

Caracterización del melanoma lentiginoso acral en Cali en el periodo de 2003 a 2012

Ricardo A. Rueda Plata^{a,*}, Luis Eduardo Bravo^b, Paola Andrea Collazos^b

^a Departamento de Patología, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia

^b Registro Poblacional de Cáncer de Cali (RPCC), Departamento de Patología, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia

Correo electrónico: ricardo.rueda@correounivalle.edu.co (R.A. Rueda Plata).

Introducción: El melanoma es un tumor heterogéneo y altamente agresivo. Ha mostrado un aumento en su incidencia en las últimas décadas, el subtipo histológico menos frecuente es melanoma lentiginoso acral (MLA).

Objetivo: Comparar el comportamiento de los casos de MLA diagnosticados en una IPS de Cali con lo observado en la base de datos del RPCC durante periodo 2003-2012, y determinar características sociodemográficas del tipo histológico MLA, estimando la supervivencia a 5 años y los factores pronósticos.

Materiales y métodos: Estimar las tasas de incidencia, mortalidad, indicadores pronósticos y la supervivencia del melanoma lentiginoso acral (MLA). La información de los casos fue tomada de la base de datos del RPCC y de una IPS especializada en dermatopatología en Cali 2003-2012. Se estimó la supervivencia neta por el método de Pohar-Perme.

Resultados: Se incluyeron 608 casos de melanoma invasivo en el RPCC, de los cuales 162 casos corresponden a las muestras analizadas de la IPS. La incidencia de melanoma fue de 3,4 casos nuevos por cada 100.000 habitantes con un predominio hombre/mujer (3,8/3,1) por 100.000 habitantes. El espesor de Breslow fue menor de 1 mm (47,5%) de los tipos histológicos, y mayor de un 1 mm en el melanoma nodular (60,6%). El melanoma lentiginoso acral representó un 27% de los casos. La supervivencia relativa a 5 años en orden de frecuencia fue: melanoma extensivo superficial (93,7%), melanoma léntigo maligno (86%), melanoma nodular (63,2%) y melanoma lentiginoso acral (62,2%).

Conclusiones: El melanoma muestra una tendencia al aumento en su incidencia en la ciudad de Cali, es más frecuente en hombres que en mujeres. El melanoma lentiginoso acral tiene peor pronóstico que el melanoma nodular, incluso con un espesor de Breslow menor, lo que implica un comportamiento biológico agresivo.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccan.2017.02.068>

Programa de investigación: Análisis Genético Poblacional de Cáncer, Grupo de Citogenética, Filogenia y Evolución de Poblaciones, Universidad del Tolima

Rodrigo Prieto Sánchez^a, Mabel Elena Bohórquez^{a,*}, Ángel Criollo^a, Ana Patricia Estrada^a, Jhon Jairo Suárez^a, Carolina Ramírez^a, Alix Guevara^a, Jennyfer Dahianna Benavides^a, Carlos S. Duque^c, Alejandro Vélez^c, Jorge Mario Castro^d, Gilbert Mateus^d, Fernando Bolaños^e, Luis G. Carvajal-Carmona^{a,b}, María Magdalena Echeverry^a

^a Grupo de de Investigación Citogenética, Filogenia y Evolución de Poblaciones, Facultad de Ciencias y Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Tolima, Ibagué, Colombia

^b Genome Center and Department of Biochemistry and Molecular Medicine, School of Medicine, University of California, Davis, USA

^c Departamento de Patología, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia

^d Departamento de Patología, Hospital Federico Lleras Acosta, Ibagué, Colombia

^e Unidad de Patología, Hernando Moncaleano Perdomo, Neiva, Colombia

E-mail addresses: mebohorquez@ut.edu.co, mmecheverrydp@ut.edu.co (M.E. Bohórquez).

Introducción: Se busca identificar marcadores de cáncer en pacientes, familias afectadas y controles para elucidar aspectos genéticos y epidemiológicos de la enfermedad.

Objetivo: Probar marcadores de susceptibilidad y ancestría en casos, familias y controles sanos, para establecer relaciones entre genes, factores clínico patológicas e incremento del riesgo a fin de proponer un panel genético de diagnóstico.

Materiales y métodos: El programa contempla consideraciones éticas, de seguridad, ambientales, de aseguramiento, control de calidad, definición de sujetos de estudio, toma de muestras de sangre, tumores, saliva, ADN, GWAS, librerías genómicas, captura de exomas, genotipificación PCR alelo específica, análisis estadísticos utilizando pruebas de χ^2 y Odds ratio (OR), usando los algoritmos de los programas R y Plink 1.9.

Resultados: Más de 20 proyectos finalizados, 45 publicaciones internacionales, biobanco, red de apoyo, miembros fundadores de consorcios internacionales, COGENT, CHIBCHA, COLUMBUS.

Conclusiones: El programa de investigación ha permitido colaborar con el grupo que ha descubierto la mayor parte de marcadores genéticos asociados al cáncer colorrectal en Europa. Hemos liderado para Latinoamérica el proyecto CHIBCHA (<http://www.well.ox.ac.uk/CHIBCHA/>), con 2 tesis doctorales, 2 maestrías laureadas, primer y segundo puesto en congresos internacionales de cáncer gástrico, tesis doctoral, de maestría, primer puesto "Next Generation Innovation Poster Winners" UCDavis, 2014. 3. Carcinoma Glándula mamaria: Primer puesto INTERNATIONAL ETHNIC RESEARCH INITIATIVE (GSK ERI) 2011 CON LA PARTICIPACIÓN DEL INC, con 1 tesis laureada de maestría, The American Association for Cancer Research

(AACR), *Scholar-in-Training Award*, 2015. Cáncer de tiroides 1 tesis maestría laureada, 1 de doctorado, pasantías internacionales.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccan.2017.02.069>

Análisis genético del mestizaje y su relación con el carcinoma gástrico en casos y controles colombianos

Rodrigo Prieto Sánchez^a, John Suarez Olaya^a, Ángel Criollo Rayo^a, Alix Andrea Guevara Tique^a, Mabel Elena Bohórquez^{a,*}, Gilber Mateus^c, Fernando Bolaños^d, Alejandro Vélez Hoyos^e, Paul Lott^b, Luis Carvajal Carmona^b, Ma. Magdalena Echeverry de Polanco^a

^a Grupo de investigación Citogenética, Filogenia y Evolución de Poblaciones, Facultades de Ciencias y Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Tolima, Ibagué, Colombia

^b Genome Center, Department of Biochemistry and Molecular Medicine, School of Medicine-University of California, Davis. GBSF, 451 Health Science Drive Davis, California. 95616-8816. USA

^c Departamento de patología Hospital Federico Lleras Acosta Ibagué, Colombia

^d Unidad de Patología, Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, Neiva, Colombia

^e Laboratorio de patología Hospital Pablo Tobón Uribe, Laboratorio Dinámica, Medellín, Colombia
Correo electrónico: mebohorquez@ut.edu.co (M.E. Bohórquez).

Introducción: El cáncer gástrico presenta una variación en las tasas de incidencia y mortalidad entre regiones y grupos étnicos de una misma localidad.

Objetivo: Analizar el componente de ancestría en 124 casos colombianos con cáncer gástrico y 972 controles mediante la tipificación de 33.565 SNP autosómicos del panel UK biobank Axyom, con el fin de establecer las posibles relaciones de estos componentes con el riesgo de la enfermedad.

Materiales: Se obtuvieron 124 muestras de sangre de casos y 972 de controles sanos del consorcio CHIBCHA. La clasificación histológica del tumor se realizó según Lauren: intestinal (CGI), difuso (CGD) y mixto (CGM). Se genotipificaron 33.565 SNP autosómicos. Los componentes ancestrales se calcularon empleando el programa ADMIXTURE. Las medidas de resumen y los modelos multivariados se implementaron en lenguaje de R.

Resultados: Los hombres fueron diagnosticados con mayor frecuencia con CGI (54,7%), y en las mujeres fue CGD (58,3%). Los componentes ancestrales de nativos americanos, europeos y africanos fueron significativamente diferentes al comparar casos (0,46, 0,49 y 0,05) y controles (0,41, 0,52 y 0,07) con $p < 0,05$. Aunque los casos diagnosticados con los diferentes tipos histológicos del tumor presentaron ancestría nativa mayor que los controles (0,45, 0,47 y 0,48) en la regresión logística y multinomial, los coeficientes no fueron significativos.

Conclusiones: La ancestría nativa americana tiende a ser mayor en los casos con controles, y en cada uno de los subtipos de CG; se requiere un mayor tamaño de muestra para establecer el aporte real de dicho componente al riesgo de desarrollar la enfermedad.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccan.2017.02.070>

Localidad de residencia como posible determinante de la incidencia de cáncer de mama en la ciudad de Barranquilla

Rusvelt Vargas Moranth^{a,b,*}, Horacio Oliveros Gámez^a

^a Departamento de Salud Pública, Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia

^b Grupo de Investigación en Economía de la Salud, Universidad de Cartagena, Colombia

Correo electrónico: rvargas@uninorte.edu.co (R.V. Moranth).

Introducción: En la ciudad de Barranquilla no se dispone de información de tasas ajustadas de morbilidad, tal como ocurre en otras partes del país, con excepción de Cali y Bucaramanga. Sin embargo, desde hace 6 años, luego de la constitución del Registro Poblacional de Cáncer de Barranquilla, se han hecho avances importantes en la captura, procesamiento y análisis de los casos en la ciudad, por lo que se espera tomar esta fuente como referente para realizar un análisis más profundo en relación con la localidad de residencia, tomando en consideración posibles elementos relacionados que pueden ser determinados por el modelo de salud en la ciudad.

Objetivo: Determinar la influencia en la localidad de residencia como posible determinante de la incidencia de Camama en el Distrito de Barranquilla, durante el periodo 2008-2013.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo transversal-ecológico. Se analizó la información de 1.671 casos del Registro Poblacional de Cáncer en Barranquilla, con diagnóstico morfológico y lugar de residencia. Se estableció como variable dependiente el número de casos de Camama y como independiente la Localidad: Suroccidente (SO), Suroriente (SOR), Norte-Centro-Histórico (NCH), Metropolitana (Met) y Riomar (RIO). Se estimaron las tasas de incidencia ($\times 100.000$) según localidad.

Resultados: Promedio: 56,9 años (DE $\pm$ 13,5), 63% del régimen subsidiado. $\approx 70\%$ residían en localidades del sur (MET, SO y SOR). Se observaron diferencias significativas en los promedios de edad al momento del diagnóstico según localidad (F: 5,99; p: 0,0009) siendo mayores en las del norte (RIO: 59,9_{DE} $\pm$ 13,6 y NCH: 58,8_{DE} $\pm$ 13) frente a las del sur (MET: 54,1_{DE} $\pm$ 14,6, SO: 56,5_{DE} $\pm$ 13,8 y SOR: 56,4_{DE} $\pm$ 12,9). Las tasas de incidencia fueron mayores en RIO y NCH: 38,1 y 35 que en SOR (28,8), SO (24,4) y MET (16). No se observaron diferencias significativas por tipo histológico, el grado de diferenciación y metástasis ($p > 0,05$).

Conclusiones: Existen diferencias en las tasas de incidencia en las localidades, es posible explicar esta diferencia a una mayor solicitud de pruebas de tamizaje para detección de estas neoplasias al incremento real relacionado con aumento en otros posibles factores de riesgo. No se establecen relaciones de causalidad, y es necesario realizar