

## RESÚMENES DE PÓSTERES

### Salón de Pósteres

Jueves 14

Hora: 7:30 – 9:00 am

PRESIDENTE: DR. JOSÉ RAFAEL TROCONIS

SECRETARIO: DR. RUBÉN HERNÁNDEZ

COMENTARISTAS: DR. CÉSAR PACHECO

DR. ÁLVARO GÓMEZ

#### **P1. TOXICIDADES MENOS FRECUENTES CON DOCETAXEL EN CÁNCER DE MAMA: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO**

JAVIER ACEVEDO, ELIEZER ZARRAGA, JUAN JOSÉ RODRÍGUEZ, LORENA LIÓN

INSTITUTO ONCOLÓGICO "LUIS RAZETTI", CARACAS, VENEZUELA.

**INTRODUCCIÓN:** En el cáncer de mama en la actualidad la adriamicina es el tratamiento de primera línea. El docetaxel pertenece a los grupos de los taxanos, promueve la activación de la polimerización de la tubulina en microtúbulos estables, mientras que inhibe simultáneamente la despolimerización de los microtúbulos. Los efectos secundarios que se observan son: neutropenia, trombocitopenia, anemia, reacciones de hipersensibilidad, cutáneas, retención de líquidos. Otros: náuseas, vómitos, diarrea, alopecia. **MÉTODOS:** Se describen las características clínicas, hallazgos histopatológicos, manejo de un paciente con

cáncer de mama y efectos adversos de la quimioterapia. **RESULTADOS:** Se trata de paciente de 49 años de edad, con el diagnóstico de cáncer de mama ST III B en mayo de 2002. Se planificó en agosto de 2002 quimioterapia neoadyuvante (ciclofosfamida, doxorubicina, 5-FU), por 4 ciclos culminando en diciembre de 2002, se le realizó el 19/12/02 mastectomía radical modificada con linfadenectomía, cuya biopsia reportó carcinoma ductal infiltrante, con una tumoración de 4 cm x 1,5 cm; 15 ganglios negativos. Planificándose posteriormente quimioterapia adyuvante con docetaxel a una dosis de 75 mg/m<sup>2</sup>, día 1, cada 21 días por 4 ciclos, la cual, empezó en marzo de 2003, recibiendo el segundo ciclo en mayo presentando, posterior a este ciclo, extravasación con el docetaxel. **CONCLUSIONES:** Todos los pacientes deben estar premedicados con corticosteroides orales por 3 días antes de iniciar la administración de la droga. Teniendo en cuenta que puede existir extravasación con el docetaxel.

#### **P2. TUMOR PHYLLODES DE MAMA BILATERAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.**

JUAN HERNÁNDEZ, ALÍ GODOY, JHONY SUÁREZ, JUAN MARTÍNEZ, ALBERTO RANDO, ELIANA PINTO, MARCIAL BERRIOS.

SERVICIO DE CIRUGÍA III, SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA, HOSPITAL "MIGUEL PÉREZ CARREÑO", CARACAS, VENEZUELA.

El tumor phyllodes de mama constituye una lesión de tipo fibroepitelial que constituye menos del 1 % de los tumores de mama. En valoración de estas pacientes juega fundamental importancia tanto la valoración clínica como la confirmación histopatológica y radiológica de estas lesiones. Se presenta el caso de una paciente de 34 años de edad con historia de 2 años de evolución previos a su ingreso caracterizados por aumento de volumen de ambas mamas a expensas de mama izquierda. Se realiza biopsia por aguja gruesa de ambas mamas la cual reporta tumor phyllodes. Se procede a la realización de mastectomía simple bilateral, reportando la anatomía patológica tumor phyllodes de mama bilateral. La paciente permanece en control por el Servicio de Cirugía Plástica. Se presenta el caso en vista de su baja frecuencia tanto de este tipo de tumor como de su presentación bilateral.

### **P3. ADENOCARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE DE MAMA EN PACIENTE MASCULINO. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

MARÍA DEL CARMEN CORREA, NESTOR GUTIÉRREZ, CLAUDIA RODRÍGUEZ, MARÍA VIRGINIA ROJAS, ISABEL VARELA

*HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY, MARACAY, VENEZUELA.*

**INTRODUCCIÓN:** El cáncer de mama es una lesión neoplásica del epitelio mamario. Los hombres también pueden padecer cáncer de mama. Aproximadamente 1 300 hombres serán diagnosticados con esta enfermedad. Se da 1 cáncer en hombres de cada 100 en mujeres, pero en este, es más maligno por tener menos tejido graso y la diseminación es más rápida. **CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 57 años de edad quien inicia enfermedad actual 3 meses antes de su ingreso con nódulo de 1 cm de diámetro a nivel retroareolar izquierda, no doloroso, el cual tiene un crecimiento progresivo, hasta alcanzar 5 cm x 5 cm ulcerado,

con drenaje de exudado serohemático en moderada cantidad, motivo por el cual, consulta y le realizan biopsia que reportó carcinoma ductal infiltrante, se indican paraclínicos de extensión tipo gammagrama óseo encontrándose como hallazgos hipercaptación intensa y patológica a nivel del hemitórax izquierdo en posible infiltración a partes blandas de primario conocido, o de invasión ósea del mismo. Se planifica para cirugía electiva realizándosele mastectomía radical izquierda, constatándose como hallazgos lesión ulcerada de 4 cm de diámetro de localización areolar que infiltra hasta aponeurosis del pectoral mayor. Además de plastrón ganglionar en región axilar izquierda con ganglios de 1 cm de diámetro de consistencia aumentada. **CONCLUSIÓN:** Se presenta el caso debido a lo infrecuente de encontrar adenocarcinoma de mama en un hombre. Sin embargo este caso coincide en varios aspectos con lo descrito en la bibliografía, donde se describe que la edad de diagnóstico del cáncer de mama en los hombres es entre 60 y 70 años de edad. Coincide con que el tipo más común descrito en la literatura es el ductal infiltrante (70 %). En este paciente el diagnóstico fue clínico y anatomopatológico. Los pacientes con cáncer de mama pueden ser sometidos a procedimientos quirúrgicos que van desde el extremo conservador de una tumorectomía, hasta el opuesto de una mastectomía radical ampliada, dependiendo del criterio o preferencia del cirujano.

### **P4. TUMOR PHYLLODES: A PROPÓSITO DE UN CASO**

MARÍA CORREA, NESTOR GUTIÉRREZ, CLAUDIA RODRÍGUEZ, MARIA ROJAS, ISABEL VARELA.

*HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY, MARACAY, VENEZUELA.*

**INTRODUCCIÓN:** También conocido como fibroadenoma intracanalicular celular, catalogado como una variante del fibroadenoma

con características clínicas de crecimiento rápido y gran tamaño, debe ser diferenciado de los sarcomas. Representa el 0,5 %-2 % de los tumores de la mama y clínicamente se presenta antes de los 25 años, siendo confundido con un fibroadenoma juvenil o más frecuentemente, después de los 40 años. En la mayoría de las ocasiones aparece como una masa bien definida, unilateral, indolora, móvil, que se caracteriza por un crecimiento rápido. La histología, demuestra un importante crecimiento de los tejidos epitelial y estromal. Su carácter benigno queda definido por la escasa atipia celular y necrosis. En los casos malignos tiene un mínimo potencial de metastatización a los ganglios linfáticos regionales. **OBJETIVO:** Presentación de un tumor phyllodes en una paciente de 39 años. **MÉTODO:** Descripción de caso clínico y revisión de la literatura. **RESULTADOS:** Paciente femenino de 39 años de edad quien inició su enfermedad actual en abril de 2002 cuando presenta aumento de volumen bien circunscrito, indoloro en mama izquierda, el cual fue aumentando en tamaño en el tiempo motivo por el que acude a la consulta mastología del centro a mediados de octubre del mismo año, en donde se indica mamografía no siendo ésta concluyente para el diagnóstico por lo que se indica ultrasonido mamario el cual revela cambios de condición fibroquística sugestivos de tumor phyllodes a correlacionar con análisis histopatológicos. En noviembre de 2003 se realizó biopsia de lesión tumoral en mama izquierda que reporta tumor phyllodes maligno. Posteriormente, en enero de 2004, se realizó la exéresis completa de la lesión tumoral realizando una mastectomía simple con resección de márgenes de seguridad amplios para evitar recidivas. Actualmente la paciente se mantiene en control por la consulta de este centro una vez al mes, y su evolución ha sido totalmente satisfactoria. **CONCLUSIÓN:** Por lo infrecuente de la patología se presenta el caso en cuestión, por lo rápido de su evolución y por el potencial metastazante de la lesión en

esta paciente específicamente. Aunque raro, el tumor phyllodes tiene características que le son muy propias, como que siendo esencialmente benigno tiene la probada posibilidad de transformación maligna; y como que aún tratándose de una patología benigna, a veces tendremos la necesidad de indicar una mastectomía, como en este caso.

#### **P5. CARCINOMA INTRAQUÍSTICO DE LA GLÁNDULA MAMARIA. REPORTE DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

LUIS SUCRE, FELIPE VALDIVIA, GLENDIA GARCÍA, JOSÉ PRINCE, SILVIA RAMOS, LUISA MORALES, ALDO REIGOSA

SERVICIO DE PATOLOGÍA MAMARIA, INSTITUTO DE ONCOLOGÍA "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO", VALENCIA, VENEZUELA

El carcinoma mamario intraquístico representa aproximadamente el 0,29 % a 2 % de todos los cánceres de mama. Constituye una variante inusual del carcinoma ductal *in situ*, con frecuencia de tipo papilar. Clínica y mamográficamente presenta apariencia benigna, como una masa bien circunscrita, evidenciándose ecográficamente como un quiste complejo. La importancia clínica de estas lesiones fue establecida por Carter y col., quienes introdujeron el concepto de lesión enquistada y concluyeron que en ausencia de un carcinoma ductal *in situ* en los conductos vecinos, la resección local de estas lesiones es curativa. En vista de lo poco frecuente de la patología, se presentan dos pacientes con diagnóstico inicial de carcinoma intraquístico, que fueron atendidos en el Servicio de Patología Mamaria de nuestro centro, su manejo terapéutico respectivo y evolución, además de la realización de la revisión de la literatura sobre el tema.

#### **P6. CARCINOMA MIOEPITELIAL DE MAMA. A PROPÓSITO DE UN CASO**

LUIS SUCRE, FELIPE SALDIVIA, ANDRÉS MORA, RODOLFO PÉREZ, YSMAEL VEGAS, DANIEL VERDECHIA, ALDO REIGOSA

*SERVICIO DE PATOLOGÍA MAMARIA, SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA, INSTITUTO DE ONCOLOGÍA "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO", VALENCIA, VENEZUELA*

El carcinoma mioepitelial o mioepitelioma maligno es una lesión muy rara que solo se reportó a partir de 1980. Existen 13 casos reportados de este tipo de tumor. Las células mioepiteliales se encuentran presentes el tejido mamario normal, se localizan entre las células epiteliales y la membrana basal del sistema ductal y de ellas pueden originarse lesiones benignas o malignas. Se presenta en el siguiente trabajo la clínica, imágenes patológicas y tratamiento de una paciente de 49 años con diagnóstico de carcinoma mioepitelial de la mama derecha y su tratamiento, así como la revisión de la literatura en relación con esta patología.

#### **P7. ANGIOSARCOMA DE LA GLÁNDULA MAMARIA, PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

ANDRES E. MORA, YSMAEL VEGAS, JOSÉ PRINCE, FELIPE SALDIVIA, RICARDO LÓPEZ, ALDO REIGOSA

*SERVICIO DE PATOLOGÍA MAMARIA, SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA, INSTITUTO DE ONCOLOGÍA "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO", VALENCIA, VENEZUELA*

Los tumores no epiteliales de la mama comprenden menos del 4 % de las neoplasias malignas. Los sarcomas primarios de la mama representan menos del 1 %. El angiosarcoma es la neoplasia maligna de origen estromal más frecuentemente encontrado en la mama, representando el 0,05 % de las neoplasias malignas primarias de la mama. Presentamos el caso de una paciente de 22 años quien consultó con nódulo en mama izquierda de crecimiento rápido, por lo cual, se le practicó extra-

hospitalariamente mastectomía parcial izquierda sin biopsia intraoperatoria. Un mes después se recibe reporte de biopsia definitiva, el cual concluye con el diagnóstico de angiosarcoma bien diferenciado, por lo cual es referida al Servicio de Patología Mamaria del Instituto de Oncología "Dr. Miguel Pérez Carreño", donde al examen físico de ingreso se evidencia tumor de 10 cm x 7 cm de diámetro que ocupa los cuadrantes superiores y región centro mamaria de la mama izquierda, axila libre. Mamográficamente se observó mama izquierda con imágenes nodulares de alta densidad, sin microcalcificaciones. Resto del examen físico sin alteraciones. Se le practicó mastectomía total simple izquierda, y posteriormente se refirió al Servicio de Radioterapia y Oncología Médica, donde recibe tratamiento adyuvante. Este caso se trae dado lo infrecuente de esta patología.

#### **P8. BIOPSIAS RADIOQUIRÚRGICAS EN LESIONES SUBCLÍNICAS DE LA GLÁNDULA MAMARIA EN EL INSTITUTO DE ONCOLOGÍA DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO.**

FELIPE SALDIVIA, MARÍA GIMÉNEZ, MARÍA DÍAZ, VILMA REBOLLEDO, EDUARDO CALEIRAS.

*INSTITUTO DE ONCOLOGÍA "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO", VALENCIA, VENEZUELA.*

**OBJETIVO:** Presentar la experiencia en el manejo de las lesiones subclínicas de la glándula mamaria mediante biopsia radioquirúrgica en el Instituto de Oncología "Dr. Miguel Pérez Carreño". **MÉTODOS:** Estudio retrospectivo y descriptivo desde octubre de 1999 hasta mayo de 2004, de 44 pacientes consecutivas que acudieron con lesiones subclínicas de la glándula mamaria, a la consulta del Servicio de Patología Mamaria del Instituto de Oncología "Dr. Miguel Pérez Carreño". **RESULTADOS:** Se observó predominio en el grupo entre los 51 a 60 años con un 45,4 % y una media de edad fue de 40

años. La imagen radiológica más frecuente consistió en microcalcificaciones 56,8 % seguida de los nódulos 38,6 %. Las microcalcificaciones se encontraron en acúmulos o agrupadas 92 % y dispersas 8 %; de las agrupadas, eran 91,3 % pleomórficas, dismórficas o amorfas y heterogéneas en 8,6 %; en cuanto a los nódulos fueron bien definidos 29,4 %, difusos 17,6 % y con microcalcificaciones 11,4 %. Las lesiones fueron benignas en el 79,5 %, y premalignas en el 11,4 %. Predominó la condición fibroquística con un 32 %, seguida de la hiperplasia ductal típica con el 23 %, se hizo el diagnóstico de adenocarcinoma ductal infiltrante en el 4,5 % y carcinoma *in situ* en el 24,5 % de los casos. En cuanto a la correlación radiológica-histológica se encontró que de las microcalcificaciones, 80 % fueron lesiones benignas y 16 % premalignas mientras que, de los nódulos, el 76,4 %. En los casos con adenocarcinoma ductal infiltrantes se les practicó mastectomía parcial oncológica más radioterapia y quimioterapia y en los casos ductal *in situ* por bordes infiltrados de adenocarcinoma *in situ* de alto grado, se le realizó la mastectomía total con reconstrucción inmediata en uno y sin reconstrucción en el otro más, en ambos radioterapia. **CONCLUSIÓN:** La radiolocalización con arpón de las lesiones subclínicas de la mama es un método práctico, sencillo y de alta efectividad en la localización de lesiones no palpables de glándula mamaria.

### **P9. RECONSTRUCCIÓN MAMARIA POSMASTECTOMÍA CON TRAM. EVALUACIÓN Y ANÁLISIS ESTÉTICOS DE LOS RESULTADOS.**

**CARLOS VELASQUEZ, JULIO ALVARADO, DIEGO VELÁSQUEZ**

SERVICIOS DE CIRUGÍA PLÁSTICA DEL HOSPITAL MANUEL NORIEGA TRIGO (IVSS), Y CLÍNICA MADRE MARÍA DE SAN JOSÉ, MARACAIBO, VENEZUELA.

**OBJETIVOS:** La reconstrucción mamaria

posmastectomía, continua siendo un desafiante reto técnico para los cirujanos plásticos. La pérdida de la glándula mamaria por cáncer después del tratamiento quirúrgico, genera una distorsión física asociada a un disturbio emocional en las mujeres afectadas. La creación de la glándula mamaria frecuentemente representa la batalla final en el arduo proceso reconstructivo de las mujeres con cáncer de mama. Las técnicas habituales de reconstrucción mamaria conllevan a que los resultados sean obtenidos a través de 2 ó 3 tiempos quirúrgicos, desde el inicio de la reconstrucción con intervalos entre los mismos de 2 a 3 meses para alcanzar el resultado final. Esto conlleva a que una gran mayoría de pacientes desistan en el camino de su reconstrucción de completar la misma. Por tal motivo proponemos en nuestro trabajo la realización completa de la reconstrucción mamaria, de la mama mastectomizada, la reconstrucción de la mama contralateral y la reconstrucción del complejo areola pezón. **MÉTODOS:** Se realizó el procedimiento en 20 pacientes en edades comprendidas entre 38 y 56 años en el lapso de tiempo entre enero de 2002 y mayo de 2004. Todas las pacientes, tenían un mínimo de 2 años de mastectomizadas y, habían terminado su tratamiento complementario a base de quimioterapia y radioterapia, encontrándose las pacientes hasta el momento de la cirugía libre de enfermedad recurrente, evidenciada por el estudio clínico y exámenes complementarios. Las pacientes fueron evaluadas psicológicamente encontrándose todas estar actas y con el deseo de recuperar su nueva mama, fueron descartadas pacientes obesas, diabéticas. Las reconstrucciones fueron realizadas con el colgajo miocutáneo del recto abdominal (TRAM). La mama contralateral fue manejada quirúrgicamente en el mismo momento de la reconstrucción realizándose procedimientos quirúrgicos de reducción y/o aumento. La reconstrucción del complejo areola pezón se realizó al final del procedimiento con la técnica de colgajo locales dermograsos y la piel de la

areola con el excedente de la piel de la areola de la mama contralateral. RESULTADOS: El promedio del tiempo de duración del procedimiento fue de 4 horas. Se usaron 2 equipos quirúrgicos para trabajar conjuntamente en la preparación del colgajo en el área abdominal y el otro equipo en la ubicación del mismo en el área de la mastectomía y la corrección o manejo de la mama contralateral. Los pacientes tuvieron un promedio de 24 horas de hospitalización, a todos se les colocó drenaje aspirativo. Complicaciones que se presentaron fueron clasificadas como necrosis parcial del colgajo en una paciente y seromas de la pared abdominal. En los 2 pacientes donde se realizó la mamoplastia de aumento fueron colocadas prótesis de silicón gel, sub-pectorales a través de la vía areolar. La técnica utilizada en la reducción mamaria fue la del pedículo inferior. Los resultados obtenidos fueron clasificados como excelentes en un 60 %, buenos en un 30 % y regulares en un 10 % para obtener esta evaluación nos basamos en 3 criterios: en el volumen la forma y tamaño del colgajo en el área mastectomizada, la comparación de la mama reconstruida con la mama contralateral y, en la localización y simetría del complejo areola pezón. DISCUSIÓN: La reconstrucción mamaria constituye una etapa importante en las pacientes sometidas a mastectomía por cáncer de mama. Esta cirugía constituye una cirugía mayor y el suceso depende en gran parte de los resultados estéticos obtenidos, produciendo en ellos una mejor satisfacción de vida, una mayor autoestima y una mejor imagen corporal. La reducción de los tiempos quirúrgicos de reconstrucción en uno, hace que el paciente complete o finalice en un mayor porcentaje sus etapas de reconstrucción al evitar realizar varios procedimientos quirúrgicos. Los resultados obtenidos nos permiten recomendar ampliamente la utilización de la técnica en un solo procedimiento quirúrgico disminuyendo costos y riesgos al paciente.

#### **P10. ALTERNATIVA EN LA LOCALIZACIÓN DE LESIONES SUBCLÍNICAS ANTES DE LA CIRUGÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

JORGE URIBE, MARÍA EUGENIA MÁRQUEZ, FRANCISCO MENOLASCINO.

CLÍNICA DE MAMAS, BARQUISIMETO, VENEZUELA

**OBJETIVO:** Presentar una opción diferente a la localización planimétrica de las lesiones subclínicas, expresada al inicio sólo en la mamografía. **MÉTODOS:** Se trata de paciente femenina de 45 años, quien acude a control anual, en Clínica de Mamas de Barquisimeto, presentando microcalcificaciones pleomórficas de aparición reciente en cuadrante supero externo de la mama izquierda BIRADS IV. No se evidencian lesiones en el ecosonograma mamario. Se realiza procedimiento de microbiopsia con mamotome guiado por estereotaxia. **RESULTADOS:** Eventualidad del procedimiento, asistencia del anestesiólogo, debido a crisis de angustia de la paciente. Anatomía patológica: carcinoma ductal *in situ*, patrón sólido, alto grado. Colocación del arpón previa localización ecosonográfica del hematoma residual posterior al procedimiento de estereotaxia. Comprobación mamográfica, de la ubicación del arpón, en el área de las microcalcificaciones, previa a la cirugía. Excéresis de la zona marcada por el arpón; radiología de la pieza, corroborando la presencia del grupo de microcalcificaciones. Anatomía patológica: carcinoma ductal *in situ* patrón sólido y comedocarcinoma, hiperplasia ductal, edenosis extensa, fibroadenoma canalicular, márgenes libres. **CONCLUSIONES:** El procedimiento efectuado, nos ofrece una opción efectiva en el manejo de la lesión subclínica, cuando pudo realizarse el marcaje de un área de microcalcificaciones, guiada por ultrasonido. En este caso, debido a las particularidades de la paciente, ante de las dificultades de realizar planimetría por mamografía, se procedió a dejar un arpón en el sitio del hematoma, posbiopsia por mammo-

tome, pudiendo comprobar mediante la radiología la ubicación del arpón pieza en el área de las microcalcificaciones restantes.

### **P11. CARCINOMA METAPLÁSICO DE LA MAMA**

JOSÉ F. MATA, ELISEO BERDEAL, KAREM ROMERO, IVONNE MEDINA, SERGIO POLI

*CLÍNICA ATÍAS, CARACAS, VENEZUELA*

**INTRODUCCIÓN:** El carcinoma metaplásico de la mama es una variedad histológica poco frecuente de cáncer de mama, caracterizado por contener un componente epitelial, que por lo general es un carcinoma ductal pobremente diferenciado, con un componente mesenquimal que puede mostrar una diferenciación escamosa, cartilaginosa, ósea o fusiforme. **CASO CLÍNICO:** Paciente del sexo femenino de 52 años, con tumoración en la mama izquierda, de crecimiento lento y progresivo, y consulta luego de 10 años de evolución por ulceración, sangrado y secreción fétida. Al examen físico, se observa la mama izquierda con gran aumento de volumen, substituida en un 80 % por un tumor exofítico, ulcerado de aprox. 15 cm x 12 cm, con sangrado y secreción serosa fétida. El tumor es totalmente móvil y no está adherido al plano de los pectorales. No se palpan adenopatías axilares. Mama y axila derecha sin lesiones visibles ni palpables. Resto del examen físico sin alteraciones. Se realizó mastectomía radical modificada tipo Madden. El estudio anatomopatológico reporta un carcinoma metaplásico heterólogo, tipo condro-óseo, con células gigantes osteoclasticas, de alto grado nuclear. Once ganglios axilares sin evidencias de metástasis. Inmunohistoquímica: receptores estrogénicos y de progesterona negativos; vimentina positivo en las células tumorales. CerB-2, citoqueratina AE1-AE3 y citoqueratina 7 negativos. **DISCUSIÓN:** El carcinoma metaplásico de la mama una variedad rara de cáncer de mama, que se presenta a una edad promedio de 59 años. Generalmente se

manifiesta como una masa palpable de crecimiento rápido. Los estudios de inmunohistoquímica y microscopia electrónica han demostrado que el componente mesenquimal tiene un origen epitelial. Mutación del gene p-53 ha sido demostrado en ambos componentes histológicos pero no en las células gigantes osteoclasticas las cuales representan un proceso reactivo infiltrativo de estos tumores. Cerca del 90 % de las pacientes tienen ganglios axilares negativos y 13 % tienen receptores estrogénicos positivos. El tratamiento está basado en la cirugía con radioterapia y distintos esquemas de quimioterapia.

### **P12. CARCINOMA DE MAMA BILATERAL SINCRÓNICO LOCALMENTE AVANZADO EN HOMBRE**

JOSÉ F. MATA, JUAN ROMERO, JUAN CÓRDOVA, CARLOS MORÁN, VALENTINA KOVERNYC, JOAO DE SOUSA

*DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA GENERAL, HOSPITAL MILITAR "DR. CARLOS ARVELO", CARACAS, VENEZUELA*

**INTRODUCCIÓN:** El cáncer de mama en hombres representa del 0,6 % al 1 % de todos los cánceres de mama. **Caso Clínico:** Paciente masculino de 68 años de edad, quien consultó por presentar aumento de volumen en ambas regiones mamarias, de 4 meses de evolución, asociado a traumatismo. Aumento de volumen en región mamaria bilateral a predominio izquierdo con piel brillante y a tensión, áreas equimóticas. Masa de consistencia dura, de 8 cm x 6 cm en el lado derecho y de 10 cm x 8 cm en el lado izquierdo. Adenopatías móviles de aprox. 2 cm en ambas regiones axilares. Biopsia: carcinoma ductal infiltrante tipo papilar moderadamente diferenciado. **Estadio Clínico:** T3 N1 M0, Estadio III-A (Bilateral). **Tratamiento:** Recibe quimioterapia neoadyuvante, mastectomía radical modificada tipo Madden con disección axilar de los niveles I y II bilateral, radioterapia externa con 5000cGy,

tamoxifeno 20 mg/día. Seguimiento: dos años y medio sin evidencia de recidiva local ni a distancia. **DISCUSIÓN:** El cáncer de mama en hombres es muy poco frecuente (1 %). Se presenta en pacientes de 63,6 años en promedio. Los factores que incrementan el riesgo son hormonales, ginecomastia, síndrome de Klinefelter, familiares, entre otros. Han sido descritas la asociación con tratamiento estrogénico por cáncer de próstata y con hiperprolactinemia. Por lo general el diagnóstico se hace en etapas avanzadas. El tipo histológico más frecuente es el carcinoma ductal. Los factores pronóstico, como en el cáncer de mama en mujeres, incluyen el tamaño, grado histológico, estado ganglionar y, al comparar por estadios, su pronóstico suele ser similar al carcinoma de mama en mujeres. La bilateralidad del cáncer de mama en forma sincrónica ha sido asociada a peor pronóstico que el cáncer unilateral o bilateral metacrónico. Sólo han sido reportados casos aislados de carcinoma bilateral sincrónico en hombres.

### **P13. MASTECTOMÍA RADICAL MODIFICADA CON PRESERVACIÓN DE PIEL Y RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA**

JOSÉ F. MATA, LUIS EVARISTO, ANA HOLLEBECQ, FRANCISCO MARQUÉS.

UNIDAD DE MASTOLOGÍA Y ONCOLOGÍA LAS CIENCIAS, CARACAS, VENEZUELA

Aun cuando la cirugía preservadora ha pasado en tener un rol preponderante en el tratamiento quirúrgico actual del cáncer de mama, la mastectomía radical sigue teniendo vigencia al hacerse necesaria como alternativa quirúrgica en un importante grupo de pacientes. La reconstrucción inmediata en la actualidad tiene una baja morbilidad y en grupos con experiencia unos resultados cosméticos y funcionales muy satisfactorios, mejorando así la calidad de vida de las pacientes. La preservación de la totalidad o gran parte de la piel de la mama en una mastectomía radical es una alternativa que

ofrece resultados cosméticos superiores y que en casos muy bien seleccionados, no afecta el control local de la enfermedad. Hoy en día la reconstrucción inmediata se debe ofrecer a la mayoría de las pacientes. Las tasas reportadas de recidiva local luego de mastectomía radical con preservación de piel oscilan entre 3,9 % y 5,5 %. Casi el 100 % de las recidivas locales se presentan en la piel de la pared torácica y son fácilmente detectables a la exploración clínica.

### **P14. PRESERVACIÓN DE LA PARED ABDOMINAL EN RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON RECTUS ABDOMINIS PEDICULADO EN "L"**

ALBERTO PÉREZ-MORELL, RICARDO RAVELO, VÍCTOR ACOSTA, ALBERTO CONTRERAS, ELENA MARÍN, ITALIA LONGOBARDI, JORGE PÉREZ, VIRGINIA NAVARRETE

CENTRO CLÍNICO DE ESTEREOTAXIA CECLINES, CARACAS, VENEZUELA

**OBJETIVOS:** Presentar la técnica y pasos en el levantamiento y rotación del colgajo miocutáneo de rector abdominis con la preservación de la aponeurosis y de una tira lateral del mismo para guardar la integridad de la pared abdominal. La hemos llamado técnica en "L". **MÉTODOS:** Paciente femenina de 57 años con un carcinoma de la mama izquierda. Se le practicó una mastectomía con preservación de piel y reconstrucción inmediata con el colgajo de rectus abdominis en "L". **RESULTADOS:** Preservación de una tira lateral del músculo desde el pubis al reborde costal. Cierre directo de la pared abdominal, reforzándola con una malla de polipropileno de 2 cm x 7 cm. Adecuada evolución sin complicaciones. Adecuada integridad y función de la tira lateral demostrada por eco Doppler. **CONCLUSIONES:** Esta técnica trata de preservar lo más posible la integridad de la pared abdominal como lo hace un colgajo libre.



**Salón de Pósteres****Jueves 14****Hora: 7:30 – 9:00 am**

PRESIDENTE: DRA. ODALYS AGREDA

SECRETARIO: DRA. FILOMENA MOSCHELLA

COMENTARISTA: DRA. CAROLINA MARTÍNEZ

**P15. IMPORTANCIA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA DE LA INMUNOHISTOQUÍMICA EN 18 CASOS DE LINFOMAS Y SARCOMAS DE PARTES BLANDAS.**LUIS M. BERBIN, ANTONIO FLORES, SOL K. BERBIN*HOSPITAL UNIVERSITARIO "ANTONIO PATRICIO DE ALCALA", CUMANÁ, VENEZUELA*

**OBJETIVOS:** Determinar la importancia diagnóstica y terapéutica del análisis Inmunohistoquímico en pacientes con linfomas o sarcomas de partes blandas. **MÉTODOS:** Se estudiaron 18 casos de pacientes con diagnósticos clínicos e histopatológicos de linfomas y sarcomas de partes blandas, en los cuales fue posible la realización de análisis inmunohistoquímico. **RESULTADOS:** La aplicación de técnicas de inmunohistoquímicas a pacientes con linfomas o sarcomas de partes blandas, demostró mejorar la eficacia diagnóstica y terapéutica en 7 (38,89 %) de los casos estudiados. **CONCLUSIONES:** La determinación del inmunofenotipo mejora de manera estadísticamente significativa la eficacia diagnóstica y terapéutica en pacientes con linfomas y sarcomas de partes blandas.

**P16. EVALUACIÓN DEL COSTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN LA CONSULTA AMBULATORIA DE CUIDADOS PALIATIVOS**FABIO FUENMAYOR, PATRICIA BONILLA*UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL INSTITUTO ONCOLÓGICO LUIS RAZETTI. CARACAS. VENEZUELA*

Se revisó el gasto promedio de los medicamentos indicados por consulta durante 3 meses a 50 pacientes de cuidados paliativos. El número de consultas realizadas por cada paciente ni el número de síntomas que presentaron tuvo relación con el gasto. Se prescribieron  $5,46 \pm 3,33$  medicamentos por paciente. Algunos medicamentos con poca variedad de presentación fueron los más prescritos, quedando fuera otros productos activos con variedad de presentaciones, como la morfina oral, la metadona y la oxicodona. El objetivo de este trabajo, es la evaluación del costo de los medicamentos y esto tiene relación con su presentación comercial. Entre los 10 medicamentos más prescritos se encuentran tramadol, nimesulide y metadona, que pueden catalogarse como los analgésicos más económicos dentro de su nivel de potencia; La morfina y oxicodona de liberación prolongada, fueron poco indicados, ellos constituyen los analgésicos más costosos. El gasto por consulta por cada paciente fue en promedio Bs.: 132 032,40 (US\$ 68,76), pero en un rango amplio (US\$ 1,15 a 746,36). El salario mínimo en Venezuela, era de Bs. 247.104 (US\$ 128,7), por lo tanto, el promedio por consulta se situó en más de la mitad del salario mínimo. Por las 143 consultas de los 50 pacientes se generó un gasto global en medicamentos de Bs. 23 806 670 (US\$ 12.399,31) equivalentes a 96,34 salarios mínimos.

**P17. EVALUACIÓN MICROBIOLÓGICA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA Y LINFOMA**ARACELYS VALERA DE M, TERESA VANEGAS, YAJAIRA AGUILAR, JOSBEL MÁRQUEZ*UNIDAD HEMATO-ONCOLÓGIA PEDIÁTRICA, HOSPITAL UNIVERSITARIO "Dr. ANGEL LARRALDE", VALENCIA, VENEZUELA*

**OBJETIVOS:** Los pacientes con leucemia y linfoma, tienen mayor susceptibilidad a las infecciones posquimioterapia, presentando neu-

tropenia severa, mucositis, y el uso de catéteres venosos percutáneos, factores predisponentes para adquirir infecciones. Una investigación descriptiva, retrospectiva, transversal. MÉTODO: Muestra representada por 25 pacientes ingresados a la Unidad de Hematología, enero de 2002 a diciembre de 2003, con diagnóstico de leucemia y linfoma. Análisis de frecuencias absolutas y relativas representadas en gráficos y tablas. RESULTADOS: La leucemia predominó en un 80 %, (linfocítica 75 %, mieloide 25 %), mayormente en el preescolar (28 % en leucemias y 8 % en linfomas), el sexo masculino con 60 % en ambas, la infección de piel y tejidos blandos representó el 53,8 %, otorrinolaringológicas (18,5 %) y digestivo (11 %). Factores predisponentes: neutropenia (26 %), quimioterapia intensiva (16,8 %). De 57 cultivos positivos se aislaron: Enterobacter (*E. aerogenes* y *E. cloacae*) con 38,6 %, *S. aureus* y *Candida spp* con 12,2 % cada una. El antimicrobiano más utilizado: fluconazol (21 %), seguido de cefoperazona-sulbactam + amikacina + vancomicina (16 %). Conclusiones: La infección más frecuente fue la de piel y tejidos blandos en ambas neoplasias. Los gramnegativos (*E. aerogenes*, *E. cloacae*) microorganismos predominantes, además de la *Candida spp*. El antimicrobiano más usado fue fluconazol, seguido de cefoperazona-sulbactam + amikacina + vancomicina.

#### **P18. IMPORTANCIA DE LA DETERMINACIÓN DEL GEN K-RAS EN PACIENTES FUMADORES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER BRONCOPULMONAR**

JUAN CARLOS ARAUJO CUAURO, NASSER S. BAABEL ZAMBRANO, ANA NAVA BRACHO, INDIRA DEL CARMEN BASTIDAS, EDEANNY M. DOMÍNGUEZ VILLALOBOS.

SERVICIO DE CIRUGÍA DE TÓRAX, HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS MARACAIBO, VENEZUELA

OBJETIVO: De esta investigación

determinar la presencia de la mutación del gen K-ras en pacientes fumadores con cáncer broncopulmonar. MÉTODO: Se evaluaron 40 pacientes con diagnóstico de cáncer broncopulmonar a los cuales se les realizó estudio genético de las muestras obtenidas de tejido por los procedimientos endoscópico y de cirugía. AMBIENTE: Esta se realizó en un lapso de tiempo de dos años de mayo de 2002 a julio de 2003, en el Servicio de Neumonología y Cirugía de Tórax, del Hospital General del Sur Dr. Pedro Iturbe en Maracaibo, Estado Zulia. RESULTADOS: En el grupo de pacientes en estudio 40 (100 %) se apreció una mayor prevalencia del sexo masculino con 25 casos (62,5 %) sobre el femenino con 15 casos (37,5 %). En cuanto al grupo etario prevalecieron las edades comprendidas entre 55-64 años con 12 casos (30 %). Se observó en los pacientes que eran fumadores con 35 casos (87,5 %) y 5 de ellos no (12,5 %). La exposición al cigarrillo se encontró que, la mayor proporción estuvo representada por los pacientes que fumaban entre 39-59 paquetes/año. La localización radiológica más frecuente se presentó en el lóbulo superior derecho con 19 casos (47,5 %), seguido de las lesiones en el lóbulo inferior derecho con 9 casos (22,5 %). Altamente significativo ( $P = 0,000$ ). Del total de pacientes estudiados 40 (100 %), 28 pacientes (70 %) presentaron resultados endoscópicos con biopsia bronquial positiva para cáncer, presentaron resultados endoscópicos con biopsia bronquial positiva para cáncer. En aquellos pacientes donde la broncoscopia no dio resultados 12 (30 %), se realizó: en 6 de ellos (100 %), biopsia a cielo abierto, de los cuales a 3 de ellos se les realizó resección pulmonar. A 3 pacientes (100 %) biopsia transtorácica y a 3 (100 %) mediastinoscopia; arrojando todos los estudios resultados positivos para cáncer. La variedad histológica se observó una mayor prevalencia de adenocarcinoma con 25 casos (62,5 %), seguidos del carcinoma epidermoide con 8 (20 %) casos. Altamente significativo ( $P$

= 0,000). **CONCLUSIÓN:** Los resultados obtenidos no dan soporte de las múltiples investigaciones realizadas en la actualidad sobre los marcadores genéticos, específicamente sobre la presencia de la mutación del gen K-ras en pacientes con cáncer de pulmón, concluyéndose que en nuestra población no hubo mutación de dicho gen en estos pacientes, reforzándose la recomendación de realizar análisis del codón 61 en muestras de pulmón o de muestras de biopsia de pleura en pacientes con derrame pleural maligno.

### **P19. IMPORTANCIA DE LA IDENTIFICACIÓN DE LAS ALTERACIONES CROMOSÓMICAS EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN**

JUAN ARAUJO CUAURO, NASSER BABEL, ANA NAVA, INDIRA BASTIDAS, EDEANNY DOMÍNGUEZ

*SERVICIO DE NEUMOTISIOLOGIA Y CIRUGÍA DE TÓRAX, HOSPITAL GENERAL DEL SUR, MARACAIBO, VENEZUELA*

**OBJETIVO:** De esta investigación identificar la caracterización citogenéticas para determinar las alteraciones cromosómicas en pacientes con cáncer de pulmón para determinar cuál es su importancia. **MÉTODO:** un estudio prospectivo en 26 pacientes con diagnóstico presuntivo de cáncer de pulmón, en el período comprendido entre junio 2002 y julio 2003. **RESULTADOS:** Prevalció la edad comprendida entre 40 y 49 años (37,5 %), siendo más frecuente en el sexo masculino (83,3 %). El 92,3 % presentaron diagnóstico definitivo de cáncer de pulmón. La mayoría eran fumadores (85,8 %). Se presentó una mayor frecuencia de exposición al cigarrillo entre 31-45 años (43,5 %). Los síntomas más frecuentes fueron tos (83,3 %), disnea (75 %) y dolor torácico (66,7 %). La localización radiológica más frecuente se presentó en el lóbulo superior derecho (26,9 %). Los casos positivos para carcinoma broncogénico en la muestra tomado a través de la broncofibroscopia fueron (46,2 %). Se presentó una mayor

frecuencia de adenocarcinoma (54,2 %). La mayoría de los casos presentaron estudios genéticos normales (26,9 %). En cuanto a la relación edad/alteraciones cromosómicas numéricas el (67 %) los pacientes tenían entre 40 - 49 años de edad. Al igual la relación sexo/alteraciones cromosómicas numéricas el mayor porcentaje (100 %) se presentó en sexo masculino, que en su mayoría eran fumadores (83,3 %). La variedad histológica donde se presentaron mayor número de alteraciones cromosómicas fue el carcinoma epidermoide y el adenocarcinoma con un 50 % cada uno. **CONCLUSIÓN:** La identificación de la caracterización citogenética (alteraciones cromosómicas), contribuye tanto al diagnóstico como al pronóstico de los pacientes con cáncer de pulmón.

### **P20. BIOPSIA DE CARINA PRINCIPAL DE APARIENCIA NORMAL. SU VALORACIÓN EN EL CÁNCER DE PULMÓN**

JUAN ARAUJO CUAURO, NASSER BABEL, ANA NAVA, INDIRA BASTIDAS, EDEANNY DOMÍNGUEZ

*SERVICIO DE NEUMOTISIOLOGIA Y CIRUGÍA DE TÓRAX, HOSPITAL GENERAL DEL SUR, MARACAIBO, VENEZUELA*

**OBJETIVO:** Valorar la biopsia de la carina principal de apariencia normal en el cáncer de pulmón. **MÉTODO:** Se evaluaron 50 pacientes con sospecha diagnóstica de cáncer de pulmón, a los cuales se les practicó broncoscopia flexible más toma de biopsia de la carina principal de apariencia normal. **RESULTADOS:** La edad promedio fue 60,04 años  $\pm$  8,2. El sexo masculino predominó (86 %), con una relación masculino - femenino de 5:1. La biopsia de la carina de aspecto normal reportó: neoplasia en el 8 % de los pacientes, hiperplasia en el 44 % de la muestra, displasia 10 %, metaplasia en el 10 % de los pacientes y, en el 24 % de la muestra la biopsia fue normal. El hábito tabáquico de más de 40 cigarrillos diarios durante más de 30 años, fue el antecedente que estuvo relacionado

con la mayor frecuencia de hallazgos patológicos en la biopsia de carina. Cuando se encontró tumor visible en los hallazgos broncoscópicos se reportó mayor número de neoplasias. La localización patológica del tumor (34 %) estaba ubicada en el pulmón izquierdo y 33 casos (66 %) en el derecho; de los 17 casos del pulmón izquierdo 10 (58,82 %) estaban el lóbulo superior y 7 (41,17 %), en el lóbulo inferior. En los 33 casos del pulmón derecho se localizaban en el lóbulo superior, 21 (63,63 %) en el lóbulo medio un caso (3 %) y en el lóbulo inferior 11 (33,33 %). Las neoplasias reportadas en la biopsia de carina se encontraron 3 casos (6 %) en el pulmón izquierdo, dos se encontraban en el lóbulo superior y una en el lóbulo inferior, 1 caso (2 %) en el pulmón derecho en el lóbulo medio, la localización en los lóbulos superiores presentó mayor número de biopsias de carina patológicas. Las variedades histológicas que presentaron neoplasia en la biopsia de carina fueron: carcinoma de pequeñas células, carcinoma anaplásico y leiomiomas endobronquial, bronquiolo-alveolar. **CONCLUSIÓN:** La biopsia de la carina principal de apariencia normal es útil en el estudio y la estadificación del cáncer pulmonar.

**P21. GLUTAMINA ORAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS ONCOLÓGICOS CON ALTAS DOSIS DE METOTREXATO Y DOXORRUBICINA. AÑOS 2002-2004**

TERESA VANEGAS, YAJAIRA AGUILAR, ARACELIS VALERO, SIMÓN SEVILLA

UNIDAD DE HEMATO-ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA, HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ANGEL LARRALDE". VALENCIA, VENEZUELA.

**OBJETIVO:** El presente estudio tiene como objetivo evaluar la eficacia de la glutamina oral a dosis de 0,5 g/kg/día en la prevención, disminución, duración y severidad de la mucositis oral provocada por altas dosis de metotrexato y doxorubicina en pacientes ingresados en la Unidad de Hemato-oncología

Pediátrica del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde. **MÉTODOS:** Presentamos una investigación descriptiva y retrospectiva de la revisión de 62 historias clínicas donde se incluían pacientes que recibieron glutamina oral con esquemas de altas dosis de metotrexato y doxorubicina. **RESULTADOS:** De 62 pacientes 57 fueron evaluables 91,93 %, el mayor grupo etario era de 7 a 12 años (38,59 %), sexo predominante masculino (56,14 %). El grado 0 de mucositis oral representó el 66,6 %. La mucositis grado 3 fue 1,75 %. La leucemia linfocítica aguda fue la neoplasia más frecuente (40,35 %). El tiempo de duración de mucositis grado 3 fue aproximadamente 5 días. **CONCLUSIONES:** La glutamina oral es altamente efectiva para prevenir y/o, disminuir la duración y severidad de las lesiones de mucositis oral producidas por el uso de altas dosis de metotrexato y doxorubicina, por lo que parece ser una simple y útil medida para incrementar la calidad de vida en los pacientes con riesgo alto de producir lesiones de mucositis.

**P22. HISTIOCITOSIS X o DE CÉLULAS DE LANGERHANS (HCL). A PROPÓSITO DE UN CASO.**

MARIPILI VIZCAYA, LUZ URDANETA, ANIBAL ASCANIO, NAYMAR PÉREZ.

SERVICIO DE ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL "UYAPAR", IVSS. PUERTO ORDAZ, VENEZUELA.

La histiocitosis X o de células de Langerhans (HCL) es una patología que puede manifestarse con diversos cuadros clínicos de acuerdo a la extensión y el compromiso multiorgánico. Tiene poca frecuencia en niños, adolescentes y adultos jóvenes con una incidencia de 2 por cada 200 000 con mayor afectación en varones. Su clínica es variada y de evolución impredecible. Describimos el caso de una lactante mayor femenina, de 18 meses de edad, quien ingresa con fiebre, dermatitis seborreica progresiva, hepatoesplenomegalia,

linfadenopatias y afección respiratorias compatibles con HCL, por lo cual, se realizan paraclínicos que permiten establecer el diagnóstico y determinar el compromiso sistémico. El diagnóstico definitivo se obtuvo mediante la observación de gránulos de Birberck en el citoplasma de los histiocitos en el estudio inmunohistoquímico. Se inició tratamiento quimioterápico a base de vimblastina y prednisona, sin respuesta satisfactoria. Paciente fallece a los 45 días posteriores a diagnóstico.

### **P23. GLIOBLASTOMA MULTIFORME. A PROPÓSITO DE UN CASO**

MARIPILI VIZCAYA, LUZ URDANETA, ANIBAL ASCANIO, LUIS BORGES.

*SERVICIO DE ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL "UYAPAR", I.V.S.S. PUERTO ORDAZ VENEZUELA.*

Los tumores primarios del sistema nervioso central constituyen alrededor del 20 % de las neoplasias en niños. El glioblastoma multiforme es, desafortunadamente, la variante más maligna y frecuente de los tumores astrocíticos. Los esfuerzos terapéuticos empleados durante años para mejorar la calidad de vida y la supervivencia de estos enfermos han sido múltiples, pero pese al denuedo de científicos y profesionales del tema, el tiempo de sobrevida de los pacientes con diagnóstico de glioblastoma es corto. Estas lesiones son generalmente incurables, y dentro de los primeros 2 años después del diagnóstico, el 90 % de los pacientes ha fallecido. Presentamos un caso de glioblastoma multiforme en un paciente escolar con características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas atípicas, lo cual motivó este estudio descriptivo, analítico y revisión bibliográfica; a través de la revisión de la historia clínica, estudios imagenológicos y anatomopatológicos de pieza anatómica. Escogiendo el presente caso por su infrecuencia en este grupo etario y lo exitoso de su evolución.

## **Salón de Pósteres**

**Viernes 15**

**Hora: 7:30 – 9:00 am**

PRESIDENTE: DR. AULO ORTIGOZA

SECRETARIO: DR. JORGE SÁNCHEZ

COMENTARISTAS: DR. VÍCTOR ZÉNZOLA, DR. JESÚS ORTIZ

### **P24. TUMOR CARCINOIDE RETROPERITONEAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

LUIS PALACIOS, JUAN FUENTES, JOAQUIN LUGO, MARLENE ANDRADE, ALEXANDRA GUERRA, ELYMIR GALVIS, FRANCISCO CHANG.

*HOSPITAL "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO" SERVICIO DE CIRUGÍA III, SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA, SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA, CARACAS, VENEZUELA*

La presentación clínica de los tumores carcinoides varía, dependiendo de sus características físicas, lugar de origen y de si son o no productores de sustancias hormonalmente activas. Los tumores carcinoides pueden clasificarse desde un punto de vista anatomopatológico o bien embriológico, siendo esta la más frecuente. Se presenta el caso de un paciente masculino de 49 años de edad, a quien en control médico se evidencia tumor en epigastrio. A la valoración paraclínica (TAC de abdomen), se evidencia tumor heterogéneo en relación con lóbulo hepático izquierdo con realce del contraste EV, es llevado a mesa operatoria evidenciándose tumor de aproximadamente 14 cm, de localización retroperitoneal; la anatomía patológica reporta tumor neuroendocrino y a la inmunohistoquímica reporta tumor carcinoide. Se presenta el caso en vista a la poca frecuencia de esta patología en la literatura revisada.

## **P25. RADIONECROSIS DE LA PARED ABDOMINAL. RECONSTRUCCIÓN CON EL COLGAJO DE RECTUS FEMORIS**

ALBERTO PÉREZ MORELL, JORGE CEBALLOS, JOAQUÍN LUGO, JUAN FUENTES

*HOSPITAL "MIGUEL PÉREZ CARREÑO", HOSPITAL ONCOLÓGICO "PADRE MACHADO", INSTITUTO MÉDICO LA FLORESTA, CARACAS, VENEZUELA*

**OBJETIVOS:** Resaltar la importancia de la reconstrucción de la pared abdominal con el colgajo de rectus femoris como método reconstructivo superior al tensor de la fascia lata. Presentar los pasos de la reconstrucción del abdomen en una paciente femenina intervenida en el Hospital "Miguel Pérez Carreño" por una recidiva de una fibromatosis agresiva en pared abdominal. Por la radionecrosis fue reconstruida en un primer tiempo en el Hospital Oncológico "Padre Machado" y en un segundo tiempo en el Instituto Médico la Floresta. **MÉTODO:** Trabajo descriptivo multidisciplinario. **RESULTADOS:** Las áreas de daño por radionecrosis requieren reconstrucción con tejidos bien vascularizados. El colgajo de rectus femoris está considerado de primera elección para la reconstrucción del hemiabdomen inferior, siendo superior al colgajo del tensor de la fascia lata. **CONCLUSIONES:** El colgajo de rectus femoris tiene un mejor arco de rotación y por consiguiente ofrece mejor cobertura que el colgajo de fascia lata para la reconstrucción de la pared abdominal.

## **P26. TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL. REPORTE DE UN CASO.**

CARMEN FUENTES, PEDRO GONZÁLEZ, ROBERTO CASTRO, GEORGE DE SANTOLO, JARALAMPOS GIAGTZIDAKIS, FRANKLIN OVIEDO, HEIDI MORA, ZUHEIL GONZÁLEZ, MAURO CARRETA

*SERVICIO DE CIRUGÍA II HOSPITAL VARGAS DE CARACAS, CARACAS, VENEZUELA*

Los tumores del estroma gastrointestinal son los tumores del mesénquima más comunes del tracto gastrointestinal; se originan de las células intersticiales de Cajal localizándose con mayor frecuencia en estómago (70 %). El tratamiento de elección es la resección quirúrgica; como tratamiento adyuvante la tasa de respuesta a la quimioterapia es de 5 %, actualmente se está usando imatinib. Se presenta caso de masculino de 56 años, quien consulta por dolor en hipocondrio derecho y llenura posprandial de 3 meses de evolución. Al examen físico tinte icterico en piel y mucosas y dolor en hipocondrio derecho a la palpación profunda. Tacto rectal: melena positivo. Se realiza ecosonograma abdominal que reporta tumor en hemiabdomen superior sólido. Endoscopia digestiva superior: compresión duodenal extrínseca. Punción aspiración por aguja fina de tumor abdominal: tumor de origen mesenquimático vs hematopoyético. Inmunohistoquímica: tumor de origen mesenquimático, sarcoma de histogénesis no clasificada. Se realizó laparatomía exploradora encontrando tumor de aproximadamente 20 cm adherido a segunda porción duodenal y grandes vasos, considerándose irresecable, se toma biopsia del tumor reportando tumor del estroma gastrointestinal. El paciente se envía a oncología médica para tratamiento adyuvante.

## **P27. ADENOCARCINOMA MÚLTIPLE: YEYUNO-COLON EN PACIENTE JOVEN CON POLIPOSIS FAMILIAR. PRESENTACIÓN DE UN CASO**

TOMÁS ANTONIO MACHADO, YAZMÍN VELÁSQUEZ, REINALDO SALAS, ISMAEL SALAS, JUAN RODRÍGUEZ

*SERVICIO DE CIRUGÍA 1, HOSPITAL VARGAS DE CARACAS, CARACAS, VENEZUELA*

Paciente masculino de 24 años de edad quien consultó por presentar astenia y mareos. El paciente presenta una anemia moderada y se realiza colonoscopia evidenciando 2 pólipos, cuya biopsia reporta adenoma tubular y adeno-

carcinoma de colon, respectivamente. En los exámenes paraclínicos se evidencia lesión hepática en segmento Iv con hepatoesplenomegalia, imagen multinodular en íleo terminal. Se realizó laparotomía exploradora donde se evidenció: lesión estenosante de íleon terminal, lesión de colon descendente, quiste hepático. Se realiza la resección de ambas lesiones intestinales y la anatomía patológica reportó: Colon: adenocarcinoma mucinoso moderadamente diferenciado. Ileon: adenocarcinoma bien diferenciado y pólipos hamartomatosos en número mayor de 100. La incidencia del cáncer de colon en personas menores de 40 años es poco usual, más aún los tumores primarios del intestino delgado, con una frecuencia 40 a 50 veces menor con respecto al primero. El cáncer de colon tiene una asociación con enfermedades hereditarias hasta en un 5 %, presentándose en pacientes jóvenes. Entre ellas tenemos la poliposis adenomatosa familiar, cáncer de colon no polipósico, síndrome de Peutz-Jeghers. La poliposis adenomatosa familiar (enfermedad autónoma dominante), se caracteriza por una mutación en el gen APC, ubicado en el cromosoma 5q. afectando a 1 de 10 000 personas. Esta enfermedad se presenta con más de 100 pólipos adenomatosos en cualquier parte del tracto gastrointestinal, predominantemente colon. Aquellos con más de 1 000 pólipos tienen 2 a 3 veces más riesgo de cáncer que los que tienen menos de este número. En caso de no ser tratado a tiempo se desarrolla cáncer en casi el 100 % de los pacientes antes de los 50 años. Se reporta una incidencia de múltiples neoplasias del tracto intestinal asociados a colon en menores de 40 años, entre 2,8 % y 4,5 %, respectivamente.

## **P28. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO DE CARCINOMA HEPATOCELULAR.**

**MAGDALENA PANEBIANCO RAMOS.**

*HOSPITAL PEDIÁTRICO "DR. AGUSTÍN ZUBILLAGA", BARQUISIMETO, VENEZUELA.*

Se presenta un caso clínico de un escolar quien presentó sintomatología compatible con un cuadro de hepatitis, quien evoluciona tórpidamente por lo que se realiza ecosonograma abdominal, evidenciando tumor hepático ecomixto, del lóbulo derecha que infiltra los vasos portales, comprime las vías biliares en infiltra la vesícula, de 6,6 cm x 5,8 cm x 7,0 cm. Se realizó laparotomía exploradora con toma de biopsia del tumor hepático. El paciente evoluciona tórpidamente debido al sangrado. La biopsia reporta carcinoma hepatocelular de patrón sólido. Se administró tratamiento con quimioterapia. Paciente presenta progresión de la enfermedad y fallece 2 meses de iniciado el tratamiento quimioterápico.

## **P29. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO: TERATOMA INMADURO RETROPERITONEAL.**

**MAGDALENA PANEBIANCO RAMOS.**

*HOSPITAL PEDIÁTRICO "DR. AGUSTÍN ZUBILLAGA", BARQUISIMETO, VENEZUELA.*

Se presenta un caso clínico de un lactante menor de 6 semanas quien presenta 15 días antes de su hospitalización síntomas de irritabilidad, llanto fácil y vómitos posprandiales. Se realizó ecosonograma abdominal evidenciando una tumoración hepática ecomixta que compromete el lóbulo derecho. La tomografía abdomino-pélvica reveló: gran lesión ocupante de espacio, retroperitoneal, de densidad heterogénea con calcificaciones intrínsecas, que cruza la línea media. El paciente presentó un cuadro séptico de punto de partida enteral. Paciente presenta malas condiciones generales por aumento de la ascitis, con dificultad respiratoria. Se inició tratamiento quimioterápico con cisplatino y ectopósido sin obtener respuesta. Presenta complicaciones infecciosas y fallece. Se realizó autopsia, la cual reveló que el tumor correspondía a un teratoma inmaduro.

### **P30. CIRUGÍA DE RECONSTRUCCIÓN DE TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR A PROPÓSITO DE UN CASO.**

VILMA REBOLLEDO, PEDRO FLORES.

*CENTRO MÉDICO LA FLORESTA. MARACAY. VENEZUELA.*

**OBJETIVO:** Presentar la reconstrucción del tracto digestivo superior, específicamente del esófago tras un ascenso gástrico complicado. **MÉTODO:** La descripción del caso clínico y revisión de la literatura. **RESULTADOS:** La realización de una esófago-yeyuno anastomosis termino-terminal retroesternal sin las complicaciones. **CONCLUSIÓN:** La cirugía que involucra la resección del esófago y la reconstrucción del mismo puede ser un procedimiento con una significativa morbilidad y mortalidad operatoria, siendo por lo menos uno del aspecto más importante en relación con la técnica y la recuperación posoperatoria, la elección del órgano sustituto con una muy buena irrigación, la exposición apropiada y la ejecución de un anastomosis segura. La atención posoperatoria vigilante es fundamental para lograr la recuperación sin las inconvenientes; sin embargo, cuando este tiene lugar en la forma de una fístula esófago-cutánea que no corrige con las medidas convencionales, es necesario el conocimiento y la habilidad en otras alternativas quirúrgicas poder lograr corregirle.

### **P31. CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CROMÓFOBAS. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

YENNY DEL RIO, VLADIMIR GALAVIS, DAVID PARADA, FEDOR OCHOA, CARMEN FUENTES, GEORGE DE SANTOLO, ROBERTO CASTRO, FRANKLIN OVIEDO.

*SERVICIO DE CIRUGÍA II, HOSPITAL JOSÉ MARÍA VARGAS DE CARACAS, CARACAS, VENEZUELA*

Se presenta un caso de carcinoma renal de células cromóforas, una variedad infrecuente

de carcinoma renal descrito originalmente por Thoenes en 1985. El conocimiento de este tumor tiene importancia clínico-patológico ya que la sobrevida y conducta biológica es más favorable en comparación con el resto de los tumores malignos renales. Este tumor representa el 4 % de los carcinomas renales y su malignidad se basa en la aneuploidia del DNA y en la evidencia de metástasis. Existe una ligera predilección por el sexo masculino relación 2:1. La sobrevida promedio es de 32 meses, con una supervivencia del 92 % a los 5 años. El diagnóstico definitivo se realiza por microscopía electrónica. Se presenta el caso de una paciente femenina de 21 años, quien presenta dolor abdominal de un año de evolución previo a su ingreso (abril 2001), localizado en hipocondrio y flanco derecho, de carácter opresivo, moderada a fuerte intensidad, no irradiado; concomitante pérdida de peso de 5 kg en los últimos 3 meses, náuseas y vómitos. Al examen físico: palpación de masa de consistencia dura de aprox. 12 cm, que abarca HD y flanco, dolorosa. Laboratorio sin alteraciones. Eco abdominal: Imagen de ecopatrón sólido heterogénea de 15 cm x 13 cm x 11 cm que desplaza y comprime el riñón derecho, concluye LOE retroperitoneal. TAC abdominal: LOE sólido, heterogéneo que capta contraste en probable relación con el riñón derecho de aprox 9 cm x 12 cm, de bordes irregulares. Urografía de eliminación: exclusión renal derecha. Se realizó laparotomía exploradora con nefrectomía radical derecha por el hallazgo de Tu renal derecho de 18 cm muy vascularizado con múltiples émbolos a nivel del pedículo renal. Reporte anatómico-patológico: carcinoma renal de células claras, patrón mixto con invasión a la cápsula y fascia de gerota, a la pelvis renal y al hilio, presencia de embolismo tumoral. Inmunohistoquímica: con queratina 7 corrobora que se trata de tumor de células cromóforas. Recibió Rt y Qt poscirugía y se ha mantenido libre de enfermedad.



### **P32. METÁSTASIS ÓSEAS Y FRAC- TURAS PATOLÓGICAS EN CARCINOMA EPIDERMOIDE DE CUELLO UTERINO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

MARIANELA RENDÓN, PATRICIA BONILLA,  
CARLOS PAZ, ARQUÍMEDES SÁNCHEZ

*UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS, INSTITUTO  
ONCOLÓGICO DR. LUIS RAZETTI, CARACAS, VENE-  
ZUELA*

El cáncer de cuello uterino representa en Venezuela un grave problema de salud pública, ocupando el primer lugar en incidencia y mortalidad en la población femenina, de estos el 85 % al 90 % de las lesiones malignas corresponden a carcinomas epidermoides, presentes en una edad promedio de 51,4 años. Se trata de paciente femenina de 51 años con diagnóstico carcinoma epidermoide de cuello uterino ST III-B desde año 2002 acude a la consulta de cuidados paliativos por presentar malas condiciones generales, dolor de fuerte intensidad en columna cervical, dorsal, esternón e hipocondrios de difícil control, dolor neuropático severo de tipo punzante en miembros inferiores y dificultad respiratoria a pequeños esfuerzos y exacerbados al tomar la posición supina. Se realiza survey óseo y gammagrama óseo donde se evidencian múltiples lesiones osteoblásticas y osteolíticas en diferentes estructuras, fractura aplastamiento de cuerpos vertebrales C5-C6, D11 a L1, elevación del hemidiafragma izquierdo. En vista del cuadro clínico se realizan estudios para descartar patologías oncológicas distintas a la del ingreso corroborándose el diagnóstico histológico de carcinoma epidermoide poco diferenciado, con diseminación ósea por vía hematogena.

### **P33. CARCINOMA EPIDERMOIDE EN CONDILOMATOSIS VULVOPERINEAL GIGANTE.**

ANA LIZCANO, DULCE PUENTE, JESÚS TATA,  
JANNETE SCHOLZ, JORGE BITTAR

*SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL, HOSPITAL "JOSE  
IGNACIO BALDO", CARACAS, VENEZUELA*

**OBJETIVO:** Presentar el caso de una paciente femenina que consultó por una condilomatosis vulvoperineal gigante y cuya biopsia definitiva reportó un carcinoma epidermoide. **MÉTODO:** Revisión de historia clínica se incluyen imágenes diagnósticas y quirúrgicas. **CASO CLÍNICO:** Se trata de paciente femenina de 39 años que consultó por inicio de EA de 3 años de evolución caracterizado por una lesión exofítica, verrugosa que ocupa labios mayores, menores, clítoris, introito vaginal y región perianal. Menarquía a los 14 años, PRS a los 17 años. I Gesta I para. 2 parejas. Al examen físico lesión exofítica, verrugosa, múltiple que ocupa labios mayores, labios menores, clítoris, introito vaginal y región perianal. Cuello sin lesión aparente. Citología: cambios coilocíticos compatibles con VPH. Biopsia de la lesión papilomatosis por VPH sin evidencia de atipias. Se lleva a quirófano realizando dermovulvectomía; cuya biopsia definitiva reporta condilomatosis múltiple con carcinoma epidermoide invasor bien diferenciado, bordes de resección libres. Por lo que se realiza disección radical inguinal bilateral superficial y profunda reportando adenitis reactiva sin evidencia de lesión metastásica; se realiza tipificación por reacción de cadena de polimerasa resultando VPH 16. Se realizan 4 aplicaciones de 5-FU a nivel cervical. Con controles citológicos cada 3 meses sin ningún hallazgo positivo. **RESULTADOS:** Actualmente 20 meses de posoperatorio, sin ninguna complicación, sin evidencia de lesión macroscópica citología normal. Isopado de área operatoria sin evidencia de VPH. Eco-sonograma pélvico normal. **CONCLUSIONES:** La condilomatosis vulvoperineal es una entidad muy frecuente en mujeres en edad reproductiva, la cual, debe ser tratada en etapas tempranas, de lo contrario crece de manera exuberante, recordando que algunos subtipos de VPH, como el 16,18,31,32 están en relación en un porcentaje considerable con el carcinoma epidermoide.

**P34. ADENOCARCINOMA PRIMARIO DE TROMPA UTERINA. A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.**

MARÍA GIMÉNEZ, GUSTAVO BRACHO, ALFREDO BORGES, GLENDAGARCIA, SILVIA RAMOS, EDUARDO CALEIRAS

*SERVICIO DE GINECOLOGÍA, INSTITUTO DE ONCOLOGÍA "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO", VALENCIA, VENEZUELA.*

El carcinoma primario de trompa uterina representa el 0,18 % al 1,8 % de todos los tumores malignos ginecológicos siendo la edad de presentación más frecuente entre los 52 y 64 años. El diagnóstico se establece durante la laparotomía que se realiza por una masa pélvica que se cree que depende de ovario o del cuerpo uterino. Debido a la rareza de la enfermedad no existen protocolos de tratamiento controlados, empleándose las estrategias de tratamiento para el carcinoma epitelial de ovario. El objetivo del trabajo fue presentar el caso de una paciente femenina de 38 años la cual inició su enfermedad actual en el año 1998 presentando dolor en fosa ilíaca derecha acompañado de flujo y sangrado genital anormal acude a ginecólogo el cual establece diagnóstico de tumor de ovario derecho, realiza laparotomía exploradora más histerectomía total con ooforosalingectomía bilateral reportando biopsia definitiva: Adenocarcinoma bien diferenciado de trompa uterina derecha infiltrante por lo que es referida a nuestro centro donde se realiza laparotomía clasificadora, sin evidencia de lesiones macroscópicas, ni microscópicas. La paciente presenta un intervalo libre de enfermedad de 6 años. Dado lo infrecuente de la patología se reporta este caso.

**P35. TERATOMA MADURO MALIGNIZADO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

MARÍA JIMÉNEZ, ALFREDO BORGES, JOSÉ PRINCE, GLENDAGARCÍA, VERÓNICA MORA, ISMAEL VEGAS

*INSTITUTO DE ONCOLOGÍA "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO", VALENCIA, VENEZUELA*

La inmensa mayoría de los tumores de células germinales son teratomas quísticos benignos, aunque, un pequeño grupo observado en niñas y mujeres jóvenes, pueden tener un comportamiento maligno, dando lugar a problemas de diagnóstico histológico y de tratamiento. Alrededor del 1 % de los teratomas maduros benignos sufren transformación maligna en cualquiera de sus elementos integrantes, lo cual se corresponde al cuadro clínico presentado a continuación. CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 31 años de edad, quien presentó pérdida de peso no cuantificada y aumento progresivo de volumen abdominal. Menarquia a los 9 años, PRS: 18 años. Nuligesta. Examen físico: tumor abdominopélvico, renitente, poco móvil, renitente, doloroso a la palpación, ascitis. Ecosonografía abdominopélvica: gran lesión a predominio quístico, ascitis moderada. TAC: severa ascitis, LOE multiseptado sugestivo de tumor complejo, probable ovario no descartándose pseudomixoma peritoneal. Marcadores tumorales negativos. Se realizó laparotomía obteniéndose 4 000 mL de material gelatinoso diseminado en toda la cavidad y adherido a superficies peritoneales. Tumor de ovario derecho de 40 cm x 15 cm, con cápsula rota y contenido de aspecto gelatinoso en su interior. El resultado de anatomía patológica: adenocarcinoma mucinoso borderline de ovario derecho estadio III-C en un teratoma maduro.

**P36. TERATOMA MONODÉRMICO ESPECIALIZADO, PROPÓSITO DE UN CASO**

ALFREDO BORGES GARNICA, MARÍA GIMÉNEZ, JOSÉ PRINCE, GLENDAGARCÍA, ANDRÉS MORA

*INSTITUTO DE ONCOLOGÍA "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO", VALENCIA, VENEZUELA*

OBJETIVO: Dar a conocer el hallazgo de un tumor ovárico muy poco habitual, como es el

struma ovarii, el cual representa el 0,3 % de las neoplasias de este órgano con una frecuencia reportada de malignidad del 5 % al 10 %. El presente caso se manifestó con todas las características clínicas y quirúrgicas de un cáncer epitelial avanzado de ovario. **CASO CLÍNICO:** Paciente femenina de 31 años de edad, quien inicia enfermedad actual en octubre de 2002, presentando aumento de volumen abdominal progresivo y sensación de pesadez pospandrial, estudio ecográfico donde se evidencia tumor de ovario derecho y ascitis, por lo que es referida a este centro. Examen Físico: Abdomen con gran distensión, onda ascítica (+). Cuello uterino sin atipias colposcópicas con fondos de sacos abombados. Parametrios libres. Ecografía transvaginal: Masa hiperecoica redondeada de 5,8 cm x 4,5 cm, parauterina derecha con reforzamiento posterior. Ascitis. TAC abdominal y pélvico: Tumor de ovario derecho asociado con severo grado de ascitis intraabdominal. Ca-125: 97,6 U/mL, CEA: 2,53 U/mL GCH: 3,72 mUI/mL AFP: 1,81 ng/mL Laparotomía exploradora: Hallazgo de líquido ascítico blanco amarillento de 35 litros aproximadamente, tumor de ovario derecho bilobulado de aproximadamente de 13 cm, sin evidencia de enfermedad macroscópica. Se completó protocolo diagnóstico: teratoma maduro monodérmico especializado de ovario derecho.

### **P37. DOBLE PRIMARIO OVÁRICO Y PANCREÁTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

CARLOS NÚÑEZ, CARMEN MARÍA SUÁREZ, JOSEFA MARÍA BRICEÑO, NINOSKA ESTANGA, JOSEPMILLY PEÑA, JUAN CARLOS RUPEREZ, ANTONIETA RENNOLA, LUCIA PEZZETTI.

SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA, SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA, HOSPITAL ONCOLÓGICO "PADRE MACHADO", CARACAS, VENEZUELA

**INTRODUCCIÓN:** La existencia sincrónica

de tumor borderline bilateral de ovario y adenocarcinoma de páncreas es sumamente infrecuente. **MÉTODOS:** Presentamos el caso de una paciente femenina de 55 años de edad quien inicia la enfermedad actual en julio de 2003 con dolor en fosa ilíaca derecha e hipogastrio, cambios en el hábito intestinal, heces acintadas y pérdida de peso. Al examen ginecológico se palpa tumor anexial derecho de 7 cm de diámetro, irregular, doloroso, firme, poco móvil. En el tacto rectal parametrios libres palpándose el tumor anexial de iguales características. Se realiza laparotomía exploradora encontrando tumor de ovario derecho de 8 cm de diámetro, quístico. Corte congelado positivo para malignidad. Tumor de cabeza de páncreas de 9 cm de diámetro, sólido, con áreas quísticas. Se realiza: protocolo de ovario y biopsia incisional del tumor pancreático. La biopsia reporta: Ovario derecho: Tumor mucinoso proliferante atípico. Tumor de cabeza de páncreas: adenocarcinoma con extensa reacción desmoplásica. Ovario izquierdo: Tumor mucinoso proliferante atípico. **DISCUSIÓN:** La presencia de tumor borderline bilateral y primario ovárico simultáneo a un adenocarcinoma primario de cabeza de páncreas no está reportado en la literatura. Las metástasis ováricas de un primario pancreático pueden simular estrechamente un tumor mucinoso primario de ovario, con aspecto microscópico que recuerda a las lesiones borderline, cistadenoma mucinoso o cistadenocarcinoma mucinoso bien diferenciado. Debe considerarse la posibilidad de metástasis en pacientes con lesiones bilaterales ováricas y con enfermedad extraovárica.

### **P38. CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CUELLO UTERINO METASTÁSICO A HUESO**

MARÍA GIMÉNEZ., ALFREDO BORGES, JOSÉ PRINCE, VERÓNICA MORA, GLENDA GARCIA.

SERVICIO DE GINECOLOGÍA. INSTITUTO DE

ONCOLOGÍA "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO",  
VALENCIA, VENEZUELA

El cáncer de cuello uterino es el segundo cáncer más frecuente entre las mujeres en todo el mundo. Aproximadamente se diagnostican cada año 450 000 nuevos casos, siendo atribuibles a la cerca de 200 000 muertes. La extensión directa y las metástasis a ganglios linfáticos constituyen las formas primarias de diseminación. La extensión a ganglios ilíacos comunes y aórticos, así como la diseminación hemática y las metástasis intraperitoneales ocurren en forma tardía en el curso de la enfermedad. CASO CLÍNICO 1: Paciente femenina de 60 años de edad en mayo de 1998, cuando comienza a presentar sangrado genital intermitente. Se evidencia lesión exofítica de cerviz, de la cual, la biopsia reporta: carcinoma epidermoide poco diferenciado. Es referida a los servicios de quimioterapia y radioterapia para tratamiento a título definitivo. En marzo de 1999, la paciente consulta por presentar aumento de volumen, dolor de fuerte intensidad, signos de flogosis en pierna izquierda e imposibilidad para la marcha. Se realiza biopsia de lesión ósea que concluye: infiltración por carcinoma epidermoide de células grandes queratinizantes. CASO CLÍNICO 2: Paciente femenina de 52 años de edad quien en enero de 2002, comienza a presentar sangrado genital abundante y dolor pélvico; asociado a dolor en miembro superior izquierdo con paraplejia y aumento de volumen a nivel del hombro. Se evidenció tumor en hombro izquierdo de 5 cm x 8 cm de diámetro, duro, fijo. Genitales externos de aspecto normal, lesión ulcerada que deforma el cuello uterino. Infiltración de ambos parametrios a la pared pélvica. Biopsia: carcinoma epidermoide infiltrante de células grandes queratinizante. Rx. de hombro izquierdo: o lesión radiopaca en 1/3 proximal de húmero izquierdo. Se realiza citología y biopsia con trocart óseo que reporta: carcinoma epidermoide no queratinizante metastásico. DISCUSIÓN:

Las metástasis óseas son la variedad más frecuente de tumores óseos y han de tenerse en cuenta siempre en el diagnóstico diferencial. En las mujeres, el carcinoma de mama es responsable de casi el 70 % de todas las lesiones metastásicas y, el 30 % restante es debido principalmente a carcinomas de tiroides, útero y riñón. Virtualmente, todos los cánceres tienen posibilidad de producir metástasis óseas. Son pocas las series en las cuales existen reportes de metástasis óseas de tumores primarios de origen ginecológico. En realidad, la mayoría son casos aislados.

### **P39. CARCINOMA BASAL ADENOIDE PRIMARIO DE CUELLO UTERINO. REVISIÓN DE LA LITERATURA**

DORIS BARBOZA, ROMANO MASI, FRANCO CALDERARO, ENRIQUE GUTIERREZ, MILAGROS MEJÍAS, LUIS HERRERA, FRANCISCO MEDINA.

SERVICIO DE RADIOTERAPIA, SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA, HOSPITAL ONCOLÓGICO "PADRE MACHADO", CARACAS, VENEZUELA

Se presenta el caso de una paciente de 34 años, quien consulta por sinusorragia y metrorragia de 6 meses de evolución, practicándose citología exfoliativa que reporta cambios celulares benignos y biopsia dirigida por colposcopia que se reporta como positiva para malignidad. La paciente fue tratada quirúrgicamente mediante histerectomía abdominal total con conservación de anexos, mango vaginal y biopsia de ganglios de la fosa obturatriz derecha. El reporte de Anatomía Patológica fue tumor epitelial maligno de cuello uterino (carcinoma microinvasor). La paciente fue enviada al Instituto de Hematología (Edo. Falcón) y posteriormente fue referida al Servicio de Ginecología del Hospital Oncológico Padre Machado. La revisión de láminas del Servicio de Anatomía Patológica (HOPM), reportó adenocarcinoma de cuello uterino infiltrante con patrón compatible con la variante de basal adenoide (CBA). Debido a lo infrecuente de

esta histopatología y a las opciones de tratamiento, se decide la presentación de este caso y revisión de la literatura.

## Salón de Pósteres

**Viernes 15**

**Hora: 7:30 – 9:00 am**

PRESIDENTE: DR. RICARDO GONZÁLEZ

SECRETARIO: DRA. ANTONIETA RÉNNOLA

COMENTARISTA: DR. EMILIO MARTIRINÉ

### **P40. RECONSTRUCCIÓN MÁS BRAQUI-TERAPIA EN RECIDIVA DE SARCOMA EN ANTEBRAZO CON RADIOTERAPIA PREVIA**

ALBERTO PÉREZ-MORELL, JOAQUÍN LUGO, TELMA RUIZ, PERFECTO ABREU, FABIO DE LIMA

*UNIDAD DE CIRUGÍA ONCOPLÁSTICA, UNIDAD DE RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA, INSTITUTO MÉDICO LA FLORESTA, CARACAS, VENEZUELA*

**OBJETIVO:** Presentar la reconstrucción más braquiterapia de la resección de un sarcoma recidivante en el antebrazo de un paciente con radioterapia previa. **MÉTODO:** Trabajo prospectivo multidisciplinario. **RESULTADOS:** Cirugía preservadora de miembros más braquiterapia. Reconstrucción con el colgajo radial de antebrazo de flujo retrógrado. Buen resultado final con seguimiento de 1 año. **CONCLUSIONES:** La braquiterapia adyuvante suministra un buen control local con una aceptable morbilidad y tasa de complicaciones en sarcomas de las extremidades. El colgajo radial de antebrazo de flujo retrógrado suministra una adecuada reconstrucción.

### **P41. SARCOMA EPITELIOIDE MULTINODULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO**

JARALAMPOS GIAGTZIDAKIS, ALIRIO MIJARES, GEORGE DE SANTOLO, ROBERTO

CASTRO, CARMEN FUENTES, FRANKLIN OVIEDO, HEIDI MORA, ZUHEYL GONZALEZ, MAURO CARRETA

*SERVICIO DE CIRUGÍA II HOSPITAL VARGAS DE CARACAS, CARACAS, VENEZUELA*

El sarcoma epiteliode, es una patología inusual de comportamiento agresivo. Se presenta caso de femenina de 32 años con aumento de volumen en brazo derecho, nódulos en muñeca, adenopatías axilares palpables y parestesias. Se realizó examen físico, pruebas de laboratorio, resonancia magnética, TAC de tórax y electromiografía de brazo derecho. Las biopsias de lesiones reportaron sarcoma epiteliode metastásico con invasión extracapsular. Se efectuó amputación del miembro superior y vaciamiento axilar derecho; la paciente recibirá quimioterapia y radioterapia. La revisión bibliográfica de esta variedad de sarcomas, evidencia una predilección de invasión a ganglios regionales, así como un alto grado histológico. Los principales factores pronósticos adversos, son el grado histológico y el tamaño tumoral. El tratamiento de elección es quirúrgico; asociado a radioterapia y quimioterapia. La tasa de sobrevida global a los 3 años es de 40 %.

### **P42. CONDROSARCOMA DE CÉLULAS CLARAS CON DIFERENCIACIÓN NEUROENDOCRINA: ESTUDIO CLÍNICO-PATOLÓGICO E INMUNOHISTOQUÍMICO DE UN CASO.**

EDDY VERÓNICA MORA, HUMBERTO PONTILLO, ALDO REIGOSA, EDUARDO CALEIRAS, MARÍA COBOS, JORGE MOSQUERA

*CENTRO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS Y BIOTECNOLÓGICAS DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO (CIMBUC). SERVICIO DE TUMORES MIXTOS, SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. INSTITUTO DE ONCOLOGÍA "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO" VALENCIA. VENEZUELA.*

**INTRODUCCIÓN:** A continuación presentamos un caso inédito en la literatura de

un condrosarcoma esquelético, variedad de células claras con diferenciación neuroendocrina. **CASO CLÍNICO:** Se trató de un paciente masculino de 56 años de edad, quien presentó una lesión localizada en cuerpos vertebrales L1, L2, L3, con extensión a tejidos blandos. Posteriormente desarrolló lesiones metastásicas en ambos campos pulmonares. Histológicamente se trató de una lesión lobulada, con células claras y escasa matriz extracelular de aspecto condroide. Los estudios inmunohistoquímicos demostraron positividad para proteína S-100, enolasa neuronal específica y antígeno de membrana epitelial. **CONCLUSIÓN:** La diferenciación neuroendocrina ha sido descrita en condrosarcoma mixoide extraesquelético. Este caso es único en la literatura de condrosarcoma de células claras con diferenciación neuroendocrina.

**P43. CÁNCER DE PRÓSTATA, INCIDENCIA, DISTRIBUCIÓN Y TRATAMIENTO EN EL INSTITUTO DE ONCOLOGÍA "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO".**

VILMA REBOLLEDO, NERY UZCATEGUI, ODOARDO POGGIOLY, MARÍA COBOS, JOSÉ TRUJILLO, WILMER RAMOS.

*SERVICIO DE TUMORES MIXTOS Y PARTES BLANDAS, INSTITUTO DE ONCOLOGÍA DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO, VALENCIA, VENEZUELA.*

**OBJETIVO:** Presentar la experiencia en el manejo de los pacientes con cáncer de próstata. **MÉTODO:** Estudio retrospectivo y descriptivo desde enero de 1999 hasta diciembre de 2002, de 55 pacientes consecutivos con el diagnóstico de cáncer de próstata, tratados por el Servicio de Tumores Mixtos y Partes Blandas del Instituto de Oncología Dr. Miguel Pérez Carreño. **RESULTADOS:** Se trataron 55 pacientes, referidos con diagnóstico de cáncer de próstata 54 y 1 como cáncer de recto cuya revisión de biopsia de lesión infiltrante de recto e inmunohistoquímica fue positiva para carci-

noma de la glándula. La máxima incidencia se registró entre los 71 a 80 años con 32,72 %. La clínica frecuente, el dolor óseo con un 21,81 %, seguida de la disminución del chorro urinario y la retención aguda de orina con un 18,18 %, con rectorragia y proctalgia en 2 pacientes. El PSA total fue mayor a 20 ng/mL en 70,90 % de los pacientes. La ecografía transrectal, describió un contorno irregular en el 90,90 %, y un volumen superior a los 30 mL en el 92,72 %. En la TAC abdominopélvica, el contorno irregular representó el 94,54 %, y la infiltración de la cápsula sólo el 25,45 %. El gammagrama óseo, se reveló que el 80 % presentaban lesiones metastásicas y el carácter de la lesión fue predominantemente osteoblástica en el 88,63 %. La mayoría fue estadiado como D1 32,72 % y D2 25,45 %. El adenocarcinoma representó 96,36 %, y la gradación histológica fue el Gleason 8/10 y 7/10 con un 58,48 %. El 92,72 % de los pacientes fueron tratados con bloqueo androgénico total, sólo un paciente presentó progresión de enfermedad. **CONCLUSIÓN:** El diagnóstico precoz y por consiguiente el tratamiento de la enfermedad confinada al órgano, influye de forma positiva en la calidad de vida, por lo que debe insistirse en este.

**P44. MANEJO DEL LIPOSARCOMA MIXOIDE.**

ALIRIO MIJARES BRÍÑEZ, ALBERTO PÉREZ MORELL, CARMEN MARÍA SUÁREZ, CARLOS ALBERTO PÉREZ, ANDRÉS VERA GIMÓN, PERFECTO ABREU, NINOSKA ESTANCA.

*INSTITUTO MÉDICO LA FLORESTA, CARACAS, VENEZUELA*

Los sarcomas de partes blandas son un grupo de lesiones heterogéneas que se originan en el tejido conjuntivo extraesquelético del organismo. Uno de los tipos más comunes de acuerdo a la literatura internacional lo constituye el liposarcoma. De estos el tipo más común lo constituye el liposarcoma mixoide; el cual es un tumor maligno de grado intermedio con un

potencial metastático apreciable y sintomatología relativamente silente. Presentamos el caso de paciente masculino deportista de 19 años, con esta lesión por lo menos de 5 años de evolución. Se planificó la resección local amplia compartamental anterior del muslo izquierdo, se realizó colocación de catéteres de braquiterapia en el mismo acto quirúrgico, al igual que se efectuó reconstrucción inmediata mediante el uso de colgajo de rotación miocutáneo del tensor de la fascia lata para cierre del gran defecto quirúrgico producido. Este paciente evolucionó en forma satisfactoria, no presentando complicaciones ni posoperatorias ni durante la colocación de braquiterapia y radioterapia externa, las cuales se iniciaron en este orden, 4 semanas posteriores a la resección. Actualmente se encuentra a dos años después del tratamiento libre de enfermedad. Se evalúan los factores pronósticos y se discute en el presente trabajo el manejo de estas lesiones.

### Salón de Pósteres

Sábado 16

Hora: 7:30 – 9:00 am

PRESIDENTE: DR. RAÚL BAFFI

SECRETARIO: DR. ESTEBAN GARRIGA G.

COMENTARISTA: DR. WILFREDO PERFETTI

#### **P45. TUMORES DE LAS GLÁNDULAS SUBMAXILARES: ESTUDIO DE 5 CASOS**

ANA OCHOA, FRANKLIN GARCÍA, J SAFAR

SERVICIO DE CIRUGÍA IV, SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS, CARACAS, VENEZUELA

Los tumores de las glándulas salivales son poco frecuentes, representan el 0,5 % al 3 % de todas las neoplasias; la glándula parótida es la más afectada (80 %) y seguida por la glándula submaxilar (10 %). Se estudiaron 5 pacientes en el Servicio de Cirugía IV del Hospital

Universitario de Caracas, entre 1992 y 2004, quienes presentaron tumores en la región submaxilar, no dolorosos, no asociados a sialoadenitis. En 4 pacientes la lesión se localizó en el lado derecho y en uno en el lado izquierdo; la edad osciló entre 17 y 61 ( $x = 36,4$ ). Los estudios imagenológicos mostraron lesiones sólidas. Además se les realizó punción aspiración con aguja fina; 3 casos (60 %) fueron reportados como adenomas pleomórficos, un caso (20 %) sospechoso de malignidad, y un caso fue insuficiente para interpretación diagnóstica. La resección de las lesiones se realizó a través de una incisión horizontal en piel paralelo de la rama mandibular, en el caso donde la citología reportó sospechoso de malignidad se realizó disección de cuello selectivo supraomohioidea modificada de las zonas II y III. El tamaño de las lesiones varió entre 2,6 cm y 5,5 cm, con un promedio de 3,46 cm. El estudio histológico reportó: 4 adenomas pleomórficos (80 %), 1 caso (20 %) glándula salival submaxilar normal asociado a schwannoma. En conclusión la punción aspiración con aguja fina es un método preoperatorio sensible para el diagnóstico de esta patología.

#### **P46. TUMOR PARDOS EN COLUMNA CERVICAL. INFRECIENTE COMPLICACIÓN DE HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

DAVID DUARTE BARRERA, FRANKLIN GARCÍA, ANA OCHOA, ERICK MONTILLA.

CÁTEDRA DE CLÍNICA Y TERAPÉUTICA QUIRÚRGICA "D", SERVICIO DE CIRUGÍA IV, SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS, CARACAS, VENEZUELA.

Los tumores pardos constituyen una rara manifestación del hiperparatiroidismo secundario, con una incidencia reportada a nivel mundial que oscila entre 1,5 % y 1,7 %. Las localizaciones más frecuentes de aparición, se limitan a la pelvis, costillas, maxilares y huesos

largos, siendo su hallazgo en la columna vertebral cervical algo casi excepcional, con muy pocos casos reportados en la literatura a nivel mundial. En nuestro país no se dispone de casuística similar. Describimos el caso de una paciente de 49 años de edad, con diagnóstico de insuficiencia renal por riñones poliquísticos hace 13 años, en hemodiálisis desde hace 7 años, quien acude por presentar tumoración en región anteromedial del cuello de crecimiento lento y varios meses de evolución. Un mes posterior a su consulta presenta fractura patológica de clavícula izquierda y cervicalgia intensa. Se le practican estudios paraclínicos: Ultrasonido de cuello, Rx de columna cervical, RMN de columna cervical; que revelan aumento de las glándulas paratiroides bilateral con contornos lobulados, flujo Doppler en su interior y bocio multinodular, fractura patológica de columna cervical en cuerpo vertebral de C3 y C4, e imagen tumoral en cuerpo vertebral de C3 y C4 de aproximadamente 4 cm de diámetro, respectivamente. Paratohormona: 2 622 pg / mL. Se le practica paratiroidectomía total más tiroidectomía total más biopsia con aguja gruesa de columna cervical por abordaje retrofaringeo, con los hallazgos anatomopatológicos de: hiperplasia paratiroidea, bocio multinodular y tumor pardo de columna cervical. Este caso ilustra, la presentación inusual de un tumor originado por un avanzado estado de enfermedad renal, que involucró un equipo multidisciplinario para su correcto manejo terapéutico.

#### **P47. RESECCIÓN AMPLIA DE TUMOR EPIDERMÓIDE TEMPORO FACIAL Y SU RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA.**

**ARGIMIRO RODRÍGUEZ, JUAN FUENTES, ALBERTO PÉREZ-MOREL, ANA VELÁSQUEZ, LUIS TRACANA, HERNANTROCONIS, PILKAN WARNER.**

*SERVICIO DE ONCOLOGÍA Y CIRUGÍA PLÁSTICA, HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. "LUIS RAZETTI" BARCELONA, ESTADO ANZOÁTEGUI, VENEZUELA.*

Los tumores del área de la cabeza corresponden un tercio a carcinomas epidermoides. El no tratar estos tumores con criterios oncológicos hace más difícil su manejo y complica la estrategia de resección y reconstrucción. Mostramos un caso que ilustra lo dicho anteriormente. Paciente masculino de 68 años por cuatro años presentó lesión ulcerada en región temporal derecha de bordes irregulares, sobreinfectada en algunas oportunidades y tratada como proceso infeccioso, sin mostrar mejoría. Acude a especialista quien realiza exéresis de la lesión, con colocación, un mes después, de injerto de 3 cm x 3,5 cm de diámetro. En dicha zona se apreciaba para el momento del injerto lesión fiable mamelonada irregular. Reporte de la biopsia: carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, borde profundo positivo. Presenta lesión de 10 cm x 12 cm, ulcerada con excrescencias que comprometen el ojo derecho. Acude a nuestro servicio cinco meses después donde es evaluado. Se decide resección quirúrgica amplia con el concurso de neurocirugía por el compromiso de duramadre y resección de tabla ósea craneana, así como de cirugía plástica para el apoyo en la reconstrucción inmediata con pectoral mayor ipsilateral. La evolución del paciente fue satisfactoria, reportando la pieza quirúrgica, carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, infiltrando partes óseas, grasa periorbitaria, seno frontal, márgenes libres. Actualmente libre de enfermedad. **CONCLUSIONES:** La resección local amplia implica en muchos casos el resecar estructuras de difícil acceso, requiriendo el concurso de otras especialidades. Esto es particularmente cierto en la cirugía oncológica de cabeza y cuello donde es necesario garantizar márgenes que comprometan estructuras intracraneales. Lo más importante es resecar la lesión y brindar cura al paciente con resultados estéticos funcionales. Las lesiones malignas deben ser manejadas por especialistas en el área sin subestimar los criterios oncológicos.



#### **P48. REMODELACIÓN DE COLGAJO DE PECTORAL MAYOR EN CARCINOMA EPIDERMOIDE DE CARA Y RESECCIÓN DE SEGUNDO PRIMARIO**

ARGIMIRO RODRIGUEZ, LUIS VÁSQUEZ, CESAR PACHECO.

UNIDAD DE MASTOLOGÍA Y ATENCIÓN INTEGRAL, BARCELONA, ESTADO ANZOÁTEGUI, VENEZUELA.

**INTRODUCCIÓN:** El tratamiento integral de las lesiones malignas requiere en muchos casos la reconstrucción con rotación de colgajos extensos que de manera inmediata no resultan cosméticamente bien aceptados, aunque funcionalmente muy adecuados. Es requerido por esto, su remodelación en un segundo tiempo, tiempo este que dependerá de la buena evolución, completa integración del tejido rotado, ausencia de recaída local de enfermedad así como aceptación por parte del paciente. **CASO CLÍNICO:** En este caso se trata de un paciente masculino de 68 años a quien se le realizó una resección amplia de carcinoma epidermoide que involucró, parte del hueso temporal, tabla externa de huesos parietal y frontal, duramadre, cavidad orbitaria derecha con su grasa y globo ocular así como parte de la mejilla. Se empleó para cubrir el defecto de forma inmediata colgajo pediculado de pectoral mayor ipsilateral, hubo buena evolución y a los tres meses se evidencia lesión contralateral en piel de la región cigomática izquierda que se biopsia y reportó carcinoma epidermoide, y es intervenido a las 18 semanas. Se realizó remodelación del colgajo con resección de tejido dermograso hasta reborde mandibular con cierre primario y resección local amplia de segundo primario contra lateral con cierre de defecto inmediato con avance de colgajo local. El resultado cosmético es aceptable, y la resección del segundo primario reportó carcinoma epidermoide con todos los márgenes libres. **CONCLUSIONES:** El manejo de la patología oncológica debe ser realizado por un equipo debidamente entrenado en la solución de sus

complicaciones y alternativas terapéuticas que brinden al paciente una opción confiable de éxito y satisfacción. La reconstrucción inmediata es una alternativa eficaz y válida siempre y cuando se tengan en claro los conceptos oncológicos de margen, en aquellos casos de resecciones muy amplias es necesario realizar segundos tiempos quirúrgicos para lograr efectos cosméticos y funcionales adecuados.

#### **P49. TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES EN REGIÓN CERVICAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO**

GEORGE DE SANTOLO, IGNAZIO TARONNA, CARMEN FUENTES, FRANKLIN OVIEDO, ROBERTO CASTRO, JARALAMPOS GIAGTZIDAKIS, ZUHEYL GONZÁLEZ, JENNY DEL RÍO, MAURO CARRETA.

SERVICIO DE CIRUGÍA II. HOSPITAL VARGAS DE CARACAS. VENEZUELA

Descrito originalmente por Abrikosoff en 1926 y considerado como un mioblastoma. También llamado neuroma de células granulares, neurofibroma de células granulares y schwannoma de células granulares. Es un tumor de diferenciación neural, distinto del neurofibroma y neurilemoma. **CASO CLÍNICO:** paciente femenina de 39 años quien presentó aumento de volumen progresivo en región latero-cervical derecha sin otros concomitantes. Antecedentes y examen funcional no contributorio. Examen físico: cuello con aumento de volumen en región lateral derecha, de aproximadamente 3 cm x 2 cm, en triángulo posterior del cuello, consistencia dura no dolorosa adherida a planos profundos, piel sin lesiones. Ganglios linfáticos no palpables. Ecosonograma concluye como fibrolipoma y el TAC cuello como adenopatía del triángulo posterior. PAAF negativo para malignidad compatible con fibrolipoma. Se realiza exéresis del tumor cervical. Hallazgos: Tumor de 4 cm diámetro adherido al borde posterior del

esternocleidomastoideo y al nervio espinal. Biopsia definitiva: tumor de células granulares. Infiltrando haces musculares y tejido adiposo.

#### **P50. MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DE RECIDIVA EN CUELLO CON DISECCIÓN RADICAL PREVIA BILATERAL**

ALBERTO PÉREZ-MORELL, ALCIDES BEAUJON, JUAN MANUEL FUENTES, FABIO DE LIMA, PERFECTO ABREU, VIRGINIA NAVARRETE

*CLÍNICA EL AVILA Y UNIDAD DE RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA GURVE, CARACAS, VENEZUELA*

**OBJETIVOS:** Presentar el manejo multidisciplinario de un paciente que presentó recidiva en cuello de un carcinoma epidermoide de lengua, con disección radical previa bilateral. El tumor se encontraba próximo a los vasos carotídeos. **MÉTODO:** Evaluación tomográfica y por eco Doppler del tumor. Resección y reconstrucción más colocación de catéteres de braquiterapia. **AMBIENTE:** Centro Privado Docente. Clínica El Avila e Instituto Médico la Floresta. **RESULTADOS:** Paciente reconstruido con colgajo miocutáneo de pectoral mayor. Recibió tratamiento de braquiterapia sin complicaciones, con buen resultado a largo plazo. **CONCLUSIONES:** El manejo multidisciplinario con toda la variedad de especialistas antes nombrados nos aseguró un adecuado manejo y sobrevida del paciente.

#### **P51. CONDROSARCOMA DE LARINGE. REVISIÓN DE LA LITERATURA Y PRESENTACIÓN DE UN CASO.**

JOSÉ LANDAETA VILELA, JOSE MUÑOZ CHIRINO, VERÓNICA CARDOZO RAMONES, ELSA RAMONES DE CARDOZO

*SERVICIO DE CIRUGÍA, HOSPITAL GENERAL "DR. ADOLFO D'EMPAIRE", CABIMAS, VENEZUELA*

El condrosarcoma de laringe es una de las neoplasias malignas de origen cartilaginosa menos frecuente dentro de la patología tumoral

laríngea. Su localización más frecuente es a nivel del cartílago cricoides, siendo raro que se origine en el cartílago tiroides o aritenoides. Presentamos un caso de condrosarcoma de laringe originado en el cartílago tiroides en donde se practicó laringectomía total y revisamos la literatura mundial con la finalidad de obtener mayor conocimiento acerca de este tipo de tumores y así ofrecer la mejor alternativa de tratamiento que produzca menor discapacidad para el paciente y disminuya la agresividad terapéutica y los índices de mortalidad por esta patología.

#### **P52. CARCINOMA SARCOMATOIDE DE LA GLÁNDULA TIROIDES. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

ROBERTO C. CASTRO, PEDRO GONZÁLES, CARMEN FUENTES, GEORGE DE SANTOLO, JARALAMPOS GIAGTZIDAKIS, FRANKLIN OVIEDO, HEIDI MORA, ZUHEYL GONZÁLEZ, MAURO CARRETA

*SERVICIO DE CIRUGÍA II DEL HOSPITAL VARGAS DE CARACAS, CARACAS, VENEZUELA.*

El carcinoma sarcomatoide de la glándula tiroides es un tumor raro, de curso rápidamente fatal y que no responde en forma favorable a ningún tratamiento conocido. Se presenta el caso de una paciente femenina de 64 años de edad quien consulta por disnea, disfagia y disfonía progresiva, con aumento de volumen en cuello de 4 meses de evolución posterior a tiroidectomía total que reportó leiomioma de tiroides. Se practicó examen físico, pruebas de laboratorio, radiología y tomografía de cuello y tórax, fibrobroncoscopia, gammagrafía tiroidea, endoscopia digestiva superior, ecografía abdominal, biopsia por aguja gruesa y se revisaron las láminas del espécimen de la tiroidectomía que reportó carcinoma sarcomatoide. Después de haber considerado al tumor como irreseccable se inicia tratamiento con radioterapia, sin obtener una respuesta favorable. La paciente fallece a los 38 días de su ingreso.

**P53. SARCOMAS DE CABEZA Y CUELLO**

JUAN FRANCISCO LIUZZI, ALIRIO MIJARES, ESTEBAN GARRIGA, ESTEBAN AGUDO, EDGAR BRITO, JUAN HERRERA

SERVICIO DE CABEZA Y CUELLO, HOSPITAL ONCOLÓGICO "PADRE MACHADO", CARACAS, VENEZUELA

**OBJETIVOS:** Evaluar el comportamiento de los sarcomas en el área de cabeza y cuello. **MÉTODOS:** Se evalúan retrospectivamente 24 pacientes evaluados y tratados en el Servicio de Cabeza y Cuello del Hospital Oncológico Padre Machado en un lapso de 20 años con diagnóstico de sarcoma de partes blandas de cabeza y cuello. **RESULTADOS:** El sexo predominante fue el masculino con 54,17 % y la edad preponderante fue la 6ª década de la vida. Veinte pacientes fueron sometidos a cirugía con 35 % de lesiones con márgenes microscópicamente positivos. Se aplicó radioterapia posoperatoria en 11 pacientes. El seguimiento promedio fue de 45,3 meses, con una recaída general del 40 %, siendo la recaída local la más frecuente. La tasa de supervivencia actuarial libre de enfermedad y la supervivencia global a los 5 años fue de 38 % y 82 %, respectivamente. Los factores pronósticos desfavorables más relevantes para recaída local fueron: tamaño tumoral mayor de 5 cm, márgenes de resección microscópicamente positivos, extensión a estructuras vecinas y un alto grado histológico. **CONCLUSIONES:** Una adecuada cirugía con resección completa del tumor, parece ser el mejor tratamiento para esta patología. La ubicación anatómica de los sarcomas de partes blandas en la región de la cabeza y cuello, juega un papel determinante en el pronóstico de estos pacientes.

**P54. CARCINOMA DE PARATIROIDES. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO**

REINALDO SALAS BELLO, GUEISY DELGADO, ISMAEL SALAS, JUAN HERRERA

SERVICIO DE CIRUGÍA 1, HOSPITAL VARGAS DE

CARACAS, CARACAS, VENEZUELA

**CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 30 años quien consultó por aumento de volumen en región antero inferior del cuello, no doloroso, debilidad muscular, anedonia, hiporexia, pérdida de peso de 10 kg, náuseas, vómitos, epigastralgia urente que no atenúa con omeprazol; y episodios de poliurea, nicturia, por lo cual acude. Antecedentes personales: litiasis renal e infecciones urinarias a repetición. Examen físico: TA: 150 – 110 mm Hg, FC: 88 ppm. Cuello: masa en región masa en región antero inferior derecha de 4 cm, renitente, no adherida, no dolorosa, sin adenopatías, ROT III-IV. Laboratorio: perfil tiroideo normal. Calcio: 18,60 mg/dL, PTH: 621 mg. Calcitonina: 38. Eco tiroideo: LOE ecomixto predominantemente quístico y nódulo mural sólido, hipervascularizado, con flujo a altas velocidades y baja resistencia, que sustituía la casi totalidad del lóbulo derecho de 6,49 cm x 2,63 cm x 3,72 cm. Tc SestaMIBI: aumento de la captación de la glándula paratifoidea inferior derecha. Se practicó lobectomía tiroidea derecha con excéresis de lesión de 6 cm x 5 cm, predominantemente quística con cápsula de color marrón rojiza con lesiones exofíticas tipo rosetas en su interior. Anatomía patológica concluye: carcinoma de paratiroides. **DISCUSIÓN:** El carcinoma de paratiroides constituye una entidad clínica rara como causa de hiperparatiroidismo primario (< 1 %), con igual frecuencia en ambos sexos, con una morbimortalidad asociada a la hipercalcemia más que a la carga tumoral. No tiene criterios de estadificación por lo infrecuente de las metástasis ganglionares. El diagnóstico es generalmente posquirúrgico. Por la rareza y lo fascinante de la entidad lo traemos a propósito de un caso.

**P55. CARCINOMA LINFOEPITELIAL DE PARÓTIDA. A PROPÓSITO DE UN CASO**

ALFREDO BORGES GARNICA, DANIEL VERDECCHIA, VERÓNICA MORA,

MARIALEJANDRA PÉREZ, NOELIA ABOU KHEIR

*INSTITUTO DE ONCOLOGÍA "DR. MIGUEL PEREZ CARREÑO", VALENCIA, VENEZUELA*

Los tumores de las glándulas salivales representan el 5 % de todas las neoplasias de cabeza y cuello. Por orden de frecuencia, afectan más a las glándulas mayores, apareciendo el 80 % en parótidas. El 10 % asientan en submaxilares, el 10 % en glándulas menores y menos del 1 % en sublinguales. A su vez, el 80 % de los tumores parotídeos y de glándulas menores son benignos, predominando el tumor mixto o adenoma pleomorfo. El carcinoma linfopitelial, es un carcinoma indiferenciado que se ha asociado a un estroma linfoide denso. Afecta predominantemente a glándulas mayores. La supervivencia a 5 años es del 60 %, considerándose factores de mal pronóstico: la anaplasia, la necrosis, la presencia de un elevado número de mitosis, y la existencia de ganglios cervicales voluminosos. El tratamiento más aceptado es la cirugía radical seguida de radioterapia. Pero, dada la escasa frecuencia de estas neoplasias, la valoración de la eficacia de este abordaje terapéutico deberá hacerse en el marco de un ensayo clínico multicéntrico. Se trata de paciente masculino de 58 años quien inició enfermedad actual en febrero de 2002 al presentar tumor en región preauricular derecho. Al examen físico se aprecia tumor en celda parotidea de 2,5 cm x 2 cm, móvil, no adherido a planos profundos, de consistencia firme. Sin adenopatías cervicales. Resto del examen físico sin particularidades. Se indica TAC cervical que reportó LOE hiperdenso hacia segmento anterolateral de celda parotidea derecha, sin evidencia de plastrón cervical. El 05 de febrero de 2002 se realizó PAAF que reportó población linfocitocitaria típica de aspecto reactivo con cambios degenerativos irregularmente distribuidos. El día 18 de abril de 2002 se realizó lobectomía superficial de glándula parótida con biopsia intraoperatoria diferida. Evolución

posoperatoria satisfactoria. La biopsia definitiva reportó carcinoma linfopitelial de parótida derecha (lóbulo superficial), sugestivo de lesión primaria sin descartar lesión mt. Se realizan estudios de extensión TAC nasofaringe y nasofibroscopia sin evidenciar otra lesión.

#### **P56. CARCINOMA PAPILAR PRIMARIO EN QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

YSMAEL VEGAS, JOSÉ GUBAIRA, WILFREDO PERFETTI, JUAN SCARTON, R. LÓPEZ, JOSÉ G LÓPEZ, VERÓNICA MORA

*SERVICIO DE CABEZA Y CUELLO, HOSPITAL ONCOLÓGICO "MIGUEL PÉREZ CARREÑO", VALENCIA, VENEZUELA*

El conducto tirogloso es una anomalía congénita resultado de la retención del tracto epitelial entre la tiroides, el foramen cecum y el piso de la faringe. La aparición de un carcinoma en el quiste del conducto tirogloso es rara, menor del 1 %. Hasta donde sabemos se han publicado 150 casos en la literatura internacional. Presentamos un caso de carcinoma papilar en un quiste del conducto tirogloso tratado en el Servicio de Cabeza y Cuello del Instituto de Oncología "Dr. Miguel Pérez Carreño" (centro de referencia nacional), el cual representa el único caso tratado en nuestro Instituto en el lapso comprendido desde 1986 y 2003, (17 años).

#### **P57. SCHWANNOMAS CERVICALES.**

ALIRIO MIJARES BRIÑEZ, CARMEN MARÍA SUÁREZ, CARLOS ALBERTO PÉREZ, ESTEBAN AGUDO LINARES, EDGAR BRITO ARREAZA, JESÚS FRANCO ANZOLA, JOSEPMILLY PEÑA.

*SERVICIO DE CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO, HOSPITAL ONCOLÓGICO "PADRE MACHADO". CARACAS, VENEZUELA*

Los schwannomas son tumores de los nervios periféricos originados a partir de las vainas neurales. Entre el 25 % y el 45 % de los

schwannomas extracraneales se localizan en la cabeza y el cuello. Estas lesiones son infrecuentes y suelen presentarse como masas cervicales solitarias asintomáticas. En este trabajo mostramos como ejemplo un schwannoma originado en el nervio vago. El diagnóstico preoperatorio puede ser difícil y la exéresis quirúrgica conservadora constituye el tratamiento de elección. Clínicamente es característica su movilidad en sentido lateral, pero no en la dirección del eje nervioso. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica y ésta es muy importante, ya que de su tratamiento se pueden derivar ulteriores secuelas neurológicas. Durante los últimos 20 años con los adelantos en la ultrasonografía, incluyendo en esta el efecto Doppler, la tomografía computarizada, la resonancia magnética nuclear y la posibilidad en ambas de reconstrucción en tercera dimensión; y en los últimos tiempos el uso del CT – PET, se llega a una alta aproximación diagnóstica. Debe de realizarse la resección tumoral completa ya que usualmente en la exéresis parcial hay una pérdida funcional nerviosa permanente en el 29 % de los casos y transitoria en el 43 %, puede observarse recidiva tumoral o inclusive hay reportes de transformación maligna en algunos casos.

#### **P58. SARCOMAS RADIOINDUCIDOS EN CABEZA Y CUELLO.**

ALIRIO MIJARES BRIÑEZ, MANUEL DA SILVA, CARLOS NUÑEZ, CARMEN MARÍA SUÁREZ, ESTEBAN GARRIGA, ESTEBAN AGUDO, LUIS GONCALVEZ, JESÚS FRANCO ANZOLA.

*SERVICIO DE CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO. HOSPITAL ONCOLÓGICO "PADRE MACHADO", CARACAS, VENEZUELA.*

El desarrollo de sarcomas durante el curso de tratamiento de una lesión maligna previa es inusual. El origen de estos tumores y los factores promotores de este son controversiales. Hay diversos reportes que afirman categóricamente la inducción de apariciones de sarcomas poste-

rior a administración de radioterapia. Pacientes curados de una lesión maligna tienen una significativa probabilidad de desarrollar otros tumores. Numerosas han sido las publicaciones han documentado la frecuencia de segundas neoplasias malignas asociadas con radioterapia en pacientes que han sobrevivido a su tumor primario. Hay muchos ejemplos que podemos mencionar de carcinogénesis en humanos posterior a irradiación: individuos que han sido tratados con radioterapia para espondilitis anquilosante, uso de rayos x en pacientes embarazadas, tratamiento de tiña capitis, uso de energía nuclear en conflictos bélicos, etc. El caso que describimos es un joven con antecedente de rhabdomyosarcoma alveolar en parpado inferior y diez y siete años más tarde; se presenta con leiomyosarcoma radioinducido a nivel etmoidal. Se discute su manejo y se revisa la literatura a partir de su descripción por Cahan y colegas en 1948.

#### **P59. LARINGOFARINGUECTOMÍAS: MODOS MÁS COMUNES DE RESTITUCIÓN DEL TRÁNSITO DIGESTIVO.**

ALIRIO MIJARES BRIÑEZ, CARMEN MARÍA SUÁREZ, CARLOS ALBERTO PÉREZ, ESTEBAN AGUDO, EDGAR BRITO, JOSEPMILY PEÑA, ALBERTO PÉREZ MOREL, JORGE CASTRO.

*SERVICIO DE CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO, HOSPITAL ONCOLÓGICO "PADRE MACHADO", INSTITUTO MÉDICO LA FLORESTA, CARACAS, UNIDAD ONCOLÓGICA "EL CRISTO", ESTADO VARGAS, CENTRO MÉDICO CAGUA, ESTADO ARAGUA.*

El carcinoma de laringe es una patología poco frecuente. La detección temprana y una adecuada valoración clínica del carcinoma laríngeo y de lesiones precursoras es fundamental para la curación y la preservación del órgano fonador. La combinación de quimioterapia y radioterapia presenta resultados comparables en término de sobrevivida con la laringectomía total más radioterapia y con la posibilidad de preservar la laringe. Sin em-

bargo, esta terapia de preservación laríngea no tiene los resultados esperados en todos los casos, ya que más del 30 % de los casos terminan en laringectomías de rescate, y de estas, hay un 5 % en el Hospital Oncológico Padre Machado, que invaden de alguna manera la hipofaringe y nos vemos en la necesidad de realizar faringolaringectomías, usando distintas modalidades terapéuticas, para restituir el tránsito digestivo. Se han desarrollado diversas técnicas en la reconstrucción de defectos de la hipofaringe y esófago cervical en los carcinomas de laringe avanzados. Desde un inicio se ha propuesto el uso del ascenso gástrico y transposición colónica. Posteriormente se desarrollaron conceptos como uso de colgajos pediculados, musculocutáneos con el uso del esternocleidomastoideo y pectoral mayor. La experiencia reciente ha incrementado el uso de colgajos microquirúrgicos para la reconstrucción, con la ventaja de estos últimos de ser más flexibles y ser poco voluminosos, para defectos importantes. La opción de reconstrucción depende no sólo de las necesidades de cubrir el defecto para restituir el tránsito digestivo superior, sino además de las condiciones propias del enfermo. Este trabajo resume algunos de los procedimientos más comúnmente usados en nuestras instituciones para efectuarlas.

#### **P60. MANEJO DEL CARCINOMA ADENOIDEO QUÍSTICO DE GLÁNDULA LACRIMAL**

ALIRIO MIJARES BRIÑEZ, ALBERTO PÉREZ MORELL, MANUEL DA SILVA, CARMEN MARÍA SUÁREZ, ESTEBAN AGUDO, JOSÉ MUÑOZ, JORGE CEBALLOS.

*SERVICIO DE CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO, HOSPITAL ONCOLÓGICO "PADRE MACHADO", CARACAS, VENEZUELA*

**OBJETIVO:** Evaluar el resultado de paciente con diagnóstico de carcinoma adenoideo quístico de la glándula del lacrimal tratado en varias fases de su enfermedad en un centro de especializado de cáncer de cabeza y cuello y

revisión de la literatura. **MÉTODO:** Se trata de paciente evaluada en hospital general donde se efectúa diagnóstico de carcinoma adenoideo quístico de la glándula lacrimal, donde finalmente es manejada en centro especializado. **RESULTADOS:** En una paciente de profesión peluquera, de 34 años de edad, quién consulta a hospital general a servicio de oftalmología por aumento de volumen en párpado superior izquierdo de varios meses de evolución. Es llevada en esa oportunidad a mesa operatoria y se le extirpa lesión en glándula lacrimal donde resulta ser un carcinoma adenoideoquístico de glándula lacrimal. La paciente decide por su cuenta consultar el servicio de cabeza y cuello del Hospital Oncológico "Padre Machado", donde por medios de estudios radiológicos y paraclínicos, hay lesión dentro del cono óseo orbitario que involucra el músculo recto externo y grasa periocular. Se decide planificar orbitectomía (resección craneofacial) más reconstrucción inmediata. Su manejo fue en conjunto efectuado por el servicio de cabeza y cuello, neurocirugía, cirugía plástica reconstructiva, terapia intensiva, psiquiatría y radioterapia oncológica. Evoluciona en forma satisfactoria y se encuentra 1 año después libre de enfermedad. **CONCLUSIÓN:** Este estudio subraya lo importante del manejo inicial de estas lesiones, ya que el pronóstico de los pacientes con esta histología en la glándula lacrimal es pobre. Debido a lo poca frecuencia de esta entidad, se decide presentar para ilustrar su manejo local.

#### **P61. RECONSTRUCCIÓN CELDA PAROTÍDEA CON COLGAJO DE ROTACIÓN DE MÚSCULO ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO. REPORTE PRELIMINAR.**

ALIRIO MIJARES BRIÑEZ, EDGAR BRITO ARREAZA, ESTEBAN AGUDO LINARES, CARMEN MARÍA SUÁREZ, CARLOS ALBERTO PÉREZ, ALBERTO PÉREZ MORELL, JOSEPMILLY PEÑA.

*SERVICIO DE CABEZA Y CUELLO, HOSPITAL ONCOLÓGICO "PADRE MACHADO", INSTITUTO MÉDICO "LA FLORESTA", CARACAS, CENTRO MÉDICO CAGUA, VENEZUELA*

**OBJETIVOS:** Evaluar la factibilidad de realizar y resultados cosméticos obtenidos al colocar el tercio proximal del músculo esternocleidomastoideo sobre la celda parotídea, una vez realizada la parotidectomía. **MÉTODOS:** Archivo historias médicas, estudio prospectivo, descriptivo. **RESULTADOS:** En los resultados preliminares que hemos obtenido, hay un total de 21 pacientes en este estudio, de los cuales hemos podido constatar que, en 17 de ellos que han podido ser seguidos, sólo 6 han presentado síndrome de Frey, en una forma leve, mientras que 16 de estos, tanto el médico especialista como el paciente se encuentran conformes con el resultado cosmético obtenido al rotar el músculo esternocleidomastoideo a el lecho parotídeo. En un paciente que se efectuó este procedimiento, refiere conformidad con su cosmesis, sin embargo, al ser evaluado por los especialistas de nuestro servicio, si bien fue cubierto el defecto en la celda de la glándula, presenta un hundimiento en el cuello, como resultado de la ejecución de este colgajo muscular. **CONCLUSIONES:** La rotación del músculo esternocleidomastoideo proporciona una mejoría notoria de la cosmesis cuando es efectuada, sobre todo en aquellos pacientes que presentan tumores mayores a 3 centímetros en la glándula parótida y esto contribuye a la satisfacción del paciente posoperatoria. Pensamos hay que desarrollar otros estudios para determinar en nuestro medio si ayuda a prevenir el síndrome de Frey, ya que este procedimiento no está asociado con un aumento en las complicaciones posoperatorias. Aunque hay autores que lo realizan en lesiones malignas de bajo grado, nosotros no lo recomendamos para este tipo de lesiones, ya que puede confundir al clínico o radiólogo en el seguimiento de estos enfermos.

## **P62. PAPILOMA INVERTIDO Y RECONSTRUCCIÓN MAXILAR, POSTERIOR A MAXILECTOMÍA. PRÓTESIS DE POLIETILENO.**

ALIRIO MIJARES BRIÑEZ, ESTEBAN AGUDO LINARES, NILYAN RINCÓN, CARMEN MARÍA SUÁREZ, FRANCISCO LIUZZI, JESÚS FRANCO ANZOLA, ALEJANDRO USECHE, MANUEL GORDON.

*SERVICIO DE CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO, HOSPITAL ONCOLÓGICO "PADRE MACHADO", CARACAS, VENEZUELA*

Se ha podido confirmar, que los papilomas invertidos son proliferaciones monoclonales, que tienen como propiedad común la tendencia a expandirse, destruir localmente y recidivar en aquellos casos donde no se ha efectuado una adecuada resección del mismo. Son tumores que suelen estar asociadas con malignidad, con el carcinoma de células escamosas, donde puede llegar hasta un 15 % de los casos. Afectan mayormente el antro maxilar en un 60 %. Hay un predominio del sexo masculino en proporción de 4:1, y suelen aparecer desde la cuarta década de la vida, con un pico entre la sexta y séptima década. La cirugía es considerada como la primera opción terapéutica, la radioterapia es indicada como adyuvancia cuando están asociadas a malignidad y también como tratamiento paliativo en lesiones extensas irreseccables. Su manejo es multidisciplinario, el otorrinolaringólogo, cirujano oncólogo de cabeza y cuello, odontólogo protesista, radioterapeuta, patólogo, nutricionista; que van a permitir el éxito del tratamiento. En el caso descrito, posterior a realizar la maxilectomía; la reconstrucción fue efectuada con una prótesis palatina y con malla de alta densidad de polietileno (POREX®), para mantener esta última el volumen del hueso malar. En el siguiente trabajo describimos a detalle la técnica usada.

**P63. MAXILECTOMÍA TOTAL CON PRESERVACIÓN DEL CONTENIDO ORBITARIO. RECONSTRUCCIÓN CON EL COLGAJO MICROQUIRÚRGICO DE RECTUS ABDOMINIS**

ALBERTO PÉREZ MORELL, JOAQUÍN LUGO, SANTIAGO SOSA, TELMA RUIZ, IRENE TROCONIS.

UNIDAD DE CIRUGÍA ONCOPLÁSTICA. INSTITUTO MÉDICO LA FLORESTA, CARACAS, VENEZUELA.

**OBJETIVOS:** Presentar la técnica quirúrgica y las ventajas en la reconstrucción con el colgajo de rectus abdominis libre luego de una maxilectomía con preservación de la órbita en una paciente de 16 años. **MÉTODOS:** Trabajo prospectivo y multidisciplinario. **RESULTADOS:** Reconstrucción inmediata con el colgajo libre de rectus abdominis luego de la resección oncológica de una maxilectomía total derecha con preservación del contenido orbitario. Se utilizó malla de titanio en el piso de la órbita. Anastomosis termino lateral entre la vena epigástrica inferior y la vena yugular interna, y anastomosis termino terminal entre la arteria epigástrica inferior y la arteria radial **CONCLUSIÓN:** El colgajo de rectus abdominis libre es el mejor método para la reconstrucción de defectos faciales grandes, permite trabajar con dos equipos quirúrgicos, y suministra suficiente tejido para rellenar cavidades faciales.

**P64. RESECCIÓN FRONTO-ORBITARIA Y RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA POR TUMOR MIXTO MALIGNO DE GLÁNDULA LAGRIMAL**

JOSÉ F. MATA, JULIO REY, JOAQUÍN PESTANA, ANA HOLLEBECQ, MARIE G. GARCÍA.

CLÍNICA ATÍAS. CARACAS, VENEZUELA

**INTRODUCCIÓN:** Los tumores de las glándulas lacrimales constituyen el 2 % de las neoplasias orbitarias. De 25 % a 40 % son de origen epitelial, siendo el carcinoma

adenoideoquístico el más frecuente de los tumores malignos. **CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 73 años de edad. Consulta por protrusión del globo ocular derecho, pérdida de la visión y queratoconjuntivitis purulenta. Se realizó resección fronto-orbitaria (craneofacial anterior) en bloque, que incluye piel, párpado superior, subcutáneo, plano muscular, segmento del hueso frontal derecho, techo, paredes lateral y medial de la órbita y su contenido, celdas etmoidales derechas y curetaje de las izquierdas y biopsia por congelación de todos los márgenes negativos, excepto de duramadre, por evidencia macroscópica de infiltración. Se procede a la reconstrucción inmediata para, lo cual, se coloca malla de titanio hipermaleable anclada con microtornillos para restituir hueso frontal, techo y paredes orbitarias. Rotación de colgajos de cuero cabelludo y nasogeniano para cobertura total del defecto producto de la resección. Injerto libre de piel de espesor parcial para cobertura del defecto de cuero cabelludo. Diagnóstico histopatológico: Tumor mixto maligno, con componentes adenoideoquístico y epidermoide, originado en glándula lagrimal, con infiltración a hueso frontal, pared orbitaria y duramadre. **CONCLUSIÓN:** Los tumores de las glándulas lagrimales son extremadamente raros. Los carcinomas adenoideos quísticos constituyen el tumor maligno más frecuente. Los modernos estudios de imágenes permiten hoy en día evaluar con precisión la extensión de los tumores de la región orbitaria en forma tridimensional. Los avances en los abordajes quirúrgicos craneofaciales y las técnicas de reconstrucción y la disponibilidad de sofisticados materiales protésicos, permiten amplias resecciones con mayores probabilidades de extirpar tumores extensos con márgenes adecuados y mejor control de los mismos, con resultados funcionales y estéticos más aceptables.