



## Acta de la Sesión de la ANM del 10 de junio del 2015

En ausencia del Dr. Graue, el Dr. Armando Mansilla presidió la sesión. Al presentar a la Dra. Mónica Vázquez del Mercado, dijo que se trataba de un médico muy prestigioso que trabajaba en el Estado de Jalisco y que le daba mucho gusto su ingreso a la ANM.

### **Presentación del trabajo de ingreso:**

*Auto anticuerpos asociados con miopatías inflamatorias idiopáticas y a enfermedades reumáticas sistémicas autoinmunes en pacientes con cáncer de mama.* Dra. Mónica Vázquez del Mercado Espinosa.

Como antecedente a su trabajo de ingreso a la ANM la Dra. Vázquez del Mercado comentó que a partir del año 1913 se reconoce que hay una mayor probabilidad de que los pacientes con padecimientos inflamatorios autoinmunes (como las miopatías), desarrollen una neoplasia. Asimismo dijo que la polimiositis es la miopatía más frecuente.

El objetivo de su trabajo fue determinar si los anticuerpos específicos de la miositis o los que se presentan en enfermedades reumáticas sistémicas, están presentes en pacientes con cáncer primario de mama y su asociación con síntomas reumatológicos. Dijo que en este estudio se analizaron sueros de 152 casos de cáncer de mama en 3 centros hospitalarios de Jalisco para identificar la presencia de auto-anticuerpos.

Los principales hallazgos fueron:

- 9/152 casos presentaron anticuerpos característicos de miositis.
- 2/152 casos presentaron anticuerpos contra el factor intermediario de la transcripción (TIF-1).
- Sólo en un caso se observó enfermedad reumática, sin anticuerpos de miositis.
- Adicionalmente comentó que se detectaron anticuerpos anti Ro60 y Ro52, anti argonauta 2, y anti-U5snRNP (éstos son únicos en los pacientes con cáncer de mama).

Este trabajo es el primer reporte de la prevalencia en pacientes mexicanas de anticuerpos característicos de miositis, y su relación con cáncer.

Para terminar la Dra. Vázquez del Mercado presentó la hipótesis de su trabajo que está basada en los epítopes críticos. Esto es, por ejemplo en el caso de que se presente una mutación en alguna de las 3 subunidades del TIF-1, o una infección viral, el organismo pierde su capacidad de suprimir tumores y se generan epítopes críticos que inducen la producción de auto anticuerpos, que son característicos miopatías idiopáticas, como la dermatomiositis y poliomiositis.



**Comentarista:** Dr. Ignacio García de la Torre

El Dr. García de la Torre dijo que era un gusto estar ese día en la ANM y comentar el trabajo de la Dra. Vázquez del Mercado, a la que conoce desde que inició su estancia en el Hospital General de Occidente (que se fundó en 1968).

Comentó que los auto anticuerpos presentan perfiles que definen padecimientos, y por tanto son característicos de cada enfermedades, como son las miopatías inflamatorias, dermato-miositis, y polimiosistis.

El hallazgo de la Dra. Vázquez del Mercado se basó en su visión novedosa de estudiar pacientes que sólo habían sido diagnosticadas con cáncer, pues encontró, aunque sea en un porcentaje bajo, la presencia de anticuerpos, sin que se hubieran presentado síntomas de padecimientos inflamatorios. Se sabía que los pacientes que tienen miopatías presentan cáncer con más frecuencia, pero este estudio muestra que hay una relación en el sentido inverso. El reto ahora es buscar el vínculo entre la respuesta inmune humoral que generan la producción de anticuerpos y el desarrollo de cáncer.

### **Simposio “Tratamiento moderno del cáncer renal: Conceptos actuales”**

**Coordinador:** Dr. Guillermo Feria Bernal

El Dr. Feria dio las gracias por la oportunidad de presentar el tratamiento moderno del cáncer renal en la ANM, y dio la bienvenida a la Dra. Vázquez del Mercado.

Comentó que existen múltiples cambios en el manejo actual del cáncer renal que serían presentados en la sesión.

En el año 2012 la OMS estableció que este tipo de cáncer era el más letal, ya que 40% de los pacientes que lo padecen morían pronto; sólo el 4% de los casos tienen un origen hereditario. Por esto el cáncer renal es un problema importante de salud, aunque no sea el más frecuente; únicamente el 1.4% de todos los tumores corresponde a renales.

Es importante considerar que tradicionalmente del 7 al 48 % de los casos se detectaba de forma incidental, pero hoy puede llegar al 66% debido a la vigilancia activa, que es altamente recomendable. Esta práctica puede ser la diferencia entre que el tumor sea tratable o no, ya que si hay manifestaciones clínicas, el tumor puede estar muy avanzado.

**Vigilancia activa y terapias ablativas.** Dr. Guillermo Feria Bernal

Como mencionó en la introducción, el Dr. Feria dijo que el pronóstico del cáncer renal dependía de la etapa de su descubrimiento.



Existió una controversia sobre el uso de las biopsias renales para el diagnóstico confirmatorio de esta neoplasia, pues se temía que debido al sangrado que se provocaba se realizara una siembra de células malignas.

En el 2008, sobre este tema se publicó un meta análisis de 6471 casos reportados entre 1980 y 2006 en el que se incluyeron pacientes con tumores renales de 3.26 cm de tamaño promedio, y en la conclusión se deja la duda si es adecuado hacer biopsias. En el INCMNSZ se hizo una búsqueda de todos los reportes de cáncer renal, incluyendo más de 100 casos y se concluyó que sí era muy certera la realización biopsias con técnicas modernas y no existía gran riesgo. Se calculó para el año 2014, que se tuvo una precisión del 88% y existió un 93% de concordancia entre la biopsia y el examen histopatológico del tumor. Por ello se recomienda siempre hacer una biopsia.

El protocolo establecido en este instituto es que si se encuentra un tumor benigno al realizar la biopsia el paciente se va a vigilancia, mientras que en el caso de un tumor maligno pequeño, el paciente se va a vigilancia activa. Así pues, la vigilancia activa se recomienda cuando se encuentra una biopsia favorable por el tamaño del tumor y si tiene una baja velocidad de crecimiento. En el caso de tumores de hasta 4 cm. se requiere el examen histopatológico, y se realizan procedimientos quirúrgicos “preservadores de nefronas”.

En el año 2006 se publicó un artículo que señala que si el aumento del tamaño de un tumor es de 0.28 cm por año hay una sobrevida de 95% a 5 años y la aparición de metástasis es muy baja. Los casos que se complican o en pacientes mayores, no se recomienda la vigilancia activa, sino una intervención más drástica.

Comentó algunas intervenciones de mínima invasión que se realizan, como son:

- La crio-ablación, pero al analizar muchos casos se encontró una falla en este procedimiento de 1.5% al 13% (que es un valor inaceptable) por lo que no se recomienda realizar este procedimiento.
- El HiFU, que es una forma percutánea de tratamiento que se aplica de manera externa. Esta intervención puede destruir parcialmente el tumor, pero la destrucción es incompleta.
- Por radiofrecuencia (ARF), el porcentaje de ablación fluctúa entre el 96 y el 100. En el INCMNSZ se trataron algunos casos y todos fueron exitosos.
- Cyber-knife es muy reciente 98% de control tumoral en 9 meses de seguimiento, 38 tumores con reducción tumoral cuantificable.

### **Nefrectomía parcial. ¿Nuevo estándar de oro?** Dr. Fernando Gabilondo Navarro

El uso de la nefrectomía parcial se intentó en el INCMNSZ hace algunos años, pero no fue muy bien aceptado en ese tiempo. El Dr. Gabilondo Navarro mostró algunos de los resultados muy favorables que se han obtenido, por lo que la nefrectomía parcial, se practica ahora de manera rutinaria.



Como introducción mencionó que la lesión renal después de la cirugía se debe a la isquemia, como ha sido demostrado por el grupo de investigación de la Dra. Norma Bobadilla; la isquemia compromete la función renal y causa primero insuficiencia renal aguda, que con una alta probabilidad se vuelve crónica. Adicionalmente presentó un estudio de 537 pacientes monorrenos realizado en la Clínica Mayo, en que muestran que la isquemia caliente mayor a 20 minutos o la fría mayor de 35 minutos, se relaciona con insuficiencia renal. Por esto es una buena opción realizar una nefrectomía parcial provocando una menor isquemia renal.

Comentó que los factores de riesgo son la edad avanzada, la diabetes, obesidad, hipertensión, y las enfermedades cardiovasculares.

Para medir el funcionamiento renal no es suficiente medir la creatinina en sangre (el daño es muy severo cuando se eleva), sino que es importante realizar la filtración glomerular; adicionalmente se realiza gammagrafía renal, limitando al máximo el uso de medios de contraste o medicamentos neurotóxicos, y se recomienda dar antibióticos profilácticos.

El Dr. Gabilondo Navarro presentó 4 casos clínicos para mostrar las bondades de la técnica de nefrectomía parcial. Actualmente se han realizado en el INCMNSZ más de 125 casos de nefrectomía parcial. Con este procedimiento la isquemia es totalmente localizada y se puede hacer mucho mejor reconstrucción al evitar el sangrado.

Como conclusión comentó que se debe realizar nefrectomía parcial en el caso de tumores pequeños que sólo están localizados en el riñón. En este caso es la regla de oro. La recuperación de la cirugía y el daño renal asociado es mucho menor y el pronóstico del cáncer es el mismo que en la nefrectomía total.

### **Cirugía laparoscópica ¿En qué caso? Dr. Bernardo Gabilondo Pliego**

El Dr. Gabilondo Pliego inició su intervención agradeciendo la invitación para dar la experiencia de su grupo en el INCMNSZ practicando la cirugía de mínima invasión.

Comentó que la nefrectomía radical laparoscópica no es nueva, y que la primera de estas intervenciones se hizo en los años noventa en la Universidad de Washington.

Este tipo de procedimiento se realiza según el grado del tumor, generalmente en los grados 1 y 2, y sólo si se tiene mucha experiencia se usa en grado 3, pues es un procedimiento de alto grado de dificultad.

Dijo que las razones por las que se realiza la cirugía de mínima invasión, son que se reduce la morbilidad asociada a la cirugía y el sangrado, hay menor dolor, se tienen mejores resultados cosméticos, el retorno del paciente a sus actividades se lleva a cabo en menos tiempo y es menor la estancia hospitalaria. En el INCMNSZ el paciente puede estar internado de 1 a 4 días, y es el departamento de medicina interna el que decide qué paciente se interviene con este procedimiento.



Describió la historia y las tendencias de la cirugía de mínima invasión, que como se comentó se inició en los años noventas, en el año 2000 se empezó a realizar mediante robots, y actualmente se puede realizar en mujeres por vía vaginal.

El Dr. Gabilondo Pliego dijo que el carcinoma renal que se detecta como un hallazgo y los que se encuentran por el análisis de alguna manifestación clínica del cáncer renal, tienen diferente pronóstico. Hizo hincapié en que en todos los casos en los que se pueda preservar la función renal, se debe hacer, y que se debe preferir el procedimiento de mínima invasión.

Dijo que los procedimientos de mínima invasión podían realizar una nefrectomía total o parcial, y que podían ser por laparoscopia, o robótica, que es un procedimiento mucho más rápido. Hay robots, sin embargo, como el Da Vinci que no hacen nefrectomía parcial. Asimismo comentó que actualmente hay muchas herramientas para apoyar a las cirugías de mínima invasión como son los monitores 3D, por lo que se tiene más precisión.

Estos avances han dado como resultado que se haya ido desplazando la cirugía abierta y en los casos de nefrectomía parcial la tendencia es que vaya en aumento. Actualmente hay herramientas para hacer un diagnóstico más preciso y así poder tomar la decisión de cuál es la mejor opción; se ha establecido un puntaje que se basa en la posición del tumor.

En cuanto a los resultados obtenidos con este procedimiento en el INCMNSZ dijo que se realizaron de agosto del 2006 al 2012, 42 nefrectomías radicales y 15 parciales; y que las complicaciones que se encontraron son equivalentes a lo reportado en la literatura. El estadio T1 es el que más se operó con este procedimiento, mientras que las nefrectomías parciales en estadio T3 fueron la minoría de las cirugías de mínima invasión realizadas. Comentó que a 3 meses la supervivencia fue del 98%, y la supervivencia cáncer específica fue del 100%.

Como conclusión dijo que la cirugía de mínima invasión es el estándar de oro para la nefrectomía radical, y que en casos muy complicados se usa la cirugía abierta; es importante resaltar que no hay variación de la progresión oncológica, según la técnica quirúrgica usada.

#### **Cirugía citorreductiva en enfermedad avanzada.** Dr. Francisco T. Rodríguez Covarrubias

El Dr. Rodríguez dijo que el cáncer renal metastásico es un problema de salud importante, ya que todavía un porcentaje de pacientes, que va del 25% al 35% llegan con metástasis. Esta etapa es muy peligrosa, pues la supervivencia libre de enfermedad a 5 años es muy baja.



Comentó que ha habido 508 pacientes con cáncer renal operados en INCMNSZ, y que es cada vez mayor el número de pacientes con un tumor localizado en el riñón, pero siguen siendo altos los números de pacientes con metástasis.

En los años noventa se reportó la terapia con citosinas en pacientes después de la cirugía citorreductiva (en la que se elimina la mayor parte posible del tumor). Sin embargo, el pronóstico es muy pobre, a pesar de todos los avances, y hay opciones muy limitadas de tratamiento. Los procedimientos que se usan actualmente tienen alto riesgo de toxicidad farmacológica y/o de morbilidad quirúrgica. Ante esta situación se han tratado de describir diversos factores de riesgo. Actualmente hay ensayos clínicos fase III para determinar si la nefrectomía citorreductiva (NC) es benéfica, combinada con algunos tratamientos. Estos tratamientos tienen costos muy altos.

Comentó que el procedimiento más usado es la NC, seguida de terapia blanco, pero este esquema no ha sido sometido a estudios clínicos exhaustivos; este tratamiento prolonga un año comparado con los que no se operaron. El Dr. Rodríguez dijo que deben existir criterios para definir si un paciente es candidato para este tratamiento que es muy costoso y pocos pacientes lo aguantan. También se debe hacer metastasectomía cuando se pueda.

En Europa la estrategia más usada es realizar la terapia blanco como primera opción y si se tiene buena respuesta, a pesar de la toxicidad de los medicamentos, se mandan los pacientes a cirugía. Comentó que no hay datos estandarizados de este tratamiento y que la supervivencia global a 2 años es del 10%.

Por otra parte dijo que la terapia sistémica sola, únicamente se indica en casos sin otras opciones de tratamiento. La terapia citorreductiva sola no se recomienda en ningún caso.

Para concluir dijo que la enfermedad metastásica es un reto y se debe de ver de manera multidisciplinaria con la participación de oncólogos. Los costos pueden ser muy altos, y la cirugía se debe proponer en pacientes con un buen desempeño.

### **Discusión y conclusiones.**

Al terminar la sesión el Dr. Feria comentó que actualmente hay una amplia gama de procedimientos según el tipo y nivel del tumor renal, y que hay avances, inclusive en los casos de cáncer renal avanzado, aunque sean limitados, pues antes eran letales y ahora hay alrededor de 10 meses de sobrevida para estos pacientes, aunque el tratamiento es muy costoso.

En cuanto al manejo de los pacientes en los que se realiza una nefrectomía, el Dr. Gabilondo comentó en respuesta a una pregunta del público, que se trata de que los



---

pacientes tengan volumen urinario y de dar compuestos protectores de los efectos de la isquemia, como puede ser la espirolactona.

**\*El texto y las presentaciones de esta ponencia se encuentran disponibles en la página de la ANM**