



---

# ONCOLOGÍA

---

**0004 Tumor fibroso solitario variante hemangiopericitoide, presentación intratorácica**

Alonso César Daniel<sup>1</sup>, Ramírez Miguel Ángel<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Juárez de México;

<sup>2</sup> Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

El tumor fibroso solitario (TFS) es un tumor raro de origen mesenquimatoso que típicamente se originan de la pleura o pelvis. Las características histopatológicas del tumor fibroso solitario fueron descritas por primera vez por Klemperer y Rabin en 1931 como mesoteliomas fibrosos localizados en pleura. El diagnóstico se caracteriza por inmunohistoquímica para CD34 positiva. Aproximadamente 78% a 88% de los TFS son benignos, pero 12 a 22% son malignos. Actualmente el avance en técnicas moleculares ha permitido asociar a este tipo de tumoración con la fusión NAB2-STAT6 en el 55% de los casos. En nuestro país no existen datos epidemiológicos sobre la incidencia de esta tumoración, es necesario considerar que no se realiza de forma rutinaria el estudio de inmunohistoquímica completa y el estudio molecular en las piezas quirúrgicas resecaadas. Presentamos el caso clínico de paciente femenino con presentación intratorácica del TFS en la cual logramos identificar una de las variantes mediante inmunohistoquímica. Paciente femenino de 51 años de edad, originaria y residente de la ciudad de Mé-

xico, ocupación ama de casa, sin antecedentes personales no patológicos relevantes para el padecimiento actual, hipertensa de 15 años de evolución en tratamiento con antagonista de receptor de aldosterona, con apego a tratamiento, colecistitis crónica litiásica de un mes de seguimiento por facultativo, acude a valoración preoperatoria por medicina interna, donde en estudio radiográfico de tórax se evidencia tumoración en base de pulmón derecho por lo cual se decide envió al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias para seguimiento por neumología oncológica. Se programa biopsia guiada por tomografía con resultado de BAAF con resultado de tumoración fibrosa con estudio de inmunohistoquímica CD34 positivo, vimentina positivo y citoqueratina negativo. Previa valoración neumológica con pruebas de función respiratoria sin alteraciones, FEV1 > 80% predicho y DLCO > 80% se decide resección de tumoración con reporte final por anatomía patológica de TFS CD34 + con parénquima pulmonar adyacente con colapso y hemorragia, implantes de tórax derecho, con TFS patrón hemangiopericitoide CD34+, vimentina positiva débil, desmina, NSE, CD56, cromogranina, calretinina, CK1/3, negativos.

**Palabras clave:** tumor, fibroso, inmunohistoquímica, tumoración.

**0036 Trombosis venosa profunda como presentación atípica**

**del tumor retroperitoneal. Reporte de caso**

Jiménez Gilberto Armando, Barragán Abel

Programa Multicéntrico de Residencia Médicas, Instituto Tecnológico de Monterrey

**Antecedentes:** las tumoraciones retroperitoneales representan el 0.1% de todas las malignidades. El liposarcoma, masa indolora de crecimiento progresivo en la 6ta–7ma década, aparece raramente en esta localización. Su tamaño condiciona su sintomatología habitualmente dolor abdominal. La trombosis venosa profunda (TVP) no se considera como clínica en esta patología.

**Objetivo:** demostrar una de las manifestaciones clínicas atípicas en los tumores retroperitoneales.

**Informe de caso:** Femenino 65 años. Antecedentes: múltiples ingresos por infección urinaria. Valoración geriátrica integral (VGI) con Katz A, Lawton y Brody de 8/8, Yesavage 0/15, Pfeiffer 0/7. Inició 3 meses previos con dolor 4/10 en miembro pélvico izquierdo (MPI) irradiado a ingle e hipogastrio, exacerbado por movimiento. Edema, dolor y calor local. Pérdida de peso de 3-5 kg, diaforesis nocturna, aumento del perímetro abdominal. El dolor se intensifica conduciendo a la postración. Exploración física: Neurológicamente integra; no compromiso cardiorrespiratorio; abdomen globoso a expensas de panículo adiposo con dolor en hipogastrio y fosa iliaca izquierda (FII) sin palpar masas;



extremidades asimétricas con edema, calor, rubor, aumento >3 cm de MPI, signo de homans positivo. Laboratorios: anemia normocítica normocrómica, Cr 1.5. Ultrasonido: Vena femoral común y poplítea: ausencia compresibilidad y flujo a expensas de material intraluminal. FII con vasos tortuosos dilatados representando congestión venosa. Hidronefrosis izquierda con dilatación del uréter, sospechar causa compresiva. TAC abdomen/inguinal: Masa densidad de tejidos blandos que ocupa retroperitoneo extendiéndose a ingle. Biopsia: neoplasia maligna indiferenciada compatible con liposarcoma. Se inicia quimioterapia y se egresa.

**Resultados:** únicamente se han publicado 9 serie de casos, con un total de 14 pacientes donde un sarcoma de tejidos blandos se presenta de inicio como trombosis venosa profunda. De estos, el 50% corresponde a liposarcomas; ninguno de ellos con origen retroperitoneal y extensión inguinal como el presentado. La imitación de otra patología puede enmascarar el diagnóstico y el retraso de tratamiento debido a tratamiento anticoagulante de largo plazo.

**Conclusión:** la presentación de una tumoración maligna como trombosis venosa profunda es poco reconocida/sospechada siendo sumamente rara. En pacientes sin factores de riesgo para TVP, se recomienda búsqueda en la región inguinal para posible malignidad.

**Palabras clave:** liposarcoma retroperitoneal, trombosis venosa profunda.

#### 0071 Síndrome de lisis tumoral espontáneo. Reporte de caso

*Hernández Genaro, Tinoco Maritza*

Secretaría de Salud del Distrito Federal

El síndrome de lisis tumoral es un conjunto de alteraciones metabólicas (hiperuricemia) y electrolíticas (hiperfosfatemia, hipocalcemia e hiperkalemia) que se pueden observar durante la destrucción de células tumorales. Puede manifestarse con complicaciones como lesión renal aguda, arritmias cardíacas y crisis convulsivas. Los criterios diagnósticos propuestos por Cairo y Bishop, requieren de 1 síntoma clínico con dos marcadores bioquímicos, 3 días o 7 días después del tratamiento oncológico. Más frecuente en enfermedades malignas hematológicas (4-42%), y posterior a tratamiento. Presentamos caso femenino de 69 años, diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento, alcoholismo desde los 14 años de edad, ingesta semanal, a base de fermentados, 2-4 litros por ocasión, actualmente mensual; exposición a humo de biomasa 360 horas/año; inicia padecimiento 1 año previo con astenia, adinamia y sueño diurno, 6 meses después hiporexia y disminución de la fuerza en miembros inferiores. Dos semanas previas epigastralgia,

pérdida de memoria retrógrada, inatención y paresia condicional postración. Acude en agosto 2015 a valoración, con hepatomegalia 12 cm debajo de borde costal, sin ascitis ni ictericia, y esplenomegalia, presenta leucocitos 22.0, Cr 2.3, ácido úrico 17.5, K 6.6, Ca 10.7, P 5.5, GGT 639, DHL 622, BT 0.9, AST 40, ALT 22, albúmina 2.6, tiempos de coagulación normales. TAC toracoabdominal: hígado con aumento de volumen a expensas de lóbulo derecho, segmentos 5, 6, 7 y 8, pérdida de morfología, con lesiones heterogéneas, bordes mal definidos, sugestivas de metástasis; Vesícula biliar 2x3 cm heterogénea borde mal definido, pérdida de morfología, colapsada y adherida a hígado; esplenomegalia. Antígeno carcinoembrionario 5000. Ante datos clínicos y radiológicos de Lisis tumoral, se inicia reanimación hídrica 20 ml/kg, alopurinol y bicarbonato, con mejoría clínica y bioquímica a las 24 hrs. Paciente con síndrome de lisis tumoral clínico grado 1 (Lesión renal aguda), de tumor de origen primario desconocido, sugestivo hematológico, enviada a Instituto Nacional de Cancerología para valoración. Los factores de riesgo para este síndrome son el tamaño de la neoplasia e involucro con otros órganos, así como deshidratación y lesión renal aguda. El tratamiento consiste en reanimación hídrica y control electrolítico. En tumores sólidos es raro, aunque ocurre tras quimioterapia, o espontáneo

(gástrico, pulmonar y mama), y solo existen series de casos.

**Palabras clave:** síndrome de lisis tumoral, lisis espontánea, lesión renal aguda.

**0089 Sarcoma sinovial metastásico del ventrículo derecho. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía**

Rivera Manuel José, Vargas Ángel Daniel<sup>1</sup>, Chagolla Miguel Ángel<sup>2</sup>, López Ana María<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital General León; <sup>2</sup> Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío

El sarcoma sinovial metastásico del corazón es raro, solo existen algunos cuantos reportes en la literatura mundial, se presenta el caso de una mujer de 21 años de edad, con antecedente de haber sido tratada por un sarcoma sinovial en extremidad inferior, con perfusión aislada de miembro un año previo y recurre con metástasis a corazón. **Antecedentes:** fractura de codo derecho a los 14 años de edad, ameritó de osteosíntesis con clavos de Kirschner. Diagnosticada con sarcoma sinovial monofásico y operada de perfusión aislada de extremidad y resección de sarcoma sinovial monofásico de pie derecho en febrero del 2015, operada en octubre de resección y colocación de injerto de cresta iliaca, recibió 12 sesiones de radioterapia. Inicia padecimiento un mes previo a su último ingreso con dolor precordial, palpitaciones, hiporexia y pérdida de peso no cuantifi-

cada, presenta agudización de los síntomas 3 días previos a su ingreso agregándose: dolor retroesternal opresivo, irradiado a la espalda y brazo izquierdo, intermitente, que aumenta con la respiración, ortopnea, sensación de lipotimias, astenia y adinamia. El ECG en ritmo sinusal, FC 114 lpm, con hallazgos que sugieren crecimiento de aurícula derecha, hipertrofia de ventrículo derecho, y sobrecarga sistólica biventricular. El ECOTT reportó: ventrículo derecho con tumoración fija a pared libre e infundíbulo, que protruye hacia el tronco de la arteria pulmonar, rebasando la válvula, desplazamiento del septum a la izquierda. Tumoración de 47x54x42 mm. La angiogramía de tórax 08/04/16 reportó una trombosis masiva de ventrículo derecho y arteria pulmonar. Se realizó procedimiento quirúrgico de resección de tumoración intracardiaca el 22 abril 2016 encontrando gran tumoración multinodular, de consistencia semiforme, que a la manipulación resulta fácilmente desprendible y que emerge a través de la válvula pulmonar respetando la integridad de las valvas, también visible a través de la tricúspide también respetando sus valvas. Como hallazgos el tumor infiltraba la pared libre del ventrículo derecho y parte del septum interventricular lo que impide su resección completa. Tiempo de circulación extracorpórea 101 min. Pinzamiento aórtico: 81min. El reporte histopatoló-

gico reporta sarcoma sinovial monofásico moderadamente diferenciado; el primer tumor tenía un patrón histológico idéntico, probablemente por metástasis vía hematogena. Debería realizarse ECOTT o RMN seriada anual a pacientes con tumores de partes blandas.

**Palabras clave:** sarcoma, metástasis, ventrículos, sinovial, TAC, tumoración.

**0098 Sarcoma intimal de la vena basilica. Reporte de caso con localización inusual**

Hernández Liliana Ivett<sup>1</sup>, Martínez José Luis<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Dr. Jesús Gilberto Gómez Maza, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; <sup>2</sup> Instituto Nacional de Cancerología

**Introducción:** los sarcomas de tejidos blandos son un grupo de tumores sólidos, raros, con distintas características clínicas y patológicas. Surgen del tejido mesenquimal con diferenciación heterogénea. Se consideran menos del 1% de todos los tumores malignos. Los sarcomas de grandes vasos usualmente se presentan en la aorta, arteria pulmonar y vena cava inferior. Los sarcomas arteriales periféricos son excepcionalmente raros. Han sido reportados en la iliaca y arteria femoral profunda o común y son con frecuencia indiferenciados. La mayoría de los sarcomas de arterias periféricas son leiomiomas o angiosarcomas. **Caso clínico:** se trata de masculino de 30 años de edad,



con antecedente de linfoma de Hodgkin clásico celularidad mixta en el 2004, recibió 6 ciclos de tratamiento con ABVD. Al término de tratamiento Pet-CT sin actividad tumoral. Febrero de 2014 presenta tumor en cara medial de brazo izquierdo de aproximadamente 4x3cm, indurado, profundo, no doloroso, de 6 meses de evolución. Se realiza resonancia magnética de brazo izquierdo reportando lesión en el compartimento medial y tercio medio del brazo izquierdo dependiente de la vena basílica, siendo el tumor propiamente dicho de 5x3cm. Se realiza biopsia guiada por ultrasonido de dicha lesión con reporte histopatológico de sarcoma de alto grado, con áreas pleomorfas y producción de material osteoide, compatibles con sarcoma de la íntima, marcador CD34: Negativo. El manejo oncológico fue resección quirúrgica amplia, posteriormente manejo con quimioterapia a base de doxorubicina e ifosfamida 6 ciclos y radioterapia adyuvante en lecho quirúrgico, 60 Gy en 30 fracciones. Actualmente paciente continúa en vigilancia. **Conclusiones:** este caso en particular representa una localización rara del sarcoma. La presentación clínica de estas neoplasias son inespecíficas. El hallazgo más común de presentación es una masa indolora con crecimiento gradual. La asociación de ambas neoplasias se podría explicar ante la presencia de alteraciones genéticas que predisponen

a síndromes en los cuales se desarrollan múltiples neoplasias. El diagnóstico definitivo es histopatológico, con áreas pleomórficas y producción de material osteoide, con la realización de inmunohistoquímica de CD34, para diferenciarlo principalmente de otras histologías de sarcoma como el angiosarcoma. Los esquemas de base para el tratamiento son las antraciclina en combinación con ifosfamida. En el pronóstico en estos pacientes es pobre.

**Palabras clave:** sarcoma íntimo, neoplasia rara, vena basílica, inmunohistoquímica CD34, negativo.

#### **0119 Lesión cerebral solitaria de características quísticas como única manifestación de enfermedad metastásica de un adenocarcinoma de pulmón bien diferenciado**

*Lara Luis Antonio<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina

Las metástasis cerebrales están presentes en un 20-40% de los pacientes con cáncer, siendo el cáncer de pulmón de células no pequeñas el más frecuente hasta en un 50% de los casos. Aproximadamente sólo entre el 60-75% de los pacientes presentan síntomas. **Presentación de caso:** femenino de 46 años de edad sin antecedentes médicos de importancia quien inicia padecimiento actual 1 mes previo con disminución de la fuerza de miembro pélvico izquierdo. 15

días previos inicia con involucro de miembro torácico izquierdo y una semana previa refiere parálisis facial ipsilateral. A la EF se valora FM 4/5 en extremidades izquierdas con mayor afección de músculos distales, con leve hiperreflexia, signo de Babinski izquierdo. Resto de la exploración normal. Se realiza RMN de encéfalo contrastada con gadolinio identificándose lesión única quística de 42 x 38 x 38 mm, con presencia de nódulo sólido con reforzamiento tras el contraste, de 16 x 5 mm, además de edema circundante y desplazamiento de estructuras de la línea media (aprox 4 mm), con compresión del ventrículo lateral ipsilateral. En difusión sin restricción significativa, CAD hiperintensa. Espectroscopia con relación colina/creatinina normal. Se decide pasar a cirugía para exéresis tumoral y reducción de volumen con neuronavegación intraoperatoria y toma de biopsia. Tinción de gram y cultivos negativos. Biopsia transoperatoria confirma presencia de células de características carcinomatosas. Inmunohistoquímica positiva para CK7. En TAC de tórax y abdomen se identifica como único hallazgo tumoración pulmonar en lóbulo superior izquierdo de bordes espiculados de 4.3 x 3.2 x 3.4 cm y múltiples adenomegalias ipsilaterales a la lesión, en hilio, región prevascular y aorta cava de 23 mm la de mayor tamaño. Biopsia pulmonar por broncoscopia confirma adenocarcinoma

bien diferenciado de pulmón con mutación EGFR presente. Se realiza radiocirugía esterotáxica con Gamma Knife para lesión metastásica con subsecuente radioterapia adyuvante de cerebro con dosis fraccionadas y quimioterapia blanco con erlotinib. **Discusión:** Las metástasis cerebrales solitarias ocurren hasta en un 40% de pacientes con ca de pulmón de CNP, siendo las lesiones sólidas las más comunes hasta en un 75-87% de los casos.

**Conclusión:** la lesión quística solitaria es una forma de presentación menos frecuente donde el diagnóstico y tratamiento oportuno han demostrado una mejoría en la calidad de vida y aumento de la supervivencia global.

**Palabras clave:** lesión quística solitaria cerebral, enfermedad metastásica, cáncer de pulmón de células no pequeñas, adenocarcinoma de pulmón bien diferenciado, radiocirugía esterotáxica, radioterapia cerebral.

#### **0121 Abordaje diagnóstico de “tumores primarios ocultos”. Metástasis óseas por tumor primario oculto de mama**

*Valenzuela Ana Karen*

Fundación Clínica Médica Sur

**Introducción:** los tumores primarios ocultos (TPO), también llamados “tumores primarios desconocidos”, se definen como el conjunto de tumoraciones malignas metastásicas confirmados por patología, cuyo sitio primario no puede ser identificado durante la evaluación pretratamiento

adecuada. La presentación clínica de este grupo de malignidades es diversa y se caracterizan por tener un pronóstico pobre, con una mediana de supervivencia que va entre los 6 y 9 meses. Presentamos el caso de una paciente con lesiones óseas líticas y blásticas en todo el esqueleto axial sin identificación del tumor primario. Mujer de 58 años con antecedente de tabaquismo por 20 años que inició con síndrome anémico, se documentó anemia microcítica hipocrómica (Hb 6 g/dL) en biometría hemática; perfil de hierro diagnóstico para deficiencia de hierro, se inició tratamiento sustitutivo. Exploración física solo destacó palidez generalizada. Durante el abordaje de anemia, se encontró fosfatasa alcalina elevada de forma aislada. Se descartó sangrado de tubo digestivo, panendoscopia y colonoscopia biopsias negativas para malignidad. Se realizó TC abdomino-pélvica que reportó múltiples lesiones osteolíticas y osteoblásticas distribuidas en todas las estructuras óseas y adenopatía axilar izquierda de 14 mm. Aspirado de médula ósea positiva para adenocarcinoma metastásico poco diferenciado en anillo de sello con probable primario de estómago. Receptores de estrógenos y progesterona (-). PET-CT: lesiones líticas en columna vertebral, pelvis, fémur y húmero derecho, hueso parietal y frontal, adenopatía axilar izquierda, sin captación en estómago, ni en resto de tubo digestivo. Biopsia

de ganglio axilar izquierdo: carcinoma lobulillar pleomórfico de mama, metastásico en 1 de 2 ganglios linfáticos axilares. Receptores de estrógenos y progesterona (+). Her 2 (-). KI-67: (+) 30%. Mastografía sin alteraciones. Ultrasonido en mamas: BI-RADS 4B en mama derecha. Se inició quimioterapia neoadyuvante con paclitaxel.

**Conclusión:** la identificación del sitio primario de los TPO es menor al 30% de las ocasiones y aún en autopsias solo se logran identificar exitosamente del 20 al 50% de los casos. La evaluación pretratamiento completa y adecuada de tumores primarios ocultos incluye un cáncer metastásico confirmado, historia clínica y exploración física completas, estudios de laboratorios e imagen completa y procedimientos invasivos de acuerdo a la presentación junto con una evaluación patológica completa.

**Palabras clave:** desconocido, cáncer, hueso, adenocarcinoma, citoqueratinas, primario.

#### **0122 Linfalgioleiomatosis y embarazo: reporte de caso de gestante con insuficiencia respiratoria**

*Sánchez Jimena<sup>1</sup>, Ávila José Luis<sup>2</sup>, Meléndez Leopoldo<sup>3</sup>, Méndez Juan Andres<sup>3</sup>, Hernández Arturo<sup>3</sup>, Ortiz Alejandro<sup>3</sup>, Flores Candido<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Centro Médico Nacional SXXI, Subsección Hospital General de Zona 32, Villa Coapa; <sup>2</sup> Hospital General de Tampico Dr. Carlos



Canseco; 3 Hospital General de Zona 32, Villa Coapa

**Antecedentes:** la linfangioleiomiomatosis (LAM) es una enfermedad rara, se estima en 1 caso por cada millón de habitantes; probablemente infradiagnosticada debido a su evolución tórpida, ausencia de test específicos y escaso grado de sospecha clínica, que afecta predominantemente a la mujer en edad fértil cuyas manifestaciones clínicas empeoran en el embarazo. Se caracteriza por proliferación anormal de células musculares lisas inmaduras, que crecen de manera aberrante en vía aérea, parenquima, linfáticos y vasos sanguíneos pulmonares, causando cambios quísticos en el parénquima pulmonar, neumotórax de repetición, quilotórax y angiomiolipomas renales, en la mayoría de los casos lleva a una pérdida progresiva de la función pulmonar, lo que determina su evolución progresiva e inexorable hacia la insuficiencia respiratoria y muerte. **Objetivo:** describir el caso de una gestante que presenta disnea progresiva y tos en ausencia de síndrome pleuropulmonar franco debido a alteración de la arquitectura pulmonar por LAM, documentada por biopsia. **Informe de caso:** gestante de 23 años de edad que se hospitaliza por datos de aborto incompleto, así como disnea de pequeños esfuerzos, se programa para legrado, durante el procedimiento se documenta

dificultad respiratoria y desaturación del 60% por lo que se difiere y se inicia protocolo de estudio. Ruidos respiratorios con poca entrada y salida de aire, ambas bases con disminución de la transmisión de la vibración vocal, mate a partir del 6to espacio intercostal y con estertores crepitantes, el abdomen con hepatoesplenomegalia laboartoriales sin alteración excepto por gasometría con AMCAGE y ARC, se realiza tomografía torácica contrastada, en la que se observan datos de fibrosis pulmonar intersticial difusa, con patrón quístico generalizado, con estudio de extensión TC simple y contrastada abdominal donde se observa una tumoración retroperitoneal gigante, heterogénea, con densidad grasa. Se realiza laparotomía exploradora y toma de biopsia documentándose linfangioliomioma retroperitoneal, se incluye en lista de espera para trasplante pulmonar, sin embargo con desenlace funesto 6 semanas después del diagnóstico debido a complicaciones respiratorias. **Conclusión:** dada su baja prevalencia, dificultad para establecer el diagnóstico de forma oportuna y el agravamiento durante el embarazo, debe ser considerada como diagnóstico de exclusión en todas las mujeres fértiles con dificultad respiratoria de origen desconocido

**Palabras clave:** linfangioleiomiomatosis, embarazo, neumotórax, quilotórax, angioliipomas, trasplante.

### 0177 Pérdida de peso significativa no intencionada secundaria a condrosarcoma pélvico de alto grado. Reporte de un caso

*Sánchez Sheila Vania, Briceño Fernando, Vásquez Enzo Christopher*

Hospital de Especialidades, UMAE Dr. Antonio Fraga Mouret, CMN La Raza IMSS, Ciudad de México

**Introducción:** la pérdida de peso es una entidad multifactorial frecuente en la práctica clínica. La etiología es orientada por el género, la edad y factores de riesgo. En este caso se trata un paciente masculino de la séptima década de la vida con pérdida de peso, en donde el cuadro clínico sugería una causa orgánica, específicamente neoplásica, descartándose procesos malignos prostático y gastrointestinal.

**Caso:** paciente masculino de 69 años con antecedente de HAS, litiasis renal bilateral y tabaquismo que en los 4 meses y medio previos perdió 11 kg de manera no intencionada, sin fiebre o diaforesis, con dolor opresivo intenso en fosa ilíaca derecha con irradiación a región inguinal y cara anterior de muslo ipsilateral. Además urgencia miccional y nicturia, pujo, tenesmo vesical y disminución en el calibre de las evacuaciones. A su ingreso, a la palpación con dolor en hipogastrio y fosa ilíaca derecha, con tumor indurado a nivel inguinal derecho, fijo y percusión mate; tacto rectal normal. Teniendo como dos principales sospechas:

cáncer de próstata y de colon, se toma APE con resultado 12.2 y USG con hiperplasia prostática grado III además de tumor complejo en hueco pélvico en lado derecho de 107x 85 mm. Se realiza TC simple y contrastada localizándolo anterior a la vejiga y posterior a la sínfisis del pubis con densidad mixta con densidades de 30 y 21 UH que con administración de contraste pasa a 43-78 UH. Se realizó biopsia prostática por USG sin neoplasia y rectosigmoidoscopia en donde se observa compresión extrínseca en cara anterior de recto, con biopsia negativa para neoplasia. Ante los hallazgos descritos se realiza biopsia por punción guiada por USG encontrando necrosis tumoral del 80% de aspecto eosinófilo, con un grupo de células dispuestas en una matriz de aspecto mixoide, con atipia y cambios histológicos compatibles con condrosarcoma de alto grado con extensa necrosis. **Conclusión:** los condrosarcomas son un grupo heterogéneo de tumores malignos comprendiendo el 20 a 27% de neoplasias óseas malignas. De éstos el 5 a 10% son de alto grado. Son una causa rara de pérdida de peso y el diagnóstico definitivo es histopatológico; además de que la localización en este caso es poco frecuente. La elevación del APE puede ser explicada por reacción cruzada con las calicreínas humanas expresadas por tejido mesenquimatoso y factores de crecimiento.

**Palabras clave:** condrosarcoma pélvico, pérdida de peso, tejido mesenquimatoso, neoplasias óseas.

**0184 A propósito de caso: paciente femenino de 57 años de edad con síndrome consuntivo con presencia de cáncer sincrónico ductal infiltrante-intraductal de mama triple negativo y linfoma no Hodgkin de celularidad mixta**  
*Chávez Cristian Leonardo, Ramírez Juan Carlos, Jáuregui Jorge Alberto, Ponce Ana Karen, Ortega Ricardo, Salazar Cynthia Jeanette, Murillo Carlos Tomas*  
 CMN UMAET1 Bajío

Es bien conocida la ocurrencia de múltiples tumores malignos primarios en un mismo paciente. Más rara es la aparición de dos malignidades primarias en un mismo órgano, ambas diagnosticadas simultáneamente (tumores sincrónicos). Los tumores sincrónicos (diagnosticados dentro de un periodo de seis meses) y sin la influencia de factores predisponentes como puede ser una terapia adyuvante radiante o quimioterapia son muy raros. Para explicar la coexistencia de dos malignidades simultáneamente se han esgrimido distintos factores predisponentes tales como la avanzada edad de los pacientes, la exposición a un carcinógeno común, trastorno inmunológico, predisposición genética al cáncer o terapéutica relacionada. Las causas de dicha baja incidencia no son bien conocidas. No obstante, la obliteración de

canales linfoganglionares por células linfoides tumorales y el papel de mediadores químicos inflamatorios, como el factor de necrosis tisular, pueden jugar un papel relevante en la invasión de ganglios linfomatosos por células tumorales de mama. Se reporta caso de paciente femenino de la 6ta década de vida tabaquismo, alcoholismo y toxicomanías negado; con carga genética para cáncer de mama. Inicia padecimiento con 6 meses de evolución de malestar generalizado, astenia adinamia y pérdida de peso de 10 kg con presencia de tumoración en mama izquierda por lo cual acude a valoración donde se realiza mamografía reportando BIRADS 4c mama derecha y BIRADS 3 mama izquierda; estudios de extensión: tomografía abdomen con adenopatías retroperitoneales y cuello con adenomegalias. Se realiza mastectomía radical derecha con reporte de adenocarcinoma ductal infiltrante/intraductal (comedocarcinoma) con receptores estrógeno positivo; progesterona, Her2Neu, p53, Ki67 negativos. En cadena ganglionar axilar derecha se encuentra neoplasia linfoproliferativa compatible con linfoma no Hodgkin (LNH) celularidad mixta con inmunohistoquímica que reporta CD20 positivo (80%), CD3 negativo, datos compatibles para LNH de células grandes tipo B y células no hendidas. Se decide inicio de Quimioterapia adyuvante a base de esquema CHOP-R (ciclofosfamida, doxorubicina,



vincristina, prednisona) 6 ciclos posterior estudios de extensión continuaba paciente con adenopatías retroperitoneales por lo que se extiende 4 ciclos más encontrando remisión de la enfermedad con estudios de control (PET-scan).

**Palabras clave:** cáncer mama, linfoma no Hodgkin, sincrónico, adenomegalias.

### **0201 Caracterización de la respuesta inflamatoria pulmonar al tratamiento con bleomicina-brentuximab en un modelo murino**

*Fonseca Sugely, Hernández José Ascencio, López Rosa del Carmen, Sánchez María Teresa*  
Escuela Nacional de Medicina del Tecnológico de Monterrey

**Introducción:** se ha evidenciado un incremento de la toxicidad pulmonar aguda grado 3-4 en el tratamiento de linfoma de Hodgkin con la combinación AVBD + brentuximab hasta en un 40% de los pacientes. **Materiales y métodos:** se utilizaron ratones de la cepa BALB/c, divididos en 8 grupos, Grupo 1: Recibió solución salina. Grupo 2: BLEO en 1 dosis. Grupo 3: 4 dosis de BLEO. Grupo 4: 1 dosis de BREN. Grupo 5: 4 dosis de BREN, Grupo 6: 1 BLEO más 1 dosis de BREN, Grupo 7: 4 dosis de BREN y 1 dosis de BLEO, Grupo 8: 4 dosis de BLEO y 1 dosis de BREN. Posteriormente fueron sometidos a eutanasia a las 24h, 72 h y 22 días. Se realizó LBA y se tomó tejido para análisis

histopatológico. Se determinó el contenido celular del LBA, el grado de infiltración celular y lesión de bronquios y alveolos a las 24h, 72 h y 22 días. Se evaluó el grado de fibrosis y se analizó el daño pulmonar total encontrado. **Resultados:** los ratones BALB/c mostraron incremento en la celularidad del LBA, con predominio de linfocitos a las 24h y de macrófagos desde las 72 h hasta los 22 días. La infiltración celular fue principalmente intersticial de leve a moderada. La evaluación de la infiltración pulmonar, edema, hiperplasia, hipertrofia y necrosis pareciera no ser relevante en los valores individuales, sin embargo, al analizar el daño pulmonar total se observó un incremento del mismo en función del tipo de tratamiento recibido, en los grupos 3,5 y 8 se encontró el mayor porcentaje de daño (25 a 50%). En el grupo 5 se generó un daño mayor al 20% desde las 24h hasta los 22 días. Se reporto fibrosis grado 2 (septo alveolar engrosado >3 veces su tamaño normal y alveolos parcialmente engrosados), esto en los grupos 3,4, y 8 a las 24 h y 72 h y a los 22 días en los grupos, 5,6 y 8. **Discusión y Análisis:** el incremento celular observado en el contenido del LBA, y el daño pulmonar total acumulado correlaciona con el grado de fibrosis observado en los mismos grupos, esto principalmente en los que recibieron la combinación de los fármacos y los que recibieron dosis repetidas de BREN. **Conclusiones:** la

infiltración celular y el contenido del LBA no están relacionados con un grado de fibrosis severa, sin embargo, si con un daño pulmonar total mayor del 20%. Pudiera haber mecanismos protectores, capaces de revertir o normalizar el daño inicial en el caso de bleomicina. Por lo cual consideramos de importancia continuar con la caracterización de los mecanismos de daño pulmonar. Proyecto Conacyt CB 2012-179154-M.

**Palabras clave:** toxicidad pulmonar, linfoma de Hodgkin, bleomicina, brentuximab, fibrosis pulmonar, investigación experimental.

### **0228 Trombosis de vena subclavia asociada a neoplasia. Reporte de caso y revisión de la literatura**

*Cruz Nydia Karen, Juárez Ismael Axayacatl, Gómez Rubén Antonio*  
Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** la trombosis venosa profunda (TVP) de miembros superiores se divide en primaria y secundaria en donde la primaria o idiopática constituye el 20% de los casos y el resto corresponde a secundaria. La trombosis venosa secundaria se ha visto relacionada en pacientes con cáncer y algunas trombofilias. **Caso clínico:** femenino de 71 años con astenia, adinamia, hiporexia y pérdida ponderal de 23 kg, auto-detección de tumoración cervical izquierda.

Agregándose prurito en región cervical y aumento de volumen en región cervical izquierda. Signos vitales dentro de parámetros normales, peso 33 kg y talla 1.55 cm. Neurológicamente integra. Hipopigmentación en párpados, tegumentos con ligera palidez, caquética. Cuello con presencia de dos tumoraciones: 1) ovoidea en subclavia izquierda, pétreo, con adherencia a planos profundos, dolorosa, con bordes limitados de 7 a 3 cm; la segunda blanda, móvil, no dolorosa, de 2x2 cm, no cambio de coloración, temperatura o textura de la piel. Campos pulmonares con hipoaereación infraescapular bilateral. Precordio asignológico. Abdomen depresible con dolor a la palpación en hipo, meso y epigastrio, timpanismo generalizado. Región inguinal izquierda con presencia de adenopatía < 1 cm. Paraclínicos con leucocitos 14.2 x10<sup>3</sup>, Hb 9.8 g/dL, Hto 31.1%, MCV 77fl, MCH 24.3pg, linfocitos 1.6 k/uL, neutrofilos 9.9 k/uL, plaquetas 576 000, DHL 263 U/L, FA 67 U/L y glucosa 207 mg/dL. USG doppler: adenopatía supraclavicular izquierda regular que desplaza estructuras periféricas con diámetros de 36x17x27mm, en tercio proximal supraclavicular registro vascular interno simétrico no bizarro. La vena subclavia izquierda con lesión sólida hiperecoica que disminuye el flujo vascular. Panendoscopia que reporta estomago con falta de distensibilidad en el fondo gástrico por compresión extrín-

seca a nivel de fondo gástrico. TAC toraco-abdominal: pulmones con líquido, con zonas de condensación bilateral, hígado con incremento de tamaño. Presencia de conglomerados ganglionares, paraórticos. La paciente cursa con compromiso respiratorio evolucionando de manera tórpida falleciendo durante el internamiento. **Conclusiones:** la TVP de vena subclavia corresponde a un 2-4% de los casos reportados y puede ser asintomática. La TVP asociada con la presencia de una neoplasia se refiere al síndrome de Trousseau, considerado como síndrome paraneoplásico premonitorio o con desarrollo posterior al diagnóstico de neoplasia y es considerado de mal pronóstico. **Palabras clave:** síndrome de Trousseau.

#### 0232 Cáncer renal. El tumor del internista. Serie de casos

*Cano Lilian Guadalupe, Maya Alejandro, Alexanderson Graciela*

Hospital General de México

**Introducción:** el cáncer renal es asintomático hasta en 30% de los casos, la triada clásica de presentación (dolor lumbar, hematuria, tumor palpable) se encuentra en 10% de las ocasiones e indica enfermedad avanzada. Entre 10-40% de los pacientes se manifiestan como síndromes paraneoplásicos. Se exponen 6 casos que ingresaron a Medicina Interna en un periodo de dos meses por diversas manifestaciones

clínicas cuyo diagnóstico final fue carcinoma renal. **Descripción de casos:** 1) mujer de 64 años con HAS y DM2, dos meses previos a su ingreso presenta dolor en hemiabdomen derecho, vómito, fiebre y hematuria, nota tumoración abdominal y pérdida de 9kg de peso. La TC abdominal reporta tumoración renal derecha sugerente de neoplasia urotelial. 2) Mujer de 55 años con DM2, ingresa por hemiparesia faciocorporal derecha, edema periférico de dos meses y oliguria, la TC de cráneo evidencia lesiones metastásicas, la TC abdominal en búsqueda de primario demuestra tumor renal izquierdo. 3) Mujer de 51 años con DM2, historia de dos meses de náusea, vómito, hiporexia, dolor abdominal, hematuria y disminución de 20kg de peso, dos días previos sufre deterioro neurológico, al ingreso se encontró con hipercalemia de probable etiología maligna. En la TC abdominal se observó neoformación de riñón izquierdo sugestiva de neoplasia. 4) Mujer de 59 años con IRC de un año de diagnóstico de etiología indeterminada tratada con hemodiálisis en medio externo, ingresa por síndrome urémico, se realiza USG como protocolo diagnóstico que reporta quiste renal derecho Bosniak 4. 5) Mujer de 46 años con DM2 que ingresa por descontrol glucémico, refería pérdida de 10kg de peso en un mes, como abordaje se realiza TC abdominal en la cual se evidencia lesión sólida



en riñón izquierdo sugestiva de carcinoma renal. 6) Hombre de 49 años, fumador, con dolor desde hace seis meses en hipocostado izquierdo, desde hace cuatro nota tumoración en dicho sitio y pérdida de 15kg de peso. Ingresa por síndrome anémico, se realiza TC de abdomen por hallazgos clínicos observándose tumoración dependiente de riñón izquierdo. **Conclusión:** en esta serie, las manifestaciones fueron diversas, predominando la pérdida ponderal y la tumoración palpable, sólo uno tuvo la triada clásica. La mayoría tenía DM2. Debido al curso insidioso y variedad de presentaciones el carcinoma renal se ha denominado “el tumor del internista”. La sospecha diagnóstica debe ser alta para evitar el retraso en el tratamiento y mejorar la sobrevida.

**Palabras clave:** cáncer renal, tumor abdominal, hematuria, hipercalcemia, síndrome paraneoplásico.

#### **0242 Quilotórax de aspecto inespecífico: manifestación de adenocarcinoma gástrico difuso a propósito de un caso y revisión de la literatura**

*Pérez Salvador<sup>1</sup>, Zarate Gerardo<sup>1</sup>, Rivera José Guadalupe<sup>1</sup>, Alcaraz Liliana<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social UMAET1 León, Gto.

**Introducción:** el quilotórax es una forma poco frecuente de derrame pleural (2 %). El quilo se acumula en cavidad pleural por

rotura u obstrucción del conducto torácico. El adenocarcinoma gástrico es una neoplasia maligna generalmente de origen epitelial (92 %), en la que sobre la base de factores genéticos, influyen fundamentalmente factores ambientales que alteran el epitelio, el que reacciona con procesos inflamatorios, neoforativos, metaplásicos y displásicos. La coexistencia entre quilotórax y adenocarcinoma gástrico es relativamente infrecuente, se realiza a propósito la descripción de un caso clínico en nuestra unidad de adscripción. **Descripción:** masculino de 58 años de edad portador de neuropatía crónica secundaria a exposición de neurotóxicos en ambiente laboral e IT 40 paquetes/año, además de adenocarcinoma gástrico difuso (estadio clínico IV) de 1 año diagnóstico en manejo con oxaliplatino/epirrubicina. Inicia sintomatología con cuadro de disnea de medianos esfuerzos progresiva, y cuadro clínico compatible con proceso infeccioso a nivel de vía aérea inferior con hallazgos incidentales de derrame pleural izquierdo considerado como para neumónico y tratado de forma repetitiva en servicio de urgencias con toracocentesis diagnóstico terapéuticas, se documento a nivel citológico ph 7, Aspecto turbio +++, leucocitos 1620 mm<sup>3</sup>, polimorfonucleares 3%, mononucleares 97%, glucosa 151 mg/dl, proteínas totales 4.6 g/dl, DHL 288, no se observan bacterias, cultivo negativo, en la última toracocen-

tesis se reporta líquido purulento celularidad 6,025 predominio polimorfonucleares además determinación de triglicéridos 1621, la evolución clínica tórpida desarrollando a corto plazo datos de insuficiencia respiratoria tipo I y presentando desenlace fatal. **Discusión:** el quilotórax frecuentemente tiene un aspecto lechoso o turbio debido a su alto contenido en lípidos, el diagnóstico suele ser fácil, sin embargo; los derrames quilosos pueden presentarse con una apariencia turbia o sero-sanguinolenta hasta en un 50% de los casos conllevando a demora diagnóstica. **Conclusión:** la posibilidad diagnóstica de quilotórax debería tenerse en cuenta en cualquier paciente con derrame pleural turbio o sero-hemático, persistente o recurrente y de etiología incierta ya que el tratamiento de la enfermedad de base es esencial, produciéndose en ocasiones remisión del quilotórax.

**Palabras clave:** quilotórax, inespecífico, adenocarcinoma, neumonía, toracocentesis, empiema.

#### **0245 Disnea como manifestación inicial de tumor de Askin metastásico a pared abdominal: a propósito de un caso**

*Alcaraz Liliana<sup>1</sup>, García Érica<sup>2</sup>, Regalado Alejandra del Rocío<sup>2</sup>, Chávez Cristian Leonardo<sup>2</sup>, Bernal Abraham<sup>2</sup>, Pérez Salvador<sup>2</sup>, Flores Mariela<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> IMSS Unidad Médica de Alta Especialidad Bajío, León, Guanajuato; <sup>2</sup> IMSS

El tumor de Askin es un tumor neuroectodérmico primitivo de la pared torácica, o también llamado sarcoma de Ewing extraesquelético, es una entidad muy rara, la incidencia de este tumor es aproximadamente 3 por 1 millón. **Descripción:** masculino de 20 años de edad, inicia su padecimiento de forma insidiosa con disnea de medianos esfuerzos, sin pérdida de peso ni fiebre, importante dolor en hemitórax izquierdo. Inicialmente la PA de tórax mostraba opacidad en lóbulo medio e inferior izquierdo, TAC evidencia masa de densidad mixta, densidades variables de 22 hasta 44 HU de 131x120mms, hace contacto con la pared torácica inferior-lateral izquierda, siendo de localización subpleural, sin poder determinar con precisión la estructura de origen, con datos de compresión pulmonar izquierda por la masa y desplazamiento mediastinal anterior y lateral derecho por efecto de masa. Se realiza biopsia guiada por TAC, encontrando neoplasia de células pequeñas, redondas y azules, apariencia maligna. Inició quimioterapia con vincristina, doxorubicina, ciclofosfamida. Posteriormente se realiza resección tumoral y lobectomía inferior izquierda, de 1300 gr y 350 gr respectivamente, se envió a patología encontrándose fragmentado, rebasaba pleura visceral, degeneración quística central, friable con zonas hemorrágicas, células pequeñas redondas y

azules, con permeación vascular positiva, necrosis de 15% e índice mitótico de 20 mitosis promedio por 10 CSF, sin embargo con límites quirúrgicos no valorables, inmunohistoquímica con índice mitótico 20, CD 99 + intenso del 100%, vimentina positivo intenso 15%, células neoplásicas KI67 positivo 70%, P53 positivo 50%. Posteriormente se continúa quimioterapia, sin embargo, en control tomográfico posterior se evidencia masa de densidad mixta, en región torácica, con involucro de la musculatura de la pared torácica, extendida hacia diafragma y pared abdominal. **Discusión:** el pronóstico viene determinado por la aparición de metástasis, variando la supervivencia según el tamaño tumoral y grado de resecabilidad, sin embargo, en el paciente al momento de la resección no se pudo determinar el límite quirúrgico, presentando recidiva posteriormente y metástasis, afectando notablemente el pronóstico. **Conclusión:** desde sus primeras descripciones, este tumor maligno de la pared torácica se ha descrito con un comportamiento agresivo; es importante poder identificarlo tempranamente para lograr la resección y mejorar la supervivencia de estos pacientes. **Palabras clave:** Askin, tumor neuroectodérmico primitivo periférico, sarcoma de Ewing extraesquelético, metástasis, raro, disnea.

**0246 Degeneración cerebelosa (DC) asociada a anticuerpos anti-Hu, como manifestación paraneoplásica neurológica de un carcinoma papilar de tiroides. Descripción del primer caso en la literatura**

*Cetina José Hiram, Mena Blanca Aurora, Kleinert Anke Paula, Gómez Fanny Josefa, Zúñiga Francisco G, Sepúlveda Jesús*  
Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud

La DC es un síndrome neurológico que puede ser desencadenado por invasión metastásica u otra complicación asociada a neoplasias, infecciones, coagulopatía, deficiencias nutricionales y fármacos. La DC puede preceder, hasta por años, la presentación clínica de un cáncer, por lo que es un reto diagnóstico. La sospecha clínica y la detección de Ab antineuronales específicos, permiten establecer el diagnóstico de DC paraneoplásica y guiar la búsqueda de la neoplasia subyacente. Los Ab anti Hu se han relacionado solamente a cáncer pulmonar en las series publicadas. Presentamos, sin embargo, un caso de un carcinoma papilar de tiroides precedido 4 años por una DC paraneoplásica asociada a Ab anti Hu. **Caso:** mujer de 35 años de edad sin antecedentes de importancia. Inició padecimiento 4 años atrás con alteraciones de la marcha e incoordinación motora progresiva en manos. La exploración neurológica inicial mostró una monoparesia en miembro torácico derecho, así



como una hiperreflexia generalizada con respuesta plantar indiferente, signo de Romberg positivo y discreta disimetría y disdiadocinesia bilateral, con signo de Stewart Holmes positivo y ataxia para la marcha. Se inició protocolo para síndrome cerebeloso y ganglionopatía, evidenciándose por resonancia magnética atrofia pancerebelosa, vermiana y de hemisferios. Los estudios de conducción motora reportaron una mononeuropatía motora axonal, leve, con afección a nervio mediano derecho. Por sospecha de DC paraneoplásica, se solicitaron Ab antineuronales, encontrándose anti Hu positivos por IFA a títulos altos. Se extendió protocolo para búsqueda sistemática de neoplasia, sin encontrarse lesiones pulmonares y evidenciándose solamente presencia de un nódulo tiroideo heterogéneo de 15x17x7 mm. La biopsia por aspiración y el producto de tiroidectomía total, fueron consistentes con carcinoma papilar convencional de tiroides con invasión ganglionar. La paciente actualmente recibe tratamiento con Iodo radioactivo y tiene una evolución satisfactoria, aunque el síndrome cerebeloso no resolvió. **Discusión:** ésta es la primera vez que se reporta una DC paraneoplásica con Ab anti Hu asociada a un carcinoma papilar de tiroides. Aunque éstos Ab se habían relacionado con cáncer pulmonar, nuestro hallazgo resalta el hecho de que es necesaria e imperativa

una búsqueda exhaustiva de neoplasias en distintos órganos, sobre todo cuando los Ab antineuronales detectados no nos permiten encontrar un tumor clásico asociado.

**Palabras clave:** degeneración cerebelosa, anticuerpos anti Hu, carcinoma papilar de tiroides, mononeuropatía motora.

### 0258 Síndrome de Trousseau y cáncer gástrico. Reporte de un caso

*Lechuga David Emmanuelle*  
Hospital de Alta Especialidad  
Gustavo A Rovirosa Pérez

**Introducción:** el síndrome de Trousseau, es una coagulopatía conocida como tromboflebitis migrans, estrechamente asociada a neoplasias; descrita por primera vez en 1865 por el médico francés Armand Trousseau, quien años después, comenzó con las mismas características del síndrome, autodiagnosticándose con cáncer de páncreas.

**Presentación del caso:** femenino de 57 años, carga genética para cáncer de próstata y gástrico, índice tabáquico 7 paquetes año. Diagnóstico previo de cáncer gástrico, con 3 ciclos de quimioterapia; Inició su padecimiento 24 hrs previas a ingreso con hemiparesia corporal izquierda. A la exploración física se encontró focalización de hemicuerpo izquierdo y desviación derecha de la comisura labial. Paraclínicos: Hb 8,4 g/dL, plaquetas 270.00, Tp 13,5 seg. y TTP 32 seg. Resonancia magnética de cráneo: se

observó hiperintensidad en lóbulo parietal derecho y pequeñas áreas hiperintensas en cerebelo en T2 y Flair. Se diagnosticó evento vascular cerebral (EVC) isquémico en territorio de la arteria cerebral media derecha, se inició manejo con soluciones cristaloides y anticoagulación a base de enoxaparina 40 mg subcutáneos cada 24 horas, tras tres dosis, presentó dificultad respiratoria súbita, desaturación por oximetría de pulso < 90% y diaforesis, integrándose clínicamente un síndrome pleuropulmonar de derrame derecho. Se realizó análisis de gases arteriales reportando pH 7,53, pCO<sub>2</sub> 16,6 mmHg, pO<sub>2</sub> 52m6, HCO<sub>3</sub> 22,1 mmol/L, Sat O<sub>2</sub> 91%. Se realizó electrocardiograma en el cual se encontró el patrón de McGuinn-White y taquicardia sinusal. Se solicitaron fibrinógeno y Dímero-D con resultados de 593 mcg/dL y 743 mcg/L. Presentó deterioro clínico y ventilatorio de manera rápida, requiriendo manejo con ventilación mecánica asistida, ingresó a la unidad de cuidados intensivos, donde se continuó con tratamiento anticoagulante intravenoso con heparina no fraccionada a 18 u/kg hora, presentó deterioro hemodinámico requiriendo de amins vasoactivas a base de norepinefrina a 0.5 mcg/kg/min, continuó con evolución tórpida falleciendo al quinto día de estancia. **Conclusiones:** exponemos el caso de una paciente que cursó con el síndrome de Trousseau, presen-

tándose como un EVC isquémico y en tromboembolia pulmonar. A pesar de que se inició manejo de manera profiláctica por 72 hrs, el evento de trombosis venosa se presentó de manera masiva, la paciente falleció, esto debido a que la presencia de este síndrome aumenta la mortalidad en pacientes con neoplasias.

**Palabras clave:** coagulopatía, cáncer, síndrome de Trousseau, enfermedad tromboembólica venosa.

**0273 Adenocarcinoma de colon con metástasis única a SNC en una mujer de 42 años de edad, caso clínico**

*Sánchez Rebeca, Flores Ilse Lucero, Erazo Edmundo, Soberanis Pamela Denise, Alatorre Jorge Arturo*

Hospital Ángeles Lomas

Mujer de 42 años de edad con antecedente de adenocarcinoma de colon estadio clínico IIIA diagnosticado hace 8 meses manejado con hemicolectomía derecha quimioterapia coadyuvante con capecitabina y oxaliplatino, recibió en total 15 ciclos. Inició padecimiento actual 3 días previos a su ingreso con dolor periorbitario bilateral y otalgia izquierda. El día de su internamiento, se agregó cefalea de intensidad 10/10 de tipo opresivo, intermitente, localizado en región frontal y posteriormente irradiado a región parietal izquierda, acompañado de tinnitus, fotofobia, escotomas y náusea con vómito

de contenido, exacerbándose en posición decúbito dorsal y atenuándose con la sedestación. En urgencias se encontró desorientada en tiempo, sin datos de focalización o alteraciones neurológicas. Se realizó Tomografía computarizada de cráneo observando lesión anular en región frontotemporal izquierda y edema perilesional, se realizó resonancia magnética de cráneo con gadolinio observando lesión sólida de 1.6 cm con volumen de 3.7cm<sup>3</sup>, isointensa a la sustancia gris, realce anular con gadolinio, PET-CT con realce únicamente a nivel de sistema nervioso central. Se realizó resección quirúrgica de lesión encefálica, por patología se reportó tejido cerebral con metástasis de adenocarcinoma moderadamente diferenciado con necrosis tumoral compatible con metástasis de adenocarcinoma colónico conocido.

**Palabras clave:** adenocarcinoma, colon, metástasis, sistema nervioso central.

**0275 Respuesta completa posterior a BEP en tumor testicular germinal mixto no seminomatoso metastásico**

*Flores Ilse Lucero, Sánchez Rebeca, Peña Mónica Elizabeth, Soberanis Pamela Denise, Pérez Fernando*

Hospital Ángeles Lomas

Paciente masculino de 24 años de edad que presenta plenitud posprandial, astenia, adinamia, vómito biliar y pérdida ponderal de 20 kg en seis meses. Se

realiza endoscopia encontrando datos de enfermedad ácido péptica, manejado con inhibidor de bomba de protones y antiespasmódicos con mejoría parcial de sintomatología. Tres semanas previas tiene incremento en perímetro abdominal por masa no dolorosa, fija, indurada que aumentó progresivamente de tamaño, acompañado de síndrome de desgaste importante. Tiene antecedente de diagnóstico de neoplasia testicular germinal mixta no seminomatosa 95% teratoma maduro y 5% carcinoma embrionario T1N0M0 S0 etapa clínica IA de bajo riesgo, diagnostico que recibió un año previo a su ingreso. Fue manejado quirúrgicamente y el PET-CT de control fue negativo. Se realizó tomografía toraco-abdominal identificando nódulos pulmonares periféricos y centrales y en abdomen extensa tumoración sólida, confluyente, lobulada en retroperitoneo con extensión a pelvis y compresión de asas intestinales. Se realizan marcadores de tumor germinal los cuales son negativos y posterior biopsia percutánea que reportó carcinoma embrionario. Se decide iniciar tratamiento con quimioterapia sistémica citotóxica a base de BEP (bleomicina, cisplatino y etoposido) por 3 ciclos con respuesta completa. Actualmente paciente asintomático y en vigilancia.

**Palabras clave:** tumor testicular, germinal no seminomatoso, bleomicina, cisplatino, etoposido.



### 0309 Carcinoma neuroendocrino primario de ovario. Reporte de un caso

López Ana Karen, Villagómez Eliud, Muñoz Eduardo Alejandro, Palafox Asael, Ramírez Lázaro Ariel

Instituto Mexicano del Seguro Social

**Antecedentes:** el tumor neuroendocrino es una lesión derivada del sistema neuroendocrino difuso, más del 95% de estos surgen en apéndice, recto e intestino delgado. Solamente el 0.3% se presentan en ovario y constituye el 0.1% de todas las neoplasias primarias de dicho órgano. Se pueden desarrollar en forma pura o en asociación a otros tumores, principalmente teratomas. Se presenta el caso de una paciente con carcinoma neuroendocrino primario de ovario. **Objetivo:** considerar a las neoplasias neuroendocrinas como una causa de tumoración en ovario. **Caso clínico:** mujer de 38 años. Sin antecedentes de importancia. Inició con dolor en fosa iliaca derecha, tipo cólico, EVA 5 de 10, por lo que se realizó USG pélvico con reporte de tumoración compleja de anexo derecho, marcadores tumorales CA 125 de 18.3 UI/ml, antígeno carcinoembrionario de 0.41 ng/ml, alfafetoproteína de 1.66 UI/ml y HE4 de 44 pm, protocolizándose para ooforectomía derecha. El estudio histopatológico reportó la presencia de carcinoma neuroendocrino grado 3, con patrón de células pequeñas

trabecular e insular, 20 mitosis por 10 CF, inmunohistoquímica con cromogranina +++, sinaptofisina ++, Ki 67 del 20%; se realizó rutina quirúrgica de ovario y determinación de ácido 5 hidroxindolacético en orina de 24 horas, siendo de 5 mg, serotonina sérica de 88 ng/ml y cromogranina A de 132 ng/ml; durante el nuevo procedimiento quirúrgico se tomaron biopsias para descartar origen metastásico siendo negativas aunque con ganglios retroperitoneales positivos para tumor neuroendocrino. Se obtuvo octreoscan con zona de captación anormal en fosa iliaca derecha. No se inició tratamiento adyuvante; presentó progresión a columna lumbar y arco costal documentada por PET con Galio 68; actualmente continúa en esquema de tratamiento con lanreotide. **Conclusión:** los tumores neuroendocrinos de ovario son entidades poco frecuentes que deben considerarse como causa de patología primaria de ovario; dado el bajo grado de sospecha clínica, son subdiagnosticados y por lo tanto, no se brinda el tratamiento adecuado.

**Palabras clave:** tumor, neuroendocrino, ovario, carcinoma, primario.

### 0329 Factores asociados al tratamiento de cáncer de mama en mujeres mayores de 60 años en dos hospitales de tercer nivel del norte de México

Suárez Alberto, Medrano Isis Ixchel, Pérez Eduardo, Cantu

Jaime Javier, Isassi Adolfo A, Morales Luis Alonso, Sánchez María Teresa

Escuela Nacional de Medicina del Tecnológico de Monterrey

**Introducción:** el cáncer de mama es el cáncer más común en las mujeres y es la causa más frecuente de muerte por cáncer en hispanas. El tratamiento de cáncer de mama en las mujeres adultos mayores es bien tolerado y no debe diferir de sus contrapartes jóvenes. Los factores que pueden influir en el cambio de manejo son: el estado funcional, expectativa de vida o deseo de la paciente; así como las características propias de la neoplasia. Postulamos como hipótesis que las pacientes con cáncer de mama de  $\geq 60$  años reciben un manejo distinto al de aquellas mujeres menores de esta edad.

**Material y Métodos:** el estudio fue realizado en dos hospitales de tercer nivel, analizando los expedientes clínicos de las pacientes mayores de 18 años, que hayan sido diagnosticadas con cáncer de mama de enero de 2010 a diciembre de 2015. Los datos recabados fueron: edad; características tumorales (localización, tamaño tumoral, estado clínico del nodo, estado metastásico, tipo y grado histopatológico, etapa clínica, receptores hormonales, sobreexpresión HER2 tratamiento inicial recibido; método de tamizaje; e índice de comorbilidad de Charlson de cada paciente. Se realizó estadística descriptiva, correla-

ción de Pearson y cálculos del Chi cuadrada para el análisis de datos. Resultados Se identificaron 529 expedientes; se excluyeron 60 por ser duplicados y 130 por tener reporte histológico diferente a cáncer de mama. De los 339 archivos, 241 (71.1%) eran de mujeres menores de 60 años y 98 (28.9%) de mayores de esta edad. Se encontró correlación estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) entre la edad ( $< 60$  años y  $\geq 60$  años) y las variables: tamaño tumoral, estado clínico del nodo, estado metastásico, etapa clínica, presencia de receptores estrogénicos, tipo de tratamiento inicial, método de tamizaje e índice de comorbilidad. El método de detección de cáncer de mama en las mujeres  $< 60$  años era el clínico (64.4% contra el 31.6% en  $\geq 60$  años) y en las mujeres de  $\geq 60$  años la mamografía (65.3% contra el 29%  $< 60$  años).

**Discusión y Conclusión:** en el análisis multivariado las características tumorales, histológicas y epidemiológicas resultaron ser estadísticamente significativas al correlacionarlas con la edad de las pacientes. Siendo de características tumorales y estadios clínicos más avanzados en las pacientes  $< 60$  años, a diferencia de las estirpes menos agresivas, la presencia de receptores hormonales y las etapas clínicas tempranas las que prevalecieron en las mujeres de  $\geq 60$  años.

**Palabras clave:** cáncer de mama, comportamiento tumoral, edad avanzada, adultos mayores, manejo, tratamiento.

### **0382 Dermatomiositis amiopática como síndrome paraneoplásico en paciente con cáncer de ovario metastásico**

*Gómez Merit Mayté, Loya Jorge, Díaz Efraín*  
Hospital Ángeles Lomas

**Introducción:** la dermatomiositis es una miopatía inflamatoria idiopática que típicamente se presenta con debilidad muscular proximal simétrica progresiva y diversos hallazgos cutáneos característicos. Estas manifestaciones cutáneas se pueden desarrollar en ausencia de patología muscular. Presentamos un caso de dermatomiositis amiopática como manifestación de síndrome paraneoplásico asociado a cáncer de ovario.

**Caso clínico:** femenino de 61 años previamente sana. Inició padecimiento 2 meses previos a su ingreso con distensión abdominal, acompañada de constipación, dolor abdominal cólico y pérdida ponderal no intencionada. Un mes previo se agregaron artralgias en hombros y codos. y eritema pruriginoso en muslos, nalgas y codos. Dos días previos a su ingreso presentó dolor abdominal intenso por lo que se realizó tomografía que mostró derrame pleural derecho, datos de carcinomatosis y masa heterogénea en ovario izquierdo. A la exploración física inicial destacaba la presencia de dermatosis localizada en cuello, glúteos y cara posterior de codos y muslos, caracterizada por eritema macular violáceo

con borde irregular, distribución en "V" en región cervical, que desaparecía a la digitopresión y aumento de la temperatura local. En estudios de laboratorio iniciales destacaba elevación de FA y DHL, con CPK dentro de parámetros normales. Se realizaron biopsias por laparoscopia obteniendo diversas muestras para estudio histopatológico, el cual reportó carcinoma ovárico seroso papilar moderadamente diferenciado. Posterior al procedimiento, la paciente fue referida al servicio de oncología para abordaje terapéutico y fue egresada de nuestro servicio en buenas condiciones generales.

**Conclusiones:** los cambios en la piel asociados con la dermatomiositis incluyen hallazgos como el signo de Gottron, erupción en heliotropo y eritema en piel cabelluda, en región cervical con forma en "V", los hombros, las superficies extensoras de las extremidades superiores, y la parte superior del pecho y la espalda. Todos estos hallazgos son compatibles con aquellos encontrados en esta paciente. Se ha documentado la aparición de dermatomiositis como síndrome paraneoplásico. Los tumores más comúnmente asociados son el cáncer de mama, pulmón, ovario, estómago, y el linfoma no Hodgkin. La presentación de un síndrome paraneoplásico, como dermatomiositis en pacientes con cáncer de ovario es rara, de ocurrir, sucede en la extirpe epitelial, como el caso de esta paciente.



**Palabras clave:** sermatomiositis amiopática, síndrome para-neoplásico, cáncer de ovario.

### 0386 Sunitinib como causa de insuficiencia cardíaca aguda en una paciente con carcinoma renal metastásico

Mayorquin Juan Manuel<sup>1</sup>, Berumen Cristina<sup>2</sup>, Valdés Karla Leticia<sup>2</sup>, López Sofía<sup>2</sup>, Aguilar José Luis<sup>1</sup>, Sánchez Juan Javier<sup>2</sup>, Ruiz José Manuel<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Cancerología; <sup>2</sup> Hospital Médica Sur

**Introducción:** los inhibidores de tirosina cinasa (ITC) son piedra angular en el tratamiento de carcinoma renal metastásico, describimos a continuación un caso de una mujer de 65 años de edad en tratamiento con sunitinib que acudió a urgencias por insuficiencia cardíaca aguda secundario a ITC. **Caso clínico:** mujer de 65 años de edad con hipertensión arterial sistémica, hipotiroidismo y carcinoma renal metastásico desde hace 2 años. Cinco meses antes inició tratamiento con sunitinib 37.5 mg al día, 2:1 semanas. Acudió a urgencias por disnea, ortopnea, disnea paroxística nocturna, tos productiva y edema de miembros inferiores. A la exploración con taquicardia, taquipnea, desaturada 80%, y con estertores crepitantes diseminados. Electrocardiograma con bloqueo de rama izquierda, radiografía de tórax con infiltrados pulmonares diseminados sin cardiomegalia, troponina I 0.48 ng/ml (valor

normal <0.04 ng/ml), péptido natriurético cerebral 2717 pg/ml (valor normal <100 pg/ml). Ecocardiograma con dilatación de las cuatro cavidades, insuficiencia mitral y tricuspídea importante, fracción de eyección del ventrículo izquierdo del 25%, derrame pericárdico de 4 mm y trombo endotelizado en ápex del ventrículo izquierdo de 15 x 10 mm. Se realizó angiografía de arterias coronarias sin evidencia de estenosis, con valor de calcio de 0. Durante la hospitalización recibió tratamiento con levosimendán y bumetanida, evolucionó favorablemente y fue dada de alta asintomática y sin necesidad de oxígeno suplementario. **Conclusiones:** paciente que inició tratamiento con sunitinib, acudió por insuficiencia cardíaca aguda por falla ventricular, descartamos enfermedad isquémica coronaria, por lo que concluimos que el sunitinib fue la causa de la insuficiencia cardíaca aguda. El sunitinib es un ITC de los receptores del factor de crecimiento del endotelio vascular 1, 2 y 3, factor de crecimiento derivado de plaquetas alfa y beta y c-kit. Estos han demostrado reducir la apoptosis y preservar la función contráctil del miocardio en modelos animales, por lo tanto, su inhibición produciría apoptosis de los cardiomiocitos y disfunción ventricular. Existen pocos casos reportados de pacientes con inhibidores de tirosina cinasa que presentan insuficiencia cardíaca grado III o IV, con una

incidencia reportada de tan solo 1.1%. Por lo general la toxicidad cardíaca en estos pacientes es de fácil tratamiento y se ha descrito que tiene un proceso de reversibilidad una vez suspendido el fármaco.

**Palabras clave:** sunitinib, insuficiencia cardíaca aguda, inhibidores de tirosina cinasa, carcinoma renal, cardiotoxicidad.

### 0388 Ascitis secundaria a síndrome de pseudo-Meig's

Arista Nayeli Xendali, Sánchez César, Zamora Laura, Hernández Daniela, Ramírez Leslye, García Víctor Hugo

Hospital General Tláhuac, CDMX

**Introducción:** el síndrome de Meig's se caracteriza por tumoración sólida benigna de ovario (fibroma), ascitis e hidrotórax, que desaparecen posterior a la extirpación del tumor. Las mismas características, pero con otro tipo de tumores, benignos o malignos, constituyen el Sx de Pseudo-Meigs. La mortalidad es elevada ya que el diagnóstico se establece en estadios avanzados. En México el cáncer de ovario representa 5.3% de los diagnósticos de tumores en general y 21% de las neoplasias ginecológicas. **Descripción del caso:** paciente femenino de 48 años de edad, antecedentes de importancia: OTB hace 16 años, menarca: 15 años, IVSA: 22 años, NPS: 2 ETS: negadas G:3, P:3, citología hace 3 años con resultados (-). Inicia

su padecimiento 15 días previos a su ingreso con dolor abdominal de predominio en hipogastrio y fosas iliacas, intensidad 5/5, tipo cólico, intermitente, irradiado a región lumbar bilateral, acompañada de aumento de volumen abdominal limitante, hasta convertirse en abdomen a tensión. Paraclínicos iniciales: leucocitos 9000, Hb 12, plaquetas 613, creatinina 1.2, BT 0.6, AST 12, ALT 7, albumina 2, GGT 28, FA 82, DHL 118. EF integra síndrome de derrame pleural bilateral de 20%, abdomen distendido por líquido de ascitis grado 2, no doloroso, masa en fosa iliaca derecha, sangrado transvaginal escaso. Se inicia estudio de ascitis secundaria, con paracentesis con citológico: amarillo, turbio, leucocitos 360, mononucleares 72%, GASA 1, USG de hígado sin lesiones, daño parenquimatoso crónico difuso y líquido libre en cavidad. Panel viral de hepatitis negativo, ELISA para VIH, ADA en líquido de ascitis 17.3 U/L, TAC de abdomen simple con imagen hipodensa, pared gruesa, reforzamiento de la pared, de 39 x 25 mm, en anexo derecho; marcadores tumorales con Ca-125 de 891 U/ml. Se envía muestra de líquido de ascitis a patología para citológico que concluye adenocarcinoma metastásico, con patrón morfológico sugerente de neoplasia primaria de ovario. **Comentario:** se realizó el diagnóstico de síndrome de Pseudo-Meig's, posterior a protocolo de ascitis, el GASA <1 nos orientó aun

origen de ascitis sin hipertensión portal, por la presencia de masa pélvica se solicitó TAC abdominal apreciándose masa anexial derecha, citología de líquido reporta células compatibles con adenocarcinoma metastásico, secundario a neoplasia primaria de ovario. Se dio manejo sintomático para la ascitis, para posterior envió a oncología médica.

**Palabras clave:** síndrome de Meig's, CA de ovario, ascitis.

**0396 Síndrome nefrótico por enfermedad de cambios mínimos como presentación de linfoma de Hodgkin: reporte de caso y revisión de la literatura**

*Reséndiz Marco Antonio<sup>1</sup>, Gutiérrez Salvador<sup>1</sup>, Izquierdo Carlos Daniel<sup>2</sup>, Landini Vianey Venecia<sup>2</sup>, Correa José Ricardo<sup>3</sup>, De la Peña Roberto Ildefonso<sup>3</sup>, Ruíz José Manuel<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Fundación Clínica Médica Sur/ Instituto Nacional de Cancerología de México; <sup>2</sup> Fundación Clínica Médica Sur; <sup>3</sup> Fundación Clínica Médica Sur/Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** la enfermedad por cambios mínimos es una causa común de síndrome nefrótico caracterizada por la ausencia histológica de anomalías glomerulares y la presencia de fusión de los podocitos en la microscopía electrónica. Existen reportes donde se describe al síndrome nefrótico como asociación paraneoplásica del

linfoma de Hodgkin en un 0.4% de los casos. El linfoma de Hodgkin se caracteriza por una expansión clonal de células linfocíticas de tipo B con presencia de células de Reed-Sternberg, patognomónicas de la enfermedad. Responsable de al menos del 1% de las neoplasias sólidas, afectando principalmente a hombres jóvenes con edades comprendidas en los 15 y 35 años, con un segundo pico de incidencia hacia los 60 años. **Descripción del caso:** describimos el caso de un hombre de 21 años con síndrome nefrótico secundario a enfermedad por cambios mínimos con tratamiento previo a base de corticosteroides y ciclofosfamida, sin conseguirse remisión, con 2 años de evolución; por presentar datos de deterioro de la función renal y afección sistémica se realizaron estudios complementarios, se identificó por imagen ensanchamiento mediastinal compuesto por conglomerados ganglionares, los cuales fueron biopsiados, con diagnóstico definitivo de: linfoma de Hodgkin clásico variedad Esclerosis Nodular. Se inició quimioterapia con adriamicina, bleomicina, vinblastina, dacarbazina (ABVD), presentando mejoría de la función renal. **Conclusiones:** el síndrome nefrótico puede anteceder al diagnóstico de linfoma de Hodgkin. En la cohorte más grande sobre ésta asociación, el síndrome nefrótico por enfermedad de cambios mínimos



se encontró en 0.4% de los casos. Si bien existe asociación descrita, no así su patogénesis. Al ser los corticosteroides el tratamiento de elección, surge la interrogante de qué pacientes deben ser sometidos a otros estudios para descartar etiología secundaria; puesto que el uso sostenido de estos fármacos podría enmascarar la actividad neoplásica. El síndrome nefrótico secundario a linfoma de Hodgkin es poco común, generalmente de buen pronóstico y su resolución suele ser paralela a la de la enfermedad.

**Palabras clave:** linfoma de Hodgkin, síndrome nefrótico, enfermedad por cambios mínimos, síndrome paraneoplásico, quimioterapia, tumor mediastinal.

#### **0412 Detección de metástasis óseas mediante secuencia imagen de difusión con supresión de la señal corporal de fondo (DWIBS) obtenida por resonancia magnética**

Barragán Héctor Manuel<sup>1</sup>, Rivas Luis Ángel<sup>1</sup>, Paredes María Dolores<sup>1</sup>, Fourzán Mayela<sup>1</sup>, López José Fernando<sup>2</sup>, Altamirano Javier<sup>3</sup>, Ávila Miguel Ángel<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Unidad de Resonancia Magnética. Instituto de Neurobiología. Campus Juriquilla. UNAM; <sup>2</sup> Departamento de Oncología, Hospital General de Querétaro, SESEQ; <sup>3</sup> Unidad Pet/Ct Ciclotrón. Facultad de Medicina. UNAM; <sup>4</sup> Unidad Radiofarmacia Ciclotrón, Facultad de Medicina, UNAM

**Introducción:** el cáncer es la 3<sup>a</sup> causa de muerte a nivel mundial. Por necropsias se ha reportado que aproximadamente 70% de los pacientes diagnosticados con cáncer tuvieron metástasis óseas (MO). Es imperativo estadificar a todo paciente con diagnóstico reciente de cáncer para seleccionar el mejor esquema terapéutico y conocer su pronóstico. Actualmente, la tomografía por emisión de positrones/ tomografía computarizada (18F-NaF PET/CT) es considerada el examen de referencia no invasivo para el diagnóstico de las MO. La resonancia magnética en secuencia de difusión de cuerpo entero con supresión de señal corporal de fondo (DWIBS) es una modalidad que también detecta la presencia de MO, con las ventajas de no utilizar radiación ionizante ni medio de contraste, así como ser un estudio más accesible y económico que la 18F-NaF PET/CT. **Objetivo:** comparar el rendimiento diagnóstico para la detección de MO de la DWIBS (examen a evaluar), contra la 18F-NaF PET-CT (examen de referencia).

**Material y métodos:** se reclutaron prospectivamente pacientes de instituciones públicas (IMSS, ISSSTE, SSA) y medio privado. Se entrevistaron 86 pacientes, de los cuales, 72 (83.7%) cumplieron los criterios de inclusión y conforman la muestra a la fecha de corte. Se les realizó la DWIBS y posteriormente la 18F-NaF PET/CT. Cada estudio fue interpretado por dos evaluadores

pertenecientes a la Unidad de resonancia magnética y la unidad PET/Ciclotrón de la UNAM, respectivamente. **Resultados:** en la DWIBS se identificaron 34 verdaderos positivos (VP), 17 falsos positivos (FP), 5 falsos negativos (FN), y 16 verdaderos negativos (VN). La sensibilidad fue de 87.1% (Intervalo de confianza, 72.5%-95.7%), especificidad de 48.4% (30.8%-66.5%), valor predictivo positivo de 66.6% (52.0%-79.2%), valor predictivo negativo de 76.2% (52.8%-91.8%), razón de verosimilitud positiva de 1.69 (1.2-2.4), razón de verosimilitud negativa de 0.26 (0.1-0.6) y prevalencia de 54.1% (42%-66%). Los resultados obtenidos fueron clasificados en cuartiles para jerarquizar el rendimiento diagnóstico en: i) buena; ii) regular; iii) mala; y iv) deficiente. **Conclusión:** la DWIBS tiene sensibilidad y VPN buenos; la especificidad es mala; y el VPP regular. Contamos con dos terceras partes del tamaño de la muestra calculada, la meta es incluir a 112 pacientes para obtener resultados más consistentes; sin embargo, la tendencia indica que la DWIBS podría ser un buen estudio de escrutinio para la detección de MO.

**Palabras clave:** metástasis óseas, diagnóstico, DWIBS, 18f-NaF PET/CT, prueba diagnóstica, cáncer.

#### **0420 Síndrome anémico por sangrado de tubo digestivo secundario a tumor estromal**

**gástrico en estadio avanzado con metástasis hepáticas resistente a imatinib. Reporte de un caso**

Martínez Néstor<sup>1</sup>, Reyes Isaac<sup>1</sup>, Lagunas Maricarmen<sup>1</sup>, Hernández Roberto<sup>1</sup>, López Guillermo Nahúm<sup>2</sup>, Alba Dulce Leonor<sup>1</sup>, Terán José Oscar<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Central Norte Petróleos Mexicanos; <sup>2</sup> Hospital Médica Sur

**Introducción:** los tumores gastrointestinales estromales (GIST) representan el 1% de las neoplasias del tracto digestivo con una incidencia de 7-20 casos por millón. Su diagnóstico es difícil por la variabilidad de receptores expresados. El cuadro clínico es secundario a tamaño y extensión del tumor, pudiendo causar obstrucción, distensión, dolor abdominal, saciedad temprana y en el 40% hemorragia digestiva aguda. En pacientes con enfermedad avanzada el uso de quimioterapia tiene una respuesta de hasta 4%, la radioterapia no tiene utilidad y previo a la terapia molecular el pronóstico era malo. Estudios clínicos recientes demostraron una adecuada actividad de imatinib para controlar la enfermedad metastásica y aumentar la sobrevida con un aceptable perfil de seguridad y tolerancia. La resistencia a imatinib se manifiesta como progresión de la enfermedad a pesar del tratamiento lo cual es poco común. Otros inhibidores de cinasas han sido aprobados para controlar enfermedad re-

sistente a imatinib, entre ellos el sunitinib. **Descripción del caso clínico:** femenino de 21 años de edad, previamente sana quien ingresa a protocolo de estudio por astenia y adinamia de 2 semanas de evolución, evidenciando hemoglobina sérica de 5.8mg/dl sin datos de sangrado activo ni alteraciones menstruales. Se realiza endoscopia con reporte de tumor ulcerado submucoso de cuerpo gástrico. Reporte de biopsia: tumor estromal gástrico de bajo grado invasor a la submucosa y mucosa, CD 117 (+), CD 34 (+), P-5-100 (+), desmina (+), ame (-), cromogranina (+). Se realizó tomografía para estadificar, hallando múltiples lesiones hepáticas heterogéneas con realce al medio de contraste y adenopatías paraaórticas e inguinofemorales. Biopsia de hígado: metástasis de tumor estromal gastrointestinal, CD 34 (+), CD 117 (+). Se inicia imatinib 400mg/día sin respuesta a los 3 meses, con evidencia de progresión tumoral. **Comentarios:** los tumores estromales son neoplasias poco comunes en el tracto gastrointestinal, suelen tener un comportamiento clínico variable, así como sintomatología inespecífica. Pacientes con enfermedad multifocal se clasifican en estadio avanzado, con indicación de tratamiento molecular específico con inhibidores de cinasas de por vida. **Conclusiones:** a pesar del advenimiento de la terapia molecular en neoplasias estromales, se pueden presentar casos de

resistencia al tratamiento reduciendo de manera importante la sobrevida, como se demuestra en el presente reporte.

**Palabras clave:** imatinib, GIST, tumor estromal, síndrome anémico, sangrado tubo digestivo.

**0457 Hemorragia uterina anormal como signo de metástasis a cuerpo uterino. Reporte de un caso**

García Marco Antonio, Ordoñez Alejandro, Santamaría David Lorenzo, Rodríguez Mauricio, Zúñiga Jennifer Sofía

Hospital Materno Celaya. Secretaría de Salud Gto.

Los tumores metastásicos al tracto genital femenino son infrecuentes. Cuando esto sucede los ovarios son los órganos genitales más afectados por tumores metastásicos de la glándula mamaria y del tracto gastrointestinal. Los tumores que involucran el útero de forma secundaria lo hacen por extensión directa de órganos pélvicos adyacentes o como resultado de siembras peritoneales de cáncer de ovario. El cuerpo uterino también llamado miometrio es más afectado que el cérvix. El interés del caso radica en la presentación clínica. Un sangrado uterino anormal en una paciente con cáncer de mama puede relacionarse a metástasis al cuerpo uterino. La información es escasa por lo poco frecuente de la presentación y en la literatura médica han reportado algunos casos. Femenino de 37 años de edad



con el siguiente Padecimiento actual: Lesión en mama derecha de crecimiento lento con tiempo de evolución incierta que en los últimos 6 meses carcinoma ductal infiltrante con permeación linfo-vascular con infiltración a dermis. La inmunohistoquímica Receptor de estrógeno positivo (3+) 100%. Receptor de progesterona negativo. Her 2 Negativo. Ki 67 del 5%. Se estadia como T4b N2 M1 EC IV. Se presenta una semana después a sala de urgencias con sangrado uterino anormal, síndrome anémico con hemoglobina de 3.7 g/dl. Ingresándose para transfusión sanguínea. Por la magnitud del sangrado transvaginal se decide hysterectomía y salpingo-óoforectomía bilateral con el diagnóstico de ingreso de miomatosis uterina y engrosamiento endometrial. Metástasis al cuerpo uterino es una entidad rara, se ha reportado que menos del 10 % de todos los casos de metástasis al tracto genital femenino son de tumores extra genitales. El carcinoma lobular infiltrante es el tipo más común de cáncer de mama que da metástasis a útero. Y es el endometrio el sitio menos frecuentemente afectado por estas metástasis. En la literatura la serie más grande reportada fue de 63 casos y se publicó en el año de 1982. Cáncer de mama fue el tumor extra genital que más dio metástasis a cuerpo uterino y el sitio del cuerpo uterino más afectado es el miometrio. En esta serie de casos cinco pacientes (25%) se sometieron a cirugía

confirmándose la metástasis uterina como el primer indicio de un tumor primario extra genital. Teniendo como común denominador el sangrado transvaginal como presentación clínica.

**Palabras clave:** mama, metástasis, útero, sangrado uterino, cáncer, reporte de caso.

#### **0467 Elevación de antígeno prostático específico por carcinoma papilar de tiroides.**

**Reporte de un caso. UMAE Dr. Antonio Fraga Mouret, CMN La Raza IMSS. Medicina Interna**

*Paulino Guillermo, Grados Bernardo Horacio, Rodríguez Fátima Margarita, Vásquez Enzo Christopher*

UMAE Dr. Antonio Fraga Mouret, CMN La Raza IMSS

**Introducción:** el antígeno prostático sanguíneo y la caliceína glandular humana 2 (hk2) son 2 caliceínas producidas de forma primaria por la próstata. Éstas son utilizadas como biomarcadores para el diagnóstico y seguimiento del cáncer prostático. A continuación, se presenta el caso de un paciente con cáncer primario de tiroides manifestado por elevación de antígeno prostático específico (APE) persistente, posterior a prostatectomía radical por primer cáncer primario en próstata. **Caso:** masculino de 72 años, carga genética de cáncer de colon, gástrico, linfoma y próstata, antecedente de tabaquismo, diabetes tipo 2 en tratamiento con vildagliptina; cáncer de próstata de 7 años

diagnosticado por APE 4 ng/dL y biopsia transrectal con adenocarcinoma acinar focal Gleason 5 (2+3) tratado con prostatectomía radical y reporte histopatológico de adenocarcinoma acinar Gleason 7 (3+4) multifocal en el 70% del tejido, tratado con bicalutamida y acetato de goserelina, APE postquirúrgico 2.69 ng/dL. Se realiza biopsia transrectal 4 años después con recurrencia Gleason 6 (3+3) recibiendo 35 sesiones de radioterapia; APE de control 1.42 ng/dL. Se sustituye bicalutamida por nilutamida continuando acetato de goserelina. Un año después nueva elevación de APE 2.07 ng/dL y en 2 meses a 3.08 ng/dL, cambio tratamiento por flutamida y se realiza PET con <sup>11</sup>C-acetato sin detectar densidad radioactiva anormal a nivel pélvico; sin embargo, se identifica lesión nodular de baja densidad de 15 mm en lóbulo derecho de glándula tiroides y ganglios paratraqueales y perivasculares en ventana aortopulmonar de 11 mm de diámetro máximo. Nueva determinación de APE 5.89 ng/dL suspendiendo tratamiento e iniciando ketoconazol y prednisona. Se realiza BAAF de nódulo tiroideo con reporte Bethesda IV por lo que se realiza tiroidectomía total con reporte de carcinoma papilar de tiroides de 2x2 cm variante histológica clásica y folicular sin invasión capsular ni perineural y un ganglio linfático con metástasis sin ruptura capsular. Recibió I131 con hipotiroidismo primario

post ablativo y APE a los 6 meses 0.01 ng/dL. **Conclusiones:** se ha confirmado la presencia de hk2 en varios tejidos biológicos normales y tejidos malignos incluyendo la tiroides, la cual por las técnicas actuales puede tener reacción cruzada con el APE. Por lo tanto el APE puede encontrarse elevado en tumores benignos y malignos de tiroides como en el caso presentado previamente. **Palabras clave:** cáncer, papilar, tiroides, antígeno, prostático, específico.

**0495 Sarcoma de Kaposi primario cutáneo en paciente VIH negativo**

*Rueda Alma Angélica, Peralta Ana Lilia, Vera Olga Lidia*  
HE CMN La Raza

**Antecedente:** el sarcoma de Kaposi es un tumor de células vasculares de origen multifocal. La forma clásica afecta principalmente áreas mucocutáneas produciendo típicas lesiones en nódulos, pápulas y/o parches oscuros, con eventual compromiso visceral y de ganglios linfáticos. Frecuentemente ocurre en pacientes con SIDA o algún estado de inmunosupresión; pudiendo ser la primera manifestación en un 2-3 % de los casos. Sin embargo es extremadamente infrecuente en pacientes con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) negativo y asociado a infección por VHH-8. **Informe de caso:** varón de 74 años, originaria de Tlaxcala, sin crónico degenerativos, tabaquis-

mo positivo con IE 0.2. Inicia con cuadro de 6 meses de evolución caracterizado por dermatosis localizada en cuero cabelludo con presencia de múltiples placas disseminadas, eritemato-violáceas, pruriginosas, progresando a lesiones nodulares con descamación fina y superficie verrugosa, extendiéndose posteriormente a todo el cuero cabelludo, cara, retroauricular y miembros torácicos. Niega pérdida de peso, fiebre, astenia o adinamia, historia de traumatismos locales, inmunosupresión, adicción a drogas intravenosas, transfusiones sanguíneas ni conductas sexuales de riesgo. A la exploración física máculas de coloración rojo violáceas liquificadas, limitadas, pruriginosas de 5 mm, No se evidenciaron adenopatías inguinales, ni hepatoesplenomegalia. El estudio histológico de la lesión reportó proliferación vascular nodular de localización intradérmica. La serología para el VIH, VHC, VHB y treponema fue negativa. Finalmente, se estableció el diagnóstico de sarcoma de Kaposi primario en fase nodular en paciente inmunocompetente. Tras tres meses de seguimiento, el paciente continúa estable y sin nuevas lesiones. **Comentario:** el sarcoma de Kaposi primario en paciente inmunocompetente es una patología extremadamente rara, aun así debe considerarse en el diagnóstico diferencial de dermatosis crónicas, ya que un tercio de estos puede manifestar posteriormente una segunda

neoplasia predominantemente linfoproliferativa.

**Palabras clave:** sarcoma, Kaposi, primario, paciente, no, VIH.

**0531 Neoplasia primaria múltiple. Carcinoma papilar de tiroides y tumor primario pulmonar. Reporte de un caso**

*Bernés David Abraham, Morales Dalia Azucena, Amador Geovani*  
Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS

La presencia de tumores primarios múltiples en un mismo paciente constituye una condición clínica inusual que ultimadamente se ha identificado con mayor frecuencia dado al desarrollo de procesos diagnósticos y al envejecimiento de la población. Entre los factores asociados se han descrito la intervención de mutaciones genéticas, exposición a carcinógenos o promotores ambientales. Presentación del caso de una paciente con antecedente de carcinoma papilar de tiroides recidivante en 3 ocasiones con posterior hallazgo de segunda neoplasia a nivel pulmonar en el mismo año. Femenino de 56 años de edad, la cual inicia en el mes de junio de 2010 al presentar aumento de volumen en hemicuello izquierdo así como presencia de nódulo no doloroso acompañado de disfonía ocasional. Se realiza BAFF el cual reporta carcinoma papilar de tiroides. Se lleva a cabo tiroidectomía total y disección del nivel VI videoasistida el 14 de Julio



de 2010. Durante seguimiento refiere persistencia sintomatológica, con recidiva en noviembre de 2013 y enero de 2014, este último con presencia de ganglio positivo a malignidad, se lleva cabo resección local cervical. Se mantiene en seguimiento pero persiste con pérdida de peso no intencionada. En Noviembre de 2014 presenta fractura de fémur derecho con reporte histopatológico de adenocarcinoma pobremente diferenciado. En enero de 2015 es hospitalizada por datos de choque séptico, se identifica tumoración pulmonar, falleciendo 72 horas posteriores a ingreso. Se realiza autopsia bajo consentimiento con hallazgos de neoplasia epitelial maligna poco diferenciada de origen pulmonar con nódulo mayor en lóbulo superior derecho con metástasis a glándulas suprarrenales, páncreas, riñones, músculo esquelético, bronquios, pericardio, ganglios linfáticos periaórticos, orejuela derecha y a la médula. La presencia de tumores primarios múltiples se ha identificado desde 1865, algunas series han reportado la relación entre carcinoma papilar de tiroides y el carcinoma de mama, próstata y riñones sobretodo, sin embargo hay pocos casos en relación con un segundo primario a nivel pulmonar. En el caso de tumores primarios múltiples, la relación tiroides-pulmón no es tan frecuente, siendo esta una entidad rara, sin embargo debido al avance diagnóstico y al envejecimiento poblacional se espera

un incremento en la incidencia por lo que debemos tenerlo en cuenta ante pacientes que persiste con datos de actividad tumoral no explicada a pesar de tratamiento de primer neoplasia

**Palabras clave:** tumores, tiroides, metacronicos, pulmón, metástasis, cáncer.

**0534 Tumor extragonadal de células germinales maligno de tipo seminomatoso. Reporte de caso**

*Lara Selene, García Rómulo*  
Hospital Chiapas Nos Une. Dr. Jesús Gilberto Gómez Maza

**Introducción:** los tumores de células germinales extragonadales se presentan en un 3-5 % de los casos, de éstos la localización en orden decreciente de frecuencia es en mediastino anterior, retroperitoneo y glándula pineal. Histológicamente los tumores de células germinales extragonadales se clasifican en seminomas, no seminomatosos, teratomas maduros y teratomas inmaduros. Los seminomas mediastinales constituyen aproximadamente 1/3 de los tumores de células germinales mediastinales malignos y 2-4 % de las masas mediastinales. Por lo anterior y la infrecuencia en su presentación se presenta el caso de paciente masculino de la tercera década de la vida, con localización mediastínica de tumor extragonadal de células germinales de tipo seminomatoso maligno.

**Descripción del caso:** paciente masculino de 26 años de edad, originario y residente de Tuxtla

Gutiérrez, Chiapas, abogado de profesión, sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual. Inicia padecimiento presentando edema y dolor de miembro torácico izquierdo. Posterior a 1 mes de evolución presenta red venosa colateral en hombro izquierdo, cuello y tórax anterior, edema localizado en región facial y extremidades superiores, dolor torácico y disnea de grandes a medianos esfuerzos, por lo cual acude con médico internista, quien solicita radiografía de tórax encontrando ensanchamiento de mediastino y TAC de tórax simple y contrastada con evidencia de tumoración homogénea en mediastino anterior, por lo que es referido con médico oncólogo, quien inicia protocolo de estudio, solicitando lo siguiente: marcadores tumorales B-HGC 3.59mUI/mL positivo (0.00-1.06 mUI/mL), AFP 1.20 UI/mL negativo (0.50-5.50 UI/mL), DHL 429 U/L negativo (313-618 U/L), resto de los laboratorios sin alteraciones que mencionar. De los estudios de imagen USG testicular y TAC de abdomen sin lesiones evidentes de metástasis. Por lo anterior se realiza biopsia de tumoración mediastínica con reporte de estudio histopatológico de neoplasia germinal maligna de tipo seminomatoso, por lo cual se decide manejo con esquema de quimioterapia con carboplatino y ciclofosfamida, con respuesta completa a 6 ciclos.

**Conclusiones:** el tumor extragonadal de células germinales tipo

seminoma con localización en mediastino es infrecuente, con predominio en hombres entre los 20 y 40 años de edad, por lo general de buen pronóstico con una supervivencia a 5 años mayor del 90% en pacientes sin evidencia de metástasis que reciben esquema de quimioterapia.

**Palabras clave:** tumor de células germinales, tumor de células germinales extragonadal, seminoma, tumores mediastínicos.

#### **0544 GIST: “el gran imitador” reto diagnóstico**

*Pacheco María Cristina, Rojas Flor Elena, Cajina Daniela, Fuentes María Fernanda*

Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez

Se denomina GIST a los tumores mesenquimales CD117 positivos, fusiformes o epitelioides, primarios de tracto digestivo, mesenterio, y retroperitoneo. Suponen 1% de tumores a este nivel. **Reporte de caso:** masculino de 39 años de edad, sin antecedentes de importancia, el cual presenta cuadro clínico de un mes de evolución caracterizado por hematemesis y evacuaciones melénicas; trasladado a nuestra unidad por presentar síncope, datos de choque hipovolémico, hemoglobina de 2.50 g/dl requiriendo transfusión de concentrados eritrocitarios. Se decide ingreso a nuestro servicio para estudio de sangrado de tubo digestivo alto, al ingreso se detecta tumoración abdominal

de predominio epigástrico, no dolorosa a la palpación, solicitándose tomografía con reporte de imagen de aspecto mixto con zonas quísticas y solidas dependientes de mesenterio con extensión a yeyuno, quistes hepáticos simples y derrame pleural bilateral. Se realiza endoscópica en la cual se aprecia la cuarta porción del duodeno lesión con bordes mal definidos, que ocupa el 90% de la luz intestinal, se realiza biopsia, con inmunohistoquímica positiva CD 117, se concluye GIST, canalizando a paciente a servicio de oncología. Los tumores del estroma gastrointestinal se encuentran subdiagnosticados, y en el transcurso de la patología se ha identificado 72% de los casos de GIST, habían sido diagnosticados de otra forma. El 28% se diagnosticó como GIST, 34% leiomiomas, 18% leiomiomas, 13% leiomioblastomas, y 7% otros diagnósticos. En cuanto a la presentación clínica, 69% fueron sintomáticos, los síntomas son inespecíficos: anorexia, anemia, pérdida de peso, náusea; Menos frecuentes fueron la hemorragia gastrointestinal o intraperitoneal, que en el caso de nuestro paciente fue el motivo de consulta. La justificación primordial de este caso es que estos tumores se encuentran subdiagnosticados, sin embargo su pronóstico es bueno, en los últimos años se ha encontrado supervivencia > 70% a 5 años con manejo quirúrgico y farmacológico.

**Palabras clave:** GIST, imitador, reto diagnóstico, subdiagnóstico, pronóstico.

#### **0587 Características y desenlaces renales de pacientes oncológicos con lesión renal aguda hospitalizados en Médica Sur**

*Enríquez Lizbeth, Montalvo Gonzalo Anuar, Castillo Rogelio Edgar*

Hospital Médica Sur

**Introducción:** el paciente con cáncer representan un grupo creciente de admisiones hospitalarias. Estos pacientes presentan susceptibilidad incrementada a complicaciones infecciosas y no infecciosas relacionadas con el cáncer por lo cual frecuentemente desarrollan lesión renal aguda. Un número importante de etiologías de lesión renal aguda asociadas a cáncer se han descrito actualmente y el desarrollo de esta es un factor independiente de mal pronóstico. Los quimioterapéuticos más comúnmente asociados son los platinos, otros agentes como ifosfamida, gemcitabina o metotrexate también están relacionados a LRA. **Objetivo:** describir las características y desenlaces renales de pacientes hospitalizados en Médica Sur con diagnóstico de cáncer activo que desarrollaron lesión renal aguda. **Materiales y métodos:** se trata de un estudio observacional conducido de Mayo del 2016 a Agosto del 2016 en un centro hospitalario privado en la ciudad de México. Se incluyeron en el



estudio todos los pacientes con cáncer activo (tumores sólidos/malignidad hematológica) con lesión renal aguda al momento de su ingreso y durante la hospitalización. Se registraron las características demográficas, historia médica y medicamentos. Se identificaron las causas de lesión renal aguda y desenlaces renales como recuperación de la función renal, TRR, así como mortalidad. **Resultados:** durante el estudio se identificaron 163 pacientes que ingresaron o desarrollaron lesión renal aguda, de los cuales 25 (15%) tenían cáncer activo. De los 25 pacientes identificados con cáncer activo, 65% hombres, 36% mujeres, con una edad media de 62 años, 20% tenían diabetes, 40% hipertensión arterial, 16% malignidad hematológica y 84% tumores sólidos. La causa más común de lesión renal aguda en pacientes fue pre-renal en un 60% (sepsis), seguido de renal 24% y postrenal 16%. La quimioterapia más comúnmente asociada fue gemcitabina. En cuanto a los desenlaces renales 25% no recuperaron la función renal, ninguno requirió TRR y la mortalidad fue del 12%. **Discusión, Análisis y Conclusiones:** de los pacientes hospitalizados que desarrollaron lesión renal aguda 15% tenían diagnóstico de cáncer activo. La causa más común de lesión renal aguda en pacientes con cáncer activo fue pre-renal, principalmente por sepsis, una cuarta parte de los pacientes no recuperaron la fun-

ción renal basal y la mortalidad hospitalaria fue del 12%.

**Palabras clave:** lesión renal aguda, cáncer, desenlaces renales.

#### **0609 Reporte de caso: hemoptisis como presentación de linfoma no Hodgkin B primario de mediastino**

*De la Torre Andrés Eduardo, Sánchez María Teresa, Morales Luis Alonso*

Tecnológico de Monterrey. Escuela de Medicina

**Introducción:** el linfoma de células B primario de mediastino (LBPM) es un subtipo del linfoma de células grandes tipo B difuso que se deriva de una célula tímica B, comprende el 7% de los linfomas de células grandes tipo B difuso y 2.4% de todos los Linfomas no Hodgkin, afecta predominantemente a mujeres jóvenes, frecuentemente cursan con derrame pleural. El manejo optimo de PMBL es controversial.

**Presentación del caso:** femenino de 47 años acude por hemoptisis, entre sus antecedentes se encuentra obesidad y consumo de medicamentos anorexigénicos, inicia dos días previos a ingreso con episodios de tos en accesos, no productiva, niega fiebre; un día previo al ingreso se agrega un episodio de hemoptisis escasa y se acompaña de disnea, motivo por el cual acude a urgencias. A la exploración no se palpan adenomegalias, cuello con tráquea central, se integra síndrome pleuropulmonar de derrame pleural izquierdo, en la

radiografía de tórax se observa masa mediastinal anterior que desplaza tráquea, se acompaña de derrame pleural del 60%. Se obtuvo DHL 545U/L, se realiza TAC confirmando la existencia de masa mediastinal anterior de 13x8.3x12cm de bordes lobulados, densidad heterogénea, con contraste presenta realce irregular, reticular grueso. Se realiza toracocentesis obteniendo exudado con 113 leucocitos con 93% mononuclear. Se procede a realizar resección de tumoración mediastinal con pleurodesis mecánica y farmacológica. El resultado de la biopsia concluye linfoma no Hodgkin de tipo B, difuso de células grandes, entre los marcadores de inmunohistoquímica: CD 20 (+), CD 79 (+), CD 10 (-), se realiza TAC de extensión sin evidencia de crecimientos ganglionares, sin infiltración a medula ósea. Se indica tratamiento con R-CHOP y radioterapia. **Discusión** Dentro del abordaje de masa mediastinal anterior, la TAC es de suma importancia ya que son las características de ésta las que orientan hacia el diagnóstico y dicta la conducta a seguir. Una biopsia adecuada es la clave para el diagnóstico de LBPM, depende de la morfología e inmunofenotipo así como del cuadro clínico. Entre las opciones terapéuticas existen ciclos de R-CHOP seguido por RT, (da)-EPOCH-R sin RT, menos ciclos de R-CHOP+RT. **Conclusión:** no hay un esquema terapéutico establecido para LBPM, la decisión del esque-

ma terapéutico se basa en el contexto del paciente, edad, y consecuencias de RT.

**Palabras clave:** linfoma B primario de mediastino, linfoma no Hodgkin, reporte de caso, hemoptisis, masa mediastinal.

#### **0614 Segundo primario en adenocarcinoma gástrico. Reporte de caso**

*Hernández Roberto, Pérez Fernando, Santillán Wendy Josefina, Lagunas Maricarmen, Martínez Nestor, Reyes Isaac*  
Hospital Central Norte Petróleos Mexicanos

**Introducción:** se entiende como segundo cáncer primario a todo cáncer ocurrido en pacientes sobrevivientes de cáncer, asociado o no a las terapias de éstos o a la exposición a agentes carcinógenos. Se pueden clasificar como sincrónicos cuando uno de otra extirpe histológica se presenta al mismo tiempo que la primera neoplasia o en los primeros dos meses, metacrónica si se diagnostica 2 meses posteriores a la neoplasia primaria. En pacientes con adenocarcinoma gástrico primario los segundos tumores primarios asociados son el adenocarcinoma colorrectal, seguido del renal, vesical, escamoso de pulmón y de próstata entre otros. **Caso clínico:** masculino de 65 años de edad con tabaquismo previo intenso. Hospitalizado por plenitud postprandial, dispepsia y pérdida de peso. Se realizó endoscopia con toma de biopsia a lesión ulcero-

sa cuyo resultado posterior fue compatible con adenocarcinoma intestinal en antro pilórico, se realizó gastrectomía subtotal con reconstrucción Bilroth II y sesiones de radio y quimioterapia. Nueve años después comienza con pérdida de peso y adenomegalia (>3 cm) en región cervical izquierda, se realizó biopsia excisional e inmunohistoquímica: citoqueratina 1/3 negativa, citoqueratina 5/6 negativa, CD 45 positivo (+++), CD 20 positivo (+++), CD 45 ro negativo, K= positivo (++), I= negativo, CD15= negativo, CD30= negativo; resultados compatibles con linfoma no Hodgkin difuso de células grandes de núcleo no hendido inmunofenotipo B para la cual requirió tratamiento con R-CHOP presentando adecuada respuesta. **Conclusiones:** la mayoría de los cánceres se desarrollan en personas genéticamente susceptibles, pero existe mayor riesgo cuando hay exposición a agentes carcinógenos y el tratamiento mismo del primer cáncer primario. La media de tiempo de aparición en pacientes con tumores metacrónicos es de 5 a 10 años por lo que es necesario un seguimiento y vigilancia estrecha con el fin de una detección temprana.

**Palabras clave:** segundo primario, adenocarcinoma gástrico, linfoma células grandes.

#### **0628 Asociación entre sobrepeso-obesidad y cáncer en una unidad de cancerología privada, periodo de 5 años. Unidad de**

#### **Cancerología; Guadalajara, México, 2016**

*Urdiales Néstor Adair<sup>1</sup>, Acevedo José Antonio<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Hospital Ángeles del Carmen; <sup>2</sup> Unidad de Cancerología

**Introducción:** en diversos meta-análisis, se ha demostrado la relación de la obesidad, sobrepeso con un mayor riesgo de presentar diferentes tipos de cánceres, así como incremento en la mortalidad. Se determinó la asociación entre cáncer y obesidad-sobrepeso, de acuerdo al IMC propuesto por la OMS. En una muestra poblacional de una unidad de atención para pacientes con cáncer. **Material y métodos:** se realizó un análisis retrospectivo de 51 expedientes en un periodo de tiempo que abarca del año 2011 al 2015, de donde se analizó la relación entre obesidad, sobrepeso y diferentes tipos de cáncer. El análisis estadístico se realizó con ayuda del software SPS. Primero se hizo un análisis descriptivo de la muestra, la cual consistió en tres etapas independientes: 1. Número total de la muestra: que considera a todos los individuos con diagnóstico de cáncer. 2. Número de pacientes con obesidad y sobrepeso: donde solo se observó la relación de obesidad - sobrepeso y cáncer. 3. Eventos adversos: En donde se estableció la relación de eventos adversos a la quimioterapia en pacientes con sobrepeso-obesidad. **Resultados:** de los expedientes analizados solo 7 (13.7%) son de



género masculino y 44 pacientes (86.3%) del género femenino. Entre los diagnósticos de cáncer los más frecuentes fueron: cáncer de mama con 34 casos (66.7%), seguido de 7 con cáncer de colon (13.7%), 4 con cáncer de ovario (7.8%), endometrio con 3 casos (5.9%), 2 casos con cáncer cervicouterino (3.9%) y solo 1 paciente con cáncer de próstata (2%). De manera global, al momento del diagnóstico 14 (17.5%) presentaban metástasis. El IMC medido en los pacientes al momento del diagnóstico fueron: IMC normal en 22 pacientes (43.13%), 20 pacientes con sobrepeso (39.2%), 6 pacientes con obesidad (11.8%). Las etapas clínicas III y IV, tuvieron mayor relación con sobrepeso (39.2%), seguido de obesidad (11.8%). Se registró 41 pacientes con efectos adversos a la quimioterapia (80.4%). Del total de efectos adversos reportados, el 51% se encontraron con un IMC normal, 39% con obesidad, 7.3% con obesidad, y, solo 4.9% para pacientes con bajo peso. El efecto adverso más frecuente en el grupo global de estudio fue neuropatía (31.4%). **Conclusión:** en el presente estudio se observó una relación de mayor riesgo entre cáncer con sobrepeso u obesidad. Siendo el sobrepeso el que presentó mayor asociación en el presente estudio. Las neoplasias más asociadas a sobrepeso y obesidad fueron cáncer de colon, ovario y endometrio.

**Palabras clave:** sobrepeso, obesidad, cáncer, Guadalajara.

### **0631 Análisis demográfico, serológico y molecular de pacientes con cáncer colorrectal con y sin mutaciones del oncogén KRAS, en el Centro Médico ABC**

*León Yashhid*

Centro Médico ABC

**Introducción:** en México el cáncer colorrectal (CCR) es el tercer cáncer más frecuente en hombres (4,656 casos estimados) y mujeres (3,995 casos representa la quinta causa de muerte por cáncer en hombres (3,368 muertes) y la sexta en mujeres (2,166 muertes). Las características epidemiológicas, clínicas y genéticas de los pacientes con CCR en el Centro de Cáncer ABC son diferentes a las encontradas en pacientes atendidos en hospitales del sector público. En particular nos interesa evaluar si la presencia de mutaciones KRAS se asocia a un comportamiento biológico y clínico distintivo para poder diseñar estrategias terapéuticas más eficaces y seguras para estos pacientes. **Material y métodos:** estudio retrospectivo, observacional y transversal. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, diagnosticados con CCR y tratados en el Centro Médico ABC durante los años 2010-2015, con determinación de mutaciones en KRAS, sin tratamiento previo para enfermedad. Se analizaron tres grupos de variables (demográficas, serológicas y moleculares) Los datos categóricos se resumieron en frecuencias y porcentajes. Las asociaciones entre los datos

categóricos se analizaron mediante pruebas Chi cuadrado en el programa IBM SPSS21. **Resultados:** de los 60 pacientes analizados con determinación del oncogén KRAS el 53.3% presentó mutaciones. En el grupo de pacientes con mutación del oncogén KRAS, el 25.0% de los pacientes presentó recurrencia de la enfermedad, 31.2% progresión y 21.9% estuvo libre de enfermedad al momento del análisis. La única variable serológica que mostró una asociación significativa con el desenlace clínico fue el INL final con un valor de  $p=0.04$ . **Discusión y Análisis:** epidemiológicamente la muestra poblacional de pacientes con CCR del Centro Médico ABC está compuesta mayoritariamente por varones, de edad entre 50-70 años, ECOG 0, estadio clínico III y IV. El sitio de localización más frecuente fue el colon ascendente, contrario a lo reportado en otras series. A nivel molecular, este estudio reporta un 53% de la población con determinación KRAS presentó mutaciones. Como se reportó en el 2011, la frecuencia de mutaciones KRAS en Asia, Europa y América latina fue de 24 36 y 40% respectivamente. Recientemente, Cárdenas et. al. reportó una frecuencia del 35% en población mexicana ( $n=888$ ). En términos generales, las diferencias pueden atribuirse a características específicas poblacionales, tamaño muestral, calidad del tejido y del ADN obtenidos, entre otras.

**Palabras clave:** cáncer colorrectal, mutación KRAS, Centro Médico ABC.

**0645 Deterioro neurológico y dolor abdominal**

*Hernández Josué Miguel, Crespo Paulina Berenice*  
Hospital General de León

Masculino, 40 años. Antecedentes personales patológicos: alcoholismo crónico intenso. Toxicomanías positivo. Tabaquismo crónico, contacto crónico con solventes, Índice tabáquico: 25 años/paquete. Peso corporal habitual: 60kg, Peso actual 46kg (Pérdida de 23.3% en 1 mes). Resto negado. Padecimiento actual: 14.julio.16 Ingreso. Hospital particular. Inicia hace 3 meses con cefalea occipital de leve-moderada intensidad, sin irradiación, además de presencia de dolor abdominal difuso predominantemente en epigastrio de 1 mes de evolución, recibiendo múltiples tratamientos sin mejoría, se agregó intolerancia a la vía oral, acude para atención médica. A su ingreso se realiza endoscopia de tubo digestivo alto con una gastropatía erosiva aguda. 14.julio.16 ingreso a Hospital General de León. Con diagnóstico de gastropatía erosiva aguda, hospitalizado por persistencia de intolerancia a la vía oral, 16.julio.16 Se egresa por mejora clínica pero persistencia de cefalea (2/10). 20.julio.16. Reingresa por deterioro neurológico (confusión, desorientación, somnolencia),

con 90 días de evolución de cefalea, intensidad variable en región occipital acompañado de náuseas y vómito. Signos vitales normales, glucometría 117mg/dL, ECG 9/15 (O3, V1, M5), con dirección de la mirada a la izquierda, pupilas isocóricas, Kernig negativo, sin presencia de movimientos anormales, sin Babinsky. Ruidos pulmonares con estertores subcrepitantes bilaterales, abdomen con distensión abdominal, ruidos peristálticos aumentados en intensidad, hepatomegalia borde romo. Extremidades superiores con rigidez en posición de flexión, extremidades inferiores extendidas rígidas, tacto rectal con presencia de aumento en el tono del esfínter anal, masa indurada fija dolorosa a la palpación, no sangrado. Rx de tórax: parénquima pulmonar con presencia de patrón reticular micro nodular. 21.julio.16. Punción lumbar, con LCR turbio, glucosa 61mg/dL, proteínas 43md/dL, leucocitos 0, Gram sin bacterias, tinta china negativo. Neurología, presencia de mutismo, letargia, gaze-paretic nistagmus, sin déficit o parecía focal, TAC de cráneo con hidrocefalia con migración transependimaria de predominio posterior, hipodensidad en cerebelo en territorio de SUCABilateral. Neurocirugía: con criterios de intervención quirúrgica por hidrocefalia. 25.julio.16. Presencia de deterioro neurológico, ECG 5/15 (O:1, V1, M3) 26.julio.16. Muerte encefálica clínica. 27 julio 16. Parada car-

diaca siendo las 08:33am. Se hace necropsia.

**Palabras clave:** deterioro neurológico, dolor abdominal, hipertensión endocraneana, pérdida de peso, necropsia.

**0663 Tumor germinal mediasmial extragonadal como causa de derrame pleural de origen desconocido. A propósito de un caso**

*Gargallo Antonio, Mejía Alma Berenice, Hernández Éufrates, Olán Francisco, Mateos José Andrés, Morales Zoila*  
Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A Roviroso Pérez

**Introducción:** la acumulación de líquido en el espacio pleural indica enfermedad; el análisis del líquido otorga información importante para el diagnóstico y en ocasiones es suficiente; sin embargo, existen entidades poco comunes que ameritan un abordaje más profundo. **Caso clínico:** hombre de 23 años de edad, profesionista, tabaquismo negado; previamente sano; inicia seis meses previos con la presencia de dolor pleurítico insidioso, sensación distérmica y diaforesis profusa nocturna ocasional; exacerbación del cuadro en las últimas semanas con ataque al estado general y presencia de tos sin expectoración, aumento del dolor y disnea, la cual progresa de un mMRC I a mMRC III, por lo que acude a valoración; a su ingreso con ortopnea, se toma radiografía de tórax, evidencian-



do derrame pleural izquierdo del 70%; se realiza toracocentesis, resultado del líquido pleural. Aspecto: turbio, color: rojizo, pH 7.0, proteínas 5 gr/dL, glucosa 77 mg/dL, amilasa 35 UI/L, 4700 cel/mm<sup>3</sup>, mononucleares 53%, PMN 47%; tinción de GRAM negativa; tinta china negativa; los exámenes de laboratorio: Hb 15.5 gr/dL, plaquetas 605,000/μL, leucocitos 15,100/μL, neutrófilos 12,200/μL, linfocitos 1 600/μL; GLUC 117 mg/dL, azoados normales; inversión de la relación albúmina-globulina; FA 130 IU/L, AST 20 IU/L, ALT 22 IU/L, DHL 566 IU/L. PCR para *M. tuberculosis* en líquido pleural negativo; ELISA para VIH no reactivo; una vez drenado se observa ensanchamiento mediastinal, por lo que se realiza TACAR de tórax, reportando imagen sólida en mediastino anterior y superior, con involucro de grandes vasos, infiltración pleural y pericárdica izquierda; estudio citológico de líquido con reporte de escasos grupos celulares de estirpe epitelial con atipia celular, sugestivos de neoplasia maligna; se realiza biopsia guiada por TAC, reportando tumor de células germinales extragonadal. Se inició manejo con cisplatino, presentando mejoría clínica evidente, se egresó a su domicilio y se da seguimiento en la consulta de Oncología. **Conclusiones:** el tumor de células germinales mediastinal extragonadal es una entidad rara, que representa menos del 10% de los tumores de mediastino y más del 90% se

presentan con derrame pleural al diagnóstico, por lo que ante las características clínicas semejantes a las de nuestro paciente se deberá tener en cuenta como diagnóstico diferencial, ya que su detección oportuna impactará de manera directa en el pronóstico de la enfermedad.

**Palabras clave:** derrame, pleural, germinal, extragonadal.

### 0665 Ca de colon con enfermedad metastásica a tiroides.

#### Reporte de caso

*González Otto Pavel*  
Hospital Juárez de México

**Introducción:** la prevalencia, diagnóstico y tratamiento más adecuado de las metástasis tiroideas en cualquier tipo de neoplasia siguen siendo controversiales. A pesar de ser el órgano del cuerpo con la segunda mayor perfusión arterial relativa, la tiroides es un lugar raro para metástasis. **Caso clínico:** masculino de 58 años de edad con antecedentes de IT de 5.5 cajetillas/año. Inicia padecimiento hace 5 meses al presentar dolor abdominal y hematoquezia, no refiere pérdida de peso, acude a valoración, se obtiene ACE 41, colonoscopia con reporte de tumor irregular, friable, que abarca el 30 por ciento de la circunferencia a nivel de sigmoides. TAC abdomen: lesión en unión rectosigmoidea con aumento de la grasa perirectal y crecimientos ganglionares peritoneales y retroperitoneales. Reporte histopatológico: adeno-

carcinoma poco diferenciado (G3), con patrón micropapilar focal y permeación vascular linfática extensa. TAC cuello y tórax: ambos lóbulos tiroideos discretamente aumentados de volumen y de aspecto heterogéneo. USG de tiroides: nódulo sospechoso de malignidad. BAAF: carcinoma. PET/CT: evidencia de actividad metabólica tumoral en tiroides y ganglios cervicales, mediastinales, retroperitoneales, mesentéricos, cadenas ilíacas y presacros. Impresión diagnóstica: tumor en la unión recto-sigmoidea BORRMAN I, KUDO V. Se inicia tratamiento a base de QT paliativa, con esquema FOLFOX. Perfil: KRAS no mutado genotipo wild type (WT)/NRAS no mutado genotipo wild type (WT). **Discusión:** existe controversia sobre los factores que hacen al tejido tiroides poco susceptible a metástasis, los puntos que más se han apoyado son las altas concentraciones de oxígeno y yodo. Puede encontrarse una media en la presentación de 53 meses, aunque existe también la presentación sincrónicas; el 40% de las metástasis tiroideas son solitarias. La mayoría no son detectadas clínicamente, sino como parte de los estudios de seguimiento de los pacientes oncológicos. Aunque no existe un consenso claro sobre el tratamiento, el manejo quirúrgico precoz ha demostrado aumentar la supervivencia mediante la prevención de la recurrencia y complicaciones tales como

tirotoxicosis, la compresión de la vía aérea y la infiltración de las estructuras locales, como el nervio recurrente. Las preocupaciones sobre la resistencia a la quimioterapia y la mala respuesta la coloca como tratamiento de rescate. En el caso de nuestro paciente, a los 3 meses de seguimiento se encuentra sin datos de progresión tumoral.

**Palabras clave:** tiroideas, metástasis, colon, tratamiento, cáncer, estadio IV.

#### **0696 Dolor torácico como presentación de metástasis cardíacas de sarcoma sinovial monofásico. Presentación de un caso**

*Rivera Karen Selene, Martínez Liz Jovanna, Sámano Liliana, Tavares Luis Alberto, Ávalos David, Ayala Noé*

Hospital Regional de Alta Especialidad Bajío

**Introducción:** el dolor torácico como presentación inicial de tumoraciones cardíacas es poco común; la incidencia en general es de 0.01-0.003%, siendo hasta un 75% benignos, malignos hasta el 25%, de los cuales el 75% corresponde a sarcomas, con mayor prevalencia el angiosarcoma, y de éstas de un 1-3% corresponde a metástasis cardíacas, siendo las más frecuentes pulmón, mama y linfoma. Se caracteriza por presentación clínica inespecífica con disnea, dolor precordial y pérdida ponderal. El diagnóstico es bajo sospecha clínica y se confirma

por ecocardiografía o resonancia magnética. **Descripción:** femenino de 21 años de edad, con antecedente de sarcoma sinovial monofásico de miembro pélvico derecho que recibió perfusión aislada, resección quirúrgica de bordes positivos; recibe radioterapia, libre de enfermedad por once meses. Inicia padecimiento de tres meses de evolución con dolor precordial opresivo, irradiado a miembro torácico izquierdo, intermitente, asociado a la actividad física, disminución de su clase funcional, ortopnea, palpitaciones, pérdida ponderal de 15% del peso corporal total. Se inicia abordaje por dolor precordial exacerbado, encontrando a la exploración soplo holosistólico en foco pulmonar III/IV, no IV, no S3, S4, solicitando electrocardiograma: ritmo sinusal, con datos de crecimiento auricular derecho, bloqueo incompleto de rama derecha del haz de His, sobrecarga biventricular. Laboratorios: Hb 12.5, Hto 39.6%, leu 10.01, neut 80%, plaq 347000, BNP 236.2 pg/dL, dímero D 4.4, CPK-MB 21, TP 17.3, TTP 25.6, radiografía de tórax PA con crecimiento de cavidades derechas sin congestión. Se realiza ecocardiograma en donde se encuentra lesión de tipo infiltrativa de 55x54x30 mm que ocupa el 70% de la luz del ventrículo derecho; se extiende a su pared lateral, con involucro del septum IV y tracto de salida, PSP 92 mmHg, media 48 mmHg, con movimiento septal paradójico tipo A y FEVI

del 56%, se decide resección parcial de la tumoración con liberación del tracto de salida con bordes R2, por lo que se inicia quimioterapia con ifosfamida/doxorubicina con respuesta parcial al manejo, sin datos de falla cardíaca y FEVI conservada. **Discusión:** las metástasis cardíacas son entidades raras y el sarcoma sinovial monofásico suele representar menos del 1% de los sitios que comúnmente metastatizan a corazón. La presentación clínica es inespecífica, siendo un diagnóstico de exclusión; el tratamiento está enfocado en paliar la sintomatología del paciente y debe ser multidisciplinario.

**Palabras clave:** sarcoma sinovial, metástasis cardíacas, dolor precordial.

#### **0742 Síndrome medular completo como manifestación inicial del hepatocarcinoma fibrolamelar**

*Molina Eduardo, Valdivia Verónica*

Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** el hepatocarcinoma fibrolamelar representa menos del 1% de todas las neoplasias primarias. Afecta a ambos géneros por igual, predomina en adultos jóvenes sin antecedente de enfermedad hepática, con edad promedio 25 años. La presentación usual es la de una masa tumoral única en un hígado no cirrótico, no asociada a hepatitis viral, rodeada de una cápsula fibrosa y que puede



presentar diseminación linfática regional. La etiología es desconocida. Se reporta una alteración en la regulación positiva de la B-catenina por fosforilación de los residuos de tirosina. Las vías de señalización de la B-catenina cumplen una multitud de funciones en la biología hepática, algunas de las cuales son regular la proliferación de los hepatoblastos, su adecuada diferenciación y el control de algunos de sus procesos metabólicos. **Presentación de caso:** mujer 21 años, originaria de Mérida, Yucatán. Estudiante, católica, casada, hermana gemela. G:0. Uso de hormonales por ciclos irregulares. Sin antecedentes crónico-degenerativos. Ingresó por presentar cuadro clínico de 3 meses de evolución con dolor a nivel hipocondrio derecho 3/5, no irradiación, exacerbándose con el movimiento; 15 días previos a su ingreso, con disminución de fuerza muscular en MPI para posteriormente hacerse bilateral, acompañándose de pérdida de la sensibilidad, con línea de sensibilidad T10 y pérdida de control de esfínteres. Bioquímicamente con elevación de alfa fetoproteína y transaminasas, con BH, QS y ES normales. IRM columna con lesiones osteolíticas en L1 que condiciona compresión medular. TAC abdominal: hígado que presenta tumoración en lóbulo derecho de 17x15x23 mm, heterogéneo. Biopsia de hígado: células tumorales grandes, poligonales con citoplasma

eosinófilo, macronucleólos y abundante estroma fibroso. **Conclusión:** el rol de la biopsia percutánea por aguja fina es controversial. Desde el punto de vista patológico la variedad fibrolamelar es un tumor con células poligonales con citoplasma de aspecto granular. Están separadas en grupo, filas o en forma individual por bandas fibrosas hialinas gruesas, así como fibras de reticulina. La resecabilidad en cada paciente está determinada por la extensión tumoral. Tiene un pronóstico más favorable que el hepatocarcinoma usual y puede ser resecable entre 50 a 75% de los casos, con una supervivencia a los 5 años de 35 a 55%. El diagnóstico diferencial debe hacerse con hiperplasia nodular focal y el adenoma de células hepáticas.

**Palabras clave:** hiperplasia nodular focal, síndrome medular completo, hepatocarcinoma, fibrolamelar, biopsia de aguja fina, carcinoma indiferenciado embrionario.

#### **0757 Carcinoma neuroendocrino en fumador crónico con masa pulmonar solitaria: reporte de un caso**

*Gómez Merit Mayté, Vázquez Jesús, Peña Mónica Elizabeth*  
Hospital Ángeles Lomas

**Introducción:** los tumores neuroendocrinos (TNE) son un grupo poco frecuente de neoplasias pulmonares que se caracterizan por tener un comportamiento clínico relati-

vamente indolente. Representan el 1-2 % de los tumores malignos pulmonares en adultos. A continuación se presenta el caso de un paciente con factores de riesgo y datos sugestivos de neoplasia pulmonar maligna, que finalmente se reportó como un carcinoide típico según los criterios de la OMS del 2015. **Caso clínico:** se trata de masculino de 63 años con antecedente de enfermedad pulmonar obstructiva de dos años de diagnóstico sin tratamiento actual y tabaquismo activo intenso a razón de 68 paq/años. Inició padecimiento días previos a su ingreso al realizarse tomografía simple de tórax como estudio de tamizaje. En dicho estudio se reportó nódulo pulmonar ovoide en lóbulo superior derecho con eje mayor de 1.6 cm, atenuación de 19 UH, así como ganglios linfáticos mediastinales con morfología conservada, con ejes de hasta 1.2 cm. Por estos hallazgos se decide su ingreso para abordaje quirúrgico de lesiones. Al interrogatorio refirió pérdida de aproximadamente 5 kg no intencionado en 3 meses. La exploración física y laboratorios, sin hallazgos de importancia. Se realizó PET-TAC que mostró actividad metabólica elevada en nódulo pulmonar y nódulo linfático parahiliar derecho. Se realizó lobectomía superior izquierda y resección de ganglios mediastinales sin complicaciones. La biopsia del nódulo reportó carcinoma neuroendocrino bien diferenciado,

sin figuras mitóticas, sin necrosis de 1 cm con expresión universal de TTF1 y cromogranina, Ki-67 <2%. El tumor mostraba afectación focal del parénquima pulmonar vecina <1 cm.

**Discusión:** histológicamente, los TNE de bajo grado se conforman de células con núcleos ovalados con cromatina finamente dispersa y nucleólos poco prominentes. Las figuras mitóticas

son escasas y no hay necrosis. Aproximadamente el 50% expresan el inmunomarcador TTF 1. El 75% presentan focos carcinoides en el parénquima pulmonar adyacente. Todos estos hallazgos fueron descritos en el reporte patológico de nuestro paciente. La cirugía es el tratamiento de elección para los TNE y representa la opción terapéutica con mayor proba-

bilidad de curación, con tasas de supervivencia a los 5 años entre el 87-100%. Este caso es un recordatorio que si bien la malignidad pulmonar es siempre obligación descartar, existen otras neoplasias pulmonares de curso y pronóstico variable.

**Palabras clave:** tumor neuroendocrino, inmunohistoquímica, masa pulmonar, biopsia, pronóstico, hallazgo.