

según el tipo de variable. Los análisis se hicieron en el software Stata 11.0.

Resultados: La media de seguimiento fue de 39,6 meses (min-max 1,2-250 meses). El promedio de edad de los pacientes con tumor Phyllodes de la mama es de 47,2 años (DE 12,4), el tamaño tumoral varió entre 1,0-18,0 cm con una media de 3,6 cm (DE 46,1). Según el análisis histológico, el 35% de los casos corresponden a Phyllodes benigno, 31,2% Phyllodes borderline y 33,8% (26) a Phyllodes maligno. El 7,8% de las pacientes (6 pacientes) presentaron progresión por la enfermedad, 2 de ellos con recaída local y los 4 casos restantes recaída sistémica, siendo el pulmón el sitio más frecuente con 3 casos. Una paciente progresó a sistema nervioso central. No se documentó progresión a hígado en ninguno de los casos. Recibieron radioterapia 23 pacientes correspondiente al 29,9% de los casos. 6 pacientes con Phyllodes borderline (6%) y 16 pacientes con tumor Phyllodes maligno (73,9%). En ninguno de los casos las pacientes recibieron quimioterapia sistémica de manera adyuvante. La tasa de sobrevida libre de enfermedad a 39,6 meses es de 84,4% y de sobrevida global de 94,5% con una pérdida de seguimiento del 7,8% (más de un año sin control oncológico).

Conclusiones: El manejo quirúrgico con márgenes quirúrgicos negativos y la Radioterapia en los casos de Phyllodes borderline y maligno constituyen el estándar de manejo de esta patología. Las tasas de sobrevida de esta cohorte son similares a las reportadas en otras series de la literatura mundial. El principal factor de riesgo encontrado para recidiva tumoral fue la presencia de márgenes positivos, la tasa de sobrevida global a 39,6 meses es del 94,5%

SUPERVIVENCIA SEGÚN PERFIL MOLECULAR DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA DEL INSTITUTO DE CANCEROLOGÍA-CLÍNICA LAS AMÉRICAS, MEDELLÍN, COLOMBIA

Héctor Iván García García, Rodolfo Gómez, Diana Montoya, Johana Ascuntar

Grupo o dependencia: Grupo de Investigación en Cáncer IDC.

higarcia@institutodecancerologia.com.co

Introducción: La supervivencia del cáncer de mama depende de factores como: estadio clínico, tamaño del componente invasivo, metástasis y ganglios linfáticos metastásicos, grado histológico de las células tumorales, invasión linfovascular, sobreexpresión del factor HER2, estado de los receptores hormonales en el tejido tumoral, edad de la mujer y su estado inmune, estado menopáusico y mutaciones BCRA 1 y 2, entre otros. La mayor supervivencia se ha reportado en el subtipo molecular luminal A, mientras que la sobreexpresión del HER-2 ensombrece el pronóstico; el peor desenlace se ha observado en quienes no expresan ninguno de los subtipos. El conocimiento del comportamiento y expresión de receptores hormonales y moleculares se usa para elegir la terapia pre o postoperatoria, lo que impacta la supervivencia gracias a terapias dirigidas a estos receptores. En Colombia poco se conoce de la supervivencia de las pacientes según los subtipos, lo cual permitiría diseñar planes terapéuticos específicos para las pacientes.

Objetivo: Estimar la supervivencia según los perfiles moleculares por inmunohistoquímica de las pacientes con cáncer de mama operadas en el Instituto de Cancerología-Clínica Las Américas de Medellín.

Materiales y métodos: Estudio de supervivencia de 400 pacientes con cirugía en 2009 y seguimiento hasta 2012. La clasificación inmunohistoquímica se hizo en cinco subtipos: luminal A, luminal B/HER2 negativo, luminal B/HER2 positivo, HER2 positivo y triple

negativo. Se estimó la supervivencia global, específica y libre de recaída para cada subtipo y variables del tumor y de la paciente mediante curvas de Kaplan Meier y regresión de Cox.

Resultados: La supervivencia global fue del 81,7% la supervivencia causa específica del 86% y la supervivencia libre de recaída del 72,6%. La distribución de los subtipos fue: luminal A (45,8%), luminal B/HER2 negativo (25,5%), luminal B/HER2 positivo (17,3%), triple negativo (6,8%) y HER2 positivo (4,8%). La supervivencia global según los cinco subtipos fue: HER2 positivo 73,7%, luminal B/HER2 negativo 80,4%, luminal B/HER2 positivo 87%, triple negativo 88,9% y luminal A 91,3%. Hubo diferencias con una mayor supervivencia en los subtipos luminal B/HER2 positivo y luminal A ($p = 0,02$).

Conclusiones: La clasificación realizada permitió identificar diferencias significativas entre los distintos subtipos en relación con las características generales de la población, las características clínicas del tumor, del tratamiento y de supervivencia. Los tumores de subtipo HER2 positivo y triple negativo presentaron una menor supervivencia así como características menos favorables en contraste con lo observado en los tumores con expresión de receptores hormonales.

COLECTA DE MUESTRAS DE TEJIDO E INFORMACIÓN ASOCIADA PARA REALIZACIÓN DE INVESTIGACIONES EN SALUD CON ÉNFASIS EN CÁNCER A TRAVÉS DEL BANCO NACIONAL DE TUMORES TERRY FOX (BNTTF) DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA E.S.E.

Antonio Huertas Salgado, Carlos Andrés Vega, Elizabeth Murillo, Germán Barbosa Serrano, Adriana Arciniegas, Luz Karime Osorio, Ángela Piraján, María Helena Escobar, Gustavo A. Hernández, Teresa Martínez, Enmilén González de Cancino, Carolina Wiesner, Natalia Olaya, Yolanda Yañez, Julieth Gómez, Marcela Castro Africano, Jehison Herrera, Martha L. Serrano López, Juan Carlos Mejía Henao

Grupo o dependencia: Grupo de Patología Oncológica.

ahuertas@cancer.gov.co

Introducción: El difícil acceso a muestras biológicas de calidad e información asociada, para realizar investigaciones en salud, es un problema actual que se solucionaría implementando y operando biobancos para investigación.

Objetivo: Operar el Banco Nacional de Tumores Terry Fox para crear y mantener una colección de muestras de tejidos e información asociada a partir de pacientes y visitantes del Instituto Nacional de Cancerología E.S.E.

Materiales y métodos: Entre 2011 y 2013 se captaron donantes con cáncer-(DC), donantes sin cáncer-(DCS) y supervivientes, quienes firmaron consentimiento informado-(CI) aprobado por el comité de ética institucional, aplicado mediante entrevista personalizada, así como una encuesta epidemiológica-(EE), incluyendo preguntas de identificación, información clínica, socio-demográfica, exposición a factores de riesgo, cáncer familiar y hábitos de vida. Se colectó sangre periférica, sin y con anticoagulante (EDTA, heparina, citrato de sodio), que se procesó en menos de 3 h, para obtener hemoderivados (plasma, suero y células blancas (CB) almacenados a -80 °C. De los DC se colectó tejido tumoral (TT) y tejido no tumoral (TNT) adyacente de ~0,5 cm³, preservados así: tejido fresco congelado (TFC) en nitrógeno líquido, congelación rápida en isopentano e inclusión en OCT, almacenado a -80 °C y tejido fijado en formalina embebido en parafina-(FFEP), almacenado a -4 °C. Estas muestras se procesaron en menos de 30 min; como control se realizó biopsia por congelación del tumor e impronta de cada fragmento,

evaluadas por dos patólogos. Todo se registró en el Software LIMS (LabWare-INC/ EEUU) implementado en el BNTTF, que anonimiza manteniendo la trazabilidad, mediante códigos de barras.

Resultados: Se captaron 2.065 donantes (1.263 DC, 727 DSC y 75 supervivientes). Se colectaron muestras e información del 87% (1.804) de estos. Se aplicaron 1.373 EE que corresponden al 67% de los donantes captados y el 33% restante no tiene EE. El 99% (1.353) de EE aplicadas se terminaron y 1% (20) restante no. De los 1.804 donantes con muestras, el 67% (1.209) corresponden a DC, 30% (541) a DSC y 3% (54) supervivientes, para un total de 20.096 muestras ($X = 11$ muestras por donante) agrupadas así: 71% hemoderivados (4.948 plasmas, 2.495 sueros y 6.811 células blancas), 21% fragmentos de TT (1.312 láminas, 1.490 TFC, 917 OCT y 508 FFEPs) y 8% TNT adyacente (475 láminas, 545 TFC, 410 OCT y 185 FFEP). El 67% de muestras provenientes de DC (7.676 hemoderivados, 4.173 TT y 1.610 TNT), 30% de DSC (5.988 hemoderivados y 59 otros) y 3% de supervivientes (590 hemoderivados).

Conclusiones: En el BNTTF, pionero en el país, se ha colectado TT, TNT y hemoderivados así como información asociada, que están disponibles para realizar investigaciones en salud con énfasis en neoplasias.

ASPECTOS EMOCIONALES Y SALUD SEXUAL EN MUJERES SOMETIDAS A TRATAMIENTOS POR CÁNCER DE MAMA Y SUS COMPAÑEROS SEXUALES

Luz Stella Bueno Robles, Virginia Inés Soto Lesmes

Grupo o dependencia: Facultad de Enfermería, Departamento de Enfermería Clínica.

stellita2012@gmail.com

Introducción: Los efectos adversos del cáncer y los tratamientos impactan negativamente la salud sexual y la dimensión emocional no solo a las mujeres, sino también a sus compañeros sexuales.

Objetivo: Determinar la relación de la salud sexual y el impacto de los tratamientos en mujeres que han sido sometidas a tratamientos por cáncer de mama y sus compañeros sexuales, y establecer cómo se relacionan con el estado de ánimo, la ansiedad y la depresión.

Materiales y métodos: Enfoque cuantitativo, corte transversal, diseño correlacional, muestreo no probabilístico, muestra de 103 mujeres sometidas a tratamientos por cáncer de mama y sus compañeros sexuales que cumplían con los criterios de inclusión. La muestra se recolectó en 5 ciudades del país (Bogotá, Cali, Medellín, Ibagué y Cartagena). Se aplicó el Questionario de Función Sexual —SFQ, Perfil de estado de ánimo y los inventarios de Ansiedad y depresión de Beck. Todos los participantes diligenciaron el consentimiento informado. El análisis estadístico se realizó a través de correlaciones y ecuaciones estructurales.

Resultados: La salud sexual de la díada está positivamente correlacionada ($r: 0,420$; $p: < 0,001$). En mujeres y sus compañeros sexuales, la salud sexual disminuye por el impacto experimentado por los tratamientos ($r: -0,623$; $p: 0,000$ — $r: -0,369$, $p: 0,002$ respectivamente). El estado de ánimo ($r: 0,501$; $p: 0,000$) y la depresión ($r: 0,309$; $p: 0,002$) lograron una correlación significativa entre la díada. Las ecuaciones estructurales mostraron que las emociones en las mujeres afectaron las emociones de sus compañeros sexuales ($\beta: 0,44$; $p: 0,001$) mientras que la Salud sexual de ellos condiciona positivamente la de ellas ($\lambda = 0,44$, $p < 0,001$).

Conclusiones: A nivel emocional las díadas presentan, por una parte, altos niveles de estados de ánimo negativos, por otra parte, desarrollan ansiedad y depresión siendo más evidentes en las mujeres. Las díadas (parejas) no alcanzan una salud sexual óptima

y experimentan un impacto significativo como consecuencia de los tratamientos oncológicos, siendo las mujeres las más afectadas. A nivel individual, la salud sexual de las mujeres es doblemente afectada tanto por el impacto que ellas experimentan como por la salud sexual de los compañeros, mientras que la salud sexual de los compañeros se afecta por el impacto que ellos mismos experimentan. A nivel de la práctica se propone un primer acercamiento a una propuesta de cuidado en el que se incluye al compañero sexual como parte fundamental del proceso de rehabilitación y calidad de vida de estas mujeres.

DETECCIÓN DE MUTACIONES EN EL GEN KRAS EN TEJIDO FFEP EN PACIENTES CON ADENOCARCINOMA COLORECTAL AVANZADO EN EL INC

Antonio Huertas Salgado, Schyrrly Carrillo, Yeny Alexandra Farfán, Natalia Olaya, Germán Barbosa Serrano, Jorge Andrés Mesa, Juan Carlos Mejía, Julieth Gómez, Marcela Castro Africano, Martha Lucía Serrano

Grupo o dependencia: Grupo de Patología Oncológica.

ahuertas@cancer.gov.co

Introducción: El análisis mutacional del gen KRAS realizado en tejido FFEP proveniente de pacientes con adenocarcinoma colorectal en estadio metastásico permite seleccionar candidatos a recibir terapia anti-EGFR.

Objetivo: Establecer el estado mutacional del gen KRAS en pacientes con adenocarcinoma colorectal avanzado o metastásico que asistieron a consulta en el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E, durante el periodo 2010-2011.

Materiales y métodos: Los pacientes autorizaron, mediante consentimiento informado, al grupo de patología oncológica del INC a realizar la prueba usando los kits: TheraScreen®/Kras/ (IVD/CE), que detecta 7 mutaciones en los codones 12 y 13 (DxS Diagnostics/Innovation) y Cobas®/Kras que detecta 19 mutaciones en los codones 12, 13 y 61 (Roche)/ (IVD/CE). Se seleccionó un FFEP por paciente, según indicaciones del fabricante, registrando además otras características. Se realizaron 116 pruebas (62-TheraScreen® y 54-Cobas®). Para TheraScreen®, el ADN se extrajo de ~8 cortes histológicos de 10 μm usando QIAamp®/DNA-FFPE Tissue kit/ (Qiagen) y se evaluó mediante ensayo control del kit (muestras con CTs diferentes a 24-28 se reprocesaron). Se usó el equipo LightCycler®/z480/ II y LightCycler®/Adapt-Software/ (Roche). Para Cobas® el ADN se extrajo de 1 corte de 5 μm usando COBAS®/DNA Sample Preparation kit/ (Roche), requiriéndose 2n g/ μl cuantificados espectrofotométricamente con Nanodrop®-UV-Vis/ ND-2000c. Se usó el equipo COBAS®/z480 con COBAS®/4800-SR2-V.2-Software/ (Roche). El EM: estado mutacional, se registró como MD: mutaciones detectadas, MND: mutaciones no detectadas y RI: resultado inválido.

Resultados: Se atendieron 105 (90,5%) pacientes INC y 11 (9,5%) no-INC, para un total de 116, de estos 51% eran mujeres y 49% hombres, con una edad promedio de 58 años. Las características del FFEP no afectaron la prueba independientemente del kit. En los pacientes INC el EM fue: RI 1% MD 53% y MND 46%. En los pacientes no-INC el EM fue: MD 37% y MND 63%. De los FFEPs seleccionados el 36% correspondían a biopsias y su EM (sin tener en cuenta el kit) fue: MD 21 casos y MND 21 casos, el 64% de casos restantes, eran resecciones quirúrgicas y su EM fue: RI 1 caso, MD 40 casos y MND 33 casos. El análisis por tecnología mostró que: el EM de los 62 casos TheraScreen® fue: MND 43,5% y MD 56,4% el EM para los 54 casos Cobas® fue: RI 2% MND 50% y MD 48% El EM de los 116 casos, sin correlacionar el kit, fue: RI 1% MD 54% y MND 46%.