
ONCOLOGÍA

0004 Pancreatitis asociada al uso de oxaliplatino en paciente con cancer de colon

Ramírez Norma Alicia, Lara Carlos
Hospital General de México

Introducción. El oxaliplatino es un agente alquilante el cual inhibe la síntesis de DNA en las células cancerosas este aunado con 5-fluorouracilo y leucovorina conforman el esquema FOLFOX, uno de los esquemas más utilizados para el tratamiento de cáncer de colon. Dentro de los efectos adversos reportados se encuentra la neuropatía periférica, síntomas generales, incremento de transaminasas y fosfatasa alcalina y reacciones alérgicas, todas estas reversibles. La pancreatitis asociada a agentes alquilantes es rara sin embargo algunas publicaciones de reportes de caso refieren este evento. **Objetivo.** reportar como parte de la literatura un caso de pancreatitis aguda asociada a el uso de oxaliplatino. **Caso:** Mujer de 39 años de edad con antecedente de crisis convulsivas en la infancia asociadas a fiebre, ultimo evento a los 5 años de edad, diagnóstico de cáncer de colon hace 8 meses por el cual se realiza colectomía total con colostomía en tratamiento con 25 sesiones de radioterapia y quimioterapia con oxaliplatino y capecitabina última sesión una semana previa a su ingreso. Inicia padecimiento actual el día 22 de octubre con crisis

convulsivas parciales simples secundariamente generalizadas en 6 ocasiones con duración de 30 minutos. Ante la presencia de estatus epiléptico se inicia sedación con infusión de midazolam y manejo avanzado de la vía aérea. Se identifica en sus paraclínicos hiperglucemia, acidosis metabólica y cetonemia por lo que se inicia tratamiento con infusión de insulina, persistiendo con mala respuesta y deterioro funcional. Se realiza determinación de amilasa y lipasa en cifras elevadas por lo que se considera la presencia de pancreatitis aguda por lo que se inicia protocolo de estudio y tratamiento médico. Como parte del protocolo diagnostico se realiza tomografía contrastada de abdomen donde se muestra edema y borramiento de grasa peripancreatica. Además se realiza resonancia magnética en la cual se reporta edema cerebral con borramiento de surcos. Se realiza búsqueda intencionada de posibles etiologías sin resultar ninguna positiva. Se ha reportado en la etiología casos aislados de pancreatitis y de neuritis secundaria al uso de carboplatino en este caso como parte del protocolo de estudio se cuenta con los estudios de imagen y el interrogatorio contando como principal factor de riesgo para su padecimiento el quimioterapeutico. La paciente tras la suspensión del tratamiento logro su recuperación ad integrum y reincorporándose a

sus actividades de la vida diaria sin secuelas. **Conclusiones.** Es bien sabido en la actualidad que los tratamientos quimioterapéuticos no son inocuos y en la mayoría pueden estar asociados a efectos adversos no deseables sin embargo en muchos de los casos se debe ponderar el beneficio que puede ofrecer a los pacientes con patología neoplásica, siendo en la actualidad el oxaliplatino uno de los tratamientos de primera línea en el tratamiento del paciente con cáncer de colon.

Palabras clave. oxiplatino, capecitabina, cancer de colon, pancreatitis.

0008 Identificación de variantes génicas asociadas a cáncer de mama

Maldonado Hector Daniel¹, Mondragon Rogelio¹, Mendoza Irene², Mancillas Cristobal¹
1.Hospital General de Occidente, SSJ; 2.Instituto Politécnico Nacional

Introducción. El cáncer de mama (CAMA) es una de las enfermedades oncológicas que ha sido catalogada como la segunda causa de mortalidad por neoplasia maligna en mujeres y la primera causa de cáncer en el género femenino en el mundo. Actualmente se han reportado cifras de 508,000 muertes por año desde el 2011 por estadísticas de la Organización mundial de la Salud. En México en el 2014, el CAMA es el de mayor presencia con 19.4 por

ciento. tres de cada 10 mujeres de 20 años y más presentan este diagnóstico. En 2015, la incidencia de tumor maligno de mama entre la población de 20 años y más es de 14.80 casos nuevos por cada 100 000 personas. En las mujeres, alcanza su punto máximo en las del grupo de 60 a 64 años (68.05 por cada 100 000 mujeres de ese grupo de edad). **Objetivo.** Se tomaron muestras de sangre a pacientes con diagnóstico confirmatorio para neoplasia maligna de tipo carcinoma de mama en cualquiera de sus estirpes histológicas y pacientes sin diagnóstico en el caso de los controles. Se estudiarán pacientes que deseen participar en el protocolo y cumplan los criterios de inclusión, durante el periodo de un año, del 1 de Junio del 2016 al 31 de Mayo del 2017, en la población del Hospital General de Occidente, comparando la incidencia del polimorfismo en el gen específico para Interleucina 2 y su incidencia en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama y población general. **Material y métodos.** Se obtuvieron en el tiempo previamente establecido, 100 muestras de sangre periférica de pacientes de la población del Hospital General de Occidente (HGO). 50 pacientes sin diagnóstico de CA de mama que acudieron a realización de mamografía de tamizaje y 50 pacientes con diagnóstico confirmado por histopatología de CA de mama

en el laboratorio de histopatología del HGO. Posteriormente se realizaron los estudios con identificación de las variantes génicas de los genes en estudio por medio de la PCR en tiempo real por discriminación alélica, utilizando sondas Taqman específicas para cada SNP. **Resultados.** Con los datos obtenidos de las muestras del grupo CA de mama y el grupo control, se procedió a realizar el cálculo de las frecuencias alélicas y genotípicas de ambos polimorfismos. En el caso del SNP rs2069762 del gen IL-2, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre las dos porciones de (0.006) donde se obtuvo una OR de 2.57 de riesgo para desarrollar cáncer de mama en las pacientes con presencia de al menos un alelo G del polimorfismo rs2069672. **Conclusiones.** El polimorfismo rs2069762 del gen IL2, se compararon las frecuencias del alelo de riesgo entre los dos grupos de pacientes, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre ambas porciones, encontrándose incremento del riesgo de 2.57 para desarrollar presencia de cáncer de mama en nuestra población estudiada. Este es el primer reporte de polimorfismos relacionados a genes para desarrollo de cáncer de mama en la población hispanoamericana. **Palabras clave.** cáncer de mama, gen de la interleucina 2, tamizaje cáncer de mama, polimorfismos en CA de mama

0031 Detección y tratamiento temprano de cáncer de mama en paciente masculino, reporte de un caso

Salazar Carlos Eduardo, Hernández David, Gallegos Daniel, Wimer Blanca Otilia, González Adriana

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción. El cáncer de mama en el hombre es una entidad muy poco común que suele ser identificada en fases tardías de la enfermedad (EC III y IV), contando con un índice de diagnóstico a lo largo de la vida de 1 por cada 1000 casos de cáncer mamario. **Objetivo.** Concientizar a la comunidad médica sobre la importancia del diagnóstico y tratamiento oportunos del cáncer de mama en población masculina. **Exposición del caso.** Masculino de 68 años de edad con antecedente de hipertensión arterial sistémica bajo tratamiento, historia familiar relevante para abuela materna finada por cáncer cervicouterino. Inició su padecimiento con ulceración del pezón derecho de 1 mes y medio de evolución, motivo por el cual acude a valoración médica. Tras mamografía y toma de biopsia en la que se documentó cáncer de mama se realizó mastectomía radical modificada derecha, reporte histopatológico postoperatorio reveló carcinoma ductal infiltrante moderadamente diferenciado con infiltración

angiolinfática y perineural, luminal A. Receptores Hormonales positivos, HER2 FISH no valorable. Mediante estudios de extensión se descartó enfermedad metastásica, etapificándose como enfermedad temprana (EC IIA). El paciente recibió tratamiento adyuvante con FAC (5-fluorouracilo, doxorubicina y cliclofosfamida) por 6 ciclos mas radioterapia, así como bloqueo hormonal con tamoxifeno durante los siguientes 10 años. A la última valoración de vigilancia oncológica sin evidencia de progresión de la enfermedad (24 meses). **Conclusiones.** La rareza de la enfermedad en esta población (0.5-1% de todos los casos de cáncer de mama) y la ausencia de programas de detección temprana en nuestro medio predispone a importantes retrasos en su diagnóstico y tratamiento, lo cual impacta directamente en la sobrevida de estos pacientes. La presentación clínica inicial mas común es una masa palpable indolora, ulceración o retracción del pezón en el 75% de los casos. Ante la presencia de lesiones sospechosas se debe realizar inicialmente mamografía, la cual cuenta con una sensibilidad del 92% y especificidad del 96% en esta población; tras realización de biopsia se puede encontrar cáncer primario de mama en menos del 1% de estas lesiones. El manejo estándar en enfermedad temprana consiste en resección quirúrgica seguida de quimio-

terapia, radioterapia y/o terapia endocrina dependiendo de sus características histopatológicas. El principal factor pronóstico en estos casos es la etapa clínica al diagnóstico y el involucro linfático, con una sobrevida a 5 años del 75 al 100% en pacientes en EC I, 50-80% en ECII y 30-60% en ECIII.

Palabras clave. cáncer, mama, masculino.

0033 Tumoración retroperitoneal: un enfoque multidisciplinario

Jimenez Omar1, Barragan Hector Manuel2, Vélez Lourdes Noemí1, Casimiro Leticia1, Garcia Dante Ismael1, Olvera Amigerad1, Villaseñor Jacqueline1

1.Hospital General de León, Guanajuato; 2.Hospital Star Médica

Objetivo. Integrar presentación clínica e histopatología en un paciente con tumoración retroperitoneal (TRP). Masculino de 34 años y jornalero. Antecedentes heredofamiliares: 2 hermanos con diabetes mellitus tipo 2. Personales no patológicos: sin importancia. Personales patológicos: traumatismo en columna vertebral (CV) 2015, sin complicación aparente. Alcoholismo semanal durante 5 años y sin llegar a embriaguez. Dolor abdominal de 6 meses de evolución punzante en flanco izquierdo 6/10 EVA, sin irradiación, intermitente, sin causa exacerbante y mejoría parcial

con AINEs. Estreñimiento del mismo tiempo de evolución. Pérdida de más de 10 kg, no intencionada en 3 meses atribuida a plenitud posprandial e hiporexia; diaforesis profusa y vespertina de 2 meses. Posterior edema de miembros inferiores (MI), blando, no doloroso, hasta región pélvica. **Material y métodos.** Exploración física: signos vitales: FC 78, FR 20, TA 110/80 mm Hg, Temp: 38°C. Peso: 58 kg, talla: 1.65 m, IMC: 21.4 Kg/m2 Neurológico y cardiorrespiratorio normales. Dolor a la palpación media y profunda en hemiabdomen inferior, no megalias y timpánico en marco cólico, edema en MI, blando, +++/+++ , involucro a genitales sin palpación de tumoración. Biometría hemática: Leucocitos 11.45, neutrófilos absolutos de 10.3, Hb 9, VCM 71, HCM 23.7, plaquetas 529, 000. Creatinina 9.2, urea 93, AU 13. Perfil hepático normal. Ca 12 mEq/L, K 8.5 mEq/L, Na 145 mEq/L, Mg 2 mEq/L. Panel viral: VIH, VHB, VHC y VDRL negativos. α fetoproteína 7.05, β GCH 181.2 y ACE 1.060, hemocultivos y urocultivo sin desarrollo. Tratamiento: manejo de hiperkalemia con soluciones polarizantes, salbutamol, gluconato de calcio, así como hemodiálisis transitoria. Tomografía computada abdominal (TCA) simple con lesión retroperitoneal 11.6x13x9.8 cm. Ultrasonido testicular (USG): testículo izquierdo con imagen hipoecoica de bordes irregula-

res con microcalcificaciones y aumento de señal tras dopler. Radiografía de tórax y de CV dorsolumbar normales. Estudio de patología: CKAE1/AE3 positivo focal, CD 117 y PLAP positivos en células neoplásicas (tumor germinal con necrosis extensa). Administración de dexametasona y quimioterapia con carboplatino. **Discusión:** Los TRP son neoplasias infrecuentes. La mayoría son malignos y su diagnóstico es tardío. Más del 50% son sarcomas y el 10% corresponden a teratomas. Con signos clínicos tardíos e inespecíficos. Secundarios por compresión a órganos adyacentes: dolor, digestivos (náuseas, vómitos, estreñimiento), obstrucción venosa o linfática (edema genital, flebitis de repetición). Se requiere estudios de imagen como: USG, TCA, resonancia magnética abdominal o PET/CT. **Conclusión:** la TRP requiere un manejo multidisciplinario, donde la biopsia adquiere importancia fundamental para llegar a un diagnóstico definitivo. Este caso con buena evolución clínica al momento ECOG 1. Sin datos sugestivos de metástasis a distancia y mejoría de la función renal.

Palabras clave. tumoración, retroperitoneal, histopatología, multidisciplinario.

0036 Cáncer sincrónico de próstata y riñón con borde quirúrgico positivo tras nefrectomía parcial

Salazar Carlos Eduardo, Gallegos Daniel Alberto, Hernández David, Wimer Blanca Otilia
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción. La nefrectomía parcial se considera actualmente el tratamiento estándar para tumores renales pequeños. El manejo óptimo de los pacientes que presentan bordes quirúrgicos positivos tras este procedimiento representa un reto para el oncólogo.

Objetivo. Reportar un caso controversial y poco común en la práctica oncológica cotidiana. **Exposición de caso:** Masculino de 61 años de edad con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial bajo tratamiento quien acude a consulta por historia de 6 meses de evolución con disuria, poliaquiuria y tenesmo vesical; IPSS 12 puntos. Tacto rectal revela próstata grado 2, pétérea, indurada y fija, con un nódulo palpable en lóbulo derecho. Analítica inicial Hb 13.3 g/dl, Leu 6.8 k/uL, Plt 232 k/uL, BUN 17 mg/dl, Cr 0.7 mg/dl, APE total 148.2 ng/ml. Tras ultrasonido anormal se realiza resonancia magnética y tomografía contrastada las cuales muestran lesión prostática con involucro de vesícula seminal derecha y vejiga, así como adenomegalia menor de 1.5 cm en cadena iliaca izquierda; se aprecia además tumoración sólida en riñón derecho de 4x4x5 cm en región cortical de

lóbulo medio sin involucro de fascia perirrenal, vasos renales ni adenomegalias. Gammagrafía ósea negativa para lesiones blásticas. Es sometido a biopsia transrectal prostática, la cual revela adenocarcinoma poco diferenciado Gleason 9 (5+4) con invasión perineural. Tras etapificación de cáncer prostático se decide realizar nefrectomía parcial laparoscópica. Reporte histopatológico post-operatorio muestra carcinoma de células renales variedad células claras, grado nuclear Furhman 2 con bordes positivos (R1). Se decide de forma multidisciplinaria vigilancia del cáncer renal ECI R1 e iniciar tratamiento para cáncer prostático con radioterapia externa prostática y terapia de privación androgénica, que finalmente determinará el pronóstico del paciente. **Conclusiones.** Se pueden encontrar bordes positivos tras nefrectomía parcial laparoscópica electiva en 0.7 al 4% de los especímenes de biopsia. La presencia de tumor en el margen entintado representa en teoría una resección incompleta del mismo, sin embargo esto no ha demostrado uniformemente peores desenlaces. En pacientes seleccionados se puede ofrecer vigilancia sin comprometer su sobrevida libre de enfermedad a largo plazo.

Palabras clave. cáncer, próstata, riñón, sincrónico, bordes, positivos.

0039 Carcinoma de células de Merkel con presentación retroperitoneal inicial: reporte de caso

Llamas Andrea, Cedillo Evaristo Guadalupe, Martinez Arturo Adrian, Martinez Bertha Alejandra

Tecnologico de Monterrey, Escuela de Medicina

Introducción. El carcinoma neuroendocrino o de células de Merkel, es un tumor de la piel poco común. Afecta principalmente adultos mayores y típicamente áreas expuestas al sol. En la búsqueda de la literatura hasta mayo 2017 se han reportado cuatro casos de esta presentación en el retroperitoneo. **Objetivo.** Se presenta el siguiente caso de carcinoma de células de Merkel con presentación retroperitoneal inicial. **Exposición del caso.** Hombre de 88 años con antecedente de hiperplasia prostática benigna y trombosis venosa profunda acude por anuria y edema de miembros pélvicos. En estudios de laboratorio se encontraron datos de lesión renal y se realizó un ultrasonido encontrando una masa retroperitoneal con componente parcialmente quístico. Se realizó TAC abdominal donde se observa una masa retroperitoneal de 10.17 x 11.45cm. Se realizó una exploración física completa incluyendo exploración meticulosa de piel y ganglios linfáticos, sin encontrar lesiones sospechosas. Se realizó

una biopsia que fue sometida a un análisis patológico y de inmunoistoquímica exhaustivo encontrándose una neoplasia maligna de tipo carcinoma poco diferenciado formado por células medianas, cúbicas de núcleos grandes y vesiculosas y nucléolos visibles que forman nidos solidos con necrosis e intensa reacción desmoplásica del estroma. En cuanto a la inmunohistoquímica resultado CK20, panCK y E-Cadherina positivo y fue negativo para PSA, CK7, CD10, Hepar1, TTF 1, Amcar, ACE, CDX2, CA19-9, S-100, CD99, CD45 y Vimentina. Con lo cual se dio un diagnóstico de carcinoma neuroendocrino (de células de Merkel). Se realizó PET-CT encontrándose a nivel de abdomen foco hipermetabólico en ganglio retrocrural derecho, focos hipermetabólicos en masa retroperitoneal, y foco hipermetabólicos en ganglio de la cadena ilíaca externa izquierda. Después de estos resultados se inició tratamiento con Carboplatino y Etoposido con buena respuesta a primer ciclo. Presento crisis convulsiva en segundo día de QT del segundo ciclo durante infusión de Etoposido por lo cual se decidió un manejo paliativo. **Conclusión:** Los casos reportados probablemente representen un CCM primario de un nódulo linfático. Los casos previos propusieron cuatro teorías diferentes del origen del CMM. La primera opción es que la masa retroperitoneal

sea nódulo linfático donde las células nodales de Merkel se vuelven neoplásicas. La segunda teoría es que la lesión cutánea inicial haya retrocedido espontáneamente y la masa representa un sitio de metástasis, lo cual puede representar la teoría más plausible ya que no se han reportado precursores de células de Merkel en los nódulos linfáticos, pero si se han reportado metástasis a nódulos linfáticos retroperitoneales. La tercera teoría es que el tumor se haya originado en el tejido subcutáneo y tenga metástasis a los nódulos linfáticos que lo drenan. Y la última teoría propuesta es que haya surgido de restos primitivos neuroectodermicos (pluripotenciales) del nódulo linfático.

Palabras clave. Merkel, retroperitoneal, Oncología.

0042 Características epidemiológicas del cáncer pulmonar de células pequeñas en el Centro Estatal de Cancerología de Nuevo León

Salazar Carlos Eduardo, Gallegos Daniel Alberto, Hernández David, Torres Nadia Denise, Wimer Blanca Otilia
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción. El cáncer de pulmón es la causa mas común de muerte por cáncer a nivel mundial. Se estima que el cáncer de pulmón de células pequeñas (CPCP) representa alrededor del 15% de estos

casos. **Objetivo.** Describir las características epidemiológicas del CPCP en nuestra población. **Material y métodos.** Se analizó de forma retrospectiva la base de datos de pacientes que acudieron a consulta de primera vez con diagnóstico de cáncer de pulmón desde el 1 de enero de 2016 al 31 de diciembre del 2016. **Resultados.** En el periodo estudiado se encontraron 56 pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer de pulmón, 5 (8.9%) de los cuales fueron de histología CPCP. **Conclusiones.** La proporción de CPCP respecto a todos los casos nuevos de cáncer de pulmón en nuestro centro es menor a la reportada en la literatura. La mayoría de los pacientes presentaron enfermedad metastásica al momento del diagnóstico y dos desarrollaron síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH), factores que se han asociado a pronóstico desfavorable. La sobrevivencia media del grupo estudiado fue menor a 8 meses, esto concuerda con lo descrito en la literatura aún y con el limitado acceso de nuestros pacientes a tratamiento local y/o sistémico. Dentro de las limitaciones del presente estudio se encuentra el diseño retrospectivo y el tamaño de la muestra obtenida.

Palabras clave. cáncer, pulmonar, células, pequeñas.

0047 Carcinoma medular de colon. Reporte de un caso

González Adriana, Carrera Fernando, Salazar Carlos, Wimer Blanca, Hernández David
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción. El carcinoma medular de colon es un tipo histológico recientemente reconocido y poco frecuente, caracterizado por semejar al adenocarcinoma poco diferenciado como al tumor neuroendocrino. **Objetivo.** Presentar un caso de carcinoma de colon de tipo histológico relativamente nuevo e infrecuente.

Exposición de caso: Masculino de 51 años de edad acude al servicio de urgencias debido a historia de 2 años de evolución caracterizada por masa epigástrica dolorosa y pérdida de peso de 20 kg en ese lapso, así como 2 meses con disfagia a sólidos que progresó a líquidos. Niega historia médica previa o uso de medicamentos. Al examen físico se palpa masa de 10 cm de diámetro en epigastrio, bien definida; sin masas ni organomegalias. No presenta datos de irritación peritoneal u oclusión intestinal. Laboratorios muestran Hb 7.49 g/dL, MCV 56.9 fL, MCH 16.9 pg, Leu 11.2 k/uL, Plt 663 k/uL, DHL 329 UI/L, antígeno carcinoembrionario 4.72 ng/ml (normal 5.2 ng/ml). TAC contrastado reveló tumor primario a nivel del colon transversal de 12.7 x 5.5 cm, con zonas de necrosis central; predispone además compresión

de la vena cava inferior. Se asocia con borramiento de planos grasos adyacentes y múltiples adenopatías mesentéricas. Colonoscopia evidencia lesión exofítica que obstruye 90% del lumen intestinal, biopsia revela adenocarcinoma. Se somete a hemicolectomía derecha con resección en bloque de los nódulos linfáticos regionales y anastomosis ileo-transversa. Biopsia post-operatoria muestra carcinoma medular pobremente diferenciado, el cual penetra en la superficie del peritoneo visceral. Inmunohistoquímica muestra inestabilidad de microsatélites: MLH1, MSH2 y BRAF positivos. Se etapifica como EC IIB (T4a, N0, MO) y se decide en conjunto vigilancia oncológica. **Conclusiones.** El carcinoma medular colorectal es un tipo histológico raro de adenocarcinoma, caracterizado por una pobre diferenciación glandular e infiltrado intraepitelial linfocítico; es menos común el involucro de ganglios linfáticos y generalmente con mejor pronóstico. Se asocia en un 60% a inestabilidad microsatélite. Constituye de 5 a 8 casos por cada 10,000 cánceres de colon diagnosticados. Con una incidencia anual de 3.47 casos por 10 millones de personas, la edad media de diagnóstico es a los 69.3 años, más frecuentes en mujeres y raza caucásica. Se localiza con mayor frecuencia en colon proximal (74%) y comúnmente poco diferenciados (72%). Se presenta inicialmente

como etapa II, y sólo 10% con metástasis. Debido a la rareza del tumor, las estrategias de tratamiento y regímenes de quimioterapia óptima no han sido determinadas.

Palabras clave. carcinoma medular colorectal, adenocarcinoma, cáncer de colon.

0049 Nasoangiofibrosarcoma. Reporte de un caso

González Adriana, Carrera Fernando, Salazar Carlos, Hernández David

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción. El nasoangiofibroma es una neoplasia vascular benigna que se presenta casi exclusivamente en adolescentes masculinos con una incidencia de 0.05% a 0.5% de todas las neoplasias de cabeza y cuello; se presenta típicamente con epistaxis y obstrucción nasal unilateral. Su transformación maligna es aún más rara y se relaciona con radioterapia previa, trauma y linfedema.

Objetivo. Documentar un caso extremadamente raro de transformación maligna de nasoangiofibroma. **Exposición de caso:** Masculino de 17 años con antecedente de retinoblastoma bilateral diagnosticado a los 18 meses de edad tratado con enucleación, quimioterapia y radioterapia. Inicia con cuadro de epistaxis de tres meses de evolución. Durante la nasofaringoscopia flexible se

observa tumoración submucosa en cavidad nasofaríngea, la tomografía revela tumoración en cavidad nasofaríngea que penetra el seno frontal. Bajo la sospecha de nasoangiofibroma se somete a 2 angioembolizaciones preoperatorias por alto riesgo de sangrado y se lleva a cabo una resección del 80% de la tumoración. El reporte histopatológico documentó un angiofibrosarcoma. Se decide seguimiento en conjunto por radio-oncología. **Conclusiones.** El angiofibrosarcoma es extremadamente raro. La estrategia óptima de tratamiento deberá ser multidisciplinaria, donde buscar la resección total con márgenes libres es importante. El uso de quimioterapia y radioterapia adyuvante se recomiendan en tumores del alto grado, tumor de gran tamaño o márgenes positivos. Aunque su pronóstico es mejor que otros sarcomas, la quimioterapia parece no incrementar la sobrevivencia global.

Palabras clave. nasoangiofibroma, angiofibroma, angiofibrosarcoma, radioterapia, tumor de cabeza y cuello

0070 Segundo primario en adenocarcinoma de prostata. Reporte de caso

Hernández Roberto¹, Teran José Oscar¹, Alba Dulce Leonor¹, Angeles Abish¹, Enríquez Kevin Guiseppe¹, Hurtado María Guadalupe², Baca Alfredo¹
1.Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos; 2.Hos-

pital Regional Salamanca de Petróleos Mexicanos

Introducción. Se entiende como segundo cáncer primario a toda neoplasia ocurrida en pacientes sobrevivientes de cáncer, asociado o no, a las terapias de estos últimos o a la exposición con agentes carcinógenos. Se pueden clasificar como sincrónicos, que son aquellos de otro extirpe histológico que se presentan al mismo tiempo que la primera o en los primeros dos meses, y metacronicos, los que se diagnostican 2 meses posteriores a la neoplasia primaria. Los pacientes con cáncer de próstata tienen una larga esperanza de vida, por lo que existe un alto riesgo de desarrollar un segundo cáncer primario, especialmente de vejiga y tiroides. La incidencia de otras neoplasias incluyendo leucemia y los de la cavidad oral, faringe, esófago, estómago, colon, recto, hígado, vesícula biliar y pulmón fue significativamente más baja.

Objetivo. Conocer las segundas neoplasias primarias mas frecuentemente asociadas con el cancer primario de prostata.

Caso clínico. Masculino de 75 años de edad con antecedente paterno de cancer de prostata; cuenta con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica. Hospitalizado en el año 2012 por fiebre y pérdida de peso de 4 meses de evolución. Se tomo APE con un valor de 34 ng/dl y posteriormente biopsia prostática, la

cual reporto adenocarcinoma acinar bien diferenciado, suma (6) (3-3) de Gleason; se inicio tratamiento con bloqueo androgénico completo con el cual se mantiene hasta la actualidad. Ultimo control de APE de abril del 2017 en 0.052 ng/dl. El 14 de agosto del 2017 se presenta con vómitos en posos de café, melena y síndrome anémico. A su ingreso se realiza endoscopia y tomografía contrastada de tórax y abdomen que reportan ulcera en antro gástrico Forrest III (toma de biopsias) y engrosamiento de mucosa gástrica respectivamente. Reporte de patología del 16 de agosto 2017: adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Se realizo gastrectomía subtotal con gastroyeyuno anastomosis en Y de Roux, resección de implante en fondo gástrico y segmentectomía hepática de segmento 4a. **Conclusiones.** El riesgo de desarrollar un segundo cáncer primario después de un cáncer primario de próstata es menor que en la población general. Sin embargo, los pacientes con cáncer de próstata poseen un mayor riesgo de desarrollar cáncer de vejiga y tiroides; por lo que es necesario un seguimiento y vigilancia estrecha, con el fin de una detección oportuna de posibles comorbilidades neoplásicas asociadas y así proporcionar un tratamiento precoz.

Palabras clave. segundo, primario, adenocarcinoma, primario de próstata

0080 Metástasis cardiaca en cáncer cervicouterino. Reporte de un caso y revisión de literatura

Montiel José Sabino¹, Valdín Tania Isabel¹, Pérez Yareni², Rodríguez Enrique Iván¹, Treviño Francisco¹, Arbeu Marlene¹, Hernández Jesica Mariana¹, Camaras Sara Elizabeth¹

1.Hospital Universitario de Puebla; 2.Unidad Ontológica de Puebla

Antecedentes. La metástasis cardiaca es una de las entidades clínicas poco frecuentes, aunque se reportan hasta 1.23% de incidencia. Teniendo un pronóstico sombrío en esta enfermedad. Realizándose tratamiento a base de pericardiocentesis sin embargo teniendo una probabilidad de éxito solo del 55.1% a pesar de tratamiento. **Objetivo del estudio:** Dar a conocer las características clínicas y tratamientos de los pacientes con metástasis cardiaca. Información del caso. Femenino de 38 años, con diagnóstico de Cáncer cervicouterino de tipo epidermoide invasor moderadamente diferenciado Etapa clínica IV, diagnosticado por biopsia de cérvix. Recibiendo tratamiento en el 2014, 6 ciclos de quimioterapia a base de carboplatino y Paclitaxel, posteriormente quimioterapia a base de Gemcitabine. Radio-terapia en 2015 a base de 26 sesiones. Acude por presentar astenia adinamia, disnea, tos

disneinizante, acompañado de palpitations dolor retroesternal y región lumbar con intensidad 7/10, recibiendo tratamiento, sin presentar mejoría. Ingresando a urgencias con tensión arterial: 90/60mmHg, frecuencia cardiaca de 108 por minuto, con Ingurgitación Yugular Grado III, tórax integrando síndrome de derrame pleural bilateral, ruidos cardiacos rítmicos disminuidos de tono e intensidad aumentados de frecuencia, sin palpar choque de la punta, no se encuentran soplos. Radiografía de Tórax con derrame pleural bilateral. TAC de Tórax con derrame pleural bilateral y derrame pericárdico. Ecocardiograma con Derrame pericárdico abundante con datos de taponamiento cardiaco, ventrículo izquierdo con buena contractilidad global. Se realiza pericardiocentesis drenando 500 ml de contenido serohemático. Con reporte de citológico positivo a células neoplásicas malignas compatible con metástasis de carcinoma epidermoide. Actualmente en quimioterapia paliativa a base de Vinorelbine. Ecocardiograma con ventrículo izquierdo con buena contractilidad global. FEVI: 70% sin derrame pericárdico. **Discusión y conclusión.** En un estudio Se realizaron autopsias de 11.432 pacientes informados, un total de 264 pacientes fueron encontrados con metástasis cardíacas. Los sitios metastásicos más frecuentes en el corazón incluyen

el epicardio (60%), el miocardio (30%) y el endocardio (6%). En cuanto a la etiología del cáncer solo en el 1% es de origen ginecológico con afección del 19% en pericardio, siendo la zona más afectado. Las molestias más frecuentes son la disnea, dolor pleurítico en el pecho, tos, fatiga, ronquera por la compresión recurrente del nervio laríngeo e hipo por la compresión del nervio frénico, y el síncope. Encontrándose también a la exploración la Tríada de Beck: hipotensión (a menudo con una presión de pulso estrecha), taquicardia y sonidos, amortiguados del corazón. El tratamiento principal es restablecer el gasto cardiaco, mejorar la función miocárdica y evitar recidivas. Uno de los tratamientos es la pericardiocentesis.

Palabras clave. metastasis, cervicouterino, pericárdico.

0088 Relación entre el porcentaje de expresión de receptores hormonales y la supervivencia libre de progresión en cáncer de mama metastásico en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza Ciudad de México

Caballero Rosa Elena, Añorve Denisse, García Víctor
Hospital General Regional Ignacio Zaragoza

Introducción. El cáncer de mama es el segundo más frecuente en el mundo en mujeres. En México representa la pri-

mera causa de muerte por neoplasias en mujeres de más de 25 años, detectándose en el 70% de los casos en estadios localmente avanzados o metastásicos. La decisión del tratamiento se base actualmente en el status de positividad de receptores hormonales y Her 2neu, actividad ganglionar y estadio al momento del diagnóstico. La terapia hormonal está comprobada que forma parte de la primera línea de tratamiento de las pacientes con cáncer de mama metastásico, por lo que es imperativo conocer el porcentaje de expresión de los receptores hormonales al planear el tratamiento de las pacientes. **Objetivo.** Evaluar si existe relación entre la supervivencia libre de progresión y el porcentaje de expresión de receptores hormonales en pacientes con cáncer de mama metastásico tratadas en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza Ciudad de México. **Materiales y métodos.** Estudio retrospectivo. Se analizaron los expedientes de pacientes con cáncer de mama en tratamiento hormonal, atendidas en el servicio de oncología médica de 2008 a 2013. Se incluyeron pacientes del género femenino, mayores de 18 años, con reporte de inmunohistoquímica, estudios de seguimiento y reporte de metástasis y su localización. **Resultados.** De los 318 expedientes revisados, se encontraron 21 pacientes que cumplían los criterios de inclu-

sión, en donde se determinó que la principal histología fue ductal 87.5%, sitio de metástasis más frecuente ósea 47%, El tiempo a la progresión de acuerdo a porcentaje de receptores hormonales fue de 27,4 meses en < 50% de expresión de receptores hormonales vs 25 meses en >50% respectivamente, El 47.6% de las pacientes recibieron 2 líneas de tratamiento hormonal, encontrándose que en el 80% de los casos el uso de la segunda línea fue debido a recaída ósea. Al relacionar el sitio de metástasis con el porcentaje de expresión de receptores de estrógeno, se encontró que >50% con progresión visceral el 85.71% recibieron quimioterapia, de estos 42.85% con capecitabine, 14,28% con vinorelbine y 14,28% con paclitaxel. La sobrevida libre de progresión de acuerdo con la expresión de receptores hormonales de 40 meses (50%). **Conclusiones.** Los resultados del estudio demuestran que en nuestra población existe correlación entre el porcentaje de expresión de los receptores hormonales y la sobrevida libre de progresión en los pacientes con cáncer de mama. Las pacientes con expresión de receptores de estrógeno >50% presentan mayor número de recaída visceral, con manejo a base de quimioterapia, principalmente con capecitabine. **Palabras clave.** cáncer de mama, receptores de estrógeno, receptores progestágenos,

sobrevida libre de progresión, enfermedad metastásica.

0091 Terapia blanco anti-alk; nuevas estrategias en el tratamiento del cpcnp metastásico. Reporte de un caso

Vázquez Eduardo¹, Macedo Omar²

1. Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, 2. Instituto Nacional de Cancerología

Antecedentes. El cáncer de pulmón es la principal causa de muerte por cáncer a nivel mundial; en México ocupa el 5to lugar en incidencia y mortalidad. En el año del 2004 se comenzaron a establecer la clasificación mediante identificación de oncogenes o mutaciones que de forma puntual incrementan el riesgo de desarrollar cáncer. Dentro del CPCNP en el adenocarcinoma se encuentran por orden de prevalencia las siguientes mutaciones: mutación KRAS (30-35%) EGFR (10-15%) BRAF (7-10%) y MET (7%), translocación EML4-ALK (4%), fusión ROS1 (1%), fusión RET (1%) y la mutación ERBB2/HER2 (2-4%). La translocación EML4-ALK su prevalencia se incrementa en personas jóvenes, no fumadoras o con tabaquismo leve, género masculino y con subtipo histológico de células en anillo de sello donde su prevalencia de puede incrementar hasta un 12 a 25% de los casos estudiados.

Objetivo Descripción de caso de CPNP metastásico perfil mutacional ALK positivo con terapia blanco anti alk. **Exposición del caso.** Masculino de 55 años de edad niega antecedentes heredofamiliares relevantes; tabaquismo con índice tabáquico de 16 paquetes año, niega enfermedades crónicas degenerativas. Inicia padecimiento oncológico en Diciembre del 2012 con presencia de masa palpable de 5cm de diámetro en cresta iliaca derecha así como parestesias bilaterales de extremidades inferiores que progresan a paresia con fuerza 2/5 en escala de Lovett simétrico. En abril de 2013 se realiza abordaje por imagen TAC toracoabdominopelvico contrastado documentando lesión pulmonar derecha e incontables lesiones pulmonares bilaterales enfermedad no medible, en cuerpo vertebral y lesión a nivel de iliaco derecho de aproximadamente 8x8 cm. En T 12 lesión de cuerpo vertebral que invade canal medular. Se realiza RT a columna toracolumbar del 22.05.2013 a 03.06.2013, así como; RT a holocráneo de forma profiláctica siendo conocido en nuestro instituto con referencia para valoración de perfil mutacional ALK positivo. Se inicia crizotinib 250 mg cada 12 horas recibiendo 31 ciclos sin necesidad de ajuste de dosis por toxicidades reportándose G1 a G2. El 08 de Abril del 2015 se documenta progresión de la

enfermedad a nivel de tumor primario por RECIST en imagen de seguimiento se propone y se inicia ceritinib 750 mg cada 24 horas documentando beneficio clínico durante su tratamiento siendo extendido su tiempo de tratamiento completando actualmente 33 ciclos con imagen de control refiriendo enfermedad estable. **Conclusiones.** Las nuevas formas de tratamiento para CPCNP metastásico con las terapias blanco a incrementado los periodos libres de enfermedad. Se continúan observando mecanismos de resistencia que requieren de un seguimiento estricto para actuar de forma proactiva. A futuro se contempla abordaje secuencial con rebiopsia para valoración de medicamentos blanco aumentando la calidad de vida e impacto en supervivencia global.

Palabras clave. terapia blanco, Anti ALK, CPCNP metastasico, crizotinib, ceritinib, perfil mutacional.

0101 Anemia hipocrómica microcítica como manifestación inicial de carcinoma renal de células claras Furhman grado III estadio IV

Onofre Hector Ulises, Castro Ciro, Niño Sandra Kira, Lopez Alin Cristela, Rivera Jesus, Fernandez Joaquin Hernan
Centro de Alta Especialidad Rafael Lucio

Introducción. El carcinoma renal, originado de la corteza renal es responsable del 80-

85% de todas las neoplasias primarias de riñón, en 75% de los casos la estirpe histológica más común es la de células claras; es 50% más común en hombres que en mujeres de la sexta década de la vida, con presentación localizada a riñón en 65%, regional 16%, metastásica 16% y sin determinar en 3%. Muchos pacientes permanecen asintomáticos hasta que la enfermedad se encuentra diseminada al momento del diagnóstico; siendo realizado éste durante el abordaje de síntomas sistémicos o paraneoplásicos. El desarrollo de anemia o síndrome anémico ha sido reportado en un 29% de los casos como la manifestación inicial de esta neoplasia, pudiendo ocurrir varios meses antes de que se haga el diagnóstico del carcinoma renal; siendo severa en el 1% de los casos de todos los tumores del tracto genito urinario. Presentación del **caso:** Hombre de 55 años, sin antecedentes de importancia. Inició su padecimiento 3 meses antes de su ingreso con disnea progresiva grado 2 que progresó a 3 de la ATS, astenia y adinamia. TA 120/70 FC 105 FR 24 Temp 36.6. Alerta, con palidez generalizada, polipnea y taquicardia. Se documentó hemoglobina de 5.7gr/dl, Hto de 20%, concentración media de hemoglobina de 18 pg, VCM de 64.7 fl, leucocitos 6,670 cel/UL, plaquetas 439,000 cel/UL, Cr 0.82mg/dl, BUN 18 mg/dl, urea 38.52mg/dl, Na 136

mmol/L, K 3.5 mmol/L, Cl 105 mmol/L, Calcio 8.3mg/dl, P 3.5 mg/dl, pruebas de funcionamiento hepático normales. Radiografía de tórax con imágenes radiopacas redondeadas, diseminadas, bilaterales. Ultrasonido renal reporto tumor dependiente de riñón derecho, tomografía toraco abdominal mostró múltiples nódulos pulmonares espiculados centrales y periféricos bilaterales invadiendo pleura; así como tumoración de 10x15 cm dependiente de riñón derecho con captación al medio de contraste y adenopatías mesentéricas. Se realizó biopsia renal con reporte histopatológico de carcinoma renal de células claras con núcleo grande de 20 micrometros con nucléolo prominente de bordes irregulares clasificado histopatológicamente como Furhman III. Por la existencia de múltiples nódulos pulmonares se clasificó como estadio IV y fue referido al Centro Estatal de Oncología para su abordaje terapéutico. **Conclusión:** El carcinoma renal de células claras, suele ser asintomático y su diagnóstico se realiza en el 25% de los pacientes ya en estadio avanzando; teniendo en ocasiones como manifestación inicial sintomatología sistémica o síndromes paraneoplásicos; en el caso de nuestro paciente sólo fue el síndrome anémico, por lo que la sospecha debe prevalecer para realizar el protocolo diagnóstico y con ello brindar un mejor pronóstico a nuestros pacientes.

Palabras clave. carcinoma renal, síndrome paraneoplásico, neoplasia, metástasis, esrtirpe histológica.

0112 Mesotelioma epiteliode tubulo papilar reporte de caso Hospital General de Ticoman, Ciudad de México Servicio de Medicina Interna

Tinoco Maritza, Vergara Fernando Ivan

Hospital General de Ticoman, Secretaria de Salud de la Ciudad de México

Introducción. El mesotelioma es un tumor que deriva de la superficie mesodérmica de la cavidad celómica embrionaria, que posteriormente dará lugar a la pleura, al pericardio, al peritoneo y a la tunica vaginalis del testículo. Este origen mesodérmico le confiere la potencialidad de desarrollar un componente epiteliode y otro sarcomatoso. En aproximadamente el 80% de los casos de mesotelioma hay una relación causa-efecto con exposición laboral, en donde se manipula el mineral o por contaminación a través de la ropa de trabajadores del asbesto. **Descripción del caso:** Femenino de 48 años, originaria de la ciudad de México, ocupación: vendedora ambulante, exposicionales: laboro durante 2 años en fábrica de calzado, con exposición a solvente y resistol, acero y plástico. Habitó durante 20 años cerca de una cementera. Inició padecimiento hace 3 años pre-

vios a su ingreso con presencia de dolor tipo opresivo en hemitórax izquierdo con irradiación hacia flanco izquierdo, posteriormente se agrega disnea de grandes esfuerzos y aumento de la frecuencia e intensidad del dolor, acude con facultativo quien realiza radiografía de tórax con evidencia de Derrame Pleural, 3 meses previos a su ingreso presenta disnea hasta ser de pequeños esfuerzos y se agrega tos no productiva. Al interrogatorio dirigido refiere pérdida de peso de 5 kg en 3 meses, astenia, adinamia e hiporexia, diaforesis nocturna. EF TA: 110/84 FC 85 FR 20 T 36.5° C SaO₂ 95%, peso: 66.2, talla 1.50. Consciente, sin palidez de tegumentos, cardiopulmonar con ruidos cardíacos rítmico de adecuada intensidad y frecuencia, tórax simétrico, maniobras de amplexión y amplexación asimétricas a expensas de hipomotilidad de hemitórax izquierdo, transmisión de la voz disminuida en hemitórax izquierdo, matidez a la percusión, a la auscultación ruidos respiratorios abolidos, se integra síndrome pleuropulmonar de Derrame Pleural izquierdo. Abdomen sin alteraciones, extremidades integra, sin edema, TAC de tórax con derrame pleural loculado asociado, y atelectasia pulmonar, GLU 104, UREA 32.1, BUN 15, AU 3.95, CR 0.84, Na 132, K 4.5, CL 99, CAL 9.6, Mg 2.14, P 4.5, PFH: PT 6.57, ALB 3.64, GLOB 2.93, BT 0.27, BD 0.14, BI 0.13,

TGO 18, TGP 12, LDH 132, FA 62, LEU 10.0, NEU 5.62, HB 15.6, HTO 48.6, PLT 319, INR 1.03, líquido pleural citológico grupos de células mesoteliales reactivas y abundantes linfocitos. Diagnósticos de líquido pleural: Hiperplasia mesotelial reactiva, antígeno carcinoembrionario: 1.05, proteína C reactiva 0.603, inmunohistoquímica: positivos Calretinina WT-1 negativos TTF-1 napsina A. diagnóstico biopsia pleural cerrada: mesotelioma epitelioide de tubo papilar El diagnóstico del mesotelioma pleural maligno presenta 3 importantes retos: es necesario distinguir entre hiperplasia mesotelial benigna y mesotelioma, entre mesotelioma maligno (con subtipos) y carcinoma metastásico, y también se requiere demostrar la invasión de estructuras vecinas a la pleura.

Palabras clave. mesotelioma, exposición ambiental, dolor torácico, disnea, engrosamiento pleural, factores pronósticos.

0136 Mieloma múltiple y hepatocarcinoma sincrónicos

Garcilazo Alexandra, Moreno Francisco, Cruz Antonio, Arteaga Gerardo, Ortíz Ilba Judith, Fuster Miguel, Ordoñez Christian, Estrada Karla Patricia, Lajud Francisco Antonio, Salazar Claudia Nai, Arteaga Daniela
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

La asociación de mieloma múltiple con tumores sólidos

representa un desafío diagnóstico ya que las manifestaciones clínicas pueden ser enmascaradas. Femenino de 57 años de edad, padecimiento de tres meses de evolución con dolor óseo generalizado además de tumoraciones en cráneo y esternón. A la exploración física: cráneo con presencia de tumoraciones pétreas de aproximadamente 4cm x 2 cm. Cuello con presencia de adenopatías retroauriculares, presencia de tumoración en manubrio esternal, dura, fija, pétrea no móvil de aproximadamente 6cm x 3cm, borde hepático superior desde segundo espacio intercostal con matidez hasta fosa iliaca derecha. **laboratorios:** anemia, electrolitos séricos, función renal y hepática sin alteraciones Se solicitan: inmunoglobulinas séricas, bence jones en suero, marcadores tumorales normales, b2 microglobulina elevada, aspirado de medula ósea reportado como no valorable, electroforesis de proteínas en orina sin alteraciones. Tomografía: hepatomegalia con lesiones dispersas en su parénquima de aspecto neoplásico, lesión difusa del esqueleto axial, tumoraciones óseas infiltrantes en craneo lesión ósea en esternón. Se realiza biopsia de manubrio esternal con resultado de discrasia de células plasmáticas compatible con mieloma múltiple y biopsia de hígado: hepatocarcinoma. Pendiente (21 septiembre resultado) inmunohistoquímica de

biopsias. Se informó a paciente diagnóstico y pronóstico rechazando cualquier probable tratamiento.

Palabras clave. mieloma múltiple, hepatocarcinoma, tumoración ósea, hepatomegalia.

0148 Síndrome de Guillain Barré como fenómeno para-neoplásico asociado a adenocarcinoma de vesícula biliar

Ortiz Hugo Enrique, López Alin Cristela, Fernandez Joaquin Hernan, Niño Sandra Kira, Rivera Jesús, Castro Ciro

Centro de Alta Especialidad Dr. Rafael Lucio

Introducción. el síndrome de Guillain Barre (GBS) habitualmente se presenta después de enfermedades infecciosas, pero puede también asociarse a enfermedades neoplásicas.

Descripción del caso: hombre de 62 años con antecedentes familiares de cáncer de próstata y cáncer de mama. Inició 1 mes antes del ingreso con ataque al estado general y síndrome febril que coincidió con primoinfección por varicela, después de 6 días de evolución desarrolló tos con expectoración amarillenta y disnea, se diagnosticó como neumonía por varicela. Durante el primer día de su hospitalización cursó con parestesias y debilidad muscular simétrica arreflexica de miembros pélvicos ascendente hasta miembros torácicos, sin afectación de pares craneales que le condicionó incapacidad para deambular.

Se diagnosticó como Síndrome de Guillain Barré e inició tratamiento con inmunoglobulina intravenosa, progresando con encefalopatía hipercapnica que requirió apoyo mecánico ventilatorio y manejo por terapia intensiva durante 15 días, tuvo evolución satisfactoria y recuperación funcional sin secuelas neurológicas. Durante su seguimiento se realizó tomografía de tórax, que reportó nódulos pulmonares de distribución aleatoria con adenopatías mediastinales y tumoraciones hepáticas en segmento VII de 30x30mm, en segmento VIII de 43x37 mm y otra en segmento II de 25x23mm con líquido peri hepático y periesplénico. Líquido libre en cavidad abdominal, hepatomegalia. Hb: 12.0 g/dL, VCM: 97.50 fL, HCM: 33.60 pg, Leucocitos: 5.43 uL, Neutrófilos: 3.60 uL, Plts: 63.00 uL. Glucosa: 90.0 mg/dl, Urea: 12.84 mg/dl, BUN: 6.00 mg/dl, Creat: 0.38 mg/dl. - Na: 137.00 mmol/l, K: 3.40 mmol/l, Cl: 105.0 mmol/l, Ca: 9.20 mg/dl, P: 3.20 mg/dl, Mg: 1.67 mg/dl. Bilirrubinas totales: 2.50 mg/dl, BD: 1.10 mg/dl, BI: 1.40 mg/dl, AST: 100 uL, ALT: 73 uL, FA: 373 uL, Albumina: 3.10 g/dl Biopsia hepática reportó tejido glandular pobremente diferenciado y por inmunohistoquímica compatible con adenocarcinoma de vesícula biliar. Debido a los criterios de irresecabilidad se ofreció únicamente tratamiento paliativo. **Discusión:** el AVB (adenocarcinoma de vesícula

biliar) tiene un comportamiento sumamente agresivo, es uno de los tumores digestivos de peor pronóstico, es poco frecuente con una incidencia 2 a 3 casos por 100,000 habitantes año, infiltra precozmente los tejidos vecinos debido a que la vesícula no tiene submucosa y en el contacto con el hígado no tiene serosa. Respecto a su asociación con el GBS concluimos que se trató de un SPN (síndrome paraneoplásico). La mayoría de los casos en los que se reporta dicha asociación se describe la presencia de ambas entidades que aparecen de forma paralela o el SPN que antecede a la neoplasia como en este **caso**. Finalmente, la importancia de los SPN no radica en su frecuencia, sino en el hecho de que su adecuado diagnóstico puede permitir identificar un tumor pequeño y potencialmente curable.

Palabras clave. Guillain Barré, síndrome paraneoplásico, carcinoma de vesícula biliar.

0174 Presentación atípica de metástasis cerebrales secundarias a melanoma amelanótico

Rivera Erik Ivan, Rivera Jesús, López Alin Cristela, Niño Sandra Kira, Castro Ciro

Centro de Alta Especialidad Dr. Rafael Lucio

Introducción. El melanoma maligno es el tumor más agresivo de los cánceres de piel y el que peor pronóstico confiere a los pacientes, su índice de

metástasis y la velocidad con que estas se presentan implican una sobrevida muy pobre a 2 años del diagnóstico. Entre los principales sitios de metástasis se encuentra hígado, cerebro y hueso. Los estudios de imagen son una herramienta clave, encontrando comúnmente lesiones hiperdensas debido a su alto contenido de melanina.

Presentación del caso: Hombre de 45 años. Dos años previos al ingreso se le realizó resección de nevo de crecimiento rápido en región dorsal derecha, sin estudio histopatológico. Acudió por evolución de un mes con cefalea holocraneana, punzante, intensa 10/10 de la EVA, sin irradiaciones ni factores modificantes, que disminuía a 3/10 de la EVA con la ingesta de paracetamol. Se exploró tumoración axilar derecha de 10 cm, indurada, heterogénea al tacto, no adherida a planos profundos. Se realizó TAC de cráneo que mostró áreas hipodensas irregulares, bordes bien definidos, con atenuación de 20 UH, hallazgos compatibles con edema cerebral y herniación subfacial con sospecha de proceso infeccioso. Perfil TORCH negativo, E. S. normales, PFH sin alteraciones, VIH por método de ELISA no reactivo, DHL sérica 519, citológico de LCR acelular y citoquímico con pH 9, glucosa 92 mg/dl, DHL 95 UI/L, Proteínas 53.3 mg/dl. RMN reportó lesiones ovaladas hiperintensas en T2 e hipointensas en T1 en am-

bos hemisferios cerebrales y cerebelo con reforzamiento vascular a la administración de gadolinio, compatible con lesiones metastásicas; USG de tumor axilar mostró imagen hipoecogénica de bordes espiculados con sombra acústica posterior retroareolar en mama derecha, considerando probable cáncer de mama por lo que se efectuó resección de la lesión. El estudio histopatológico mostró células anaplásicas de nucléolos prominentes, núcleos vesiculosos, cromatina abierta, figuras de mitosis anormales alternando con zonas de necrosis. Se realizó inmunohistoquímica resultando positiva para HMB 45 y S100 así como enolasa neuronal específica; Ki67 con índice de proliferación de tejido linfoides sustituido por la neoplasia en 20% con impresión diagnóstica de melanoma maligno con patrón difuso indiferenciado metastásico concluyendo metástasis cerebrales secundarias a melanoma maligno. **Discusión:** El melanoma amelanótico representa el 1.8% de los melanomas y las metástasis cerebrales son muy raras, el aspecto tomográfico característico de las mismas se describen como lesiones hiperdensas de 30 a 45 UH, muy similar al de la sangre lo que se explica por su alto contenido de melanina; en este caso el aspecto tomográfico no característico distrajo el diagnóstico hacia entidades como toxoplasmosis cerebral, neurocisticercosis, abscesos cerebrales.

Palabras clave. melanoma, amelanótico, metástasis cerebrales.

0203 Tumor neuroendocrino de mediastino en paciente de la novena década de la vida reporte de caso

Sánchez César, Cerda Fidel, Lozada Carlos Alberto, Rosas Axel, Tinoco Maritza
Secretaria de Salud de la Ciudad de México

Introducción. Los tumores neuroendocrinos (TNE) fueron identificados por primera vez a mediados de los años 1800. En 1954 se describió y aceptó por primera vez el síndrome carcinoide como una enfermedad específica. Aproximadamente 25% de los tumores carcinoides se localiza en el aparato respiratorio. Los carcinoides neuroendocrinos, que constituyen hasta 5% de todos los tumores mediastinales y de 1 a 5% de las neoplasias torácicas, están compuestos por múltiples gránulos neurosecretores que sintetizan y almacenan sustancias neurohumorales cuya liberación puede provocar síndrome del carcinoide. En México solo han sido publicados reportes de casos, por lo que no es posible obtener una estadística adecuada. **Descripción del caso:** Masculino de 84 años, originario de Tabasco, residencia Ciudad de México, prostatectomía hace 12 años, resto de antecedentes negativos. Inicia un mes previo con

escalofríos, astenia y adinamia, valorado por médico particular, radiografía de tórax mostró neumonía y un tumor mediastinal con ensanchamiento que detonó los estudios subsecuentes, enviado a valoración a hospital de segundo nivel con TAC de tórax y realización de BAAF mediastinal, reporte de histopatología, linfoma de células grandes, inmunohistoquímica, con reporte de carcinoma neuroendocrino de células grandes de alto grado. Se realizó nueva TAC de tórax, reportó infiltración ósea y cardiovascular. Tratado con sandostatina, 4 dosis. Reporte Histopatología: Linfoma de células grandes Inmunohistoquímica: Ki67 10%, cromogranina 0, Sinaptofisina >50%. Carcinoma neuroendocrino de células grandes de alto grado. TAC Tórax simple y contrastado: Tumor neuroendocrino en mediastino anterior, dimensiones 120x74x112mm. Adenopatías supraclaviculares, mediastinales y axilares: infiltración ósea y cardiovascular. Dada la complejidad del cuadro clínico, la evolución y el resultado en el paciente, es de gran importancia resaltar el manejo multidisciplinario por especialistas en medicina interna, neumología, cirugía de tórax, endocrinología y terapia intensiva. **Conclusiones.** La edad a la presentación de los TNE de pulmón es de 64 años, en tanto que en el caso de los TNE de timo es de 59 años. El mediastino es un área

anatómica con diferentes estructuras en las que se localiza una gran variedad de tumores. Los carcinomas neuroendocrinos, aunque raros, son lesiones altamente malignas. El carcinoma neuroendocrino de células grandes es considerado como un subgrupo de carcinomas de células grandes y el pulmonar de células pequeñas es una categoría independiente. Para los TNE primarios de pulmón y mediastino no existe un tratamiento definido debido a que los estudios clínicos presentan pocos casos con estas localizaciones.

Palabras clave. neuroendocrino, mediastino, geriátrico, torax, oncología, caso.

0207 Tromboembolia pulmonar masiva y trombosis venosa profunda secundarias a estado de hipercoagulabilidad asociado a malignidad. Adenocarcinoma bien diferenciado de colon izquierdo. Reporte de caso

González César Leonardo, Tarazona Félix Andrés, Ramos Guadalupe, Cabrera Diana Sofía, Hernández Ulises, Sánchez Virginia Hipólita
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción. La asociación tromboembolismo venoso (TEV) y cáncer fue descrita hace más de 150 años. Se sabe que pacientes con malignidad presentan de 7 veces mayor riesgo de evento de TEV, y esto

aumenta la mortalidad 6 veces. 10% de los pacientes que presentan TEV aislada, tras un protocolo adecuado tendrán un proceso maligno, siendo esta la segunda causa de muerte en ellos. Sin embargo, poco se sabe de la asociación entre cáncer de colon y TEV. **Objetivo.** Exponer la relación entre TEV como manifestación catastrófica de Neoplasia de Colon. **Exposición del caso.** Paciente de 36 años con insuficiencia hepática de etiología determinar de 2 meses de diagnóstico. Presenta cuadro de 1 año de pérdida de peso involuntaria de 12 kg y 4 meses de evolución de diarrea crónica sin dolor abdominal. Asociado presenta edema en miembros pélvicos de predominio izquierdo. Ingres a por disnea súbita y dolor torácico. Al examen físico con TA 90/60 mmHg, sin ingurgitación yugular, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, precordio hiperdinámico, se considera estado de choque cardiogénico. **Laboratorios:** dímero D:6565, troponina I:1.659, CA 125:396, AFP:1.05, ACE: 7.38, Sangre oculta en heces positiva. AngioTAC tórax: tromboembolia pulmonar aguda bilateral de ramas segmentarias asociado a derrame pleural. TAC abdominopélvico: proceso neoplásico que compromete íleon distal y colon ascendente. US Doppler de miembros pélvicos: trombosis venosa parcial de porción distal de vena ilíaca externa derecha, trombosis parcial de la

vena femoral y poplítea izquierda, trombosis total de la vena safena mayor a nivel del cayado derecho y trombosis total de la vena tibial anterior derecha. ECOT: FEVI 40%, PSAP 61mmHg, insuficiencia tricúspide leve, VD con hipertrofia y dilatación, TAPSE 14mm, AD dilatada área de 19mm, se concluye cardiopatía hipertensiva pulmonar. Colonoscopia: Colon ascendente inmediatamente superior a válvula ileocecal, con lesión de aspecto neoplásico, estenosante, extensión de 8 cm longitudinalmente, abarca circunferencia del órgano. Se toman biopsias. Histopatológico: Adenocarcinoma bien diferenciado de colon izquierdo. Se presenta caso de TEP agudo y trombosis venosa profunda complicada con choque cardiogénico, tras el protocolo diagnóstico se documentó neoplasia de colon como causa probable, a pesar de trombólisis en TEP, la profilaxis antitrombótica y manejo del choque, durante su evolución el paciente presenta coagulación intravascular diseminada y fallece. **Conclusiones.** Muchos son los mecanismos propuestos para trombosis asociada a cáncer, la lesión vascular directa por infiltración, la estasis venosa producida por la compresión de lechos venosos, y la producción de factores capaces de activar la hemostasia secundaria son los más conocidos. El cáncer de colon no es una neoplasia

reconocida con alto riesgo para trombosis. Exponemos el caso de un paciente con este tipo de neoplasia cuyo debut y complicaciones se asocia a estado de hipercoagulabilidad. **Palabras clave.** neoplasia, trombosis, cáncer de colon, tromboembolia pulmonar, choque cardiogénico, trombosis venosa profunda.

0222 Asociación entre infección por mycobacterium tuberculosis diseminada y adenocarcinoma pulmonar: reporte de caso

Aquino José Miguel, Colli Mariana Berenice, Tapía Marcela, Cruz Rodrigo Zenón, González Israel Abraham, Cruz Antonio
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción. El cáncer de pulmón representa el 19.3% de la mortalidad por cáncer en todo el mundo. La comprensión de las causas del cáncer de pulmón es de gran importancia. Se ha especulado que M. tuberculosis, está estrechamente vinculado a la aparición de cáncer. **Objetivo.** Descripción del caso de una mujer portadora de tuberculosis diseminada, como factor de riesgo para el desarrollo de adenocarcinoma pulmonar. **Exposición del caso.** Mujer de 46 años con DM2 que inicia con tos productiva expectoración hialina de predominio nocturno, no hemoptoica e hiporexia, disnea grado II y dolor torácico de tipo

opresivo, asociado a esfuerzo. Se agrega disnea paroxística nocturna y progresa hasta la ortopnea por lo que consulta. A la exploración física con taquipnea y desaturación capilar de O₂ del 80%, se encuentran crecimientos ganglionares cervicales. Radiografía de tórax con patrón retículo nodular, imagen de silueta cardiaca en garrafa. ECG con alternancia eléctrica. Se realiza ETT con derrame pericárdico de 800ml, sin compromiso hemodinámico. Se realiza ventana pericárdica, drenando 500ml, se realiza biopsia pericárdica con reporte de tejido fibroconectivo e inflamación crónica. Se obtiene ADA en líquido pericárdico de 64 UI/dl, con BAAR y XpertTM no detectado. En TAC-AR de tórax se encuentra con bronquiectasias e infiltrado micronodular. Cultivo de tejidos (ganglio cervical) con aislamiento de M. tuberculosis. Se inicia tratamiento con anti tuberculoso fase intensiva, presentando mejoría de la sintomatología. Un mes posterior al inicio del tratamiento, inicia con crecimiento de la mama derecha y edema del tejido circundante, en USG y mastografía con imágenes con mastopatía inflamatoria. Se obtiene biopsia de mama, con inflamación granulomatosa y mastitis linfocítica. Se completa estudio con inmunohistoquímica de ganglio cervical que resulta positiva para CK 5, 6 y 7, TTF1, lo que confirma

adenocarcinoma pulmonar metastásico. **Conclusiones.** Se ha sugerido que la infección por *M. tuberculosis* puede favorecer el desarrollo de cáncer, se ha propuesto que la pared de las micobacterias pudiera actuar como algunos virus carcinogénicos al inducir la integración de su ADN, cambios en relación a inflamación crónica pueden ser el único hallazgo en el estudio de patología de tejidos con sospecha de infección por *Mycobacterias*. Por consiguiente, para evitar el fracaso en el diagnóstico de *M. tuberculosis* se debe optar por un método diagnóstico con alta sensibilidad como; tinciones especiales para detección de bacilos ácido alcohol resistente, tinción inmunohistoquímica y aislamiento. Ello con el fin de evitar retrasos en las estadificación y tratamiento.

Palabras clave. asociación, tuberculosis diseminada, cultivo de tejido, adenocarcinoma pulmonar, enfermedad metastásica, inmunohistoquímica.

0297 Derrame pericárdico asociado a tumor primario desconocido, presentación de un caso clínico del servicio de Medicina Interna del Hospital Juárez de México

Guerrero Diana Valeria

Hospital Juárez de México

La afectación neoplásica del pericardio es poco frecuente. La infiltración metastásica es más frecuente que los tumores peri-

cárdicos primarios. Predomina la histología de adenocarcinoma y linfomas. La infiltración tumoral se presenta en el 10% de autopsias en pacientes oncológicos. La citología del líquido pericárdico tiene rentabilidad baja. La afectación pericárdica puede representar una urgencia debido al taponamiento pericárdico. Asimismo, contribuye al 80% de muertes en pacientes con cáncer y afectación de pericardio. El cáncer de pulmón es el tumor que con mayor frecuencia infiltra el pericardio (30%), seguido de cerca por el cáncer de mama (25%), y neoplasias hematológicas (15%) de los casos de metástasis pericárdicas. Es de destacar la alta incidencia de metástasis pericárdicas en el melanoma (50%), aunque sólo suponen el 5% de las metástasis pericárdicas. Otras causas de derrame pericárdico en estos pacientes son la pericarditis postradiación, la inducida por fármacos, por obstrucción linfática, infecciosa y el derrame pericárdico crónico idiopático. La manifestación clínica fundamental es el taponamiento cardíaco. El dolor pericárdico es poco frecuente. Los datos de la exploración física corresponden a los del taponamiento cardíaco: elevación de la presión venosa yugular, pulso paradójico y tonos cardíacos apagados. Se trata de paciente femenino de 35 años de edad, ama de casa, niega toxicomanías, sin antecedentes crónico degenerativos,

gesta 2, partos 2, inicia su padecimiento un mes previo a su ingreso con la presencia astenia y adinamia, pérdida de peso no intencionada, no cuantificada, se agrega al cuadro clínico dolor torácico, tipo opresivo, con irradiación a mandíbula, motivo por el cual acude con médico quien realiza ecocardiograma, observándose derrame pericárdico masivo, es enviada a nuestra unidad hospitalaria en donde se realiza pericardiocentesis, obteniendo 500 mililitros de líquido de características hemáticas, en donde se observan abundantes linfocitos y hemosiderófagos, en estudio histopatológico se observan células sugerentes de adenocarcinoma. Estudios de laboratorio al ingreso con presencia de anemia normocítica normocrómica, resto sin alteración. Se realiza tomografía simple y contrastada de cuello, tórax y abdomen, en donde se evidencia derrame pleural del 80% izquierdo, se realiza toracocentesis obteniendo líquido pleural hemático, que cumplía criterios de trasudado, en el análisis histopatológico con abundantes células sugerentes de adenocarcinoma. La paciente falleció por tamponade cardíaco. El derrame pericárdico puede ser la primera manifestación de una neoplasia; frecuentemente el taponamiento pericárdico es de causa tumoral; la localización más frecuente del tumor primario es el tórax; las pruebas diagnósticas más rentables

son toracocentesis, tomografía de tórax y broncoscopia; el derrame pericárdico en una neoplasia indica mal pronóstico a corto plazo.

Palabras clave. derrame pericárdico, tamponade cardíaco, metástasis, pericardio, neoplasia.

0303 Derrame pleural masivo. Diagnóstico diferencial

Méndez Eugenia, Monroy Alberto

Hospital Juárez de México

Introducción. Determinar la causa del derrame pleural es ampliamente facilitado gracias al análisis del líquido pleural, que, aunado a la clínica, resulta diagnóstico en el 75% de los casos. Un diagnóstico definitivo, provisto por la observación de microorganismos específicos o células malignas en el líquido sólo se encuentra en el 25% de los casos. El citoquímico inicial, orienta en el 90% de los casos al posible diagnóstico al diferenciar entre un exudado y un trasudado. **Objetivo.**

A continuación se expone un caso clínico sobre un paciente hospitalizado en el Hospital Juárez de México a cargo del servicio de Medicina Interna, como objetivo mostrar y orientar al protocolo diagnóstico de un derrame pleural unilateral izquierdo con diagnóstico presunto de ser paraneumónico.

Exposición del caso. Se trata de paciente masculino de 73 años de edad con antecedente de

Diabetes mellitus tipo 2 en control, quien ingresa tras cuadro clínico de 1 mes de evolución con disnea progresiva asociada a tos no productiva, pérdida de peso de 10 kg y náuseas ocasionales. A su ingreso evidenciándose al ingreso derrame pleural izquierdo del 100%, al resto de la exploración física sin hallazgos relevantes mas que próstata aumentada de volumen de consistencia blanda, sin más lesiones. Se coloca sonda endopleural, con citoquímico de exudado no complicado, estableciendo diagnóstico de derrame pleural paraneumónico, iniciándose terapia antibiótica e ingresa para protocolo de estudio. Durante estancia con drenaje alto de sonda endopleural, hemático desde el ingreso. Con estudio de líquido pleural: ADA 4.6 U/L, cultivo de líquido pleural bacteriano y micótico negativo, PCR de M. Tuberculosis negativo, citopatológico con células inflamatorias. Durante estancia con laboratorios dentro de la normalidad, exceptuando anemia normocítica normocrómica grado I, así como con marcadores tumorales elevación de antígeno prostático específico 4 veces el valor superior normal. Como protocolo de estudio se realiza pantomografía simple y contrastada con único hallazgo engrosamiento pleural izquierdo; se realiza US de próstata el cual solo revela hiperplasia prostática grado I sin lesiones sospechosas. Se realiza endos-

copia con reporte de úlcera duodenal FORREST III así como probable lesión infiltrativa, con biopsia reportando duodenitis crónica leve con actividad moderada, sin evidencia de células neoplásicas. Dada inconclusión diagnóstica, se realiza biopsia pleuropulmonar izquierda, encontrándose adherencias pleuropulmonares y trombo organizado, con toma de biopsia.

Conclusiones. Cultivo bacteriano pleural con desarrollo de *Acinetobacter baumannii*, cumpliendo esquema antibiótico, con evolución a la mejoría durante estancia, resolución de derrame pleural así como resolución de sintomatología gastrointestinal; se obtiene resultado de biopsia de pulmón de adenocarcinoma primario de pulmón, reporte de pleura adenocarcinoma de pulmón metastásico.

Palabras clave. derrame, pleural, masivo, exudado, maligno.

0316 Carcinoma tímico irrecable, neoplasia poco común, controversias en el tratamiento

Hernández Genaro², Lozada Carlos Alberto², Rosas Axel¹, Cerda Fidel², Tinoco Maritza²

1.ISSSTE Centro Médico Nacional 20 de Noviembre; 2.Secretaría de Salud de la Ciudad de México

Masculino de 60 años de edad, hermana con Linfoma no Hodgkin, madre con cáncer de Páncreas. Hipertensión arterial de 6 años de diagnóstico.

Médico ginecólogo. Inicia padecimiento el 21.11.16 con dolor mandibular, irradiado a cuello y tórax anterior, valoración hospitalaria descarta origen isquémico, 24 hrs después se agrega ortopnea y disnea de pequeños esfuerzos. Radiografía de tórax ensanchamiento mediastinal, TAC de tórax 23.11.16 lesión en mediastino anterior y superior 128x84x74 mm, engrosamiento de pericardio hasta 5.9 mm, deformación de contornos vasculares y derrame pleural bilateral; Ecocardiograma con neoformación 10x8 cm, FEVI 52%; AngioTAC masa heterogénea con zonas hipodensas, realce con contraste, 108x88x73 mm, involucra grandes vasos sin infiltración. Biopsia guiada por TAC, compatible con carcinoma tímico. Se considera no resecable, y del 30.01.17 al 23.04.17 recibe 5 ciclos de quimioterapia con Etopósido + Cisplatino. Revalorado se decide exploración quirúrgica y resección, sin embargo, enfermedad residual. Reporte patología 09.06.17 Tumor neuroendocrino del Timo de células grandes, de alto grado, de 8x5x3.7 cm, bordes quirúrgicos con tumor. Inmuno-histoquímica Cromogranina y Sinaptofisina, positivas y Ki67 positiva 60%. Valorado Agosto 2017, se decide Radioterapia + Quimioterapia, pendiente. Ingresa por Infección de vías respiratorias bajas. Tumor tímico raro, poco diferenciado,

mal pronóstico, con estrategia terapéutica estándar limitada a reportes de caso.

Palabras clave. timo, carcinoma neuroendocrino, pronóstico, tratamiento.

0333 Adenopatía supraclavicular derecha como presentación inicial de cáncer prostático avanzado

Campos María Guadalupe², Flores Dulce Naaraa², Pérez Bernardo², Barqueño Virgen¹, Flores Miguel Guillermo²

1.Hospital General de Zona 2a Troncoso, IMSS; 2.UMAE Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez CMN SXXI, IMSS

Introducción. Las metástasis ganglionares cervicales son frecuentes como presentación tumoral inicial. El diagnóstico diferencial de un adenocarcinoma desconocido incluye tumores gastrointestinales, pulmonares y raramente prostáticos. Las metástasis del cáncer prostático son contiguas, la invasión linfática, local o a distancia, con involucro cervical es < 1%. **Objetivo.** Describir el caso de un paciente con una adenopatía supraclavicular como manifestación inicial de cáncer prostático. **Exposición del caso.** Hombre de 68 años con antecedente de hipertensión y prostatitis. Ingresó con una adenopatía supraclavicular derecha no dolorosa de 8 meses de evolución, de lento crecimiento. Ultrasonido y biopsia

demonstraron adenocarcinoma moderadamente diferenciado, con positividad intensa para Citoqueratinas AE1-3 y 7. La PET-TC mostró adenopatías en cuello, mediastino y retroperitoneo. En el gamagrama hubo captación positiva en áreas ganglionares y una lesión en L1. Endoscopia de tubo digestivo alto y colonoscopia sin hallazgos de malignidad. El antígeno prostático específico fue de 483 ng/ml y la próstata incrementada de tamaño (volumen de 70 cc) en el US. Concluyendo diagnóstico de cáncer de próstata metastásico T4N1M1b.

Conclusiones. Las metástasis ganglionares supraclaviculares en el cáncer prostático son muy raras, en la literatura se han informado sólo 3 casos con afección supraclavicular derecha. Este es el primer caso reportado en nuestro país con dicha presentación clínica.

Palabras clave. adenocarcinoma, próstata, metástasis, adenopatías, supraclavicular, inusual.

0353 Neumonitis fulminante tras aplicación de trastuzumab emtansina. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Lopez Rogelio, Hernandez Roberto, Reyes Isaac, Hernandez Adrian, Paz Alan, Sanchez Eduardo, Garcia Felipe
Hospital Central Norte Petróleos Mexicanos

Introducción. En la terapia del cáncer de mama se han

logrado importantes avances en los últimos años. Sin embargo los fármacos empleados en la práctica oncológica se identifican por numerosos de efectos adversos que conlleva su uso. Trastuzumab emtansina es una de las opciones terapéuticas y dentro de los diversos efectos adversos posibles se reporta neumonitis en un 0.8 a 1.2% de los casos. **Presentación del caso:** Femenino de 61 años de edad. Antecedente de cáncer de mama con metástasis pulmonares y actividad locorregional. Con ingreso reciente por derrame pleural y disnea. Ingresa nuevamente por disnea en reposo. Se identifica neumonitis fulminante. Con defunción el mismo día de ingreso. **Discusión:** Mostramos el desarrollo de una complicación rara pero reportada en la literatura del fármaco en cuestión, esto tras una dosis única de Trastuzumab emtansina y a un mes de su aplicación, así mismo en la evolución radiológica podemos apreciar la rapidez con la que se desarrolló dicha complicación que lamentablemente tuvo un desenlace fatal para la paciente. **Conclusiones.** La neumonitis por Trastuzumab emtansina se ha reportado en un bajo porcentaje de pacientes pero dada la severidad de la complicación debe tenerse en cuenta dentro de los diagnósticos diferenciales para su pronta identificación y evitar confundir que la sintomatología del paciente sea debida a otra

alteración (metástasis, derrame pleural, neumonía, entre otras). **Palabras clave.** neumonitis, fulminante, emtansina, trastuzumab

0392 Ascitis y síndrome nefrótico como manifestaciones iniciales de mesotelioma maligno primario de peritoneo en una mujer de 27 años de edad

Bonilla Raquel, Carreño Paulina, Peralta Ana Lilia, Martínez Pedro, Solano Irlanda, Gracia Edgar Abraham

Departamento de Medicina Interna. UMAE-Especialidades CMN La Raza, IMSS

Introducción. El mesotelioma maligno, es una patología rara. Más frecuente en hombres que en mujeres, el principal factor de riesgo es la exposición a asbesto. **Objetivo.** Presentar un caso de mesotelioma primario peritoneal en mujer joven que inicio con ascitis y síndrome nefrótico. **Caso clínico:** Mujer de 27 años, inició con astenia, adinamia, disnea de medianos esfuerzos, fiebre, diaforesis, pérdida de peso, evolucionó con aumento progresivo del diámetro abdominal, dolor y diarrea. Se documentó anemia normocítica hipocrómica grado 3. Sin evidencia de hemorragia ni de hemolisis, con linfopenia y con trombocitosis. Exploración física con ascitis grado 2. Bioquímicamente pruebas de función hepática sin alteraciones, se descartó patología autoinmune e infecciosa

(ANAS, ANCAS, ADN, ENAS, VHC, VHB, VIH y hemocultivos negativos). Proteinuria 3.97g/24 horas, creatinina normal. Marcadores tumorales Ca 125 elevado resto negativos, Liquido de Ascitis con gradiente albumina sérica-albumina de 0.4, cultivo de Mycobacterium, ADA y papanicolau negativos, US pélvico con tumor hipogástrico (15x5x5cm), TAC simple y contrastada sugestiva de carcinomatosis peritoneal, se realizó LAPE, con biopsia transoperatoria con implantes de adenocarcinoma, reporte final de mesotelioma maligno primario peritoneal, subtipo histológico mixto. **Conclusión:** Se presentó un caso de mesotelioma primario peritoneal, sin antecedente de exposición a asbesto, que se presentó como síndrome nefrótico y ascitis.

Palabras clave. mesotelioma primario peritoneal.

0397 Recurrencia tardía de cáncer gástrico. Presentación de un caso

Juárez Oscar Alfredo, Ramírez de Aguilar Jimena

Centro Médico Nacional Siglo XXI, Hospital de Especialidades. IMSS

Introducción. El cáncer gástrico ha presentado disminución en la incidencia en los últimos años, sin embargo a nivel mundial sigue representando la segunda causa de mortalidad. La cirugía es el tratamiento primario con intención curativa, sin embargo

los pacientes continúan experimentando recurrencia durante el seguimiento. **Objetivo.** Debido al creciente problema que se encuentra con poca mención dentro de la literatura médica, consideramos relevante dentro de la práctica clínica diaria reforzar los conocimientos en factores de riesgo para recurrencia. **Exposición del caso.** Hombre de 62 años de edad con **Antecedentes.** Cáncer gástrico en 1990 tratado con gastrectomía subtotal con recaída en 1995 por lo que se realizó gastrectomía total y esplenectomía. Seguimiento semestral en Hospital de Oncología. Hiperplasia prostática benigna tratada en 2013 con resección transureteral sin complicaciones. Inicia padecimiento tres meses previo a su ingreso, con dolor epigástrico urente, intensidad 6/10, agregado a pérdida de peso de 7 kg en 2 meses. Un mes después, presenta dolor lumbar, opresivo, intensidad 10/10, con irradiación a miembros pélvicos. Se realizó Rx simple de columna y pelvis con evidencia de lesiones líticas por lo que es referido al Hospital de Oncología. A su ingreso al sus paraclínicos indicaron leucocitosis de 43,000 a expensas de linfocitos, bicitopenia, prolongación de TP/TPT. Además se encontraron 4 lesiones en sacabocado en parietal izquierdo. Posteriormente presento dolor abdominal intenso localizado en hipocondrio derecho, asociado a elevación

de bilirrubina directa, ameritando drenaje percutáneo de vía biliar, con posoperatorio tórpido por desarrollo de hemoperitoneo, posterior manejo con laparotomía, con deterioro funcional, cardíaco, hematológico y respiratorio, por lo que se inició AMV, así como plan transfusional para corrección de alteraciones hematológicas. Se realizó aspirado de médula ósea y biopsia de hueso. El reporte de biopsia de hueso presentó infiltración por adenocarcinoma con células en anillo de sello con extensa necrosis IHQ: CKAE1/AE3 positivo intenso en todas las células neoplásicas y negativo para APE. Se mantuvo bajo tratamiento antibiótico, antifúngico, hemotransfusiones, sin mejoría del cuadro, con desarrollo posterior de CID, así como hemorragia masiva pulmonar refractaria a manejo médico siendo la causa de su defunción. Se solicitó estudio de autopsia mediante el cual se determinó Adenocarcinoma gástrico mixto temprano con gastrectomía total y recidiva a los 20 años, con Metástasis a pulmones, pleura, pericardio, ganglios peribronquiales, mediastinales, paraaórticos, mesentéricos, hígado, ascitis, médula ósea de huesos de pelvis y columna lumbosacra. **Conclusiones.** La falta de sintomatología órgano-específica, dificulta considerar el diagnóstico de recurrencia por lo que debemos fortalecer el uso de

herramientas validadas para predecir recurrencia y favorecer diagnósticos tempranos. **Palabras clave.** cáncer gástrico, recurrencia tardía.

0452 Tumor neuroendocrino de sitio primario desconocido

Velázquez Karla Abigail, Malagón José, Tondopó Javier, Mora Mauricio, Ramírez Juan Miguel, Barba Fernando, Pérez Gabriel
UMAE Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI

Introducción. El tumor neuroendocrino (TNE) es un cáncer raro (incidencia 3/100,000 hab) de crecimiento lento, con una edad promedio de presentación de 65 años, relación M:H 1.4:1, 70% son de origen gastrointestinal (íleon (45%), recto (20%), apéndice (16%), colon (11%) y estómago (7%), 25% pulmonar, sin embargo hasta un 10% son de un sitio primario desconocido, cuando esto ocurre usualmente son tumores de bajo grado, pero suelen cursar con metástasis hepáticas presentándose como síndrome carcinoide hasta en un 19% de los casos (diarrea (73%) flushing (65%) taquicardia, broncoespasmo (8%), cardiopatía carcinoide (10%)). La mediana de supervivencia en presencia de metástasis hepática se reporta de 11 meses si el primario es desconocido. **Objetivo.** Describir un caso clínico de un tumor neuroendocrino de origen desconocido después

de una exhaustiva búsqueda del sitio de origen. **Exposición:** Femenino de 55 años, antecedente de trastorno de ansiedad diagnosticado hace 1 año. Cursaba con cuadro clínico de 1 año de evolución con diarrea alternada con estreñimiento, eritema facial asociado a calor generalizado y palpitaciones, en lo relevante de su exploración física con taquicardia, flushing y telangiectasias faciales, hepatomegalia de 6 cm debajo de reborde costal con diversas tumoraciones no delimitadas, fijas, no dolorosas. Al integrar la tríada de síndrome carcinoide, se sospechó en TNE solicitándose TAC de tórax y abdomen, panendoscopia, colonoscopia y USG endovaginal de útero y anexos en búsqueda del tumor primario sin encontrarse el mismo, solo múltiples metástasis hepáticas, se programó para BAAF hepática con reporte de células pequeñas de apariencia maligna, al no tener una conclusión diagnóstica, se solicitó medición de ácido hidroxindol-acético en orina de 24 horas 10.33 mg/día (6-10), Cromogranina A sérica 1206 ng/ml (0-100) y SPECT/CT con análogo de somatostatina (HYDITOC) el cual reporto sobreexpresión de receptores de somatostatina en raíz de mesenterio, hígado, peritoneo y ovarios, se realizó laparotomía diagnóstica sin encontrar tumor primario por lo que se tomó biopsia de tumor hepático con resultado

de metástasis de carcinoma neuroendocrino de bajo grado, falleció 48 horas posterior a cirugía por crisis carcinoide. Se cataloga como tumor neuroendocrino de bajo grado (G1-G2) avanzado de sitio primario desconocido. **Conclusión:** Los tumores neuroendocrinos son poco frecuentes, dado su curso inicialmente indolente siguen siendo diagnosticados tardíamente, existe además una alta proporción en los cuales no se puede establecer el origen del mismo, lo que imposibilita su resección y limita el manejo a reducción quirúrgica de masa tumoral metastásica, quimioterapia en algunos casos y tratamiento sintomático, lo que conlleva un peor pronóstico en dichos pacientes.

Palabras clave. neuroendocrino, carcinoide, somatostatina, cromogranina, flushing, tumor.

0477 Linitis plástica gástrica metastásica simulando enfermedad de Ménétrier. A propósito de un caso

Villaseñor Rosa, Castorena Pedro, Lara Luis Bruno, Lascari Moises, De La Cruz Mercedes Andrea, Santiago Ricardo
Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE

Introducción. El cáncer gástrico ocupa el tercer lugar como causa de muerte por cáncer en el mundo. La linitis plástica gástrica es un adenocarcinoma infiltrante, difuso y maligno. Tiene una presentación clínica

típica, sin embargo el diagnóstico es difícil de establecer ya que es una enfermedad rara y los hallazgos endoscópicos son equívocos, con biopsias frecuentemente negativas. **Objetivo.** Describir la presentación de linitis plástica, así como su usual retraso en el diagnóstico y tratamiento. **Exposición del caso.** Masculino de 58 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica y enfermedad ácido péptica. Inició su padecimiento 3 meses previos a la hospitalización con dolor epigástrico urente, náusea, vómito y saciedad temprana. Acudió con médico que inició tratamiento por sospecha de enfermedad ácido péptica, sin mejoría. Continuó con incremento del dolor, vómito, intolerancia a vía oral, pérdida de 15 kg de peso, ascitis y edema de extremidades inferiores. Un mes después, acudió con otro médico, que por serie gastroduodenal detectó engrosamiento de los pliegues gástricos, solicitó endoscopia que reportó lesión infiltrativa ulcerada en curvatura mayor, solicitó tomografía que mostró ascitis, engrosamiento mucoso a nivel de fundus gástrico y tercio distal de esófago y calcificaciones en retroperitoneo abdominal, el reporte de la biopsia gástrica fue de adenoma faveolar y gastritis moderada inespecífica. Inició tratamiento no especificado, sin mejoría. Por mayor de-

terioro acudió a Urgencias. Durante su abordaje se realizó ultrasonido endoscópico que describió engrosamiento de mucosa gástrica, sin invasión a capas profundas ni hipertrofia ganglionar o vascularización, que sugirió enfermedad de Ménétrier. Se realizaron 4 biopsias gástricas, todas negativas a malignidad. El citoquímico peritoneal mostró predominio linfocítico, negativo malignidad, ADA (-), cultivo para tuberculosis (-). El citoquímico de líquido pleural fue exudado, negativo a malignidad, ADA (-), CA-125 (+). Niveles de gastrina negativos. IgM *H. pylori* (+), IgM citomegalovirus (+), albumina sérica 2.3. Se inició tratamiento antifímico pos sospecha de tuberculosis, sin ser tolerado por vómito. Se planteó la posibilidad de gastrectomía en Y de Roux, sin embargo continuó deterioro rápido y posteriormente falleció.

Conclusiones. La lititis plástica representa un reto diagnóstico por la frecuente negatividad en las biopsias de mucosa gástrica. Se debe sospechar en el paciente joven que presenta pérdida de peso, saciedad temprana, náusea, vómito, dolor epigástrico y ascitis, aunado a engrosamiento de la mucosa gástrica y biopsias negativas para malignidad.

Palabras clave. cáncer gástrico, gastroenterología, Ménétrier.

0503 Factores para recaída en cáncer de mama: datos del registro de cáncer hospitalario de la UMAE-Mérida-IMSS

Cimé Erik Antonio, Acevedo Francisco, Medina Gilberto, Briceño Fernando, Cimé Benito Jesús, Cruz Roxana Azalea, Leal Yelda Aurora
Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción/Antecedentes.

El cáncer de mama es el segundo cáncer más común a nivel mundial, representando el primer lugar en incidencia y la principal causa de muerte por cáncer en mujeres. Su incidencia es de 1.67 millones y mortalidad de 522,000. En México desde el 2006 ocupa el primer lugar en mortalidad asociada a cáncer y el tercero en mortalidad general en mujeres. La recaída es uno de los aspectos más importantes que influye en las altas tasas de mortalidad. Escasos estudios han evaluado a pacientes que ya cursan con dicho diagnóstico y el de los factores que impactan en su recaída. **Objetivo.** Determinar los factores para recaída en mujeres con cáncer de mama diagnosticadas entre 01 de Enero de 2010 a 31 de Diciembre de 2013 a partir de datos del registro de cáncer hospitalario de la Unidad Médica de Alta Especialidad-Mérida-IMSS.

Material y métodos. Diseño cohorte histórico. longitudinal, observacional, analítico, retrospectivo. Llevado a cabo en la UMAE-Mérida-IMSS. Se incluyeron todos los expedientes de las pacientes ≥ 18 años con diagnóstico de cáncer de

mama confirmado por reporte histopatológico. Los registros se capturaron en una base de datos de Excel y se analizaron en el software SPSS 20.0. Las variables nominales y ordinales son reportadas en frecuencias, las de razón en medidas de tendencia central y de dispersión. Mediante el modelo de Kaplan-Meier se determinó la media y desviación estándar del tiempo de sobrevida para los grupos de pacientes con y sin recaída en función de cada una de las variables independientes. Posteriormente se comparó la sobrevida entre los grupos para cada caso utilizando la prueba de Logrank de Mantel-Cox, determinando el hazard ratio mediante el modelo de riesgo proporcional de Cox. Aquellas que resultaron estadísticamente significativas ($p < 0.05$) se consideraron factores independientes. **Resultados.** Las pacientes que cursaron con recaída contaron con una media de 55 años de edad, con predominio de sobrepeso (38.7%), tamaño tumoral clínico T4 (44.8%), estadio IIIB (31.0%), grado histológico poco diferenciado (61.3%), tipo histológico ductal infiltrante (74.2%) y subtipo luminal A (45.2%). La presencia de metástasis a órgano distal al diagnóstico (HR 7.45, IC 95% 2.1-26.1, $p = 0.002$), estadio clínico avanzado (HR 3.35, IC 95% 1.4-7.6, $p = 0.004$), índice ganglionar alto (HR 4.33, IC 95% 1.2-14.6, $p = 0.018$) y el

subtipo triple negativo (HR 2.94, IC 95% 1.3-8.4, p 0.044) resultaron ser variables independientes de riesgo para presentar recaída. **Conclusiones.** Son factores independientes para presentar recaída la presencia de metástasis a órgano distal al diagnóstico, estadio clínico avanzado, índice ganglionar alto y un subtipo triple negativo. La presencia de estas variables en la evaluación clínica de la paciente y patológica del tumor resulta de principal importancia durante el seguimiento con la finalidad de identificar a aquellas pacientes que cursan con un riesgo mayor de presentar recaída.

Palabras clave. cáncer de mama, recaída, metástasis, estadio clínico, índice ganglionar, triple negativo.

0504 Síndrome de Sezary: linfoma eritrodérmico de células T como variante rara de linfomas, presentación de un caso

Diestel Jarumi Crystal, Briceño Fernando, Zaldivar Nedele

Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital de Especialidades CMN La Raza

Introducción. Los linfomas cutáneos son un grupo heterogéneo constituido por numerosos subtipos de linfomas T y B. Se trata de la segunda localización más frecuente de linfomas extraganglionares, 75% de tipo T. La eritrodermia es un eritema más o menos escamoso que afecta a más del

90% de la superficie corporal, en el caso de los linfomas T eritrodérmicos, la eritrodermia es crónica y pigmentada, edematosa, infiltrada y pruriginosa, o muy seca y descamativa. La dificultad diagnóstica se basa en que, la erupción a menudo pierde sus características clínicas iniciales y específicas. Las pruebas complementarias orientan el diagnóstico, la identificación de la etiología por simple análisis histológico, es de aproximadamente un 30%, por lo cual es esencial la confrontación anatomoclínica.

Objetivo. Presentar un caso de síndrome de Sezary, de baja incidencia pero con clínica característica y pronóstico sombrío ante el retraso diagnóstico.

Exposición del caso. Masculino de 47 años, con tabaquismo de 16 paquetes/año, sin otro antecedente de importancia. Inicia hace 7 años con dermatosis localizada en rostro y torax anterior: placa eritematosa de bordes irregulares, descamación fina, pruriginosa tratado con cloroquina con mejoría parcial sin remisión completa. En el 2016 presenta agudización con generalización de dermatosis, abarcando rostro, torax anterior, y extremidades, refiriendo prurito intenso, por lo que acude a su hospital general donde se inicia ciclosporina, identificándose una pérdida de peso significativa de 10 kg en 4 meses (12%), pérdida de cabello, diaforesis nocturna profusa además de, hepatomegalia y

aparición de adenomegalias cervical izquierda, e inguinales bilaterales no dolorosas a la palpación. Se envía a Medicina Interna para protocolo de estudio. Paraclínicos: ACE:7.29, Ca 125, Ca 19.9:4.81, PCR:86.2, TORCH: (-), Alb:2.4. TC de cuello, torax y abdomen múltiples adenopatías en todos los niveles cervicales, axilas y retroperitoneo, en su mayoría ovoides, algunos sin hilio graso. Biopsia de piel: epidermis con atrofia, infiltrado subepidérmico en banda de linfocitos de núcleo aumentado de tamaño, hiper Cromático, con indentaciones, patrón perivascular. Frotis SP: Linfocitos con relación núcleo/citoplasma aumentada, indentaciones nucleares estrechas, de aspecto cerebriforme. **Conclusiones.** En fases avanzadas de linfomas cutáneos de células T se observan linfadenopatías y afección de órganos internos, como hígado, bazo, pulmón, tracto gastrointestinal y médula ósea, el síndrome de Sezary se define por la triada de eritrodermia, linfadenopatías generalizadas y presencia de células T neoplásicas en piel, ganglios linfáticos y sangre periférica. El pronóstico de estos pacientes está relacionado con la extensión y el tipo de lesiones, la presencia o no de adenopatías y el involucro visceral y de sangre periférica. Suele ser de evolución lenta, por lo cual es importante y factible la identificación de la clínica en estadios iniciales.

Palabras clave. síndrome de Sezary, linfoma, eritrodermia.

0522 Acidosis láctica como presentación inicial en linfoma de células B grandes: presentación de un caso y revisión de la literatura

Ávila Juan Raúl, Villela Atenas, Flores Guillermo

Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción. La acidosis láctica tipo B se produce en contexto de normoperfusión, asociada a hepatopatías, deficiencia de tiamina, toxinas, neoplasias, entre otras. Es una complicación rara de las neoplasias y el linfoma no Hodgkin es el más relacionado. **Objetivo.** Presentar el caso de un paciente con linfoma de células B grandes con acidosis láctica como principal manifestación. **Presentación del caso.** Hombre de 71 años de edad con diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial. Se presentó con 5 días de evolución de dolor abdominal, evacuaciones diarreicas, náusea y vómito, por lo que acudió a CMN Siglo XXI. A su ingreso presentaba deshidratación, lesión renal aguda AKI 3 y acidosis láctica. Se mejoró el estado de hidratación y en el día 5 presentó disminución de azoados, persistiendo con acidosis láctica. En busca de otras causas se solicitó tomografía de abdomen, encontrando múltiples adenomegalias. En el día 6 presentó hemorragia

digestiva alta, se realizó endoscopia evidenciando múltiples úlceras gástricas y por biopsia se confirmó diagnóstico de linfoma difuso de células B grandes. **Conclusión.** Se sabe poco sobre la fisiopatología pero se ha demostrado que el metabolismo de la mayoría de células tumorales depende de la glucólisis anaerobia (efecto Warburg), pudiendo garantizar la presencia de sustratos para facilitar el crecimiento y proliferación tumoral. Se desconoce la incidencia de esta complicación pero se relaciona con mal pronóstico y el tratamiento es controversial.

Palabras clave. acidosis láctica, linfoma, efecto Warburg.

0532 Granuloma letal de la línea media, reporte de caso

Jimenez Diego, Lopez Alin Cristela, Fernandez Joaquin Hernan, Niño Sandra Kira, Contreras Candido, Onofre Hector Ulises, Delon Nahima
Centro de Alta Especialidad Rafael Lucio

Introducción. El granuloma letal de la línea media tiene un espectro clínico que abarca diversas etiologías entre las que destacan infecciones y neoplasias. Los linfomas de células T periféricos son un grupo heterogéneo de neoplasias agresivas, corresponden al 15% de todos los linfomas no Hodgkin, de estos el linfoma de células T/NK extranodal es la causa más común del granuloma letal de

la línea media. **Presentación del caso.** Hombre de 66 años con antecedente familiar de anemia aplásica. Inició 6 meses previos a su ingreso con secreción mucopurulenta de narina izquierda y aparición de nódulo en cara anterolateral de pirámide nasal izquierda, fue valorado por otorrinolaringología quien inició tratamiento antimicrobiano por sinusitis crónica con remisión de la secreción. Progresó con aumento de tamaño y edema de nódulo nasal con dificultad al flujo de aire por cavidad nasal izquierda motivo por el que se realizó toma de biopsia del tumor nasal con reporte histopatológico de necrosis, inflamación aguda e infección por *Actinomyces* sp, fue egresado con cefalosporinas de 3ª generación. Continuó seguimiento por consulta externa con evolución tórpida, mayor dificultad al flujo de aire por cavidad nasal, pérdida de peso 15 kg, astenia y adinamia por lo cual se ingresó a hospitalización. TA 110/80 mmHg, FC 80 x', FR 18 x', Temp 36.8 °C, peso 55 Kg, Talla 1.65 mts IMC 20.2 km/m2. Edad aparente igual a la cronológica, con tumor en pirámide nasal izquierda que deforma región centrofacial con edema peritumoral. Lesión tumoral exofítica, de bordes irregulares, eritema e hipermia que se extiende a región palpebral e imposibilita su apertura. Hb 9.7 g/L, leucocitos 2490, plaquetas 84,000. TAC de cráneo simple y contrastada

con tumor en región de cavidad nasal periférica con realce a la administración de contraste y en el centro zonas de necrosis. El reporte histopatológico fue compatible con linfoma. **Conclusiones.** El granuloma letal de la línea media es una patología poco frecuente que tiene gran variación de un país a otro, se ha descrito en todas las razas y se han establecido diversas etiologías. En el caso de nuestro paciente cursó con dos agentes etiológicos; el actinomicas como probable causa infecciosa y el linfoma, este último fue considerado como el principal agente causal lo que condicionó mal pronóstico y mala evolución.

Palabras clave. granuloma letal, línea media, linfoma.

0541 Tumor de células germinales: reporte de un caso

Santana Israel, Peralta Ana Lilia, Martinez Emmanuel, Galindo Roberto, Bahena Josue
HE Centro Médico Nacional La Raza

Introducción. Los tumores de células germinales extragonádicos está calculado en un 7% en menores de 20 años. Es considerada la segunda neoplasia más frecuente, sólo superada por los linfomas de Hodgkin. Suelen aparecer en localizaciones de la línea media. En los adultos, los sitios más comunes, por orden de frecuencia, son el mediastino anterior, el retroperitoneo, la región pineal y

supraselar. La AFP o la fracción beta-HCG están elevadas en el 85% de los casos. **Caso:** Masculino de 19 años de edad sin antecedentes de importancia para su padecimiento. Inicia con dolor lumbar y edema testicular izquierdo. Agregándose cefalea y pérdida de 13 kg en 3 meses. Ingres a hospitalización por disnea súbita y deterioro respiratorio ameritando intubación. EF: cadenas ganglionares no significativas, tumoración de 1x1.5cm en polo superior de testículo izquierdo, botón mamario bilateral y disminución de vello facial y torácico. Distribución de vello púbico de tipo ginecoide. Laboratorio y gabinete: DHL 3293 U/L. Hb 7.1 g/dL VCM 94, HCM 29, Hto 22%, Leu 14.5 x103, Plt 523 x103. Coombs Negativo, Reticulocitos corregidos 3%. ACE 1.6 ng/ml, AFP 5.7 UI/ml, HGC > 5000 UI/ml. Radiografía de tórax: parénquima pulmonar con radioopacidades nodulares diseminadas la mayor de 6.7 cm en hemitorax izquierdo. TAC cráneo lesiones nodulares en región frontal y parietal bilateral, quiste aracnoideo frontal izquierdo y en fosa posterior. TAC toracoabdominal: lesiones nodulares con centro necrótico que realzan al contraste, con afectación pleural, pulmonar, hepática y retroperitoneal. Reporte necropsia: coriocarcinoma extragonadal.

Conclusión: Los tumores de células germinales extragonadales representan menos del

15%. Considerado el coriocarcinoma el subtipo histológico de peor pronóstico por diseminación hematogena temprana y enfermedad metastásica al momento del diagnóstico, de aquí la importancia de una sospecha diagnóstica clínica e inicio de tratamiento oportuno.

Palabras clave. tumor, células, germinales, coriocarcinoma.

0544 Metástasis suprarrenal bilateral como primera manifestación de adenocarcinoma pulmonar

Gonzalez Luis Alfredo, Albarran Carlos, Caspeta Oscar
UMAE 25 Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción. Las metástasis en la glándula suprarrenal no son infrecuentes, en el 27% de los tumores diseminados hay afectación de la misma. La causa de la alta incidencia de metástasis suprarrenal no está bien establecida, aunque podría justificarlo el alto volumen sanguíneo de este órgano junto a su marcada vascularización sinusoidal. En algunos carcinomas pulmonares, en especial el adenocarcinoma, las metástasis en la glándula suprarrenal pueden ser bilaterales, pero muy infrecuentemente es la forma clínica de presentación de un tumor. Muy pocos informes de caso de esta forma de presentación clínica han sido publicados hasta la fecha. Actualmente, con la utilización rutinaria de los distintos estudios radiológicos en

los pacientes es cada vez más frecuente que nos encontremos ante masas suprarrenales de origen incierto. **Objetivo.** Presentación de un caso clínico de adenocarcinoma pulmonar con metástasis suprarrenal bilateral como primera manifestación clínica. **Exposición del caso.** Masculino de 60 años de edad sin antecedentes de importancia con cuadro clínico de 2 meses de evolución con dolor tipo opresivo, intermitente, localizado en hipocondrio derecho, sin irradiaciones, no relacionado con los alimentos. Refiere pérdida de peso de 9 kg durante este periodo. Niega la presencia de tos, hemoptisis, disnea o dolor torácico. Estudios: Glu 106 mg/dL, Urea 21 mg/dL, BUN 9 mg/dL, Cr 0.9 mg/dL, BT 0.3 mg/dL, BD 0.1 mg/dL, BI 0.2 mg/dL, AST 23 U/L, ALT 32 U/L, DHL 169 U/L, ALB 4.4, FA 74 U/L, GGT 35 U/L, Na 137 mmol/L, K 4.1 mmol/L. Leu 6,349, Neu 4,500, Lin 900, Hb 11.9 g/dL, Hto 38.5%, VCM 88.7 fL, HCM 27.5 pg, Plt 174,000. ACTH: 69.8 pg/ml, REN 0.91 ng/ml/hr, ALD 19.2 pg/ml, CORT 12.2 ug/dl, DHEAS 70.4 ug/dl, 17HID 2.67 ng/ml, EPIN 32 pg/ml, NORA 258 pg/ml, DOPA 27 pg/ml. USG Abdominal: Masas localizadas en glándulas suprarrenales de manera bilateral. TC Abdominal: Masas suprarrenales bilaterales de bordes irregulares y densidad heterogénea, la derecha mide 6.9 x 3.4 cm y la izquierda 7.8

x 5.1 cm. Quistes hepáticos simples. TC glándulas suprarrenales con lavado post contraste: derecha 32 UH e izquierda 40 UH. TC Tórax: Lesión tumoral apical izquierda de bordes mal definidos, irregulares, densidad heterogénea, que mide 4.3 x 3.4 x 3 cm. Biopsia endobronquial apical izquierda: adenocarcinoma pulmonar. **Conclusiones.** En nuestro país son pocos los casos reportados de afectación metastásica bilateral de la glándula suprarrenal por adenocarcinoma pulmonar y mucho menos como primera manifestación clínica, por lo tanto no existen estadísticas sobre la incidencia o prevalencia de esta forma de presentación. La conducta a seguir en los pacientes con metástasis adrenal bilateral no está bien establecida, aunque de acuerdo a los últimos resultados publicados la supervivencia en estos pacientes es en general baja y el tratamiento quirúrgico tiene carácter paliativo.

Palabras clave. metastasis, suprarrenal, manifestacion, adenocarcinoma, pulmonar, bilateral.

0564 Uveitis aguda como complicación ocular posterior a la administración de ácido zoledrónico en paciente con cáncer de mama metastásico a hueso: reporte de caso clínico

Sánchez Silvia Berenice, Kuri Roberto, Marín Héctor, Ortiz Juan Gerardo, Martínez Liz Jovanna
Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío

Introducción. El ácido zoledrónico (AZ) se utiliza en el tratamiento de metástasis óseas de mama, pulmón y próstata. Tiene efecto antitumoral al inducir en células tumorales a apoptosis, disminuye la aparición de nuevas lesiones líticas, osteolisis por tumor y carga tumoral ósea. **Objetivo.** Presentar el caso clínico de una mujer con Uveitis aguda (UA) posterior a la administración de AZ. **Caso Clínico:** Femenino de 47 años, en abril de 2008 se le diagnosticó carcinoma canalicular infiltrante de la mama derecha, grado II, T4bN0M1 por enfermedad ósea en arcos costales y fémur derecho, hormonossensible con RE 30% REp 60% Her2 (-). Tratada con quimioterapia neoadyuvante, mastectomía radical modificada, Terapia Hormonal y Radioterapia El 06 de marzo de 2009, se le administro AZ 4mg en infusión intravenosa sin embargo presentó hiperemia conjuntival y dolor ocular 24 hrs después valorada por oftalmología con AV 20/40 PIO 14 mmHg, segmento anterior con hiperemia, cornea sin alteraciones. Se suspendió AZ y se dio tratamiento tópico. **Conclusión.** Los efectos secundarios de bifosfonatos son síndrome gripal, dispepsia, náusea y dolor epigástrico. Se han reportado complicaciones oculares; UA, conjuntivitis, edema palpebral, neuritis óptica o retrobulbar en un 0.8% a 1.1%. Hay menos de 25 casos reportados en la

literatura, relacionada en mayor frecuencia con el uso AZ; En el HRAEB posterior a su administración 68 pacientes solo una presento esta complicación. .

Palabras clave. uveítis, cáncer de mama, metástasis, ácido zoledrónico.

0597 Sarcoma de células claras. Reporte de caso

Rueda Alma Angélica, Peralta Ana Lilia, Bravo Verónica
HE CMN La Raza Antonio Fraga Mouret

Antecedente: El sarcoma de células claras es una entidad rara, maligna, caracterizada por tumor de tejidos blandos de crecimiento lento, indoloro, nodular, localizado en talón, tobillo y aponeurosis plantar.

Informe de caso: mujer de 47 años, sin crónico degenerativos. AGO: G3,P3,A0,C0; portadora de DIU por 22 años. Inicia con dolor lumbar en miembro pélvico izquierdo, urente, intensidad 4/10, un mes después se agrega aumento de volumen, hiperemia y dolor ipsilateral; fiebre vespertina 38°C, diaforesis, leucorrea no fétida, acude a facultativo, encontrando leucocitosis 40,000 u/L, se diagnostica cervicovaginitis, siendo retirado el DIU e inicia antibioticoterapia, sin mostrar mejoría. Se realiza USG Doppler con reporte de trombosis venosa profunda de miembro pélvico izquierdo, iniciándose anticoagulación oral; Un mes después reingresa

con hiporexia, astenia, adinamia e hipersomnias, pérdida de peso 12 kg en 2 meses, fiebre nocturna y diaforesis profusa, mal estado general, alteraciones del estado de alerta y lenguaje incoherente, con deshidratación importante, iniciándose restitución hídrica; se ingresa para protocolo de estudio. Se realiza TC de abdomen encontrando tumor abdominopélvico probable cáncer de ovario, acude a Oncología con sangrado uterino anormal y anemia severa, se realiza LAPE con drenaje de aparente absceso retroperitoneal, se toman biopsias reportando reacción crónica xantomatosa, sin evidencia de malignidad. Presenta evolución tórpida, ingresa a UCI persistiendo con leucocitosis y fiebre. Fue valorada por Hematología quien descarta patología maligna hematológica concluyendo leucocitosis reactiva. Presenta evacuaciones diarreas y ante sospecha de colitis pseudomembranosa se inicia antibioticoterapia. Ingres a Medicina Interna por neoplasia abscedada con síndromes paraneoplásicos múltiples (reacción leucemoide, hipercalcemia grave) se inician medidas antihipercalcémicas mostrando disminución de hipercalcemia y mejoría neurológica. Se realiza nueva TC abdominopélvica documentando tumor retroperitoneal, con lesión lítica en sacro, colección en flanco, hipocondrio y fosa iliaca izquierdos, siendo drenada vía

percutánea, con cultivos reportados sin desarrollo. Se ajusta antibiótico y se toma biopsia. Posteriormente presenta coagulopatía y trombocitopenia grave, hemorragia digestiva alta y datos de choque, sin respuesta a reanimación intensiva. La paciente fallece un día después. Se reporta biopsia preliminar de adenocarcinoma epitelial poco diferenciado pb origen gastrointestinal EMA+, Citoqueratina E1/AE3 +, Desmina- y Melan A -. Finalmente por necropsia se reporta sarcoma de células claras. **Comentario:** el sarcoma de células claras es una entidad con manifestaciones atípicas, propias del "tumor del internista". La paciente debutó con aparente sepsis abdominal y síndromes paraneoplásicos. Es importante sospechar esta patología, pues su pronóstico es malo por la frecuente recidiva y alta mortalidad en el primer año.

Palabras clave. sarcoma, células claras, paraneoplásicos, hipercalcemia, leucemoide, tumor.

0598 Colangiocarcinoma intrahepático bien diferenciado. Reporte de caso

Rodríguez Judith¹, Pineda Luis Francisco¹, Vera Olga Lidia¹, Carreño Paulina¹, Miyagui Sayako Mariana¹, Macías María de los Ángeles², García Alejandra³

1.Departamento de Medicina Interna; 2.Departamento de Anatomía Patológica; 3.Departamento de Radiología

UMAE-Especialidades CMN La Raza. IMSS

Introducción. El colangiocarcinoma es un grupo de tumores malignos del epitelio de los conductos biliares, se clasifica como intrahepático (iCC), perihilar o distal. El iCC es la 2ª neoplasia maligna primaria más frecuente del hígado, es una patología rara, representa < 2% de los tumores malignos.

Objetivo. Presentar un caso con síntomas inespecíficos y signos radiológicos típicos de iCC.

Exposición del caso. Mujer 85 años. Historia de DM tipo 2 en autocontrol, HAS en tratamiento, enfermedad diverticular y hemorroidal, alérgica a penicilina, transfusionales positivos. Cuadro clínico de 3 meses con astenia, adinamia, hiporexia, dolor abdominal, náusea, vómito, plenitud gástrica temprana y pérdida ponderal de 15 kg. Atención inicial en otro hospital de 3er nivel donde inician protocolo de estudio encontrando leucocitosis (17,300 mm³), funcionamiento hepático con colestasis sin hiperbilirrubinemia (ALT/FA 0.41, BT 0.51 mg/dl) y TAC de abdomen con hígado irregular, múltiples lesiones periportales, vía biliar normal, adenopatías peripancreáticas y periportales. Referida por lesiones hepáticas metastásicas. Clínicamente anictérica, ascitis grado 2, hepatomegalia de 3 cm, tumor palpable en hipocondrio derecho de consistencia firme, doloroso a la

palpación. **Laboratorios:** Glc 95, Cr 0.4, Na 139, K 3.8, Hb 12.7, Hto 38.1, VCM 84, HCM 28.1, leucos 13 mil, NT 86.4%, plq 272 mil, TP 15.1, ALT 43, AST 288, GGT 250 UI/l, DHL 2,237 UI/l, albúmina 2.8 mg/dL, serología para VHC y VHB no reactiva. Marcadores tumorales Ca-19.9 de 110.9 UI/ml, ACE 1.95 UI/ml y AFP 44.4 UI/ml. Serie ósea y gammagrama óseo sin evidencia de patología metastásica. TC de abdomen trifásica: múltiples lesiones hepáticas en la totalidad de los segmentos, reforzamiento anular y lavado indicativo de metástasis, dilatación de la vía biliar extrahepática y ganglios de aspecto infiltrativo. Colangiografía: hepatomegalia a expensas de lesión en segmentos IV y V, de 90 x 77 x 72 mm, de forma multilobulada, límites mal definidos, retracción capsular, ligeramente isointensa al parénquima en T1, intensidad heterogénea de predominio hiperintenso en T2, realce intenso y heterogéneo postcontraste de la periferia al centro que persiste en la fase tardía, múltiples lesiones satélites de 10 a 40 mm, hiperintensas en T2 con centro de mayor intensidad, en relación a iCC con metástasis hepáticas (T3 N1 M0). Biopsia hepática guiada por USG: adenocarcinoma bien diferenciado con abundante fibrosis, panel inmunohistoquímico positivo a CK 7, 19 y AE1/AE3, negativo a CK 20, CEA y p53, compatible con tumor primario del tracto

pancreatobiliar. Oncología concluye paciente con ECOG 4 y AT hepática múltiple fuera de tratamiento oncológico por lo que se refiere a cuidados paliativos. **Conclusión.** La presentación clínica del iCC no es específica ni suficiente para el diagnóstico a pesar de combinar datos bioquímicos y radiológicos, por lo que se requiere del estudio histopatológico para el diagnóstico definitivo.

Palabras clave. colangiocarcinoma intrahepático, vía biliar, lesión ocupante de espacio hepático, colangiografía, Ca 19.9.

0603 Caracterización epidemiológica y clínica de las pacientes con lesiones premalignas cervicouterinas atendidas en el Centro Médico Ignacio García Téllez, Mérida, Yucatán

Cimé Erik Antonio¹, Cimé Benito Jesús¹, Sánchez Juan Francisco¹, Cruz Roxana Azalea¹, Marroquin Manuel Alejandro², Leal Yelda Aurora¹

1. Instituto Mexicano del Seguro Social; 2. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Yucatán

Introducción/Antecedentes.

El cáncer cervicouterino es el cuarto lugar en incidencia de todos los cánceres diagnosticados en mujeres a nivel mundial; su incidencia es de 527,624 y mortalidad de 265,653. En México es la segunda neoplasia más común en mujeres,

particularmente en Yucatán, la tasa de mortalidad se encuentra entre las más altas, para el 2009 fue de 11.9/100 000 mujeres. La neoplasia intraepitelial cervical (NIC), lesión precursora del cáncer de cuello uterino, se caracteriza por alteraciones de la maduración y anomalías nucleares, se divide a su vez por grados según su extensión y gravedad, en NIC I, NIC II y NICIII. Es de vital importancia evaluar las variables epidemiológicas y clínicas de las lesiones premalignas cervicouterinas. **Objetivo.** Describir las características epidemiológicas y clínicas de las lesiones premalignas cervicouterinas en pacientes del Centro Médico Ignacio García Téllez Mérida, Yucatán. **Material y métodos.** Estudio Transversal, Descriptivo, Observacional y Retrospectivo que se llevó a cabo en la Unidad de Investigación Médica Yucatán (UIMY) de la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) del IMSS en Mérida, Yucatán, se incluyeron pacientes > 18 años con diagnóstico de lesiones premalignas cervicouterinas confirmadas por reporte histopatológico del 01 de enero del 2004 al 31 de diciembre del 2013. Los registros se capturaron en una base de datos de Excel y se analizaron en el software estadístico SPSS versión 20.0. Las variables dicotómicas se expresaron con frecuencias y porcentajes, las numéricas con medias, medianas y desviación estándar.

Resultados. Se incluyendo 2303 pacientes con lesiones premalignas. Se encontró una mayor presencia de NIC I (73.8%), seguido de NIC III (15.2%) y NIC II (11.0%). Las pacientes que cursaron con estas lesiones contaron con una media de 41 años de edad. En estas mujeres predominó el contar con algún apellido maya (57.1%), encontrarse ante su primera citología (52.1%) y carecer de uso de anticonceptivos orales o DIU (95.6% y 96.5%). Predominaron síntomas y signos inespecíficos de infección cervicouterina con frecuencia cada vez menor de fluido vaginal (59.5%, 54.2% y 44.9%) y mayor de sangrado a medida que se incrementaba el grado de lesión (4.8%, 8.7% y 13.4%). La presencia de infección por VPH determinada por citología se encontró en la mayoría de las pacientes (59.5%), en tanto que la principal coinfección encontrada fue causada por bacterias (50.8%). **Conclusiones.** Predominó NIC I, contar con algún apellido maya, encontrarse ante su primera citología y carecer de uso de anticonceptivos orales o DIU, así como mayor sangrado en lesiones más graves, infección por VPH y coinfección por bacterias. Este estudio contribuyó a identificar aquellas variables epidemiológicas y clínicas más frecuentes en mujeres con lesiones premalignas cervicouterinas en el estado de Yucatán, estableciendo las bases para un perfil

característico en pacientes con lesiones de este tipo.

Palabras clave. neoplasia intraepitelial cervical, VPH, citología, sangrado, Yucatán.

0625 Síndrome de vena cava superior como manifestación de germinoma madiastinal

Acero Orlando Alberto, Peña Danna Maria
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Se trata de paciente masculino de 52 años de edad con únicos antecedentes relevantes consumo de 200 gramos de alcohol cada semana durante 20 años, índice tabáquico: 2 paquetes/año por 20 años, y exposición a humo de biomasa una hora al día, durante aproximadamente 40 años. Inició su padecimiento 2 meses antes del ingreso con tos húmeda no productiva, disnea progresiva hasta ser de pequeños esfuerzos, ortopnea y disnea paroxística nocturna, asociado a pérdida de 10 Kg de peso, consulto a hospital local donde hospitalizan por probable insuficiencia cardíaca. Posteriormente en radiografía de tórax evidencian importante ensanchamiento mediastinal por lo cual es referido a Hospital general de México para protocolo de estudio. Con datos positivos a la exploración física a su ingreso: paciente disneico, cianótico, hidratado, con edema facial, fondo de ojo sin alteraciones evidentes, mucosas húmedas, cuello con aumento

de volumen, ingurgitación yugular grado 3, tórax con ruidos cardíacos rítmicos de bajo tono, ruidos respiratorios sin agregados, las 4 extremidades con edema duro, frío y no doloroso de predominio en miembros torácicos, llenado capilar normal, pulsos simétricos. Se considera que cursa con síndrome de vena cava superior Yale 1, se inicia tratamiento médico con diurético y corticoides. En protocolo de estudio se realiza tomografía simple y contrastada de tórax que reporta una gran lesión localizada en el mediastino anterior que se extiende desde el mediastino supraórtico, subaórtico y parcialmente llega al paracardiaco, ocupando la ventana aorto-pulmonar, de bordes regulares y definidos, homogénea, la cual encasilla y adelgaza a las siguientes estructuras vasculares: tronco braquiocefálico, carótidas, subclavias, así como a la vena cava superior, venas braquiocefálicas y al sistema ácigos. Se observan vasos colaterales en el cuello y hombro del lado izquierdo, de igual manera encasilla a tráquea, bronquios principales y segmentarios. Dentro de sus estudios de laboratorio se destaca hiperuricemia e hipoalbuminemia, y Fracción beta de gonadotropina coriónica humana en 562 mU/ml. Se realiza biopsia por aspiración con aguja fina con reporte de Tumor germinal y biopsia con Trucut, la cual reporta Tumor de Germinoma mediastinal con

inmunohistoquímica CD117, PLAP y OCT4 positivos, ultrasonido testicular sin evidencia de lesiones tumorales. Con mejoría clínica del síndrome de vena cava superior se interconsulta a radio-oncología quienes difieran radioterapia pro riesgo de daño pulmonar y se inicia quimioterapia neoadyuvante por parte de oncología médica, y posterior evaluación por cirugía de tórax para refección quirúrgica. El interés de este caso, es la presentación clínica que fue confundida con insuficiencia cardíaca, debido a los síntomas, pero a la exploración física detallada se exponen los datos sugestivos del síndrome de vena cava superior y se inicia un protocolo de estudio que concluye en el diagnóstico histológico descrito.

Palabras clave. síndrome de vena cava, tumor mediastinal, seminoma.

0637 Síndrome de vena cava superior en una paciente con cáncer de timo

Sánchez María Isabel, Martínez Nohemi

HGR No.1 Carlos Macgregor
Sánchez Navarro IMSS

Introducción. El síndrome de vena cava superior resulta de la obstrucción del flujo sanguíneo a través de la vena cava superior hacia la aurícula derecha causada por compresión externa por un proceso patológico adyacente ya sea de pulmón derecho, ganglios linfáticos y otras

estructuras mediastínicas, o por trombosis dentro de la vena cava. **Antecedentes.** El cáncer de pulmón de células no pequeñas es la causa maligna más común del síndrome de vena cava superior (50%), seguido por el cáncer de pulmón de células pequeñas (22%) y Linfoma no Hodgkin (12%), otros tumores asociados con menor frecuencia son el timoma, neoplasias de células germinales primarias del mediastino, mesotelioma, y tumores sólidos con metástasis en los ganglios linfáticos mediastínicos. **Objetivo.** Presentamos un caso clínico de una paciente con diagnóstico ya establecido de Cáncer de Timo, con presencia de síndrome de vena cava superior durante el curso de su enfermedad. **Exposición del caso.** Femenino de 31 años de edad, inicia padecimiento en julio de 2015 con presencia de tos hialina, emetizante y disneizante, dolor pleurítico intensidad 6/10, astenia, adinamia, hiporexia, pérdida de 5kg en 8 meses y disnea de medianos esfuerzos se realiza radiografía de tórax encontrando cardiomegalia y ensanchamiento mediastinal y ecocardiograma con evidencia de derrame pericárdico de 350ml con FEVI 68%, con tomografía toracoabdominopélvica que evidencia desviación de la tráquea a la derecha, presencia de conglomerados ganglionares, derrame pericárdico, derrame pleural basal bilateral, nódulos pulmonares sugestivos

de enfermedad metastásica, se realiza pericardiocentesis y se diagnostica Cáncer de Timo estadio IV con metástasis a nivel pulmonar, pleural, pericárdica, hepática y ósea, por lo que recibió tratamiento de segunda línea con quimioterapia; durante el curso de la enfermedad presentó edema facial y de ambas extremidades superiores, ingurgitación yugular grado II, presencia de red venosa colateral, ascitis grado II, condensación pulmonar y datos de respuesta inflamatoria sistémica, se dio tratamiento con antibiótico, esteroide, diurético, sin embargo sin mejoría.

Conclusiones. Presentamos el caso de una paciente con antecedente de Cáncer de Timo estadio IV, quien también contaba con la presencia de dispositivo intravenoso, dos factores de riesgo para presentar síndrome de vena cava superior. El diagnóstico es clínico: red venosa colateral, ingurgitación yugular, cianosis de piel y mucosas en la cara, el cuello y los miembros superiores, hemorragia conjuntival y edema en esclavina (cara, el cuello y la parte superior del tórax), con síntomas como cefalea, somnolencia, vértigo y disnea (el más común). Dentro del tratamiento se incluyen esteroide, diuréticos, radioterapia o quimioterapia y endoprótesis, que dependerán de la causa.

Palabras clave. síndrome, vena, cava, superior, cáncer, timo.

0647 Tumor testicular con metástasis a pulmón con imagen en “balas de cañón”. Reporte de un caso clínico

García Maximiliano¹, Esquivias Jose Guadalupe², Nuñez Andrea¹, Ramírez Luis Armando³, Patiño Janette Berenice⁴, García Cesar Jesús⁴

1.Hospital General de León; 2.Hospital Civil de Guadalajara; 3.Instituto Mexicano del Seguro Social; 4.Universidad de Guadalajara

Introducción. El tumor testicular de células germinales es un tipo de neoplasia del aparato reproductor masculino que suele dar metástasis a distancia de manera precoz, principalmente, a pulmón, hueso, sistema linfático y cerebro. **Objetivo.** Presentar un caso clínico de cáncer testicular con metástasis pulmonares de un paciente mexicano joven atendido en el Hospital General de León. Paciente masculino de 19 años de edad sin crónico degenerativo con antecedente de exposición a solventes mediante inhalación directa e indirecta durante 6 meses por cuestiones laborales. Inicia 2 meses previos a su ingreso con pérdida de peso de 10 kg de manera no intencionada, tos no productiva ni cianociente, disnea, fiebre y dorsalgia en el último mes, motivo por el cual acude a urgencias. **Material y métodos.** Signos vitales a su ingreso FC 80, FR 24, TAM 83, Temp 37.8°C, Exploración física

neurológico sin alteraciones, cuello con adenopatías induradas de morfología irregular a la palpación, una en el lado derecho de 1 cm aproximadamente de aspecto pétreo adherido a planos profundos sin movilidad y uno supraclavicular de 3x3 cm no móvil también adherido a plano profundos; tórax simétrico con movimientos de amplexión y amplexación disminuidos, murmullo vesicular de leve percepción auscultatoria, rudeza respiratoria presente y estertores crepitantes diseminados. Genitourinario testículos en bolsa escrotal sin aumento de tamaño ni cambios de coloración. Se toma proyección PA de tórax encontrando la clásica imagen en “balas de cañón” sugerente de metástasis pulmonares nodulares. A pesar de ello se sospecha de un cáncer primario de testículo y se solicita USG testicular que reporta múltiples imágenes eco génicas de distribución difusa de eco textura granular homogénea en testículo izquierdo; marcadores tumorales beta-hCG 6191 y AFP 105. BH leuco 25.4 hb 13.4 hto 41.3, plaquetas 370 mil, neutrofilos 87.9%, linfocitos 5.8%, TP 19.2 y TTP 42.4, Histología Reporte de tumoración germinal, Se inicia quimioterapia a base de platinos y se somete a orquiectomía radical inguinal izquierda, histología de pieza quirúrgica con infiltración en células de Leydig. **Conclusiones.** La presentación de imagen en balas de cañón en

una Rx tórax sugerente de invasión pulmonar en un paciente masculino joven debe hacer sospechar en una neoplasia principalmente del aparato reproductor o de un sarcoma de tejidos blandos como neoplasia primaria; las metástasis de glándula tiroides son comunes en estas entidades también. En este trastorno es importante destacar la importante sensibilidad al esquema BEP (bleomicina, etopósido, platinos).

Palabras clave. balas de cañón, cáncer testicular, quimioterapia, metástasis, dificultad respiratoria, solventes.

0683 Carcinoma renal de células claras con diferenciación sarcomatoide y metástasis a glándula suprarrenal derecha y pulmón

Ramirez Guillermo, Gil Israel Nayensei, Perez Eliseo, Flores Candido, Garcia Rafael
HRAEI

Introducción. El carcinoma renal es uno de los tumores más comunes del riñón, que comprende >90% de las neoplasias renales con una predominancia del tipo de células claras, teniendo como factores pronósticos el estadio TNM y características nucleares y citoplásmicas. La diferenciación sarcomatoide es un factor de mal pronóstico con una tasa de supervivencia a 2 años menor al 10%, incluso en pacientes con terapia sistémica y nefrectomía. En el caso de neoplasias avanzadas, no se recomienda la realización

de adrenalectomía bilateral al no haberse demostrado beneficios en la supervivencia y por elevado riesgo de insuficiencia suprarrenal, con pocas posibilidades de adecuada sustitución con fludrocortisona. **Objetivo.** Presentar un caso clínico de paciente con carcinoma de células renales claras con diferenciación sarcomatoide e infiltración a glándula suprarrenal y pulmón como forma atípica de presentación. **Caso clínico.** Mujer de 57 años sin antecedentes de importancia. Inicia su padecimiento en enero de 2015 con lumbalgia izquierda y síntomas irritativos urinarios recurrentes con múltiples esquemas antibióticos, por lo que se realiza estudio con Ultrasonido renal y tomografía en diciembre de 2015 evidenciando tumor renal izquierdo por lo que se somete a nefrectomía ipsilateral, con evidencia de metástasis pulmonar de 3 cm de diámetro y en glándula suprarrenal derecha de 11 cm de diámetro y afectación de suprarrenal contralateral. Se inicia tratamiento con Sunitinib durante 2 meses, con abandono del mismo por alto costo. Posteriormente en diciembre de 2016 reingresa a la unidad por referir pérdida ponderal de 10 kg en 6 meses, astenia, adinamia, intolerancia al ejercicio y un episodio de hipertensión aislada, siendo proyectada la realización de adrenalectomía bilateral, la cual fue suspendida por considerarse que no traería

beneficios en la supervivencia ni en la calidad de vida. **Conclusiones.** La presentación del tumor suprarrenal metastásico en el contexto de una neoplasia renal de células claras con diferenciación sarcomatosa debe considerarse como una manifestación metastásica de la lesión renal inicial y no como un verdadero tumor primario de suprarrenales que produzca alguna hormona. En el caso de neoplasias avanzadas, no se recomienda la realización de adrenalectomía bilateral al no haberse demostrado beneficios en la supervivencia y por elevado riesgo de insuficiencia suprarrenal, con pocas posibilidades de adecuada sustitución con fludrocortisona por ser de difícil accesibilidad en nuestro medio. En este caso se considera que a pesar de la realización de la adrenalectomía no tendría impacto en la supervivencia dado que el efecto protector de la terapia blanco y la cirugía disminuye a los 2 años y desaparece a los 3 a 5 años.

Palabras clave. suprarrenal, sarcoma, adrenalectomía, sunitinib

0691 Síndrome de leucocitosis e hipercalcemia maligna como presentación inicial de cáncer cérvico-uterino

García Vanessa Carolina, Hurtado Carlos Martín
Hospital Juárez de México

Introducción. El síndrome paraneoplásico de hipercalcemia

y leucocitosis asociado a carcinomas epidermoides fue registrado en forma inicial en carcinomas epidermoides del maxilar; en la actualidad se ha descrito en menos frecuencia en otros órganos y tejidos como cérvix uterino, piel, timo, vejiga, endometrio y pelvis renal. **Objetivo.** presentar un caso de síndrome Leucocitosis hipercalcemia secundario a Cáncer Cervico uterino. **Exposición del caso.** Paciente de 59 años de edad, originaria del Estado de México, casada, ama de casa, escolaridad preparatoria, religión católica. Niega toxicomanías. Sin antecedentes crónicos degenerativos personales y familiares de importancia. Inicia cuadro clínico en abril de este año con estreñimiento, hiporexia y pérdida de aproximadamente 10 kg de peso no intencionado en un periodo de 4 meses. 48 horas previas a su ingreso con astenia, adinamia, hiporexia y dolor abdominal tipo cólico de intensidad moderada-severa así como fiebre no cuantificada, refiere además polaquiuria, por lo que acude a esta unidad. Examen físico: pérdida de panículo adiposo, abdomen doloroso a la palpación en hipogastrio. 13.07.17: leu: 31.2, neut: 25, linf: 3.7, Pqt: 485, Hb: 11.5, Crea: 0.5, BUN: 11, Na: 135, K: 3.4, Ca: 10.2 (corregido: 11.9). Prealb: 2.5, alb: 2.1, prot totales: 5.1, TSH: 1.3, PTH: 8.7, Urocultivo sin desarrollo bacteriano. Proteinuria

de 24 horas negativa. Inmunoglobulinas: IgG, IgM, IgA, IgE dentro de normalidad. Proteínas de Bence Jones: Negativas, Radiografía de tórax normal. 20.07.17: Colposcopia y toma biopsia de cérvix. Hallazgo de lesión exofítica, con invasión de cérvix. resultado de biopsia de cérvix: Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado queratinizante en fragmentos de hasta 0.6 cm de eje mayor, de localización subepitelial en cervix. 28.07.17: Tomografía toracoabdominopélvica con lesión infiltrativa de cérvix con probable extensión a pared vesical, crecimiento uterino con datos de miomatosis, conglomerados ganglionares pélvicos, quistes renales bilaterales, ectasia renal bilateral grado II y I, tributaria a colocación de catéteres JJ. Se inició manejo de hipercalcemia desde su ingreso hasta obtener cifras normales, paciente es referida al servicio de oncología para continuar con tratamiento y estadificación. **Conclusiones.** El síndrome paraneoplásico leucocitosis e hipercalcemia asociados a carcinomas de células escamosas, entendiendo que la hormona paratiroidea, el factor estimulante de colonias de granulocitos y la IL-1 alfa están implicados sinérgicamente en este síndrome paraneoplásico aumentando sinérgicamente las cifras de calcio así como granulocitos, y aunque este síndrome se observan ocasionalmente en pacientes que padecen trastor-

nos malignos metastásicos, en nuestro caso no se evidenció datos de metastasis a otros órganos.

Palabras clave. hipercalcemia, cáncer, cervicouterino, leucocitosis, paraneoplásico.

0698 Taponamiento cardiaco como presentación clínica de carcinoma metastásico de primario de origen desconocido: conclusión carcinoma pulmonar

Hoil Gonzalo Alberto

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción. El carcinoma metastásico de primario desconocido tiene una presentación clínica atípica, en este caso un taponamiento cardiaco. **Objetivos.** Conocer el abordaje diagnóstico de carcinoma metastásico. **Presentación de caso.** Hombre de 20 años sin antecedentes heredo-familiares ni patológicos. Acude por cuadro de disnea progresiva de 3 semanas con tos sin expectoración, hasta llegar a MRC4, por lo que acude a nuestra unidad. Se encuentran datos de insuficiencia cardíaca, con sospecha de derrame pericárdico (ingurgitación yugular, disminución de voltaje en ECG) con evolución a taponamiento tratado con pericardiocentesis evacuadora, con líquido hemorrágico. Se descartaron causas benignas (inmunológicas e infecciosas). Sin evidencia de tumor primario por imagen tomográ-

fica toracoabdominopélvica ni por endoscopia superior ni colonoscopia. Citológicos de liquido pleural y de liquido pericárdico con células mesoteliales. Hallazgo en biopsia de ganglio cervical de carcinoma metastásico poco diferenciado. Por inmunohistoquímica CK7+, CK20-, TTF-1 + sugerente de carcinoma pulmonar. Se realiza broncoscopia con cepillado encontrando células epiteliales malignas. **Conclusiones.** Carcinoma pulmonar etapa clínica IVa con presentación de derrame pericárdico recidivante **Palabras clave.** carcinoma poco diferenciado, taponamiento cardiaco, inmunohistoquímica, pericardiocentesis.

0700 Subtipos de adenocarcinoma pulmonar y heterogeneidad de presentación tomográfica. Serie de casos

García Yang David, Marquez Veronica, González María Concepción, Ibañez Laura Silvia, Santillán Claudia, López Berenice
ISSSTE

Introducción. El cáncer de pulmón es la primera causa de muerte por cáncer en el mundo. El adenocarcinoma (AdenoCa) es la estirpe histológica más frecuente, la mayoría son tumores heterogéneos que muestran diferentes formas de crecimiento, por lo que la manifestación tomográfica va desde nódulos pulmonares hasta tumores de gran volumen. **Objetivo.** Co-

nocer las diferentes formas de presentación tomográfica en tres casos diagnosticados con adenocarcinoma pulmonar.

Presentación caso 1: Mujer de 64 años de edad, tabaquismo negado. Hipertensión arterial sistémica. Carcinoma cervicouterino 15 años antes, tratada con histerectomía total y radioterapia logrando remisión. Durante un año presentó tos productiva; en el último mes desarrolló disnea mMRC4, pérdida de peso y fiebre, la TAC de tórax reveló adenopatías mediastinales en estaciones 4 y 10R, tumor en el bronquio de lóbulo inferior izquierdo y tumor de aproximadamente 4cm en S6 izquierdo, además de múltiples implantes pleurales y nódulos cavitados distribuidos al azar en ambos pulmones. La biopsia endobronquial concluyó AdenoCa pulmonar con patrón predominantemente papilar y lepidico, permeación linfática. La paciente falleció un mes después como consecuencia de choque séptico por neumonía postobstructiva. CASO 2: masculino de 79 años, fumador desde los 12 años de edad, IT de 67 paquetes/año; e HAS. Padecimiento actual de un mes con tos productiva, disnea mMRC3, cianosis periférica y dolor en hemitórax derecho que se irradiaba al abdomen. Una TAC de tórax permitió observar enfisema centroacinar bilateral y tumor pulmonar en lóbulo medio de densidades heterogéneas y adenopatías

mediastinales >1cm de diámetro en estaciones 2R, 4R y 7, derrame pleural derecho (10%). La biopsia guiada por tomografía confirmó un AdenoCa pulmonar con patrón acinar y permeación vascular. El paciente no fue candidato a quimioterapia por ECOG 3 y falleció una semana después.

Caso 3: femenino de 52 años de edad, fumadora desde los 38, IT: 11 paquetes/año; HAS secundaria a preeclampsia, Padecimiento de dos semanas de evolución con tos no expectorante, odinofagia y dolor transictivo en hemitórax derecho; a pesar de tratamiento con antibiótico persistió con dolor y tos productiva, por lo que se realizó TAC de tórax simple en la que se observan adenopatías mediastinales en estación 4R, 4L y 7R >1cm, y lesión pulmonar de densidad sólida (20-45 UH) en lóbulo medio e inferior derecho, de 8 cm en su diámetro mayor. La biopsia transbronquial concluyó AdenoCa pulmonar sin patrón específico. La paciente se encuentra en tratamiento con quimioterapia. **Conclusiones.** Dos de nuestros casos se encontraban en estadios clínicos avanzados, lo que se tradujo en menos opciones terapéuticas; por lo que la sospecha de esta neoplasia ante diferentes patrones tomográficos y escenarios clínicos (fumadores, no fumadores) es de vital importancia, ya que el diagnóstico oportuno impacta en el pronóstico y sobrevida de la enfermedad.

Palabras clave. adenocarcinoma pulmonar, tumoración, TAC de tórax, mediastino, tabaquismo.

0710 Ascitis quillosa como primera manifestación de cáncer de ovario

Ruiz Ivette Yolanda, Martínez Hugo Alberto, Alvarado José Alfredo, Jasso María Isabel, Villalobos Montserrat, Gómez Dayana, Ramírez Zazil

Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, UASLP Facultad de Medicina

Introducción. La ascitis quillosa secundaria a obstrucción del flujo linfático intestinal a la cisterna quillosa es por infiltración linfática de neoplasia órgano sólido en 40%, linfoma 35%, Tuberculosis 10% o cirrosis 10%. **Objetivo.** Presentar caso de paciente con ascitis quillosa como manifestación inicial cáncer ovario. **Caso clínico.** Femenino 42 años. Dos meses con distensión y dolor abdominal. Sd. derrame pleural bilateral, ascitis y edema miembros inferiores. Hipoalbuminemia 2.95, Ca 125: 430, Ca 19-9: 426. Paracentesis líquido de aspecto lechoso, 2160 leucocitos, 95%PMN, albúmina 2.54, DHL 239, proteínas 4.63, triglicéridos 889, GASA 0.4. TAC mesenterio engrosado, centralización asas intestinales, sin adenopatías retroperitoneales, útero y anexos normales. Laparoscopia biopsia mesenterio y peritoneo engrosados. Histo-

patológicamente células en anillo de sello, compatibles con adenocarcinoma mucinoso. Inmunohistoquímica positiva Queratina 7, 20, antígeno carcinoembrionario, Ca 19-9 y Ca 125. Diagnóstico histopatológico de Adenocarcinoma con células en anillo de sello metastásico compatible con primario de ovario. Quimioterapia paliativa con paclitaxel y carboplatino. **Conclusiones.** La mayoría de estas neoplasias puede originarse de los ovarios, trompas de Falopio o epitelio Mülleriano de cualquier otro lugar de la cavidad peritoneal. Este tipo de patología, usualmente es de rápida progresión, con ausencia de lesión o masa a nivel ovárico al momento del diagnóstico.

Palabras clave. cáncer ovario, ascitis quillosa.

0725 Neumonía de lenta resolución como manifestación de adenocarcinoma pulmonar con células en anillo en sello, presentación de un caso

Esquivel Alejandra

Hospita General de Zona 1a Dr. Rodolfo Antonio de Mucha Macías

Introducción. el adenocarcinoma de pulmón con células en anillo de sello es una entidad sumamente infrecuente (0.14-1.9% de los carcinomas de pulmón). Debido a la infrecuencia de este tipo de neoplasias a nivel pulmonar es requisito imprescindible descartar una

localización primaria extrapulmonar, principalmente en tubo digestivo (estómago y colón), próstata y mama. **Objetivo.** Concientizar sobre la importancia pronostica que implica establecer un diagnóstico preciso en un paciente con neumonía de lenta resolución y la necesidad de realizar estudios de extensión en estos casos. **Caso clínico:** femenina de 66 años, tabaquismo, alcoholismo y toxicomanías negadas, con DM tipo 2, HAS; ERC KDIGO V. Con padecimiento de más de un año de evolución. En esta ocasión cuadro de inicio súbito con disnea progresiva hasta la disnea de reposo. Ha perdido 10 a 20 kg en los últimos meses, con fiebre intermitente no cuantificada y dolor torácico de carácter pleurítico en hemitórax derecho. A su ingreso con SO2 por pulsioximetría de 85%, con estertores crepitantes en región interescapulovertebral derecha, donde se percute mate, resto con claro pulmonar. Rx de tórax en región parahiliar derecha opacidad en velo, redondeada, mal definida, con broncograma aéreo en su interior y borramiento del ángulo costofrénico ipsilateral, con derrame pleural del 20%. TAC de tórax, bulas difusas bilaterales, las mayores de 1 cm de diámetro, área de consolidación localizada en S2 derecho, con broncograma aéreo, llenado acinar y múltiples niveles hidroaéreos pequeños, delimitada con la cisura mayor, compatible con un área

de neumonía necrotizante. BAAR en serie de tres negativos; cultivo de expectoración con desarrollo de microbiota de orofaringe. Broncoscopia, árbol bronquial derecho con edema de mucosa, lóbulo superior con ligera estenosis concéntrica por edema, con abundante secreción blanquecina; se realiza lavado bronquial del lóbulo superior derecho, con mucosa friable y salida de secreción hemática. El líquido obtenido se envía para citología, se observa fondo hemático, con presencia de grupos tridimensionales de células bronquiales y células escamosas; grupos sincitiales de células epiteliales con nucleomegalia, hipercromatismo nuclear, algunos núcleos con cromatina grumosa y células con imagen en anillo de sello a expensas de material mucinoso. Se realiza diagnóstico de adenocarcinoma con células en anillo de sello. Se sospecha primario de tubo digestivo. TAC abdominal normal. Panendoscopia con toma de biopsia de cuerpo y antro gástrico normal. Colonoscopia normal. Se concluye adenocarcinoma primario pulmonar con células en anillo de sello. **Conclusión:** ante una neumonía de lenta resolución se debe tener en cuenta la posibilidad de un diagnóstico inicial equivocado y considerar que el proceso neumónico esté ocultando o sea una complicación de alguna alteración bronquial subyacente. Entre un 10% y un 15% de las neumonías que no

se resuelven se asocian con un carcinoma pulmonar.

Palabras clave. adenocarcinoma, pulmonar, células, anillo, sello, neumonía.

0744 Sarcoma de Ewing con presentación inusual: tumor de Askin (pared torácica). Reporte de caso

Campoverde Carlos Andres, Ayala Ivonne, Sánchez Dora Alejandra

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción. Sarcoma de Ewing es el 2° tumor óseo maligno más común en adolescentes y adultos jóvenes, con alta propensión a metastatizar y comportamiento agresivo, de localización en extremidades. Se asocia a traslocación en cromosoma 22, gen ESWR. 25% presentan enfermedad metastásica, 80-90% subclínica (enfermedad microscópica). Incidencia 0.3/100,000 habitantes, 65-75 nuevos casos/año. El tumor de Askin es una neoplasia rara de la pared torácica, que compromete tejidos blandos, periostio y parénquima pulmonar por extensión directa. **Objetivo.** presentación de paciente con sarcoma de Ewing de presentación inusual. **Presentación de caso:** Hombre de 20 años. Inició 1 mes previo al ingreso con tumoración en cara lateral izquierda de pared torácica, crecimiento progresivo, acompañado de tos seca no cianozante ni hemetizante

y diaforesis nocturna. Agregándose parestesias y dolor urente en miembro torácico y pélvico izquierdos, EVA 7/10, fiebre de 38 °C. Y 8 días previos a ingreso se suma ptosis palpebral izquierda, epífora, y visión borrosa en ojo izquierdo y pérdida de peso. Exploración física: II nervio craneal con disminución de agudeza visual de ojo izquierdo, III: ptosis palpebral izquierda, reflejo fotomotor y consensual preservado. Tumoración en tejidos blandos en pared torácica lateral izquierda, (4° espacio intercostal) de 6.8 cm, límites definidos, duro, superficie lisa, adherida a planos profundos, sin adenomegalias en axilas, ruidos respiratorios normales. Extremidades con fuerza 4/5. Persiste con fiebre, dolor lumbar y en caja torácica. Bioquímicos: leu 10.800, neut 7.200, linf 2000, Hb: 7.7gr/dl, AST 41U/L, FA 179U/L, DHL 1427U/L, B2 microglobulina 3.2, Alb 3.07 gr/dL, AFP 1.79ng/dl, Ca15-3 6.8u/L, ACE 0.83ng/mL. TAC de cráneo: lesiones en relación a neoplasia con metástasis cerebrales en región frontal, invasión a cavidad ocular izquierda (retrocular) con proptosis del mismo, lesión en corteza parietal. TAC Torax Abdomino-pélvica: tumoración en cara lateral que infiltra a estructuras de la pared y pulmón izquierdo: hepatomegalia, lesiones blásticas en esqueleto axial y apendicular, ganglios retroperitoneales, infiltración en 8° arco costal, articulaciones

sacroiliacas y pubis. **Resultados.** Se realiza biopsia de tumoración con reporte: microscópica: tumor de celular pequeñas, redondas y azules compatibles con sarcoma de Edwin Inmunohistoquímica: Fil 1, vimentina, cd99 positivo. Recibe tratamiento para hipercalcemia maligna, con evolución tórpida por lo que decide egreso por máximo beneficio. **Conclusiones.** El diagnóstico de se sarcoma de Edwing es mediante biopsia e inmunohistoquímica de la tumoración, se debe sosperchar en esta neoplasia en adolescentes y adultos jovenes, la forma mas frecuente de localización es en extremidades, pero ante la presentacion inusual, con metastasis se puede presentar de forma muy rara como tumor de Askin, tomado encuesta los niveles de LDH, en suero son un biomarcador eficaz para el pronóstico.

Palabras clave. sarcoma de Edwig, biopsia, cromosoma 22.

0757 Crisis adrenal como manifestación de adenocarcinoma endometrioide metastásico a glándulas suprarrenales: reporte de un caso

Pérez Eduardo, López Mariana, García Arturo
Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío

Introducción. El adenocarcinoma endometrioide con metástasis a glándulas suprarrenales es una presentación

rara, con 5 casos reportados a nivel mundial. Se presenta a femenino de 56 años con diagnóstico de adenocarcinoma endometrioide bien diferenciado desde mayo/2016, EC IIIA metastásico a ovario derecho, llevada a histerectomía y ooforectomía. Recibió QT con carboplatino/paclitaxel 6 ciclos, último en diciembre/16, además de RT adyuvante, en seguimiento con enfermedad estable. **Objetivo.** Presentación de 1 caso de adenocarcinoma endometrioide con manifestaciones de crisis suprarrenal por infiltración glandular. **Exposición del caso.** Comenzó en agosto/17 con fatiga, náusea, hiporexia y dolor abdominal. Clínicamente con hipotensión arterial, hiperpigmentación en mucosa oral, en tórax y brazos. En estudios con hiponatremia, hipercalcemia e hipoglucemia. Se realizó PET-CT, reportando aumento anormal del metabolismo en glándula tiroides, vesícula biliar y engrosamiento nodular bilateral de glándulas adrenales. Se hospitalizó encontrándose perfil tiroideo normal, con ACTH elevado y cortisol bajo. Se administró hidrocortisona intravenosa, con remisión de sintomatología y del desequilibrio hidroelectrolítico. Se programó para toma de biopsia, confirmándose infiltración a glándulas suprarrenales.

Conclusiones. La presentación de insuficiencia suprarrenal primaria en paciente con padecimiento oncológico llevó

al diagnóstico de infiltración adrenal, presentación atípica de metástasis.

Palabras clave. adenocarcinoma, endometrioide, crisis adrenal, metástasis.

0787 Mesotelioma peritoneal maligno en paciente sin exposición ocupacional. Presentacion de un caso.

Cajina Daniela, Quiroz José Carlos, Trinidad Alejandra
Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez

Introducción. El mesotelioma maligno neoplasia poco frecuente, descrita como enfermedad laboral debido exposición al asbesto, ademas de otros factores; tabaco, virus SV-40 y factores genético. **Descripción del caso.** Masculino de 57 años, Niega exposición a asbesto, con antecedente tabaquismo, e hipertensión arterial sistémica. Inicia con cuadro de 30 días, con ortopnea y aumento de perímetro abdominal. A la EF con derrame pleural total derecho. Se solicitan paraclínicos documentándose elevación de azoados, acidosis metabólica e hiperkalemia moderada. Se realiza toracentesis reportándose liquido pleural de tipo exudado, con cambios inflamatorios crónicos. Durante su estancia con poca respuesta a tratamiento presentando deterioro de la función renal, se inició diálisis peritoneal, con recambios hemáticos. Se realiza citología reportando cambios

compatibles con mesotelioma, TAC toracoabdominal con engrosamiento pleural. Se concluye mesotelioma maligno de origen peritoneal con afectación a nivel torácico. Durante su internamiento el paciente presentó proceso infeccioso, lo que ocasiono la defunción. **Comentario.** El paciente presentó una forma poco frecuente. Debido a la baja incidencia, existe poca información en cuanto al pronóstico y el tratamiento. Se estiman factores de mal pronóstico tales como: sexo, edad, disnea, pérdida de peso, dolor torácico, Estadio TNM distinto a I. La supervivencia media de 1 año, con al 3 de las descritas presentan una supervivencia media 3-6 meses.

Palabras clave. mesotelioma, tabaquismo.

0845 Diabetes insípida como manifestación inicial de cáncer pulmonar de células no pequeñas

Villar Cristian Adrian, Jiménez Marcela Alejandra, Hernández Juan Carlos

Hospital General Doctor Gaudencio González Garza

Antecedentes. Los síndromes paraneoplásicos se encuentran presentes hasta en el 15% de los pacientes con cáncer al diagnóstico, pudiendo preceder el diagnóstico de malignidad hasta por dos años. **Exposición del caso.** Hombre de 49 quien presenta poliuria y nicturia de 6 meses de evolución, pér-

didada ponderal de 15 kg en 3 meses. Recibió tratamiento con dexametasona en dosis no especificadas. Previo a su ingreso con tos productiva no purulenta, fiebre de 39°C. A la exploración edema palpebral bilateral, facies luna llena. Tórax sin integrar síndrome pleuropulmonar. Abdomen con estrías violáceas en llama. Fuerza muscular en cintura escapular y pélvica 3/5 en escala de Daniels. Durante su estancia se cuantifica una uresis de 3.5 ml/kg/hr, con una osmolaridad sérica de 281.2 mOsm/l y osmolaridad urinaria de 119.5 mOsm/l. Prueba terapéutica a desmopresina positiva. Radiografía de tórax con imagen radiopaca en campopulmonar derecho, de bordes irregulares y espiculados. TAC de tórax con imagen hiperdensa de bordes mal definidos afectando segmentos apical-posterior y anterior de pulmón izquierdo. Biopsia múltiples focos de neoplasia epitelial con patrón solido dispuesto en nidos de células poligonales a ova-les, con imagen diagnostica de adenocarcinoma de pulmón. IRM cráneo e hipófisis de características normales. **Conclusiones.** Los síndromes paraneoplásicos pueden preceder la detección de la masa tumoral por lo que es necesaria una alta sospecha clínica para su diagnóstico.

Palabras clave. cáncer pulmonar, paraneoplásico, diabetes insípida.

0881 Presentación clínica inusual del cáncer de próstata. Reporte de un caso

Reyes Miguel Ángel, Bazán Karla Guadalupe, Marín Claudia Denisse, Cabrera Jesús Elvis, Cuevas Melanie, Jiménez Hayde Miramy, Dueñas Samuel
Centenario Hospital Miguel Hidalgo

Introducción. El cáncer de próstata es raro en adultos jóvenes. Su incidencia es de 0,8-1,1% en pacientes menores de 50 años. Los factores que pueden asociarse al cáncer de próstata en los hombres jóvenes son la anormalidad en el gen hereditario del cáncer de próstata 1 (HPC1), la raza (más común en los afroamericanos), el tabaquismo, la dieta rica en grasa, la obesidad y los antecedentes familiares de cáncer de próstata. El pronóstico de los hombres jóvenes con cáncer de próstata es peor que el de los hombres ancianos. **Objetivo.** Descripción de un caso clínico de Cáncer de Próstata en un Adulto joven con una presentación atípica que simula un síndrome lifoproliferativo. **Exposición del caso clínico.** Hombre de 43 años de edad, sin antecedentes familiares para enfermedades oncológicas. Tabaquismo por 5 años. Sin exposición de mielotóxicos, es Hipertenso desde hace 3 años. Inicia hace 5 meses con presencia de astenia, adinamia e hiporexia, se acompaña de pérdida de peso de 15 Kg en

este periodo de tiempo, posteriormente comienza con dolor óseo generalizado, de mayor intensidad en región lumbar, se vuelve incapacitante. Una semana previa a su valoración comienza con epistaxis y múltiples equimosis por lo que acudió a su valoración. Nunca presenta síntomas asociados a obstrucción de tracto urinario. A su exploración física destaca esplenomegalia y hepatomegalia y adenopatías palpables en región inguinal derecha de 3 cm de diámetro en su eje mayor no dolorosas adherida a plano profundos. Al Tacto Rectal se aprecia esfínter normotónico, próstata de consistencia indurada en lóbulo derecho, móvil no dolorosa. Bioquímicamente destaca la presencia de pancitopenia con Hb 9.8 g/dl Leucocitos 3490 Neutrofilos totales de 2740. Plaquetas 76,000. Glucosa 100 mg/dl Creatinina 1.15 mg/dl Ácido Úrico 8 mg/dl Fosfatasa Alcalina 1111 UI/l DHL 633 UI/L Antígeno Prostático Total de 2000 ng/dl. APE 50 ng/dl. TP 16.4 INR 1.38 TTP 35.5 Ante la presencia de síndrome linfoproliferativo, se realizó TAC simple y contrastada de Abdomen y Pelvis la cual reporta :, conglomerado ganglionar de 31 x 37 mm en la bifurcación de la iliaca común que comprime el uretero ipsilateral, Esplenomegalia 15 cm. Columna Vertebral Lumbar, Sacro e Iliaco con lesiones osteolíticas Se decidió realizar

Biopsia de Ganglio inguinal la cual reporto hiperplasia linfóide con patrón paracortical e interfolicular compatible con linfadenitis dermatopática. Se decide realizar biopsia de próstata: adenocarcinoma moderadamente diferenciado de prosatata Gleason 9. Se inicio tratamiento con Bloqueo Hormonal (Bicalutamida/ Gosereline). Presento respuesta clínica mejorando su clase funcional con determinación de APE 499 ng/dl. **Conclusión.** El cáncer de próstata avanzado es una afección poco común en adultos jóvenes. Su presentación clínica es atípica, ya que las metástasis pueden imitar otras enfermedades. El curso de la enfermedad es indolente, y el pronóstico es malo.

Palabras clave: adenocarcinoma de próstata, adulto joven, adenomegalias, síndrome linfoproliferativo.

0897 Vasculitis leucocitoclástica como primera manifestación de carcinoma renal: reporte de un caso

Andrade Raúl Alejandro, Flores Dulce Naara, Ramírez de Aguilar Jimena

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción. Los síndromes paraneoplásicos son manifestaciones patológicas de enfermedades neoplásicas con afectación localizada o difusa. En muchas ocasiones estas manifestaciones preceden la

aparición de la enfermedad o se manifiestan en neoplasias ocultas. Entre las muchas manifestaciones de estos síndromes, las alteraciones cutáneas son comunes estimándose que son el primer signo diagnóstico de enfermedad neoplásica en alrededor de 1% de los pacientes. Entre los síndromes cutáneos la vasculitis leucocitoclástica manifestado histológicamente como la inflamación neutrofílica de las paredes vasculares, con edema endotelial y necrosis fibrinoide se destaca por su frecuencia, ocupando entre el 50-60% de las vasculitis paraneoplásicas. Debido a su poca prevalencia 1-1800 casos para malignidades hematológicas y 1 en 80,800 para tumores sólidos, solo se cuentan con reportes de caso para su descripción y manejo. **Objetivo.** Se presenta un caso de Carcinoma Renal de células claras cuya manifestación inicial fueron lesiones purpúricas en antebrazos, abdomen y miembros pélvicos. **Caso clínico:** Hombre de 73 años de edad con antecedente de tabaquismo inicia con un cuadro de 2 meses de evolución con dermatosis en labio inferior caracterizado por vesículas no pruriginosas, no dolorosas recibiendo tratamiento antiviral, poco después desarrolló lesiones eritematosas en antebrazos y abdomen de características purpúricas con extensión a miembros pélvicos. Se agregó aparición de lesiones tipo ulcera bimaleolares, no dolorosas sin mejoría a la

administración de esteroides, por lo que se sospecha de vasculitis realizándose biopsia de piel de región abdominal y ulcera de miembro pélvico. Dos semanas después el paciente presenta nuevamente lesiones purpúricas, astenia, adinamia y fiebre asociada a eritema, calor y dolor en ambos miembros pélvicos así como secreción purulenta de lesiones ulceradas, por lo que requirió hospitalización y tratamiento antibiótico; Durante su abordaje se realizó USG abdominal donde se encontró tumoración en polo inferior de riñón izquierdo, se complementó con estudio tomográfico contrastado el cual mostró riñón izquierdo con imagen irregular heterogénea de 6.1X4.3 cm de 24 UH con realce del medio de contraste hasta 94 UH en polo inferior. La histopatología de las biopsias piel reportó dermatitis purpúrica y la biopsia de lecho de ulcera de pie derecho con vasculitis leucocitoclastica. Le fue realizada nefrectomía izquierda con resultado de histopatología de Carcinoma de células claras grado 2 de Furhman con invasión linfática. En estudios de extensión no se encontraron datos de metástasis. Posterior a nefrectomía el paciente presentó mejoría progresiva de las lesiones purpúricas, por lo que se concluyó Vasculitis paraneoplásica. **Conclusión.** Los síndromes paraneoplásicos cutáneos son retos diagnósticos en la dermatología y en la

medicina general, por lo que es esencial una investigación completa cuando se evalúan para descartar neoplasias.

Palabras clave. vasculitis, leucocitoclastica, cáncer renal.

0915 Niveles de volumen plaquetario medio y relación neutrófilo-linfocito en pacientes con cáncer de mama y depresión mayor

Escobedo Nicolás¹, Cámara Carlos², Villarreal Estefania², Ortiz Daniela², Peña Juan José²
1.Departamento de Medicina Interna; 2.Servicio de Neurología
Hospital Universitario José Eleuterio González

Introducción. El cáncer de mama es la neoplasia más común en mujeres, que con frecuencia se asocia con la depresión como comorbilidad, afectando aún más la calidad de vida de la paciente. Tanto el cáncer de mama como la depresión se relacionado con elevación de marcadores de inflamación en sangre periférica como volumen plaquetario medio (VPM), relación neutrófilo-linfocito (RNL) y relación plaqueta-linfocito (RPL). **Objetivos.** Determinar los valores de volumen plaquetario medio y relación neutrófilo linfocito y relación plaqueta linfocito en pacientes con cáncer de mama con y sin depresión mayor. **Material y métodos.** Se evaluaron 56 mujeres de la consulta externa del Servicio de

Oncología del Hospital Universitario José Eleuterio González para síntomas depresivos por la Escala de Beck, se calculó su Volumen plaquetario medio, Relación neutrófilo linfocito y Relación plaqueta linfocito de una biometría hemática de menos de un mes de haberse realizado la encuesta. **Resultados.** Encontramos que 20 pacientes (35.7%) tenían síntomas depresivos según la escala de depresión de Beck. La relación plaqueta linfocito se asoció significativamente con presencia de síntomas depresivos y alto puntaje en la escala de depresión de Beck ($p=0.04$ y $p=0.035$). Hubo una tendencia hacia mayores niveles de volumen plaquetario medio en pacientes con síntomas depresivos. Ninguno de los marcadores se asoció con etapas de cáncer, duración, marcadores de receptores tumorales o metástasis. **Conclusiones.** La relación plaqueta linfocito se asoció significativamente en pacientes con cáncer de mama con síntomas depresivos y puntajes altos en la escala de depresión.

Palabras clave. cáncer de mama, depresión, relación plaqueta linfocito.

0956 Metástasis cutáneas en cáncer de mama: reporte de un caso

Vigueras Alma Poema, Omaña Sonia, Solís Sarahí, Rodríguez Ricardo Omar, Olvera Ana Silvia, Nava Hipólito Román
Hospital General de Pachuca

Introducción. las metástasis cutáneas (MC) resultan por la infiltración de piel por proliferación de células procedentes de tumores malignos a distancia, tiene una incidencia global del 5.3%, en pacientes oncológicos. El cáncer de mama es la causa más frecuente de MC en la mujer, el 75% se presenta en tórax y abdomen por diseminación linfática, son de mal pronóstico. La presentación clínica más frecuente son las lesiones papulares y/o nodulares en un 80%, otras formas de presentación son el carcinoma telangiectásico (11,2%), el carcinoma erisipeloides (3%), el carcinoma en coraza (3%), la alopecia neoplásica (2%), y las metástasis zosteriformes (0,8%). Se dividen en tempranas, erisipelatoide o inflamatoria y telangiectásica, y formas tardías: nodular y en coraza. **Objetivo.** Conocer las metástasis cutáneas por cáncer de mamá, con el fin de diagnosticar de forma oportuna.

Exposición del caso. Paciente femenino de 30 años, que inició en abril del 2013 con nódulo en mama derecha, que fue aumentando de tamaño, acude a valoración en agosto, a la exploración física, mama derecha, con aumento de volumen y edema, tumor fijo de 10x8 cm cuadrante superior externo, con cadena ganglionar positiva, mastografía con BI-RADS 5, se toma biopsia por trucut, donde se reportó un carcinoma lobulillar infiltrante, positivo a

progesterona y Her2, en un estadio IIIB T4N2, en manejo con quimioterapia neoadyuvante con ciclofosfamida, epirrubicina y fluoracilo, además de trastuzumab, cada 21 días, se realizó mastectomía radical en mayo del 2014, con posterior radioterapia. Se continuó bajo vigilancia en consulta externa, en manejo con trastuzumab trimestral, además de tamoxifeno. Inició en enero del 2015 con dermatosis, localizada en tórax anterior, placa eritematosa infiltrada, que fue creciendo, hasta cubrir lecho quirúrgico de 25x25 cm, se maneja como una celulitis, se dan antimicrobianos sin mejora, progresando hasta tener lesiones en tórax posterior, con múltiples lesiones nodulares, se toma biopsia de piel, donde se reporta un carcinoma lobulillar infiltrante, se inició manejo con paclitaxel más gemcitabina, sin embargo no hubo mejora, presentando posteriormente una tumoración en mama izquierda, con metástasis pulmonares y hepáticas, recibiendo quimioterapia paliativa. **Conclusiones.** Las MC son un patología poco frecuente, sin embargo en cáncer de mama se presentan hasta en el 23.9% de las pacientes, pudiendo traducir progresión de la enfermedad o recurrencia de la misma, con una expectativa de vida menor de un año. Teniendo como caracteriza un polimorfismo clínico, que puede ir de lesiones papulares/nodulares a otros tipos menos frecuentes,

como el carcinoma en coraza, este último es el que presentó la paciente, se caracteriza por placa lisa eritematosa, violácea firme, esclerodermiforme con presentación de pápulas y nódulos.

Palabras clave. cáncer de mama, coraza, metástasis cutáneas.

0960 Desmielinización osmótica como manifestación de linfoma no Hodgkin de células T. Reporte de un caso

Reyes Claudia Araceli, Estrada Emilio, Solis César, García Maria Carmen

Centro Medico ISSEMYM Toluca

Introducción. La causa más común de la desmielinización osmótica central es una corrección rápidamente de hiponatremia, sin embargo también puede ocurrir en pacientes con cualquier condición que favorece el estrés nutricional o electrolítico. Hasta donde sabemos, las neoplasias malignas hematológicas que presentan mielínólisis pontina central han sido raramente reportadas, especialmente en pacientes previamente no tratados. **Objetivo.** Presentamos un caso de linfoma no Hodgkin de células T con mielínólisis pontina central que se desarrolla al inicio de la enfermedad. Masculino de 35 años de edad, originario y residente del Estado de México. Cursa con antecedente de SIDA C3 desde enero del 2017

en tratamiento con Kaletra y Truvada; presentando Linfoma no Hodgkin de células T sin tratamiento. Enucleación ocular derecho postraumática, portador de prótesis ocular. Inicia padecimiento en febrero 2017 caracterizado por presencia de diarrea no sanguinolenta; acompañada de tenesmo rectal y fiebre hasta 40°C, dolor abdominal tipo cólico, de intensidad variable. A las 48 horas se agrega deterioro neurológico; a su ingreso se documenta sepsis de foco pulmonar; con sospecha de neumonía por *Pneumocystis jirovecii* se inicia tratamiento con Trimetoprim/Sulfametoxazol; sin embargo se descarta esta etiología dejando solamente tratamiento a quinolona. Por la persistencia del deterioro neurológico se realiza punción lumbar con LCR normal, con sospecha de encefalitis viral por citomegalovirus se inicia Valganciclovir. En resonancia magnética de cráneo con secuencias convencionales, en eje axial, coronal y sagital, observándose parénquima que conserva adecuada diferenciación entre sustancia gris y blanca, tallo cerebral a nivel del puente lesión de morfología ovoidea, central, simétrica, que no condiciona efecto de masa, de comportamiento hipointenso en secuencia potenciada en T1, hiperintenso en T2 y FLAIR y que posterior a la administración endovenosa del medio de contraste paramagnético no presenta realce. En las se-

cuencias de difusión y ADC se observa restricción parcial. Concluyendo lesión pontina por desmielinización osmótica. Persiste con pancitopenia, fiebre y adenopatías fluctuantes; se realiza aspirado de médula ósea con infiltración en médula ósea, por lo que se envía a servicio de Hematología para inicio de tratamiento con quimioterapia. **Conclusiones.** Hay poca literatura donde se describan casos de neoplasias malignas hematológicas que presenten desmielinización osmótica, especialmente en pacientes previamente no tratados. En la mayoría el diagnóstico se hace con apoyo de estudios de resonancia magnética, por el difícil acceso a biopsia. Como la etiología sigue siendo poco clara y no se han desarrollado estrategias terapéuticas eficaces, los médicos deben ser conscientes de esta condición en pacientes con neoplasias malignas, incluso en el primer diagnóstico, porque el estrés nutricional y electrolítico puede aumentar la vulnerabilidad de estos pacientes.

Palabras clave. linfoma, desmielinización osmótica, VIH, no Hodgkin.

0963 Quimioterapia oral: conceptos e ideas de los pacientes a considerar en el futuro

Hawing José Angel, Ilizaliturri Octavio, Ramírez María Teresa UANL

Introducción. Ante la eventual aparición de nuevos fármacos

orales, surge la posibilidad de un cambio del paradigma en el tratamiento de neoplasias malignas y con ello la formación de prejuicios en los pacientes; de manera que el paciente pudiera asumir que con la prescripción de únicamente medicamentos vía oral estamos dando un tratamiento inferior.

Material y métodos. Con previa traducción y validación se aplicó el cuestionario de Catania et.al. (2005) de 12 preguntas entre los meses de septiembre a diciembre 2014 en la consulta de hematología del Hospital Universitario Dr. José E. González a pacientes que cursan con regímenes de quimioterapia intravenosa. **Resultados.** El cuestionario se aplicó a un total de 42 pacientes, de los cuales sólo 37 [18 mujeres y 19 hombres] respondieron en su totalidad el instrumento y fueron incluidos en el análisis; la mediana de edad fue de 44 años (16-78). Con respecto a las primeras 9 preguntas codificadas por medio de una Escala Linear Análoga tuvimos que al menos 15 paciente (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. Las últimas 3 preguntas fueron contestadas a modo de opción múltiple e intentan evaluar la percepción de las potenciales

ventajas, desventajas y sensación provocada si se sustituyera su tratamiento intravenoso a una terapia sólo por vía oral. “Menos visitas al Hospital” fue la ventaja más importante para el 29.7%, seguida de “Evitar la colocación de catéter venoso” (27%). La desventaja más frecuente respondida fue “Tomar incorrectamente las pastillas” (48.6%), seguida de “Menor efectividad” (21.6%). Al preguntarle a los pacientes que sentirían si iniciáramos QO en sustitución del régimen intravenoso las 2 respuestas más comunes fueron: miedo y alivio ambas con 32.4%. Es importante destacar que en nuestra población encuestada 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.

Palabras clave. quimioterapia, oral.

0969 Tumor primario de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) metastásico a cuello y suprarrenales reporte de un caso

Castro Senyasen Sairi, Cruz Ruben

Hospital Juárez de México

Masculino de 47 años APNP exposición a biomasa en la infancia 4 horas IB 64, tabaquismo -, alcoholismo ocasional, toxicómanas -, APP negados. Comienza su padecimiento 1

mes previo a su internamiento con aumento de volumen en región lateral izquierda de cuello, sin dolor a la movilización ni cambios de coloración, ni temperatura, posteriormente a los 15 días aumenta de tamaño con lo que comienza con dolor ala movilización, cambios de coloración rojo-violáceo, aumento de la temperatura, parestesias en brazo izquierdo, cambios en la voz y dificultad para la entrada de aire, motivo por lo que acude al hospital. A la exploración neurológicamente integro, cabeza sin alteraciones, cuello traquea ligeramente desplazada a la derecha, tumoración en cuello violácea de 15x10x5 cm con aumento de temperatura adherida a planos profundos, doloroso a la palpación, con imposibilidad para la movilización, brazo izquierdo con aumento de volumen, fuerza 3/5, presencia de parestesias, cardiopulmonar sin alteraciones. resto de la exploración normal. Se aborda como neoplasia en piel, se realiza biopsia trucut, realiza TAC cuello presencia de tumoracion adherida a planos profundos con desplazamiento de la traquea, reporte bx: como neoplasia altamente indiferenciada, TAC tórax tumoración pulmonar 4x5x4.5, espiculado, lesión se extiende orificio torácico superior hacia mediastino anterior, con daño plexo braquial ipsilateralse mete inmunohistoquímica reporte CK7+/CK20-, TTF1+ débil NCAM -.

Palabras clave. tumor pulmon, adenocarcinoma, nsclc, metastasis suprarrenal, metastasis a cuello.

0989 Evento vascular cerebral como manifestación inicial de adenocarcinoma gástrico difuso de células en anillo de sello

Ramirez Tania Gissel, Cruz Itzel, Baldeon Fernanda Alicia, Deraf Alejandro Esteban

Instituto Mexicano del Seguro Social - Hospital General CMN La Raza

El cáncer de estómago es muy frecuente la incidencia varía desde 3.4% a 39% en países occidentales. Se clasifica en cuatro patrones histológicos: tubular, papilar, mucinoso y de células en Anillo de Sello, este afecta a jóvenes y en mayor proporción mujeres, son tumores infiltrativos que tienden a comprometer todo el espesor de la pared gástrica asociándose a peor pronóstico. **Objetivo.** Describir esta inusual forma de presentación, el evento vascular cerebral, en una paciente joven con diagnóstico de adenocarcinoma gástrico. **Caso:** Mujer de 44 años, sin cronicodegenerativos como antecedentes G2 C2, fractura de tobillo derecho hace 11 años, tabaquismo positivo a los 18 años por 6 meses, alcoholismo social sin llegar a la embriaguez, ingresa por deterioro neurológico. Inicia padecimiento una semana previa a su ingreso con cefalea holocraneana, misma

que cede a la administración de AINES, posteriormente con astenia y adinamia así como epigastralgia manejado con omeprazol con mejoría parcial, se agregan alteraciones de la atención, memoria y del lenguaje con afasia motora, marcha atáxica, disminución de la fuerza en extremidad superior derecha, alteraciones del equilibrio y disidiadococinias, acompañado de palidez generalizada. EF, Glasgow 12 (V2 M6 O4), palidez generalizada de piel y tegumentos, indiferencia al medio, emisión de sonidos incomprensibles, afasia global, hemiplejía derecha, hiperreflexia derecha, resto sin alteraciones, anemia normocítica normocrómica grado III de la OMS, tc cráneo con imágenes hipodensas intraparenquimatosas, EKG ritmo sinusal y taquicardia, ante sospecha de EVC secundario a enfermedad autoinmune se inició tratamiento con metilprednisolona 1gr (3 dosis) sin mejoría, se realiza punción lumbar descartando proceso infeccioso, resto de paraclínicos sin alteraciones, posteriormente deterioro neurológico con crisis convulsivas tónicas y en tc de cráneo se observa hemorragia subaracnoidea FISHER II, se decide manejo avanzado de la vía aérea, persiste con anemia, trombocitopenia, DHL persistentemente elevada, lesión renal aguda, trombosis en extremidades, por lo que se sospecha de coagulación intra-

vascular diseminada, causando la muerte. Se realiza autopsia total con diagnóstico anatómico final: carcinoma gástrico de tipo difuso con células en anillo de sello, ulcerado extensamente infiltrante en ambas curvaturas, con permeación vascular con áreas de necrosis tumoral asociadas. **Conclusiones.** este tipo histológico es el de peor pronóstico, la mayoría de los pacientes con cáncer gástrico son sintomáticos y cursan con una enfermedad avanzada al momento de la presentación, como es el caso de nuestra paciente.

Palabras clave. carcinoma, gástrico, anillo de sello, mujer, joven, EVC.

1001 Derrame pericárdico como presentación de carcinoma neuroendocrino pobremente diferenciado de mediastino anterior

Díaz Juan Carlos, Ramírez Tania Gissel, Orozco Julianapatricia, Sanchez Juana

Instituto Mexicano del Seguro Social Hospital General CMN La Raza

Los tumores neuroendocrinos son un grupo heterogéneo de neoplasias que difieren en su comportamiento biológico, aspecto histológico, y en la respuesta al tratamiento., se caracterizan por un crecimiento lento y secreción de hormonas o sustancias vasoactivas, se clasifican de acuerdo al grado tumoral y en dos categorías:

los bien diferenciados y los pobremente diferenciados, lo últimos son tumores de alto grado, agresivos, con múltiples sitios de metástasis. **Objetivo.** Describir la forma de presentación el derrame pericárdico, en una paciente con diagnóstico de carcinoma neuroendocrino.

Caso: Femenina de 52 años de edad, con HAS en control y obesidad grado 1. Inició cuadro con dolor abdominal en epigastrio, se agrega dolor lumbar, a tres meses de curso clínico acude a valoración en nuestra unidad por persistencia de síntomas, acompañado de pérdida de peso no intencionada de 7 kg en dos meses, astenia, adinamia, diaforesis nocturna, dolor lumbar con episodios más frecuentes, se inició protocolo de estudio con ultrasonido abdominal donde se observan metástasis en hígado, endoscopía superior con reporte de gastropatía erosiva, rx con radioopacidad en senos costofrénicos y cardiomegalia global e imagen en tienda de campaña sugerente de derrame pericárdico, se realiza tomografía de tórax y abdomen con contraste, donde se observa mediastino con lesión anterior heterogénea de bordes irregulares, mal definidos que envuelve a las estructuras vasculares en cara anterior, y conglomerados ganglionares, derrame pericárdico, se realizó toma de biopsia guiada por tomografía con reporte histopatológico compatible con neoplasia neuroendocri-

na, inmunohistoquímica con cromogranina negativa y ki67: >20% concluyente a carcinoma neuroendocrino G3 pobremente diferenciado. Valorado por Oncología considerandose fuera de tratamiento quirúrgico iniciando cisplatino/etopósido como primera línea de tratamiento. **Conclusión:** Los tumores neuroendocrinos constituyen menos del 5% de todos los cánceres, nuestra paciente presentó tumor mediastinal y derrame pericardico sin compromiso hemodinámico, el cual es poco frecuente como presentación inicial.

Palabras clave. derrame pericardico, carcinoma, neuroendocrino, mediastino, anterior, tumor.

1023 Desenlaces renales en pacientes con tumores sólidos tratados con terapia anti-angiogénica

Enríquez Lizbeth, Motola Daniel
Hospital Médica Sur

Objetivos. Determinar la prevalencia de TFG < 90 ml/min/1.73 m² y TFG < 60 ml/min/1.73 m² en pacientes con tumores sólidos tratados con terapia anti-angiogénica en el centro oncológico de Médica Sur.

Métodos. Se realizó un estudio exploratorio, observacional, descriptivo, transversal, retroelectivo. La población de estudio fueron pacientes con tumores sólidos tratados con agentes anti-angiogénicos en el Centro Oncológico del Hospital

Médica Sur. Se recabaron datos demográficos, comorbilidades, diagnóstico oncológico y tratamiento, así como función renal basal. Posteriormente se analizó su evolución según los registros del expediente clínico, documentando el desarrollo de enfermedad renal crónica, lesión renal aguda, deterioro de la tasa de filtración glomerular, desarrollo de hipertensión arterial de novo y desequilibrio hidroelectrolítico. **Resultados.** Se analizaron 60 pacientes tratados con terapia antiangiogénica, la mayoría 95% recibió Bevacizumab, en un promedio de 12 ciclos. Después del inicio de terapia antiangiogénica con una media de seguimiento de 19 meses la prevalencia de insuficiencia renal con TFG < 90 ml/min/1.73 m² previo al fue del 53% y de TFG < 60 ml/min/1.73 m² fue del 22%. La incidencia de lesión renal aguda fue del 33%, hipertensión arterial de novo del 48% y proteinuria del 48%. Los trastornos hidroelectrolíticos más frecuentes fueron la hiponatremia, hipomagnesemia e hipocalcemia que se desarrollaron en el 63%, 62% y 48%. **Conclusiones.** En los pacientes con tumores sólidos tratados con terapia antiangiogénica en el Centro Oncológico de Médica Sur la prevalencia de TFG < 90 ml/min/1.73 m² y TFG < 60 ml/min/1.73 m² fue de 53% y 22% respectivamente.

Palabras clave. terapia anti-angiogénica, insuficiencia renal,

lesión renal aguda, hipertensión arterial, proteinuria, trastornos hidroelectrolíticos.

1060 Hipercalcemia severa como manifestación de carcinoma de células renales

Jiménez Yeimmy Zuyenn, Flores Guillermo, Pérez Bernardo
Centro Médico Nacional Siglo XXI Hospital de Especialidades

Introducción. La hipercalcemia se presenta en el 15% de los pacientes con carcinoma de células renales y se asocia con un mal pronóstico.

Objetivo. Exponer un caso clínico de hipercalcemia severa asociado a neoplasia renal sin manifestación de la triada clásica y de esta manera contribuir a los casos reportados.

Material y métodos. Para el abordaje diagnóstico solicitamos PTH/PTHrP, vitamina D, antígeno prostático, antígeno carcinoembrionario, CA-19-9, TC toracoabdominal contrastada y serie ósea metastásica.

Exposición de caso: Masculino de 84 años de edad con antecedentes de Diabetes mellitus tipo 2, Hipertensión arterial sistémica, cardiopatía isquémica crónica e infección de vías urinarias de repetición, sin tamizaje para cáncer de próstata. Inicio cuadro clínico hace 3 meses caracterizado por síntomas B, estreñimiento y dolor abdominal sordo además de presentar hipercalcemia severa. Como parte del protocolo se realizó serie ósea

metastásica con múltiples lesiones líticas, TC de abdomen con doble contraste con lesión en seno renal derecho probable carcinoma de células transicionales, lesiones líticas en estructuras óseas, metástasis hepáticas y pulmonares y

adenopatías retroperitoneales.

Conclusiones. El paciente no presentó la triada clásica de esta neoplasia; sino manifestó hipercalcemia severa la cual es una entidad poco frecuente y se asocia fuertemente con enfermedad avanzada con

una mortalidad del 90% a los 30 días, por lo cual es necesario incrementar el reporte de casos

Palabras clave. hipercalcemia severa, carcinoma de células renales, incidencia, triada clásica, pronóstico, mortalidad.