

**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, INFLTRANT PURO Y MIXTO, ASOCIADO O NO A CARCINOMA IN SITU

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

**Grupo o dependencia:** Universidad del Norte.

rgarciae@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 inmunohistoquímica del receptor de andrógenos (AR), receptor de estrógenos (ER), receptor de progesterona (PR), gross-cistyc-disease-proteína (GCDFF-15), BCL2, Ki67 y ERB-2 en áreas infiltrantes e intraepiteliales, estudiando amplificación génica ERB-2 en cromosoma 17 por FISH.

**Resultados:** 11 casos puros expresaron: AR (100%), ER (18%), PR (18%), GCDFF (63%), BCL2 (54%), Ki67 (28%) y ERB-2 (28%) con positividad de GCDFF-15 (100%) en áreas in-situ. 13 tumores mixtos: AR (58%), ER (46%), PR (46%), GCDFF-15 (50%), BCL2 (33%), Ki67 (58%) y ERB-2 (16%), con positividad GCDFF-15 (100%) en áreas in-situ. Las áreas in-situ expresan GCDFF-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 inmunohistoquímico.

### 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 Complejas.

**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 progresa 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