

# CONFERENCIA MAGISTRALES

## RESUMENES

### 4C. NUEVOS ESQUEMAS INTERNACIONALES EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

Gustavo Adolfo Moncada Paz, MD, PhD. Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas UNAH; Servicio de Cardiología, IHSS; Tegucigalpa.

La hipertensión arterial constituye la más frecuente alteración del estado de salud en el planeta. Se estima que un billón de personas la sufre. Sin embargo, su naturaleza es en la mayoría de los casos silente, por lo cual ha sido denominada "El Asesino Silencioso". En efecto, las enfermedades cardiovasculares a las cuales está vinculada la HTA son la causa número uno de muerte en países industrializados y en vías de desarrollo, entre hombres y mujeres adultos. De ahí que el correcto abordaje de la HTA constituye un reto de salud pública. Para un correcto tratamiento se requiere de un diagnóstico acertado no solo de la HTA, sino también, de los factores de riesgo asociados a la misma. No es para lograr alivio de los síntomas que debemos tratar la HTA, sino para evitar el daño a los órganos blanco, reducir el número de incapacidades transitorias y permanentes, evitar el deterioro de la calidad de vida y la muerte prematura. Grandes esfuerzos se han realizado en las últimas décadas para elaborar guías clínicas que sirvan al médico de atención primaria y a los especialistas para lograr el correcto abordaje de la HTA. En lo personal, consideramos que las Guías Europeas están mejor diseñadas, puesto que han logrado definir con claridad las categorías de severidad de la HTA, y además, proporcionan una visión integral del paciente en función de los otros factores de riesgo (Euro Score). Es importante identificar diferentes variantes de la HTA, tales como la HTA Sistólica aislada, propia del adulto mayor y la HTA Refractaria. La educación para lograr que la población en general adopte estilos de vida saludable, basados en una adecuada nutrición, ejercicio regular, y evitar hábitos tóxicos deben ser la estrategia más importante a implementar desde la secretaría de salud hasta cada nicho de trabajo de los trabajadores en el área de la salud.

**7C. ¿CUAL ES EL ESQUEMA ACTUALIZADO DE VACUNAS DE NIÑOS Y ADULTOS?** Ida Berenice Molina. Doctora en Medicina y Cirugía con especialidad en Salud Pública. Jefe del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) de la Secretaría de Salud de Honduras, Tegucigalpa.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) brinda recomendaciones anuales sobre el esquema de vacunación de rutina en niños, adolescentes y adultos para todos los programas de inmunización de los países, para algunas regiones del mundo, poblaciones en riesgo y para programas que cumplen algunas características, como niveles de cobertura de

vacunación. A la vez en la mayoría de los países existen Comités de Prácticas de Inmunización, que brindan recomendaciones nacionales, que pueden ser adoptadas o no por las autoridades nacionales de salud de los países. El establecimiento de un esquema de vacunación debe basarse en el análisis de aspectos políticos y técnicos como la prioridad política y de salud pública, carga de la enfermedad, eficacia, calidad y seguridad de la vacuna, otras intervenciones (incluidas otras vacunas), criterios económicos y financieros y aspectos programáticos y de factibilidad como características de la presentación de la vacuna y la capacidad de almacenamiento en la cadena de frío, oferta de la vacuna y desempeño del programa. Es un proceso que debe estar fundamentado en evidencia científica. Existen muchas vacunas disponibles y otras en desarrollo, pero no todas pueden ser introducidas a los programas nacionales de vacunación de los países. La Secretaría de Salud de Honduras, a través del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), oferta 15 vacunas para los niños, adolescentes y adultos, a través de la red de servicios de salud pública (incluye la seguridad social) de manera gratuita. Además el sector privado oferta vacunas que no forman parte del esquema nacional para la población que tiene acceso a dichos servicios. Actualmente se encuentra en proceso la introducción de dos nuevas vacunas al esquema nacional: vacuna de poliomielitis inactivada (VPI) para la población infantil y vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) para las niñas adolescentes de 11 años de edad.

**9C. TUMORES MAS FRECUENTES DE REGIÓN SELAR; TRATAMIENTO.** Osly Javier Vásquez Avila. Médico especialista en Neurocirugía. Hospital Escuela Universitario. Tegucigalpa

Los tumores de hipófisis representan de un 10 a 15% de las neoplasias intracraneales, la tercera más frecuente después de gliomas y meningiomas, la incidencia anual oscila entre 0.4 a 18.7 casos por 100,000. Muchos pacientes con estos tumores permanecen asintomáticos o no diagnosticados, la distribución por sexo es igual, la incidencia incrementa con la edad. El manejo de la patología de Hipófisis requiere de un equipo médico y quirúrgico experimentado, retraso en el diagnóstico y tratamiento resulta en secuelas permanentes. Tratamiento médico, quirúrgico y radiación pueden ser utilizados, el tratamiento quirúrgico es la primera opción en la mayoría de los tumores, provee descompresión de los nervios ópticos y resolución rápida del estado hipersecretorio, actualmente el abordaje ideal es vía transnasal endoscópica, en la presente revisión describimos la técnica y la experiencia en el Hospital Escuela.

### **11C. RADIOCIRUGÍA ESTEREOTÁXICA CON INFINI.**

Eduardo Lovo. Neurocirujano, Centro Internacional del Cáncer. El Salvador.

La radiocirugía estereotáxica cerebral con bisturí de rayos gamma es el gold estándar para el tratamiento de tumores del cerebro y una opción importante para el tratamiento de enfermedades funcionales y patologías vasculares, ya que permite entregar dosis altas de radiación a zonas precisas del cerebro. El Centro Internacional de Cáncer comenzó a utilizar su unidad de radiocirugía estereotáxica (INFINI) en marzo de 2014; en mayo del 2015, se alcanzaron los primeros 100 tratamientos. Se hizo una revisión de expedientes para determinar las características de los pacientes. Se encontró que de los 100 pacientes estudiados, 97 recibieron una sola sesión de radiocirugía y tres recibieron dos sesiones debido al tamaño de sus lesiones. El tiempo promedio entre los dos tratamientos fue de 132 días. Tres tipos de patologías fueron tratadas: tumores cerebrales (54.6%), alteraciones vasculares (24.7%) y patologías funcionales (20.6%). Al comparar los tres grupos de patologías no se encontraron diferencias en la procedencia, ( $p=0.153$ ) 24.7% fueron extranjeros, 75.3% salvadoreños y de estos 42.1% viven fuera de la capital; tampoco se encontraron diferencias en sexo, (56.7% mujeres,  $p=0.076$ ). Es importante destacar además que ~30% de los pacientes referidos pertenecen al seguro social. Estos pacientes son referidos debido a que no son candidatos a cirugías por su cuadro clínico complejo o porque sus patologías son refractarias a tratamiento médico o quirúrgico. La procedencia geográfica de los pacientes y el hecho de llevar sus controles principales en otros lugares, vuelve difícil el seguimiento a largo plazo, sin embargo, las instituciones y médicos referidores han informado sobre la evolución favorable de los pacientes. Hemos aprendido que el tratamiento es eficaz, pero que es necesario hacer un programa para dar seguimiento continuo a los pacientes.

### **13C. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO PARA PACIENTES CON SÍNTOMAS DE LA ANSIEDAD.**

Marshall H. Smith. Teniente coronel Ejército de los Estados Unidos de América, Doctor en Medicina, Psiquiatra Forense, Comandante del Elemento Médico Fuerza de Tarea Conjunta Bravo, Base Aérea Soto Cano, Comayagua, Honduras.

Muchas personas se presentan a la consulta médica de atención primaria o al servicio de emergencia con trastornos de ansiedad. La presentación inicial de la ansiedad puede ser confusa, y el médico puede tratar el síntoma sin reconocer la causa subyacente de la ansiedad. El diagnóstico diferencial de la queja principal del paciente por ansiedad es compleja y puede incluir los trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos de la personalidad, trastornos psicóticos, trastornos por consumo de drogas y otros trastornos relacionados. La obtención de una adecuada historia de la enfermedad actual permitirá que el médico

pueda reducir el diagnóstico diferencial para hacer un diagnóstico más preciso. Al igual que con otros diagnósticos, el tratamiento apropiado se basa en hacer un diagnóstico preciso. El objetivo de esta presentación es el de discutir los diagnósticos diferenciales de la ansiedad para facultar al médico hacer un diagnóstico más exacto con el fin de desarrollar un plan de tratamiento adecuado. Además, a los asistentes a esta conferencia se le proporcionará las herramientas para ayudar a decidir cuándo se requerirá referir al paciente a un proveedor de salud mental.

### **14C. LOS RAYOS Y LESIONES PRODUCIDAS POR EL IMPACTO DE LOS MISMOS.**

Robert D. Walkup, MD, PhD. Ejército de los Estados Unidos de Norteamérica, Cuerpo Médico de las Reservas, Cirujano de Vuelo, Elemento Médico, Base Aérea Soto Cano, Palmerola, Honduras, Doctor en Medicina, Texas Tech University Health Sciences Center; PhD, en Química Orgánica de la Universidad de Stanford, Estados Unidos de Norte América

El rayo es un fenómeno natural y común en todo el mundo, y una fuente importante de morbilidad y mortalidad en las personas que trabajan o juegan en el exterior. Esta conferencia discutirá los conocimientos actuales acerca de: 1) Las áreas geográficas del mundo con el mayor número de impactos de rayos, por lo tanto con los riesgos mayores de lesiones por rayos; 2) Los tipos de rayos y lesiones que por estos pueden ocurrir, 3) Cómo el proveedor médico debe de tratar las lesiones producidas por el rayo; 4) El pronóstico para las personas que han sido lesionados por el impacto de un rayo y, 5) Cómo disminuir el riesgo de impacto por un rayo. Conceptos clave en el enfoque para tratar a las víctimas por impacto de un rayo son el rescate inmediato de la respiración, incluso con un pulso débil, efectuando un "triage a la inversa", donde las víctimas que parecen estar en paro cardio respiratorio se les proporciona RCP aún cuando parece ser inútil.

### **15C. EBOLA: EXPERIENCIA Y LECCIONES APRENDIDAS.**

Michael D Owens DO, MPH, FAAEM, FACEP. Médico de Medicina de Emergencia, Director de Preparación Global para Emergencias y de Becas para Respuestas en caso de Desastres, Centro Médico Naval de Portsmouth, Portsmouth, Virginia, Estados Unidos de Norteamérica

La epidemia de Ébola en África Occidental (Liberia, Sierra Leona, Guinea y Nigeria) que infectó a decenas de miles de personas, con una tasa de mortalidad de aproximadamente 60%. Este brote desafió a la comunidad médica local, regional y nacional para prevenir una pandemia mundial. La respuesta mundial que involucro aspectos logísticos, epidemiológicos, de salud pública y las intervenciones médicas disminuyeron la propagación e inicialmente la contuvieron. Las experiencias y lecciones aprendidas despertó a la comunidad médica mundial sobre la fragilidad del sistema de respuesta de salud mundial y proporciona un patrón para hacer

frente a esta y futuras pandemias. Esta discusión de Ébola incluye lecciones aprendidas durante las fases iniciales del confrontamiento y el monitoreo mundial a la experiencia de primera mano como Coordinador Médico de una Unidad de Tratamiento de Ébola (UTE) en Monrovia, Liberia durante el pico del brote a la eventual declinación, y la contención del virus. Estas experiencias incluyen el rol de un planificador de desastres durante la propagación inicial, estudiante en el proceso de educación y entrenamiento, actuando como Coordinador Médico y asistencial en una UTE, miembro del grupo de laboratorio en Monrovia, y eventual instructor para los proveedores locales de salud y otros personal de servicios de salud y funcionarios de salud pública. El desarrollo y la propagación del virus del Ébola proporciona lecciones aprendidas incluyendo el envío de un mensaje eficiente de salud pública, como coordinar una respuesta local y mundial efectiva, el manejo adecuado de un paciente con Ébola, cómo dirigir una Unidad de Tratamiento del Ébola (UTE) de manera eficaz y segura, y las complejidades de coordinar a la comunidad global para una enfermedad tan altamente infecciosa. Esta presentación se basa en las experiencias que incluyen el desarrollo inicial del protocolo, entrenamiento, la creación de la política, y dos meses como médico Coordinador de una UTE en Monrovia, Liberia durante el apogeo y la declinación del brote.

**20C. ENFERMEDAD CHIKUNGUNYA: EPIDEMIA EN HONDURAS.** Denis Padgett Moncada. Médico Especialista en Medicina Interna, Maestría en Medicina Tropical. Médico Especialista del IHSS, Tegucigalpa.

Chikungunya es una enfermedad por arbovirus transmitido por los mosquitos *Aedes*. El virus fue aislado por primera vez en 1953 en Tanzania. Virus Chikungunya es un miembro del género *alfavirus* y la familia *Togaviridae*. La enfermedad por lo general consiste en una enfermedad aguda caracterizada por fiebre, sarpullido y artralgia incapacitante. Los vectores que la transmiten son *Aedes aegypti* y el *Aedes albopictus*. Las razones del surgimiento de Chikungunya en el continente americano se explican por el alto tránsito de personas a nivel internacional, la circulación del vector y una población susceptible al virus. Los mosquitos adquieren el virus a partir de un huésped virémico. Después de un periodo promedio de incubación extrínseca de 10 días, el mosquito es capaz de transmitir el virus. Después de picadas por un mosquito infectado, los síntomas aparecen entre tres a siete días (rango: 1–12 días). Las tasas de ataque en las comunidades afectadas por las epidemias recientes oscilaron entre 38% - 63%. Entre el 3% y el 28% de la población tienen infecciones asintomáticas. Los casos clínicos y asintomáticos contribuyen a la diseminación de la enfermedad. Se presenta la transmisión perinatal, los niños generalmente nacen asintomáticos y pueden iniciar síntomas entre el tercer y séptimo día de nacido, con una media de 4 días, presentando: fiebre (100%), dolor (100%), exantema (52.6%), edema periférico (78.9%) y petequias (47.3%). El diagnóstico diferencial de

la fiebre de Chikv es: leptospirosis, malaria, enfermedades exantemáticas de la infancia, primo infección por VIH, mononucleosis infecciosa, artritis reumatoidea juvenil, artritis pos infecciosa. Diagnóstico de laboratorio se realiza en sangre total: aislamiento viral y reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa reversa (RT-PCR) los primeros 5 días de la fiebre y serología a partir del 5º día. El tratamiento es sintomático y la prevención es el control del vector.

**22C. PACIENTE ONCOLÓGICO INFECTADO: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.** Denis Padgett Moncada. Médico Especialista en Medicina Interna, Maestría en Medicina Tropical. Médico Especialista del IHSS, Tegucigalpa.

Las infecciones constituyen una complicación frecuente en los pacientes con cáncer, aumentando la morbi-mortalidad, las infecciones pueden además generar cambios en los plazos y tipos de quimioterapia contemplados en el plan original del tratamiento oncológico y en consecuencia, influir en su resultado. Diversos factores contribuyen a aumentar el riesgo de infección en estos pacientes siendo primordiales los defectos de inmunidad humoral y celular debidos a la patología de base o secundarios al tratamiento citostático o radioterapia, la desnutrición, y los daños en las barreras anatómicas. En la década del 60 se concluyó que la intensidad y la duración de la neutropenia post quimioterapia era uno de los principales factores que relacionados con infecciones en los pacientes oncológicos. A inicios de los 70', la introducción de la terapia antimicrobiana empírica precoz trajo aparejada una importante disminución de la mortalidad por infecciones bacterianas. La mayoría de las infecciones en pacientes con cáncer y neutropenia son causadas por especies de la microbiota endógena, seguida en frecuencia por algunos patógenos adquiridos en el medio hospitalario, transmitidos por el aire o por los alimentos. En general, en este tipo de pacientes son más frecuentes las infecciones bacterianas, aunque también infecciones por hongos y virus son causa de enfermedad. Determinar el germen causal es importante para lograr administrar una terapia más racional y evitar la aparición de cepas resistentes por el empleo de un tratamiento antimicrobiano empírico de amplio espectro. Debe realizarse una evaluación cuidadosa de los pacientes, lo que permite ubicarlos en las categorías de bajo o de alto riesgo de desarrollar infecciones. De esta manera se recoge la información necesaria para elegir un tratamiento empírico inicial por vía oral o intravenosa, y un manejo extra o intrahospitalario de acuerdo a las características de cada paciente.

**23C. TRATAMIENTO DE HEPATITIS C: UN CAMBIO DE PARADIGMA.** Tito Alvarado Matute. Especialista en Salud Pública e Infectología. Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas, Tegucigalpa.

La Hepatitis C constituye un problema de salud pública mundial, causada por un grupo de virus descubiertos en 1989. Posteriormente, se describieron siete serotipos distribuidos

en el Mundo transmitidos a seres humanos, primordialmente por la vía parenteral. La infección es asintomática en 85% de los casos; pero su fase crónica produce cirrosis, insuficiencia hepática y hepatocarcinoma en 80% de las personas, considerándose la causa principal de trasplante hepático en Estados Unidos. Se calcula que a nivel mundial, existen más de 170 millones de infectados, que en su gran mayoría no se percatan de tenerla hasta que sobrevienen las complicaciones. En Honduras hay pocos estudios publicados que revelen el verdadero panorama de esta enfermedad; pero un estudio serológico en pacientes politransfundidos, reveló que 7.8% sufre la infección. El Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) recomienda a los nacidos entre 1945 y 1965 ("Babyboomers"), hacerse la prueba de hepatitis C, ya que en esta población, la infección es seis veces mayor que en nacidos en otras épocas. A quienes resultan positivos, se les ofrece terapias curativas, evitándose complicaciones muy onerosas para el país. En el manejo inicial, se utilizó Interferon no pegilado, solo o con Ribavirina, obteniéndose resultados poco satisfactorios. Entre 2001 y 2011, el tratamiento estándar fue Interferon pegilado y Ribavirina durante 48 semanas, dependiendo del genotipo viral implicado, obteniéndose respuesta viral sostenida (RVS) entre 40% y 50% para el genotipo 1, y entre 70% y 80% para genotipos 2 y 3. No obstante, la tolerabilidad a estas drogas era deficiente, induciendo efectos secundarios indeseables; particularmente la anemia hemolítica. Después de 2011, se inició la terapia triple con Interferon pegilado, Ribavirina y Telaprevir o Boceprevir en tratamientos relativamente cortos y con resultados de RVS entre 65% y 75%. En 2014, tratamientos con nuevos antivirales orales de vida media prolongada en dosis de 1 tableta al día (Sofosbuvir o Simeprevir, y Ledipasvir, Dasabuvir o Ombitasvir solos, o combinados con Ribavirina, durante 12-24 semanas de tratamiento), se logró RVS entre 90% y 100%. Considerando estos resultados tan satisfactorios, es posible declarar que este tratamiento constituye un nuevo paradigma, con evidencia científica cuestionable de que la hepatitis C es curable.

**25C. LEUCEMIAS, FACTORES DE RIESGO Y SOSPECHA PARA DIAGNÓSTICO.** Flora Duarte. Especialista en Medicina Interna, Hematología, Oncología. Directora Centro de Cáncer Emma Romero de Callejas, Tegucigalpa.

Los subgrupos que conforman la clasificación de Leucemias Agudas y Neoplasias mieloides (OMS 2008) son los siguientes: A.- Neoplasias Mieloproliferativas, B.- Neoplasias Linfoides y Mieloides asociada con eosinofilia y anormalidades de PDGFRA, PDGFRB, o FGFR1, C.- Neoplasias Mielodisplásicas / Mieloproliferativas, D.- Síndromes Mielodisplásicos, E.- Leucemia Mieloide Aguda y Neoplasias relacionadas, F.- Leucemias agudas de Linaje Ambiguo, G.- Leucemia Linfoblástica B /Linfoma , H.- Leucemia linfoblástica de Células T/ Linfoma. Los factores de riesgo son: Exposición a Sustancias Químicas, Tratamiento previo con Quimioterapia y Radioterapia, Infecciones Virales, Trastornos Hematológi-

cos previos. En el CCERC las leucemias representaron el 6.7% (630 casos) de todas las neoplasias diagnosticadas entre 1998-2013 (9,558), las leucemias linfoides constituyen 45% (283), Mieloides 50%(319) y las de tipo no especificado 5%(28), De las leucemias crónicas la más frecuente es la Leucemia Mieloide Crónica, este comportamiento se explica por el funcionamiento de un programa que beneficia con tratamiento a pacientes con esta patología bajo el apoyo de la Fundación Max. Actualmente se lleva a cabo un estudio retrospectivo: Caracterización Clínico- Epidemiológica de Pacientes con Leucemia Mieloide Crónica tratados en el Centro de Cáncer Emma Romero de Callejas 2003-2015, el cual evidencia los siguientes hallazgos: Predominio del sexo masculino en 53%, más de la mitad de los casos (56.81%) fue diagnosticado antes de los 44 años ,32% tenían antecedente familiar de cáncer, el 50% proceden de Cortés y Fco. Morazán, 64% son referidos de hospitales públicos, fatiga (19%) y pérdida de peso (15.5%) son los síntomas más comunes, los principales hallazgos laboratoriales fueron: leucocitosis (58%), disminución de la hemoglobina (39%) y trombocitosis (34%), en el 60.3% de los casos el tratamiento inicial fue imatinib, 77% ha tenido monitoreo molecular por PCR del cual dispone la institución desde el 2013, la supervivencia media es de 178 meses.

**26C. EMERGENCIA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO.** Cinthia Alejandra Aquino Mendoza. Especialista en Medicina Interna y Oncología Clínica. Medico Asistencial: Hospital General San Felipe, Hospital Medical Center y Hospital La Policlínica. Tegucigalpa

El Cáncer es la tercera causa de muerte a nivel mundial, es de vital importancia reconocer las emergencias oncológicas, ya que repercute en el tratamiento y pronóstico de los pacientes. Existen Emergencias Radioterapia, Oncológica, Hematológicas y Quirúrgicas. El Síndrome de Vena Cava Superior y Síndrome de Compresión Medular son inicialmente emergencias RADIO/ONCOLOGICA ya que las primeras 48 horas son críticas y la Radioterapia disminuye el riesgo de daño irreversible. Alrededor del 80% de las emergencias ONCOLOGICAS aparecen posterior a la quimioterapia en especial la neutropenia febril (presencia de fiebre mayor 38°C con presencia de neutrófilos menores de 1500 células /mm<sup>3</sup>) que requiere la tratamiento con unidad formadora de colonias además de cobertura antibiótica. El Síndrome de Lisis Tumoral (sustancias liberadoras de purinas alteran el metabolismo del ácido úrico, calcio fosforo provocando alteración hematológica, renal y esquelético). Dentro de las emergencias HEMATOLÓGICAS figuran trastornos de la coagulación como ser Síndrome de hiperleucocitosis, trombocitopenia inducida por heparina o por hemoderivados y anemias hemolíticas. Las emergencias QUIRÚRGICAS ayudan a paliar los síntomas como resolver la obstrucción intestinal y la realización de otros procedimientos traqueotomía, gastrostomía, colostomía, nefrostomía, colocación de sonda de derivación ventrículo peritoneal y sonda endopleural.

**27C. TUMORES DE OVARIO: MANEJO ACTUAL.** Andrés Alberto Coello Rodríguez. Cirujano Oncólogo. Hospital Regional Atlántida.

Los tumores ováricos tienen múltiples etiologías, las neoplasias benignas son los tumores ováricos más comunes. El examen clínico pélvico tradicional tiene un papel deficiente como herramienta de detección, el objetivo inicial y principal de las técnicas de imagen al evaluar una masa anexial es la diferenciación entre lesiones benignas y malignas. La ecografía Doppler color es la técnica de imagen de selección para la evaluación de las masas ováricas. Existen múltiples biomarcadores tumorales, el CA-125 se eleva en mujeres con cáncer ovárico tipo epitelial, la especificidad es baja en mujeres pre menopáusicas y la sensibilidad es limitada en estadios tempranos y no es común que se eleve en los casos de cáncer ovárico no epitelial. La patología ovárica tumoral es infrecuente en la edad pediátrica lo más frecuente es que corresponda a un tumor de ovario de origen germinal. El abordaje laparoscópico está siendo preferido, porque la mayoría de tumores ováricos suceden en edad reproductiva, el manejo de una masa anexial sospechosa es prácticamente siempre un abordaje quirúrgico. Debido al incremento en la persistencia y recurrencia de la enfermedad en pacientes con implantes invasores, el tratamiento debe ser quirúrgico radical. Los Cánceres de ovarios epiteliales de bajo grado, no requieren mayor tratamiento que el quirúrgico en los estadios Ia. El manejo quirúrgico debe ser cirugía cito reductora agresiva, incluyendo la estadificación. La resección completa, tanto del tumor primario como de las recurrencias, prolonga la supervivencia. En los grandes centros oncológicos ya se está implementando el uso de la laparoscopia como modelo estándar para el tratamiento quirúrgico de las neoplasias y disecciones radicales por estadije, sin perder los objetivos y mística del manejo quirúrgico por cáncer (óptimo y radical).

**30C. DISPOSITIVOS AUDITIVOS EN EL MANEJO DE LA SORDERA.** Lucas Arturo Zelaya Zaldaña. Audiología, Foniatría, Otoneurología, Centro audiológico Auris / Torre Médica Tepeyac, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

La hipoacusia es la discapacidad sensorial más discapacitante para el ser humano por que compromete actividades cognitivas vitales como es el desarrollo del lenguaje en los niños, adecuada función académica en niños y adolescentes, la relación con el medio y rendimiento laboral, protección contra el deterioro cognitivo y depresión de los adultos mayores por aislamiento social y no poder comprender las conversaciones de los adultos mayores. Cuando la hipoacusia es irreversible la opción es el uso de auxiliares auditivos para poder recuperar la audición perdida. La primera mención escrita de un aparato para las personas con dificultad para escuchar fue hecha por Francis Bacon en *Sylva Sylvarum: Una historia natural*, en 1,627 cuando menciona el uso de una trompeta. Girolamo Cardano fue el primero en

mencionar la conducción ósea para mejorar la audición en su libro *De Subtilitate* en 1,521. Los auxiliares auditivos han pasado en su desarrollo un proceso similar al del desarrollo tecnológico de la época por lo que los podemos dividir en cinco clases basados en la tecnología: auxiliares auditivos acústicos (no electrónicos), carbón, tubos de vacío, transistores y digitales. Desde un inicio existió la necesidad de hacer auxiliares auditivos más pequeños porque la persona hipoacúsica eran llamadas sordas y mudas y posteriormente se comparaba con estupidez, por eso aún hoy muchas personas no utilizan auxiliares auditivos para no sentirse estúpidas. Los auxiliares actuales más modernos cuentan con inteligencia artificial, amplificación dependiendo del ambiente en que se encuentre, conectividad para poder usar teléfonos celulares, ver televisión, escuchar música. Si no se beneficia de los auxiliares existen Implantes Cocleares para las pérdidas sensorineurales, Implantes osteointegrados para pérdidas conductivas, implantes de oído medio, Implantes de Tallo cerebral para problemas de la vía auditiva.

**32C-1. LEY ESPECIAL PARA EL CONTROL DEL TABACO.** Odessa Henríquez Rivas Especialista en Anatomía Patológica Decana Facultad de Ciencias de la Salud UNITEC. Tegucigalpa.

El tabaquismo es la principal causa prevenible de enfermedades crónicas no transmisibles; considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) un problema de Salud Pública. En éste contexto, entra en vigencia en febrero 2005 el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT). Diez años después, 180 países (90% de la población mundial), lo hemos ratificado. Los elementos claves del CMCT son 4: Publicidad, Promoción y patrocinio (Artículo 13) Impuestos y ventas libres de impuestos (Artículo 6) Exposición al Humo del Tabaco (Artículo 8) Empaquetado y Etiquetado (Artículo 11) La OMS ha establecido una estrategia de monitoreo de su cumplimiento e impacto en la salud denominada MPOWER, con meta análisis que han demostrado su efecto en la disminución del consumo del tabaco y las enfermedades relacionadas. En el año 2003 el Colegio Médico de Honduras organiza y lidera la Alianza Hondureña Antitabaco (AHAT); aglutinando y potencializando esfuerzos de diferentes instituciones, logrando la aprobación y vigencia a partir del 21 de febrero 2011 de la Ley especial para el control de Tabaco. Nuestra Ley contempla todos los elementos del CMCT, siendo el IHADFA la instancia gubernamental obligada a velar por su cumplimiento apoyada por otras Secretarías de Estado. La AHAT mantiene una actividad permanente en la socialización de la Ley y monitoreo de su aplicación, que a nuestro juicio no ha sido respetada en su totalidad y falta mayor control y aplicación de sanciones. Para el 2014 y 2015 la OMS impulsa la aplicación de aumento de impuestos y alto al comercio ilícito del Tabaco. Honduras tiene uno de los precios más bajos de cigarrillos en Latinoamérica (\$1.58 por cajetilla de 20 unidades) y reducida carga fiscal (36%) y por lo tanto el margen de ganancia de los más altos

en la región. La AHAT está trabajando en proyectos para aumento de impuestos, pues hay evidencia sólida del impacto de los precios sobre el consumo del tabaco.

### **32C-2. PREVENCIÓN DE RETINOBLASTOMA EN HONDURAS EN LOS ÚLTIMOS AÑOS IMPORTANCIA DE SU DIAGNÓSTICO TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN.**

Carlos Rene Maldonado. Especialista en Oftalmología, Sub-especialista en Oftalmología Pediátrica, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras

El retinoblastoma es el tumor ocular más frecuente en Oftalmología y ocupa el tercer lugar en tumores sólidos en pediatría lo cual conlleva a tener importancia para esta patología el diagnóstico temprano y oportuno para lograr la mayor sobrevivencia en los infantes. Por tal razón es de vital importancia para los médicos y la población en general el conocimiento de tal enfermedad y la educación en salud. En vista a lo anterior varias organizaciones como servicio de oncología pediátrica HEU la fundación para el niño con cáncer la secretaria de salud servicio de oftalmología pediátrica del Hospital Escuela Universitario se han dado la tarea de iniciar hace unos años una campaña de divulgación nacional para que toda la población conozca los signos más importantes para la sospecha de la enfermedad. Junto con la campaña se han iniciado los procesos educativos para médicos generales, pediatras y oftalmólogos con el fin de que obtengan el conocimiento de las principales signos y síntomas del retinoblastoma dando conferencias en los diferentes congresos, jornadas de actualización y talleres tanto de medicina general como de especialistas y así acortar el tiempo de diagnóstico y el inicio de tratamiento ya que disminuyendo este tiempo la posibilidad de sobrevivencia del paciente y de salvamento ocular aumenta por lo cual las campañas de concientización son de suma importancia en esta patología tanto para la comunidad médica como público en general y los resultados han sido halagadores en cuanto a tiempo y estadio de diagnóstico.

### **34C. IMÁGENES DIAGNÓSTICAS EN PATOLOGÍA MAMARIA.** Carlos Alberto Paz Haslam. Especialista en Diagnóstico por Imágenes. Diagnos, Tegucigalpa.

El cáncer de mama es el segundo cáncer más común en la población femenina de Honduras. La detección temprana del cáncer de mama con la utilización de métodos de imágenes ha sido realizada durante los últimos 50 años mediante la mamografía con sus proyecciones convencionales, es hasta el año 2000 que se introduce la mamografía digital en la que se combinan imágenes realizadas con detectores digitales con software para el mejoramiento de la calidad de las imágenes. En Honduras se ha utilizado con gran éxito el ultrasonido de mamas principalmente en el estudio de mujeres jóvenes o en aquellas mujeres que presentan un incremento de la densidad mamaria con gran valor para la determinación de lesiones quísticas, de las sólidas así como

un elemento valioso en el intervencionismo mamario. Desde el año 2004 se inician los primeros estudios de la mama con la utilización de la Resonancia Magnética, que de acuerdo a los criterios del Colegio Americano de Radiología es el método diagnóstico con mayor sensibilidad para la detección del cáncer de mama, su uso primario es resolver hallazgos no concluyentes de la mamografía, ultrasonido y el examen clínico, es de utilidad en mujeres con riesgo elevado de padecer de cáncer de mama y el método de elección en la patología mamaria en pacientes con prótesis mamarias. Desde el 2014 se inicia la realización de Tomosíntesis mamaria, que es un estudio realizado por un equipo que produce múltiples imágenes volumétricas que aumenta en un 40% de la detección de cáncer de mama, al evitar los artefactos que se producen en la mamografía convencional al realizar múltiples exposiciones de la mama evitando los artefactos por sobre-posición de las imágenes.

### **36C. CÁNCER DE CERVIX y VIRUS DE PAPILOMA.** Jessica Miliptza Zelaya. Ginecóloga- obstetricia y colposcopia. Centro de Cáncer Emma Romero de Callejas, Tegucigalpa.

El cáncer del cuello uterino tiene importancia médica, socioeconómica y humana; es el más curable, más fácil de diagnosticar, el más prevenible de todos los cánceres y el principal problema de salud pública de países en vías de desarrollo por no tener programas eficientes de tamizaje como PAP, Inspección visual con ácido acético, Pruebas de detección del ADN del Virus de papiloma, con el fin de reducir su incidencia que aumenta alrededor de los 35 a 40 años y reducción de la mortalidad. La infección por virus del papiloma humano presenta un problema multidimensional; de tratamiento complejo, no existe antiviral específico y todas las modalidades terapéuticas tienen alto índice de recidivas. Se transmite por contacto sexual, pero no se ha precisado el mecanismo exacto de infección a nivel de la interacción virus-célula del huésped. Es la infección viral más frecuente del aparato genital, asociado a lesiones precursoras o precancerosas, cáncer anogenital y orofaríngeos. Con factores de riesgo asociados como inicio temprano de vida sexual, promiscuidad, tabaquismo, nivel socioeconómico bajo, inmunosupresión, uso prolongado de ACO, exposición al dietilestilbestrol, Además depresión inmunológica, comportamiento reproductivo. Se han reconocido más de 100 genotipos de VPH que causan diferentes lesiones epiteliales. Cerca de 35 tipos de VPH se identifican en lesiones benignas y malignas de la región anogenital; 15 de estos se relacionan con cáncer de cuello uterino. Los virus más comunes de bajo riesgo oncogénico son los tipos 6 y 11 que causan las verrugas o condilomas acuminados y generalmente, se asocian con lesiones no invasivas, mientras que los tipos 16 y 18 de alto riesgo a gran potencial carcinogénico. Lo mejor es la prevención, modificación de conductas, y controles citológicos dependiendo de la exposición a los factores de riesgo.

**39C. CIRUGÍA ONCOLÓGICA EN HONDURAS. MI EXPERIENCIA.** Ángel Ernesto Argueta Aguilar. Especialista en Cirugía Oncológica y Cirugía General. Centro de Cáncer Emma Romero de Callejas y Honduras Medical Center; Tegucigalpa.

En 1975 regresé a Honduras después de finalizar mis especialidades en Estados Unidos de América, siendo el primer Cirujano Oncólogo colegiado en Honduras. En esos años la cirugía no era lo suficientemente extensa para el control apropiado del cáncer. Sin embargo, nos organizamos en grupos de especialistas para realizar los casos quirúrgicos y creamos Protocolos de Tratamientos. En Cáncer de Cabeza y Cuello fuimos los primeros en realizar Operaciones Comandos, Maxilectomías, Parotidectomías y Laringectomías con disección radical del cuello. En Cáncer de Mama se trataron inicialmente con Mastectomías Radicales ,pero actualmente realizamos Mastectomías Modificadas menos amplias y con iguales buenos resultados. El Cáncer de Esófago se trató con Esophagectomías y Sustitución Gástrica. En 1985 realicé la primera Hepatectomía Ampliada por Hepatocarcinoma. En Cáncer de Cérvix se llevó a cabo la Operación Wertheim. En Cirugía Pélvica, además de las Nefrectomías y Cistectomías Radicales ejecutamos las primeras Exanteraciones Pélvicas por cáncer de Recto, Vagina y Vejiga con extensión a los órganos vecinos. En casos de Cáncer avanzado de la Extremidades, fuimos los pioneros en la Resección Toraco-Escapulo-Humeral y la Hemipelvectomía. Para el Trasplante de Tejidos y Órganos, empleamos por primera vez la Microcirugía para la cual tomé cursos intensivos en Cuba y Estados Unidos de América. Así fue que llegó el 2 de Agosto de 1996 y se realizó el primer trasplante en un paciente con destrucción total de la Hemimandíbula Izquierda por un tumor Ameloblástico, el cual se resecó en una operación que se realizó en el Hospital Escuela trasplantándole un segmento vascularizado de la cresta ilíaca .La operación fue un éxito .

**41C. MANEJO DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES CON CÁNCER** Cecilia Carias. Médico Especialista en Psiquiatría, Hospital Mario Mendoza, Tegucigalpa.

El cáncer es considerado como una enfermedad grave y potencialmente mortal, y los pacientes con cáncer tienen que experimentar una constelación de desafíos, incluyendo el diagnóstico de cáncer, los efectos secundarios de los tratamientos médicos, trastornos del sueño, estrategias de afrontamiento, angustia emocional y los problemas que surgen en la familia. Por lo tanto, es bien reconocido que los adultos con diagnóstico de cáncer son vulnerables a la depresión y la ansiedad. Estos estados pueden interferir con el tratamiento del cáncer. Por ejemplo, los pacientes con depresión no tratada o ansiedad pueden ser menos propensos a tomar su medicación del cáncer y seguir buenos hábitos de salud, La

depresión y la ansiedad debe ser diagnosticada y tratada ya que esto puede ayudarlo a sobrellevar su tratamiento para el cáncer y mejorar su estado de salud en general. La recuperación de la depresión lleva tiempo, pero los tratamientos son eficaces. Los tratamientos más comunes para tratar la depresión incluyen: terapia cognitivo-conductual, Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina e Inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina. También el unirse a un grupo de apoyo, ofrece una importante oportunidad de compartir las emociones difíciles que está sintiendo, para aprender a sobrellevar la depresión y el cáncer junto a otros que están atravesando experiencias similares.

**42C. COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO.** Octavio Eduardo López Paredes. Médico Especialista en Psiquiatría, Secretario de Vinculación Asociación Hondureña de Psiquiatría, Médico Asistencial Hospital Mario Mendoza, Docente del Postgrado de Psiquiatría y Docente de la Facultad de Ciencias de la Salud UNITEC. Tegucigalpa.

Con el nacimiento de la psico-oncología en 1975, se empezó a enfatizar sobre los aspectos psicosociales, la prevención y comorbilidades del paciente oncológico. Dentro de las dimensiones de esta especialidad podemos encontrar la respuesta psicológica al cáncer del paciente, la cual se ve de diversas formas. Es amplio el espectro que incluye la relación del paciente oncológico, esto va desde la respuesta normal hacia la patología, la presencia de reacciones de adaptación al proceso, la génesis de sintomatología psiquiátrica hasta la aparición de los trastornos mentales. La prevalencia de la comorbilidad psiquiátrica en el paciente oncológico va desde un 15-30% para cualquier trastorno mental. Esta prevalencia aumenta en un 25% para los trastornos de ansiedad hasta un 62% para los trastornos afectivos depresivos con tienen dolor crónico. Aunque estas tasas de prevalencia son altas muchos de los pacientes oncológicos pasan desapercibidos por los médicos tratantes, solo el 6.2% son diagnosticados con comorbilidad psiquiátrica antes del alta. Es imperante que dentro del manejo terapéutico y paliativo de los pacientes oncológicos se maneje la parte de la salud mental para darle un mejor estilo vida al paciente. Para poder lograr esto el médico tratante debe de ser capaz de poder identificar las principales comorbilidades psiquiátricas en el paciente oncológico, las cuales pueden variar según el tipo de cáncer, el sexo del paciente, la edad, el tratamiento otorgado, el estadio del cáncer y su pronóstico. Dentro de las comorbilidades más frecuentes que encontramos son las siguientes: trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos del sueño, trastornos de adaptación y delirium. La detección de estas entidades y su manejo permitirá una mejoría franca en la salud mental del paciente y esto mejorara la forma de afrontar el proceso oncológico, evitara el abandono terapéutico y mejorara el apego al tratamiento.

**46C. TRATAMIENTO ACTUAL DE LAS METASTASIS CEREBRALES.** Lesbia Maria Rivera Rubi. Radio-Oncóloga. Hospitales Privados Grupo Angeles, México.

Las metástasis cerebrales una de las complicaciones neurológicas más frecuente relacionada con cáncer. En Estados Unidos de America se reportan 170,000 nuevos casos de cáncer de los cuales presentan metástasis cerebrales, de estos más del 25% de los casos corresponden a cáncer de Pulmón. El Sistema Nervioso Central es un sitio frecuente de metástasis por las siguientes neoplasias: cáncer de: pulmón, mama, endometrio, melanoma, riñón, cervix y Primario desconocido. Las localizaciones son: cerebro 58%, leptomeninges 21%, cerebelo 16%, nervio óptico 3% y cordón espinal 2%. La diseminación de las metástasis cerebrales es hematogena, a través del plexo de Batson. Importante es evaluar extensión de la enfermedad, el Karnofsky, número de metástasis (**única o múltiples**), Estatus neurológico, la edad de la paciente, sitio del Primario. El Tratamiento Quirúrgico se aplica en caso de : Metástasis única > 3cm, accesible, Karnofsky >70%, No haya enfermedad extracraneal, y la Radioterapia se aplica postoperatoria, Tratamiento de Apoyo: esteroides, anticonvulsivantes, protector gástrico. La modalidad de tratamiento con **RADIOTERAPIA** ó Radioterapia Estereotáxica, es una dosis alta de Radioterapia a un campo reducido en Acelerador Lineal o en Gamma Knife, según estudio de la RTOG (Radiotherapy Oncology Group) la Radio cirugía no mejoró la SV en metástasis cerebrales. **RS+RT A CRANEO VERSUS RT A CRANEO**, el beneficio de la Radio cirugía ó Radioterapia Estereotáxica, en metástasis única, residual posterior a Radioterapia a cráneo Total, No se ha visto beneficio en metástasis múltiples y en el caso de lesiones inaccesibles en tallo cerebral, por ejemplo. En los últimos 5 años **TEMOZOLAMIDA** (temodal), Alquilante oral de 2da generación, sintetizado en 1984 por Stevens y cols, Miembro de una familia de Tetrazinonas, Actividad medida en Tumores cerebrales (Astrocitoma) y Melanoma. **TEMOZOLAMIDA+RT A CRANEO** hay 4 ESTUDIOS Fase II 134 pacientes, 82% de los pacientes con CA de Pulmón, recibieron Temodal 75 mg/m<sup>2</sup>/ día+Rt a Cráneo Total 30 Gy en 10 Fracciones.+ 200mg /M<sup>2</sup>/día X 5 días cada 4 semanas por 6 ciclos., Versus Rt a cráneo Total 30 Gy en 10 Fracciones Respuesta 53% Rt +Temodal versus 33% para Rt sola. SV 8.3 versus 6.3 meses. **CONCLUSIONES:** 1.La incidencia de metástasis cerebrales incrementará los avances en el tratamiento de la enfermedad avanzada.2. Actualmente la Mediana de SV sigue siendo pobre.3. La mayoría de los oncólogos consideran que tratar mets cerebrales es para mantener la función neurocognitiva y la función neurológica.4. Temozolamida es un medicamento novedoso, de fácil administración, farmacocinética previsible y biodisponibilidad bien conocida, resulta muy promisorio.

**47C. CÁNCER DE PENE Y TESTÍCULO: DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO.** Robert A. Gernat. Cirujano Urologo. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa.

Existen diversas lesiones pre malignas en pene. Cuerno cutánea, es una protuberancia producida por una carnificación del epitelio de una lesión preexistente en la piel. Asociado con el Papiloma virus Humana tipo 16. La esclerosis liquen también conocido como balanitis esclerótica obliteran. Sus síntomas incluyen dolor, prurito, sangrado y disminución del chorro urinario. La leucoplaquia se presenta como placas blanquecinas incluyendo el meato uretral. La papulosa Bowenoides, es una enfermedad popular en el cuerpo del pene en el hombre joven. El condiloma acuminatum es una lesión papulomatosa, que generalmente se considera benigna. Está asociado con el carcinoma escamoso. El carcinoma verrugosa (Busck-Lowenstein), es un condiloma grande que invade tejidos adyacentes. Histológicamente no hay cambios de malignidad. Carcinoma in situ: Eritroplasia de Queyrat. Es un carcinoma de células escamosas in situ en el glande y prepucio, rojizo, con márgenes bien definidos. La enfermedad de Bowen (CCE) in situ está localizado en el cuerpo del pene. El carcinoma de células escamosas invasivo ocurre principalmente en la cavidad prepucio en hombres no circuncidados mayores. La circuncisión en el neonato elimina el riesgo del desarrollo invasivo del carcinoma de células escamosas (CCE). Los riesgos adicionales relacionados con dicha enfermedad son: pobre higiene, tabaquismo, fimosis, número de parejas sexuales. Se presenta como una ulcera que no se cicatriza, pápula, masa indurada o de crecimiento exofítico. La tardanza de su diagnóstico es común. La tomografía computarizada y resonancia magnética son muy útiles para obtener información adicional. El cáncer de testículo se puede clasificar histológicamente. Su diagnóstico se puede tardar hasta 5 meses desde el inicio de la enfermedad hasta llegar al diagnóstico. Los tumores a veces se confunden por hernias, hidroceles, espermatoceles, orqui-epididimitis y trauma. El ultrasonido es el estudio importante de primera elección para investigar estos casos. Los síntomas y signos más frecuentes en pacientes con cáncer de testículo son una masa indolora o inflamación, dolor más masa o inflamación, historia de trauma, ginecomastia o sensibilidad de mamas. Los marcadores tumorales que existen para ayudar con el diagnóstico mencionamos los 2 principales: oncofetoproteína (AFP y BGCH), enzima deshidrogenasa láctica, y la fosfatasa alcalina de placenta.

**49C. FRACTURAS VERTEBRALES POR OSTEOPOROSIS. VERTEBROPLASTÍA Y XIFOPLASTÍA COMO ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO.** Isai Gutiérrez Andino, Hospital Escuela. Honduras Medical Center.

Las metástasis son los tumores más frecuentes que involucran la columna. Más del 10 % de los pacientes con cáncer tendrán metástasis espinales epidurales en algún momento

.Entre 5 y 10 % de los pacientes con tumores malignos debutan con síndromes de compresión medular. Las rutas de metástasis son vía arterial, venosa, a través del plexo epidural de Batson y por propagación directa. La diseminación usual es hacia el cuerpo vertebral con epicentro anterior. Menos usual es el compromiso de los elementos posteriores. La gran mayoría de las metástasis son epidurales. Sólo 2-4 son intradurales y apenas 1-2 % intramedular. El 80 % de las metástasis se origina de Pulmón, mama, Gastrointestinal, próstata, melanoma y linfoma. El dolor es la más común forma de presentación, ocurre en 95 %. Pueden haber síntomas motores, disfunción autonómica y otras como fracturas e hipercalcemia. La mayoría de los tratamientos reducen el dolor. La cirugía y la radioterapia en casos seleccionados pueden preservar la deambulación y una mejora modesta en la sobrevivida pero sobretodo la calidad de vida. Los estudios que se utilizan son las radiografía simple que muestran lesiones osteolíticas. El estudio de elección es la resonancia magnética que no es invasiva y la tomografía que dan excelente detalle óseo. El manejo incluye uso de dexametasona que reduce el dolor en el 85 % de los casos. Las indicaciones de cirugía incluyen tumor primario desconocido, inestabilidad de la columna vertebral, déficit neurológico debido a compresión o deformidad de la columna, tumor radiosensible, recurrencia después de radioterapia y rápido deterioro neurológico. Las contraindicaciones relativas incluyen tumores muy radiosensibles, parálisis total de más de 8 horas de evolución. Expectativa de vida menor de 3 a 4 meses. Múltiples lesiones, múltiples niveles. La vertebroplastia reduce el dolor en 85 % de los casos.

**50C. FACTORES DE RIESGO PARA MELANOMA.** Johana Guicel Bermudez Lacayo. Médico Especialista en Medicina Interna, Especialista en Dermatología, Master en Salud Pública, Docente Titular III UNAH, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Hospital y Clínicas San Jorge

La incidencia de melanoma ha incrementado (300% en los últimos 40 años), y si continúa aumentando al ritmo actual, en el plazo de diez años el riesgo a lo largo de la vida será superior a 1 por ciento. El aumento de la incidencia del cáncer cutáneo no se debe a mayor detección de casos, sino a un incremento verdadero y la diversidad de factores de riesgo como ser aumento de la longevidad de la población, agresividad del medio ambiente contra la piel y de un estilo de vida no saludable. Nuevos patrones de belleza que someten la piel a exposición solar. La exposición a la radiación ultravioleta sobre todo la exposiciones solar aguda, los factores hormonales, el uso de estrógenos y prostagenos por la estimulación de la melanogenesis. El género femenino a mayor edad, los antecedentes familiares de melanoma aumenta doble de desarrollar melanoma en comparación con los que no tiene antecedentes y los pacientes piel tipo I y II tiene sensibilidad solar exagerada y mayor facilidad para quemaduras y las efélides, la inmunosupresión como pacientes trasplantados, en tratamiento con agentes inmu-

nosupresores, VIH, los nevos melanocíticos según el tipo, tamaño, número y localización. Síndrome del Nevus displásico tiene 100 veces mayor riesgo, Xeroderma Pigmentoso es un condición genética autosómica recesiva y un nivel socioeconómico bajo son los factores de riesgo más asociados a al desarrollo de Melanoma. El principal factor de riesgo modificable es la exposición solar. Es primordial tomar medidas educando a la población sobre la protección solar y promover el autoexamen de la piel, mediante la regla del melanoma ABCDEF (Asimetría, Bordes, Color, Diámetro, Evolución, Fragilidad capilar), especialmente en pacientes con antecedentes familiares o personales de Cáncer.

**52C. CÁNCER EN LA TERCERA EDAD, ÉTICA Y DECISIONES.** Flora Duarte. Medicina Interna, Hematología, Oncología. Directora Centro de Cáncer Emma Romero de Callejas, Tegucigalpa.

La población geriátrica va en aumento a nivel de la población mundial. En Honduras en el año 2015, la población geriátrica es de 597 mil, que representa un 7% de la población total; para el año 2,030 será de 1 millón. Más importante que la edad es el estado físico, y emocional de los pacientes. Lo debemos de ver en un todo por los cambios que sucedan según el cáncer que padecen y la respuesta al tratamiento, el incremento del cáncer va asociado al daño del DNA y disminución de las defensas. Carcinogénesis es un proceso que consume tiempo y por lo tanto aumenta con la edad. La Farmacocinética del paciente mayor es alterada produciendo mayor toxicidad de los medicamentos, asociado a los múltiples medicamentos que ellos toman. Para tener un diagnóstico más temprano debemos valorar las enfermedades comórbidas que tiene. Antes de indicar quimioterapia debemos de tener una evaluación geriátrica completa que incluye el examen sistémico de vida del paciente que influye en la enfermedad y los resultados que vamos a obtener, evaluando costo-efectividad y no hacer procedimientos innecesarios ni heroicos que dejan, un alto costo económico y sufrimiento en el paciente y sus familiares. Hay pruebas especializadas para determinar la actividad del diario vivir y condiciones médicas severas no relacionadas con el cáncer y las producidas por el tumor, los síntomas geriátricos, el abuso y el abandono que sufren por parte de familiares. En el Centro de Cáncer Emma Romero de Callejas de 1998 a 2013 se han atendido 3124 pacientes geriátricos, 1801 mujeres y 1323 hombres, que han recibido tratamientos exitosos y pacientes que fueron dados de alta en otras instituciones.

**56C. CÁNCER DE PULMÓN. DE LA RADIOGRAFÍA SIMPLE AL PET/CT.** José Luis Criales Cortés, Director Médico CT Scanner del Sur, Profesor Titular de Radiología Instituto Nacional de Cardiología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

El cáncer de pulmón en una patología muy frecuente, en nuestro medio representa la segunda causa de mortalidad

por cáncer en pacientes varones. El único procedimiento curativo en esta neoplasia es la cirugía, lamentablemente en la actualidad menos de 30% de los pacientes con cáncer pulmonar se benefician de cirugía, la selección de los pacientes potencialmente quirúrgicos requiere una Etapificación anatómica precisa, en este aspecto los métodos de imagen juegan un rol protagónico. El sistema de Etapificación que actualmente utilizamos es TNM propuesto por el American Joint Committee on Cancer (AJCC) en su 7ma. edición. Describiremos e ilustraremos la utilidad de los métodos de imagen en la evaluación del cáncer de pulmón tomando en cuenta la radiografía simple, Tomografía Computada (CT), Resonancia Magnética (RM) y PET/CT. La radiografía simple sigue siendo el método inicial para la evaluación de los pacientes con patología torácica, sin embargo se ha demostrado que aproximadamente 20% de pacientes con patología pulmonar pueden tener radiografías simples normales, a menudo se trata de lesiones sutiles, de pequeño tamaño o superpuestas con otras estructuras. La forma inicial como se manifiesta el cáncer pulmonar en radiografías simples es como un nódulo pulmonar solitario, en casos avanzados se observan masas pulmonares con o sin atelectasia. No es un la modalidad útil con fines de Etapificación. La Tomografía Computada tiene adecuada sensibilidad y especificidad con fines de Etapificación, sin embargo una de sus limitaciones es la demostración de metástasis en ganglios de tamaño normal. La Resonancia Magnética a pesar de que se utiliza con menos frecuencia es un método de valor para evaluar actividad neoplásica en pacientes con cáncer de pulmón, la secuencia más útil es la difusión y especialmente el coeficiente de difusión aparente (ADC), las lesiones menos diferenciadas y las lesiones con actividad tumoral tienen valores bajos de ADC. El PET/CT es hoy en día el método más útil para evaluar pacientes con cáncer pulmonar, se emplea particularmente en pacientes con cáncer de células no pequeñas (NSCLC), permite demostrar la naturaleza neoplásica en el nódulo pulmonar solitario, ayuda a demostrar en forma más precisa la extensión de las lesiones, permite reconocer afección ganglionar aun en ganglios de tamaño normal, demuestra metástasis en 20% más que con métodos convencionales, es muy útil para definir el campo de radioterapia y para evaluar la respuesta terapéutica y es actualmente el mejor método para detectar recurrencias.

**61C. GENERALIDADES Y ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO DEL HEPATOCARCINOMA.** Edgardo Augusto Pineda Trejo. Doctor en Medicina y Cirugía con Especialidad en Oncología Médica, Instituto Hondureño de Seguridad Social.

En 2014 más de 30,000 personas en los estados unidos pueden ser diagnosticados de Cáncer Hepático (Hepatocarcinoma), de las cuales más de 23,000 fallecerán por dicha causa. Los factores de riesgo para desarrollar (H.C.C.) incluyen infecciones virales causadas por Hepatitis B (H.B.V.) o Hepatitis C (H.C.V.) las causas no virales

asociadas a un alto riesgo incluyen: Cirrosis Alcohólica, Alteraciones Metabólicas Inherentes (raros) como la Hemocromatosis Hereditaria deficiencia de Alfa 1 Anti-tripsina, Enfermedad De Wilson. Existen también una creciente asociación entre las secuelas del Hígado Graso no Alcohólica y la Esteatohepatitis no Alcohólica. En muchos casos los factores de riesgo para el Hepatocarcinoma son también riesgo de Cirrosis Hepática. Síntomas no específicas asociadas al (H.C.C.) incluyen: Ictericia, Anorexia, Pérdida de Peso, Malestar General Dolor del Abdomen Superior. Los signos clínicos pueden incluir Hepatomegalia y Ascitis. Síndromes Paraneoplásicos pueden ser asociados como: Hipercolesterolemia, Eritrocitos, Hipercalcemia e Hipoglucemia. La determinación el A.F.P. sérico, ha sido utilizada por mucho tiempo pero esta no es sensible ni específica. Los tipos histológicos han sido bien identificados: Nodular, Masivo y el Difuso. A diferencia de otras Neoplasias Malignas en H.C.C., existen diferentes sistemas de estadiaje que incluyen variables: estatus performance evaluación de la función hepática y las características del tumor. El tratamiento de la enfermedad es multidisciplinario. Las diferentes opciones van desde: Tratamientos Quirúrgicos (Hepatectomías Parciales) trasplante Hepático, Terapias Locoregionales como la Ablación (Química, Térmica o/u por Microondas) Terapias Intraarteriales (Embolizaciones) ocasionalmente la Radioterapia Externa y el tratamiento sistémico (Terapias dirigidas y Quimioterapia.)

**70C. PET/CT EN ONCOLOGÍA GENERAL,** José Luis Criales Cortés, Director Médico CT Scanner del Sur, Profesor Titular de Radiología Instituto Nacional de Cardiología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

El PET/CT es un sistema dual de diagnóstico por imágenes que combina un Tomógrafo que detecta la Emisión de Positrones (PET) y un equipo de Tomografía Computada (CT) Un ciclotrón (acelerador de partículas cargadas) produce radioisótopos que emiten positrones los cuales se usan en la síntesis del radiofármacos, el más utilizado actualmente en oncología es el 2-[fluorine-18] fluoro-2-deoxy-D-glucosa (FDG). Se puede considerar el radiotrazador de amplio espectro. Una vez administrada la FDG por vía endovenosa es transportada al citoplasma y no sigue el resto de la vía metabólica de la glucosa debido a que carece de un ion hidroxilo (OH) en el carbono 2, por lo cual queda bloqueada en el citoplasma celular. Después de haber obtenido el estudio hay tres maneras de reconocer si existen zonas de captación anormal, una de ellas es la simple inspección visual, otra es la determinación de la tasa metabólica de glucosa y la forma más utilizada es la determinación del valor de captación estandarizado (SUVmax), un valor de 2.5 es el umbral para diferenciar lesiones benignas de malignas en los tejidos blandos. Desde un punto de vista general en el método se utiliza en oncología en los siguientes aspectos: 1) confirmación en sospecha de malignidad, 2) determinación precisa del sitio de la lesión, 3) Etapificación, 4) guía para

radioterapia, 5) evaluación de la respuesta al tratamiento, 6) sospecha de recurrencias y 7) Seguimiento. Los procesos neoplásicos que con más frecuencia hemos evaluado con este método son: linfoma, cáncer de pulmón, cáncer de mama, neoplasias de cabeza y cuello, cáncer colorrectal, cáncer de próstata, tumores de esófago, GIST, melanoma, tumores neuroendocrinos, tumores ováricos, neoplasias cerebrales y sarcomas de tejido blando. Además de la FDG, estamos usando otros radiotrazadores como 11-C Acetato para tumores de próstata, 68- Galio DOTA-TOC para tumores neuroendocrinos, Fluorotimidina para diversas neoplasias de alto grado, Fluoromisonidazole para evaluar la hipoxia en tumores, Fluoroestradiol para neoplasias ginecológicas y Fluoruro de sodio para metástasis óseas. El PET/CT es el método por imagen de mayor crecimiento en los últimos años, ha demostrado un alto grado de eficiencia y un favorable costo-beneficio en la evaluación de diversos procesos neoplásicos.

### **76C. PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES.** Marlon Ulises Estrada Sánchez. Msc Salud Publica y Epidemiologia, Ceiba, Honduras

Honduras, es un país con una población de más de ocho millones de habitantes, la población de 10 a 19 años es de 1, 905,610 y representa el 24% del total poblacional del país. Además se ubica como el segundo país de Latinoamérica con mayor fecundidad entre adolescentes, con una tasa de 102 por 100,000 nacidos vivos. El grupo de 10 - 14 años merece especial atención, mientras menor es la edad de las niñas que han tenido relaciones sexuales, mayor es la probabilidad de que se hayan enfrentado a una relación sexual obligada. Para dar respuesta a esta situación la Secretaría de Salud presenta la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Objetivo es definir las acciones comunitarias e institucionales que deben implementarse para disminuir el embarazo en adolescentes, en marco legal existen compromisos establecidos a nivel internacional y nacional que definen. Se han definido metas que permiten dar seguimiento a los avances del país para el abordaje de la prevención del embarazo en adolescentes al 2017. Los ejes transversales para la implementación de esta estrategia, están alineados a los establecidos en la estrategia para lograr la reducción acelerada de la mortalidad materna y de la niñez. En general, los factores asociados al embarazo y la maternidad en adolescentes son: personales, pareja, institucionales, familiares y sociales, las líneas estratégicas para la prevención del embarazo en adolescentes está basada en actores claves como la familia, comunidad, sector educación, escuelas, colegios, instituciones gubernamentales y no gubernamentales, así mismo generar alianzas, información y coordinación estratégica para la prevención del embarazo en los adolescentes, para prevenir la ocurrencia del primer embarazo.

### **83C. CÁNCER BRONCOGÉNICO Y NEUMOLOGÍA INTERVENCIONISTA.** Mario Roberto Lanza Girón. Medicina Interna, Neumología. Instituto Nacional Cardiopulmonar, Tegucigalpa.

Cáncer pulmonar es el más común alrededor del mundo, EL cáncer de células no pequeñas constituye el 85% en frecuencia. Para el diagnostico se requiere de la selección apropiada del procedimiento, lo que se hace e acuerdo al equipo disponible, protocolos, procedimientos de bajo riesgo mínimamente invasivos, análisis de sensibilidad y especificidad. Previo a procedimientos intervencionistas se deben considerar la TAC de tórax y abdomen superior, como parte del tamizaje inicial de estudio, otras imágenes adicionales como PET scan debe ser considerado para determinar actividad tumoral local o distante. Con estos estudios conllevan a la clasificación TNM con lo que se puede definir opciones terapéuticas y pronóstico. **MÉTODOS DIAGNÓSTICOS:** 1.- Endosonografía bronquial (EBUS). Con el EBUS se puede lograr diagnostico histológico y estadiaje del carcinoma pulmonar. 2.-Broncoscopia con EBUS ha ganado aceptación como primera elección para diagnóstico y estadiaje de masas pulmonares que son accesibles a esta modalidad. 3.- La aspiración percutánea de las lesiones pulmonares guiadas por TAC tienen alto rendimiento diagnóstico, 4.-La broncoscopia convencional tiene rendimiento en lesiones centrales que involucran la vía aérea, se pueden presentar con hemoptisis o neumonía postobstructiva. Tiene rendimiento cuando las lesiones nodulares son grandes en posición subcarinal, paratraqueal y e hilar. Sin embargo sin EBUS el rendimiento diagnostico reduce significativamente para lesiones mediastinales. 5.-El Ultrasonido endoscópico esofágico es una herramienta para biopsia de ganglios subcarinales y paratraqueales, cuando se combina con el EBUS incrementa el rendimiento diagnóstico de lesiones mediastinales. **ESTADIAJE:** La Broncoscopia se realiza en forma rutinaria en cáncer pulmonar que será operado, para diagnóstico de lesiones sincrónicas y delinear la extensión tumoral. En especial definir la proximidad del tumor a la vía aérea central, así si está a menor de 2 cm de Carina principal es estadio III. El grado de extensión cambia el abordaje quirúrgico de un estadio IB (T2N0M0) a estadio IIB (B3N0M0). La aspiración de nódulos paratraqueales o para bronquiales mayores de 2 cm tiene rendimiento que puede llegar al 78%, pero reduce en forma significativa cuando el nódulo es menor de 1 cm de diámetro. La sensibilidad de biopsia aspirativa transtorácica es alrededor del 90%, con un rango de probabilidad de neumotórax del 10 – 15%. Es procedimiento mínimamente invasivo, pero con relativo alto rango de falsos negativos, lo que hace necesario biopsias adicionales cuando la probabilidad de cáncer es alta y la biopsia ha sido negativa. La biopsia pulmonar percutánea incrementa el riesgo de neumotórax en pacientes con enfisema, enfermedad bullosa e insuficiencia respiratoria. La biopsia percutánea en un meta análisis

de 46 estudios mostro una sensibilidad de 90 por ciento, en lesiones menores de 3 cm la sensibilidad disminuye a 67 %, la especificidad es del 100%.

**94C. AVANCES DE LABORATORIO EN EL DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO QUE DECIDEN.** Amparo Andrade Flores. Patólogo Clínico, Centro de Cáncer Emma Romero de Callejas, Tegucigalpa.

Son muchos e importantes los avances que en cáncer se han producido durante los últimos años, con estos avances la oncología es más precisa gracias a una mejor comprensión de la biología molecular de los tumores. Cada vez se conoce de genes relacionados con el cáncer, las vías moleculares e inmunológicas que han llevado al descubrimiento de nuevos subtipos de cáncer, mejor interpretación de la interacción entre el tumor y su microambiente (vascularización, células inmunes y otras células), que ha logrado obtener mejores resultados en el tratamiento dirigido contra las células tumorales y/o el sistema inmune, con menos efectos adversos. Se incorpora progresivamente herramientas como la biotecnología (tecnologías modernas que aportan extensa información molecular de los tumores) y la bioinformática (tecnología informática en salud); el análisis de datos de pacientes a gran escala para facilitar las conclusiones y la realización de más rápidos y mejores ensayos clínicos. La estrategia de combinación de diferentes tipos de terapias ha conseguido una mayor eficacia en algunos casos (por ejemplo en tumores cerebrales, de próstata). Todo ello encaminado, en el avance en los ámbitos: prevención, diagnóstico, tratamiento del cáncer y cuidados de soporte. El uso de biomarcadores, inmuno marcadores, así como la integración del uso de los marcadores tumorales, consiguiendo entonces beneficios clínicos y mejora de resultados para pacientes con tumores. En nuestro país, se cuenta con tecnología como el citometría de flujo disponible desde el año 2003 contribuye con la clasificación inmunologica de leucemias, linfomas, enfermedad minina residual, detección de tipo de población linfocitaria; ha permitido el uso tecnología que mide la actividad antigénica de las células. Los estudios moleculares con la determinación del BCR/ABL para el diagnóstico de Leucemia Mieloide Crónica, el VPH para cáncer de cérvix y otros. La aplicación de los marcadores tumorales, hacen posible un oportuno y adecuado diagnóstico.

**97C. *Helicobacter pylori*: ¿CARCINÓGENO O UN SIMPLE ESPECTADOR?** Tito Alvarado MD, MI, MPH, MsCTM, Infectólogo Interconsultante, HEU, Tegucigalpa.

En 1983, Marchal y Warrent, investigadores australianos, reportaron a la comunidad científica el hallazgo en el estómago de pacientes con gastritis y úlcera péptica, de una bacteria espiralada Gram-negativa a la que denominaron “organismo parecido al *Campylobacter*”, y que hoy es conocida como *Helicobacter pylori*. Este hallazgo fue sorprendente debido a que en ese entonces, se sabía que en un pH gástrico bajo, no podrían sobrevivir microorganismos. Pasó casi una década de incredulidad y controversias, hasta que la evidencia acumulada sobre este patógeno motivó a que el Congreso Mundial de Gastroenterología realizado en Australia en 1990, recomendara la erradicación de esta bacteria en el manejo de las úlceras gastroduodenales. Actualmente, 65-80% de los casos de adenocarcinoma de estómago distal es atribuible a la infección por *H. pylori*. Sin embargo, la carcinogénesis gástrica no puede ser explicada únicamente por esta infección, ya que de los infectados, solo una minoría (2-5%) desarrolla esta malignidad, y la mayoría presenta lesiones benignas. Esta variación individual y poblacional se debe a la compleja interacción de factores genéticos, ambientales, bacterianos, dietéticos y socioeconómicos. Posteriormente, vino una explosión de comunicaciones sobre resultados de investigaciones en diversos campos: microbiología, clínica, biología molecular, epidemiología, mecanismos de patogenicidad, métodos diagnósticos, esquemas de tratamiento, recurrencias, reinfecciones y vacunación, llegándose a establecer consensos de unificación para establecer el importante rol que juega esta bacteria en la génesis de gastritis, úlceras gastroduodenales, cáncer gástrico y linfomas gástricos de células B (Maltomas). Recientemente, se han publicado novedosas hipótesis en relación al rol que desempeñan los polimorfismos de citoquinas en el aspecto genético: genes de supresión tumoral y genotipos bacterianos que han dejado establecida la participación de este patógeno en estas enfermedades, permaneciendo aún controversial su relación con algunas enfermedades extra intestinales.