociedad Latinoamericana de Oncología Pediátrica
Sociedad Uruguaya de Gastroenterología

Sociedad Uruguaya de Urología
Facultad de Enfermería
Colegio de Enfermeras del Uruguay
Asociación Uruguaya de Enfermería Hemato - Oncológica
Embajada de Estados Unidos de América
Embajada de Francia
Embajada de Canadá

**Declarado de Interés Nacional por Resolución
del Poder Ejecutivo
(Interna N° 81/2008)**

INVITADOS EXTRANJEROS

CONGRESO

Dr. Carlos Barrios (Brasil)
Dr. Alfredo Barros (Brasil)
Dr. Simón Breier (Argentina)
Dr. Eduardo Cazap (Argentina)
Dra. Marcela De la Torre (Argentina)
Dr. Jean Pierre Droz (Francia)
Dr. Alain Fourquet (Francia)
Dr. Jesús García-Foncillas (España)
Dra. Graciela Gómez (Paraguay)
Dr. Axel Grothey (USA)
Dr. Clifford Hudis (USA)
Dr. Roberto Iván López (Panamá)
Dr. John Mackey (Canadá)
Dr. Michel Marty (Francia)
Dr. Federico Nasroulah (Argentina)
Dr. Craig Nichols (USA)
Dr. Francisco Orlandi (Chile)
Dra. María Guadalupe Pallota (Argentina)
Dr. Eduardo Richardet (Argentina)

Dra. Helene Sancho-Garnier (Francia)
Dr. Gilberto Schwartzmann (Brasil)
Dr. Marcelo Scopinaro (Argentina)
Dr. Sergio Simón (Brasil)
Dr. Pablo Sitic Vargas (Bolivia)
Dr. Dennis Slamon (USA)
Dra. María del Carmen Torrico (Bolivia)
Lic. Daniela Vivas (Brasil)

CURSO PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Dr. Eduardo Cazap (Argentina)
Dra. Leticia Fernández (Cuba)
Dra. Helene Sancho-Garnier (Francia)

ACTIVIDAD SOCIAL

- Ceremonia de Apertura y Cóctel de Bienvenida
Día: Jueves 20 de Noviembre de 2008
Hora: 19.30
Lugar: Salón del Expositor – CIU - LATU
Palabras de Autoridades
Actuación de Francis Andreu

- Cierre del 10° Congreso
Día: Sábado 22 de Noviembre de 2008
Hora: 16.45
Palabras de la Dra. Cecilia Castillo – Secretaria
del 10° Congreso

- Fiesta de Clausura
Día: Sábado 22 de Noviembre de 2008
Hora: 21.30
Lugar: Hotel Cottage (Rambla República de
México 6259 esq. Ferrari)
Ticket Acompañante: \$200

CRONOGRAMA CIENTÍFICO DEL 10° CONGRESO

MIÉRCOLES 19 DE NOVIEMBRE		JUEVES 20 DE NOVIEMBRE	
07:30 - 08:00	Inscripciones y Acreditaciones		
08:00 - 12:00	<p>CURSO UICC</p> <p>Coordinadores: Dres. Helene Sancho-Garnier (Francia), Guillermo Rodríguez</p> <p>PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO</p> <p>Expositores: Dres. Eduardo Cazap (Argentina), Ignacio Musé, Guillermo Rodríguez, Helene Sancho-Garnier (Francia), Leticia Fernández (Cuba)</p>	08.00 - 08.40	<p>CONFERENCIA</p> <p>Historia de la quimioterapia en cáncer de testículo</p> <p>Dr. Craig Nichols (USA)</p> <p>Presidente: Dr. Rodrigo Fresco</p>
		08.40 - 09.20	<p>CONFERENCIA</p> <p>Adyuvancia y neoadyuvancia en cáncer de vejiga</p> <p>Dr. Jean Pierre Droz (Francia)</p> <p>Presidente: Dr. Robinson Rodríguez</p>
		09.20 - 10.00	<p>CONFERENCIA</p> <p>Cáncer de testículo resistente al tratamiento</p> <p>Dr. Craig Nichols (USA)</p> <p>Presidente: Dra. Marta Aghazarián</p>
		10.00 - 10.30	Descanso
		10.30 - 12.30	<p>PANEL - FORO</p> <p>Uro-oncología: patología multidisciplinaria.</p> <p>Coordinadores: Dres. Mario Varangot, Alvaro Luongo</p> <p>Panelistas: Dres. Craig Nichols (USA), Jean Pierre Droz (Francia), Marcela de la Torre (Argentina), Francisco Orlandi (Chile), Luis García Guido</p>
		12.30 - 13.30	<p>SIMPOSIO ALIMTA</p> <p>Presente y futuro del tratamiento de Cáncer de Pulmón Avanzado.</p> <p>Dres. Carlos Barrios (Brasil), Federico Nasroulah (Argentina)</p>
		13.30 - 14.10	<p>CONFERENCIA</p> <p>Blancos moleculares en cáncer de riñón</p> <p>Dr. Jean Pierre Droz (Francia)</p> <p>Presidente: Dra. Adriana Córdoba</p>
		14.10 - 15.10	<p>TEMAS LIBRES DESTACADOS</p> <p>Coordinadores: Dres. Alicia Carnelli, Aldo Quarnetti</p>
		15.10 - 15.25	Descanso
		15.25 - 16.05	<p>CONFERENCIA</p> <p>Prevención secundaria en oncología</p> <p>Dra. Helene Sancho-Garnier (Francia)</p> <p>Presidente: Dra. Graciela Sabini</p>
		16.05 - 16.45	<p>CONFERENCIA</p> <p>Estado actual de la densidad de dosis en cáncer de mama</p> <p>Dr. Clifford Hudis (USA)</p> <p>Presidente: Dr. Gabriel Krygier</p>
		16.45 - 17.00	Descanso
		17.00 - 19.00	<p>PANEL - FORO</p> <p>Manejo del cáncer de mama en etapa locorregional. Casos Clínicos</p> <p>Coordinadores: Dres. Lucía Delgado, Pedro Kasdorf</p> <p>Panelistas: Dres. Dennis Slamon (USA), Michel Marty (Francia), John Mackey (Canadá), Clifford Hudis (USA), Alain Fourquet (Francia), Alfredo Barros (Brasil)</p>
		19.00 - 19.30	<p>CONFERENCIA</p> <p>Biopsia del ganglio centinela en cáncer mamario: Indicaciones, contraindicaciones, perspectivas</p> <p>Dr. Alfredo Barros (Brasil)</p> <p>Presidente: Dr. Bernardo Aizen</p>
		19.30 - 20.30	Ceremonia de Apertura
		20.30	Cóctel de Bienvenida

CRONOGRAMA CIENTÍFICO DEL 10° CONGRESO

VIERNES 21 DE NOVIEMBRE		SÁBADO 22 DE NOVIEMBRE	
07:30 - 08:00 Inscripciones y Acreditaciones			
08.00 - 08.40	CONFERENCIA Utilidad clínica y futuro de la terapia molecular en cáncer de mama. Dr. John Mackey (Canadá) Presidente: Dra. Marisa Fazzino	08.00 - 09.30	SESIÓN DE POSTERS Coordinadoras: Dras. Sandra Mourelle, Verónica Terzieff
08.40 - 09.20	CONFERENCIA Manejo del paciente triple negativo en cáncer de mama. Dr. Dennis Slamon (USA) Presidente: Dra. Cecilia Castillo		ENCUENTRO FLASCA Cáncer de mama en Latinoamérica. Elaboración de un proyecto regional Coordinadoras: Dras. María Guadalupe Pallota (Argentina), Lucía Delgado
09.20 - 10.00	CONFERENCIA Terapias anti Her2 post trastuzumab. Dr. Clifford Hudis (USA) Presidente: Dra. Isabel Alonso	09.30 - 11.00	MESA REDONDA El adolescente con cáncer Coordinador: Dr. Agustín Dabezies Integrantes: Ps. Teresa Ibarra, Dres. Francisco Cópola, Marcelo Scopinaro (Argentina), Luis Castillo
10.00 - 10.15	Descanso	11.00 - 11.30	Descanso
10.15 - 12.30	MESA REDONDA Cáncer de Mama en Latinoamérica - FLASCA Coordinadores: Dres. Lucía Delgado, Eduardo Richardet (Argentina) Participantes: Dres. Graciela Sabini, Ignacio Musé, Fernando Correa, Graciela Gómez (Paraguay), Sergio Simon (Brasil), Rodrigo Fresco, Eduardo Richardet (Argentina), María del Carmen Torrico (Bolivia), Pablo Sitic Vargas (Bolivia), Roberto Iván López (Panamá), Simón Breier (Argentina), María Guadalupe Pallota (Argentina)	11.30 - 12.10	CONFERENCIA Cáncer de páncreas: adyuvancia y neoadyuvancia Dr. Axel Grothey (USA) Presidente: Dr. Lyber Saldombide
12.30 - 13.30	SIMPOSIO GLAXOSMITHKLINE Nuevas perspectivas en la terapia dirigida en cáncer de mama. Dr. Dennis Slamon (USA)	12.10 - 13.10	SIMPOSIO MERCK SERONO Personalizando la terapia en Cáncer Colorrectal: el rol de Erbitux Dr. Jesús García-Foncillas (España)
13.30 - 15.30	CINE - FORUM Cuidados paliativos en oncología Coordinador: Dr. Roberto Levin Integrantes: Dres. Eduardo García, Edgardo González, Rodolfo De Angelis, Lic. Cristina Camejo, Susana Giménez	13.10 - 15.10	PANEL - FORO Tumores digestivos. Dificultades para el clínico. Coordinadores: Dres. Lyber Saldombide, Miguel Torres Panelistas: Dres. Axel Grothey (USA), Gilberto Schwartzmann (Brasil), Jesús García-Foncillas (España), César Canessa.
15.30 - 16.10	CONFERENCIA Estado actual del tratamiento neoadyuvante en cáncer de mama operable Dr. Michel Marty (Francia) Presidente: Dr. Ignacio Musé	15.10 - 15.50	CONFERENCIA Interacción de la radioterapia con los tratamientos sistémicos y factores predictivos Dr. Alain Fourquet (Francia) Presidente: Dr. Alvaro Luongo
16.10 - 16.25	Descanso	15.50 - 16.05	Descanso
16.25 - 17.05	CONFERENCIA Antiguas y nuevas controversias en radioterapia de cáncer de mama Dr. Alain Fourquet (Francia) Presidente: Dr. Pedro Kasdorf	16.05 - 16.45	CONFERENCIA Estado actual del tratamiento del cáncer de colon avanzado Dr. Axel Grothey (USA) Presidente: Dra. Adriana Córdoba
17.05 - 17.45	CONFERENCIA Estado actual de la terapia hormonal adyuvante en cáncer de mama Dr. John Mackey (Canadá) Presidente: Dra. Guianeya Santander	16.45 - 17.30	Palabras de Cierre Entrega de premio al mejor trabajo
17.45 - 18.00	Descanso		
18.00 - 18.40	CONFERENCIA Tratamientos adyuvantes integrados en cáncer de mama temprano. Dr. Michel Marty (Francia) Presidente: Dra. Lucía Delgado		
18.40 - 19.20	CONFERENCIA Que lugar tienen los antracíclicos en cáncer de mama hoy. Dr. Dennis Slamon (USA) Presidente: Dr. Alberto Viola		

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL 10° CONGRESO

JUEVES 20 DE NOVIEMBRE

07.30 – 08.00 Inscripciones y Acreditaciones

08.00 – 08.40 Conferencia

Historia de la quimioterapia en cáncer de testículo
 Dr. Craig Nichols (USA).
 Presidente: Dr. Rodrigo Fresco

08.40 – 09.20 Conferencia

Adyuvancia y neoadyuvancia en cáncer de vejiga
 Dr. Jean Pierre Droz (Francia)
 Presidente: Dr. Robinson Rodríguez

09.20 – 10.00 Conferencia

Cáncer de testículo resistente al tratamiento
 Dr. Craig Nichols (USA)
 Presidente: Dra. Marta Aghazarián

10.00 – 10.30 Descanso

10.30 – 12.30 Panel - Foro

Uro-oncología: patología multidisciplinaria.
 Coordinadores: Dr. Alvaro Luongo
 Dr. Mario Varangot
 Panelistas: Dra. Marcela De la Torre (Argentina)
 Dr. Jean Pierre Droz (Francia)
 Dr. Luis García Guido
 Dr. Craig Nichols (USA)
 Dr. Francisco Orlandi (Chile)

12.30 – 13.30 Simposio ALIMTA

Presente y futuro del tratamiento de Cáncer de Pulmón Avanzado
 Expositores: Dres. Carlos Barrios (Brasil), Federico Nasroulah (Argentina)

13.30 – 14.10 Conferencia

Blancos moleculares en cáncer de riñón
 Dr. Jean Pierre Droz (Francia)
 Presidente: Dra. Adriana Córdoba

14.10 – 15.10 Temas Libres Destacados

Coordinadores: Dra. Alicia Carnelli
 Dr. Aldo Quarnetti

1- INMUNIDAD PROTECTORA CONTRA CÁNCER DE MAMA Y DE COLON INDUCIDA POR EXTRACTOS DE TRIPANOSOMA CRUZI

Luis Ubillos*, Andrea Medeiros, María Laura Chiribao, María Florencia Festari, Daniel Mazal, Edgardo Berriel, Mariella Rondán, Luis Carriquiry, Julio Carzogio, Mariela Bollati, Carlos Robello y Eduardo Osinaga
 Facultad de Medicina. Depto. De Inmunobiología

2- PERFIL BIOLÓGICO DEL CÁNCER DE MAMA EN MUJERES URUGUAYAS

Fresco R*, Santander G, Aguiar S, Camejo N, Ferrero L, González V, Heinzen S, Martínez A, Mauriz S, Meyer C, Sena G, Spera G, Ubillos L, Xavier F, Aghazarian M, Rodríguez R, Sabini G, Delgado L
 Servicio de Oncología Clínica del Hospital de Clínicas. Servicio de Oncología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Departamento de Oncología Clínica del CASMU. Instituto Nacional del Cáncer. Montevideo, Uruguay.

3- TRATAMIENTO COMBINADO DE RADIOQUIMIOTERAPIA E IMPLANTE CON Ir 192 PARA TUMORES DE CAVUM

Autores: Dra. Dalla Rosa M.*; Dr. Luongo Gardi A.; Dra. Castaño A.; Dr. Araujo R.; Dra. Beraldo B.; Dr. Luongo M.
 Organización: Hospital de Clínicas- Facultad de Medicina-Universidad de la República- Montevideo-Uruguay,(1,2,3,4,5). Instituto Nacional del Cáncer – Montevideo-Uruguay,(6)

4- MUTACIONES DE BRCA1 Y BRCA2 EN 44 FAMILIAS URUGUAYAS CON CÁNCER DE MAMA/OVARIO

L. B. Delgado(1), G. Fernández(2), G. Grotiuz (2), S. Cataldi(1), E. González (2), B. Bressac-de Paillerets (3), A. González (4), J. Bombled (3), N. LLuveras (2), M. Haguaburu (2), R. Fresco (1), D. Lens (2), G. Sabini (1), I. M. Musé (4)
 (1) Servicio de Oncología Clínica, (2) Dpto. Básico de Medicina, Hospital de Clínicas, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay, (3) Service de Génétique, Institut Gustave Roussy, Villejuif, France, (4) Programa Nacional de Control del Cáncer, Pronaccan, Montevideo, Uruguay

5- AKT INHIBE LA FUNCIÓN REPARADORA DEL ADN DE BRCA1 EN LÍNEAS CELULARES DERIVADAS DE CÁNCER MAMARIO

Saidj R1,2, Artagaveytia N3 (*), De Decker E1,2 y Calvo F1
 2 1 INSERM U716, Institut de génétique moléculaire y 2 Université Paris7, Denis Diderot, Paris, Francia;3 Departamento Básico de Medicina, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay

15.10 – 15.25 Descanso

15.25 – 16.05 Conferencia

Prevención secundaria en oncología
 Dra. Helene Sancho-Garnier (Francia)
 Presidente: Dra. Graciela Sabini

16.05 – 16.45 Conferencia

Estado actual de la densidad de dosis en cáncer de mama
Dr. Clifford Hudis (USA)
Presidente: Dr. Gabriel Krygier

16.45 – 17.00 Descanso

17.00 – 19.00 Panel – Foro

Manejo del cáncer de mama en etapa locorregional.
Casos clínicos
Coordinadores: Dra. Lucía Delgado
Dr. Pedro Kasdorf
Panelistas: Dr. Alfredo Barros (Brasil)
Dr. Alain Fourquet (Francia)
Dr. Clifford Hudis (USA)
Dr. John Mackey (Canadá)
Dr. Michel Marty (Francia)
Dr. Dennis Slamon (USA)

19.00 – 19.30 Conferencia

Biopsia del ganglio centinela en cáncer mamario:
Indicaciones, contraindicaciones, perspectivas
Dr. Alfredo Barros (Brasil)
Presidente: Dr. Bernardo Aizen

19.30 – 20.30 Ceremonia de Apertura

Palabras de:
Presidente del 10º Congreso Uruguayo de Oncología:
Dr. Gabriel Krygier
Decano de la Facultad de Medicina:
Dr. Felipe Schelotto
Ministra de Salud Pública:
Dra. María Julia Muñoz
Presidente de la República Oriental del Uruguay:
Dr. Tabaré Vázquez

Acompañan en el Estrado:
Director del PRONACCAN:
Dr. Ignacio Musé
Directora del Servicio de Oncología Clínica:
Dra. Graciela Sabini
Presidente de la CHLCC:
Sr. Oscar Magurno
Secretaria del 10º Congreso Uruguayo de Oncología:
Dra. Cecilia Castillo

20.30 Cóctel de Bienvenida

VIERNES 21 DE NOVIEMBRE

08.00 – 08.40 Conferencia

Utilidad clínica y futuro de la terapia molecular en cáncer de mama
Dr. John Mackey (Canadá)
Presidente: Dra. Marisa Fazzino

08.40 – 09.20 Conferencia

Manejo del paciente triple negativo en cáncer de mama
Dr. Dennis Slamon (USA)
Presidente: Dra. Cecilia Castillo

09.20 – 10.00 Conferencia

Terapias anti Her2 post trastuzumab
Dr. Clifford Hudis (USA)
Presidente: Dra. Isabel Alonso

10.00 – 10.15 Descanso

10.15 – 12.30 Mesa Redonda

Cáncer de mama en Latinoamérica (FLASCA)
Coordinadores: Dra. Lucía Delgado
Dr. Eduardo Richardet (Argentina)
Participantes: Importancia del cáncer de mama en Latinoamérica. Cifras de incidencia y mortalidad
Dra. Graciela Sabini
Programas de cáncer de mama en Uruguay
Dr. Ignacio Musé
Equidad en el acceso a los tratamientos de alto costo. Experiencia del FNR.
Dr. Fernando Correa
Experiencia con Trastuzumab en Paraguay
Dra. Graciela Gómez (Paraguay)
Cáncer de mama en Brasil. Mutaciones en BRCA1/2 en familias brasileiras
Dr. Sergio Simón (Brasil)
Características patológicas y biológicas del cáncer de mama en Uruguay
Dr. Rodrigo Fresco
Comportamiento biológico del cáncer de mama en Argentina
Dr. Eduardo Richardet (Argentina)
Revisión histopatológica del cáncer de mama en Bolivia
Dra. María del Carmen Torrico (Bolivia)
Acciones para la detección precoz del cáncer de mama en Bolivia
Dr. Pablo Sitic Vargas (Bolivia)
Cáncer de Mama en Panamá, aspectos clínicos y estadísticos
Dr. Roberto Iván López (Panamá)
Palabras de cierre
Dr. Simón Breier (Argentina)

12.30 – 13.30 Simposio GlaxoSmithKline

Nuevas perspectivas en la terapia dirigida en cáncer de mama
Expositor: Dr. Dennis Slamon (USA)

13.30 – 15.30 Cine – Forum

Cuidados paliativos en oncología
Coordinador: Dr. Roberto Levin
Integrantes: Lic. Cristina Camejo
Dr. Rodolfo De Angelis
Dr. Eduardo García
Lic. Susana Giménez
Dr. Edgardo González

15.30 – 16.10 Conferencia

Estado actual del tratamiento neoadyuvante en cáncer de mama operable
Dr. Michel Marty (Francia)
Presidente: Dr. Ignacio Musé

16.10 – 16.25 Descanso

16.25 – 17.05 Conferencia

Antiguas y nuevas controversias en radioterapia del cáncer de mama
Dr. Alain Fourquet (Francia)
Presidente: Dr. Pedro Kasdorf

17.05 – 17.45 Conferencia

Estado actual de la terapia hormonal adyuvante en cáncer de mama
Dr. John Mackey (Canadá)
Presidente: Dra. Guianeya Santander

17.45 – 18.00 Descanso

18.00 – 18.40 Conferencia

Tratamientos adyuvantes integrados en cáncer de mama temprano
Dr. Michel Marty (Francia)
Presidente: Dra. Lucía Delgado

18.40 – 19.20 Conferencia

¿Qué lugar tienen los antracíclicos en cáncer de mama hoy?
Dr. Dennis Slamon (USA)
Presidente: Dr. Alberto Viola

SÁBADO 22 DE NOVIEMBRE

08.00 – 09.30 Sesión de Posters

Coordinadoras: Dra. Sandra Mourelle
Dra. Verónica Terzieff

1- SEXUALIDAD Y CÁNCER

Dra. Mourelle S*
FEMI y MSP del Dpto. de Colonia- Uruguay

2- SEDACIÓN PALIATIVA: EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DE MONTEVIDEO

Autores: Santos D, Della Valle A*, Barlocco B, Pereyra J, Bonilla D.
Unidad de Cuidados Paliativos, Servicio de Oncología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Montevideo. Uruguay

3- AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS EN UN SERVICIO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Saldombide L.*, Córdoba A., Martínez A., Camejo N. Hospital de Clínicas, Montevideo

4- PODEMOS REALIZAR EN FORMA EL TRATAMIENTO ADYUVANTE (TA) EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA... ¿LO HACEMOS EN TIEMPO?

Spera G*, Martínez A, Sena G, Fresco R.
Servicio de Oncología Clínica (SOC), Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay

5- ANÁLISIS DE UNA POBLACIÓN CON CÁNCER DE COLON ESTADIO III

Castillo C., Heinzen S.*, Córdoba A., Ferrero L., Camejo N., Xavier F., De Cola A., Ubillos L, Rodríguez R., Varangot M.
Servicio de Oncología Clínica del Hospital de Clínicas, Hospital Militar e Instituto Nacional del Cáncer, Montevideo, Uruguay

6- OSTEONECROSIS ASOCIADA A BIFOSFONATOS. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Golomar W., Simonetti M., Touyá D., Castillo C., Camejo N., Ferrero L., Musé I.
Instituto Nacional del Cáncer, Servicio de Oncología Clínica del Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay

7- EVALUACION DE LA ENZIMA ppGalNAc-T13 COMO NUEVO MARCADOR PRONOSTICO EN CANCER DE MAMA

Berois, N*; Ubillos, L; Carzoglio, J; Berriel, E; Mate, M; Varangot, M; Ortiz, C; Masllorens, A; Pereyra, V; Mazal, D; Rondán, M; Osinaga, E
Laboratorio de Oncología Básica y Biología Molecular. Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay.

8- ESTUDIO DE LAS BASES MOLECULARES DE LA O-GLICOSILACIÓN INCOMPLETA EN CÁNCER DE COLON. EVALUACIÓN DE LA EXPRESIÓN DE LAS ENZIMAS ppGalNAc-T6 Y ppGalNAc-T13

Ubillos L*, Berois N, Mazal D, Braña V, Yacoel C, Ortiz C, Masllorens A, Berriel E, Rondán M, Carriquiry L y Osinaga E.
 Depto de Inmunobiología. Facultad de Medicina, Montevideo. Uruguay

9- EVALUACIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA DE LA ENZIMA ppGALNAc-T6 EN CÁNCER DE PULMÓN

Maslloréns A; Ubillos L*; Touyá D; Berois N; Ortíz C; Rondán M; Carriquiry G; Osinaga E y Varangot M.
 Laboratorio de Oncología Básica y Biología Molecular. Montevideo, Uruguay

10- OLIGODENDROGLIOMA PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO CON METÁSTASIS CUTÁNEAS

Heinzen S*, Ferrero L, Larrañaga J, García S, Rodríguez R
 Instituto Nacional del Cáncer, Montevideo, Uruguay

11- CANCER DE COLON METASTASICO. ANALISIS RETROSPECTIVO DE 68 CASOS

Córdoba A., Camejo N.*, Castillo C., Xavier F., De Cola A., Heinzen S., Ferrero L., Ubillos L, Rodríguez R., Varangot M.
 Servicio de Oncología Clínica del Hospital de Clínicas, Hospital Militar e Instituto Nacional del Cáncer, Montevideo, Uruguay

12- IDENTIFICACIÓN DE LAS ISOFORMAS DEL RECEPTOR DE ESTRÓGENOS BETA (RE-b) EN EL CÁNCER MAMARIO. INTERACCIÓN CON LAS VÍAS DE PROLIFERACIÓN ENDÓCRINA Y PARÁCRINA

2Manrique G, 2Román E, 1Heinzen S, 2Cancela P, 3Alonso I, 2,4 Garófalo E y 1,2Artagaveytia N (*)
 1Depto. Básico de Medicina y 2Laboratorio de Oncología Básica y Biología Molecular, Facultad de Medicina; 3Servicio de Curiterapia, Hospital Pereira Rossell; 4Depto. Bioquímica, Facultad de Veterinaria

13- EXPERIENCIA EN TUMORES DE LENGUA TRATADOS CON BRAQUITERAPIA Ir 192 POST CIRUGÍA

Autores: Dra. Castaño A.*; Dr. Luongo Gardi A.; Dr. Araujo R.; Dra. Dalla Rosa M. Dra. Beraldo B.; Dr. Luongo M
 Organización: Hospital de Clínicas- Facultad de Medicina-Universidad de la República- Montevideo-Uruguay (1,2,3,4,5). Instituto Nacional del Cáncer – Montevideo-Uruguay (6)

14- CARACTERÍSTICAS PATOLÓGICAS Y BIOLÓGICAS DE CARCIOMAS MAMARIOS EN RELACIÓN A LA HISTORIA FAMILIAR (HF) DE CÁNCER DE MAMA (CM) Y OVARIO (CO).

Fresco R*, Artagaveytia N, Camejo N, Heinzen S, Martínez A, Santander G, Sena G, Spera G, Xavier F, Aguiar S, Castillo C, Ferrero L, González V, Mauriz S, Meyer C, Ubillos L, Aghazarian M, Rodríguez R, Sabini G, Delgado L.
 Servicio de Oncología Clínica, Hospital de Clínicas. Servicio de Oncología, Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Departamento de Oncología Clínica, CASMU. Instituto Nacional del Cáncer. Montevideo, Uruguay

15- INCORPORACION DE UN COMITÉ DE TUMORES DE PULMON EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ONCOLOGIA (INCA): ANALISIS RETROSPECTIVO

Quarneti, A; Golomar, W; Ubillos, L; Tashjian, A; Scheye, R; Guerrina, M; Ximenez, S; Viola, A; Varangot, M
 INCA

16- IDENTIFICACIÓN DE SUBTIPOS DE CARCINOMAS MAMARIOS MEDIANTE INMUNOFENOTIPO, CON VALOR PRONÓSTICO- PREDICTIVO

Ortega MV*, Musto ML, Santander G, Aizen B, Ardao G.
 Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Montevideo, Uruguay

17- IRRADIACION PARCIAL EN LA RECAIDA LOCAL EN EL CANCER DE MAMA

Dr. Alvaro Luongo Gardi, Dr. Pedro Kasdorf, Dra. Adriana Castaño, Dr. Ricardo Araujo, Dr. Mariella Dalla Rosa, Dr. Mauricio Luongo Gardi, Lic. Gustavo Paolini, Dr. Alvaro Luongo Céspedes
 Hospital de Clínicas

08.00 – 09.30 Encuentro FLASCA (Sala Anexa)

Cáncer de mama en Latinoamérica. Elaboración de un proyecto regional

Coordinadoras: Dra. María Guadalupe Pallota (Argentina)
 Dra. Lucía Delgado

09.30 – 11.00 Mesa Redonda

El adolescente con cáncer
 Coordinador: Dr. Agustín Dabezies
 Integrantes: Aspectos psicológicos del Adolescente con Cáncer
 Ps. Teresa Ibarra
 Fertilidad y Preservación de la Función Ovárica
 Dr. Francisco Cópola
 Sarcomas en el Adolescente
 Dr. Marcelo Scopinaro (Argentina)

¿Por quién y dónde debe tratarse el Cáncer en el Adolescente?

Dr. Luis Castillo

Comentarios y Preguntas

11.00 – 11.30 Descanso

11.30 – 12.10 Conferencia

Cáncer de páncreas: adyuvancia y neoadyuvancia

Dr. Axel Grothey (USA)

Presidente: Dr. Lyber Saldombide

12.10 – 13.10 Simposio Merck Serono

Personalizando la terapia en Cáncer Colorrectal:
el rol de Erbitux

Expositor: Dr. Jesús García-Foncillas (España)

Coordinador: Dr. Lyber Saldombide

13.10 – 15.10 Panel - Foro

Tumores digestivos. Dificultades para el clínico.

Coordinadores: Dr. Lyber Saldombide

Dr. Miguel Torres

Panelistas: Dr. Jesús García-Foncillas (España)

Dr. César Canessa

Dr. Axel Grothey (USA)

Dr. Gilberto Schwartzmann (Brasil)

15.10 -15.50 Conferencia

Interacción de la radioterapia con los tratamientos
sistémicos y factores predictivos

Dr. Alain Fourquet (Francia)

Presidente: Dr. Alvaro Luongo

15.50 – 16.05 Descanso

16.05 – 16.45 Conferencia

Estado actual del tratamiento del cáncer de colon
avanzado

Dr. Axel Grothey (USA)

Presidente: Dra. Adriana Córdoba

16.45 – 17.30 Ceremonia de Clausura

Entrega de premio al mejor trabajo

AUTORIDADES DE LA 5ª JORNADA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

Lic. Esp. Clara Peña
Coordinadora General
Dra. Graciela Reyes
Coordinadora SOMPU

COMITÉ ORGANIZADOR EJECUTIVO

Lic. Rossana Carleo

PROGRAMA CIENTÍFICO DE LA 5ª JORNADA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

13.00 – 13.15 Acto de Apertura
Palabras de la Coordinadora General de la 5ª. Jornada de Enfermería Oncológica
Lic. Esp. Clara Peña
Palabras de la Vice-Presidente del 10º Congreso Uruguayo de Oncología
Dra. Marisa Fazzino

13.15 – 13.45 Promoviendo cultura de seguridad del paciente en áreas de hemato-oncología
Ponente: Lic. Leda Berneche

13.45 – 14.15 Cuidados paliativos: Experiencia de la UCP del Servicio de Oncología del HCFFAA
Ponentes: Lic. Jeannette Pereyra
Psic. Beatriz Barlocco
Dr. David Santos

14.15 – 14.35 Satisfacción del usuario como indicador de calidad
Ponentes: Lic. Beatriz Sosa
Lic. Mariela Gras

14.35 – 15.00 Ventajas del uso de los infusores elastoméricos
Ponente: Lic. Jeannette Pereyra

15.00 – 15.30 Soporte Musicoterapéutico durante procedimientos invasivos en oncología pediátrica
Ponentes: Lic. Alejandra Goldfarb
Mt. Mayra Hugo

15.30 – 16.15 Escasez de recursos en enfermería: el papel de la enfermera
Ponente: Lic. Daniela Vivas (Brasil)

16.15 – 16.45 Descanso

16.45 – 17.15 Cuidados paliativos en el paciente hemato-

oncológico
Ponente: Lic. Santa Leguiza

17.15 – 17.45 Tratamientos actuales en cáncer de mama
Ponente: Lic. Esther Alonso

17.45 – 18.15 Los/as enfermeros/as, trabajando con enfermos/as de cáncer. Enfoque desde la subjetividad
Ponentes: Lic. Psic. Maritsa Henig
Lic. Susana Giménez

18.15 – 18.45 Cuidados de enfermería en domicilio. Presentación de caso clínico de paciente con micosis fungoide
Ponentes: Lic. Cecilia Castro
Lic. Mariel Aguilera
Lic. Diego López

18.45 – 19.00 Manejo de Dispositivos Implantables. Nuestra experiencia
Ponentes: Lic. Nok Noble
Lic. Rosana López
Dr. Robinson Rodríguez

19.00 Ceremonia de Clausura

INFORMACIÓN GENERAL

SEDE DEL CONGRESO

Laboratorio Tecnológico del Uruguay
(LATU)

Av. Italia 6201

Montevideo – Uruguay

Tel: ++598 2 601 3724

Fax: ++598 2 600 2291

E-mail: postmaster@latu.org.uy

Pág. Web: www.latu.org.uy

SECRETARÍA

ATENEA EVENTOS SRL

Juan Carlos Gómez 1476 Of. 401

Montevideo – Uruguay

Telefax: ++598 2 916 3315

E-mail: oncologia2008@atenea.com.uy

Pág. Web: www.atenea.com.uy

COSTO DE INSCRIPCIONES

10 CONGRESO URUGUAYO DE ONCOLOGÍA

Categoría	Costo
No socios	\$2000
Socios de SOMPU con más de 5 años de egresado como oncólogo	\$1000
Socios de SOMPU adherentes y activos hasta 5 años de recibido como oncólogo	\$500
Acompañantes – Cena Final	\$200

5ª JORNADA DE ENFERMERÍA

Categoría	Costo
Auxiliares de Enfermería	\$200
Licenciadas de Enfermería	\$300
Estudiantes de enfermería (plazas limitadas – 30)	\$200

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

El registro de participantes e inscripciones se realizará a partir de las 07.30 hs. del día 20 de noviembre. Se entregará bolso y programa oficial.

Los certificados de asistencia y trabajos se entregarán el día 22 de Noviembre

IDIOMA OFICIAL

El idioma oficial del evento es el Español. Solamente para los relatos de los invitados de habla inglesa habrá traducción simultánea del inglés al español y viceversa.

SALA DE PRUEBAS

Se deberán entregar los materiales en la Sala de Pruebas con una anticipación de dos horas, y retirarlos una vez terminada la actividad.

La Secretaría Atenea Eventos srl, no se hace responsable por materiales olvidados tanto en sala de pruebas como en sala de sesiones.

TELÉFONOS CELULARES Y RADIO LLAMADAS

Se ruega a los señores participantes, mantener sus teléfonos celulares y/o receptores apagados durante su permanencia en sala a fin de no interferir en el normal desarrollo de la actividad científica

EXPOSICIÓN COMERCIAL

Se llevará a cabo durante los días 20 al 22 de Noviembre en el horario de 08.00 a 18.00. El acceso a dicha exposición es libre

RESÚMENES - PRESENTACIONES ORALES

INMUNIDAD PROTECTORA CONTRA CÁNCER DE MAMA Y DE COLON INDUCIDA POR EXTRACTOS DE TRIPANOSOMA CRUZI.

Luis Ubillos*, Andrea Medeiros, María Laura Chiribao, María Florencia Festari, Daniel Mazal, Edgardo Berriel, Mariella Rondán, Luis Carriquiry, Julio Carzoglio, Mariela Bollati, Carlos Robello y Eduardo Osinaga

Existen evidencias epidemiológicas y experimentales de que pacientes y animales de experimentación infectados con *Trypanosoma cruzi*, tienen una menor incidencia de cáncer de colon. Hasta el momento no existe una explicación para dicho fenómeno. Recientemente identificamos antígenos asociados a tumor en *Trypanosoma cruzi*. En este trabajo evaluamos la presencia de una reacción inmune cruzada en esta protección. Se trabajó con 2 grupos de animales para cada modelo de carcinogénesis química (mama y colon). Uno de los grupos fue inmunizado con extracto de *Trypanosoma cruzi* y los resultados se compararon con el control solo tratado con carcinógeno. Demostramos una protección estadísticamente significativa en el desarrollo de tumores tanto de mama como de colon a favor de las ratas inmunizadas con el extracto de *Trypanosoma cruzi*. Comprobamos la presencia de anticuerpos anti-cáncer realizando Western blot y citometría. La citometría demostró un perfil de reconocimiento membranario e intracelular. Mediante inmunohistoquímica en más de 120 muestras de pacientes confirmamos la inmunoreactividad frente a cáncer de mama y colon humanos. Encontramos positividad en 68% de las muestras de colon analizadas y en el 72% de los casos de cáncer de mama. La mucosa colónica normal, mama normal y la patología mamaria benigna fue negativa. Este trabajo constituye la primer evidencia de una reacción cruzada inmunológica entre cáncer y *Trypanosoma cruzi*, demostrando el rol protector para el desarrollo de cáncer con este parásito. Actualmente nos encontramos en fase de identificación proteómica de él o los antígenos involucrados para una eventual estrategia inmunoterapéutica.

PERFIL BIOLÓGICO DEL CÁNCER DE MAMA EN MUJERES URUGUAYAS.

Fresco R*, Santander G, Aguiar S, Camejo N, Ferrero L, González V, Heinzen S, Martínez A, Mauriz S, Meyer C, Sena G, Spera G, Ubillos L, Xavier F, Aghazarian M, Rodríguez R, Sabini G, Delgado L.

Servicio de Oncología Clínica del Hospital de Clínicas. Servicio de Oncología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Departamento de Oncología Clínica del CASMU. Instituto Nacional del Cáncer. Montevideo, Uruguay. Introducción: el conocimiento del subtipo biológico de cáncer de mama (CM) dado por el status de receptores de estrógeno (RE), progesterona (RP) y HER2 es fundamental dado su valor pronóstico y predictivo. Objetivo: contribuir al conocimiento del perfil biológico del CM en pacientes uruguayas. Material y Métodos: se analizaron las historias clínicas de todas las pacientes con diagnóstico cito/histológico de CM invasor estadios I-III realizado entre 03/2006-03/2008 y asistidas en los Servicios de Oncología del Hospital de Clínicas (HC), Hospital Militar (HM), CASMU e INCA. Resultados: se incluyeron 427 pacientes: edad mediana 60 años (rango:24-93), postmenopáusicas 75%, CDI NOS 84%, estadios: I 33,3%, IIA-B 42,1%, IIIA-C 22,7%, desconocido 1,9%. El status de RE/RP fue conocido en 94,6% de las pacientes siendo en éstas: RE+/RP+ 267 pacientes (66,1%), RE+/RP- 45 (11,1%), RE-/RP+ 14 (3,5%), RE-/RP- 78 (19,3%). El status de HER2 fue conocido en 47% (199/427) de las pacientes. La determinación inmunohistoquímica de fue: 0 52% (103/199), 1+ 26%, 2+ 12%, 3+ 10%. En 6/25 pacientes 2+ se realizó FISH (2+, 4-). En las pacientes con HER2 conocido (n=199) el mismo fue positivo (Herceptest3+ o FISH+) en 13,6%. Triples negativos: 32/199 (16%). El status HER 2 fue conocido en 41% (183/325) de las ptes ≤70 años y 16% en >70 (16/102). Conclusiones: Si bien la distribución del status de RE y RP es similar que en estudios realizados en Europa y Norteamérica, el nivel de testeo de HER2 y el porcentaje de pacientes con CM HER2 positivo es francamente menor en nuestra serie

TRATAMIENTO COMBINADO DE RADIOQUIMIOTERAPIA E IMPLANTE CON Ir 192 PARA TUMORES DE CAVUM

Autores: Dra. Dalla Rosa M.*; Dr. Luongo Gardi A.; Dra. Castaño A.; Dr. Araujo R.; Dra. Beraldo B.; Dr. Luongo M.

Organización: Hospital de Clínicas- Facultad de Medicina-Universidad de la República- Montevideo-Uruguay,(1,2,3,4,5). Instituto Nacional del Cáncer – Montevideo-Uruguay,(6) OBJETIVO: Aumentar las dosis de radiación a nivel tumoral, con técnica de braquiterapia endo-cavitaria, disminuyendo las dosis en tejidos normales adyacentes; logrando un mayor control locoregional. MATERIALES Y MÉTODOS: Se trataron 15 pacientes portadores de tumores de nasofaringe, clasificados como Estadios III-IV según la UICC. Todos recibieron radioterapia externa a dosis totales de 64 Gy, 9 pacientes recibieron tratamiento concomitante con QT (en base a Cisplatino y 5 Fu), todos fueron complementados con implante intracavitario de Iridium 192 de baja tasa de dosis (BTD), entregando una dosis entre 10-14 Gy; que fue prescrita a 1- 1.5 cm de la fuente. La RTE se realizó con sucesivas reducciones y diferente incidencia de campos, utilizando campos trans maxilares en todos los pacientes luego de los 50 Gy, la dosis fracción fue de 1.8 a 2.0 Gy dependiendo de la realización o no de QT. SEGUIMIENTO: Se realizó semanalmente intra-tratamiento y pos-tratamiento cada 3 meses durante los 2 primeros años, luego cada 4 meses hasta 5 años (4 pacientes). RESULTADO: Ningún paciente presentó recaída local clínica, imagenológica, ni endoscópica con seguimiento mínimo de 3 años. 11 pacientes desarrollaron metástasis a distancia: hepática, pulmonar, ósea, base de cráneo. CONCLUSIONES: El complemento de la BT con Iridium-192 de BTD es una técnica útil, la cual ha demostrado en los casos tratados un beneficio en el control local del 100%, sin recaídas a dicho nivel, permitiendo un incremento de las dosis de radiación.

MUTACIONES DE BRCA1 Y BRCA2 EN 44 FAMILIAS URUGUAYAS CON CÁNCER DE MAMA/OVARIO

L. B. Delgado(1), G. Fernández(2), G. Grotiuz (2), S. Cataldi(1), E. González (2), B. Bressac-de Paillerets (3), A. González (4), J. Bombléd (3), N. LLuerveras (2), M. Heguaburu (2), R. Fresco (1), D. Lens (2), G. Sabini (1), I. M. Musé (4). (1) Servicio de Oncología Clínica, (2) Dpto. Básico de Medicina, Hospital de Clínicas, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay, (3) Service de Génétique, Institut Gustave Roussy, Villejuif, France, (4) Programa Nacional de Control del Cáncer, Pronaccan, Montevideo, Uruguay

Objetivo. Determinar la frecuencia y características de las mutaciones de línea germinal en BRCA1 y BRCA2 en familias uruguayas con cáncer de mama (CM)/cáncer de ovario (CO) identificadas en una consulta de evaluación del riesgo genético. **Métodos.** Se incluyeron 44 familias seleccionadas a partir de pacientes referidas a la Unidad de Oncogenética del Hospital de Clínicas y que presentaron ≥ 3 casos de CM (≥ 1 diagnosticado antes de 50 años) o dos casos con ≥ 1 de los siguientes subcriterios: transmisión paterna, CO, CM bilateral, CM masculino. Luego de amplificación mediante PCR de las secuencias codificadoras de ambos genes, se investigó la presencia de mutaciones en los productos obtenidos combinando el Test de la Proteína Truncada (exón 11 de BRCA1 y exones 10 y 11 de BRCA2) con Análisis de Heterodúplex (resto de los exones). Los productos con una banda variante fueron analizados mediante secuenciación directa. **Resultados.** Se identificaron 8 mutaciones deletéreas diferentes (18%), 6 en BRCA2 y 2 en BRCA1, todas ellas resultantes en un codón stop prematuro. Ambas mutaciones de BRCA1 y una de BRCA2 no han sido reportadas previamente. Treinta y seis familias presentaron historia de CM y 8 de CM y CO. Entre las primeras se identificaron 5 mutaciones (4 en BRCA2 y 1 en BRCA1) y entre las segundas 3 mutaciones (2 en BRCA2 y 1 en BRCA1). Además, se identificaron varias variantes de secuencia, 5 de ellas no previamente descritas. **Conclusiones.** La proporción total de mutaciones esta de acuerdo con la reportada en estudios previos que incluyeron familias seleccionadas en base a criterios similares. Los presentes resultados confirman el predominio de mutaciones de BRCA2 en relación a las de BRCA1 en familias Uruguayas.

AKT INHIBE LA FUNCIÓN REPARADORA DEL ADN DE BRCA1 EN LÍNEAS CELULARES DERIVADAS DE CÁNCER MAMARIO

Saidj R1,2, Artagaveytia N3 (*), De Decker E1,2 y Calvo F1,2 1 INSERM U716, Institut de génétique moléculaire y 2 Université Paris7, Denis Diderot, Paris, Francia;3 Departamento Básico de Medicina, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay

La proteína AKT también conocida como proteína-quinasa B, tiene un rol preponderante en la vía de señalización mediada por PI3K. Una de las proteínas blanco de esta vía es BRCA1, fosfoproteína nuclear implicada en el proceso de reparación del ADN por recombinación homóloga. Estudiamos la implicancia de la activación de AKT en la función de BRCA1 observando la formación de focos nucleares de BRCA1 por inmunofluorescencia. Se utilizaron las líneas celulares MCF-7 (sobrexpresión de AKT activada) y MDA-MB-231 (expresión leve de AKT). Luego de irradiación (6Gy) se observó la formación de focos nucleares de BRCA1 en las células MDA-MB-231 mientras que la inducción fue muy leve en MCF-7. La activación de AKT luego de tratamiento de MDA-MB-231 con EGF (20ng/ml) determinó la pérdida de formación de focos nucleares de BRCA1, la cual fue revertida luego de tratamiento con un M). Por el contrario, el tratamiento inhibitorio de AKT (trifluoroacetate, TFA, 20 de MCF-7 con TFA o LY (inhibidor de PI3K, 30 microM) indujo un aumento de la formación de focos nucleares de BRCA1. También demostramos que la inhibición de AKT indujo una pérdida rápida de los focos de gama-H2AX radio-inducidos, evidenciando la habilidad de reparación del ADN de doble-hebra (efecto máximo luego de 24 hrs de irradiación, 1 Gy). Estos resultados fueron confirmados en un modelo experimental de rotura doble-hebra de ADN, observando una mayor eficiencia de reparación por recombinación-homóloga con la inhibición de AKT. Estos datos sugieren que la activación de BRCA1 mediada por AKT determina la pérdida de su función de reparación.

RESÚMENES – SESIÓN DE POSTERS

SEXUALIDAD Y CÁNCER

Dra. Mourelle S* FEMI y MSP del Dpto. de Colonia- Uruguay **INTRODUCCIÓN:** La sexualidad es un factor importante que le da calidad a la vida, aún en los pacientes oncológicos y aún en las etapas terminales, sin embargo, a pesar de ser alterada frecuentemente por el diagnóstico y/o los tratamientos oncológicos, es muy poco evaluada en la consulta oncológica. Cifras internacionales de prevalencia de disfunción sexual en pacientes oncológicos muestran valores de 35 a 85%. **OBJETIVOS:** En el siguiente trabajo se evalúa la prevalencia de la disfunción sexual en la población oncológica estudiada **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó una encuesta en policlínicas de Oncología de FEMI y del MSP del departamento de Colonia. Se constata el sexo, edad, patología oncológica y tratamientos realizados, grado de satisfacción sexual pre y post diagnóstico y tratamiento oncológico, etapa de la respuesta sexual alterada y si consultaron por disfunciones sexuales. Fueron evaluadas 130 pacientes (75 mujeres y 55 hombres). **RESULTADOS:** El grado de satisfacción sexual previo a los tratamientos: Satisfactorio 82 ptes. (63%), Insatisfactorio 42 pacientes (37%). Grado de satisfacción sexual post tratamientos: 99 pacientes insatisfactorio (76%) y en 31 ptes. Satisfactorio (24%) Las patologías con sexualidad insatisfactoria más frecuentes, fueron mama, próstata y cáncer colo-rectal Las fases de la respuesta sexual alteradas: deseo y excitación. Cabe señalar que en 6 pacientes el deseo fue notoriamente aumentando luego de los tratamientos **CONCLUSIONES:** _ La sexualidad en la población oncológica estudiada fue seriamente afectada luego de los tratamientos oncológicos ya que el 76% de los pacientes presentaron disfunciones sexuales.

SEDACIÓN PALIATIVA: EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DE MONTEVIDEO.

Autores: Santos D, DellaValle A*, Barlocco B, Pereyra J, Bonilla D. Unidad de Cuidados Paliativos, Servicio de Oncología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Montevideo. Uruguay. **RESUMEN** **Introducción:** La sedación paliativa es una maniobra terapéutica usada con cierta frecuencia en los pacientes al final de la vida y constituye una buena práctica médica cuando está bien indicada. **Objetivos:** Analizar la prevalencia, las indicaciones, dosis y el proceso de sedación en la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) del HCFFAA de Montevideo y compararlo con estudios internacionales. **Material y Métodos:** Es un estudio descriptivo y retrospectivo de 274 pacientes tratados en forma consecutiva por la UCP desde 1 de diciembre de 2006 hasta 30 de junio de 2008. **Resultados:** La edad media fue de 65 años. Los motivos de sedación fueron: delirio 35/58 (60.3%), dolor 26/58 (44.8%), disnea 10/58 (17.2%), convulsiones 2/58 (3.4%), vómitos 1/58 (1.7%). Los fármacos utilizados en la sedación fueron: midazolam en 56/58 (96.5%) y haloperidol en 23/58 (39.6%). El intervalo entre el inicio de la sedación y el fallecimiento fue de 2.6 días. En el 100% de los casos hubo consentimiento implícito, explícito o delegado. **Conclusiones:** La sedación paliativa es un procedimiento terapéutico destinado al alivio de los síntomas refractarios que pueden aparecer en el contexto del enfermo al final de la vida. Se deben cumplir los siguientes requisitos: síntoma refractario, enfermedad terminal y consentimiento, y en lo posible estar avalada por una segunda opinión médica. La sedación paliativa no es eutanasia y las diferencias están en el objetivo, el proceso y el resultado.

AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS EN UN SERVICIO DE FACULTAD DE MEDICINA.

Hospital de Clínicas, Montevideo. Saldombide L.*, Córdoba A., Martínez A., Camejo N. **Objetivo:** Auditar historias clínicas (HC) de un Servicio docente-asistencial para evaluar la calidad de asistencia y docencia. **Introducción:** Las HC deben registrar la asistencia del paciente y los datos socio-culturales. Debe ser completa, concisa y continuada; debe transmitir un diagnóstico, justificar un tratamiento y elaborar un pronóstico. En ellas se plasma diligencia, prudencia y pericia asistencial. **Material y Métodos:** Se auditaron 124 HC al azar en junio de 2007 y 2008, (30% de las HC vistas cada mes) y se sometieron a un formulario que contempla datos filiatorios (DF), anamnesis, examen físico (EF), paraclínica, planteos diagnósticos, terapéuticos, evolución, decisión de ateneo al inicio y en progresión, calidad del registro e identificación del médico. **Resultados:** El 90% de HC tuvieron completos los DF, el dato faltante más frecuente fue teléfono de localización. 48 % tenía anamnesis incompleta, el dato faltante más frecuente fue antecedentes familiares (45%). 22,6 % no tenían EF inicial, 62 % no se analizó en ateneo la conducta al debut y 14 % en la evolución. 100% de HC tenían evoluciones registradas y el 100% de ellas carece de firma médica con aclaración y/o sello en las últimas 3 evoluciones. **Conclusiones:** Un servicio docente asistencial debe promover la optimización del registro en la HC, asegurar al paciente el mejor tratamiento y minimizar el error médico a través de conductas respaldadas por ateneo.

PODEMOS REALIZAR EN FORMA EL TRATAMIENTO ADYUVANTE (TA) EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA... ¿LO HACEMOS EN TIEMPO?

Spera G*, Martínez A, Sena G, Fresco R. Servicio de Oncología Clínica (SOC), Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay. **Introducción:** Hoy se dispone de estrategias de complejidad creciente para la selección del mejor TA en pacientes con CM. Sin embargo, los resultados buscados a través de esta compleja selección podrían afectarse si no se realiza el TA en tiempo, recomendándose no superar 12 semanas entre la cirugía y el inicio de la quimioterapia adyuvante (QTady). **Objetivos:** evaluar los tiempos entre: a) cirugía y primera consulta en SOC, b) cirugía e inicio de la QTady, c) primera consulta en SOC e inicio QT ady, en pacientes con CM operado. **Materiales y métodos:** Se analizaron las historias clínicas de las pacientes con CM estadios patológicos I-III potencialmente candidatas a TA, que no hubieran recibido neoadyuvancia y que tuvieron su primera consulta en SOC entre 01/2003 y 12/2007. **Resultados:** se incluyeron 112 pacientes: edad mediana 62 años (rango 27-85), estadios: I 32,2%, IIA-B 52,6%, IIIA-C 15,2%. 47 pacientes (41,9%) recibieron QTady. 96% de éstas recibieron planes con antraciclinas (26,5% + taxanos). El tiempo mediano entre cirugía y primera consulta en SOC fue 53 días

(rango:2-189), entre cirugía e inicio QTady 68 días (rango:24-185) y entre 1ª consulta en SOC e inicio QTady 17 días (rango:1-123). 15/47 pacientes (31,9%) comenzaron la QTady luego de las 12 semanas de la cirugía. Conclusiones: En casi 1/3 de los casos, la QTady se inicia luego de las 12 semanas de la cirugía, pudiendo afectarse los resultados terapéuticos. Las 3/4 partes de este tiempo es atribuible al tiempo entre la cirugía y la primera consulta en SOC.

ANÁLISIS DE UNA POBLACIÓN CON CÁNCER DE COLON ESTADIO III.

Castillo C., Heinzen S.*, Córdoba A., Ferrero L., Camejo N., Xavier F., De Cola A., Ubillos L., Rodríguez R., Varangot M. Servicio de Oncología Clínica del Hospital de Clínicas, Hospital Militar e Instituto Nacional del Cáncer, Montevideo, Uruguay. Objetivo: Análisis retrospectivo de una población con cáncer de colon estadio III (TNM) asistidos en nuestro medio. Pacientes y métodos: se revisaron historias de pacientes del Servicio de Oncología del Hospital de Clínicas, Hospital Militar e Instituto Nacional del Cáncer, desde enero de 2002 hasta marzo de 2007. Resultados: se incluyeron 72 pacientes (44 mujeres); edad mediana: 65 años (rango: 32-88). Todos fueron tratados con cirugía convencional (13 urgencias por oclusión). La valoración ganglionar fue suficiente en 46/72 pacientes (64%). Cincuenta y dos pacientes recibieron quimioterapia adyuvante con un tiempo mediano para su inicio de 2 meses (rango 20 días-7 meses) y 10/52 pacientes (19%) no completaron el tratamiento. Doce pacientes no recibieron quimioterapia por su terreno, 4 por tiempo transcurrido desde la cirugía, 2 por causas desconocidas y 2 se negaron. Con un seguimiento mediano de 3 años se registraron 16/52 (31%) recaídas con un tiempo mediano de 15 meses (rango 7-53 meses). De ellos, 5 debutaron en oclusión, 6 eran pT4, 8 N2, en 3 la valoración ganglionar fue insuficiente y 4 no completaron la quimioterapia. Actualmente se observan 34 pacientes vivos (2 con enfermedad) y 16 fallecidos por cáncer (1 por otra causa) y 2 perdidos de seguimiento. La sobrevida libre de enfermedad a 3 años es del 61%. Conclusiones: Este análisis nos permite identificar factores que pudieran influir negativamente en la evolución de pacientes operados en nuestro medio. No obstante lo cual, si bien esta serie retrospectiva no permite por su pequeño tamaño una valoración comparativa, la sobrevida libre de enfermedad de la población analizada se asemeja a los resultados publicados en la literatura internacional.

OSTEONECROSIS ASOCIADA A BIFOSFONATOS. A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

Golomar W., Simonetti M., Touyá D., Castillo C., Camejo N., Ferrero L., Musé I. Instituto Nacional del Cáncer, Servicio de Oncología Clínica del Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay. En 1995 se introdujo el uso de los bifosfonatos en el tratamiento de las metástasis óseas de algunos tumores sólidos, en el tratamiento del mieloma múltiple así como también de la hipercalcemia tumoral. Los efectos adversos secundarios a su uso son infrecuentes. Recientemente una nueva complicación fue descrita: la osteonecrosis avascular de mandíbula (ONM), siendo el primer caso reportado en la literatura en el año 2003. La misma se asocia al uso prolongado de bifosfonatos intravenosos del grupo de los aminobifosfonatos (ácido zoledrónico y pamidronato), siendo otros factores de riesgo para su desarrollo la cirugía odontológica, el trauma o infecciones dentarias. Una vez establecido el diagnóstico el tratamiento consiste en el manejo adecuado del dolor, antibioticoterapia y cirugía. La ONM puede ser prevenida mediante una correcta evaluación odontológica previa al inicio del tratamiento así como durante el mismo y el mantenimiento de una adecuada higiene bucal. Describiremos 2 casos de ONM, el primero se presentó en una paciente de 52 años portadora de un cáncer de mama E IV óseo y el segundo en un paciente de 69 años con cáncer de próstata EIV óseo que recibieron tratamiento con ácido zoledrónico durante tres y dos años respectivamente. Ambos pacientes desarrollaron posteriormente a una cirugía odontológica, una lesión lítica a nivel del maxilar inferior confirmando el diagnóstico de ONM a través de la biopsia incisional. Los pacientes recibieron tratamiento médico y en uno de los casos quirúrgico con reconstrucción maxilofacial.

EVALUACION DE LA ENZIMA ppGalNAc-T13 COMO NUEVO MARCADOR PRONOSTICO EN CANCER DE MAMA.

Berois, N*; Ubillos, L; Carzoglio, J; Berriel, E; Mate, M; Varangot, M; Ortiz, C; Masllorens, A; Pereyra, V; Mazal, D; Rondán, M; Osinaga, E. Laboratorio de Oncología Básica y Biología Molecular. Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay. Antecedentes: Previamente demostramos la expresión anormal de enzimas del inicio de la O-glicosilación en diferentes tumores y observamos su potencial aplicación al diagnóstico de diseminación tumoral: ppGalNAc-T6 en cáncer de mama y ppGalNAc-T13 en neuroblastoma. Objetivo. Evaluar la expresión de la enzima ppGalNAc-T13 como potencial marcador pronóstico y de diseminación tumoral en cáncer de mama. Materiales y métodos. Analizamos la expresión de ppGalNAc-T13 en mRNA de líneas celulares, tumores primarios y en aspirados de médula ósea de pacientes operadas de cáncer de mama. Desarrollamos anticuerpos monoclonales anti-ppGalNAc-T13 que funcionan en tejidos fijados e incluidos en parafina. Resultados. Encontramos la expresión de ppGalNAc-T13 en la mayoría de los tumores primarios estudiados, tanto por RT-PCR como por inmunohistoquímica. No se observaron diferencias significativas de expresión relacionadas con el tamaño tumoral o el estado de los ganglios linfáticos, aunque sí la tendencia a una mayor expresión de la enzima en relación a menor sobrevida global de las pacientes. También detectamos la expresión de ppGalNAc-T13 en 50% de los aspirados de médula ósea de pacientes operadas por cáncer de mama, pero no en la médula de individuos sin cáncer. Conclusiones. Los resultados obtenidos constituyen la primera evidencia de la expresión de ppGalNAc-T13 en cáncer de mama, tanto a nivel de ARNm como de proteína. Esta enzima, recientemente asociada al potencial maligno del neuroblastoma, podría constituir un nuevo marcador de interés clínico para la evaluación de pacientes con cáncer de mama.

ESTUDIO DE LAS BASES MOLECULARES DE LA O-GLICOSILACIÓN INCOMPLETA EN CÁNCER DE COLON. EVALUACIÓN DE LA EXPRESIÓN DE LAS ENZIMAS ppGalNAc-T6 Y ppGalNAc-T13.

Ubillos L*, Berois N, Mazal D, Braña V, Yacoel C, Ortiz C, Masllorens A, Berriel E, Rondán M, Carriquiry L y Osinaga E. Depto de Inmunobiología. Facultad de Medicina, Montevideo. Uruguay La O-glicosilación de proteínas es una forma compleja

de modificación pos-traduccional que constituye un regulador clave de muchos procesos celulares. En cáncer de colon la alteración de este proceso puede dar lugar a la expresión de antígenos de alta especificidad diagnóstica (Tn, sialil-Tn, Tk y core-6), que constituyen potenciales blancos terapéuticos. A pesar del intenso estudio, poco se conoce sobre las bases moleculares de la acumulación de estos antígenos en cáncer de colon. El objetivo de este trabajo fue evaluar en tejido colónico normal y tumoral la expresión de los cuatro antígenos de O-glicosilación incompleta indicados y su relación con dos enzimas reguladoras del inicio de la O-glicosilación (ppGalNAc-T6 y ppGalNAc-T13). Mediante inmunohistoquímica, utilizando anticuerpos monoclonales específicos para cada una de estas moléculas, analizamos 50 cánceres colo-rectales, 8 adenomas y 15 muestras de mucosa no maligna, a más de 10 cm del tumor. ppGalNAc-T6 y -T13 fueron negativas en la mucosa normal y positivas en 71% y 68% de los tumores, respectivamente, lo que constituye la primera evidencia de la expresión de estas enzimas en cáncer de colon. La mayoría de los adenomas presentaron una intensidad de marcado mayor a los carcinomas. Se observó una relación estadísticamente significativa entre la expresión de ppGalNAc-T6 y la de los antígenos Tn y core 6. Estos datos constituyen la primera evidencia "in vivo" que sugiere que la expresión anormal de ppGalNAc-T6 en cáncer de colon puede estar en la base molecular de la expresión de antígenos de O-glicosilación incompleta.

EVALUACIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA DE LA ENZIMA ppGALNAC-T6 EN CÁNCER DE PULMÓN.

Maslloréns A; Ubillos L*; Touyá D; Berois N; Ortíz C; Rondán M; Carriquiry G; Osinaga E y Varangot M. Laboratorio de Oncología Básica y Biología Molecular. Montevideo, Uruguay Las alteraciones en la O-glicosilación se observan en la mayoría de los carcinomas, dando lugar a la expresión de moléculas que pueden constituirse en útiles blancos de interés diagnóstico y terapéutico. La enzima ppGalNAc-T6, que cataliza una etapa clave para el inicio de la O-glicosilación, se encuentra normalmente en cerebro, páncreas y placenta. Recientemente observamos que la ppGalNAc-T6 también se expresa en los cánceres de mama y de colon, pero no en los tejidos normales correspondientes. El objetivo del presente trabajo fue el de evaluar, por primera vez, la presencia de ppGalNAc-T6 en cáncer de pulmón. Para ello realizamos estudios de inmunohistoquímica utilizando un anticuerpo monoclonal específico para ppGalNAc-T6 (Berois y cols., J. Histochem. Cytochem. 54:317-328, 2006), que es funcional sobre muestras fijadas en formol e incluidas en parafina. Estudiamos 4 muestras de tejido pulmonar no maligno y 35 de cáncer de pulmón. No observamos expresión de ppGalNAc-T6 en las 4 muestras de tejido pulmonar no maligno, mientras que la enzima se detectó de forma moderada o intensa en 32/35 cánceres evaluados. Ello correspondió a 16/16 adenocarcinomas, 9/10 carcinomas epidermoides, 6/6 carcinomas indiferenciados y 1/1 carcinoma mucinoso. No detectamos ppGalNAc-T6 en los dos tumores oat-cell evaluados. Teniendo en cuenta que la expresión de diferentes miembros de la familia de ppGalNAc-Ts se relacionan con la agresividad tumoral, estos resultados iniciales darán lugar a estudios orientados a determinar el potencial interés de la ppGalNAc-T6 en la evaluación clínica de pacientes con cáncer de pulmón.

OLIGODENDROGLIOMA PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO CON METÁSTASIS CUTÁNEAS.

Heinzen S*, Ferrero L, Larrañaga J, García S, Rodríguez R. Instituto Nacional del Cáncer, Montevideo, Uruguay. El oligodendroglioma constituye el 20-30% de los gliomas en el adulto. El pico máximo de incidencia se presenta entre la cuarta y sexta década de la vida. El estudio de este tumor ha cobrado especial interés dado el aumento en frecuencia y el reconocimiento de la quimiosensibilidad, particularmente en aquellos tumores con delección del brazo corto del cromosoma 1 (1p) y del brazo largo del cromosoma 19 (19q). Biológicamente se caracteriza por un crecimiento local infiltrativo y diseminación predominantemente a nivel del SNC. La diseminación extraneurológica es muy poco frecuente y su aparición se ha asociado a procedimientos de resección por craneotomía. La cirugía constituye un pilar fundamental en el manejo de los pacientes junto con la radio y quimioterapia. Presentamos el caso de una paciente de sexo femenino de 60 años de edad portadora de Oligodendroglioma G III frontal derecho en la que se constata 3 meses posteriores a la cirugía diseminación rápidamente progresiva a nivel cutáneo (cuero cabelludo) y ganglionar (cervical). En la evolución se destaca respuesta parcial al tratamiento radiante y aparición de síntomas compatibles con diseminación meníngea, iniciando tratamiento de quimioterapia en base a cisplatino-carmustina.

CANCER DE COLON METASTASICO. ANALISIS RETROSPECTIVO DE 68 CASOS.

Córdoba A., Camejo N.*, Castillo C., Xavier F., De Cola A., Heinzen S., Ferrero L., Ubillos L., Rodríguez R., Varangot M. Servicio de Oncología Clínica del Hospital de Clínicas, Hospital Militar e Instituto Nacional del Cáncer, Montevideo, Uruguay. Objetivo: analizar retrospectivamente características, conducta terapéutica y resultados del tratamiento de pacientes con cáncer de colon estadio IV, asistidos en tres hospitales de nuestro medio. Pacientes y métodos : se revisaron historias de pacientes tratados en el Servicio de Oncología del Hospital de Clínicas, Hospital Militar e Instituto Nacional del Cáncer desde enero de 2002 hasta marzo de 2007. Resultados: se incluyeron 68 pacientes (39 hombres); edad mediana 64 años. Todos eran adenocarcinoma de colon, 43 estadios IV al debut y 25 recaídas. Cuarenta y cinco pacientes presentaban metástasis únicas y 23 múltiples (41 hepáticas, 10 peritoneales, 5 ganglionares y 4 pulmonares). Se realizaron 14 metastasectomías (10 hepáticas, 1 pulmonar y 2 peritoneales). Recibieron tratamiento sistémico 50/68 (73.5%), los planes utilizados fueron: 5Fu/Lv, xelox, capecitabine, folfox, xelox/bevacizumab, flox y folfox/bevacizunab. Dieciocho (26.5%) no recibieron quimioterapia, 3 por la edad, 11 por mal performance status y en 5 por causa desconocida. Se registraron 22 toxicidades grado 3-4 siendo la mayoría digestivas. El status actual de los pacientes es: 6 vivos sin enfermedad, 11 vivos con enfermedad y 51 fallecidos. La sobrevida global mediana fue de: 13.4 meses, siendo de 17.4 meses en los pacientes con metastasectomía y quimioterapia versus 12 meses de los que solo recibieron quimioterapia. Conclusiones: Si bien esta serie retrospectiva no permite por su pequeño tamaño una valoración comparativa, pudimos observar el beneficio de la metastasectomía y que los resultados de sobrevida mediana a pesar de ser inferiores, se asemejan a los resultados publicados en la literatura internacional.

IDENTIFICACIÓN DE LAS ISOFORMAS DEL RECEPTOR DE ESTRÓGENOS BETA (RE-b) EN EL CÁNCER MAMARIO. INTERACCIÓN CON LAS VÍAS DE PROLIFERACIÓN ENDÓCRINA Y PARÁCRINA 2

Manrique G, 2Román E, 1Heinzen S, 2Cancela P, 3Alonso I, 2,4 Garófalo E y 1, 2Artagaveytia N (*) 1Depto. Básico de Medicina y 2Laboratorio de Oncología Básica y Biología Molecular, Facultad de Medicina; 3Servicio de Curieterapia, Hospital Pereira Rossell; 4Depto. Bioquímica, Facultad de Veterinaria En los últimos años se han identificado variantes de "splicing" del gen RE-b que determinan isoformas de la proteína denominadas RE-b-1,2,3,4,5, correspondiendo la primera a la proteína nativa. El objetivo de este estudio fue identificar los ARNm de las isoformas de RE-b y analizar su expresión y relación con las vías hormonal y parácrina ErbBs/ERK/AKT. Los ARNm-RE-b-isoformas se analizaron por RT-PCR a partir de tejido tumoral congelado. La presencia y fosforilación de las proteínas ErbBs, ERK y AKT se analizaron por western blot. En estudios previos detectamos la presencia del ARNm-RE-b en el 48,7% de 158 tumores analizados. En 39 de estos tumores analizamos los ARNm-RE-b-isoformas identificando RE-b1, RE-b2, RE-b4 y RE-b5 en el 58%, 88%, 93% y 85% de los casos respectivamente. Se encontró una asociación directa entre RE-b y RE-b-1 ($p=0,018$, $n=31$), pero no hubo asociación con las variantes 2, 4 y 5. Cuando se consideraron los fenotipos tumorales RE/RP se observó que la presencia de RE-b fue mayor en ausencia de uno o ambos receptores ($p=0,002$, $n=95$), en particular en niveles bajos o ausencia de RP ($p=0,026$). Asimismo, esa relación inversa con RP fue más evidente en los tumores REGF+ ($p=0,002$, $n=29$) que en los REGF-negativos ($p=NS$, $n=64$). Las isoformas no se asociaron con RE/RP ni REGF. En los tumores RE-b+ se encontró una mayor expresión y fosforilación de la proteína de señalización ERK. En conclusión, se identificaron las variantes del RE-b en tumores mamarios, estando expresadas en la mayoría de los casos independientemente del status del receptor nativo. Estos resultados sugieren que RE-b estaría vinculado a la vía parácrina mediada por REGF/ERK. Financiación: CHLCC, CSIC

EXPERIENCIA EN TUMORES DE LENGUA TRATADOS CON BRAQUITERAPIA Ir 192 POST CIRUGÍA

Autores: Dra. Castaño A.*; Dr. Luongo Gardi A.; Dr. Araújo R.; Dra. Dalla Rosa M. Dra. Beraldo B.; Dr. Luongo M. Organización: Hospital de Clínicas- Facultad de Medicina-Universidad de la República- Montevideo-Uruguay (1,2,3,4,5). Instituto Nacional del Cáncer – Montevideo-Uruguay (6) OBJETIVOS: Realizar tratamiento conservador con BT a nivel del lecho quirúrgico (luego de tumorectomía) en aquellas lesiones tumorales con mayor riesgo de recaída loco regional, aumentando la tasa de control local, manteniendo la cosmesis y la funcionalidad. MATERIALES Y MÉTODOS: Se trataron 24 pacientes con tumores de lengua estadificados según UICC como T1-T2, N0-N1- N3a-b. En todos los pacientes se realizó cirugía conservadora a nivel de Tu primario, más vaciamiento ganglionar funcional, (7) BT exclusiva, (17) RTE más BT. Histológicamente correspondieron a Carcinoma epidermoide, cuyos bordes fueron variados, siendo positivos o con márgenes oncológicamente insuficientes (\leq de 1.5cm). Se realizó RT externa sobre territorios ganglionares en 13 pacientes con dosis totales de 50- 58 Gy, dosis fracción de 2Gy día. Todos se trataron con implante de BT intersticial (Ir 192) de baja tasa de dosis (BTD), entregando una dosis total entre 12-20 Gy. SEGUIMIENTO: 16 pacientes con seguimiento de 5 años y 8 pacientes con seguimiento de 2 años. No presentaron complicaciones post tratamiento RESULTADOS: 21 pacientes se encuentran en cura clínica, solamente 3 pacientes presentaron recaída local. CONCLUSIONES: La BT permite aumentar las dosis de radiación a nivel local, con menor número de complicaciones y mayor control local. En nuestros pacientes tratados con cirugía conservadora más RTE e implante con Ir-192 de BTD se logró importante control local, con excelente resultado cosmético y funcional, preservando el habla, masticación y deglución en relación a la cirugía radical y RTE exclusiva.

CARACTERÍSTICAS PATOLÓGICAS Y BIOLÓGICAS DE CARCIOMAS MAMARIOS EN RELACIÓN A LA HISTORIA FAMILIAR (HF) DE CÁNCER DE MAMA (CM) Y OVARIO (CO).

Fresco R*, Artagaveytia N, Camejo N, Heinzen S, Martínez A, Santander G, Sena G, Spera G, Xavier F, Aguiar S, Castillo C, Ferrero L, González V, Mauriz S, Meyer C, Ubillos L, Aghazarian M, Rodríguez R, Sabini G, Delgado L. Servicio de Oncología Clínica, Hospital de Clínicas. Servicio de Oncología, Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Departamento de Oncología Clínica, CASMU. Instituto Nacional del Cáncer. Montevideo, Uruguay. Objetivo: Investigar posibles diferencias en el perfil biológico y patológico entre carcinomas mamarios, en pacientes con y sin historia familiar significativa de CM/CO (HFS). Material y Métodos: se analizaron las historias clínicas de todas las pacientes con CM estadios 0-III operadas entre 03/2006-03/2008, asistidas en los Servicios de Oncología de las Instituciones a las que pertenecen los autores. Se incluyeron sólo aquellas en las que el estado de RE/RP y HER2 eran conocidos. La información sobre historia familiar (HF) derivada de las historias clínicas fue confirmada mediante entrevista telefónica empleando cuestionario estandarizado. Se definió como HFS la que cumplía ≥ 1 de los siguientes criterios: (1) ≥ 3 casos de CM en la familia, ≥ 1 diagnosticado < 50 años; (2) ≥ 2 casos de CM en la familia, ≥ 1 diagnosticado < 50 años y además ≥ 1 de los siguientes: transmisión paterna, CM bilateral, CO en la flia, CM masculino, judío Ashkenazi. Resultados: se identificaron 435 pts, contándose con los datos de RE/RP y HER2 en 197. En 136 pts (69%) la HF fue determinable, siendo significativa en 18 (13,2%). No se encontraron diferencias en la proporción de pacientes diagnosticadas < 50 años (0,36vs.0,39), tumores T3/T4 (0,08vs.0,11), axila+ (0,55vs.0,66), RE/RP+ (0,77vs.0,72), HER2+ (0,11vs.0,11) ni de tumores triple negativos (0,19vs.0,17), entre pacientes con y sin HFS. Conclusiones: nuestros resultados no muestran diferencias en los principales factores pronósticos y/o predictivos entre las pacientes con CM operable con y sin HFS. Estos hallazgos son concordantes con el franco predominio de mutaciones de BRCA2 observado en familias uruguayas con CM/CO.

INCORPORACION DE UN COMITÉ DE TUMORES DE PULMON EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ONCOLOGIA (INCA): ANALISIS RETROSPECTIVO.

Quarneti, A; Golomar, W; Ubillos, L; Tashjian, A; Scheye, R; Guerrina, M; Ximenez, S; Viola, A; Varangot, M. Objetivos: Evaluar el cumplimiento de los indicadores de calidad de asistencia asociados a la actividad de un comité de tumores y las características de la población incluida. Resultados: Desde sus comienzos en el año 2004 el comité incluyó 318 pacientes, que constituyeron el 52 % de los pacientes portadores de cáncer de pulmón en el período. Su distribución por estadíos fue: 5,3% I, 8% II, 37% III y 49,7% IV y según la histología un 93,5% correspondieron a células no pequeñas (36% carcinoma epidermoide, 21% adenocarcinoma), y un 6,5% a células pequeñas. Los síntomas más frecuentes fueron disnea (31%), tos y dolor en un 26,7% cada uno y un 28,5% llega a la consulta con repercusión general. En 4 años el comité aún incompleto, progresó en la integración y formación de sus recursos humanos (2 oncólogos médicos, 1 oncólogo radioterapeuta, 1 residente, 1 psicóloga médica y 1 médico general). Se han unificado criterios adoptando las pautas del Servicio de Oncología clínica de la Facultad de Medicina. 100% de los pacientes están incluidos en un registro informatizado, observando que en 82,5% consta el diagnóstico anatómopatológico, en 92% el estadio y los estudios correspondientes y en 77% el seguimiento completo de los pacientes. Estos indicadores si bien son mejorables fueron significativamente superiores a los presentes en los pacientes vistos por fuera del comité. Conclusiones: El comité de pulmón ha demostrado en este análisis preliminar una consolidación en cuanto al registro, seguimiento y homogeneización de criterios. Este incipiente resultado se ha logrado en parte en los últimos meses y confirma por un lado su factibilidad, al mismo tiempo que identificamos algunas carencias que deberán resolverse para asegurar su cometido y continuidad.

IDENTIFICACIÓN DE SUBTIPOS DE CARCINOMAS MAMARIOS MEDIANTE INMUNOFENOTIPO, CON VALOR PRONÓSTICO- PREDICTIVO.

Ortega MV*, Musto ML, Santander G, Aizen B, Ardao G. Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Montevideo, Uruguay. Objetivo: Identificar mediante técnicas de inmunohistoquímica (IHQ) los subtipos de carcinomas mamarios (CM): luminal símil (L), HER2+ y basal símil (B). Metodología: estudio descriptivo retrospectivo de 50 CM. En bloque de parafina se identifican los diferentes grupos utilizando los anticuerpos: receptor de estrógeno (RE), receptor de progesterona (RP), HER2neu, Ki67, CK5/6, CK17, HER1. Definición de los grupos mediante IHQ: L: carcinomas RE+ (LA: ki67 < al 30 % y HER2 -, LB Ki67 > al 30 % o HER2 +), HER2 +: carcinomas HER2 + y RE -, B: RE-, RP-, HER2 - y CK5/6 + y/o CK17 + y/o HER1 +. Resultados (preliminares): todos los casos fueron mujeres con una edad promedio de 58 años. 67% fueron carcinomas L (85 % de tipo carcinoma ductal infiltrante (CDI), 79% grado histológico final (GHF) I y II). En este grupo se identificaron solo LA. 18% de HER2 + (todos CDI GHF III) y 15 % de carcinomas triples negativos, todos CDI GHF III, dos casos grupo B. Conclusiones: la proporción de los diferentes subtipos fue similar a la descrita en la literatura. El subtipo LB aún no está completamente caracterizado mediante técnicas de IHQ. En nuestros resultados preliminares, según los criterios de Perou y Nielsen, no encontramos casos LB. Es de destacar que no todos los cánceres triple negativos corresponden a B. Es importante descartar falla técnica por mala fijación tisular, y que expresen al menos un marcador adicional característico de dicho grupo (CK basales y/o HER1), así como asociarlo al tipo histológico y fenotipo característico.

IRRADIACION PARCIAL EN LA RECAIDA LOCAL EN EL CANCER DE MAMA.

AUTORES: Asist.Dr. Alvaro Luongo Gardi, Prof. Pedro Kasdorf, Asist. Dra. Adriana Castaño, Dr. Ricardo Araujo, Asist.Dr. Mariella Dalla Rosa, Asist. Dr. Mauricio Luongo Gardi Lic. Gustavo Paolini, Prof. Dr. Alvaro Luongo Céspedes. OBJETIVO: Describir la experiencia de re irradiación con braquiterapia de baja tasa de dosis con iridium 192 en pacientes con recaída local por cáncer de mama. MATERIALES Y METODOS: se trataron 5 pacientes mujeres, a 4 de ellas se les realizó cirugía conservadora y a una cirugía radical modificada. Su anatomía patológica eran carcinomas, ductales infiltrantes, T2 (4)-T3(1), grado histológico final II III, ganglios positivos en la paciente que se le realizó la mastectomía. A todas recibieron radioterapia externa. PROCEDIMIENTO: La técnica empleada fue implantar a nivel de las recaídas fuentes radioactivas de Iridium 192 con baja tasa de dosis envainadas en catéteres, utilizando en algunos casos template cuando se realizó dos planos de implante. El sistema de cálculo fue el de Paris, prescribiendo las dosis a 1cm a nivel de un plano perpendicular al medio de las fuentes. Las dosis alcanzadas fueron de 14 a 16 Gy. COMENTARIOS: esta técnica resultó útil en estas pacientes, dado que se logró un control local sin signos de nuevas recaídas a dicho nivel, con un procedimiento mínimamente invasivo con escasa morbilidad. El seguimiento fue de 3 a 1 año en 3 pacientes y en la dos restantes menor a 1 año.

RESÚMENES – PUBLICACIÓN

DERMATOMIOSITIS CLÍNICAMENTE AMIOPÁTICA COMO SÍNDROME PARANEOPLÁSICO DE CÁNCER DE MAMA.

Castillo C, Camejo N, Xavier F*. Servicio de Oncología Clínica, Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay. La dermatomiositis es una miopatía inflamatoria con manifestaciones cutáneas muy características. Si bien la dermatomiositis paraneoplásica es poco frecuente, aproximadamente 25 % de los pacientes mayores de 50 años con dermatomiositis presentan una neoplasia, siendo el cáncer de mama y los tumores ginecológicos los más frecuentemente asociados en el sexo femenino y el cáncer de pulmón y los tumores gastrointestinales en el sexo masculino. Describimos el caso de una paciente de 52 años con cáncer de mama locorregionalmente avanzado, en la cual el diagnóstico de cáncer precedió al desarrollo de la dermatomiositis. Se documentan las manifestaciones cutáneas típicas (eritema en heliotropo, pápulas de Gottron, etc) que se acompañan de una elevación de enzimas musculares, si bien clínicamente no presentó afectación muscular. Esta presentación corresponde al subtipo de dermatomiositis denominada clínicamente amiopática. Al igual que otros síndromes paraneoplásicos presenta la característica de evolucionar de igual forma que el tumor de base luego del tratamiento. La paciente presenta exacerbación de las manifestaciones cutáneas de la dermatomiositis frente a la progresión de la enfermedad luego de iniciado el tratamiento de quimioterapia con antraciclina. La instauración posterior de un tratamiento de quimioterapia eficaz con taxanos logra la remisión de estas manifestaciones así como la normalización de las enzimas musculares. La evolución clínica de la dermatomiositis en este caso acorde a la evolución del tumor nos inclina a pensar que si corresponde a un síndrome paraneoplásico de su cáncer de mama.

TRASTUZUMAB EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO Y ADYUVANTE. EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL. – PARAGUAY.

*Gauna C, Cantero L, Paredes J, Perrotta F, Galeano F, Robertti K, Caballero C. El cáncer de mama es la causa más frecuente de cáncer en mujeres de los países occidentales. En el Paraguay, es la segunda causa de cáncer en mujeres. El objetivo es evaluar la justificación del tratamiento de última generación como parte de la terapia adyuvante y metastásico para cáncer de mama, desde la perspectiva de tolerancia, respuesta al tratamiento y calidad de vida. Materiales y Métodos: Se incluyen mujeres con cáncer de mama invasor que sobrepresen HER2, ganglios linfáticos positivos o negativos alto riesgo, con receptores hormonales conocidos y con evaluación cardiológica previa, que reciben tratamiento con trastuzumab, desde agosto 2007 a agosto 2008. Se utilizó RECIST para evaluación de respuesta en enfermedad metastásica; criterios de toxicidad de OMS, y cuestionario SF 36 para la evaluación de calidad de vida. Resultados: Se reclutaron 24 pacientes (Grupo A: Metastásico: 13; Grupo B: Adyuvante: 11) En el grupo B se observó respuesta parcial en 92% de las pacientes en los primeros meses, RC: 8%. En ambos grupos se observó muy buena tolerancia al tratamiento, con buena calidad de vida, toxicidad cardíaca 4% gdo 1 (1 paciente del grupo A). Conclusiones: En nuestra experiencia el uso del Trastuzumab como terapia adyuvante y metastásico es factible. Necesitamos más tiempo de seguimiento de nuestras pacientes para una correcta valoración y conclusiones con relevancia científica.

MESOTELIOMA MALIGNO: A PROPOSITO DE 3 CASOS OCURRIDOS EN EL AÑO 2008 EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER.

Ferrero L*, Heinzen S, Larrañaga J. Instituto Nacional del Cáncer, Montevideo, Uruguay. El Mesotelioma maligno (MM) es una neoplasia agresiva originada en la superficie mesotelial de las serosas como ser peritoneo, pericardio y pleura, siendo esta última la forma de presentación más frecuente. Si bien su incidencia es baja, la misma va en incremento a nivel mundial, presumiblemente a consecuencia del uso extendido del asbesto en las pasadas décadas, constituyendo éste el principal factor etiopatogénico del MM. Otros factores asociados a su desarrollo, menos frecuentes, son la infección por el virus SV40 y la predisposición genética. Su mayor incidencia ocurre entre los 50 -70 años, predominando en el sexo masculino con una relación 3-1. Suele presentarse al diagnóstico en estadios avanzados teniendo así en la mayoría de los casos un pronóstico precario. El tratamiento es multidisciplinario dependiendo el mismo del estadio al diagnóstico, (cirugía radical o citoreductora, quimioterapia sistémica o intracavitaria). Describiremos tres casos de MM ocurridos durante el año 2008 en el INCA, dos de ellos de presentación pleural y uno a nivel peritoneal, a modo de destacar la ocurrencia de esta patología infrecuente y su variada presentación. El caso de MM peritoneal ocurrió en una paciente de 29 años que consultó por dolor abdominal y ascitis. Los pacientes que presentaron MM pleural fueron un hombre y una mujer de 39 y 60 años respectivamente que consultaron por síndrome funcional respiratorio y dolor torácico.

TRANSPLANTE ÓSEO: INNOVACION EN EL TRATAMIENTO DE LA NEOPLASIA ÓSEA.

Dr F.Perrotta(*), Dra Bo.Kim, Dra E.Lezcano, Dr A. Rios. Servicio de Oncología y Ortopedia. Hospital Central – Instituto de Previsión Social – Asunción – Paraguay. Introducción: El osteosarcoma es un tumor óseo que se presenta predominantemente en adolescentes y adultos jóvenes. Representa aproximadamente 6% de los tumores infantiles. La resección quirúrgica del tumor primario es un componente esencial de la estrategia para el control de la enfermedad en los pacientes con osteosarcoma no metastático. Objetivo: Contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes e impulsar los procedimientos terapéuticos innovadores. Caso clínico: Paciente adolescente de 15 años de edad, sexo masculino, conocido portador de Osteosarcoma periosteal del tercio proximal de humero izq. diagnosticado en el mes de marzo de 2007. Se realizó el trasplante de hueso cadavérico proveniente del Banco de Tejidos Musculo-esquelético del Instituto Rizzoli de Bolonia - Italia. Actualmente en

recuperación de la funcionalidad del miembro afecto, sin signos de enfermedad. Discusión: En tiempos pasados la neoplasia ósea era sinónimo de amputación en muchos países. Con el mayor conocimiento, surge la idea de preservación de miembros obteniendo igual resultados en cuanto a la supervivencia general entre los pacientes cuya extremidad fue amputada y aquellos en los que se preservó. El trasplante óseo es una realidad a considerar en nuestro país para ofrecer una mejor calidad de vida a los pacientes. Conclusión: El trasplante óseo es un procedimiento que requiere de un manejo multidisciplinario, con indicaciones precisas, que es posible realizarlo, siendo necesario contar con un Banco de Tejidos.

RECURRENCIA TARDÍA DE DISGERMINOMA DE OVARIO; REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA.

Dres. Luis Ubillos, Wilson Golomar, Hugo Deneo-Pellegrini El disgerminoma de ovario es una enfermedad rara pero potencialmente curable en todos los estadios de la enfermedad, alcanzando en los estadios I el 100% de curación. En este trabajo reportamos un caso de una paciente que debuta a los 24 años con un disgerminoma ovárico estadio Ia. En aquel momento se procedió a la ooforectomía unilateral buscando preservar la fertilidad de la paciente, sin realizarse tratamiento sistémico adyuvante dado lo localizado de la enfermedad. Cursa completamente asintomática en controles periódicos hasta que a 8 años de la cirugía, luego de gestación y parto normal a termino comienza con omalgia derecha intensa, acompañada de una tumoración de crecimiento progresivo a dicho nivel y una elevación de la beta HCG de 146,76 U. Se realiza biopsia de dicha tumoración confirmándose una metástasis ósea de un disgerminoma. Se realizó 4 series de PEB obteniéndose una respuesta completa y consolidando la respuesta a nivel local con radioterapia. Actualmente a 2 años de haber terminado el tratamiento la paciente se encuentra completamente asintomática, en remisión clínica, humoral e imagenológica. Este caso demuestra entonces una recaída tardía de un disgerminoma estadio Ia la cual es esperable en un 15 a 25% de los casos. Estos casos pueden ser tratados con quimioterapia de salvataje basada en los planes de primera línea.

METÁSTASIS RENAL DE UN ADENOCARCINOMA DE PULMÓN. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA.


Aldo Quarneri, Wilson Golomar, Luis Ubillos, Araceli Tashjian, Rosa Scheye, Mario Varangot. Comité de Pulmón INCA. El carcinoma de pulmón es una enfermedad con capacidad de producir metástasis en cualquier órgano, siendo las localizaciones más frecuentes pulmón, pleura, hueso, encéfalo y hepático. Las metástasis renales son raras si bien el cáncer de pulmón es la neoplasia sólida que más frecuentemente metastatiza el riñón, llegando a un 19% según series autopsicas. Aquí presentamos una paciente de sexo femenino, 73 años que debuta en octubre de 2006 con un adenocarcinoma de lóbulo inferior derecho estadio IIIa. Fue tratada con una lobectomía y luego quimioterapia adyuvante en base a 3 series de cisplatino etoposido. Permanece en controles imagenológicos desde entonces, hasta que en julio de este año consulta por hematuria y una tomografía de tórax y abdomen solicitada para el control que mostraba solamente una masa renal izquierda. En agosto se realiza nefrectomía radical izquierda constatándose por la anatomía patológica una metástasis renal de un adenocarcinoma de primario pulmonar. La hematuria solo se presenta como síntoma en un 12% de los casos con metástasis renales, siendo lo más frecuente el hallazgo asintomático en un 80%. Estos pacientes presentan un mal pronóstico falleciendo un 75% en el primer año.

TUMOR MULLERIANO MIXTO DE OVARIO. REPORTE DE UN CASO Y REVISION DE LA LITERATURA.

Córdoba A., Xavier F.*, Camejo N., Mauriz S. Servicio de Oncología Clínica del Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay. El tumor mulleriano mixto de ovario es un tumor poco frecuente, constituye el 1% de los tumores de ovario. Histológicamente incluyen elementos epiteliales y sarcomatosos malignos. Se clasifican de acuerdo al origen del tejido mesenquimal en homólogos o heterólogos. La mayoría de los casos se ven en mujeres postmenopáusicas, diagnosticándose el 70-80% en etapas avanzadas (estadios III-IV). Se asocian a un mal pronóstico, con sobrevida media de 8 a 16 meses, falleciendo el 70 % de las pacientes al año por su enfermedad. Se recomienda la citorreducción óptima como tratamiento inicial, siendo aún controversial el tratamiento adyuvante en base a poliquimioterapia o quimio-radioterapia. Se han reportado en la literatura diversos esquemas de quimioterapia basados en platino cuyas respuestas oscilan entre un 20 y 90%. En esta presentación se describe el caso de una paciente de 60 años, a la que se diagnosticó un tumor de ovario izquierdo, se le realizó cirugía de Taylor, correspondiendo a un estadio Ic. La anatomía patológica evidenció un tumor mulleriano mixto de ovario izquierdo destacándose un 80% de adenocarcinoma seroso y un 8% de condrosarcoma. Se le realizó poliquimioterapia en base a platino con buena tolerancia. Se presentará un resumen de la revisión bibliográfica sobre los aspectos diagnósticos, anatomía patológica y del tratamiento de estos tumores.

CARCINOMA METAPLÁSICO DE MAMA CON CÉLULAS GIGANTES DE TIPO OSTEOCLÁSTICO: A PRO- PÓSITO DE UN CASO.

Castillo C., Camejo N. *,Mendez M. ,Córdoba A., Bernachin J., Xavier F., Mariño A., Acosta G. Servicio de Oncología Clínica y Departamento de Anatomía Patológica del Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay. El carcinoma metaplásico es un tipo de neoplasia maligna infrecuente que representa menos del 5% de los tumores malignos de la mama. Basándonos en la definición de metaplasia como la transformación de un tejido en otro , el término carcinoma metaplásico englobaría a todos los tumores con diferenciaciones diferentes de las esperadas para un carcinoma ductal o lobulillar de mama y se clasifican en : carcinoma productor de matriz (cartilaginosa u ósea), de células fusiformes, carcinosarcoma, de células escamosas y la variante a células gigantes tipo osteoclastico, que representa el 1% de los cánceres de mama con muy pocos casos publicados



en la literatura internacional. La bibliografía limitada y los estudios descriptivos con bajo número de casos dificultan obtener conclusiones definitivas y extrapolables para tomar decisiones terapéuticas, así como hacen impredecible el comportamiento y el pronóstico de estos tumores. La mayoría de los carcinomas metaplásicos con células gigantes tipo osteoclasto están asociados a carcinoma ductal infiltrante, si bien pueden aparecer asociados a otros subtipos (lobulillar, papilar, mucinoso, tubular). Las células gigantes tipo osteoclasto tienen un origen histiocítico, demostrado por inmunohistoquímica y por estudios de microscopía electrónica. Presentamos un caso de carcinoma metaplásico con células gigantes de tipo osteoclasto en una paciente de 70 años diagnosticada en nuestro centro hace 8 años. La paciente recibió tratamiento quirúrgico y actualmente se encuentra libre de enfermedad. Describimos los hallazgos anatómicos patológicos y se analizarán algunos aspectos relevantes del diagnóstico, histopatología y terapéutica de este infrecuente tumor.

AGRADECIMIENTOS

El Comité Organizador, desea expresar su agradecimiento a aquellas empresas que hicieron posible la realización de este evento

SPONSORS PRINCIPALES



SPONSORS



