

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Posgrados

Linfoma Subcutáneo de Células T Tipo Paniculitis con Síndrome Hemofagocítico

Jenny del Carmen Vela Chulde

**Juan Francisco Fierro Renoy, Dr.,
Director de Trabajo de Titulación**

Trabajo de titulación de posgrado presentado como requisito
para la obtención del título de Especialista en Oncología Clínica

Quito, mayo de 2016

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO DE POSGRADOS

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Linfoma Subcutáneo de Células T Tipo Paniculitis con Síndrome Hemofagocítico

Jenny del Carmen Vela Chulde

Firmas

Juan Francisco Fierro Renoy Dr.,

Director de Trabajo de Titulación

Marcelo Alvarez Dr.,

Director del Programa de Oncología Clínica

Gonzalo Mantilla Cabeza de Vaca Dr.,

Decano del Colegio de Ciencias de la Salud

Hugo Burgos Yanez Ph.D

Decano del Colegio de Posgrados

Quito, mayo de 2016

© Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombre del estudiante: Jenny del Carmen Vela Chulde

Código de estudiante: 00107309

C. I.: 1803691854

Lugar y fecha: Quito, mayo de 2016

DEDICATORIA

El presente trabajo va dedicado a mis padres quienes constantemente me han brindado su apoyo, su paciencia y amor incondicional, también se lo dedico a los pacientes con quienes he aprendido la fisiopatología de su enfermedad pero además me enseñaron lecciones de vida, de amor y de lucha permanente para los que han dejado una huella en el corazón de muchas personas con su forma de vivir ante la adversidad.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco sobre todo a Dios que es la fuerza con la que cada día he logrado este objetivo de mi vida, también a mis padres y familiares quienes me sostuvieron en momentos difíciles, sin dejar de lado a mis profesores y compañeros que en este caminar se convirtieron en mi familia .

Varias son las personas que a lo largo de esta senda supieron guiarme con sus enseñanzas o sus consejos, les reconozco el cariño y el creer continuamente en mi desarrollo profesional.

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO DE POSGRADOS

A.- ARTICULOS PUBLICADOS

- Maldonado I., Vela J., Vinueza T., Rodríguez E., Cachimuel M., Vivar C. Cáncer de Pulmón de células no pequeñas avanzado o metastásico y experiencia con el uso de erlotinib como tratamiento de segunda línea en el servicio de Oncología del Hospital Carlos Andrade Marín, años 2010 – 2013. *Revista Cambios*, 2014.13:14-17.
- Salazar G., Vela J. Linfoma subcutáneo de células T tipo paniculitis con Síndrome hemofagocítico. *Revista Metro Ciencia*, 2013.21:73-76.

B.- POSTER

- Vinueza T., Guerrero C., Maldonado I., Vela J. Prevalencia de Cáncer en el Servicio de Oncología del hospital Carlos Andrade Marín en el periodo del 2000 al 2012. Primer concurso de Investigación Clínica en Oncología. Sociedad Ecuatoriana de Oncología, 27 de julio del 2013. Manta, Ecuador.

C.- EXPOSICIONES

- Vela J. Aspiración de cuerpos extraños a nivel de Orofaringe. IV Congreso de Actualización de Conocimientos en Emergencias y Desastres, del 27 al 31 de Agosto del 2012. Quito, Ecuador
- Vela J. Urgencias Oncológicas. Síndrome de Lisis Tumoral. IV Curso de Actualización en Medicina, Enfermería, Nutrición, Salud Publica, Trauma y Emergencias del paciente Adulto y Pediátrico, del 21 al 25 de enero del 2013. Ibarra, Ecuador
- Vela J. El Paciente Paliativo en Urgencias. IV Curso Lineamiento de Gestión y Atención Medica y de Enfermería en Urgencias, del 10 al 15 de Marzo del 2014. Quito, Ecuador.

TABLA DE CONTENIDO

Resúmenes de Trabajos Realizados	10
a) Publicaciones	
Cáncer de Pulmón de células no pequeñas avanzado o metastásico y experiencia con el uso de erlotinib como tratamiento de segunda línea en el servicio de Oncología del Hospital Carlos Andrade Marín, años 2010 – 2013.....	10
Linfoma subcutáneo de células T tipo paniculitis con Síndrome hemofagocítico	11
b) Poster	
Prevalencia de Cáncer en el Servicio de Oncología del hospital Carlos Andrade Marín en el periodo del 2000 al 2012.....	12
c) Exposiciones	
Aspiración de cuerpos extraños a nivel de orofaringe, conferencia en el “IV Congreso de Actualización de Conocimientos en Emergencias y Desastres”	13
Urgencias Oncológicas, Síndrome de Lisis Tumoral, conferencia en el IV Curso de Actualización en Medicina, Enfermería, Nutrición, Salud Pública, Trauma y Emergencias del paciente Adulto y Pediátrico	13
El paciente paliativo en urgencias, conferencia en el IV Curso Lineamiento de Gestión y Atención Médica y de Enfermería en Urgencias.....	14
Justificaciones de Trabajos Realizados	15
a) Publicaciones	
Cáncer de Pulmón de células no pequeñas avanzado o metastásico y experiencia con el uso de erlotinib como tratamiento de segunda línea en el servicio de oncología del Hospital Carlos Andrade Marín, años 2010 – 2013.....	15
Linfoma subcutáneo de células T tipo paniculitis con Síndrome hemofagocítico	17
b) Poster	
Prevalencia de Cáncer en el Servicio de Oncología del hospital Carlos Andrade Marín en el periodo del 2000 al 2012.....	18

c) Exposiciones

Aspiración de cuerpos extraños a nivel de orofaringe, conferencia en el “IV Congreso de Actualización de Conocimientos en Emergencias y Desastres”	20
Urgencias Oncológicas, Síndrome de Lisis Tumoral, conferencia en el IV Curso de Actualización en Medicina, Enfermería, Nutrición, Salud Publica, Trauma y Emergencias del paciente Adulto y Pediátrico	20
El paciente paliativo en urgencias, conferencia en el IV Curso Lineamiento de Gestión y Atención Medica y de Enfermería en Urgencias	21
Respaldos	23
Cáncer de pulmón de células no pequeñas avanzado o metastásico y experiencia con el uso de erlotinib como tratamiento de segunda línea en el servicio de oncología del Hospital Carlos Andrade Marín, años 2010 – 2013.....	23
Linfoma subcutáneo de células T tipo paniculitis con Síndrome hemofagocítico	29
Prevalencia de Cáncer en el Servicio de Oncología del hospital Carlos Andrade Marín en el periodo del 2000 al 2012.....	35
Aspiración de cuerpos extraños a nivel de orofaringe, conferencia en el “IV Congreso de Actualización de Conocimientos en Emergencias y Desastres”,	43
Urgencias Oncológicas, Síndrome de Lisis Tumoral, conferencia en el IV Curso de Actualización en Medicina, Enfermería, Nutrición, Salud Publica, Trauma y Emergencias del paciente Adulto y Pediátrico.....	47
El paciente paliativo en urgencias, conferencia en el IV Curso Lineamiento de Gestión y Atención Medica y de Enfermería en Urgencias.....	52

RESUMENES DE TRABAJOS REALIZADOS

a) Publicaciones

Maldonado I., Vela J., Vinuesa T., Rodríguez E., Cachimuel M., Vivar C. (2014). Cáncer de Pulmón de células no pequeñas avanzado o metastásico y experiencia con el uso de erlotinib como tratamiento de segunda línea en el servicio de Oncología del Hospital Carlos Andrade Marín, años 2010 – 2013. Revista Cambios, 13, 14-17.

Resumen

El cáncer de pulmón (CP) es la principal causa de muerte por cáncer en el mundo, provocando 1,3 millones de muertes al año (el 29% de los fallecimientos por cáncer) Más del 80% de los CP son carcinomas no microcíticos (CPNM) y, dentro de estos, se diferencian varias estirpes histológicas, como el adenocarcinoma (38% de los casos), el carcinoma escamoso o epidermoide y el carcinoma de célula grande, entre otros. Su supervivencia a largo plazo es baja, y oscila entre el 7 y el 15% a los 5 años, Principalmente por que se diagnostican en etapas avanzadas donde el tratamiento quirúrgico no es posible.

En estadios no quirúrgicos se estudian terapias dirigidas o individualizadas que se basan en el reconocimiento de alteraciones moleculares, dichas terapias han mejorado la expectativa de vida.

En el caso de CP se dispone como biomarcador predictivo de respuesta al tratamiento a la mutación EGFR (receptor del factor de crecimiento epidérmico) la cual está presente en alrededor del 30% de los pacientes.

En este estudio el objetivo es reportar los datos epidemiológicos y de seguimiento sobre cáncer de pulmón de células no pequeñas en el Servicio de Oncología del Hospital Carlos

Andrade Marín y la experiencia con el uso de erlotinib como segunda línea de tratamiento durante los años 2010 al 2013.

Salazar G., Vela J. (2013).Linfoma subcutáneo de células T tipo paniculitis con Síndrome hemofagocítico. Revista Metro Ciencia, 21, 73-76.

Resumen

El linfoma subcutáneo de células T tipo paniculitis (SPTCL) es una rara neoplasia cuya presentación clínica, evolución natural y tratamiento no están bien establecidos. El SPTCL proviene de una célula citotóxica T que comúnmente imita la paniculitis. Los pacientes presentan placas subcutáneas o nódulos cuya evaluación demuestra infiltrados celulares de grasa subcutánea, generalmente con preservación de la epidermis suprayacente.

El caso que se reporta durante dos años no se pudo establecer diagnóstico, por lo que cabe remarcar que las biopsias repetidas ante la sospecha de enfermedad maligna son importantes, especialmente en la niñez.

El síndrome hemofagocítico se asocia a linfomas, la mayoría de ellos de células T, infecciones y a enfermedades sistémicas, entre otras entidades.

b) Poster

Vinueza T., Guerrero C., Maldonado I., Vela J. (2013). Prevalencia de Cáncer en el Servicio de Oncología del hospital Carlos Andrade Marín en el periodo del 2000 al 2012. Primer concurso de Investigación Clínica en Oncología, Sociedad Ecuatoriana de Oncología. Manta, Ecuador.

Resumen

El cáncer es una de las principales causas de mortalidad en los países desarrollados y la segunda causa en los países en desarrollo. Según la OMS el número de casos nuevos de cáncer en el mundo aumentara de 11.3 millones en el 2007 a 15.5 millones en 2030.

En los países desarrollados algunos canceres como el de prostata, mama y colo-rectal se asocian con una supervivencia mayor, mientras que en los países menos desarrollados otros tipos de cáncer (hígado, estómago y cáncer de esófago) tienen peor pronóstico.

Este estudio de prevalencia de los canceres más frecuentes en el servicio de oncología del HCAM, desde el año 2000 al 2012, en total 10574, en orden de frecuencia de los 10 primeros canceres fueron: cáncer de mama, gástrico, linfoma no Hodgkin, cáncer de próstata, cáncer de colon y recto, cáncer de cérvix, cáncer de pulmón, tumor del SNC, cáncer de piel y sarcoma de partes blandas.

c) Exposiciones

Vela J. (2012). Aspiración de cuerpos extraños a nivel de Orofaringe. IV Congreso de Actualización de Conocimientos en Emergencias y Desastres. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Colegio de ciencias de la salud de la Universidad San Francisco de Quito. Quito, Ecuador

Resumen

El sistema respiratorio está capacitado única y exclusivamente para aceptar elementos gaseosos. La introducción al mismo de cualquier cuerpo sólido o líquido implica la puesta en funcionamiento de los mecanismos de defensa, siendo la tos el más importante. Cuando se produce la obstrucción de las vías respiratorias (atragantamiento) la sangre de nuestro organismo no recibe el aporte de oxígeno necesario para alimentar los tejidos, lo que implicará la muerte de los mismos. Por lo que es necesario difundir técnicas de auxilio inmediato para evitar desenlaces fatales. Todo el personal de salud debe conocer las diferentes maniobras que pueden ser utilizadas durante la emergencia, por lo que la capacitación permanente a través de conferencias y talleres es relevante.

Vela J. (2013). Urgencias Oncológicas. Síndrome de Lisis Tumoral. IV Curso de Actualización en Medicina, Enfermería, Nutrición, Salud Pública, Trauma y Emergencias del paciente Adulto y Pediátrico, Ministerio de Salud Pública del Ecuador Universidad Técnica del Norte. Ibarra, Ecuador

Resumen

El síndrome de lisis tumoral (SLT) es una complicación potencialmente letal provocada por la liberación masiva de ácidos nucleicos, potasio y fosfato hacia la circulación sistémica. Este

cuadro es el resultado de la lisis celular de neoplasias, con frecuencia hematológicas, las cuales se caracterizan por una rápida capacidad de proliferación y alta sensibilidad a fármacos. Por otra parte, el SLT se puede observar por muerte celular espontánea previo al inicio del tratamiento citoreductor, agravándose luego de iniciada la quimioterapia. El SLT presenta una alta mortalidad. Es una alteración metabólica general que se produce en el contexto de una gran carga de tumor junto con muerte celular masiva. El síndrome de lisis tumoral fue descrito por primera vez por Bedrna y Polcak en 1929 en pacientes con leucemia crónica. El síndrome de lisis tumoral puede ir desde un fenómeno asintomático hasta, en los casos más graves, un fenómeno mortal.

La principal herramienta de manejo es la prevención.

Vela J. (2014). El Paciente Paliativo en Urgencias. IV Curso Lineamiento de Gestión y Atención Médica y de Enfermería en Urgencias, Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Universidad de las Américas, Servicio de Urgencias y Observación del Hospital Carlos Andrade Marín. Quito, Ecuador.

Resumen

El envejecimiento de la población y el creciente número de personas con enfermedades crónico-degenerativas y con cáncer representan un reto importante para los servicios de salud. Muchas de estas personas, al final de su vida, padecen sufrimiento y precisan una atención sanitaria y social que implica a todos los ámbitos asistenciales.

Los cuidados paliativos (CP) tienen el objetivo de aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas o avanzadas con pronóstico de vida limitado, y de sus familiares.

JUSTIFICACION TRABAJOS REALIZADOS

a) Publicaciones

Maldonado I., Vela J., Vinuesa T., Rodríguez E., Cachimuel M., Vivar C. (2014). Cáncer de Pulmón de células no pequeñas avanzado o metastásico y experiencia con el uso de erlotinib como tratamiento de segunda línea en el servicio de Oncología del Hospital Carlos Andrade Marín, años 2010 – 2013. Revista Cambios, 13, 14-17.

Justificación

En los últimos años se están investigando numerosas alteraciones moleculares (mutaciones, amplificaciones génicas), responsables de la supervivencia tumoral, y por tanto, con influencia en el pronóstico vital de los pacientes. Los tratamientos que actúan sobre estas alteraciones son las llamadas terapias dirigidas o individualizadas, que se basan en el reconocimiento de alteraciones clínicas o moleculares comunes útiles en el tratamiento de estadios no quirúrgicos.

Uno de los mediadores más estudiados, por sus implicaciones terapéuticas, es el receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR), que desempeña un papel en el crecimiento, la proliferación y la motilidad celular. Se han desarrollado fármacos inhibidores del EGFR (anti-EGFR), tales como erlotinib y gefitinib, que han demostrado mejorar la supervivencia en pacientes con enfermedad avanzada y recurrencias.

Otra molécula en investigación es el factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF), implicado en el proceso de angiogénesis tumoral. Altos niveles en el tumor o en el suero se han relacionado con estadios avanzados y peor supervivencia. El bevacizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado que actúa mediante la unión y la neutralización del VEGF11.

Recientemente se ha aprobado el uso de un nuevo fármaco en el CPNM, el crizotinib, un inhibidor de la cinasa del linfoma anaplásico (ALK), un oncogén que es positivo en alrededor del 5 al 13% de los pacientes con CPNM, y su inhibición tiene un impacto beneficioso en la supervivencia

Shepherd et al. demostraron que el erlotinib, como agente único, prolongaba la supervivencia en pacientes con CPNM después de quimioterapia (QT) de primera o segunda línea ($p=0,001$). La supervivencia al año mejoró del 21 al 31%, sobre todo en los pacientes que nunca habían fumado.

Este es el primer estudio que confirmó que un anti-EGFR prolonga la supervivencia después de QT de primera o segunda línea, y su uso clínico fue aprobado en Estados Unidos en 2004.

En nuestro estudio se llegó a la conclusión de

- El cáncer de Pulmón de Células pequeñas es una enfermedad frecuente en nuestro medio.
- La mayoría de pacientes con cáncer de pulmón se diagnostican sobre los 60 años de edad y en etapa avanzada o estadio clínico IV
- La variante histológica predominantemente es el adenocarcinoma.
- La prevalencia de la mutación del EGFR en nuestra población es de alrededor del 35%
- La sobrevida global y libre de progresión y libre de progresión en segunda línea de tratamiento con erlotinib en nuestra experiencia es similar a las reportadas en los ensayos clínicos de aprobación del fármaco en estudios multinacionales.
- El uso de inhibidores de tirosina kinasa en nuestra población es factible y constituye una buena opción de tratamiento tras la progresión a la quimioterapia estándar basada en platinos

Los fármacos anti-EGFR, los inhibidores del VEGF y del EML4-ALK mejoran la supervivencia libre de enfermedad en ciertos grupos de pacientes con CPNM avanzado o recurrente, con mejor tolerancia y calidad de vida, y menos efectos secundarios que la QT convencional. Por tanto, el estudio molecular del tejido tumoral es necesario para optimizar el manejo del CP y conseguir futuras mejoras de su pronóstico.

Salazar G., Vela J. (2013).Linfoma subcutáneo de células T tipo paniculitis con Síndrome hemofagocítico. Revista Metro Ciencia, 21, 73-76.

Justificación

El diagnóstico diferencial clínico incluye las lesiones nodulares inflamatorias de las extremidades inferiores como las paniculitis lobulillares, las vasculitis de vaso de tamaño intermedio y los procesos infecciosos. Muchos de los casos descritos de paniculitis histiocítica citofágica y de enfermedad de Weber-Christian probablemente correspondan a esta entidad. La respuesta al tratamiento es en general peor en los adultos con SH por razones no conocidas totalmente

Los objetivos del tratamiento del Síndrome Hemofagocítico es suprimir la hiperinflamación responsable de los síntomas y destruir a las células infectadas presentadoras de antígeno. El linfoma subcutáneo tipo paniculitis es característicamente refractario tanto a la quimioterapia (mitoxantrone, fludarabina y dexametasona) como a la radioterapia. El pronóstico suele ser malo, con una supervivencia media inferior a los 3 años, por lo que la sospecha diagnóstica y la repetir biopsias es un manejo habitual en estas enfermedades.

b) Poster

Vinueza T., Guerrero C., Maldonado I., Vela J. (2013). Prevalencia de Cáncer en el Servicio de Oncología del hospital Carlos Andrade Marín en el periodo del 2000 al 2012. Primer concurso de Investigación Clínica en Oncología, Sociedad Ecuatoriana de Oncología. Manta, Ecuador.

Justificación

El diagnóstico de cáncer, prevención y tratamiento han pasado a ser un importante problema de salud pública, que deberá preocupar a todas las instituciones de salud y ser una política de estado como lo señala el informe mundial de cáncer emitido por la OMS.

“las actuaciones de los gobiernos y de los profesionales sanitarios en el campo de la salud pública pueden frenar el aumento y evitar hasta un tercio de los cánceres si se toman medidas urgente, curar otro tercio, y proporcionarle buena atención paliativa al tercio restante que necesita”

En el servicio de oncología la prevalencia de cáncer ha ido incrementando anualmente, tendencia que ocurre a nivel mundial, por lo que conocer estos datos no permiten reforzar medidas tanto preventivas, de diagnóstico y terapéuticas.

La tendencia en nuestro hospital acerca del cáncer gástrico y el cáncer de colo-rectal han tenido un incremento importante en este periodo de tiempo llegando a triplicarse. Lo cual podría explicarse hasta cierto punto por el incremento del número de afiliados al Seguro Social en el Ecuador.

También el aumento en la incidencia de los casos de cáncer en el Servicio de Oncología se debe a que los médicos especialistas derivan con más frecuencia a los pacientes porque conocen ya de las posibilidades de tratamiento.

El cáncer de mama si bien se ha incrementado en estos 12 últimos años, se ha mantenido en el primer lugar dentro de los 10 cánceres más frecuentes en el HCAM. Esto podría deberse a los estudios de screening que se realizan de forma permanente en los dispensarios y en el hospital mismo.

Es evidente también que el cáncer de próstata y el linfoma no Hodgkin se ha incrementado de forma importante en estos años, pero hay que tomar en cuenta que prevalencia podría ser mayor ya que estos dos tipos de cáncer son manejados por Hematología y Urología respectivamente.

Los diez cánceres más frecuentes encontrados en el periodo del año 2000 al 2012 son: Cáncer de mama, gástrico, LNH, próstata, colon y recto, cérvix, pulmón, SNC, piel y sarcomas.

El estudio realizado demuestra que la prevalencia del cáncer en el servicio de Oncología del HCAM ha ido incrementándose anualmente y el número de casos al año 2012 en relación al año 2000 se ha triplicado.

El conocer la epidemiología de nuestra área de influencia, nos permitirá desarrollar nuevas estrategias diagnósticas y terapéuticas, lo que mejorara el pronóstico del paciente, tanto en sobrevivencia global como en tiempo libre de enfermedad, sin dejar de lado la implementación de equipos sanitarios en cuidados paliativos, los que por ahora están en desarrollo a nivel país.

c) Exposiciones

Vela J. (2012). Aspiración de cuerpos extraños a nivel de Orofaringe. IV Congreso de Actualización de Conocimientos en Emergencias y Desastres. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Colegio de ciencias de la salud de la Universidad San Francisco de Quito. Quito, Ecuador

Justificación

Los cuerpos extraños de vía aérea constituyen una urgencia médica y deben ser extraídos lo antes posible, dadas las complicaciones que pueden producir con el paso del tiempo.

La resolución debe ser rápida y oportuna, en caso de encontrarse cerca del personal de salud especializado se deberá priorizar su accionar, sin embargo esto no es lo habitual, por lo que todas las personas y más aún quienes trabajan en áreas afines a la salud se deben capacitar permanentemente en temas como estos para reaccionar eficazmente.

Vela J. (2013). Urgencias Oncológicas. Síndrome de Lisis Tumoral. IV Curso de Actualización en Medicina, Enfermería, Nutrición, Salud Pública, Trauma y Emergencias del paciente Adulto y Pediátrico, Ministerio de Salud Pública del Ecuador Universidad Técnica del Norte. Ibarra, Ecuador

Justificación

El síndrome de lisis tumoral es una urgencia en el paciente oncológico; se presenta espontáneamente o bien secundario al tratamiento antineoplásico: quimioterapia, radioterapia, tratamiento hormonal, esteroides, inmunoterapia, principalmente en los tumores hematológicos, por ende se consideran como los de alto riesgo; sin embargo, hay que sospechar su posible aparición en pacientes con factores de riesgo intermedio o aún en los de bajo riesgo si en particular se presenta deterioro clínico y bioquímico compatible con

el síndrome, tales como hiperuricemia, hiperfosfatemia, hiperkalemia, e hipocalcemia, junto con falla renal o complicaciones cardiovasculares, neurológicas y metabólicas.

Se necesita un abordaje multidisciplinario ante la presencia del síndrome se deberá actuar inmediatamente para evitar desenlaces fatídicos, por lo que socializar el tema entre el personal de salud es importante para empezar un tratamiento optimo.

Vela J. (2014). El Paciente Paliativo en Urgencias. IV Curso Lineamiento de Gestión y Atención Medica y de Enfermería en Urgencias, Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Universidad de las Américas, Servicio de Urgencias y Observación del Hospital Carlos Andrade Marín. Quito, Ecuador.

Justificación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos (CP) como «el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales». Considera que el equipo sociosanitario debe aproximarse a los enfermos y a sus familiares con el objetivo de responder a sus necesidades, y enumera las siguientes características de los cuidados paliativos:

- Proporcionan el alivio del dolor y de otros síntomas que producen sufrimiento.
- Promocionan la vida y consideran la muerte como un proceso natural.
- No se proponen acelerar el proceso de morir ni retrasarlo.
- Integran los aspectos psicosociales y espirituales en los cuidados del paciente.

- Tienen en cuenta el soporte y los recursos necesarios para ayudar a los pacientes a vivir de la manera más activa posible hasta su muerte.
- Ofrecen apoyo a los familiares y a los allegados durante la enfermedad y el duelo.
- Mejoran la calidad de vida del paciente.
- Se aplican desde las fases tempranas de la enfermedad junto con otras terapias dirigidas a prolongar la vida (como la quimioterapia, radioterapia, etc.).
- Incluyen también las investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas.

Esta concepción de los CP reconoce que las personas con enfermedades distintas al cáncer, que sean irreversibles, progresivas y con una fase terminal, también pueden beneficiarse de su aplicación. Pueden ser, por ejemplo, los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), demencia, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal o hepática avanzadas o enfermedades neurológicas (como ictus, parkinson, esclerosis múltiple o esclerosis lateral amiotrófica, entre otras).

Maldonado I., Vela J., Vinuesa T., Rodríguez E., Cachimuel M., Vivar C. (2014). Cáncer de Pulmón de células no pequeñas avanzado o metastásico y experiencia con el uso de erlotinib como tratamiento de segunda línea en el servicio de Oncología del Hospital Carlos Andrade Marín, años 2010 – 2013. Revista Cambios, 13, 14-17.

Contenido

- PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR VIRUS DE INFLUENZA HUMANO DE ALTO RIESGO (VIRUS H5N1) EN MUJERES DE 34 A 65 AÑOS AFILIADAS AL SEGURO SOCIAL
 Natalia Vivar Díaz, Fernando Layza Vela, Yaira Acosta Silva, Alejandra Ruiz Ruiz, Cecilia Cruz Detarment
- MORTALIDAD DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EPDC EN VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA INGRESADOS A LA TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN EN LOS AÑOS 2011 Y 2012.
 Dr. Jorge Humberto Tapia, Dr. Fernando Jara, Dr. Juan Carlos López
- CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS AVANZADO O METASTÁSICO Y EXPERIENCIA CON EL USO DE BRIGITINI COMO TRATAMIENTO DE SEGUNDA LÍNEA EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN, AÑOS 2010-2013
 Iván Maldonado Nolasco, Jeremy Yala Chacón, Tatiana Vanessa Cayula, Edgar Rodríguez Pando, Mónica Cachoza Elgueta, Cecilia Vivar Díaz
- SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ANESTESIA: COMPLICACIONES EN SALA DE OPERACIONES DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN, Diciembre 2011 - Noviembre 2013 y comparación en el año previo.
 Dra. Gabriela Camacho Mera
- SUGAMMADEX: UN CAMBIO EN LA ANESTESIOLOGÍA
 Dra. Natali Mayra Condado
- USO DE SUGAMMADEX EN EL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN EN EL PERÍODO DE OCTUBRE 2011- DICIEMBRE 2012
 Dra. Ana María López, Dra. Natali Mayra Condado, Dra. Gabriela Camacho Cruz
- MÓDULOS DE DESTETE VENTILATORIO USADOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HICAM
 Dr. Jorge Humberto Tapia, Dr. Juan Carlos López, Dr. Rodrigo Trobat
- ANÁLISIS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN EL ÁREA DE CUIDADOS INTENSIVOS, Hospital "Carlos Andrade Marín" – año 2012
 General García Muroto, Freddy Meléndez Castro, Edson Ramos Trujillo, Freddy Sofía Figueroa
- INCIDENCIA DE CEFALEA POSTURACIÓN DURAL Y ESTUDIO DE COHORTE COMPARATIVO CON LA UTILIZACIÓN DE AGUJAS QUINCKE (TRAUMÁTICAS) 17 VS AGUJAS 15 EN PACIENTES OBSTÉTRICAS EN QUITI
 Dra. Deborah Camacho Mera
- CORRECCIÓN DEL PROLAPSO OBSTETAL CON MALLAS: COMPLICACIONES EN PACIENTES INTERVENIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA, HOSPITAL "CARLOS ANDRADE MARÍN", PERÍODO: ENERO 2011 A DICIEMBRE 2012
 Henry López Andrade, Rafael Bucheli Terán
- VENTAJAS DEL USO DE POLYRESULENO EN MUJERES SOMETIDAS A CONEJACIÓN LEEP POR LESIÓN INTRAEPITELIAL CERVICAL DE ALTO GRADO, EN LA UNIDAD DE COLPOSCOPÍA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN, ENERO 2011- DICIEMBRE 2012
 Dr. Diego Calleso Méndez, Dr. Fernando Moreno Mera, Dra. Gabriela Calderín Sosauro
- IMPLANTACIÓN AMBULATORIA DE DISPOSITIVOS DE ESTIMULACIÓN CARDÍACA
 Dra. Rita Basso Cavalli, Dr. Jorge Luis Arbalaz Basso, Dr. Nelson Amador Arbalaz
- CAPACIDAD DEL CATHETERISMO CARDÍACO PARA DETECTAR LA FRACCIÓN DE INYECCIÓN EFECTIVA EN PACIENTES FREQUENTADORES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA CARDIOTORÁCICA EN EL 2012
 Francisco Calleso Vela, Milva Mercedes Torres, Sergio Pineda Gozque
- CASOS CLÍNICOS
 FIBROSINTECTOMÍA MALIGNA DE PARED TORÁCICA: REPORTE DE UN CASO
 Henry López Andrade, Cecilia Bulabano Chacón
- EFICACIA DE RETROPLAQUEO SUBLINGUAL EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO EN EL ÁREA DE EMERGENCIA
 Dr. Pablo Jiménez Marillo, Dra. Mayra Castro Reyes, Dr. Jorge Vera Almeida, Dra. Judith Rojas
- SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA DEXAMETASONA A DOSES DE 8/160/80 DURANTE EL TRANQUILIZACIÓN PARA REDUCIR EL DOLOR Y EL TIEMPO DE OPERAR EN EL POSTOPERATORIO.
 Dra. María Augusta Aguado Aguado (I), Dr. Javier Adrián Vilalba Egoz (I)
- COMPARACIÓN DE DOS ESTRATEGIAS: LIDOCAÍNA EN COMPRIMIDOS VS DULCE POR VÍA ORAL PARA TRATAR LA GONORRAGIA POST-EXTRACCIÓN
 Dr. Javier Adrián Vilalba Tapia, Dra. María Augusta Aguado Aguado
- PERITONITIS EN EL PROGRAMA AMBULATORIO DE DIÁLISIS PERITONEAL DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN DURANTE EL PERÍODO 2010 AL 2012
 Dr. Washington Osorio, Dr. Oscar Barboza, Leticia Jovita Andrade

Cáncer de pulmón de células no pequeñas avanzado o metastásico y experiencia con el uso de erlotinib como tratamiento de segunda línea en el servicio de oncología del Hospital Carlos Andrade Marín, años 2010-2013

José Maldonado Noboa (1), Jersey Vela Claude (2), Tatiana Vitarco Goyen (3), Edgar Rodríguez Paredes (4), Mónica Guedes de Lugo (5), Georlita Viver Dávila (6)

1. Hospital Carlos Andrade Marín, Universidad San Francisco de Quito – Médico Postgradista 08 de Oncología
2. Hospital Carlos Andrade Marín, Universidad San Francisco de Quito – Médico Postgradista 04 de Oncología
3. Hospital Carlos Andrade Marín – Médico Tratamiento de Oncología
4. Hospital Carlos Andrade Marín – Médico Tratamiento de Oncología
5. Hospital Carlos Andrade Marín – Médico Tratamiento de Oncología
6. Hospital Carlos Andrade Marín – Médica Residente Especialista de Oncología

Correspondencia:

José Maldonado N. – rmnar_eduardo@hotmail.com

Recibido: 20/06/2013

Aceptado: 28/11/2013

RESUMEN

El cáncer de pulmón es el segundo tumor en frecuencia en ambos sexos pero es la primera causa de muerte por cáncer en el mundo. La mayoría de pacientes se diagnostican en fase avanzada de la enfermedad y reciben tratamiento con quimioterapia convencional la cual induce efectos sistémicos y redunda impacta en la calidad de vida. En los últimos 10 años se ha pasado del tratamiento empírico a la terapia dirigida o biotica. En el caso del cáncer de pulmón se dispone como biomarcador predictivo de respuesta al tratamiento a la mutación del EGFR (receptor del factor de crecimiento epidérmico) la cual está presente en alrededor del 30% de los pacientes. Nuevas estrategias clínicas han sido demostradas beneficios en la sobrevida libre de progresión como en la sobrevida global a favor de los inhibidores de tirosina quinasa como erlotinib y gefitinib en segunda línea de tratamiento. El objetivo de este estudio es reportar los datos epidemiológicos y de seguimiento sobre cáncer de pulmón de células no pequeñas en el Servicio de Oncología del Hospital Carlos Andrade Marín y la experiencia con el uso de erlotinib como segunda línea de tratamiento durante los años 2010 al 2013.

Palabras clave: cáncer pulmón, quimioterapia, inhibidores de tirosina quinasa.

SUMMARY

Lung cancer is the second tumor in frequency for both sex, but is well established as the leading cause of cancer death worldwide. Most patients are diagnosed in a advanced stage of disease and treated with conventional chemotherapy providing symptomatic relief with only modest improvement in survival. New data revealed that in the last 10 years empirical treatment was substituted for targeted therapy. Specifically for lung cancer a predictive biomarker for response to treatment is the mutation of the EGFR receptor (epidermal growth factor) which is present in about 30% of patients. Several phase III studies have shown a benefit in progression-free survival and overall survival for tyrosine kinase inhibitors such as erlotinib and gefitinib as second line treatment. The objective of this study is to report the epidemiological monitoring of lung non-small cell cancer in the Oncology Service of Hospital Carlos Andrade Marín and the experience obtained with the use of erlotinib as a second line treatment between 2010 to 2013.

Keywords: lung cancer, chemotherapy, tyrosinekinase inhibitors.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de pulmón es el segundo tumor en frecuencia en ambos sexos pero es la primera causa de muerte por cáncer en el mundo con cerca de 250.000 casos nuevos al año y alrededor de 168.000 fallecimientos en los Estados Unidos (1,2). La mayoría de pacientes se diagnostican en fase avanzada de la enfermedad y reciben tratamiento con terapia paliativa basada en quimioterapia convencional, de cuya supervivencia solo el 15% sobrevive a los 5 años después del diagnóstico (3). La quimioterapia ofrece alivio sintomático y modesta mejoría en la supervivencia con tasas de respuesta cortas y un tiempo promedio a la progresión de 1 a 5 meses (4, 5). En los últimos 10 años, se ha avanzado en el entendimiento de la biología molecular y las vías de señalización de señal que participan en la progresión del cáncer basado en una terapia empírica o un tratamiento individualizado del paciente basado en terapias blancas o dirigidas para lo cual se dispone de biomarcadores específicos con función promotora y protectora. En el cáncer de pulmón uno de los biomarcadores que se utiliza para evaluar el EGFR o receptor del factor de crecimiento epidérmico es la mutación de ciertos nucleótidos en la región de respuesta al ligando con alteraciones relacionadas de cascadas como el *c-kit*, el aumento de mutación para metilación repetida en la *hMLH1* en el cromosoma 3p (6,7) y varios estudios clínicos fase III han demostrado beneficio en la supervivencia libre de progresión versus en la supervivencia global sobre placebo (8,9) y no inferioridad respecto a toxicidad con dosis más altas en subgrupos como mujeres, histología adenocarcinoma, pacientes no fumadores y asiáticos a base de los inhibidores de tirosina quinasa como gefitinib y erlotinib (10,11,12,13,14,15). Este artículo revisa y compara los datos más actuales de mutación de células no pequeñas en el cáncer de pulmón (Cáncer Anatómico Bruto) y su importancia con el uso de inhibidores dirigidos de tratamiento.

DISEÑO METODOLÓGICO

Este es un estudio de análisis descriptivo, retrospectivo y con análisis de supervivencia.

Obtuvimos la información, los datos de los historiales clínicos de 151 pacientes mediante el sistema ASAP de Servicio de Oncología Clínica del Hospital Carlos Andrade María, entre mayo de 2011 y mayo de 2013, usando como criterios de inclusión pacientes adultos con diagnóstico de cáncer de pulmón de células no pequeñas, estadio III y IV que habían progresado por lo menos a alguna línea de quimioterapia sistémica, hecho de diagnóstico (antes de Kasovity) mayor al 70%. Se realizó para el análisis descriptivo a los pacientes con y sin mutación del EGFR que recibieron con tratamiento de respuesta libre el inhibidor de tirosina quinasa orales.

Realizamos un análisis estadístico descriptivo para analizar las variables clínicas más relevantes de los pacientes con la intención de conocer su distribución y particularidades. Se analizó de forma independiente al subgrupo de pacientes con mutación del EGFR, quienes recibieron además su segunda línea de tratamiento para evaluar el análisis de supervivencia en base al tiempo transcurrido entre el momento del diagnóstico de cáncer de pulmón y la ocurrencia de progresión o muerte. El análisis utilizó la Técnica de Kaplan-Meier utilizando el método estadístico SPSS. La prueba de Log Rank nos evaluó la diferencia entre las curvas de supervivencia.

RESULTADOS

En total recibí al diagnóstico fue 66 años con promedio del sexo masculino, se encontró que los 70% de nuestros pacientes se presentaban en etapa avanzada (estadio IV) de la enfermedad, que la histología histológica predominantemente es el adenocarcinoma que abarca un 50% y que los pacientes no fumadores son mayoría con el 57% del total, mencionando las posturas habituales de presentación de esta oncología a nivel mundial (Tabla 1). El uso de tratamiento de EGFR se realizó en 45 pacientes correspondiendo un 30% de mutaciones positivas (en pacientes, similar a las grandes series (Figura 1). Un 50% de pacientes (10 pacientes) tuvo su tratamiento en primera línea con

terapias orales de segunda línea el 50% (8 pacientes) continuó recibiendo el tratamiento (Figura 2), alcanzando una supervivencia global de 20 meses (Figura 3) y una supervivencia libre de progresión de 18 meses (Figura 3).

Tabla 1. Perfil epidemiológico y estadío clínico de la población estudiada.

Parámetro por Análisis de Pacientes May 2011-May 2013		Nº	%
Mutación EGFR (n=151)	Positiva	45	30%
	Negativa	106	70%
Estadio clínico (n=151)	II	9	6%
	III	7	5%
	IV	135	90%
	IV	1	1%
	IV	1	1%
	IV	1	1%
Histología (n=151)	Adenocarcinoma	76	50%
	Escamoso	74	49%
	Adenoescamoso	1	1%
Fumador (n=151)	Si	67	45%
	No	84	55%

MUTACIÓN EGFR



Figura 1. Mutación del EGFR en 151 pacientes que corresponden al 30%.

Los primeros líneas de quimioterapia que recibieron los pacientes antes de erlotinib.

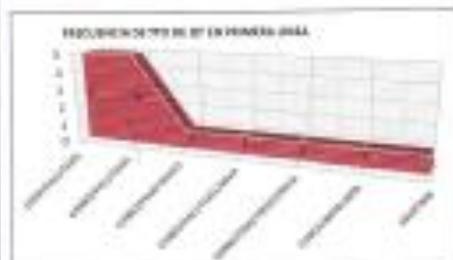


Figura 2. Probabilidad en primera línea de quimioterapia sistémica por tipo de mutación.

Se encuentran con una mutación de erlotinib 8 de los 15 pacientes que recibieron el inhibidor.

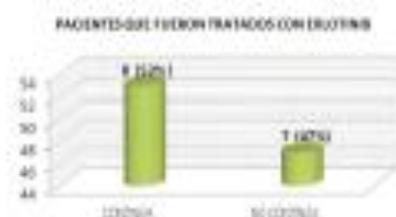


Figura 3. El 51% de los pacientes se encuentran con un diagnóstico.

La media de supervivencia global con erlotinib en segunda línea para el cáncer de pulmón de células no pequeñas avanzado o metastásico fue de 30 meses.

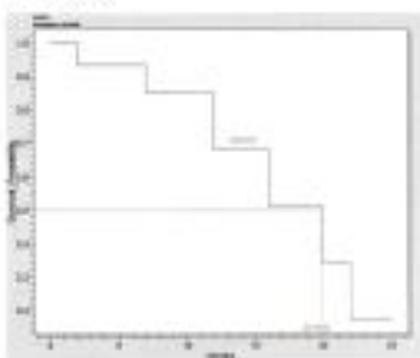


Figura 4. Tiempo supervivencia global-erlotinib

La media de tiempo libre de progresión con erlotinib en segunda línea para el cáncer de pulmón de células no pequeñas avanzado o metastásico fue de 16 meses.

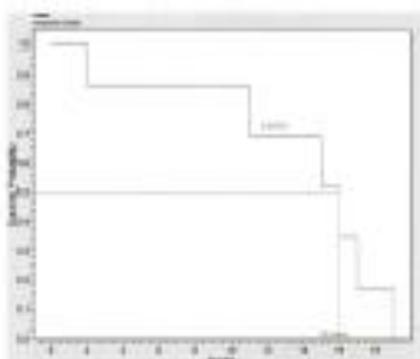


Figura 5. Tiempo libre de progresión-erlotinib

DISCUSIÓN

El cáncer de pulmón estadio clínico II avanzado e metastásico se mantiene ocupando la mayoría de los casos diagnosticados cada año en el mundo pero su tratamiento ha variado considerablemente en la última década con el advenimiento del las terapias dirigidas y los inmunomoduladores, varios estudios confirman el beneficio tanto

en supervivencia libre de progresión como en supervivencia global de fármacos como el erlotinib y gefitinib en segunda línea de tratamiento comparado con placebo y la no inferioridad comparado con quimioterapia estándar, sin embargo la mayoría de estos datos son extrapolados para su aplicación clínica de estudios europeos o norte americanos y no se conocen su validez en áreas y regiones de salud en otras poblaciones como la nuestra latinoamericana que por su propia idiosincrasia puede diferir en comportamiento y tasa de respuesta, nuestro estudio concuerda con los grandes series mundiales en la distribución de los pacientes por estado, histología y porcentaje de mutaciones del EGFR. Nos demuestra también que la quimioterapia de primera línea está mejorada aún por un duplo que contiene platino, lo que debe llevarnos a estandarizar el estado del EGFR a todos los casos de adenocarcinoma avanzado que lleguen a nuestro servicio y a valorar las opciones de qué medicamento en primera línea de tratamiento de esta enfermedad. Cabe señalar que los resultados de la media de supervivencia global fueron de 30 meses, la supervivencia libre de enfermedad de 16 meses, datos que similares cuando se utiliza una medicación en primera o segunda línea de tratamiento por lo que se requieren resultados bastante positivos a los ya reportados por nosotros en esta serie.

CONCLUSIONES

- El cáncer de pulmón de células no pequeñas es una enfermedad frecuente en nuestro medio.
- La mayoría de pacientes con cáncer de pulmón se diagnostican antes los 60 años de edad y en etapa avanzada o estadio clínico IV.
- La variante histológica predominante es el adenocarcinoma.
- La prevalencia de la mutación del EGFR en nuestra población es de alrededor del 51%.
- La supervivencia global y libre de progresión en segunda línea de tratamiento con erlotinib en nuestra experiencia es similar a la reportada en los ensayos clínicos de aprobación del fármaco en estudios multicéntricos.
- El uso de inhibidores de tirosina kinasa en nuestra población es factible y constituye una buena opción de tratamiento tras la progresión a la quimioterapia estándar basada en platino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Siegel R, Amin M, Zaucha J, Ahluwalia D. Cancer Statistics, 2014. *Cx Cancer J Clin*, 2014; 64:9-29
2. Havelka N, Nanni A, Knapik M. SEER Cancer statistics review, 1975-2009 based on November 2011 SEER data submission. Bethesda, MD: National cancer institute; 2012. Disponible en: http://seer.cancer.gov/seer1975_2009.pdf
3. Fossé F, D'Amico G. Targeted therapy for non-small-cell lung cancer: past, present and future. *Expert Rev Anticancer Ther* 2011; 11(8):745-59
4. Erlotinib D. The Years of Progress in Non-Small Cell Lung Cancer. *J Natl Compr Care Netw*, 2012; 10:282-295
5. Alberg AJ, Fine A, Nason JM. Epidemiology of lung cancer: ACCP evidence-based clinical practice guidelines (2nd edition). *Chest*, 2007; 132:295-335
6. Zhu CQ, de Castro Junior G, Ding K, et al. Role of ERAS and EGFR as biomarkers of response to erlotinib in Non-small Cell Lung Cancer of Canada Clinical Trials Group Study BR.21. *J Clin Oncol*, 2008; 26:4269-75
7. Brigger W, Thaler N, Hirsiger-Mascherke M, et al. Prospective molecular marker analysis of EGFR and KRAS from a randomized, placebo-controlled study of erlotinib maintenance therapy in advanced non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol*, 2011; 29:4113-20
8. Eberhard D, Johnson B, Archer L, Goddard A, Yellens S, et al. Mutations in the epidermal growth factor receptor and in KRAS are predictive and prognostic indicators in patients with non-small-cell lung cancer treated with chemotherapy alone and in combination with erlotinib. *J Clin Oncol*, 2005; 23:5804-9
9. Boyland PA, Rodriguez-Perez J, Chalmers T, Tan S, Hirst V, et al. Erlotinib in previously treated non-small-cell lung cancer. *N*

10. Thatcher N, Chang A, Parikh P, Rodríguez Peris J, Clackson T, y col. Gefitinib plus best supportive care in previously treated patients with refractory advanced non-small-cell lung cancer: results from a randomized, placebo-controlled, multicentre study (Iressa Survival Evaluation in Lung Cancer). *The Lancet*, 2005; 366:1527-37.
11. Dechoux JB, Shepherd FA, Hata Y, Mok T, Kozaki M, y col. Molecular prediction of outcome with gefitinib and docetaxel in previously treated non-small-cell lung cancer: data from the randomized phase III INTEREST trial. *J Clin Oncol*, 2018; 36:744-52.
12. Fukuda M, Wu YL, Thongprasert S, Sapsawatwong R, Lung SS, y col. Biomarker Analysis and Final Overall Survival Results from a phase III, randomized, open-label, first-line study of gefitinib versus suboptimal/paucitaxel in initially selected patients with advanced non-small-cell lung cancer in Asia (IPASS). *J Clin Oncol*, 2011; 29(21):2886-94.
13. Garzotto MC, Mariani D, Brigati M, Faina G, Verzoni S, y col. Erlotinib versus docetaxel as second-line treatment of patients with advanced non-small-cell lung cancer and wild-type EGFR tumours (TAILOR): a randomized controlled trial. *The Lancet Oncology*, 2011; 12:990-8.
14. Cappuzzo F, Ciuleanu T, Schenck L, Ciornia S, Storti S, y col. Erlotinib as maintenance treatment in advanced non-small-cell lung cancer: a multicentre, randomized, placebo-controlled phase 3 study. *Lancet Oncol*, 2010; 11:521-29.
15. Hata Y, Shepherd FA, Fossella FM, Pereira J, Demichis F, y col. Randomized phase III trial of paclitaxel versus docetaxel in patients with non-small-cell lung cancer previously treated with chemotherapy. *J Clin Oncol*, 2004; 22:1189-97.
16. Shepherd FA, Danczy J, Ramlos R, Merson K, Griffin F, y col. Preoperative randomised trial of docetaxel versus best supportive care in patients with non-small-cell lung cancer previously treated with platinum-based chemotherapy. *J Clin Oncol*, 2006; 24:2095-103.
17. Apšinar A, Vilić I, Štefanić A. Clinical Outcomes and Prognostic Factors Associated with the Response to Erlotinib in non-Small-Cell Lung Cancer Patients with Unknown EGFR Mutational Status. *Asian Pac J Cancer Prev*, 2013.
18. Kuzniak Z, Kozłowski DM, Krawczyk KW, Szczygiel M, Wili R, y col. Predictive and prognostic factors in second- and third-line erlotinib in NSCLC patients with unknown status of the EGFR gene. *Oncol Rep*, 2011.
19. Wu YL, Lee JS, Thongprasert S, Ya CJ, Zhang L, y col. Intracranial combination of chemotherapy and erlotinib for patients with advanced stage non-small-cell lung cancer (NACTACT): a randomized double-blind trial. *Lancet Oncol*, 2013.
20. Shepherd FA. Lung Cancer in 2013. *Am Soc Clin Oncol Edu Book*, 2013.
21. Chou YH. Update of epidermal growth factor receptor-tyrosine kinase inhibitors in non-small-cell lung cancer. *J Clin Med Assoc*, 2013.

Salazar G., Vela J. (2013).Linfoma subcutáneo de células T tipo paniculitis con Síndrome hemofagocítico. *Revista Metro Ciencia*, 21, 73-76.

Contenido

Volumen 21 • No. 2 • Julio de 2013

Artículos originales / Original articles

- Asociación de variantes genéticas en receptores de membrana relacionados con respuesta inmunitaria a infección por *Helicobacter pylori* en individuos ecuatorianos 43
 Dr. Augusto Valverde-Arteaga, Dr. Bernardo Castro, Dr. Andrés López-Correa, Dra. María José Muñoz, Dra. Paola E. Jarama, Dra. María Fernanda González-Rodríguez, Dr. César Parry-Mills
- Comprensión de dos sucesos venenos para el implante de dispositivos de estimulación cardíaca 50
 Dra. Verónica Escobedo, Dr. Wilson Moreno, Dra. Rita Barona
- Manejo de fractura del maléolo posterior: Técnica quirúrgica 55
 Dr. Carlos José de la Cruz, Dr. Rodrigo Paredes-Rivera

Casos clínicos / Clinical cases

- Choque cardiogénico por lesión de tronco coronario izquierdo tratado con cirugía de revascularización: ¿Cuál es el límite: 70 - 80 - 90 días? 61
 Dr. Santiago Zaldívar A., Dr. David Rodríguez L., Dr. Francisco Ibáñez F., Dr. Christian Flores B., Dr. Gerardo Chiriboga B.
- Colitis por citomegalovirus en el paciente con VIH 64
 Dr. Felipe Mazaola-Morales, Dr. Giovanni Ariza, Dra. Francisca Moreno
- Divertículo de Meckel como causa de sangrado digestivo en el adulto. Reporte de un caso 69
 Dra. Rosa Llanusa C., Dr. David Rodríguez L., Dr. Miguel Rosas, Dra. Ana García
- Linfoma vacuoloso de células T tipo pericelular con síndrome hematológico 73
 Dra. Guara Salazar Rojas, Dra. Jenny Vela
- Tumores múltiples de ovario. Resolución laparoscópica. Reporte de caso y análisis de la literatura 77
 Dra. Andrea Mazaola F., Dra. Jazmín Rojas F., Dr. Roger García A.

Temas de actualidad / Current topics

- Manejo de la inestabilidad pueral mediante reconstrucción del ligamento puelo-lumbar medial: indicaciones, técnica quirúrgica y reporte de 31 casos en el periodo 2006-2013 82
 Dr. Sebastián Vargas, Dr. Germán Urquiza, Dr. Pablo Barona

Presentación de imagen clínica / Clinical image

- Sublevisas de las aletas estriadas a la descripción de Kommerell 86
 Dr. Juan Carlos O., Dra. Alejandra Moreno B.

Información para los autores / Information for authors

- Gestión y políticas de publicación de la revista
 Instrucciones para la presentación de trabajos

Año 1
 Años II, III y IV

Caso clínico / Clinical case

Linfoma subcutáneo de células T tipo panículoitis con síndrome hemofagocítico

Dra. Grace Salazar Vega¹, Dra. Jenny Vela²

¹Unión Médica El Porvenir de Acapulco, CAPA, AC, México
²Unión Médica El Porvenir de Acapulco, CAPA, AC, México

Recibido: 17 de mayo; Aceptado: 28 de mayo

Resumen:

El linfoma subcutáneo de células T tipo panículoitis (SPTCL) es una rara neoplasia cuyo presentación clínica, evolución natural y tratamiento siguen bien establecidos. El SPTCL proviene de una célula efectora T que comúnmente evolva a la panículoitis. Los pacientes presentan placas subcutáneas e nodulos cuyo evaluación demuestra infiltrados celulares de gran atipicidad, generalmente con preservación de la epidermis superpuesta.

Presentamos un interesante caso que requirió el diagnóstico durante los años, y resalta la importancia de realizar biopsias repetidas ante la sospecha de enfermedad maligna, especialmente en la niños.

Palabras clave: linfoma, sínd, panículoitis.**Abstract:**

The T-cell lymphoma subcutaneous panniculitis is a rare neoplasm whose clinical presentation, natural history, and treatment are not well established.

The SPTCL is derived from a cytotoxic T cell whose commonly paniculitis. Patients usually present with plaques or subcutaneous nodules, whose evaluation demonstrates cellular infiltrates subcutaneous fat, generally with preserving the overlying epidermis.

We present a major case that require diagnosis for two years and highlights the importance of repeated biopsies of suspected malignant disease, especially in children.

Key words: lymphoma, childhood, panniculitis.**INTRODUCCIÓN**

El linfoma subcutáneo de células T tipo panículoitis (SPTCL) es un sínd en inglés se clasifica dentro de un grupo heterogéneo de neoplasias, generalmente agresivas, que constituyen menos del 1% de todos los linfomas no Hodgkin en adultos¹.

Desde su descripción, la definición del SPTCL ha estado bajo revisión. El diagnóstico de SPTCL se restringe a los linfomas primarios de células T que expresan receptores alfa-beta T. Aparentemente, tiene mucha mejor pronóstico que otros linfomas histológicamente similares que expresan receptores de células T gamma-delta².

La incidencia exacta y variación de su incidencia geográfica no está bien establecida. Constituye 1% de los linfomas no

Hodgkin. La edad media de presentación es de 56 años, con aproximadamente 20% de pacientes menores de 20 años. Predomina en el sexo femenino^{3,4}.

CASO CLÍNICO

Paciente de 12 años de edad, instrucción primaria, primario de cuatro hijos, con historia de 2 años de lesiones papulares eritematosas en el rostro y extremos faciales, episodios recurrentes de asma alérgica y angioedema. El cuadro se intensifica en agosto de 2012, presentando aumento del edema facial, eritema de párpalos y placas violáceas en la cara y en las extremidades, y se acompaña de náusea, vómito, dolor abdominal, alta fiebre de predominio nocturno y descenso no cuantificado de peso.

Examen físico de ingreso: regulares condiciones nutricionales, febril, taquicárdico, hicciso central, edema párpalos bilaterales, en párpalo izquierdo lesiones papulares, orientadas de 0.5 cm. Inagrupación jugular bilateral a 30°, endoplejemia

Correspondencia: Dra. Grace Salazar V.
 E-mail: gsalazar@unimed.com

normal; síndrome distendido; red venosa cutánea; ombligo prominente; hepatomegalia no dolorosa de bordes regulares a 14 cm bajo rebordo costal; esplenomegalia a 16 cm debajo de rebordo costal, no dolorosa; ruidos hidroacústicos presentes; región inguinal izquierda; adenopatía cervi; hinchazón dolorosa; mano derecha: lesión ulcerada de bordes regulares y fondo costoso, de 2,5 x 1 cm y otra lesión de 3 cm papulonecrotística violácea; mano izquierda: 2 lesiones antraxomatosas papulares violáceas diamétricas de bordes regulares de 3 cm de diámetro, adenositis.

Exámenes de laboratorio: leucopenia sin neutropenia, anemia normocítica normocromática, counts de sedimentación 45%, hipertrigliceridemia espesa de la fibrina directa, fosfata alcalina 1.247 mg/dl, gamma-GT 289 mg/dl, hipocolesterolemia, hipotrigliceridemia, creatinina 0.2 mg/dl, VBE negativo, coagulograma negativo, toxoplasma negativo, ANA, ANCA y complementos normales.

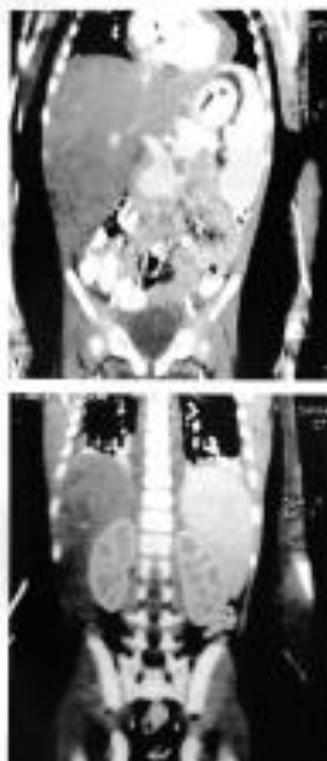


Figura A. Tomografía de tórax, abdomen y pelvis contrastada: Aneurisma aórtico agudo. Corteza del Servicio de Imagenología del Hospital Carlos Andrés Bello.

La biopsia cutánea de lesión ulcerada de mano derecha define linfoma subcutáneo de células T clonales tipo perivascular. CD20: negativo, CD3: positivo en 90% de linfocitos, CD 56: negativo, CD4: positivo en 50% de linfocitos, CD8: positivo en 20% de linfocitos, granzima b positivo en 80% de linfocitos, CD 59: negativo.

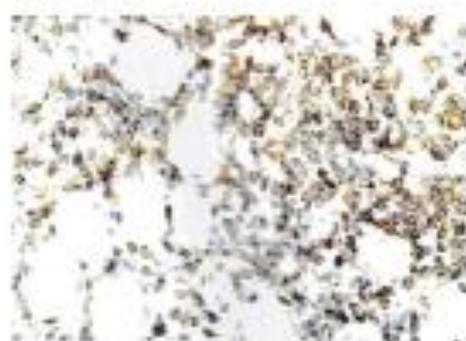


Figura B. Estudio histopatológico (biopsia de piel de una lesión ulcerada del miembro inferior izquierdo) CD3 positivo en 90% de linfocitos malignos. Corteza del Dr. Nicolás Vivas, Servicio de Patología del Hospital Carlos Andrés Bello.

Una vez diagnosticado, se inició tratamiento con esquema CHOP; recibe 4 ciclos, manteniéndose como respuesta parcial; se evidencian lesiones en tórax distal, perna derecha, con necrosis de aproximadamente 6 cm de diámetro, de fondo necrótica, base antraxomata, no dolorosa. Una de las lesiones evidencia infección, a partir de la cual se desarrolla sepsis de pata blanda, a pesar del inicio de antibioterapia de amplio espectro. Es un paciente con dismetabolismo severo; se espera regular evolución; desarrolla shock séptico sin respuesta a las medidas correctas y fallece.

DISCUSIÓN

La paraneoplasia es una enfermedad relativamente rara que usualmente se presenta con nódulos inflamatorios o placas. Existe una amplia variedad de subtipos, que incluyen aquellos relacionados con infecciones, inflamaciones, enfermedades de depósito, vasculitis y malignidad, como es el caso del paciente expuesto en el presente artículo.

El diagnóstico de linfoma de células T tipo paraneoplasia suele ser un desafío, pues típicamente los pacientes presentan nódulos inflamatorios o placas en los miembros, el tórax o la cara y pueden tener síntomas B acompañantes.

Es inusual que ocurra linfoma fuera del tejido subcutáneo; los síntomas B y anomalías de la médula ósea se reportan en un 60 y 20-30%, respectivamente.

El síndrome hemofagocítico o mazzotti es una complicación fatal, que se presenta con fiebre alta, exantema maculopapular,

falta térmica, atonías del sistema nervioso central, hepatomegalia, leishmaniasis, ceguera, congolopata, prurito anormal de fascia hipocálica o fémora excesivamente elevados.

La biopsia de la piel demuestra un infiltrado subcutáneo de linfocitos atípicos que envuelven lástas grasas y, a menudo, un patrón septal disminuido bajo la dermis y la epidermis. Las células neoplásicas a menudo rodean a las células grasas y pueden invadir la dermis profunda, atravesar las glándulas sudoríparas y/o los folículos pilosos. Son lesiones plasmocitiformes conformadas por células de tamaño pequeño a mediano más unas pocas células grandes T que contienen núcleos hipercondensados.

Los tumores SPTCL típicamente se caracterizan por presentar CD3, CD8, receptor de células T alfa/beta, pero son negativos para CD4 y CD56. Existe expresión fuerte de las proteínas para gránulos citotóxicos granada B, antígeno intracelular de células T y perforina²². La expresión de CD3, CD5 y/o CD7 se encuentran ausentes en 10, 50 y 44% de casos, respectivamente²³.

En técnicas de diagnóstico diferencial, la paraneoplasia benigna usualmente tiene agregados de células CD20 negativas mezclados con células CD3 negativas que son CD4 y CD8 negativas. Como fondo, en el SPTCL, se puede identificar células CD20 positivas benignas^{24,25}.

En el aspecto gráfico, se aprecian marcajes del receptor de células T clonales²⁶. Por hibridación *in situ*, la codificación para AEN de Epstein Barr es negativa. No se describen anomalías citogenéticas específicas²⁷.

El diagnóstico de SPTCL se realiza mediante una biopsia de piel profunda que incluye tejido celular subcutáneo, y se sustentan en la constatación de hallazgos patológicos e inmunofenotípicos descritos anteriormente, en el contexto de un cuadro clínico característico.

El diagnóstico diferencial de SPTCL comprende lesiones benignas y malignas que demuestran infiltración de la grasa subcutánea con linfocitos, incluyendo al linfoma cutáneo primario de células T gamma/delta, linfoma cutáneo de células NK/T, linfoma primario cutáneo anaplásico de células grandes, micosis fungoide, neoplasia blástica de células dendríticas plasmocitoides y paraneoplasia²⁸.

Los pacientes con la variante alfa/beta tienen enfermedad más indolente confinada al subcutis y es menos probable el síndrome hemofagocítico; su pronóstico es más favorable con un rango de supervivencia global a 7 años de 87% (92% en ausencia de HPS). Algunos de estos pacientes pueden manejarse como linfomas indolentes cutáneos de células T²⁹.

Los pacientes con la variante gamma/delta, clasificado como linfoma cutáneo primario de células gamma delta, según clasificación de la OMS del 2008, es más probable que presente el síndrome hemofagocítico. El rango de supervivencia

global a los 7 años es de 51%. El tratamiento de estos pacientes es la quimioterapia con antraciclinas, y se debe considerar la consideración con trasplante autólogo o alogénico si se logra la remisión^{30,31}.

En conclusión, el linfoma subcutáneo de células T tipo gamma/delta es una neoplasia que ocurre con mayor incidencia en menores de 30 años. Sus manifestaciones clínicas son crónicas, y su características histopatológicas son típicas; es de gran importancia el apoyo con inmunohistoquímica para el diagnóstico diferencial.

El pronóstico está claramente ligado a la presencia o no de síndrome hemofagocítico, tal y como se pudo identificar en el paciente presentado, es el que se identificó este síndrome y, a pesar del tratamiento indicado, falló a causa de una infección subsecuente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y FUENTES DE INFORMACIÓN

- González CL, Medeiros LJ, Brantel RM, Jaffe ES. T-cell lymphoma involving subcutaneous tissue. A clinicopathologic entity commonly associated with hemophagocytic syndrome. *Am J Surg Pathol* 1995;15:17.
- Swerdlow SH, Campo E, Harris NL, et al (eds). *World Health Organization Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues*. IARC Press, Lyon, 2008.
- Willemze R, Jansen PM, Cerroni L, et al. Subcutaneous panniculitis-like T-cell lymphoma: definition, classification, and prognostic factors: an EORTC Cutaneous Lymphoma Group Study of 85 cases. *Blood* 2008;111:838.
- Burg G, Kempf W. Etiology WHO-EORTC classification of cutaneous lymphomas 2005: histological and molecular aspects. *J Cutan Pathol* 2005;32:647-674.
- Gallardo E, Pujol RM. Subcutaneous panniculitis-like T-cell lymphoma and other primary cutaneous lymphomas with prominent subcutaneous tissue involvement. *Dermatol Clin* 2008;26:529.
- Arici M, Janka G, Fischer A, et al. Hemophagocytic lymphohistiocytosis. Report of 122 children from the International Registry. THE Study Group of the Histocyte Society. *Leukemia* 1996;10:197.
- Parsons Z, Thompson K. Subcutaneous panniculitis-like T-cell lymphoma: redefinition of diagnostic criteria in the newer World Health Organization-European Organization for Research and Treatment of Cancer Classification for Cutaneous Lymphomas. *Arch Pathol Lab Med* 2009;133:303.
- Wernig B, Christian K. Subcutaneous panniculitis-like T-Cell lymphoma: An elusive case presenting as liponecrotic panniculitis and a review of 72 cases in the literature. *American Journal of Dermatopathology* 2004;28(3):206-213.
- Gu B, Wester S. Hemophagocytic and molecular features, clinical outcomes, treatments, and prognosis

- lyomas associated with subcutaneous panniculitis-like T-cell lymphoma. *American Cancer Society* 2006;100:1401-1413.
10. Bakhshi S, Das P, Pari K, Singhal M, Ramesh M, Sharma A, Iyer VK, Gupta SD. Subcutaneous panniculitis-like T-cell lymphoma: A clinicopathologic study of 5 cases. *Indian J Pathol Microbiol* 2011;54:318-22.
 11. Bagheri F, Corvellec K. An illustrative case of subcutaneous panniculitis-like T-cell lymphoma. *Journal of Skin Cancer* 2011;2011:824828.
 12. Kong Yun-yi, Dai Bo. Subcutaneous panniculitis-like T-cell lymphoma. A clinicopathologic, immunophenotypic, and molecular study of 22 Asian cases according to WHO-EORTC classification. *Am J Surg Pathol* 2008;32:1495-1502.
 13. Sillman KE, Macos WB, Choi JK, et al. Subcutaneous panniculitis-like T-cell lymphoma: clinicopathologic, immunophenotypic, and genotypic analysis of alpha/beta and gamma/delta subtypes. *Am J Surg Pathol* 1998;22:881.
 14. Hamada S, Burghart E. Clinicopathological characterization and genomic aberrations in subcutaneous panniculitis-like T-cell Lymphoma. *Journal of Investigative Dermatology* 2005; 125:2304-2308.
 15. Schmitz N, Trümpfer L. Treatment and prognosis of mature T-cell and NK-cell lymphoma: analysis of patients with T-cell lymphoma treated in studies of the German high-grade non-Hodgkin lymphoma study group. 2010;116: 3418-3425.
 16. El-Malloumy NK, Frazer JK. Polyclonal T- and NK-cell lymphoma: new biologic insights and treatment strategies. *Blood Cancer Journal* 2012; 03:008.

Vinueza T., Guerrero C., Maldonado I., Vela J. (2013). Prevalencia de Cáncer en el Servicio de Oncología del hospital Carlos Andrade Marín en el periodo del 2000 al 2012. Primer concurso de Investigación Clínica en Oncología, Sociedad Ecuatoriana de Oncología. Manta, Ecuador.



24.07.2016 (Julio de 2016)

CERTIFICADO

La Sociedad Española de Oncología participa en presentando certificado a:

Dra. Tatiana Vinuesa (Autor Principal)

Dra. Carolina Guerrero, Dr. Juan Maldonado, Dra. Jenny Velaz,
Dr. Edgar Rodríguez, Dra. Cecilia Vivar (Coautoras)

Por su participación en el primer congreso de investigación clínica en oncología en el
TEMA: PREVENCIÓN DEL CÁNCER EN EL SERVIDOR DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL CARLOS ARRASTI MARIÁ
EN EL PERÍODO DEL 2010 AL 2012

Dr. Carlos Arriaga
PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE ONCOLOGÍA

Dr. Edgar Vivar
SECRETARIO SOCIOS
COMISIONADO DE ONCOLOGÍA

**PREVALENCIA DEL CÁNCER EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA
DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN
EN EL PERÍODO DEL 2000 AL 2012**
**Dra Tatiana Vinueza 1, Dra. Carola Guerrero2, Dr. Ivan Maldonado3,
Dra. Jenny Vela4, Dr. Edgar Rodriguez5, Dra Cecilia Vivar6**

1 HCAM, Médico Tratante, 2 HCAM, Médico Tratante 3USFQ, Médico Postgradista B4 de Oncología ,
4HCAM, USFQ, Médico Postgradista B3 de Oncología. 5HCAM, Médico Tratante, 6 HCAM, Médico Asistencial

OBJETIVO:

Determinar los diez cánceres más frecuentes en los últimos 12 años en el Servicio de Oncología del Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM) como casos de primera vez.

INTRODUCCIÓN:

El cáncer es la principal causa de mortalidad en los países desarrollados y la segunda causa en los países en desarrollo.¹

Según la OMS el número de casos nuevos de cáncer en el mundo aumentará de 11,3 millones en el 2007 a 15,5 millones en 2030.⁷⁻¹¹

Anualmente se diagnostican alrededor de 12.4 millones de nuevos casos de cáncer en el mundo.

12,400,000	Al año
1,033,333	Al mes
34,444	Al día
1,435	Cada hora
24	Cada minuto

Tabla 1: GLOBOCAN 2008: Número de casos nuevos de cáncer a nivel mundial por año.

En los países desarrollados algunos cánceres tales como el cáncer de próstata, mama y colo-rectal se asocian con una supervivencia mayor, mientras que en los países menos desarrollados otros tipos de cáncer (hígado, estómago y cáncer de esófago) tienen peor pronóstico. 1-2 Grafico 1.

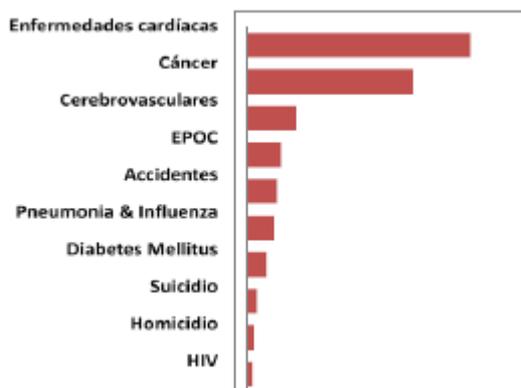


Grafico 1: OMS: Principales causas de mortalidad en todo el mundo

En el Ecuador ocupa la segunda causa de muerte y según el registro nacional de tumores (RNT) entre 1985 y el 2002 se diagnosticaron 65.582 casos nuevos de cáncer.

De acuerdo a los datos del INEC-2010 distintos tipos de cáncer ocupan varios lugares dentro de las 25 enfermedades mortales del país.

En el Servicio de Oncología del HCAM se atendieron como casos de primera vez 22.997 desde el año 1976 hasta el 2012.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Es un estudio de prevalencia de los cánceres más frecuentes en el Servicio de Oncología del HCAM desde el año 2000 al 2012.

Se introdujo la información en la base de datos Excel, solamente se incluyó a los casos de primera vez según tipo de cáncer y el año en que fueron diagnosticados.

RESULTADOS:

Luego del análisis realizado se evidencia un incremento importante en el número de casos de primera vez por año. Es así que, en el año 2000 fueron valorados en total 387 pacientes y para 2012 se atendieron 1.551 como casos nuevos. Tabla 2.

ANO	NUMERO DE CASOS NUEVOS
2000	387
2001	427
2002	369
2003	463
2004	673
2005	668
2006	666
2007	805
2008	935
2009	1050
2010	1268
2011	1312
2012	1551
Total	10.574

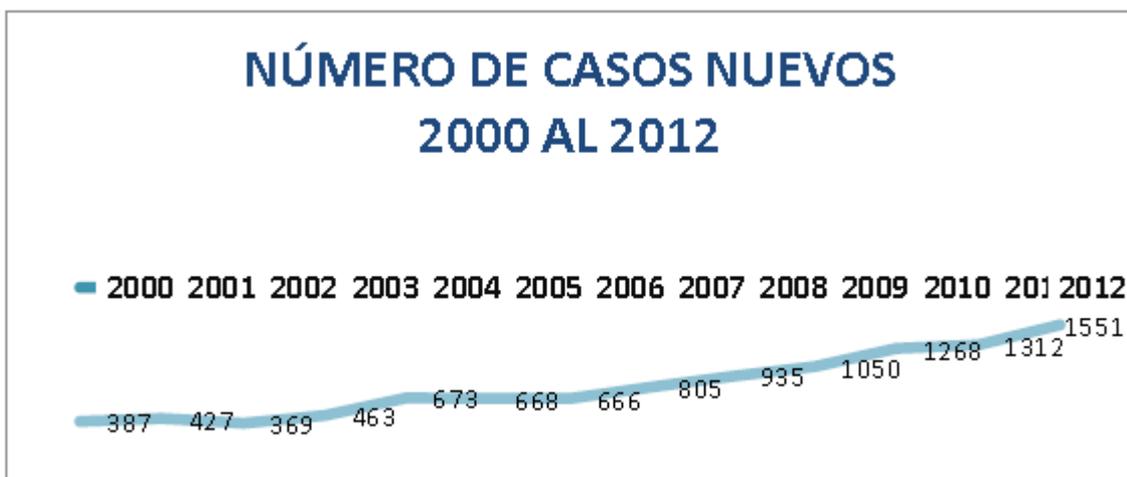


Gráfico 2: Casos de primera vez en el servicio de Oncología del HCAM desde el 2000 al 2012

Del total de pacientes atendidos como casos nuevos desde el 2000 al 2012 que correspondieron a 10574, en orden de frecuencia de los 10 primeros cánceres fueron los siguientes: Tabla 3.

	CANCER	N ^o DE PCTES del 2000 al 2012	PORCENTAJE
1	CA DE MAMA	1939	27%
2	CA GASTRICO	920	12%
3	LINFOMA NO HODGKIN	818	11%
4	CA DE PROSTATA	728	10%
5	CA DE COLON Y RECTO	713	10%
6	CA DE CERVIX	614	8%
7	CA DE PULMON	502	7%
8	TUMOR DEL SNC	415	6%
9	CA DE PIEL	376	5%
10	SARCOMAS DE PARTES BLANDAS	313	4%

Tabla 3: los 10 cánceres más frecuentes en el servicio de Oncología del HCAM del 2000 al 2012

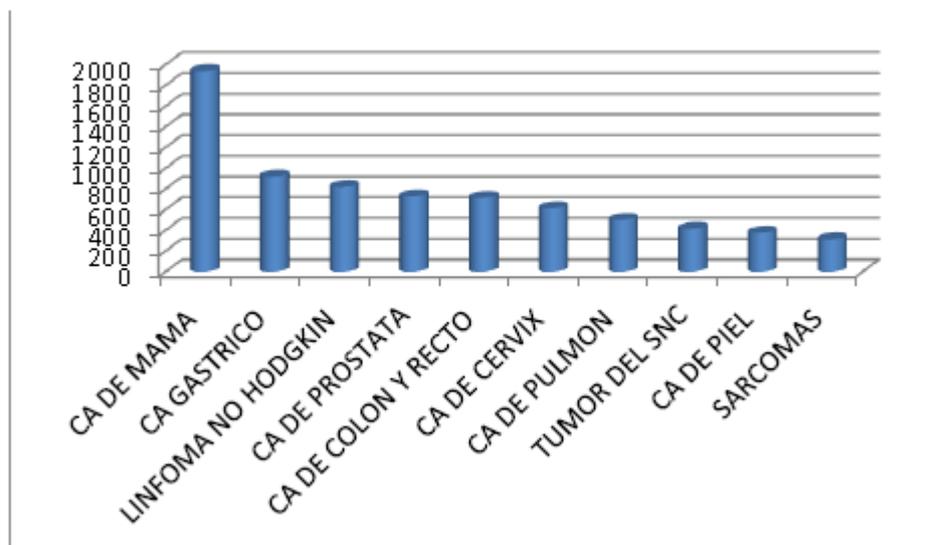


Gráfico 3: Los 10 cánceres más frecuentes en el Servicio de Oncología

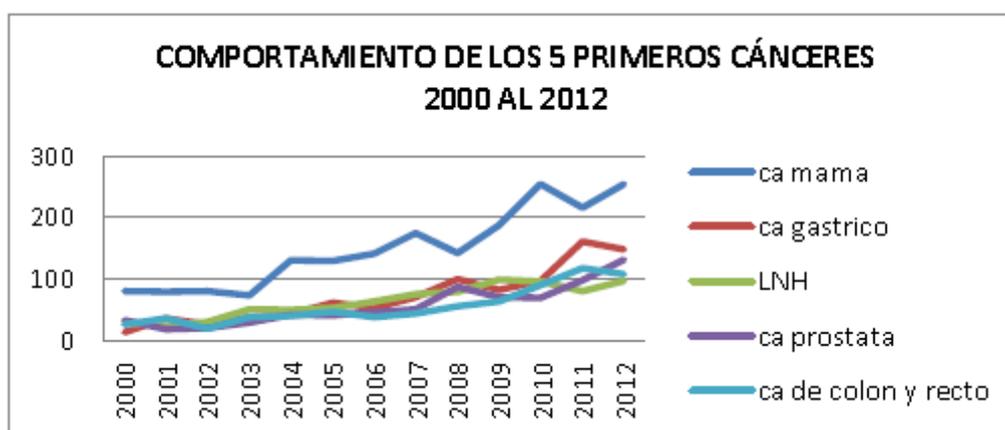


Gráfico 4: Comportamiento de los 5 cánceres más frecuentes en el período 2000-2012

DISCUSIÓN:

El diagnóstico de cáncer, prevención y tratamiento han pasado a ser un importante problema de salud pública, que deberá preocupar a todas las instituciones de Salud y ser una política de estado como lo señala el informe mundial del cáncer emitido por la OMS:

“Las actuaciones de los gobiernos y de los profesionales sanitarios en el campo de la salud pública pueden frenar el aumento y evitar hasta un tercio de los cánceres si se toman medidas urgentes. Con las cuales se podrá evitar un tercio de los cánceres, curar otro tercio, y proporcionarle buena atención paliativa al tercio restante que la necesita” 6

Es así que, como se ve en el gráfico 5 el cáncer gástrico y el cáncer de colo-rectal han tenido un incremento importante en este periodo de tiempo llegando a triplicarse. Lo cual podría explicarse hasta cierto punto por el incremento del número de afiliados al Seguro Social en el Ecuador.

También el aumento en la incidencia de los casos de cáncer en el Servicio de Oncología se debe a que los médicos especialistas derivan con más frecuencia a los pacientes porque conocen ya de las posibilidades de tratamiento.

El cáncer de mama si bien se ha incrementado en estos 12 últimos años, se ha mantenido en el primer lugar dentro de los 10 cánceres más frecuentes en el HCAM.4 Esto podría deberse a los estudios de screening que se realizan de forma permanente en los dispensarios y en el hospital mismo.

Es evidente también que el cáncer de próstata y el linfoma no Hodgkin se ha incrementado de forma importante en estos años, pero hay que tomar en cuenta que prevalencia podría ser mayor ya que estos dos tipos de cáncer son manejados por Hematología y Urología respectivamente.

CONCLUSIONES

Los diez cánceres más frecuentes encontrados en el periodo del año 2000 al 2012 son: Cáncer de mama, gástrico, LNH, próstata, colon y recto, cérvix, pulmón, SNC, piel y sarcomas. El estudio realizado demuestra que la prevalencia del cáncer en el servicio de Oncología del HCAM ha ido incrementándose anualmente y el número de casos al año 2012 en relación al año 2000 se ha triplicado.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- *World Health Organization. The Global Burden of Disease: 2004 Update. Geneva: World Health Organization; 2008.*
- 2.- *Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers CD, Parkin D. GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; Year. Available at: <http://globocan.iarc.fr>. 2010. Last accessed 8/17/2010.*
- 3.- *Registros Nacional de Tumores Solca. (2002_2006)http://www.solcaquio.org.ec/site/index.php?option=com_content&task=view&id=23&Itemid=45*
- 4.- *Registros de las estadísticas del Servicio de Oncología del HCAM desde el 2000 al 2011.*
- 5.- *Instituto Nacional de Estadística y Censos, en el Ecuador, Período 1990-2001 http://www.inec.gov.ec/estadisticas/?option=com_content&view=article&id=75*
- 6.- *OMS, (CIIC) El Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, comunicado de prensa, informe mundial sobre el cáncer <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr27/es/index.html>*
- 7.- *OMS, (CIIC) El Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer Febrero 2012 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>.*
- 8.- *Epidemiología del cáncer en Quito, Registro Nacional de Tumores, Solca, 2003-2005*
- 9.- *Revista de la facultad de ciencias medicas universidad de cuenca, volumen 30, n°1 -enero 2012*
- 10.- *Mackay J. et.al. Atlas del Cáncer. American Cancer Society. Atlanta, Georgia. 2006:44-45.*
- 11.- *O.P.S. Informe Mundial sobre el Cáncer. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr27/es/index.html>.*

- 12.** *Campoverde Arévalo N. Epidemiología del Cáncer: población residente en el cantón Cuenca 1996 – 1997. Revista de la Facultad*
- 13.** *Gómez E. Género, salud en las Américas. Pub. Cient. Nº 541. O.P.S./O.M.S. Washington. 1993.*
- 14.** *. Ministerio de salud Pública. Indicadores básicos de salud. Ecuador 2009. pdf.*
- 15.** *UICC. TNM Classification of malignant Tumours. 6ta ed. Ed. Wiley-Liss. USA. 2002.*
- 17.** *Ministerio de Salud pública. Indicadores básicos de salud. Ecuador 2009.*
- 18.** *Frenk J. et.al. La transición epidemiológica en América Latina. Bol. Oficina Sanit Panam 1991. <http://ccp.ucr.ac.cr/~icamacho/problemas/frencktodo.pdf>*
- 19.** *Ecuador: Proyecciones de población 1950-2025. INEC-CEPAL, y de las estimaciones de CELADE.*
- 20.** *Registro de Tumores Cuenca. Quinto informe: incidencia del cáncer en el cantón Cuenca. 1996-2004. Instituto del Cáncer SOLCA, Núcleo de Cuenca. Cuenca, 2007.*
- 21.** *Registro de Tumores Cuenca. Informe del 2005 sobre la incidencia del cáncer en el cantón Cuenca. Registro de Tumores Cuenca.2010.*

Vela J. (2012). Aspiración de cuerpos extraños a nivel de Orofaringe. IV Congreso de Actualización de Conocimientos en Emergencias y Desastres. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Colegio de ciencias de la salud de la Universidad San Francisco de Quito. Quito, Ecuador

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
COLEGIO DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO
SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ

Confieren el Presente

Diploma

Al Señor (a): **Doctora JENNY VELA**

por haber participado en ciudad de: **Conferencia del Tema: Aspiración de
Cuerpos Extraños a Nivel Oralarings**

en el "IV CONGRESO DE ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS EN EMERGENCIAS
DESASTRES". Organizado por el Sindicato de Auxiliares de Enfermería del
Hospital Pablo Arturo Suárez, del 27 al 31 de Agosto del 2012 en la ciudad de Quito.

Dotación Académica: 60 Horas


Michelle González
Docente - General
Hospital Pablo Arturo Suárez
MEP

Quito, 11 de agosto del 2012


Dr. Alicia Guzmán
Gerente General
Hospital Pablo Arturo Suárez
MEP


Director General
Asociación de Enfermería del IMRD



08:00-09:40	Que es un Desastre Dentro del Área Hospitalaria	Dr. Manuel Minsaya
09:40-09:50	Cuidados Generales de Enfermería en falla renal aguda y evento cerebro vascular	Lcda. Margarita Bonilla
09:50-10:00	Atención de Enfermería en un Desastre Médico Ambiental	Lcda. Priscila Guevara
10:00-10:40	Aplicación de Cuerpos Extraños a Nivel Ortopédico	Dra. Jenny Vela
10:40-11:20	Biética y Trasplante en Donación de Órganos	Mag. Sandra Aguilera
11:20-11:40	Coffe Break	
11:40-12:20	Crisis Convulsivas	Dr. Morris Valle
12:20-14:00	Almuerzo	
14:00-14:40	Reanimación Cardiopulmonar en Neonatos	Dr. Washington Zuriga
14:40-15:20	Antihiper tensivos en el Embarazo y Puerperio	Dr. Alex Meza
15:20-16:00	Complicaciones en parto Prematuro	Lcda. Maira Erazo
16:00-16:40	Coffe Break	
16:40-17:20	Como se debe Actuar ante un Desastre en el Área Hospitalaria	Dra. Mayra Castro
17:20-18:00	Cuidados Generales de Enfermería	Lcda. Margarita Bonilla

COEXPO: Av. Colón 22-77 y Ulloa,
Edificio Fierro 2do Piso Of. 2A

Telefax: 2522-612

E-mail: coexponeidams@yahoo.com

Web: www.coexpocialtda.com

08:00-08:40	Riesgos del Trabajo	Dr. Luis Pacheco
08:40-09:20	Cardiología Diabética	Dr. Ricardo Betón
09:20-10:00	Programa Sol 5 Misionario Continuo de Procesos	Mag. Fernando Carrera
10:00-10:40	Consecuencias Legales en la Mala Administración de Medicamentos	Abogado Eugenio Cabrera
10:40-11:20	Síndrome de Burnout	Dr. Jorge Vera
11:20-11:40	Coffe Break	
11:40-12:20	Manejo de Desechos desde la Perspectiva de Biosseguridad	Lcda. Priscila Guevara
12:20-13:30	Importancia de la Ergonomía en el Trabajador de la Salud	Ingeniero Fabian Vasconcel
13:30-14:30	Almuerzo	
14:30-15:10	Síndrome Coronario	Dr. Jorge Endara
15:10	Clausura	

Bienvenidos a este Congreso de actualización que marca el punto de encuentro científico y social de todos los profesionales de la salud de Quito y todo el país.

Atentamente,
Comité Organizador

EMERGENCIAS Y DESASTRES

PROGRAMA

Fecha: Del 27 al 31 de agosto del 2012

Duración Académica: 60 Horas

Sede: Centro de Convenciones Eugenio Espejo Pabellón IV

Quito - Ecuador



SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA
HOSPITAL "PABLO ARTURO SUÁREZ"

S. A. E. H. P. A. S.
PJAL - CTE - OSANTARRA
Registro N° 308, del 1 de Agosto de 1998
Código N° 1708017-0
DIRECCIÓN: Avda. Luján 02-0201 Y MACANLA
TELÉFONOS: 2292348

Quito, 30 de Agosto del 2012

Docena
Jenny Vela
Presente.-

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo del Sindicato de Auxiliares del Hospital Pablo Arturo Suárez.

Por medio de la presente queremos agradecerle por su participación en el "IV. CONGRESO DE ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS EN EMERGENCIAS Y DESASTRES", que se realizó del 27 al 31 de agosto del presente año, en el Centro de Convenciones del Hospital Eugenio Espejo de la ciudad de Quito.

Hecho por el cual nos sentimos honrados, su presencia constituyó no solo un importante aporte científico para el desarrollo del Congreso, sino también un grato respaldo a las actividades del Sindicato.

Por la favorable atención prestada, le reiteramos nuestros sinceros agradecimientos.

Atentamente,

Srta. María Carvajal
Secretaria General del Sindicato de
Auxiliares de Enfermería del HPAS

Vela J. (2013). Urgencias Oncológicas. Síndrome de Lisis Tumoral. IV Curso de Actualización en Medicina, Enfermería, Nutrición, Salud Pública, Trauma y Emergencias del paciente Adulto y Pediátrico, Ministerio de Salud Pública del Ecuador Universidad Técnica del Norte. Ibarra, Ecuador

IV *Curso de actualización de* MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN; EN SALUD PÚBLICA, TRAUMA Y EMERGENCIAS DEL PACIENTE ADULTO Y PEDIÁTRICO

Anal Académico



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Universidad Acreditada



120 HORAS
 Horas Académicas

**CUINIS
 LEITADOS**



LEONARDO: Ciudad de Ibarra, Auditorio del Banco Central del Ecuador, Ambato, calle Chabela entre Bolívar y Sarre



Ibarra 25 de diciembre de 2013

CERTIFICADO

Por medio del presente Certifico que el **DRA. JENNY VELA**, Medico del Hospital Carlos Andrade Marín del IESS, participó en calidad de **DOCENTE EXPOSITOR** el día Viernes 25 de enero de 2013 al "IV Curso de Actualización de Medicina, Enfermería, Nutrición, en Salud Pública, Trauma y Emergencias del Paciente Adulto y Pediátrico", realizado en la ciudad de Ibarra en el Auditorio del Antiguo Banco Central, Ministerio de Cultura. Del 21 al 25 de enero de 2013

Lic. Viviana Espinel

COORDINADORA ACADÉMICA F.E.G.



Ministerio
de Relaciones
Laborales

Quito – Ecuador • República del
Ecuador Edificio MRL 02 254 8900 /
02 254 2580

FUNDACIÓN ECUATORIANA GUBERNATIVA OPERADORA DE CAPACITACIÓN EN SALUD Y EDUCACIÓN DEL M.R.L.

OF -214 IVCSE
Ibarra, 07 de Enero de 2013

Señora Doctora:
Jenny Vela
MEDICO HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN
Presente.-

De nuestras consideraciones:

Con el Aval Académico de la Universidad Técnica del Norte, y los Avaes Institucionales de las diferentes entidades Gubernamentales y no Gubernamentales, se llevará a cabo el "IV CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN, SALUD PÚBLICA, TRAUMA, Y EMERGENCIAS DEL PACIENTE ADULTO PEDIATRICO, para lo cual invitamos a participar en:

Tema: "Urgencias Oncológicas, Síndrome de Lisis Tumoral"

Hora: 09:50 – 10:30 Horas

Día: Jueves 24 de enero de 2013

Lugar: Auditorio del Banco Central, Calle Miguel Oviedo 6-39 entre Simón Bolívar y Antonio José de Sucre

Atentamente,

Lic. Viviana Espinel



Vela J. (2014). El Paciente Paliativo en Urgencias. IV Curso Lineamiento de Gestión y Atención Médica y de Enfermería en Urgencias, Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Universidad de las Américas. Servicio de Urgencias y Observación del Hospital Carlos Andrade Marín. Quito, Ecuador.

Programa del evento

IV CURSO

LINEAMIENTOS DE GESTIÓN Y ATENCIÓN MÉDICA Y DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS

Del 10 al 15 de febrero 2014



DURACION: 120 HORAS

LUGAR: AUDITORIUM DEL HCAM Y AULA VIP

ORGANIZA: EL SERVICIO DE URGENCIAS Y OBSERVACIÓN DEL HOSPITAL "CARLOS ANDRADE MARIN"



INFORMES E INSCRIPCIONES

TELÉFONOS:

(02) 2944300 Ext 1527

(02) 2944200 Ext. 1528

Lic. Silvana Cordero
0968732072

corderocharito@hotmail.com

Lic. Anita Astudillo
0999663507

enferdomic@yahoo.com

Lic. Sulmita Severino
0983713152

sulmitass@hotmail.com

Lic. María Robles
0999155247

mariaeugenia_200610@yahoo.es

Lic. Susana Montesdeoca
0984208964

monts2011@hotmail.es

QUITO - ECUADOR

"Por una prestación de servicio con calidad, calidez técnico- científica y humanística en beneficio de nuestros usuarios y usuarias"

SERVICIO DE URGENCIAS Y OBSERVACION

MODULO 2: AULA VIP

HORA	TEMA	RESPONSABLE
08:30 - 09:30	Calidad de atención al usuario en el Servicio de Urgencias y Observación (Servicio de Urgencias)	Dr. Washington Flores
09:30 - 10:30	Calidad de atención al usuario en el Servicio de Urgencias y Observación	Dr. Sergio Alvarado
10:30 - 11:30	Organización y funcionamiento del Servicio de Urgencias y Observación	Lic. Anita Astudillo
11:30 - 12:30	Organización y funcionamiento del Servicio de Urgencias y Observación	Lic. María Robles
12:30 - 13:30	Organización y funcionamiento del Servicio de Urgencias y Observación	Dr. Leonardo Rojas Quintero
13:30 - 14:30	Organización y funcionamiento del Servicio de Urgencias y Observación	Lic. Susana Montesdeoca
14:30 - 15:30	Organización y funcionamiento del Servicio de Urgencias y Observación	Dr. Mauricio Galarraga
15:30 - 16:30	Organización y funcionamiento del Servicio de Urgencias y Observación	Dr. Fernando López
16:30 - 18:00	Organización y funcionamiento del Servicio de Urgencias y Observación	Lic. Anita Astudillo

MODULO 1: Auditorium HCAM

HORA	TEMA	RESPONSABLE
08:30 - 09:30	Accidentes Críticos: cómo actuar y cómo prevenirlos	Dr. Héctor Galarraga
09:30 - 10:30	Accidentes Críticos: cómo actuar y cómo prevenirlos	Lic. Susana Montesdeoca
10:30 - 11:30	Accidentes Críticos: cómo actuar y cómo prevenirlos	Dr. Cristian Díaz
11:30 - 12:30	Accidentes Críticos: cómo actuar y cómo prevenirlos	Lic. María Robles
12:30 - 13:30	Accidentes Críticos: cómo actuar y cómo prevenirlos	Dr. Fernando López
13:30 - 14:30	Accidentes Críticos: cómo actuar y cómo prevenirlos	Lic. Susana Montesdeoca
14:30 - 15:30	Accidentes Críticos: cómo actuar y cómo prevenirlos	Dr. Mauricio Galarraga
15:30 - 16:30	Accidentes Críticos: cómo actuar y cómo prevenirlos	Dr. Fernando López
16:30 - 17:30	Accidentes Críticos: cómo actuar y cómo prevenirlos	Lic. Susana Montesdeoca
17:30 - 18:30	Accidentes Críticos: cómo actuar y cómo prevenirlos	Dr. Sergio Alvarado

MODULO 2: Aula VIP

HORA	TEMA	RESPONSABLE
08:30 - 09:30	Indicadores de calidad de atención al usuario en el Servicio de Urgencias y Observación	Dr. Mauricio Galarraga
09:30 - 10:30	Indicadores de calidad de atención al usuario en el Servicio de Urgencias y Observación	Dr. Sergio Alvarado
10:30 - 11:30	Indicadores de calidad de atención al usuario en el Servicio de Urgencias y Observación	Lic. Anita Astudillo
11:30 - 12:30	Indicadores de calidad de atención al usuario en el Servicio de Urgencias y Observación	Lic. María Robles
12:30 - 13:30	Indicadores de calidad de atención al usuario en el Servicio de Urgencias y Observación	Dr. Fernando López
13:30 - 14:30	Indicadores de calidad de atención al usuario en el Servicio de Urgencias y Observación	Lic. Susana Montesdeoca
14:30 - 15:30	Indicadores de calidad de atención al usuario en el Servicio de Urgencias y Observación	Dr. Mauricio Galarraga
15:30 - 16:30	Indicadores de calidad de atención al usuario en el Servicio de Urgencias y Observación	Dr. Fernando López
16:30 - 17:30	Indicadores de calidad de atención al usuario en el Servicio de Urgencias y Observación	Lic. Susana Montesdeoca
17:30 - 18:30	Indicadores de calidad de atención al usuario en el Servicio de Urgencias y Observación	Dr. Sergio Alvarado

