



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Domingo 18 de noviembre de 2018

Cáncer del aparato digestivo

Dom001

CARACTERIZACIÓN Y RESPUESTA ANTITUMORAL DE LOS LINFOCITOS T EN EL MICROAMBIENTE TUMORAL EN CÁNCER DE RECTO

J. L. De León-Rendón, G. Soldevila-Melgarejo, M. Robles-Flores, G. Fonseca-Camarillo, A. Chinney-Herrera, J. Martínez-Ríos, B. Jiménez-Bobadilla, M. A. Recalde-Rivera, R. Y. López-Pérez, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El sistema inmunitario realiza una serie de pasos que conduce a una respuesta inmunitaria contra las células tumorales y a la inducción de su apoptosis. La vía PD1/PDL1 representa un mecanismo de resistencia inmunitaria adaptativa que las células tumorales ejercen en respuesta a la actividad inmunitaria antitumoral endógena mediada por células T reguladoras.

Objetivo: Caracterizar y determinar la respuesta antitumoral de las poblaciones linfocitarias en tejidos tumoral y sano de pacientes con cáncer de recto.

Material y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo en el que se incluyó a seis pacientes consecutivos con diagnóstico de cáncer de recto confirmado por histopatología. Se recolectaron los datos demográficos, clínicos, bioquímicos de cada paciente. Mediante citometría de flujo se determinó el porcentaje de linfocitos CD8 y CD4 en tejidos tumoral y sano tomados mediante una biopsia por rectosigmoidoscopia rígida. De la cuenta total de linfocitos CD4 se obtuvo el porcentaje de células T reguladoras (Tregs). La funcionalidad de las células Treg se midió con la intensidad media de fluorescencia (IMF) de FOXP3. Su actividad antitumoral se cuantificó mediante la IMF de PD1 y PLD1. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 23 para el procesamiento de los datos.

Resultados: De los pacientes incluidos en el estudio, 4 (66.7%) eran del género femenino y 2 (33.3%) del masculino, con una edad de 54.3 ± 14.5 años (intervalo, 33 - 72 años). El 16.7% de los pacientes era ECIII y 83.3% ECIV. El porcentaje de CD8 en tejido tumoral fue menor que en el tejido no tumoral (43.9 ± 6.3 vs 58.2 ± 0.64 ; $p < 0.001$), el porcentaje de CD4 fue mayor en tejido tumoral que en el no tumoral (56.01 ± 6.30 vs 41.97 ± 0.64 ; $p < 0.001$). La presencia de células Treg fue mayor en el tejido tumoral que en el no tumoral (15.0 ± 14.23 vs 2.90 ± 0.30 ; $p < 0.001$). La funcionalidad de las células Treg medida con IMF de FOXP3 era mayor en células tumorales que en no tumorales (1921 ± 558.65 vs 1352 ± 64.51 ; $p < 0.001$). La actividad antitumoral medida por IMF de PDL1 fue menor en las células Treg de tejido tumoral que en las de tejido no tumoral (3154 ± 3021 vs 7251 ± 1281 ; $p = 0.04$). Por último, la actividad antitumoral determinada por IMF de PD1 fue mayor en las células Treg de tejido tumoral que en las de tejido no tumoral (2925 ± 932.9 vs 2140 ± 37.94 ; $p = 0.001$).

Conclusiones: Las células Treg y la expresión de las proteínas PD1/PDL1 pueden tener un papel fundamental en los mecanismos inmunológicos antitumorales en el microambiente tumoral en el cáncer de recto.

Financiamiento: Este trabajo se ha realizado con el apoyo de CONACYT-FONDOS SECTORIALES DE SALUD FOSSIS S0008-2017-1. Solicitud: 289600. Modalidad: A.

Dom002

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, HISTOLÓGICAS E INMUNOHISTOQUÍMICAS DE LOS PACIENTES CON CÁNCER DE INTESTINO DELGADO

M. A. Oviedo-Maglione, A. G. Rivera-Flores, C. Ugarte-Briones, E. Juárez-Valdés, F. Zamarripa-Dorsey, Hospital Juárez de México

Introducción: A pesar de la localización anatómica entre dos regiones de alta tasa de riesgo de cáncer, los tumores malignos de intestino delgado representan 1% a 2% de todas las neoplasias de tumores de origen gastrointestinal y menos del 0.1% de los tumores totales que afectan al organismo. Por ello, su diagnóstico puede dificultarse si no se considera en el diagnóstico diferencial de procesos abdominales de manifestación sindrómica y por tanto conocer la frecuencia de esta malformación en el medio llevó a la realización de este estudio.

Objetivo: Determinar las características epidemiológicas, histológicas e inmunohistoquímicas de los pacientes con cáncer de intestino delgado del Hospital Juárez de México.

Material y Métodos: Se revisaron los informes histopatológicos del servicio de anatomía patológica del Hospital Juárez de México que mostraron cáncer de intestino delgado en el periodo comprendido entre 2006 y 2010. Tipo de estudio: descriptivo de corte transversal, retrospectivo y observacional. Variables analizadas: edad, género, tipo histológico, servicio de referencia, localización anatómica e inmunohistoquímica aplicada. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medidas de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes, media, promedio y desviación estándar.

Resultados: Se encontraron 37 casos con cáncer de intestino delgado. La edad promedio fue de 58.88 ± 14.1 (17 a 81 años) con predominio del género masculino (51.3%). La localización más frecuente fue el duodeno en el 62.16% de los casos y la tercera porción fue la más afectada con el 21.5% de los casos, seguida del yeyuno con 27.5% y del íleon con 24%. El tipo histológico predominante fue el adenocarcinoma (32%), seguido de tumores del estroma (24.32%), tumor neuroendocrino (carcinoide; 21.6%), linfoma (10.8%), coriocarcinoma (5.4%), carcinoma escamoso (5.4%); fueron moderadamente diferenciados en 70%, bien diferenciados en 25% e indiferenciados en 5%. En la inmunohistoquímica predominó la positividad de CD117 para GIST, positividad de citoqueratinas en el coriocarcinoma y CD20+ en los linfomas (Tabla 1)

Conclusiones: En el medio, los tumores del intestino delgado son poco frecuentes; sin embargo, el adenocarcinoma es el tipo histológico más común de acuerdo con las publicaciones internacionales. El duodeno fue el sitio de localización más frecuente, a diferencia de lo notificado con anterioridad en otros estudios en México. La mayoría de los adenocarcinomas fue moderadamente diferenciada. La inmunohistoquímica se realizó en todos los casos, a excepción de los adenocarcinomas, en los cuales no tuvo indicación.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Características epidemiológicas, histológicas e inmunohistoquímicas de los pacientes con cáncer de intestino delgado

Características		n
Género		19 (51.3%)
Hombre		18 (48.7%)
Mujer		54.8 (min: 17 y max: 81),
Edad		DE: ± 14.1
Servicio		
1.	Oncología	17 (46%)
2.	Cirugía general	7 (19%)
3.	Gastroenterología	1 (3%)
4.	Endoscopia	12 (32%)
Localización e histología		
Localización	Histología	Inmunohistoquímica
Duodeno	Carcinoma escamoso (2) (40%)	Ninguna
1ra porción (5) (13%)	Adenocarcinoma (3) (60%)	EMA (+), CKAE1/3(-), CD45(-), CD20(-), AFP (-), CD117(-), HGC (-)
2da porción (6) (16%)	Adenocarcinoma (3) (50%)	Igual anterior
	GIST (3) (50%)	CD117(+), CD34(+), AML (+), VIMENTINA (+), PS100(-), CKA1/3(-)
3ra porción (8) (21.5%)	Neuroendocrino (3 (37.5%))	Ninguna
4ta porción (4) (11%)	Carcinoide (5) (62.5%)	CROMOGRANINA (+), KI67(+) débil 1%, SINAPTOSISINA (-)
Yeyuno (10) (27.5%)	LNH de células B (2) (50%)	CD45(+), BCL2(+), CD20(+), CD23(-), CD10(-), CICLINA D1(-)
Íleon (4) (11%)	LNH difuso (1) (25%)	CD20(+), CD30(+), CD15(+), CD3(-), LMP1(-), EMA (-)
	Leucemia bifenotípica (Linfoblástica/Mieloblástica pre-B) (1) (25%)	CD19(+), CD10(+), CD7(+), CD13(-), MPO (-)
	Adenocarcinoma (2) (20%)	Igual anterior
	GIST (6) (60%) Cariocarcinoma (2) (20%)	Igual Anterior CKAE1/AE3(+), CD30(+), AFP (+)
	Adenocarcinoma (4) (100%)	Igual anterior
Total		37

Dom003

PAPEL DE LOS POLIMORFISMOS GENÉTICOS DE INTERLEUCINA 10 EN PACIENTES MEXICANOS CON CÁNCER DE RECTO

J.L. De León-Rendón, J. A. Villanueva-Herrero, M. A. Recalde-Rivera, R. Y. López-Pérez, D. A. Vargas-Velázquez, B. Jiménez-Bobadilla, N. I. Gracida-Mancilla, J. Ángeles-Martínez, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La inflamación crónica es un factor de riesgo bien establecido para el cáncer colorrectal. La interleucina 10 (IL-10) es una citocina cuya función biológica principal es limitar la respuesta inflamatoria y es crucial para mantener la homeostasis inmunitaria del tracto gastrointestinal. El gen de la IL-10 tiene diversos sitios polimórficos. Algunos polimorfismos de nucleótido sencillo (SNP) de la IL-10 se han relacionado con el riesgo de cáncer.

Objetivo: Evaluar el papel de los SNP rs1800896, rs1800872 y rs1800871 de IL-10 en pacientes mestizos mexicanos con cáncer de recto.

Material y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo en el que se incluyó a 53 pacientes con cáncer de recto confirmado por histopatología y 52 controles sanos. Se recabó información enfocada en las características demográficas, clínicas, bioquímicas de gabinete e informes histopatológicos de cada paciente, mediante la revisión del expediente clínico. Se genotipificaron los SNP rs1800896, rs1800872 y rs1800871 de IL-10 mediante RT-PCR en el equipo AB3130.

Resultados: Al analizar los alelos y genotipos de los tres polimorfismos estudiados con la infiltración local, locorregional y distancia de la tumoración, así como con estadios tempranos y tardíos de la enfermedad, se identificó que el genotipo AA del SNP rs1800872 se comportaba como factor protector para invasión de ganglios regionales [RM 0.14 (IC95% 0.02 - 0.80); $p < 0.04$], presencia de metástasis a distancia [RM 0.30 (IC95% 0.10 - 0.83); $p < 0.01$] y para el desarrollo de un estadio tardío de la enfermedad (EC III-IV) [RM 0.14 (IC95% 0.02 - 0.79); $p < 0.04$]. Por otro lado, el genotipo CC del SNP rs1800871 resultó factor protector para la presencia de metástasis a distancia [RM 0.33 (IC95% 0.12 - 0.94); $p < 0.03$], mientras que su forma heterocigota CT fue de riesgo para una mayor infiltración local (T3-T4) [RM 1.11 (IC95% 1.01 - 1.22); $p < 0.001$]. Las FA y FG del SNP rs1800986, al igual que en el apartado anterior, no se relacionaron con la infiltración local, locorregional o a distancia de la enfermedad. Cuando se evaluaron los sitios polimórficos de IL-10 con la respuesta al tratamiento y resultados quirúrgicos de los pacientes, se observó que la frecuencia genotípica GG del SNP rs1800896 era factor de riesgo para la falta de respuesta al tratamiento neoadyuvante [RM 4.0 (IC95% 2.82 - 5.65); $p = 0.005$], en tanto que el genotipo heterocigoto AG representaba un factor protector para la falta de respuesta al tratamiento neoadyuvante [RM 0.25 (IC95% 0.17 - 0.35); $p < 0.005$]. La frecuencia alélica A [RM 0.22 (IC95% 0.08 - 0.58); $p = 0.001$] y el genotipo homocigoto AA [RM 0.20 (IC95% 0.06 - 0.64); $p = 0.003$] del SNP rs1800872 fueron factores protectores para la falta de respuesta al tratamiento neoadyuvante. Mientras que la frecuencia alélica C [RM 4.42 (IC95% 1.70 - 11.44); $p = 0.001$] y el genotipo CC [RM 6.77 (IC95% 2.86 - 17.90); $p < 0.001$] del mismo sitio polimórfico se identificaron como de riesgo para la falta de respuesta a la neoadyuvancia. En cuanto al SNP rs1800871, la frecuencia alélica C [RM 0.27 (IC95% 0.11 - 0.69); $p = 0.004$] y el genotipo CC [RM 0.20 (IC95% 0.06 - 0.60); $p = 0.004$] resultaron de protección para la falta de respuesta a la neoadyuvancia, en tanto que la frecuencia alélica T [RM 3.6 (IC95% 1.44 - 8.99); $p = 0.004$] y la frecuencia fenotípica TT [RM 6.0 (IC95% 2.10 - 17.12); $p < 0.001$] resultaron de

riesgo para la falta de respuesta al tratamiento neoadyuvante. De los pacientes incluidos que se sometieron a procedimientos quirúrgicos, se reconocieron como factores protectores para complicaciones posquirúrgicas la frecuencia alélica A [RM 0.34 (IC95% 0.12 - 0.97); $p < 0.04$] y el genotipo AA [RM 0.18 (IC95% 0.04 - 0.75); $p = 0.01$] del SNP rs1800872, mientras que su frecuencia alélica C [RM 2.86 (IC95% 1.02 - 8.04); $p = 0.04$] se comportó como de riesgo para complicaciones posoperatorias. El SNP rs1800871 también interviene en las complicaciones posquirúrgicas y su frecuencia alélica C [RM 0.30 (IC95% 0.10 - 0.86); $p = 0.02$] y su genotipo homocigoto CC [RM 0.18 (IC95% 0.04 - 0.75); $p = 0.01$] son factores protectores para el desarrollo de complicaciones posquirúrgicas; no obstante, su frecuencia alélica T [RM 3.26 (IC95% 1.15 - 9.18); $p = 0.02$] y genotipo homocigoto TT [RM 6.0 (IC95% 2.10 - 17.12); $p < 0.001$] representaron un factor de riesgo para complicaciones posoperatorias.

Conclusiones: Este estudio sugiere que los polimorfismos de interleucina 10 podrían modificar en diferentes aspectos la evolución del cáncer de recto, en particular en localización tumoral, infiltración, progresión, respuesta al tratamiento y resultados posquirúrgicos. Éste es el primer estudio a nivel mundial que vincula los polimorfismos de IL-10 con la respuesta de neoadyuvancia y resultados posquirúrgicos en el cáncer de recto.

Financiamiento: Recursos disponibles en el Laboratorio Central de Epidemiología del Centro Médico Nacional La Raza, IMSS.

Dom004

FRECUENCIA Y COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO E HISTOLÓGICO EN NEOPLASIAS GASTROINTESTINALES ASOCIADAS CON PACIENTES PORTADORES DE VIH

A. G. Rivera-Flores, M. A. Oviedo-Maglione, C. Ugarte-Briones, E. Juárez-Valdés, J. A. González-Angulo, F. Zamarripa-Dorsey, Hospital Juárez de México

Introducción: El tracto gastrointestinal es uno de los sitios más comunes para el desarrollo de neoplasias primarias en pacientes con infección preexistente por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). El cáncer en la infección por VIH podría ser resultado de la disminución o aumento de la actividad del sistema inmunitario. Existe una observación común según la cual toda neoplasia que se desarrolla en presencia de la infección por VIH es más agresiva que en los pacientes no infectados por este virus. Las neoplasias gastrointestinales pueden presentarse en cualquier momento de la evolución de la infección; se considera que 40% de los individuos infectados por este virus desarrolla algún tipo de cáncer. Desde el inicio de la epidemia se identificó un grupo de anomalías neoplásicas en estrecha relación con la infección por VIH; de éstas sólo el sarcoma de Kaposi (SK) y el linfoma no Hodgkin se localizan en el tracto gastrointestinal de manera primaria y se definieron como marcadoras o definitivas de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida). Existe otro grupo de neoplasias no definitivas de sida, pero observadas con mayor frecuencia en la población infectada por VIH y que tienen localización gastrointestinal; son los cánceres anorrectales de colon.

Objetivo: Determinar la frecuencia, epidemiología e histología de neoplasias gastrointestinales relacionadas con los pacientes portadores de VIH.

Material y Métodos: Revisión de informes histopatológicos en el servicio de patología del Hospital Juárez de México entre los años 2006 y 2010. Tipo de estudio: descriptivo de corte transversal, retrospectivo y observacional. Variables analizadas: edad, género, tipo histológico, servicio de referencia. Análisis estadístico: los resultados

se analizaron con medidas de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes, media, promedio y desviación estándar. **Resultados:** Se encontraron 30 casos de pacientes con VIH vinculado con algún cáncer gastrointestinal. La edad promedio fue de 35.4 ± 8.2 (20 y 44 años) con predominio del género masculino en el 83%. El sitio de localización más frecuente fue colon y recto con el 40% de los casos, seguido de cavidad oral con 30%; estómago con el 16.6% y esófago con 13.3%. El servicio que más refirió fue oncología con el 57%. El tipo histológico predominante fue adenocarcinoma (26.6%), seguido del linfoma (26%), epidermoide (19%), sarcoma de Kaposi (10%). (Tabla 1)

Tabla 1. Características epidemiológicas e histológicas de los pacientes con VIH y cáncer gastrointestinal

Características	n
Género	
Hombre	25 (83%)
Mujer	5 (17%)
Edad	35.4 (min: 20 y max: 44), DE: ± 8.2
Servicio	
1. Oncología	17 (57%)
3. Gastroenterología	1 (1%)
4. Endoscopia	12 (42%)
Localización e histología	
Localización	Histología
Cavidad oral (9)	LNH de células B (3) Cáncer epidermoide (6)
Esófago (4)	Adenocarcinoma (3) Sarcoma de Kaposi (1)
Estómago (5)	LNH de células B (2) Adenocarcinoma (2) Sarcoma de Kaposi (1)
Colon y recto (12)	Adenocarcinoma (5) LNH de células B (4) Sarcoma de Kaposi (3)
Total	30

Conclusiones: La neoplasia gastrointestinal en los pacientes portadores de VIH se evidencia con mayor frecuencia en colon y recto; el tipo histológico más común es el adenocarcinoma. Reconocer estas afecciones en el paciente inmunodeprimido es de suma importancia para el abordaje diagnóstico y terapéutico temprano.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom005

EL PERFIL LIPÍDICO COMO HERRAMIENTA PRONÓSTICA Y DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN EL CÁNCER DE RECTO

J. L. De León-Rendón, R. Y. López-Pérez, M. A. Recalde-Rivera, B. Jiménez-Bobadilla, D. A. Vargas-Velásquez, J. A. Villanueva-Herre-ro, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El desequilibrio lipídico se ha documentado en varios tipos de cáncer, incluido el cáncer colorrectal (CCR). Los valores elevados de colesterol sérico se han relacionado con un riesgo elevado de adenomas y CCR.

Objetivo: Determinar el efecto del perfil lipídico en el pronóstico y la respuesta al tratamiento en pacientes mexicanos con cáncer de recto.

Material y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo en el que se incluyó a 54 pacientes consecutivos con diagnóstico de cáncer de recto confirmado por histopatología. Se recolectaron los datos demográficos, clínicos y bioquímicos de cada paciente. Mediante el perfil lipídico sérico informado al diagnóstico de la enfermedad se calcularon los siguientes índices: lipoproteínas de baja densidad (LDL)/lipoproteínas de alta densidad (HDL), LDL/colesterol (col), HDL/col, triglicéridos (trig)/col. Se utilizó estadística descriptiva para la presentación de las variables. Se usaron las pruebas paramétricas T de Student para la comparación de dos grupos y ANOVA para la comparación de tres grupos o más. Se utilizó r de Pearson para cuantificar la correlación entre las variables. La significancia estadística se determinó con un valor de $p < 0.05$. Se empleó el paquete estadístico SPSS versión 23.0.

Resultados: De los pacientes incluidos, el género se distribuyó de manera similar, con una edad de 55.5 ± 12.2 años (intervalo, 30 - 90 años). El IMC promedio fue de 25.21 ± 4.38 . El 7.4% de los pacientes tenía estadio clínico (EC) II, 61.1% ECIII y 31.4% EC IV. Hasta 62.9% de los individuos presentó la tumoración en el recto inferior y 37.03% en el recto medio. El 77.7% de los pacientes se había sometido a tratamiento quirúrgico, sea de urgencia, definitivo o paliativo; de éstos, el 16.6% presentó complicaciones posquirúrgicas y el 12.2% requirió al menos una reintervención. De los sujetos que recibieron neoadyuvancia, 28% experimentó respuesta. El 7.40% presentó recurrencia posterior a la adyuvancia. Al calcular los índices lipídicos descritos se observó que existía relación ($p=0.03$) y correlación positiva entre un mayor índice trig/HDL y una edad mayor de 45 años ($r=0.28$; $p=0.03$), así como relación ($p=0.03$) y correlación negativa ($r=-0.31$; $p=0.01$) en aquellos que presentaban respuesta a la neoadyuvancia. El índice LDL/col mostró diferencias ($p=0.02$) y correlación negativa ($r=-0.30$; $p=0.02$) con estadios tempranos contra tardíos, ECI-II contra ECIII-IV, así como con el grado de infiltración tumoral mayor (T1-T4) ($p=0.03$ / $r=-0.38$; $p=0.004$) e invasión a ganglios linfáticos N(+)/N(-) ($p=0.04$ / $r=-0.24$; $p=0.04$). Un índice LDL/HDL y trig/HDL mayor se acompañó de complicaciones posquirúrgicas ($p=0.03$ y $p=0.04$, respectivamente).

Conclusiones: El perfil lipídico puede ser una herramienta útil en la evaluación del pronóstico y respuesta al tratamiento en los pacientes mexicanos con cáncer de recto.

Financiamiento: Sin patrocinio.