

Materiales y métodos: Estudio de concordancia de características operativas en dos cohortes: mamografía análoga y mamografía digitalizada. Técnica mamográfica estándar para ambos grupos. La interpretación realizada por tres radiólogos (BI-RADS), en placas impresas o sistema de radiología computarizada (CR). Se incluyeron pacientes con biopsia bajo guía estereotáxica y/o ecográfica.

Resultados: N = 228; 96 mamografías análogas y 131 digitalizadas. Prevalencia de cáncer de mama con sistema convencional: 19,7% con CR: 38,2% Sensibilidad con la mamografía convencional: 89,5% (IC95% 65,5-98,2) y VPP: 27,9% (IC95% 17,5-41); en el grupo digitalizado: 98% (IC95% 88-99,9) y VPP: 47,6% (IC95% 37,7-57,6). El área bajo la curva no mostró diferencias entre la mamografía análoga, 0,66 (IC95% 0,57-0,75) y la digital, 0,65 (IC95% 0,60-0,71) ($p = 0,9$).

Conclusiones: La digitalización puede incrementar ligeramente la precisión de la mamografía para el diagnóstico de cáncer de mama en comparación con el método análogo.

ANÁLISIS MORFOLÓGICO E INMUNOHISTOQUÍMICO DE CARCINOMA APOCRINO MAMARIO, INFILTRANT PURO Y MIXTO, ASOCIADO O NO A CARCINOMA IN SITU

Raúl García Toloza, Isidro Machado, Lisette Ruiz,
Antonio Llombart-Bosch

Grupo o dependencia: Universidad del Norte.

rgraciae@uninorte.edu.co

Introducción: El carcinoma apocrino mamario es una forma poco común con morfología propia, originado en ductos de la glándula.

Objetivo: Caracterizar morfológica e inmunohistoquímicamente el carcinoma apocrino mamario.

Materiales y métodos: n = 24 carcinomas apocrinos o con rasgos apocrinos, puros y mixtos, componente *in situ* asociado, para evaluar expresión inmunohistocímica del receptor de andrógenos (AR), receptor de estrógenos (ER), receptor de progesterona (PR), gross-cystic-disease-proteína (GCDFP-15), BCL2, KI67 y ERB-2 en áreas infiltrantes e intraepiteliales, estudiando amplificación genética ERB-2 en cromosoma 17 por FISH.

Resultados: 11 casos puros expresaron: AR (100%), ER (18%), PR (18%), GCDFP (63%), BCL2 (54%), KI67 (28%) y ERB-2 (28%) con positividad de GCDFP-15 (100%) en áreas *in-situ*. 13 tumores mixtos: AR (58%), ER (46%), PR (46%), GCDFP-15 (50%), BCL2 (33%), KI67 (58%) y ERB-2 (16%), con positividad GCDFP-15 (100%) en áreas *in-situ*. Las áreas *in-situ* expresan GCDFP-15 en todos los casos, con una reducción de la expresión en zonas de infiltración al 63 y 50% en tumores puros y mixtos, respectivamente.

Conclusiones: Los carcinomas apocrinos puros deben distinguirse de los mixtos mediante examen morfológico detallado y por perfil inmunohistocímico.

TASAS DE INCIDENCIA Y MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA EN BUCARAMANGA Y SU ÁREA METROPOLITANA EN EL PERÍODO 2001-2005

Sonia Osma Zambrano, Claudia Uribe Pérez

Grupo o dependencia: Centro de Investigaciones Biomédicas.

Grupo: Estudio Genético de Enfermedades Completas.

Línea de Investigación: Cáncer.

sosma3@unab.edu.co

Introducción: El cáncer de mama es un problema de salud pública a nivel mundial, conocer las tasas de incidencia y mortalidad en

nuestra región es prioritario para evaluar el estado de salud-enfermedad secundario de esta lesión tumoral.

Objetivo: Describir las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer de mama en las mujeres del Área Metropolitana de Bucaramanga (AMB) durante el primer quinquenio de funcionamiento del Registro Poblacional de Cáncer (RPC) del AMB.

Materiales y métodos: Los casos de cáncer de mama en mujeres, invasivos, primarios del período 2001-2005 se seleccionaron de la base del RPC-AMB. Los datos de población y mortalidad se obtuvieron del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Secretaría de Salud Departamental y Registraduría Nacional de la Nación. Se estimaron tasas crudas de incidencia (TC) y mortalidad (TMC) totales y específicas por grupos de edad y las tasas de incidencia (TEE) y mortalidad (TMEE) estandarizadas para el quinquenio 2001-05 por el método directo.

Resultados: Se identificaron 999 casos de cáncer de mama invasivo. Se excluyeron del análisis 11 pacientes después de completarse el segundo proceso de validación. La TC global fue de 37,8/ 100.000 mujeres y la TEE global fue de 38,9/ 100.000 mujeres. La tasa cruda global de mortalidad fue de 17,3 (TMC) y la estandarizada TMEE fue de 17,5/ 100.000 mujeres. La mortalidad acumulada a 5 años por cáncer de mama fue de 44,4% (IC95% 41,2-47,6). La sumatoria de tiempo de seguimiento de la cohorte fue de 72.520,6 meses o 6.043,4 años, con un rango intercuartil de 37,9-114,6. La tasa de mortalidad (densidad de incidencia) fue de 4,32 muertes por cáncer de mama invasivo por cada 1,000 mujeres meses de seguimiento (IC95% 3,9-4,8), siendo la densidad de incidencia mayor para las pacientes menores de 44 años con 4,55 (IC95% 3,61-5,73) y para las mayores de 65 años con 6,18 (IC95% 5,06-7,55).

Conclusiones: Este informe determina el alcance de las medidas de control del problema de cáncer de mama en nuestra región sugiriendo dificultades en el diagnóstico temprano y tratamiento adecuado. Las tasas de mortalidad por cáncer de mama en el AMB fueron mayores en los extremos de la vida, pacientes menores de 44 años y mayores de 65 años. Es necesario profundizar en los determinantes de mortalidad en estos dos grupos poblacionales.

LA FRACCIÓN P2ET, RICA EN GALOTANINOS, INDUCE LA EXPRESIÓN DE MARCADORES MOLECULARES DE MUERTE INMUNOGÉNICA Y TIENE ACTIVIDAD ANTITUMORAL EN EL MODELO DE MELANOMA MURINO B16

Alejandra Gómez Cadena, Claudia Urueña, Alfonso Barreto, Pedro Romero, Susana Fiorentino

Grupo o dependencia: Grupo de Inmunobiología y Biología Celular.

alexgo2005@gmail.com

Introducción: El melanoma maligno progresiona rápidamente, es metastásico y altamente resistente, haciendo que las terapias convencionales sean poco eficaces. Recientemente se demostró (Kepp et al. Cancer metastasis reviews. 2011;30:61-9) que las quimioterapias con antraciclinas son particularmente eficaces cuando hay activación de la respuesta inmune ya que hay tanto erradicación del tumor primario como de células residuales gracias a la inducción de muerte inmunogénica (MI). Esta muerte celular se caracteriza por externalización de calreticulina (CRT), movilización de la proteína *high mobility group box 1* (HMGB1) y secreción de ATP. Por otro lado, aunque la autofagia se ha asociado en algunos modelos con progresión tumoral, recientemente se ha mostrado que