

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](mailto: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, Emmilsen 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](mailto: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 capturaron 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  $-80^{\circ}\text{C}$ . De los DC se colectó tejido tumoral (TT) y tejido no tumoral (TNT) adyacente de  $\sim 0,5\text{ cm}^3$ , preservados así: tejido fresco congelado (TFC) en nitrógeno líquido, congelación rápida en isopentano e inclusión en OCT, almacenado a  $-80^{\circ}\text{C}$  y tejido fijado en formalina embebido en parafina-(FFEP), almacenado a  $-4^{\circ}\text{C}$ . Estas muestras se procesaron en menos de 30 min; como control se realizó biopsia por congelación del tumor e impronta de cada fragmento,