

son la encefalitis límbica, la degeneración cerebelosa y el síndrome de opsoclonus-mioclonus. La encefalitis límbica recientemente se ha descrito en la presencia de anticuerpos en contra del receptor de N-Metil-D-Aspartato. Los tumores de ovario son un hallazgo común en mujeres en edad reproductiva. Las neoplasias de

células germinales comprometen 20-25%, y el teratoma es el subtipo histológico tipo más común. Un nuevo síndrome se ha descrito en pacientes con teratoma y anticuerpos en contra del N-Metil-D-Aspartato, llamado encefalitis por rNMDA y es parte del espectro de los síndromes neurológicos paraneoplásicos. Describimos el

caso de una paciente previamente sana que se presentó al servicio de urgencias con un síndrome convulsivo quien fue diagnosticada con este tipo de encefalitis secundaria a un teratoma ovárico. Tuvo remisión total del cuadro después de la resección del tumor, terapia con dosis altas de esteroides e IG.

ONCOLOGÍA

0005 Antígeno tumoral CA 15-3 y valor predictivo en metástasis cerebrales en cáncer de mama triple negativo etapa clínica III

Acevedo J

Unidad de Cancerología

Introducción: el grupo de pacientes con CMTN, tiene un alto riesgo de metástasis cerebrales, No existen factores pronósticos bien establecidos para el desarrollo de metástasis cerebrales.

Material y métodos: análisis retrospectivo del 2007-2011, Se incluyeron 289 pacientes con CMTN del Instituto Nacional de Cancerología México. Se identificaron las variables demográficas de las pacientes como factores pronóstico para desarrollar metástasis cerebrales. El análisis estadístico se realizó con apoyo de SAS. Se realizó un análisis descriptivo

de la muestra y posteriormente un análisis comparativo entre las pacientes que tuvieron recurrencia a SNC y aquellas sin metástasis cerebrales. Con el modelo de regresión Cox se realizó un análisis de supervivencia. Se analizó el tiempo desde recurrencia a recurrencia a SNC. Por último los factores determinantes en la muerte del

paciente. **Resultados:** Después de un seguimiento de 24 meses, 43 pacientes desarrollaron metástasis en SNC (Cuadro 1).

0062 Derrame pericárdico maligno secundario a adenocarcinoma pulmonar

Rodea M,¹ Rumbo U²

¹ Hospital General Ticomán, SSA

Cuadro 1. Factores que influyen en la supervivencia en la recurrencia en SNC después de la recurrencia en otro sitio

Variables	Total <i>p</i>	HR	Sel vars* (estimador)	Final* (estimador)
n vars total			191	
n vars usadas			138	
Invasión linfovascular**	0.104	-1.093	-1.368**	
Infiltración de dermis	0.842	-.0120		
CA 15-3**	0.050**	-0.007**		0.007**
ACE	0.264	-0.159		
Recibió platino en neo	0.075	-0.758		-0.868
Tiempo de recurrencia**	0.001**	-0.054**	-0.063**	-0.055**

* variables significativas con $\alpha=0.05$; ** variables consideradas para el modelo final, incluso fueron significativas con $\alpha=0.01$

² Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, SSA

Introducción: el derrame pericárdico maligno es una patología que reviste mucha importancia y controversia, pues es responsable de la mayoría de los derrames pericárdicos masivos no traumáticos y constituye un reto diagnóstico y terapéutico; presenta alta recurrencia (90%) si no se instaura una estrategia terapéutica acorde al pronóstico del paciente. **Descripción del caso:** masculino de 65 años, con antecedente de DM2. Tabaquismo positivo durante 25 años IT 10. Inicia su padecimiento 4 meses previos con tos seca disneizante, no hemetizante, dos meses después presenta tos con expectoración inicialmente hialina posteriormente verdosa con progresión de la disnea y disfagia a sólidos, empeoramiento de disnea hasta BORG-3, aunado a dicho cuadro presenta pérdida ponderal de 4 kg en un mes. El día de su ingreso inicia con hemoptisis y disnea en reposo. Ruidos respiratorios disminuidos en intensidad. Se realiza TAC de tórax contrastada en la cual se observa imagen sugestiva de derrame pericárdico, se solicita ecocardiograma el cual reporta derrame pericárdico de 800 ml, colapso parcial de 50% de aurícula derecha con repercusión hemodinámica por lo que se realiza ventana pericardio-pleural con toma de biopsia de lóbulo inferior

derecho pulmonar. Con reporte patología adenocarcinoma pulmonar predominantemente sólido con células en anillo con inmunohistoquímica positiva para TTF-1, CK7, CEA. Citología de líquido pericárdico positiva para adenocarcinoma derrame pleural metastásico. Citología líquido pericárdico positivo para neoplasia/adenocarcinoma, derrame pericárdico metastásico. Se estadifican la como Adenocarcinoma pulmonar EC IV T4 N3 M1A. **Conclusiones:** la pericardiocentesis con examen citológico del líquido pericárdico debe ser realizada en todos los pacientes con sospecha de malignidad, en particular si este es hemorrágico. La sensibilidad del examen citológico para el diagnóstico neoplásico se estima entre el 67%-92%, considerándose la citología positiva de células neoplásicas como un predictor de pobre pronóstico. En el paciente está conducta terapéutica se llevó a cabo, obteniendo citología positiva para células malignas. **Conclusión:** En diversos análisis multivariado de pacientes con derrame pericárdico maligno, la citología positiva fue predictor independiente de corta supervivencia con mayor probabilidad de pericardiocentesis repetidas y conducta quirúrgica.

0066 Histiocitosis de células de Langerhans pulmonar. Reporte de caso

Gallegos O, Escobedo R, Lozano J, Ruiz D, Dávila D

Hospital General Ticomán, SSA

Introducción: masculino de 52 años, soltero, católico, originario y residente del DF. Desempleado. Abuelo materno finado por Tuberculosis pulmonar. Zoonosis (+) con perro, aves y conejo. IVSA 24 años, 16 PS, HSH, uso irregular de preservativo. ETS: HIV. Infección por HIV desde 2014, cuenta inicial CD4 56, CV 120 300 copias. Tratado con Tenofovir, Emtricitabina y Efavirenz. Tabaquismo (+), IT 5.4. PA: Inicia hace 12 meses con disnea de medianos esfuerzos, tos no productiva, intermitente, no emetizante ni cianosante, sin predominio de horario. Hace 3 meses se agrega fiebre nocturna 39°C, diaforesis nocturna, pérdida ponderal de 6 kg, astenia, adinamia e hiporexia. **Objetivo:** Abordaje de lesiones pulmonares cavitadas en paciente con HIV. **Descripción del caso.** EF: TA 100/60 mmHg FC 72 FR 23 T 37C Sat 92% Despierto, Glasgow 15, sin dificultad respiratoria. Normocéfalo, sin exostosis ni hundimientos. Cavidad oral con placas blanquecinas en lengua. Cuello cilíndrico, sin adenopatías. Campos pulmonares con movimientos de amplexión y amplexación disminuidos en hemitórax derecho, vibraciones vocales conservadas, claro pulmonar, con estertores crepitantes subescapular derecho. Ruidos cardíacos sin alteraciones. Abdomen con hepatoesplenomegalia. Ge-

nitales sin lesiones. Resto sin alteraciones. **Laboratorios:** LEU 5.2 LINF 0.57 HB 10VCM 90.4 HCM 29.1 PLAQ 304 GLU 110 CREAT 1 NA+ 137 K + 3.5 BT 0.4 ALB 2 AST 72 ALT 75 FA 155 LDH 146 ANÁLISIS: En la Rx tórax se evidencian lesiones nodulares bilaterales. En la TAC-AR de tórax se observan lesiones cavitadas en lóbulo medio con patrón reticular bilateral. En el abordaje diagnóstico las primeras entidades a considerar son de origen infeccioso. Se inicia protocolo, baciloscopias (-) y cultivos para TB (-). La broncoscopia con BAL concluye cambios inflamatorios inespecíficos. Se toman PCR para *P. jiroveci* y *Aspergillus*, Gen Xpert en BAL con resultado (-). Se mide antígeno sérico de *Cryptococcus*, con resultado negativo. Se estudiaron vasculitis ANCA, con p-ANCA, c-ANCA (-), además se descartó LES. La biopsia transbronquial lóbulo medio: fibrosis intersticial y hemorragia reciente. IHQ para linfoma negativa. Se solicitan CD1a y proteína S-100 en biopsia con resultados (+) compatibles con Histiocitosis de células de Langerhans Pulmonar. Imágenes y biopsia se mostrarán en cartel.

0080 Melanoma gástrico sin origen primario conocido. Reporte de caso

Paz A, Hernandez A, Morones I, Santillan W, Lopez D, Hernandez R, Teran J, Reyes A, Reyes I Hospital Central Norte, PEMEX

Introducción: el melanoma maligno en el 95% de los casos su localización es cutánea representando solo el 4% de los cánceres cutáneos, puede producir metástasis a hígado y pulmón, hacia tracto gastrointestinal solo lo hace 5% y de estos intestino delgado es el más frecuente. La afectación gástrica por melanoma es rara, en la mayoría metastásica. Se han reportado escasos casos de melanoma maligno primario gástrico. **Descripción del caso:** masculino de 76 años con Cardiopatía Isquémica y gastritis crónica. Hospitalizado por pico febril de 38 grados e hiporexia. Refiere pérdida de 8kg en 6 meses. A la exploración, piel pálida sin lesiones, ganglios no palpables, cardiopulmonar y abdomen sin alteraciones, no se palpan tumoraciones, ni visceromegalias. Leucocitos 44.1x10³µl, neutrófilos 40.1 x10³µl, hemoglobina 11.6gr/dl, VCM 86.4fl, CMCH 32.8 gr/dl, plaquetas 428 x10³µl, electrolitos séricos y función renal normales, examen general de orina y radiografía de tórax sin alteraciones. No se demuestra foco infeccioso, permaneció afebril, descendió la hemoglobina a 10gr/dl, leucocitos 27.1 x10³µl, neutrófilos 24.3 x10³µl. Frotis de sangre periférica con neutrofilia reactiva e hipocromía. Pruebas de función hepática normales, reacciones febriles, VIH, Hepatitis B y C negativos. Amiba en fresco y coproparasi-

toscóptico negativo. Eritrocitos ++ en muestra fecal con sangre oculta en heces (+). Aspirado de médula ósea sin infiltración neoplásica. Marcadores tumorales negativos. Endoscopia con tumoración fúndica ulcerada probable GIST vs MALT. Tomografía de 3 regiones con fondo gástrico con masa intramural de densidad heterogénea de 56x65x77mm con calcificaciones y posibles áreas de necrosis. Resto sin alteraciones. Reporte histopatológico de gastritis crónica con hiperplasia linfoide, pseudohifas de *Candida* y flora bacteriana mixta. Inmunohistoquímica HMB 45(-), Melan A(+), PS 100(+), CD 117(-), CD 34(-). **Conclusiones:** ante ausencia de melanoma cutáneo, otra localización concurrente o previa, afección de otros órganos al momento del diagnóstico y con presencia de anticuerpos Proteína S100 y Melan-A se concluye melanoma gástrico primario. Esta neoplasia inusual tiene una naturaleza agresiva con pronóstico incierto, que tras intervención quirúrgica temprana puede aumentar la sobrevida.

0120 Hipoglucemia como manifestación paraneoplásica del carcinoma hepatocelular. Presentación de caso

Bautista A, Copca D, Lagunas M, Gonzaga T, Ramos M, Castro L, Teran J, Baca A, Reyes A Hospital Central Norte, PEMEX

Introducción: es el 6° tumor solido más frecuente y la 10°

causa de muerte en el mundo. Se presenta entre los 60 y 70 años, en regiones con alta incidencia inicia a los 40 años.

Descripción del caso: femenino de 82 años, carga genética para diabetes mellitus. Diabética tratada con biguanidas. Acude por somnolencia, datos adrenérgicos y glucometría de 43 mg/dl, repetida en varias ocasiones. Cuadro de astenia, dolor epigástrico, saciedad temprana. Encontrándose tumoración en hipocondrio derecho y epigastrio, pétérea, adherida, ascitis grado I, eritrocitosis, trombocitopenia, transaminasemia, hiperbilirrubinemia, aumento en la fosfatasa alcalina y deshidrogenada láctica. Endoscopia con esofagitis B de los Ángeles y pangastropatía no erosiva de predominio en antro y fondo. Ultrasonido con hepatopatía crónica difusa. Tomografía con múltiples lesiones hepáticas; adenoma en glándula suprarrenal izquierda, líquido de ascitis. Citología con células neoplásicas malignas. Alfafetoproteína 283 mcg/L.

Discusión: incidencia anual de 6/100 pacientes, predominio en África Sub-Sahariana y Oriente, género masculino, relación 2:1. En pacientes con virus de hepatitis B y C, en casos de de hepatitis B crónica. La carga viral influye, el riesgo es mayor con niveles de HBV DNA mayores de 10,000 copias/ml. La Diabetes mellitus muestra aumento en la incidencia de carcinoma hepatocelular y asociado a síndrome

metabólico se incrementa el riesgo. Cursan asintomáticos, pudiendo presentar dolor abdominal, pérdida de peso, saciedad temprana, masas en hemiabdomen superior; indicando un estadio avanzado. La hipoglucemia se desarrolla como síndrome paraneoplásico. Los tumores que producen hipoglucemia pueden ser de origen mesodérmico, epitelial o hematopoyéticos y dividirse en 3 grupos: con exceso de insulina, factores relacionados con el tumor y factores que interfieren con el metabolismo de la glucosa. La alfafetoproteína esta elevada, cifras de 500 mcg/l son sugestivas de hepatocarcinoma.

Conclusión: nos enfrentamos a un caso de carcinoma hepatocelular sin datos de hepatopatía crónica previa y como única manifestación paraneoplásica de hipoglucemia, iniciándose abordaje diagnóstico, estadificación y determinación de tratamiento, con mal pronóstico por enfermedad avanzada.

0162 Hipercalcemia maligna asociada a carcinoma de células escamosas de cérvix

Castro C, Jiménez D, Fernández J, Reyes M, Hernández L, Alvarado H

Centro de Alta Especialidad Dr. Rafael Lucio, SSA

Introducción: la hipercalcemia asociada a malignidad ocurre en 20% en adultos y se relaciona con cáncer avanzado y mortalidad del 50%. El cancer

cervicouterino es la primera causa de muerte por neoplasias malignas en el grupo de 25 a 64 años de edad. **Descripción del caso:** mujer de 60 años con multiparidad y detección oportuna de cáncer de cérvix hace 15 años. Veinte días previos a su ingreso cursó con astenia, adinamia, postración, constipación, dolor lumbar y pélvico y pérdida de peso de 10 kg. A la exploración se evaluó con adelgazamiento y aumento de volumen proximal del miembro pélvico izquierdo. Laboratorio. Calcio serico 15.2 mg/dl. (corregido 16.1 mg/dl) proteínas totales, 7.09 gr/dl. Globulinas 4.29 gr/dl, albumina 2.8 gr/dl. Na 127 meq/dl. K 2.7 meq. Pth 7.32 (normal). B2 microglobulina 2.6 mg/dl. Electroforesis de proteínas de bence jones negativas. Ca-125 normal. Depuración de creatinina de 24 hrs 46.38 ml/min. Calcio en orina de 24 hrs 498 mg/dl. Rx de columna lumbar con lesiones líticas L4-L5. USG pélvico con miomatosis uterina. TAC abdomino pélvica, mostró conglomerado ganglionar retroperitoneal y lesiones hipodensas en L3-L5. Citología endocervical y biopsia de endometrio reportó carcinoma de células escamosas invasor.

Conclusión: la hipercalcemia humoral (PTHrP) es común en pacientes con carcinoma de células escamosas (pulmón, cabeza y cuello, esófago, cérvix, vulva y piel). En el caso de cancer de cérvix se estadificó

en un estadio IVb por metástasis a distancia a retroperitoneo y lesiones líticas en columna lumbar.

0171 Sarcoma de Kaposi del tracto gastrointestinal en un paciente con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA): reporte de caso

Quiñones D, Escamilla G, Macías A

Hospital General Tacuba, ISSSTE

Introducción: el sarcoma de Kaposi (SK) es un tumor maligno, vascular y multifocal de células endoteliales. En 1872 describieron 5 casos de pacientes con nódulos cutáneos con localización interna y en tracto gastrointestinal, conocido como SK. **Objetivo:** mostrar la importancia de realizar panendoscopia en pacientes con disfagia de reciente inicio e infección por VIH, para descartar presencia de SK. **Reporte de caso:** masculino, edad 32 años, con diagnóstico de VIH. Inicia en abril 2015 con lesiones violáceas en boca y extremidades pelvicas, pérdida de 10 kilos en 4 meses. Ingresa con disfagia a sólidos y líquidos, se realiza panendoscopia, reporte de SK faríngeo, gástrico y duodenal asociado a VIH. Se inicia anti viral, posteriormente antracíclico, evolución desfavorable y deceso del paciente. **Discusión:** la presentación gastrointestinal del SK comúnmente es asintomática siendo

difícil su sospecha diagnóstica. El diagnóstico es por endoscopia, de ahí la importancia de realizarla en todo paciente con síntomas gastrointestinal y VIH.

0184 Cáncer de pulmón con metástasis a mama. Reporte de caso y revisión de la literatura

Mora I

Hospital Ángeles del Carmen

Introducción: la presencia de metástasis a la glándula mamaria es extraordinariamente rara, la causa principal se atribuye a un origen contralateral. Otras causas secundarias son sobretodo por enfermedades malignas hematológicas y menos frecuencia tumores sólidos; reportándose en series retrospectivas una frecuencia que oscila entre 0.4 a 2.7%. En la actualidad continua siendo difícil su abordaje y diagnóstico. **Objetivo:** demostrar la importancia y determinación del papel de la Inmunohistoquímica en el diagnóstico y del origen del tumor primario. **Descripción del caso:** se presenta el caso de una mujer de 63 años con presencia de tumor en mama derecha, asociado a conglomerado ganglionar en axila y en el estudio de extensión con PET-CT (tomografía con emisión de positrones) con enfermedad metastásica extensa en pulmón, hueso y sistema nervioso central. Se realiza biopsia de tumor de mama con reporte de adenocarcinoma moderadamente diferenciado.

Perfil de inmunohistoquímica de origen primario de pulmón.

Conclusión: El papel de la Inmunohistoquímica es determinante en el diagnóstico ya que establece el origen del tumor primario.

0191 Mesotelioma peritoneal maligno como diagnóstico diferencial de enfermedad inflamatoria intestinal en paciente joven

Reyes D, Gómez A, García E, Brea E, Mateos H

Centro Médico Toluca, ISSMYM

Descripción del caso: se trata de paciente de 17 años con antecedente heredo-familiar de Cáncer Gástrico. Sin antecedentes patológicos de importancia. Inicio su padecimiento 18 meses previos a su ingreso con síndrome consuntivo y doloroso abdominal encontrándose ascitis, valorado por el servicio de gastroenterología con diagnóstico de Pb. enfermedad inflamatoria intestinal, en su abordaje se realizó colonoscopia observando colitis leve de etiología indeterminada, con biopsia de colon reportando colitis microscópica aguda y crónica no específica, en estudios de extensión se solicitó TAC abdominal de características normales. En su seguimiento sin mejoría. Continuando protocolo de estudio con panendoscopia, reportando hernia hiatal tipo I, gastropatía crónica en antro, en una segunda TAC toracoab-

dominal con doble contraste evidenciando ascitis y derrame pleural, PCR 93.56mg/L, VSG 70 mm/hr, PPD no reactivo, ANAS 1:80, anemia microcítica hipocromica, trombocitosis, hipotiroidismo subclínico, enteroscopia normal, se inicio protocolo de enfermedad inmunologica siendo valorado por reumatología descartando enfermedad autoinmunitaria. Motivo de ingreso a nuestro servicio de medicina interna con Dxs. de poliserositis y síndrome consuntivo, toracoscentesis demostro exudado por criterios de light, PCR para TB y ADA negativo, 2do PPD positivo 10 x 10 mm, por lo que se inicio terapia antifimica empirica en espera de resultados siendo esta suspendida al no mostrar mejoría por lo que se realizo laparoscopia con toma de biopsia peritoneal, reportando hiperplasia de celulas mesoteliales con cambios reactivos llevando a cabo revision de laminillas y concluyendo mesotelioma maligno con patron papilar y solido con inmunotinciones calretinina y CK 5/6 positivas, ACE negativa, Cromogranina a 4.0 ng/ml, serotonina 181 ng/ml. Posterior a diagnostico se envia a oncología en donde se realizo QT de induccion con cisplatino, pemetrexed con buena respuesta, se llevo a citorreduccion con QT hipertermica y QT de mantenimiento a base de pemetrexed trisemanal. Actualmente con 48 meses de sobrevida con tratamiento oncológico y ECOG

1. **Conclusión:** el caso resalta la importancia del abordaje de estudio de dolor abdominal y síndrome consuntivo en paciente joven, sin factores de riesgo aparentes de enfermedad neoplásica.

0202 Sarcoma de Ewing extra óseo en adulto joven: reporte de un caso

Zaldivar J, Badillo S, Lerma L, Anda J, Meza P, Flores C
Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, SSA

Introducción: el Sarcoma de Ewing (SEw), incidencia 3:1'000,000 pico en adolescencia. Surgen principalmente en hueso, también en tejido blando. En la literatura hay reporte de 20 casos en suprarrenales. **Descripción del caso:** masculino de 21 años sin antecedentes de importancia. Inicia padecimiento con dolor en hipocondrio izquierdo, sin irradiaciones, transfectivo, de tipo pleurítico, disnea de medianos esfuerzos; se acompañó de parestesias generalizadas; 3 semanas después presenta tos, seca, disneizante, no emetizante, palpitations y sibilancias, tratamiento (tx) con antibióticos con mejoría parcial; se agrega dolor lumbar derecho y precordial, aumentaba con el movimiento, disnea de pequeños esfuerzos y acrocianosis. A la exploración: se integra síndrome de derrame pleural derecho, resto normal. Laboratorio y gabinete: leucocitosis,

radiografía de tórax (RxTx): derrame pleural derecho total, tomografía toracoabdominal: adenopatías axilares, derrame pleural derecho 75%, áreas nodulares sólidas, tumoración hipodensa en suprarrenal izquierda (SRI). DHL 944. Supresión con dexametasona: cortisol 10.18. Manejo: toracocentesis: exudado; biopsia pleural y de SRI: sarcoma de Ewing, inmunohistoquímica pleural: positivo débil y difuso: CD99, ciclina D1, WT1, S100, negativo: cromogranina, desmina, CKAE1/AE3; suprarrenal: positivo: sinaptofisina, neurofilamentos, negativo: cromogranina, CKAE1/AE3, calretinina, TTF-1, CD45, no valorable: ciclina D1 y CD99. Evoluciona con neumotórax, se coloca sonda endopleural con alto gasto hemático, descenso de hemoglobina, fiebre, focos de consolidación en RxTx y tx antibiótico, fuera de tratamiento quirúrgico; se egresa para quimioterapia ambulatoria. **Discusión:** el SEw no se considera dentro del diagnóstico diferencial inicial, debido a la baja frecuencia que presenta, se considera primero neuroblastoma, feocromocitoma o carcinoma de la corteza adrenal, el abordaje inicial fue hacia la funcionalidad únicamente con: síndrome de Cushing subclínico. El manejo reportado en la literatura en estos casos es: quimioterapia, cirugía y/o radioterapia; en presencia de metastasis la sobrevida en SEw

metastásico a 5 años 20-25%.

Conclusión: se debe considerar el sarcoma de Ewing en diagnóstico de masas retroperitoneales. El manejo siempre debe ser multimodal.

0203 Ablación por radiofrecuencia de metastasis hepáticas multiples por adenocarcinoma de colon

Díaz D, Alexander J, Acevedo J
Hospital Ángeles del Carmen

Introducción: cáncer de colon en mujeres es 3ro en mortalidad según GLOBOCAN 2012; en México, 3ro en frecuencia y 5to en mortalidad. 50-60% desarrolla metástasis hepática (MH), 80-90% irresecable, 20-34% sincrónicas, asocia peor pronóstico y mayor enfermedad diseminada. **Descripción del caso:** femenino de 62 años,

con adenocarcinoma colon etapa IVA, diagnóstico en septiembre 2014, KRAS mutado, sin criterios de resecabilidad. Se inicia quimioterapia (QT) neoadyuvante con CapeOx + bevacizumab 5 ciclos, con respuesta parcial; se lleva a hemicolectomía + ablación por radiofrecuencia (ARF) de MH, después QT con CapeOx + bevacizumab 3 ciclos más. Actualmente progresión libre de enfermedad (PLE) 8 meses y supervivencia global (SG) 12 meses en primera línea.

Discusión y Conclusión: KRAS mutado es mal pronóstico. ARF disminuye recurrencia local, morbilidad y estancia



hospitalaria; con QT, demostró mejoría significativa en PLE, aumentó SG de 24 a 45 meses; siendo opción en paciente no candidato a cirugía.

0229 Morbimortalidad hospitalaria en pacientes con tumores germinales

Quintanilla D, García C, Rivera C, Flores P, Villarreal M, Galarza D

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

Introducción: se ha descrito que los tumores de células germinales (TCG), tanto seminomas como no-seminomas, tienen excelente pronóstico para la sobrevivencia. Sin embargo, existe poca evidencia sobre la evolución clínica así como factores de morbilidad hospitalaria una vez que requieren hospitalización por cualquier causa.

Objetivo: Evaluar morbilidad hospitalaria en masculinos con diagnóstico de TCG. **Materiales y métodos:** Realizamos un estudio observacional, retrospectivo en pacientes internados en el departamento de Medicina Interna con diagnóstico de TCG, mayores de 16 años, con expediente completo. Analiza-

mos variables demográficas, presentación clínica, estadio clínico, morbilidad y estancia hospitalaria. Se determinaron los principales factores de riesgo para mortalidad hospitalaria mediante regresión logística. **Resultados:** se evaluaron 41 pacientes, con mediana de 32 ± 14 años. Los motivos de ingreso fueron: 39% diagnóstico, 24% administración de quimioterapia, 10% infección ambulatoria, 10% procedimiento quirúrgico y 17% otras causas. Dentro de los síntomas destacaron: tumoración (85%), pérdida de peso (66%), disnea (46%), dolor abdominal (49%) y dolor torácico (20%). 73% ingresaron en estadio III (TNM) y 54% con mal pronóstico (IGCCG). La estancia hospitalaria fue de 8 (1-31) días. Se detectó una mortalidad del 37% (15 pacientes), 47% por choque séptico y 53% por insuficiencia respiratoria. Se correlacionó la presencia de paciente soltero (OR 4.5, IC95% 1.56-17.51, $p=0.03$) e infección hospitalaria (OR 6.19, IC95% 1.50-25.50, $p=0.02$) como los principales factores de riesgo para mortalidad. El 100% de los pacientes que presentaron inestabilidad

hemodinámica y requirieron intubación orotraqueal fallecieron. **Conclusiones:** a pesar de que los TCG se asocian con excelente pronóstico para la sobrevida, encontramos una alta tasa de mortalidad una vez que requieren hospitalización. Complicaciones por procesos infecciosos representaron la principal causa de defunción. Solo el estado civil soltero y la presencia de infección durante el internamiento se asociaron significativamente a mayor riesgo de mortalidad hospitalaria.

0250 Síndrome vasculítico paraneoplásico: panarteritis nodosa como manifestación inicial de tumoración sólida

Mendoza E, Lozano J

SSA, Hospital General Ticomán

Mujer de 60 años, originaria de San Luis Potosí, residente del D.F. desde hace 50 años, ingeniera, sin Antecedentes heredofamiliares de importancia; previamente sana. Inició su padecimiento 24 meses previos con presencia de parestesias en extremidades pélvicas, fenómeno de Raynaud y pérdida ponderal del 10%, lesiones cutáneas tipo púrpura vaculítica (pápulo-petequial), nódulos subcutáneos, lívedo reticularis y edema. Fue descartada infección por Hepatitis B. Fue establecido el diagnóstico definitivo mediante estudio histopatológico que reportó: necrosis fibrinoide de la íntima. Se inició terapia con Esteroides y

posteriormente Ciclofosfamida, con mala respuesta a tratamiento. Como parte de extensión de estudios, se evidenció cáncer uterino en etapa IV. La poliarteritis nodosa (PAN) es una enfermedad sistémica, con múltiples manifestaciones, descrita en 1886 por Küssmaul y Maier. Los síndromes vasculíticos se han asociado con neoplasias hasta en 10% de los casos y en la mayor parte corresponden a vasculitis leucocitoclástica, en menor proporción otros tipos de vasculitis; en las neoplasias hematológicas son más frecuentes este tipo de síndromes paraneoplásicos y raramente en tumores sólidos, como fue el caso de nuestra paciente, con manifestación de cáncer uterino. En las vasculitis paraneoplásicas el tumor puede producir mediadores peptídicos, linfocitos citotóxicos o por un deterioro en la función reticuloendotelial con reducción inmunitaria. Se debe sospechar neoplasia en el contexto de una vasculitis sin antecedentes previos, o falta de respuesta a tratamiento. Este síndrome se ha observado raramente en pacientes con tumores sólidos. A pesar de la baja frecuencia de esta entidad paraneoplásica reumática, su importancia radica, en que su aparición, puede ser el primer signo de un proceso maligno, ya que frecuentemente, precede en un tiempo considerable al diagnóstico del tumor, esto puede generar una detección precoz, en un estadio

curable. Manger B1, Schett G. Paraneoplastic syndromes in rheumatology. *Nat Rev Rheumatol*. 2014 Nov;10(11):662-70. Solans-Laqué R, Bosch-Gil JA, Pérez-Bocanegra C, Selva-O'Callaghan A, Simeón-Aznar CP, Vilardell-Tarres M. Paraneoplastic vasculitis in patients with solid tumors: report of 15 cases. *J Rheumatol*. 2008 Feb;35(2):294-304

0273 Sarcoma de mama. ¿Cuál es su tratamiento ideal?

Gómez N

Otra, Instituto Nacional de Cancerología

La palabra «sarkoma» del griego que significa «crecimiento grande y carnoso». Los sarcomas son tumores no epiteliales que derivan del mesénquima primitivo y tienen su origen en el estroma, el tejido adiposo y el endotelio de los vasos sanguíneos. Este tipo de tumores de tan rara incidencia, estimada en 17,5 nuevos casos por millón de mujeres. Los sarcomas de tejidos blandos constituyen el 1.5% de todos los tumores malignos, siendo los sarcomas de mama menos del 1% de estos. **Caso clínico:** Femenino de 28 años, Antecedentes ginecoobstétricos: menarca a los 12 años, en etapa reproductiva, con ritmo irregular; Gesta: 3, Para: 2, cesáreas: 1, abortos: 0 y ectópicos: 0. Edad de primer parto 17 años, edad del último parto 21. Lactó a sus tres productos 1 año. Padecimiento

actual 6 meses previos a su ingreso en 2009, al notar masa en CSE de mama derecha con crecimiento rápido resecado con reporte de tumor phylloides de alto grado de 5 cm de diámetro, a la EF con mamas accesorias en región axilar bilateral, herida semilunar en CE de mama derecha sin evidencia de aparente patología residual. La revisión de laminillas en el INCan reporta neoplasia maligna de alto grado en glándula mamaria compatible con sarcoma, se lleva a cabo mastectomía simple de mama derecha y reconstrucción. Pieza patológica de mastectomía reporta una lesión que mide 3 x 5 cm con lesión tumoral residual de 0.9 cm, a 0.5cm del lecho quirúrgico. Se administró RT en marzo de 2010 con dosis total de 50 Gy en 25 sesiones. Valorada por oncología médica no observándose actividad de la enfermedad en estudio de extensión y considerando que paciente no se beneficiaría de terapia adyuvante, manteniéndose asintomática hasta agosto de 2015.

0276 Rabdomiosarcoma alveolar pericárdico (presentación de un caso)

Casillas J, Delgado A, Cabrera S, Martín E, Soto J, Hernández P
IMSS, UMAE No.1 Bajío.

Masculino de 17 años de edad con carga genética para DM 2 y HAS. Inicia su padecimiento 3 semanas previas a su in-

greso con astenia, adinamia e hiporexia. Se agrega dolor abdominal en epigastrio y mesogastrio que irradia a escapula izquierda, acompañado de disnea. Niega fiebre y pérdida de peso. Al ingreso: Neurológico íntegro. Edema palpebral, aumento de volumen en cuello, ingurgitación yugular grado II. Pulmonar con síndrome de dificultad respiratoria y síndrome de derrame pleural bilateral. Precordio rítmico, taquicárdico con ruidos disminuidos. TA 70/40 mmhg. Abdomen con ascitis leve y hepatomegalia de 3cm. Extremidades sin edema y pulsos presentes. Radiografía de tórax con derrame pleural del 50% y cardiomegalia grado III. Ecocardiograma: derrame pericárdico, con colapso ventricular de predominio derecho, colapso auricular, movimiento paradójico de paredes, no es posible medir FEVI ni apreciar otras lesiones. Se realiza pericardiocentesis sin drenaje adecuado, por lo que realizan ventana pericárdica con drenaje de 1,000 ml de líquido hemático. Ecocardiograma postquirúrgico: FEVI 75%, hipertrofia ligera de ventrículo izquierdo. Inicia protocolo de estudio: TAC de tórax y perfil tiroideo normal. Anticuerpos Anti-DNA, ANA, Ro, La, ANCA, c-ANCA p-ANCA, FR, TORCH, PPD y BAAR de expectoración negativos. IgG positivo para Epstein Barr y M. pneumoniae. Se egresa por mejoría. 8 meses después ingresa por

cuadro clínico de tamponade cardíaco, con ecocardiograma evidenciando derrame pericárdico, colapso telediastólico de aurícula y ventrículo derecho, disquinesia septal de ventrículo derecho, ecorefringencia de pericardio visceral cara anterior, FEVI por método Simpson 28, con volumen telediastólico de 26, volumen telesistólico 41, FE 58%, se calcula 1,000 ml de derrame. Se realiza ventana pericárdica y toma de biopsia, drenando 1,200 ml de material hemático con citología positiva a células neoplásicas, marcadores tumorales negativos. Ecocardiograma postquirúrgico con engrosamiento de paredes pericárdicas: visceral 7mm y parietal 8mm, FEVI 66%. TAC de tórax con datos sugestivos de linfoma en cuello, mediastino y pericardio con compresión de vena cava superior. Reporte histopatológico e inmunohistoquímica con diagnóstico: rabdomiosarcoma alveolar pericárdico. Gammagra óseo: no se aprecia extensión tumoral. Inicia tratamiento con quimioterapia y radioterapia.

0353 Carcinoma neuroendocrino de células grandes G3 (a propósito de un caso)

Casillas J, Delgado A, Soto J, Cabrera S, Hernández P, Martín E
IMSS Umae No.1 Bajío.

Femenino de 69 años de edad con carga genética para DM2 y HAS. Madre con AR. Hermano

con Ca de páncreas y hermana con Ca de pulmón. G4, P4. Menopausia a los 39 años. Inició su padecimiento hace 8 meses con evacuaciones diarreicas, acuosas de 4-5 episodios por día, acompañándose de pérdida de peso de 8 kg en 3 meses, astenia, adinamia y periodos de rubicundez facial con duración de 1-3 minutos. EXPLORACIÓN FÍSICA TA: 110/70, FC 90, FR 18, T 36°C, Saturación 97%. Consciente, orientada en las 3 esferas, mal estado de hidratación. Con rubicundez facial. Cuello sin ingurgitación yugular, no reflujo hepatoyugular, sin soplos. Precordio rítmico, no soplos, no galope. Pulmonar: murmullo vesicular presente, no estertores. Abdomen: peristalsis presente, no dolor a la palpación profunda, no hepato-esplenomegalia. Tacto vaginal: cérvix indurado. Tacto rectal: paredes íntegras. Extremidades: eutróficas, sin edema. Se ingresa para protocolo de síndrome carcinoide: Laboratorio: BH, QS, PFH, Tp's, CAE, CA 19-9, CA 125, CA 15-3, alfa fetoproteína, T4 libre, TSH, FSH, LH, prolactina, testosterona y estradiol sin alteraciones. DHL 653 U/l. Colonoscopia total con ileitis inespecífica, con biopsia negativa a malignidad. Endoscopia alta: con pólipos gástricos, con biopsia negativa a malignidad. TAC toracoabdominopélvica: sugestiva de cáncer de útero con metástasis hepáticas. TAC de cráneo: no se aprecian lesiones. PAP de canal

endocervical negativo para lesión intraepitelial o malignidad. Biopsia de cérvix y legrado endocervical: CD 45 + en células del infiltrado endocervical. Biopsia de hígado: cromogranina (positivo 2+ citoplasmático en 60% de células neoplásicas), sinaptofisina (positivo 2+ citoplasmático en 100% de células neoplásicas), CD 56 (-), Ki-67 (positivo 3+ nuclear en 100% de células neoplásicas). Cromogranina A sérica 258 ng/ml. Con diagnóstico de: Carcinoma Neuroendrocino de células grandes G3. Se inicia tratamiento por oncología médica con quimioterapia a base de cisplatino y etopósido.

0373 Linfoma de Burkitt esporádico de presentación endémica

Hernández J, Vega F, Hernández D, Valencia R, Sobrevilla P Privado, Hospital Ángeles, Clínica Londres.

Introducción. La incidencia de linfoma no Hodgkin a nivel mundial es 2.7% de todos los cánceres con 5.1 casos por 100,00 habitantes, prevalencia a 5 años de 2.6%. En México representa 3.1% de los cánceres reportados en 2012 con 4632 casos. De este el linfoma de Burkitt representa 1-5%. Se reconocen 3 variantes clínicas: endémica, esporádica y relacionada a inmunodeficiencia. La incidencia del linfoma esporádico es de 2 a 3 casos por millón de habitantes, más

frecuente en hombres, con edad media de 30 años, y presentación anatómica predominante intraabdominal, a diferencia del linfoma endémico, habitualmente mandibular. **Caso clínico.** Hombre de 66 años, diabético e hipertenso de 15 años en tratamiento con metformina. Una semana previa refiere aumento de volumen submandibular izquierdo con dolor punzante, intensidad 9/10. Tomografía contrastada de cuello con absceso en compartimento parotídeo izquierdo. Se realiza drenaje quirúrgico obteniéndose material purulento, tratado con ceftriaxona y clindamicina. Reingresa a los 6 días con diplopía, parestesia tercio inferior hemicara izquierda y mayor volumen submandibular. DHL 4639 U/L, ácido úrico 11.5 mg/dl, plaquetas 78000 /uL. Biopsia por aspiración reporta lesión linfoproliferativa difusa compatible con linfoma e inmunohistoquímica con CD10, CD20, Ki67, Bcl6 positivos. VIH negativo, virus Epstein Barr IgG 437, IgM negativo. RMN de cráneo con extensión a seno cavernoso e involucro del VI PC y tercera rama del V PC. Se inicia esquema DA-EPOCH-Obinutuzumab. Posterior al primer ciclo con disminución del volumen de la tumoración al 50% y descenso de DHL. **Conclusión.** El Linfoma de Burkitt es una neoplasia infrecuente en nuestro medio. Su pronóstico depende de estadio y edad de presentación. Se con-

sidera R-CODOX/IVAC como gold standard de tratamiento, sin embargo, existen otros esquemas de quimioterapia con anticuerpos monoclonales como DA-EPOCH-R con tasas superiores de remisión en estadios I-II. Nuestro caso trata de adulto mayor en estadio I de Ann Arbor, por lo que se inició DA-EPOCH, sustituyendo Rituximab con Obinutuzumab, un anticuerpo monoclonal anti CD20 tipo II, que ha mostrado superioridad en eficacia a las mismas dosis que rituximab en neoplasias de células B. Se observó mejoría significativa posterior a primer ciclo y se espera remisión y ausencia de actividad tumoral total al concluir tratamiento.

0409 Estudio observacional de tumores neuroendócrinos en una cohorte mexicana

Hernández D,¹ Salcedo I,² Sánchez A¹

¹Privado, servicio de Medicina Interna, Centro Médico ABC,

²Privado, servicio de Oncología, Centro Médico ABC.

Introducción. Los tumores neuroendócrinos son neoplasias raras. Pocos datos demográficos existen de estos tumores. El objetivo es identificar las características demográficas, clínicas y de laboratorio de tumores neuroendócrinos en un periodo de 10 años en pacientes que acudieron al Centro Médico ABC. **Métodos.** Se revisaron reportes de patología con

diagnóstico de tumor neuroendócrino obtenidos del Servicio de Patología y del Expediente Médico Electrónico. Se realizó estadística descriptiva. **Resultados.** 37 pacientes, el 37% hombres y el 62.2% mujeres, con edad promedio de 59 años. Los tipos histológicos: neuroendócrino no especificado en el 70.3%, carcinoide en el 18.9%. Según sitios anatómicos: páncreas con 29.7%, pulmón en 7%, estómago en 4% y primario desconocido en 4%. Enfermedad metastásica en el 29.7%, invasión local y localmente avanzado en el 56.8% y 13.5 %, respectivamente. En sangre: cromogranina sérica con una mediana de 102 (RIQ 17 – 260) ng/dl, positividad del 81%, serotonina 317 (RIQ 81 – 1162) ng/dl, gastrina 111 (46 – 65) ng/dl, péptido intestinal vasoactivo (VIP) de 35 (RIQ 23-56). En los estudios diagnósticos: endoscopia y colonoscopia en el 73%, broncoscopia en 20%, ultrasonido endoscópico en 8.1%, tomografía en 59%, Tomografía por emisión de positrones (PET-CT) con fluorodesoxiglucosa en el 43% y PET/CT con octreótide (DOTATOC) en el 32%. En histopatología: sinaptofisina positiva en 100%, cromogranina positiva en 100%. En el **Tratamiento:** octreótide en el 29.7%, everolimus en el 10%. La cirugía fue empleada en el 73% de los casos. El 40.5% de los pacientes continúa en observación. La mortalidad global durante el tiempo de

seguimiento fue de 8.1%, mientras que la mortalidad atribuida al tumor neuroendócrino fue de 5.4%. Conclusiones. En 10 años se encontraron 37 pacientes con tumor neuroendócrino. El síntoma más frecuente fue dolor abdominal. Los estudios diagnósticos fueron: endoscópicos, tomografía convencional, tomografía por emisión de positrones (PET-CT) con fluorodesoxiglucosa y con octreótide (DOTATOC). En la inmunohistoquímica se reportaron los marcadores principales: sinaptofisina y cromogranina. En el manejo se encontró: tratamiento quirúrgico, médico y observación. La mortalidad asociada al tumor neuroendócrino al igual que en otras cohortes descritas fue baja. Finalmente no se encontraron variables asociadas a mortalidad.

0442 Carcinoma gástrico y adenocarcinoma prostático sincrónico; reporte de un caso

Hernández M,¹ Castellanos D,¹ Esquivel J²

¹SSA, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga,

²SSA, Centro Médico ISSEMYM Arturo Montiel Rojas.

Antecedentes: La presencia de dos o más neoplasias malignas en un mismo paciente sin ninguna relación entre ellas se define como “Neoplasia primaria maligna múltiple”, la cual puede presentar tumores sincrónicos que son aquellos diagnosticados de manera si-

multánea o con un intervalo de tiempo menor a seis meses y tumores metacrónicos que son aquellos que se desarrollan después de 6 meses de que se hace el diagnóstico del primer tumor. La presencia de neoplasia gástrica aunada a otro tumor primario presenta una prevalencia que oscila entre el 2.8 y 6.8 %, el diagnóstico de Neoplasia primaria maligna múltiple se basa en los criterios de Warren/Gates y representa un adecuado desarrollo de las habilidades médicas en el diagnóstico del cáncer. **Objetivo:** Realizar el reporte de un caso de Carcinoma gástrico de tipo difuso que presenta un Adenocarcinoma tipo acinar en próstata sincrónico.

Informe de caso: Hombre de 59 años hospitalizado por un cuadro de ascitis grado II, plenitud postprandial y saciedad temprana de 3 meses de evolución, se realiza endoscopia con toma de biopsia que reporta "carcinoma gástrico poco diferenciado de tipo difuso con células en anillo de sello", con base en este resultado se realiza una tomografía abdomino-pelvica para estudio de extensión donde se observa únicamente engrosamiento de la pared gástrica y crecimiento prostático, por lo que se realiza ultrasonido transrectal con toma de biopsia, que reporta "adenocarcinoma tipo acinar en próstata Gleason 8 (4+4)", cumpliendo de esta manera con los tres criterios de Warren/Gates. **Discusión:** Desde que fue descrita por

primera vez por Billroth (1889), la Neoplasia primaria maligna múltiple ha presentado múltiples reportes de casos con una incidencia creciente en los últimos años, sin embargo la presencia de un carcinoma gástrico y un adenocarcinoma prostático sincrónico ha sido poco reportada, por lo que se vuelve importante reportar este tipo de casos con la finalidad de mejorar el diagnóstico temprano y estimular el desarrollo de mejores tratamientos para este tipo de patología.

0461 Quimioterapia oral: conceptos e ideas de los pacientes a considerar en el futuro

Hawing J0, Cantu O1, Galarza D1

0.Universitario Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González; 1. Universitario 8183891111

Introducción: ante la eventual salida de nuevos fármacos orales, surge la posibilidad de un cambio del paradigma en el tratamiento y con ello la formación de prejuicios en los pacientes; de manera que el paciente pudiera asumir que con la prescripción de sólo medicamentos vía oral estamos dando un tratamiento inferior. **Objetivo** Conocer la percepción de los pacientes con neoplasias hematológicas con respecto a la comparación entre quimioterapia intravenosa (QI) y quimioterapia oral (QO). **Material y métodos:** Se aplicó una

encuesta de 12 ítems usando una escala linear análoga (ELA) a pacientes que cursan con esquemas de QI. Se tomaron datos demográficos y número de ciclos de QI al momento de la aplicación del cuestionario.

Resultados: El cuestionario se aplicó a un total de 42 pacientes, de los cuales sólo 37 [18 mujeres y 19 hombres] fueron incluidos en el análisis, mediana de edad 44 años (16-78). El 40.5% respondió que la QO pudiera ser mejor para ellos comparado con QI, el 43.2% creen que la QO pudiera hacerlos sentir menos enfermos; 20 pacientes (54.1%) consideran que los efectos adversos de la QO serían menores que con QI. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a edad, sexo, y ocupación. Al preguntarle a los pacientes qué sentirían si iniciáramos QO en sustitución del régimen intravenoso, las 2 respuestas más comunes fueron: miedo y alivio ambas con 32.4%. A mayor número de ciclos de QI los pacientes consideraron que la QO es mejor, que puede hacerlos sentir menos enfermos y que ayudaría a afrontar mejor su enfermedad, ($p < 0.001$). En contraste, se preocuparían más de tomar incorrectamente sus pastillas. De igual forma los pacientes con menos de 5 ciclos de Qx consideran menos efectivos los fármacos orales con respecto a los que recibieron más de 5 ciclos ($p=.0.002$), al mismo

tiempo que los pacientes con más de 6 años de escolaridad asocian una mayor preocupación de tomar sus pastillas incorrectamente ($p=0.014$).

Conclusiones: Aunque la QO es una opción atractiva en el futuro para los pacientes hematológicos, nuestros datos sugieren la formación de prejuicios en torno a esta vía de administración que pudieran afectar la eficacia del tratamiento. Los datos sugieren que aunque la QO es una opción más atractiva de tratamiento, y otorgar un enfoque que ayude a disolver prejuicios en relación a los fármacos orales.

0477 Tumor fibroso solitario gigante de la pleura. Reporte de un caso

Batún JO, Hernández ÉO

0.Ssa Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez

Introducción: El tumor fibroso solitario de la pleura (TFSP), fue descrito en 1931 por Klemperer y Rabin. Se presenta en la sexta década e la vida, sin diferencias significativas por género. La mayoría son considerados benignos. Clínicamente se manifiestan por disnea, dolor torácico, tos, fiebre, pérdida de peso y fatiga. El tratamiento es quirúrgico. Puede alcanzar 39 cm de diámetro, se le denomina gigante cuando ocupa al menos el 40% del hemitórax. **Descripción del caso:** Masculino de 54 años, inicia su padecimiento

tres meses previos a su ingreso al presentar fiebre hasta 38°C, tos en accesos sin expectoraciones de predominio nocturno, diaforesis, un mes previo se agrega disnea mMRC 2 y dolor en hemitórax posterior derecho que se intensifica con la inspiración, al intensificarse la disnea a mMRC 4 y ante la pérdida de 5 kg de peso en un mes, acude a nuestra unidad médica. Paraclínicos: leucocitos $12.7 \times 10^3/\mu\text{L}$, neutrófilos $9.6 \times 10^3/\mu\text{L}$, linfocitos $2.3 \times 10^3/\mu\text{L}$, Hb 7.7 g/dL. EF hemitórax derecho con disminución de las maniobras de amplexión y amplexación, matidez a nivel apical e interescapular. Tele de tórax se observa desviación del mediastino hacia la izquierda sin ensanchamiento, radiopacidad que abarca más del 50% del hemitórax derecho. TAC de tórax en ventana para mediastino con múltiples adenopatías paratraqueales, tumoración hipodensa heterogénea con bordes bien definidos, en ventana para parénquima se observa imagen hiperdensa que abarca lóbulo superior derecho, condensación y broncograma aéreo en lóbulo medio de pulmón derecho. Se inicia manejo antibiótico. Se realiza biopsia con Tru-Cut con estudio histopatológico compatible con TFSP, por lo que se realiza exéresis de toda la tumoración por toracotomía, con reporte anatomopatológico: neoplasia mesenquimatosa, encapsulada, células fusiformes, citoplasma

eosinofílico e inmunohistoquímica compatible con TSFP. Se egresa por mejoría. Actualmente sin recidiva después de 8 meses de seguimiento.

Conclusiones: Se presenta el caso de un paciente con TFSP gigante debido a que ocupaba más del 50% del hemitórax, la cual es una patología poco frecuente, sospechándose por las características de imagen de la lesión y confirmándose por las características histológicas e inmunohistoquímicas (Positividad para CD34, CD 99 y Vimentina), esta última de gran importancia para hacer el diagnóstico diferencial.

0501 Reporte de un caso: dermatomiositis paraneoplásica

Castro LO, Duarte J1, Vallejo I2
0.IMSS Hospital General de Zona 48 San Pedro Xalpa;
1.IMSS Hospital De Especialidades Centro Medico Nacional La Raza; 2.Otra Issemym Hospital Regional Tlanepantla

Antecedente: la dermatomiositis tardía tiene gran asociación a Neoplasias ocultas, dentro de las neoplasias más asociadas se encuentra el carcinoma de Ovario. La Dermatomiositis se asocia a carcinomas ocultos hasta en un 30%. **Objetivo:** la dermatomiositis de inicio tardío se asocia fuertemente a malignidad. Presentamos el caso de una paciente con Dermatomiositis Paraneoplásica. **Informe de caso:** femenino 49 años antecedente familiar cán-

cer de mama, pérdida ponderal 10 kilogramos seis meses no intencionados. Hospitalización hace 3 años por cardiopatía no especificada en manejo irregular con verapamil. Dos meses previos con debilidad proximal que progresa hasta impedir la bipedestación. Eritema rojo-vinoso en cara anterior de tórax con elevación de enzimas musculares. Electromiografía indicativa de miopatía, US abdominal con hepatopatía crónica. Biopsia muscular con diagnóstico de Dermatomiositis recibiendo manejo esteroide. Posteriormente disfagia progresiva de sólidos a líquidos y disnea, detectándose derrame pleural masivo izquierdo requiriendo sonda endopleural. Sin adenomegalias palpables, sin megalias, edema++. Bioquímicamente plaquetopenia, hipoalbuminemia, DHL y FA elevadas. Presenta disnea progresiva que requiere Apoyo Mecánico Ventilatorio. Líquido pleural con células malignas y datos de carcinomatosis. Tomografía de tórax con datos de Carcinomatosis y adenomegalia supraclavicular izquierda. Aumento de niveles de creatinina y anuria, sospecha de Síndrome Hepatorrenal con adecuada respuesta a la administración de Terlipresina. Se detecta CA125 elevado con alta sospecha de Cáncer de Ovario. Dos intentos fallidos de liberación de la vía aérea. Cuadro clínico tórpido con leucocitosis y aspiración de secreciones purulentas,

recibiendo manejo antibiótico con carbapenémicos. Paciente fallece por Choque séptico secundario a Neumonía Asociada a Ventilador. **Comentario:** la dermatomiositis se asocia con cinco veces mayor riesgo de presentar cáncer. Los tipos de cáncer más frecuentes asociados son adenocarcinomas de cérvix, pulmón, ovarios, páncreas, vejiga y estómago, el 70% de las miopatías inflamatorias se asocian con estas neoplásicas. El Riesgo de asociarse con Cáncer de Ovario es de 30 veces con una elevación de CA125.

0580 Reporte de un interesante caso de hemoptisis como presentación atípica de un carcinoma de células claras

Lugo A, Flores P, Razo G, Cruz M, Escobedo Y, Díaz C, Díaz A Otra, Centro Médico ISSEMYM Ecatepec.

El carcinoma de células renales es una neoplasia infrecuente y asintomática, que se detecta en estadios avanzados, limitando el tratamiento con mal pronóstico. Suele ser asintomática la tríada clásica hematuria, dolor y tumoración se evidencia en enfermedad avanzada. Masculino de 81 años de edad con Diabetes Mellitus tipo 2 el cual inicia su padecimiento actual con Tos seca con hemoptoicos y con progresión a hemoptisis sin otra clínica acompañante por lo que es ingresado en nuestro servicio donde solo presenta hipoxemia

a su ingreso se descartó la presencia de proceso infeccioso, tuberculosis pulmonar, coagulopatías, cáncer pulmonar por lo que se realiza tomografía y se observa tumoración menor de 2 cm, por lo que se realizó broncoscopia y toma de biopsia la cual se envía a Patología donde se reporta Neoplasia de Células claras de riñón. El caso presentado consta en el abordaje el Carenal puede causar hemoptisis como manifestación inicial sin la la triada clásica de la enfermedad.

0613 Tumor desmoides. presentación de un caso y revisión

Alvarado Romero S, Carrillo González AL, Alfaro Mejía A UMAE, Hospital de Especialidades, CMN La Raza.

Introducción: El tumor desmoides también conocido como Fibromatosis músculo-aponeurótica, es una fibromatosis agresiva de instalación lenta y progresiva, tiene una incidencia de 3-4 casos por millón, con un pico entre los 25 y 35 años de edad más frecuentemente en el sexo femenino. **Presentación del caso:** Femenino de 30 años de edad con antecedente de diagnóstico de litiasis renal izquierda sometida a nefrectomía parcial por lumbotomía sin complicaciones. Dos años después la cirugía nota aumento de volumen en forma progresiva en la zona de cicatriz quirúrgica, urología concluyo celulitis; La paciente continua

con crecimiento acelerado de la tumoración en cicatriz, de consistencia dura no dolorosa a la palpación por lo cual se ingresa EF: TA 120/70, Fr 18x min, FC 70 x min. Temp 37gds. Paciente femenino, consciente, orientada, cardiopulmonar con ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad no fenómenos agregados, murmullo vesicular presente, abdomen blando, no doloroso, peristalsis presente, se observa aumento de volumen en región de cicatriz quirúrgica lumbotomía izquierda a expensas de lesión de consistencia dura, no dolorosa, de aproximadamente 7x 10 cm, adherida a los planos profundos, extremidades simétricas.

Laboratorios: Al ingreso Hb de 11g/l, leucocitos 8500, neutrófilos 60% diferencial normal, plaquetas 300000, VSG 13mm, glucosa 80mg/dl, creatinina de 0.7mg/dl, AST 30, ALT 33. USG de partes blandas con presencia de una masa tumoral de 87x 90mm que se origina de la pared torácica inferior contigua al riñón izquierdo la cual crece hacia fuera, riñón izquierdo, suprarrenal y bazo sin alteraciones, la TAC abdominal corrobora una tumoración que rechaza sin invadir el musculo del psoas y el riñón izquierdo, se toma BAAF el cual revelo infiltrado inflamatorio inespecífico, se realiza intervención quirúrgica con extracción de la masa de 9 x 9 cm, adherida a los planos profundos con resultado de fibromatosis-tumor

desmoide con fibrosis reactiva asociada, su evolución posterior satisfactoria a 3 meses de la cirugía

Conclusiones: La importancia del caso radica en dar a conocer que el tumor desmoides es poco frecuente en la práctica clínica, las cirugía abdominales tienen una mayor probabilidad de presentarlo, son de naturaleza idiopática y pueden progresar a invadir estructuras neurovasculares locales y dar sintomatología, con una recurrencia frecuente.

0646 Tumor carcinoide: reporte de caso y revisión de la literatura

Garcia M0, Palafox G1, Villaseñor R0, Gopar R0, Herrera J0, Montes H0, Nava A0, Pliego C0
OISSSTE, Hospital Regional Licenciado Adolfo Lopez Mateos; 1ISSSTE, Hospital Regional Zaragoza.

Hombre de 43 años con hemotipo AB+, alcoholismo crónico intenso, exposición a biomasa durante 30 años 30 minutos al día, con hipertensión arterial sistémica de 8 años de evolución, tratado con captopril 25mg cada 24hrs, cuadros de oclusión intestinal con resección intestinal en 2 ocasiones 2011 (resección de 150cm de intestino delgado) y 2013 (resección de 50cm incluyendo válvula ileocecal padecimiento inicia en octubre 2014 náusea intermitente, vómito, diarrea 3 veces a la semana, rubicundez facial, sibilancias, pérdida de

peso 11kg en 4 meses. Se le realiza colonoscopia con diagnóstico de colitis eosinofílica. Biopsia: con colitis crónica intensa inespecífica ulcerada y tumor carcinoide multicéntrico microscópico. Se reporta cromogranina sérica con niveles de 27ng/ml (1.9-15ng/ml) y 5-ácido indolacético (5HIAA) en orina reportando 10mg/24hrs (normal < a 6). Gammagrama con octreótide con captación en intestino transverso.

Objetivo de estudio: Recordar cuadro clínico del tumor carcinoide y revisión de la literatura. Informe de caso

Resultados: Resección quirúrgica, consulta de endocrinología -oncología médica, se inicia octreótide 40mg, cifras de cromogranina sérica de 6.4 y 5HIAA en orina de 24hrs: 0.99mg/24hrs. Mejorando sintomatología de síndrome carcinoide.

Discusión: Estas neoplasias se originan en células neuroendocrinas. Suelen originarse en aparato digestivo: el 75% en el intestino medio (íleon, colon derecho, apéndice) siendo apéndice el sitio más común de aparición 10% al 20% en el intestino posterior (colon izquierdo y recto) El síndrome serotoninérgico clínicamente se manifiesta por eventos de diarrea, rubicundez, broncoespasmo y enfermedades cardiacas con predominio de afección valvular derecha. El diagnóstico se realiza con la elevación de Acido 5 hidroxindolacético (5-HIAA) en orina de 24 horas con especificidad de

100% y sensibilidad de 73% y los niveles de cromogranina A que tiene especificidad de 84-95% y sensibilidad de 75-85%. El octreoscan tiene sensibilidad de 80%-90% y en síndrome carcinoide > 90%. El tratamiento consiste en octreotide que bloquea la secreción hormonal, crecimiento celular, controla rubefacción y broncoespasmo en 90%, diarrea en 80%, pueden ocasionar reducción del tumor en un 60% se emplea 20-40 mg cada 4 semanas vía intramuscular. Y manejo quirúrgico dependiendo del tamaño y localización.

0648 Púrpura trombocitopénica autoinmune paraneoplásica en una paciente con diagnóstico incidental de cáncer de vesícula biliar: presentación de un caso

Rivas J, Ruiz A, Martínez J, Ruiz M

Privado, American British Cowdray Medical Center, IAP..

Introducción: El cáncer de vesícula biliar (CVB) en México tiene una incidencia de 0.7%. Factores de riesgo: coledocolitiasis, sexo femenino, edad. La estirpe más común es el adenocarcinoma. Más de la mitad se diagnostican en etapas avanzadas fuera de tratamiento curativo y rara vez causan síndromes paraneoplásicos. Presentamos el caso de una paciente con diagnóstico incidental que cursó con púrpura trombocitopénica asociada.

Resumen: mujer de 60 años originaria de México, antecedentes: dislipidemia, migraña vestibular, pérdida de peso de 12kg en 3 meses y aparición de hematomas no traumáticos hace 2 semanas. Inicia su padecimiento una semana previa a su ingreso con evacuaciones diarreicas, sin moco ni sangre, acompañada de dolor abdominal difuso tipo cólico y vómito de contenido gastroalimentario. A su ingreso con signos vitales normales, deshidratada, pálida, con dolor a la palpación abdominal en cuadrante superior derecho, sin rebote. Laboratorios hemoglobina 12.4g/dL, leucocitos 17.1cel/mm³, plaquetas 10mil/mm³, fosfatasa alcalina 103UI/L, GGT 48 UI/L, bilirrubina total 1.1mg/dL, DHL302UI/L, Fibrinógeno 196mg/dL, resto normales. Se realiza tomografía contrastada de abdomen con engrosamiento de pared gástrica y masa en pared de la vesícula, el USG demuestra la misma lesión polipoide con aumento de vascularidad, la resonancia magnética sin lesiones en hígado ni vía biliar. Se inicia tratamiento con ceftriaxona con remisión completa del cuadro infeccioso. Por trombocitopenia y anemia se solicita test de coombs con resultado negativo y reticulocitos disminuidos, endoscopía alta sin lesiones ulceradas ni neoplásicas, se inicia inmunoglobulina y trombotopoyetina recombinante con pobre respuesta. Se agrega

al tratamiento hidrocortisona 40mg (4 dosis) con adecuada respuesta. Tras resolución del cuadro hematológico se realiza colecistectomía encontrando adenocarcinoma in situ de vesícula biliar y colecistitis litiasica crónica. Cursa con buena evolución, actualmente en periodo libre de enfermedad sin recurrencia de trombocitopenia.

Conclusiones: la púrpura trombocitopénica se presenta en tumores sólidos como síndrome paraneoplásico, reportándose en cáncer de mama y pulmón principalmente, clínicamente pueden cursar con trombosis o sangrado. El tratamiento es de soporte, manejo del tumor primario y el uso de inmunosupresores o glucocorticoides.

0673 Rabdomiosarcoma en adulto joven: reporte de casos y revisión de la literatura

Ku A, García S, Hernández G, Vázquez S, Solís S, Gama U, Ogaz M, Aguilar E, Torres D, Cabrera L

SSA, Hospital General de Pa-chuca.

Introducción El rabdomiosarcoma (RMS) representa el 2% entre adolescentes y adultos jóvenes entre 15 a 19 años de edad. Generalmente se origina en cabeza, cuello y genitourinario. El RMS retroperitoneal rara vez se ha reportado. CASO 1 Masculino de 17 años con tumor en cuello, pérdida de peso, epistaxis, pérdida de agudeza visual, cefalea y convulsiones.

Proptosis izquierda, Doppler en cuello con vascularidad de conglomerado linfático, TAC y RM con tumoración frontal de origen nasal extensión a senos paranasales, Bx de ganglio reportó de RMS tipo alveolar, estudios de extensión negativo a mets. CASO 2 Femenino de 17 años con dolor pleurítico progresivo, disnea y derrame pleural derecho, se colocó drenaje pleural, LP con características de exudado, BAAR, PPD, ADA, Cultivo, Anti-ADN doble cadena, Anti-Sm negativo, toracoscopia reportó pleura engrosada, nacarada y fibrosa, se tomó Bx y reportó RMS alveolar metastásico, TAC abdomen con tumor en retroperitoneo, mets a hígado y pleura, AMO con infiltración. DISCUSIÓN Tumor originado de células mesenquimatosas inmaduras que guardan diferenciación a músculo estriado. Incidencia de 4.8 casos/por millón, por año en menores de 20 años. En México la incidencia promedio de 2.5 casos por millón, proporción varón: mujer es de 2:1. El 13% tiene entre 15 y 21 años de edad. Casi nunca afecta a la población adulta, como en ambos casos. Sitio primario común es cabeza y cuello y menos frecuente en retroperitoneo y su Dx en etapas avanzadas. El tipo alveolar es más frecuente en extremidades y perineo y es positivo a miosina, actina, desmina, mioglobina por inmunohistoquímica, fue así como se diagnosticó, el dife-

rencial incluía angiofibroma juvenil, esteseoneuroblastoma y otros sarcomas en caso 1, Tb y enfermedad autoinmune en caso 2 cuya presentación fue un derrame pleural, el pronóstico depende de la edad y extensión, sobrevida global a 5 años < 50%, Tx es citorreducción con esquema VAIA (vincristina, actinomicina, ifosfamida, doxorubicina), radioterapia y cirugía combinada, representa un reto diagnóstico y la importancia radica en que responde muy bien a esquema de QTX si se inicia de manera oportuna. Es importante el estudio inmunohistoquímico por la diferencia en el Tx con los Dx diferenciales. Ambos siguen vivos, caso 1 ya se resecó tumor parameningeo, caso 2 sigue con quimioterapia, después de 18 meses desde su Dx.

0687 Elevación aislada de creatinfosfocinasa fracción MB como manifestación de síndrome paraneoplásico asociado a adenocarcinoma gástrico

Flores C0, Murillo A1, Meza P0
O.SSA, Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca, 1.IMSS, Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Introducción. La macro-CK es un complejo constitutivo por polimerización de isoenzimas de CK-BB o CK-MM unidas a IgG en la tipo I y oligómeros de CK mitocondrial en la tipo II. Su presencia en plasma genera falsas elevaciones de la isoenzi-

ma CK-MB al interferir con las técnicas de inmunoinhibición.

Objetivo. Se presenta caso de síndrome paraneoplásico asociado a elevación persistente de CK-MB, sin relación con etiología cardiovascular.

Caso clínico. Masculino de 52 años de edad, antecedentes de tabaquismo y etilismo crónico, así como diabetes mellitus 2. Inicia dos meses previos al ingreso con dolor en epigastrio punzante, intensidad 10/10, sin irradiaciones, evacuaciones diarreicas sin moco ni sangre, frecuencia de 6-8/día, fiebre de predominio vespertina-nocturna, pérdida de peso no cuantificada, posteriormente evacuaciones melénicas, se realiza endoscopia hernia hial, lesión elevada ulcerada en curvatura menor y gastropatía inespecífica no erosiva de antro y fondo, persistencia de fiebre, se agrega dolor torácico opresivo sin irradiaciones o síntomas adrenérgicos, mialgias, artralgias y parestesias generalizadas, enzimas musculares CK-MB (CKMB315.7U/L, se descarta cardiopatía isquémica. Sin evidencia de infección en cultivos. TAC abdominal lesión lítica en arco costal posterior, engrosamiento de la curvatura mayor gástrica y múltiples lesiones hipodensas heterogéneas en hígado. Biopsia adenocarcinoma gástrico difuso, marcadores tumorales negativos, se envía a tercer nivel para tratamiento especializado. **Discusión:** Los síndromes paraneoplásicos

son una variedad de trastornos clínicos y paraclínicos que acompañan a la evolución de los tumores. Pueden ir en paralelo al tumor o ser independiente. Se pueden detectar del 7-10% de los pacientes al momento del diagnóstico. Casi todos los pacientes con un tumor maligno desarrollarán un síndrome paraneoplásico en su evolución. **Conclusiones.** La elevación de CKMB secundaria a macro-CK tipo II (forma oligomérica mitocondrial) se asocia a neoplasias, principalmente digestivas y próstata, debido a la liberación a consecuencia de la lesión mitocondrial en tejidos afectados. **Bibliografía:** 1. Nathanson L, Hall TC. Introduction: paraneoplastic syndromes. *Semin Oncol.* 1997;24(3):265-8. 2. Ruíz Ginéz MA et al. Macro-creatincinasa: marcador de enfermedad. *Guía práctica para su manejo. AN. MED. INTERNA.* 2006, 23;6:272-75. 3. Oskuie AE et al. Inflammatory Myopathy as Early Manifestation of Gastric Cancer. *Int. J Hematol Oncol Stem Cell Res.* 2011. 5;336-7.

0702 Presentación de adenocarcinoma pulmonar en árbol en gemación

Aguilar A, Fragoso M
IMSS, Carlos Mac Gregor Sanchez Navarro.

El signo de patrón de árbol en Gemación (Tree in Bud) es una constelación de pequeños nódulos centrolobulillares y

opacidades ramificadas periféricas, que imita el patrón de ramificación de un árbol en cierne, en el 72% es de causa infecciosa. **Objetivo:** Concientizar sobre la importancia de un adecuado diagnóstico diferencial oportuno en casos de patrón en árbol en gemación. **Presentacion de caso.** Mujer de 73 años, sin antecedentes, inicia 4 meses antes de su ingreso al hospital con tos productiva, esputo verdoso, disnea, radiografía de tórax con opacidad heterogénea que confluía basal derecha, se diagnosticó neumonía, se trató con ceftriaxona y claritromicina. Dos meses después tuvo dificultad respiratoria progresiva, pérdida de peso 5 kg, hipertemia, requirió hospitalización, a la exploración caquética, dificultad respiratoria y estertores crepitantes bilaterales, Tomografía de Tórax con patrón de árbol en gemación, se realizó broncoscopia con inflamación endobronquial, con líquido bronquioalveolar negativo para micobacterias, hongos, bacterias. Evolucionó mal después de 1 mes de estancia en Medicina Interna datos de Insuficiencia Respiratoria hipoxémica y fallece. Biopsia pulmonar post-mortem, Adenocarcinoma pulmonar moderadamente diferenciado. **Conclusiones:** El diagnóstico diferencial oportuno puede hacer que se ofrezca un tratamiento adecuado en pacientes con un patrón de árbol en gemación, si bien es cierto la principal

causa es infecciosa, se debe tener presente que un 7% es por misceláneos como el adenocarcinoma pulmonar.

0712 Presentación clínica inusual de cáncer de páncreas, diagnóstico posmortem. Reporte de un caso

Gil I, Escobar O, Sanchez A
IMSS, Hospital General Regional No. 25.

Objetivo: Describir características clínicas inusuales e histopatológicas de cáncer pancreático, así como su abordaje diagnóstico. **Descripción del caso:** Masculino de 74 años de edad originario de Yucatán con antecedentes familiares DM2, exposición laboral percloroetileno, índice tabáquico 15paquetes/año, alcoholismo ocasional. DM2 e hipertensión arterial en control. Ingresó por constipación, vómito, distensión y dolor abdominal, pérdida ponderal 4kg en 3 meses, sangrado digestivo alto, con endoscopia reportando esofagitis grado A de los Ángeles, compresión extrínseca duodenal, biopsia con gastritis erosiva y esofagitis. Exploración con estigmas de hepatopatía crónica y derrame pleural bilateral, marcadores tumorales normales y TAC abdominal con engrosamiento de pared gástrica. Paracentesis negativa para malignidad, biopsias de mucosa oral y colon con inflamación crónica sin malignidad. fallece por

hemorragia digestiva e hipovolemia. La necropsia evidencia carcinoma pancreático infiltrante a hígado, bazo, aorta abdominal, pared gástrica, intestino delgado, carcinomatosis abdominal y torácica, diafragma y pericardio. **Comentario:** La manifestación más frecuente del cáncer pancreático se relaciona con el sitio de metástasis al diagnóstico por tener una expresión agresiva con supervivencia corta. 70% de las carcinomatosis peritoneales por citología es positiva y en este paciente fue negativa. La incidencia de presentación hepática oscila entre 40- 80%, sin embargo, a pesar de cursar clínicamente con estigmas hepáticos sugerentes, el laboratorio y gabinete no apoyaron el diagnóstico hasta estudios histopatológicos de la necropsia. **Conclusión:** La historia natural de este tumor no permite establecer grupo de alto riesgo, siendo habitual el diagnóstico en fases avanzadas con invasión metastásicas vecinas, manifestándose atípicamente simulando otras enfermedades digestivas.

0720 Taponamiento cardiaco como primera manifestación de cáncer gástrico

Sandoval M, Damian G, Cadenas M, Segovia H, Cervantes A

SSA, Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío.

Antecedentes: En México el cáncer gástrico es la primera causa de mortalidad dentro de las neoplasias de tubo digestivo. Afecta principalmente a personas del sexo masculino, con un pico de incidencia a los 70 años. Las manifestaciones clínicas son principalmente gastrointestinales, siendo el derrame pericárdico poco frecuente. El derrame pericárdico maligno es más frecuente por enfermedad metastásica, causada principalmente por cáncer de mama, pulmón, melanoma, linfomas y leucemias. Los sitios más frecuentes de metástasis por cáncer gástrico son hígado, peritoneo, ganglios locorregionales, ovario, sistema nervioso central, hueso y pulmón. **Caso clínico:** Paciente masculino de 49 años de edad con antecedente de alcoholismo crónico. Inició su padecimiento con pérdida de peso involuntario de 10 kg en 5 meses, tos productiva, fiebre no cuantificada vespertina y disnea progresiva hasta la ortopnea. Acudió a revisión médica, en la cual destacó presencia de ingurgitación yugular y disminución de los ruidos cardiacos. El electrocardiograma mostró frecuencia cardíaca de 100 lpm y complejos disminuidos en voltaje. Se

realizó ecocardiograma trans-torácico donde se documentó derrame pericárdico calculado en 1400cc, con colapso de aurícula y ventrículo derecho. Se le realizó pericardiocentesis con drenaje de 1000cc de aspecto hemorrágico y posteriormente ventana pericárdica con toma de biopsia. Se estudiaron causas infecciosas, inmunológicas y neoplásicas, incluyendo tuberculosis; el citológico y biopsia de pericardio fueron negativas para malignidad. Durante su hospitalización presentó náusea, vómito y plenitud gástrica, se realizó endoscopia la cual evidenció lesión elevada sobre curvatura menor de aproximadamente 3cm de diámetro, de bordes irregulares y pangastritis erosiva. Se tomaron biopsias las cuales reportaron adenocarcinoma gástrico de tipo intestinal poco diferenciado, ulcerado, con permeación linfática. **Discusión:** El taponamiento cardíaco como primera manifestación de cáncer gástrico es raro. El origen metastásico es poco frecuente (4.2-30%), el cual se presenta en etapas avanzadas de la enfermedad. La sensibilidad del estudio citológico y biopsia de pericardio para neoplasia es de 54 y 95% respectivamente, esto dificulta el diagnóstico, sin embargo lo orienta la característica hemorrágica del líquido.