



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO DE MEDICINA EN EL INSTITUTO
REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS CENTRO EN EL
PERÍODO 2021-2022**

**PRESENTADO POR
DÍAZ COBEÑA PIERO ANDRÉS**

**ASESOR
ALEXANDER CHÁVEZ HUAMANÍ**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

LIMA- PERÚ

2022



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



USMP | FACULTAD DE
UNIVERSIDAD DE SAN MARTÍN DE PORRES | MEDICINA HUMANA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO DE MEDICINA EN EL INSTITUTO
REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS CENTRO EN EL
PERÍODO 2021-2022**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

PRESENTADO POR

DIAZ COBEÑA PIERO ANDRES

ASESOR

DR. ALEXANDER CHÁVEZ HUAMANÍ

LIMA, PERÚ

2022

JURADO

Presidente: M. E. Víctor Hinostraza Barrionuevo

Miembro: M. E. Jorge Carlos Vela Rodríguez

Miembro: M. E. Kattia Arribasplata Purizaca

ÍNDICE

PORTADA.....	i
INDICE	ii
RESUMEN.....	iii
ABSTRACT	iv
INTRODUCCIÓN.....	v
CAPITULO I TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
CAPÍTULO II CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA....	30
CAPITULO III APLICACIÓN PROFESIONAL	32
CAPÍTULO IV REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	53
CONCLUSIONES.....	54
RECOMENDACIONES.....	56
BIBLIOGRAFIA.....	57

RESUMEN

El presente trabajo se basa en la reflexión sobre el enfoque diagnóstico y abordaje terapéutico en pacientes oncológicos, en base a las experiencias y conocimientos adquiridos durante el periodo de internado médico. Esta evaluación se realizó en pacientes hospitalizados en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas ubicado en la región Junín, mediante la examinación minuciosa de cada paciente, con conocimiento de su historial médico y el apoyo imagenológico y laboratorial con el que cuenta este moderno centro de atención especializada.

El objetivo de este trabajo es hacer visible el incremento de incidencia y prevalencia de esta enfermedad, así como destacar la importancia de la prevención como una de las herramientas principales en el abordaje de esta patología tan compleja y hacer énfasis en la responsabilidad que se nos confiere como profesionales de la salud para usar todo nuestro conocimiento y experiencia, con el objetivo de tener a la patología oncológica como posibilidad diagnóstica, debido a sus manifestaciones iniciales inespecíficas que a largo plazo pueden llevar a un desenlace fatal para el paciente.

ABSTRACT

The present work is based on the reflection on the diagnostic approach and therapeutic approach in cancer patients, based on the experiences and knowledge acquired during the period of medical internship. This evaluation was carried out on hospitalized patients at the Regional Institute of Neoplastic Diseases located in the Junín region, through a thorough examination of each patient, with knowledge of their medical history and the imaging and laboratory support that this modern specialized care center has.

The objective of this work is to make visible the increase in incidence and prevalence of this disease, as well as to highlight the importance of prevention as one of the main tools in dealing with this complex pathology and to emphasize the responsibility conferred on us, as health professionals to use all our knowledge and experience, with the aim of having oncological pathology as a diagnostic possibility, due to its initial non-specific manifestations that in the long term can lead to a fatal outcome for the patient.

INTRODUCCIÓN

Cada vez es más común recibir información sobre la creciente tendencia mundial relacionada a la incidencia de cáncer y su estrecha relación como causa de defunción o discapacidad. Cada año se diagnostican diferentes tipos de cáncer a más de 18 millones de personas a nivel mundial, cifra que, según se prevé, ascenderá a 29,5 millones en 2040. A pesar de que la tasa de incidencia en nuestro país es menor a comparación de países europeos, la mortalidad es mayor. Se calcula que más del 60% de muertes a nivel global por causa oncológica se producen en países de bajos y medianos ingresos, debido a la detección tardía de su estadio clínico, a causa de un menor acceso a centros de atención médica especializada. (1)

El objetivo de este trabajo es evidenciar que la patología oncológica es cada vez más frecuente en nuestro entorno. Que factores, como la edad o condición socioeconómica, antes considerados como determinantes para el desarrollo de cáncer, ya no son exclusivos de ello, sino que es una enfermedad con posibilidad de surgir en cualquier grupo poblacional, independientemente de su estado actual, teniendo siempre en consideración aquellas condiciones que aumentan la probabilidad del desarrollo de neoplasias.

Es justamente bajo ese concepto donde radica la importancia de la concepción del cáncer como una enfermedad prevenible, debido a que gran parte de los casos, pueden tener un mejor curso evolutivo e incluso la remisión total de enfermedad, con actividades de tamizaje y detección temprana, para así poder ofrecer un tratamiento precoz y evitar desenlaces fatales.

Este trabajo se realizó en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas ubicado en el departamento de Junín, provincia de Concepción, considerado como el segundo centro de tratamiento oncológico más importante del país, mediante el análisis individualizado de cada paciente; tomando en cuenta el comienzo de la enfermedad, su progresión, el diagnóstico y manejo, así como la reflexión que deja las historias de estos pacientes.

CAPITULO I TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado médico es un periodo de tiempo de vital importancia en la formación académica de los futuros profesionales de la salud, en el cual se puede consolidar e interiorizar aquellos conceptos adquiridos en los años previos de educación universitaria. Es aquí donde se combinan experiencias afectivas, exposición a diversas situaciones clínicas, así como reflexión e interiorización de todos los procesos de detección de riesgos, medidas preventivas, diagnóstico oportuno y tratamiento temprano de los diversos problemas de salud. Es por ello, que se considera como el momento para aprender a consolidar el componente teórico-práctico en conjunto con el desarrollo del sentido ético y humanista que se requiere para ser un profesional íntegro.

En este periodo se pone a prueba al interno emocionalmente, enfrentándolo de forma directa con la muerte y el sufrimiento de las personas. El interno evidenciará situaciones en donde su actuar se verá limitado por condiciones médicas desfavorables, factores económicos, culturales, entre otros, que determinan el desenlace de los pacientes. Es por ello que se debe tener siempre el componente humano intrínseco que conlleva la práctica médica.

El presente trabajo se realizó en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas de la Macrorregión Centro, un instituto con una amplia cartera de servicios especializados. Es en esta institución donde se pudo adquirir capacidades como:

- Aplicar conceptos médicos basados en evidencia clínica para diagnóstico y tratamiento oportuno de las diversas enfermedades
- Fortalecer el razonamiento clínico para un abordaje más adecuado del paciente
- Aplicar habilidades quirúrgicas y procedimentales básicas en la formación profesional
- Consolidar de habilidades de trabajo en grupo con el objetivo de mantener relaciones profesionales adecuadas

- Instituir una correcta relación médico-paciente basada en el respeto y la ética profesional
- Comunicar conceptos médicos de una manera más clara y sencilla para facilitar la comprensión por parte del paciente

De igual manera se pudo desarrollar valores como:

- Aplicar el principio del humanismo médico, con el objetivo hacer uso de capacidades técnicas en conjunto con valores de empatía y sensibilidad para enfocar y tratar el problema del paciente de una manera más integral.
- Respetar la vida y defenderla, haciendo uso todos los recursos que estén a alcance
- Actuar bajo los principios de honestidad y vocación de servicio, que demuestren sincero interés por el mejoramiento de la salud del paciente
- Instaurar capacidad de liderazgo, creatividad y fortalecimiento de las relaciones interpersonales, para poder generar ambientes de trabajo adecuados que favorezcan el manejo de los pacientes.
- Actuar en todo momento de manera profesional buscando siempre el beneficio del paciente mediante la actualización constante y predisposición al aprendizaje, buen trato y confidencialidad aún después de fallecidos.

A continuación, se mencionarán los casos clínicos más relevantes en el periodo de internado.

CASOS CLÍNICOS SEGÚN ÁREA DE ROTACIÓN:

MEDICINA INTERNA:

CASO 1:

Paciente varón de 37 años natural y procedente Huancayo, con un tiempo de enfermedad de 4 meses, caracterizado por presentar deposiciones líquidas, acompañados de vómitos y pérdida de peso de aproximadamente 15kg en 4 meses. Motivo por el acude a esta institución, donde se le realizan estudios de extensión de enfermedad.

Refiere antecedente oncológico familiar de fallecimiento de abuela materna por cáncer de colon. Niega otros antecedentes de importancia

Al examen físico:

- Piel: Tibia, elástica e hidratada. Llenado capilar menor a 2 segundos. No se evidencian edemas ni cianosis, ictericia o palidez.
- Cabeza y cuello: Normocéfalo, cuello móvil y cilíndrico, no se palpan masas.
- Aparato Respiratorio: Tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no se auscultan soplos cardiacos.
- Abdomen: Blando, distensible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación, no se evidencian masas
- Sistema Nervioso Central: Lúcido y orientado en tiempo, espacio y persona. Escala de Coma de Glasgow: 15/15. No se evidencian focalizaciones o signos meníngeos.

El paciente cuenta con los siguientes exámenes:

- Tomografía espiral Multicorte de Tórax, Abdomen y Pelvis (19/04/2021):
 - o Tórax: No se evidencian alteraciones

- Abdomen: se aprecia engrosamiento mural de pared de colon transverso, de forma irregular y asimétrica en una extensión longitudinal de 11cm, que condiciona estrechamiento del lumen, muestra realce a la sustancia de contraste, asocia además estriación de la grasa pericólica adyacente, asocia inadecuado plano de clivaje con el área de antro gástrico, no descartándose su infiltración a este nivel.
- Pelvis: No se evidencian alteraciones

Con estos resultados se programa Colonoscopia (23/04/2021):

- Se ingresa hasta ángulo hepático aproximadamente a 70 cm de margen anal en donde se aprecia úlcera ovalada de bordes irregulares, sobre elevada, patrón glandular atípico, friable al roce, que estenosa concéntricamente casi el 90% de la luz.
- En colon descendente proximal se aprecia lesión plana de superficie similar a la adyacente, de aprox. 3 mm

Se realiza el análisis de las muestras tomadas en ángulo hepático y colon descendente de Anatomía patológica (28/04/21):

- Negativo para proceso neoplásico
- Cuenta con resultado de CEA (29/04/2021) :2.55

Se realiza Laparotomía Diagnostica (30/04/2021):

Se evidencia líquido libre en regular cantidad, sin signos de carcinomatosis, tumoración de 12x11cm dependiente de ángulo hepático de colon, el cual infiltra la cabeza del páncreas, antro gástrico, porción de asa delgada. Ganglios de +/- 1.5cm peritumorales, se reseca ganglio del grupo 13 el cual se envía a congelación y análisis por Anatomía Patológica quien reporta resultado negativo para Neoplasia Maligna. Se decide realizar gastroyeyunoanastomosis e ileotransversoanastomosis.

- Se realiza control por Tomografía Espiral Multicorte Abdominal (07/05/2021):

- Se evidencia engrosamiento de aspecto neofornativo del colon transversos de hasta 34 mm en una extensión longitudinal de 11 cm muestra captación heterogénea del contraste con áreas necróticas. Asocia

trabeculación del tejido graso pericólico, infiltra el antro gástrico, así como la primera porción del duodeno y la cabeza del páncreas, contacta el parénquima hepático conservando adecuado plano de clivaje. Asocia adenopatía de 10 mm en la cadena de la arteria hepática común. Líquido libre en cavidad peritoneal en un volumen aproximado de 1000 cc. En bases pulmonares evidencia de efusión pleural bilateral a predominio izquierdo, así como atelectasia sub-segmentaria basal izquierda.

- Se realiza Biopsia Guiada por Tomografía Espiral Multicorte (08/05/2021) de masa intraabdominal:
 - o Se aprecia infiltrado por adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado con componente mucinoso.

Por lo tanto, es catalogado:

- Neoplasia Maligna de colon derecho Estadio Clínico IIIC TNM: T4b N (+) M0.
- Dado que la tumoración es irreseccable el paciente es tributario de Quimioterapia neoadyuvante.

Paciente inicia Quimioterapia neoadyuvante con esquema FOLFOXIRI al 100% (23/06/2021) con regular tolerancia por emesis por lo que se decide dar el II curso con una dosis reducida al 75% (20/07/2021). Durante la estancia hospitalaria del II curso se detecta Trombosis Venosa Superficial en tratamiento con Enoxaparina por 14 días. El paciente refiere que tras el II curso presenta náuseas, vómitos, además de deshidratación severa, falla renal aguda y dificultad respiratoria; por lo que se decide manejar su cuadro por el servicio de Emergencia en donde se estabiliza al paciente con Fluidoterapia; además se le solicita una Tomografía Torácica donde se evidencia Neumomediastino y Enfisema subcutáneo, manejado con oxigenoterapia alto flujo, con respuesta positiva a tratamiento.

El paciente es evaluado por el servicio de Hematología el día 04/08/2021 quien solicita Ecografía Doppler de Miembro inferior izquierdo en donde se evidencia:

- Trombo a nivel de la Vena Safena Mayor y Vena Safena Menor que ocluye lumen en un 83% y 62.5%, respectivamente.
- Además de signos de edema del Tejido Celular Subcutáneo

Para continuar el III curso por falta de Irinotecan en la Institución se decide rotar al esquema FOLFOX-6.

Se decide continuar Quimioterapia con nuevo esquema del III al VI curso (28.08.2021 - 25.09.2021) teniendo mejor tolerancia por el paciente

- Se decide realizar Tomografía axial computarizada de Tórax, Abdomen y pelvis (10.11.21):

- Tórax: Se evidencia nódulo en base pulmonar derecho, de características sugerentes de benignidad.
- Abdomen: Engrosamiento mural de aspecto neofornativo a nivel de la anastomosis ileotransversa, adenopatía en hilio hepático, de aspecto secundarismo.
- Pelvis: Sin alteraciones

Se decide llevar el caso al Comité de tumores Gastrointestinales, llegando a la conclusión de que el paciente continuará con Quimioterapia sistémica y el nódulo pulmonar tendrá seguimiento con estudios Tomográficos.

- Se realiza control por Tomografía Espiral Multicorte de Tórax Abdomen y Pelvis (15/01/22):

- Tórax: Nódulo de aspecto benigno en lóbulo inferior derecho, sin cambios significativos respecto a estudio previo
- Abdomen y Pelvis: Engrosamiento de aspecto neofornativo a nivel de colon transversal con extensión a la ileotransversoanastomosis, infiltra el estómago y cabeza de páncreas. Se evidencia aumento en el diámetro mayor de forma significativa (30%) respecto a estudio previo además de adenopatías en hilio hepático y región paraaórtico izquierdo concordante con secundarismo.

Se cataloga el cuadro como Progresión de enfermedad Locorregional por aumento de 30% de la lesión primaria; sin embargo, se evidencia mejoría clínica del paciente, así como mejor tolerabilidad a Quimioterapia; por lo que se decide continuar con el mismo esquema valorando de manera continua la respuesta del paciente.

Paciente con los siguientes diagnósticos:

- Neoplasia Maligna de Colon derecho (ángulo hepático) Estadio clínico IIIC
- Trombosis Venosa Superficial de Miembro inferior izquierdo

Plan:

- Hospitalización para continuar Quimioterapia con esquema FOLFOX-6
- Continuar tratamiento por Trombosis Venosa Superficial
- Control Imagenológico de Nódulo pulmonar
- Control de funciones vitales
- Observación de signos de alarma

CASO 2:

Paciente varón de 54 años, traído en mal estado general por sus familiares al servicio de emergencia del hospital refiriendo que desde hace aproximadamente dos horas encuentran al paciente inconsciente en su domicilio tras haber ingerido insecticida "Tamaron" (compuesto órgano fosforado) con cuadro clínico caracterizado por trastorno del sensorio, soporoso, sialorrea, sin control de esfínteres. Con evidente hedor a insecticida.

Al examen físico:

- Paciente en mal estado general
- PA: 85/60 mm Hg FC: 55xmin FR:22xmin
- Piel: fría, pálida, húmeda, fasciculaciones presentes.

- Ojos: pupilas mióticas puntiformes de 1 mm bilateral.
- Mucosa oral: sialorrea abundante.
- Aparato Cardiovascular.: Ruidos Cardiacos rítmicos con tendencia a bradicardia FC: 55 x min.
- Aparato Respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. Roncos abundantes en ambos hemitórax.
- Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes.
- Sistema Nervioso Central: Paciente comatoso. Glasgow 7/15

Por el compromiso hemodinámico del paciente se decide realizar el manejo en shock trauma: analíticas básicas, protección de la vía aérea, intubación y ventilación mecánica. Se evidencia hipotensión refractaria a volumen y bradicardia hasta signos de atropinización y vasopresores.

- Hemograma (24/12/21):
 - Leucocitos: 26.63 Monocitos: 3 Linfocitos: 3 Neutrófilos: 94 Plaquetas: 308 Abastoados: 0 Eosinófilos: 0 Hb: 19.1 Hto: 58.9
- Perfil de coagulación (24.12.21):
 - TP:12.8 INR:1.09 TTP:21
- Bioquímico (24.12.21):
 - BT:0.88 BD:0.18 Creatinina:0.76 Glucosa:207 TGO:32
- Gasometría (24.12.21. 4:12pm):
 - Lact:5.93 Na:142 HCO3:15.7 K:3.24 PCO2:39.5 pH:7.21 PO2:60.7 Cl:104 BE: -11.3 Ca:1.29 Fio2: 80
- Radiografía de tórax (24/12/21):
 - Infiltrados alveolares difusos y confluentes en bases sugerentes de Neumonía Aspirativa

Por lo que los diagnóstico planteados son:

- Intoxicación por compuestos órganos fosforados
- Shock distributivo.
- Insuficiencia respiratoria tipo I y IV en ventilación mecánica.
- Neumonía aspirativa
- Acidosis metabólica

Paciente hemodinámicamente inestable, que bajo sedación conectado a ventilación mecánica logra mejorar sus funciones vitales: PA: 123/92 mm Hg
FC: 100 x´ FR: 20x´

Se ha realizado lavado gástrico riguroso y uso de carbón activado.

Paciente continúa con la administración de atropina 2 mg EV cada 2 min (hasta el momento se ha administrado 108 ampollas), se ha logrado incrementar frecuencia cardiaca a 100 x´, pupilas 4 mm bilateral.

Se procede a espaciar administración de Atropina a 2 ampollas EV cada 5 min por 30 minutos, luego a 2 ampollas cada 10 min por una hora y dejar 2 en 2 ampollas EV cada 8 horas por 24 horas.

Por los resultados gasométricos compatibles con acidosis metabólica indican corrección de medio interno con Bicarbonato de Sodio. Continúa con la administración de Vasopresores por presencia de Hipotensión.

Paciente continúa en mal estado general, con tendencia a la inestabilidad. Pronóstico reservado, se informa a familiares de la severidad y estado crítico de paciente. Se inicia Antibioticoterapia: Ceftriaxona 1 gramo + Clindamicina 600mg y continuar con fluidoterapia.

Cuatro horas después se realiza nueva gasometría encontrándose los siguientes resultados:

- Gasometría (24.12.21, 8:33pm):
 - o Lactato:4.08 Na:143 HCO3:20.6 K:3.93 PCO2:39.2 pH:7.33
PO2:44.6 Cl:109 BE: -4.7 Ca:1.02 FiO2:60

Además, se incrementa la dosis de Vasopresores a 15cc/h por tendencia a la inestabilidad.

Por hipotensión y bradicardia sostenida se indica Poligelina 100ml y continuación en la administración de vasopresores hasta obtener una Presión arterial Media > 65 mm Hg. Se retrasa el uso de atropina por riesgo de sobredosis. Se informa a familiares el pronóstico reservado del paciente con elevada probabilidad de fallecimiento del paciente.

Se indica nueva Gasometría en horas de la mañana del día siguiente:

- Gasometría (25.12.21, 5:30 am):
 - o Lactato:3.66 Na:144 HCO₃:20.6 K:3.31 PCO₂: 27.1 pH:7.49 PO₂:86 Cl: 110 BE: -0.8 Ca:1.07 FiO₂: 75

Debido a la persistencia del cuadro de inestabilidad hemodinámica y evolución tórpida del paciente se coordina con la Unidad de Cuidados Intensivos para su manejo.

En dicho servicio se encuentra al paciente neurológicamente despierto al llamado por lo que se decide suspender la sedoanalgesia bajo la indicación de evaluación neurológica minuciosa de manera constante, así como el destete de vasopresores.

Paciente permanece por 13 días en la Unidad de Cuidados intensivos en donde se corrige trastornos del medio interno, estabilización de presión arterial, manejo de neumonía con antibioticoterapia, y se evidencia mejoría clínica y evolución neurológica favorable; por lo que se procede a la transferencia del paciente al servicio de Medicina interna informándose como paciente hemodinámicamente estable con evolución favorable y recuperación lenta, sin apoyo de vasopresores, afebril y diuresis normal.

Se recibe al paciente con el siguiente Examen físico:

- Paciente en aparente regular estado general, aparente regular estado de hidratación y aparente regular estado nutricional. Ventilando con apoyo oxigenatorio con Cánula Binasal con FiO₂ de 0.32.
- Piel: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar menor de 2 segundos
- Cavidad oral: Mucosas semihúmedas.
- Aparato respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, se auscultan roncus en ambos campos pulmonares y crépitos ligeros a predominio de bases.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de adecuado tono e intensidad, no se auscultan soplos.
- Abdomen: Blando, depresible, Ruidos hidroaéreos aumentados, no signos peritoneales.
- Extremidades: Simétricas, móviles, no edemas.

- Sistema Nervioso central: Escala de coma de Glasgow 14/15 (Apertura ocular: 4, Respuesta verbal 4, Respuesta motora 6), pupilas foto reactivas, isocóricas.

Se toma Gasometría de control:

- Gasometría (07/01/22):
 - o Lactato:1.3 Na:139 HCO3:23.7 K:4.1 PCO2:33.4 pH:7.44 PO2:68 Cl: 109 BE: -1.3 Ca:1.22

Se decide tratar foco pulmonar con Meropenem y Vancomicina, hidratación, corrección de medio interno, control de funciones vitales y observación de signos de alarma.

Paciente con los siguientes diagnósticos:

- Insuficiencia Respiratoria Aguda tipo I
- Neumonía intrahospitalaria en tratamiento
- Intento suicida por ingesta de compuestos organofosforados.

Se encuentra afebril, con funciones vitales estables, hemodinámicamente compensado, PA: 113/71mmHg, diuresis de 1300 cc, flujo urinario 0.9cc/kg/h, deposiciones líquidas, Balance hídrico: +246, enfermería no reporta interurrencias; se decide que paciente debe continuar con tratamiento antibiótico propuesto de Meropenem y Vancomicina por lo que se coordina con el servicio de Infectología del Hospital Daniel Alcides Carrión quien refiere disponibilidad de camas por lo que se procede a realizar los trámites de traslado del paciente para manejo no oncológico de dicho paciente.

CIRUGIA GENERAL

CASO 1:

Paciente mujer de 74 años, natural y procedente de Huancayo, no refiere antecedentes médicos de importancia. Es derivada del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé a esta institución con diagnóstico de Cáncer de Recto

Estadio Clínico IIA. Tiene un tiempo de enfermedad de aproximadamente 18 meses caracterizado por presentar deposiciones con rasgos sanguinolentos, refiere que hace 3 meses presenta rectorragia por lo que acude a médico de otra institución en donde se le realiza:

- Colonoscopia (15/06/21):
 - o A 7 cm de margen anal se evidencia lesión proliferativa de extensión lateral de 35x20mm, la lesión es mamelonada, friable, la lesión se extiende hasta los 5 cm del margen anal. Se toma biopsia.

- Biopsia con Anatomía Patológica (16/06/21):
 - o Fragmentos de adenoma túbulo vellosos con displasia de alto grado y focos de adenocarcinoma bien diferenciado infiltrante a la lámina propia.

- Resonancia Magnética de Pelvis (15/06/21):
 - o Recto de engrosamiento focal mural asimétrico que compromete porción inferior de 34x16x26mm, de carácter neofornativo, a 5cm del esfínter anal. No adenopatías.

- Laboratorio (02.07.11):
 - o Hb 15.2; HTO 45.2, serológicos no reactivo.

EL servicio de Medicina oncológica de su Hospital de origen indica Quimioterapia a base de Capecitabina.

Al examen físico:

- Piel: Tibia, elástica e hidratada. Llenado capilar menor a 2 segundos. No se evidencian edemas ni cianosis, ictericia o palidez.
- Cabeza y cuello: Normocéfalo, cuello móvil y cilíndrico, no se palpan masas.
- Aparato Respiratorio: Tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.

- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no se auscultan soplos cardiacos.
- Abdomen: Blando, distensible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación, no se evidencian masas
- Aparato genital: genitales externos normales.
- Tacto rectal: Esfínter normotónico, canal anal libre, por encima de la línea pectínea se palpa borde inferior de lesión tumoral, no se logra palpar borde superior, no sangrado en dedo de guante
- Sistema Nervioso Central: Lúcido y orientado en tiempo, espacio y persona. Escala de Coma de Glasgow: 15/15. No se evidencian focalizaciones o signos meníngeos.

Paciente es evaluada por el servicio de Medicina Oncológica de nuestra institución y se decide que la paciente es tributaria de Radioterapia externa a dosis de 5040 cGy en 28 sesiones (180 cGy por cada sesión) en campo pélvico IMRT (intensidad modulada) en conjunto con Quimioterapia en base a Capecitabina.

Se programa TEM simulación (02/08/2021), que da como resultado una buena tolerancia de la paciente al procedimiento por lo que se le programa horario de terapias.

Desde el día 10/08/21 al día 28/09/21 recibe 28 sesiones de Radioterapia de Intensidad Modulada (técnica IMRT) a dosis de 5040 cGy:

- 25 sesiones a nivel pélvico de 180 cGy por sesión (4500 cGy)
- 3 sesiones a nivel de lesión primaria de 180 cGy por sesión (540 cGy)

Paciente cumple satisfactoriamente el tratamiento por lo que se la refiere a Hospital de origen para control; es ahí donde se considera que la paciente puede ser tributaria para Tratamiento Quirúrgico; por lo cual se tramita la Teleconsulta y posterior Referencia al IREN Centro para evaluación y manejo especializado.

El 11/01/22 la paciente ingresa a esta institución para estudios prequirúrgicos, nuevos exámenes imagenológicos (Colonoscopia y Resonancia Magnética) y evaluación especializada por el servicio.

El 19/01/22 la paciente es hospitalizada y evaluada por el servicio de Cirugía general oncológica considerando como tratamiento quirúrgico la técnica de Resección abdominoperineal.

Para el día 21/01/22 la paciente ingresa a Sala de Operaciones en donde se realizan los siguientes procedimientos quirúrgicos:

- Incisión mediana infraumbilical para aperturar todos los planos hasta cavidad con el objetivo de liberar el colon sigmoides, una vez identificados los vasos mesentéricos se ligan Lino 0 para evitar sangrado intraoperatorio.
- Posteriormente se secciona colon sigmoides con su respectivo margen de seguridad. Se ingresa a plano avascular con Ligasure (dispositivo de mano para sellado y división) y se reseca mesorrecto hasta llegar a piso pélvico. Se logra separar los espacios rectos vaginales y rectos vesicales sin alteraciones.
- A nivel perineal se realiza incisión a nivel de ano, se ingresan por los diversos planos anatómicos y se identifican los músculos elevadores del ano, los cuales se seccionan hasta llegar al piso pélvico donde se une con la porción de recto inferior, extrayendo la pieza por canal pélvico.
- Se sacaboca colon proximal por flanco izquierdo el cual se fija a piel con Vycril 3/0.
- Se realiza lavado de cavidad y revisión de hemostasia. Finalmente se coloca Dren Blake el cual sale por contrabertura en región perineal. Se cierra pared abdominal por planos: aponeurosis con Polidioxanona 1/0 y piel con grapas. Cierre perineal por planos con Vycril 1/0 puntos separados.

Paciente tolera procedimiento, pasa a recuperación hasta el día 26/01/22 con evolución favorable:

- Paciente en decúbito dorsal activo, hemodinámicamente estable, con dolor controlado, niega náuseas, vómitos u algún otro síntoma de alarma:
- Piel: Tibia, elástica, hidratada. Llenado capilar menor a 2 segundos

- Abdomen: Blando, depresible, no signos peritoneales. Herida operatoria en buen estado, no se evidencian signos inflamatorios o infecciosos.
- Periné: Dren tubular: 34cc. Colostomía 52cc. Herida afrontada sin extravasación de secreción, no se evidencia signos de flogosis

Paciente con los siguientes diagnósticos:

- Neoplasia maligna de recto Estadio Clínico IIA (Adenocarcinoma tubular infiltrante viable)
- Postoperatorio de Resección Abdomino-Perineal + Colostomía Terminal

Plan:

- Indicaciones de alta médica
- Paracetamol 500mg cada 8 horas
- Dieta blanda
- Control por consultorio externo
- Higiene de la herida operatoria
- Consejería en signos de alarma

CASO 2:

Paciente varón de 64 años natural y procedente de Concepción, niega antecedentes médicos u oncológicos, con un tiempo de enfermedad de 20 meses (junio 2020) caracterizado por dolor abdominal e ictericia, motivo por el cual acude a clínica particular donde es intervenido quirúrgicamente. Se le realiza colecistectomía y le indican la presencia de tumoración en cabeza de páncreas. Posterior a ese episodio el paciente se pierde de vista hasta agosto 2021, donde comienza a presentar dolor abdominal, náuseas y vómitos postprandiales y coloración ictérica de piel y mucosas. Posteriormente decide acudir al IREN Centro.

Al examen físico:

- Paciente en aparente regular estado general, de hidratación y nutricional. Ventila espontáneamente
- Piel: Tibia, elástica, hidratada. Llenado capilar < 2 segundos, no lesiones evidentes
- Mucosas orales: Hidratadas
- Aparato respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados
- Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no se auscultan soplos
- Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, cicatriz operatoria mediana sin secreción ni eritema, no doloroso a la palpación
- Sistema Nervioso Central: Lucido y orientado en tiempo, espacio y persona, no se evidencian focalizaciones ni signos meníngeos

- En nuestra institución se le solicita una Tomografía Espiral Multicorte (24.09.2021):

- Hígado: Se aprecia lesión quística de 12mm de diámetro mayor en el segmento III.
- Vías biliares intrahepáticas: No dilatadas, se aprecia contenido aéreo en las ramas de la vena porta (neumatosis portal).
- Vesícula biliar: ausente.
- Páncreas: Dilatación del conducto pancreático principal, mide hasta 18mm, en el proceso uncinado se aprecia masa isodensa, con captación heterogénea de la sustancia de contraste, mide 28x33mm, con mala diferenciación con la pared de la segunda y tercera porción del duodeno; no descartándose dependencia de estos últimos, condicionando dilatación retrograda. Cuerpo y cola atróficos. No contacta estructuras vasculares

Por estos hallazgos es evaluado por Cirugía de abdomen (24.09.21), indica tratamiento quirúrgico considerando la posibilidad de realizar la Cirugía de Whipple vs derivación biliodigestiva.

- Se solicita Interconsulta especializada al servicio de Gastroenterología, para realización de Videoendoscopia Alta (27.09.2021):

- Duodeno: Mucosa de aspecto normal, primera porción traccionada, estenosada en 95%, no permite el paso del equipo.
- Conclusión: Estenosis de duodeno. Reflujo biliar.
- Sugerencia: Tratamiento quirúrgico.

- Se solicitan exámenes prequirúrgicos, calificando a la paciente como tributaria a Cirugía.

- Se programa pasaje a Sala de Operaciones para cirugía paliativa el 30/09/21:
 - Se realiza Laparotomía exploratoria + Duodenopancreatectomía cefálica + Gastroyeyunoanastomosis + Biopsia ganglio grupo 8 (30/09/21):
 - Se procede con las técnicas de asepsia y antisepsia.
 - Colocación de Sonda Foley y campos estériles.
 - Se realiza incisión mediana suprainfraumbilical, disección hasta cavidad. Aspirado de líquido ascítico e identificación de hallazgos.
 - Se libera y disecciona vía biliar, sección del mismo a 1cm debajo del cístico, disección de vía biliar + apertura del mismo
 - Se prepara asa yeyunal para realizar Y de Roux.
 - Bilioenteroanastomosis término lateral con PDS 3/0
 - Se deja Dren Kehr N° 12, gastroenteroanastomosis transmesocólica en cara posterior con PDS 3/0 en 2 planos, enteroenteroanastomosis termino lateral con PDS 4/0.
 - Lavado de cavidad, revisión de hemostasia, colocación de Dren Blake.
 - Cierre de pared por planos: Peritoneo con Caprofyl, aponeurosis con PDS y piel con grapas.
 - Fijación de sondas y drenes. Gasas completas.
 - Paciente tolera acto quirúrgico
- Resultados de anatomía patológica (30/09/21):
 - Ganglio linfático reactivo con macrometástasis (3 mm) de adenocarcinoma de morfología columnar. Primera posibilidad pancreático biliar.
- Inmunohistoquímica (30/09/21):
 - CK: positivo

- CK20: negativo.
- Coloración PAS: positivo para mucina intracelular.
- Conclusión: de acuerdo con los hallazgos histomorfológicos y la expresión inmunohistoquímica, el caso corresponde a metástasis por adenocarcinoma pancreático. Como primera posibilidad adenocarcinoma pancreático ductal (no quístico productor de mucina), más alejado se encuentra colangiocarcinoma.

- Paciente pasa a unidad de Recuperación por 6 días donde tiene una evolución favorable. Cuya evaluación física es la siguiente:

- Paciente en aparente regular estado general, de hidratación, y nutricional. Ventila espontáneamente
- Piel: Tibia, elástica, hidratada. Llenado capilar < 2"
- Aparato respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.
- Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no se auscultan soplos
- Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, herida operatoria con secreción seropurulenta moderada en tercio inferior, Dren Kehr permeable
- Aparato Genito-Urinario: Diuresis conservada
- Sistema Nervioso Central: Despierto, Lucido y orientado en espacio, tiempo y persona Escala de Coma de Glasgow 15/15
- Dren Blake: 54 cc secreción serohemática
- Dren Kehr: 3 cc secreción biliosa

Paciente con buena evolución, afebril, diuresis adecuada, dolor controlado de herida operatoria, no evidencia signos inflamatorios.

Paciente sale de alta con los siguientes diagnósticos:

- Neoplasia Maligna de Cabeza de Páncreas Probable Estadio Clínico III (T4N1M0)
- Progresión de enfermedad locorregional

- Postoperado de Cirugía paliativa de gastroyeyuno anastomosis

Por lo que se sugiere el siguiente manejo:

- Progresión a dieta enteral de manera lenta
- Antibioticoterapia profiláctica
- Curación de herida operatoria
- Cita a consultorio externo en 10 días
- Interconsulta a Medicina oncológica para decisión de esquema Quimioterápico
- Interconsulta a Unidad de Cuidados paliativos para manejo de dolor

GINECOLOGÍA:

CASO 1:

Paciente mujer de 61 años, natural y procedente de Huancayo. Con los siguientes antecedentes:

- Ginecológicos:
 - Menarquia: 13 años
 - Hijos: 4 (1 aborto)
 - Inicio de relaciones sexuales: 17 años
 - Parejas sexuales: 2
 - Fecha de ultima regla: A los 39 años
 - Uso de métodos anticonceptivos: Niega
- Niega antecedentes Patológicos, Quirúrgicos, Oncológicos

Acude con un tiempo de enfermedad de 6 meses caracterizado por presentar dolor a nivel abdominal, sensación de aumento de volumen de masa en abdomen inferior, llenura precoz, dispepsia, fatiga, dolores musculares y cefaleas a repetición.

Al examen físico:

- Piel: Tibia, elástica, hidratada. Llenado capilar < 2 segundos, no lesiones evidentes

- Mucosas orales: Hidratadas
 - Aparato respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados
 - Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no se auscultan soplos
 - Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, presencia de masa tumoral 18x18cm consistencia dura poco móvil
 - Aparato Genitourinario: PRU (-) PPL (-). diuresis espontanea
 - Genitales Externos: No se evidencian alteraciones
 - Especuloscopía: vagina elástica amplia, cúpula vaginal sin lesiones macroscópicas, cérvix lateralizado izquierda, poco evidente
 - Tacto Rectal: parametrios libres.
 - Sistema linfático: No se palpan adenopatías supraclaviculares, axilares ni inguinales
 - Extremidades: Trofismo conservado, Reflejos Osteotendinosos conservados.
 - Sistema Nervioso Central: Lucida y orientada en tiempo espacio y persona. Escala de Coma de Glasgow 15/15. Pupilas isocóricas y fotorreactivas
- Por lo referido por la paciente y la evaluación física se solicita Ecografía de Abdomen Inferior (13/01/22):
- Presencia de gran formación de aspecto quístico que mide 16 x 19 x 20 cm (Vol. aprox. 3.2 L), que impide la visualización de útero o anexos. formación con contenido líquido, muestra área con formaciones papilares; al Doppler color no muestran vascularidad conservada. Fondo de saco de Douglas: Libre.
 - La ecografía sugiere gran formación de aspecto quístico de origen no diferenciable
- Por esta razón se decide ampliar con estudios con Tomografía contrastada (13/01/22):

- Superior: Quiste complejo en segmento V, de probable etiología parasitaria. Quiste renal derecho, Bosniak 1.
- Inferior: Gran quiste anexial de aparente dependencia anexial izquierda, desplaza el útero hacia lado ipsilateral.
- Se realiza Prueba de Papanicolaou (21/01/22):
- Negativo para células malignas
- Atrofia estructural y hemorragia
- Muestra adecuada sin células endocervicales

El caso se lleva a junta médica considerando como probable diagnóstico:

- Neoplasia Maligna de ovario
- Se solicitan los Análisis Pre quirúrgicos para programación de paciente a Sala de operaciones para el día 15/02/22 con el objetivo de realizar:
 - Laparotomía abdominal + Congelación de pieza operatoria para estudio y estadiaje por Anatomía patológica

Dependiendo de los resultados se decidirá manejo especializado por Medicina Oncológica o Ginecología.

CASO 2:

Paciente mujer de 62 años, natural y procedente de La Merced, con los siguientes antecedentes:

- Ginecológicos:
 - Menarquia: 12 años
 - Hijos: 5 (1 aborto)
 - Inicio de relaciones sexuales: 20 años
 - Parejas sexuales: 1
 - Fecha de ultima regla: 35 años
 - No hay estudios de Mamografía o PAP
- Personales:

- Diabetes Mellitus tipo II en tratamiento regular con Metformina 850 mg cada 12 horas
- Oncológicos:
- Hermana fallecida por Cáncer de mama

Acude al instituto con un tiempo de enfermedad de 1 semana caracterizado por ginecorragia, astenia, dolores musculares, irritabilidad y cefaleas constantes.

Al examen físico:

- Paciente en aparente regular estado general, de hidratación y nutricional. Ventila espontáneamente
- Piel: Tibia, elástica, hidratada. Llenado capilar < 2"
- Aparato respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.
- Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no se auscultan soplos
- Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no hay evidencia de signos peritoneales
- Aparato Genitourinario: PRU (-) PPL (-). diuresis espontanea
- Genitales Externos: No se evidencian alteraciones
- Especuloscopia: Cérvix empotrado, impresiona lesión tumoral
- Tacto Vaginal: Cérvix central, vagina amplia, se palpa masa con características tumorales en cérvix
- Tacto rectal: Parametrios libres
- Sistema linfático: No se palpan adenopatías supraclaviculares, axilares ni inguinales
- Extremidades: Trofismo conservado, Reflejos Osteotendinosos conservados.
- Sistema Nervioso Central: Lucida y orientada en tiempo espacio y persona. Escala de Coma de Glasgow 15/15. Pupilas isocóricas y fotorreactivas.
- Se realiza Colposcopia (12/10/21) en donde se evidencia:
 - Tumor exofítico de en cuello uterino

- Se toma muestra de Biopsia para análisis por el área de Anatomía Patológica
- Paciente acude el día 09/11/21 para resultados de Biopsia, donde:
 - Se evidencia Carcinoma Epidermoide Infiltrante, pobremente diferenciado no queratinizante
 - Impresión diagnóstica: Neoplasia maligna de Cérvix Estadio Clínico IB1
- Se solicita estudio por imágenes para complementar estudio de enfermedad y descartar secundarismo, solicitándose el día (23/11/21) Tomografía axial computarizada con contraste de tórax (para descartar Secundarismo a Pulmón), donde se evidencia:
 - Pulmones y mediastino sin alteraciones
 - Masa sólida de aspecto neofornativo de 59x36mm, muestra captación heterogénea de la sustancia de contraste, con centro necrótico, que compromete la totalidad de la glándula tiroidea. Amerita correlato Ecográfico.
- Así mismo se le solicita Tomografía axial computarizada de Abdomen superior (para descartar Secundarismo Hepático):
 - No se evidencian lesiones sugerentes de secundarismo hepático
 - Hidronefrosis renal derecha grado III, con signos de nefropatía crónica, el cual amerita correlato con ecografía
- Se decide ampliar estudios con Resonancia Magnética de Pelvis con contraste el día 29/11/21, donde se evidencia:
 - Lesión sólida neofornativa en cérvix de 2 cm, sin infiltración de parametrios, pared vesical ni de recto.
 - No adenopatías pélvicas.
- Paciente acude para evaluación por el servicio de Cirugía Ginecológica donde se solicitan Pre quirúrgicos para manejo de Neoplasia Maligna de Cérvix estadio clínico IB1
- Se programa Sala de Operaciones para el día 15/02/21:

- Histerectomía radical tipo III: Se realiza procedimiento quirúrgico de exéresis de pieza operatoria. Cirugía transcurre sin complicaciones, paciente tolera bien el procedimiento.

Paciente pasa a sala de recuperación en donde evoluciona favorablemente, hemodinámicamente estable, afebril y ventilación espontánea. Refiere dolor controlado en zona de incisión.

Por lo que se concluye que la paciente cursa con los diagnósticos de:

- Neoplasia Maligna de Cérvix en estadio clínico IB1
- Postoperada por Histerectomía radical tipo III

Se decide que el plan con la paciente será:

- Inicio de Tolerancia oral
- Hidratación
- Analgesia con Tramadol 50 mg
- Antibioticoterapia con Ceftriaxona 1g
- Control de funciones Vitales
- Observación de signos de alarma
- Hemogluco test cada 8 horas
- Controles por consultorio externo

PEDIATRIA:

CASO 1:

Paciente mujer de 15 años, natural y procedente de Huancayo con un tiempo de enfermedad de 3 meses caracterizado por cefalea intensa, vómitos, astenia, dificultad para concentrarse en sus actividades académicas por lo que su madre decide llevarla al hospital Daniel Alcides Carrión donde le realizan biopsia cerebral por estereotaxia. Al obtener los resultados de dicho procedimiento se procede a coordinar la referencia al instituto para manejo más especializado.

Paciente niega antecedentes patológicos u oncológicos.

AL EXAMEN FISICO:

- Paciente en aparente regular estado general, de hidratación, y nutricional. Ventila espontáneamente
- Piel: Tibia, elástica, hidratada. Llenado capilar < 2"
- Aparato respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.
- Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no se auscultan soplos
- Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no hay evidencia de signos peritoneales
- Aparato Genitourinario: Sin alteraciones
- Extremidades: Trofismo conservado, Reflejos Osteotendinosos conservados.
- Sistema Nervioso Central: Lucido y orientado en Tiempo, espacio y persona. Escala de coma de Glasgow 15/15. Pupilas Isocóricas y fotorreactivas

- Se procede con la lectura del informe de la Biopsia Cerebral por estereotaxia tomado por el Hospital de origen el día 31/01/22, teniendo como resultado:

- Glioma de alto grado con proliferación microvascular

- Se admite la referencia al instituto por diagnóstico oncológico el día 15/01/22 donde se le realizan exámenes de extensión de enfermedad: Tomografía espiral Multicorte de cerebro con contraste, que se informa como:

- Lesión heterogénea con bordes poco diferenciables en región frontal derecha a predominio de giro medio e inferior con compromiso de área motora.
- Efecto de masa que desvía línea media 15mm con colapso parcial de ventrículos laterales del mismo lado.

- Además, se solicita estudio de Resonancia Magnética Nuclear cerebral el día 17/01/22, cuyos hallazgos son:

- Nódulo de aspecto neofornativo en lóbulo frontal derecho con características sugerentes de glioma de alto grado, asocia nódulos satélites descritos y edema perilesional que ejerce efecto de masa y desvía línea media de forma significativa

El caso se lleva a discusión y se decide convocar a junta médica entre Especialistas de Neurocirugía, Oncopediatría, Anatomía patológica y Médicos intensivistas. Se sugiere exéresis parcial del tumor, debido a la complejidad de la patología y a la tendencia de crecimiento progresivo.

Se explica al paciente y familiares el elevado riesgo que conlleva dicho procedimiento, el cual es comprendido por ambas partes por lo que dan su consentimiento.

Los diagnósticos planteados son:

- Neoplasia maligna de cerebro: Glioblastoma cerebral extenso que invade estructuras adyacentes
- Edema cerebral
- Hipertensión endocraneana

Plan sugerido:

- Se solicitan Pre quirúrgicos
- Tratamiento antiedematoso cerebral (Manitol)
- Programación para Sala de Operaciones
- Interconsulta a UCI para colocación de Catéter Venoso Central
- Control estricto de Presión arterial, glucosa y temperatura

CASO 2:

Paciente varón de 10 años, natural de Cerro de Pasco y procedente de Oxapampa, sin antecedentes de importancia. Tiempo de enfermedad 2 meses, caracterizado por presentar una tumoración indolora a nivel cervical del lado izquierdo de crecimiento progresivo y otra de menor tamaño en el hemicuello derecho. Además de sudoración nocturna, fiebre de aparición esporádica y cansancio al realizar sus actividades diarias.

- Por esta razón la madre decide llevar al menor a una institución privada donde se le realiza estudios de imagen:

- Tomografía Espiral Multicorte de cuello (27/09/21): Adenomegalias sugestivas de proceso linfoproliferativo. Conglomerado ganglionar que envuelve a vasos carotideo siendo el mayor en el lado izquierdo de 64x32mm y del lado derecho de 31x18mm
- Tomografía Espiral Multicorte de tórax (27/09/21): adenomegalias mediastinales a manera de conglomerado de 58x53mm

Con estos resultados el médico tratante le sugiere manejo más especializado por patología de aparente origen oncológico, razón por la cual el paciente es admitido en el instituto el día 22/10/21:

Al examen físico:

- Paciente en aparente regular estado general, de hidratación y nutricional. Ventila espontáneamente
- Piel: no lesiones vesiculares, no pustulosas, ni tumorales, llenado capilar <2 segundos
- Cuello: adenopatías en forma de conglomerado ganglionar izquierdo de 6x5x4cm que incluyen los grupos III y IV móvil, algo blando, y otro en el grupo V de 2cm pétéreo derecho de lóbulos tiroideos de características normales
- Aparato respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.
- Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no se auscultan soplos
- Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no hay evidencia de signos peritoneales
- Aparato Genitourinario: Sin alteraciones
- Extremidades: Trofismo conservado, Reflejos Osteotendinosos conservados.
- Sistema Nervioso Central: Lucido y orientado en Tiempo, espacio y persona. Escala de coma de Glasgow 15/15. Pupilas Isocóricas y fotorreactivas

- Se coordina con la Unidad de Radiología para realizar una Biopsia Core Ecoguiada de masa cervical izquierda para que sea analizada por Anatomía Patológica (29/10/21):
 - Proliferación linfoide atípica
 - Requiere complementar con estudios de inmunohistoquímica para tipificación en INEN por falta de reactivos.
- INEN realiza la revisión de Laminas (13/12/21) e informa:
 - Linfoma de Hodgkin Clásico variedad esclerosis nodular.
- Por los resultados se solicita evaluación tomográfica para evaluar progresión de enfermedad (16/12/21):
 - Tomografía axial computadorizada de tórax con contraste:
 - Múltiples adenopatías y conglomerados ganglionares mediastinales de aspecto linfoproliferativo.
 - Tomografía Espiral Multicorte de Abdomen Superior con Contraste:
 - Tomografía de abdomen superior sin hallazgos significativos, en particular sin signos que sugieran secundarismo hepático
 - Tomografía Espiral Multicorte de abdomen inferior con contraste:
 - Tomografía de abdomen inferior sin hallazgos significativos, en particular sin signos que sugieran secundarismo a nivel renal
 - Tomografía axial computadorizada de tejido blando del cuello con contraste:
 - Se observa múltiples adenopatías y conglomerados en toda la cadena cervical bilateral, los mayores de 45x26mm a nivel de grupo III izquierdo que desplaza vasos y estenosa la vena yugular en un tramo sin infiltrarla.
 - Múltiples adenopatías y conglomerados ganglionares en ambas cadenas cervicales de aspecto linfoproliferativo.
- Debido a los estudios de imagen, así como la interpretación de anatomía patológica e inmunohistoquímica, el diagnóstico principal es:
 - Linfoma de Hodgkin Clásico variedad esclerosis nodular IIB
- El manejo propuesto para el paciente es:

- Interconsulta a Hematología y Anestesiología para Aspiración de Medula Ósea por Anestesia
- Interconsulta a Cardiología para comenzar con los cursos de Quimioterapia
- Controles semanales y post tratamiento de Quimioterapia

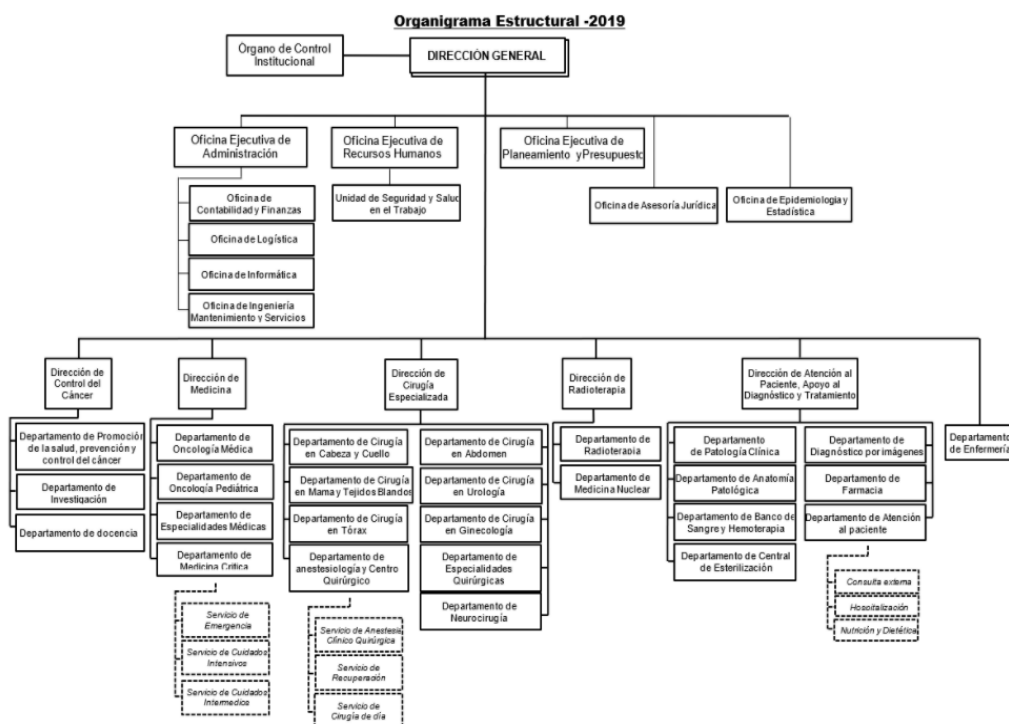
CAPÍTULO II CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

La experiencia se llevó a cabo en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, que es un centro de atención médica especializada nivel II-E ubicado en el departamento de Junín, distrito y provincia de Concepción.

Es considerado como el referente en la atención multidisciplinaria del paciente oncológico en la región macrocentro. Cuenta con diversas unidades prestadoras de servicios: Hospitalización, Consulta externa, Centro de emergencia, Centro quirúrgico y Cirugía de día, Unidad de Cuidados Intensivos, Patología Clínica, Nutrición y dietética, Hemoterapia y Banco de sangre, Anatomía Patológica, Radioterapia, Quimioterapia y Cuidados paliativos e Hidratación (2)

Entre otras unidades como Servicios generales y administrativos que hacen posible el correcto funcionamiento de la Institución.

Imagen N°1 Organigrama Estructural IREN 2019



Además de lo mencionado anteriormente, el IREN centro cuenta con actividades de formación académica dirigida a futuros profesionales de las diversas áreas de la salud, entre las que se incluyen docencia hacia los internos del área de Medicina Humana. Estas incluyen rotaciones por las diversas áreas del Instituto, presentación de casos clínicos, realización de procedimientos básicos en cirugía, seminarios de reforzamiento en juicio clínico, entre otras.

CAPITULO III APLICACIÓN PROFESIONAL

MEDICINA INTERNA:

CASO 1:

En este caso se revisó la Guía de práctica clínica de Cáncer de Colon del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y la Sociedad Americana de Cáncer.

Al analizar el caso, se evidenció la importancia de los antecedentes oncológicos, puesto que se ha demostrado que el cáncer tiene un alto componente hereditario, llegando a representar entre un 10-15% de las atenciones por cáncer colorrectal; entre estas patologías se incluye la Polipomatosis familiar, el Síndrome de Lynch, antecedentes de Enfermedad inflamatoria intestinal, Síndrome de Peutz-Jeghers, entre otras condiciones. (3)

Es así, que también hubiera sido adecuado ampliar en la investigación de hábitos nocivos como el tabaquismo, la obesidad o una dieta inadecuada en base a carnes rojas o alimentos ultra procesados y menor consumo de frutas y verduras; ya que estas conductas son consideradas como factores predisponentes al desarrollo de cáncer de colon. (3)

De igual manera es muy importante tomar en cuenta los síntomas de inicio ya que como se puede observar en este caso, la asociación entre las manifestaciones gastrointestinales y el cuadro de pérdida de peso involuntario del paciente, que pueden orientar al desarrollo de alguna neoplasia, en especial teniendo en cuenta el antecedente familiar de cáncer de colon.

Es por ello que para el cribado de cáncer de colon se sugiere evaluar:

- a. Antecedentes de 2 o más familiares de primer grado o 1 familiar de primer grado menor de 60 años: Colonoscopia cada 5 años desde los 40 años o 10 años menos desde el diagnóstico de familiar (4)

- b. Antecedentes de 2 o más familiares de primer grado o 1 familiar de primer grado mayor de 60 años: Test anual de Sangre oculta en heces, Sigmoidoscopia cada 5 años y Colonoscopia cada 10 años, a partir de los 40 años (4)
- c. Antecedentes de 1 familiar de segundo grado o varios de tercer grado o sin antecedentes familiares: Test anual de Sangre oculta en heces, Sigmoidoscopia cada 5 años y Colonoscopia cada 10 años, a partir de los 50 años (4)

Los exámenes complementarios sugeridos que ayudan a realizar un mejor diagnóstico pruebas laboratoriales básicas, CEA y tomografía de abdomen tórax y pelvis para realizar un estadiaje más adecuado y ver si es que hay diseminación de enfermedad, así como ayuda diagnóstica para ver si hay progresión de enfermedad. Estos exámenes permiten la estadificación de la enfermedad: (3)

Tabla N°1 Estadificación Cáncer de colon TNM

SISTEMA DE ESTADIAJE AJCC - TNM 2009 (7ma edición)	
Tumor Primario (T)	
TX	Tumor primario no se puede evaluar.
T0	No hay evidencia de tumor primario.
Tis	Carcinoma in situ: células neoplásicas intraepiteliales o que invaden la lámina propia.
T1	Tumor invade la submucosa.
T2	Tumor invade la muscular propia.
T3	Tumor invade a través de la muscular propia los tejido pericorectales.
T4a	Tumor penetra hasta la superficie del peritoneo visceral.
T4b	Tumor invade directamente o se encuentra adherido a otros órganos o estructuras.
Ganglios Linfáticos Regionales (N)	
NX	Ganglios linfáticos regionales no se pueden evaluar.
N0	No hay metástasis de ganglios linfáticos regionales
N1	Metástasis en 1-3 ganglios regionales
N1a	Metástasis en 1 ganglio regional
N1b	Metástasis en 2-3 ganglios regionales
N1c	Depósito tumoral en la subserosa, mesenterio o tejidos perirectales o pericólicos no cubierto por peritoneo sin metástasis ganglionar regional.
N2	Metástasis en 4 o más ganglios regionales
N2a	Metástasis en 4-6 ganglios regionales
N2b	Metástasis en ≥ 7 ganglios regionales
Metástasis Distante (M)	
M0	Metástasis distante
M1	No hay metástasis distante
M1a	Metástasis confinada a un órgano o localización (ej.: pulmón, hígado, ovario, ganglio no regional)
M1b	Metástasis en más de un órgano/localización o en el peritoneo.
GRADO HISTOLÓGICO	
GX:	El grado no puede ser evaluado
G1:	Tumor bien diferenciado
G2:	Tumor moderadamente diferenciado
G3:	Tumor pobremente diferenciado
G4:	Indiferenciado

Tabla N° 2 Estadío Anatómico

ESTADIO	T	N	M	DUKES	MAC
0	Tis	N0	M0	---	---
I	T1	N0	M0	A	A
	T2	N0	M0	A	B1
IIA	T3	N0	M0	B	B2
IIB	T4a	N0	M0	B	B2
IIC	T4b	N0	M0	B	B3
IIIA	T1-T2	N1-N1c	M0	C	C1
	T1	N2a	M0	C	C1
	T3-T4a	N1-N1c	M0	C	C2
IIIB	T2-T3	N2a	M0	C	C1/C2
	T1-T2	N2b	M0	C	C1
	T4a	N2a	M0	C	C2
IIIC	T3-T4a	N2b	M0	C	C2
	T4b	N1-N2	M0	C	C3
	Cualq T	Cualq N	M1a	---	---
IVB	Cualq T	Cualq N	M1b	---	---

Debido a que el paciente tiene un estadio Clínico IIIC se realizó anastomosis y quimioterapia lo cual es concordante con la literatura consultada.

Es así que el esquema quimioterápico de FOLFOX-6 es un esquema recomendado (Nivel de evidencia I) para estos pacientes y consiste en: (3)

Imagen N° 2 Esquema FOLFOX-6

7.8.2. ESQUEMAS RECOMENDADOS

FOLFOX-6

•	Oxaliplatino	85mg/m ²	EV	inf 2h	día 1
•	Leucovorina	400mg/m ²	EV	inf 2h	día 1(*)
•	5-FU	400mg/m ²	EV	bolo	día 1
•	5-FU	2400mg/m ²	EV	inf 46 – 48 h	días 1-2

Repetir cada 2 semanas

(nivel de evidencia: I)

CASO 2:

Para el análisis de este caso se utilizó la página Uptodate, que brinda recomendaciones médicas basadas en evidencia.

El paciente sufrió intoxicación por organofosforados, estos compuestos químicos orgánicos de síntesis contienen en su estructura un átomo de fósforo unido a 4 átomos de oxígeno o en algunas sustancias a 3 de oxígeno y uno de azufre (5). Estos compuestos son parte de la fabricación de los insecticidas y plaguicidas comunes.

Estas sustancias actúan mediante la absorción por vía gastrointestinal, respiratoria o tegumentaria, en donde se unen a la enzima Acetilcolinesterasa (AChE) que es la encargada de la hidrólisis de acetilcolina a colina, razón por la cual se producirá un exceso de acetilcolina en las sinapsis neuronales y la unión neuromuscular que se le conoce como un Síndrome Colinérgico. En este tipo de intoxicaciones agudas se presentan manifestaciones nicotínicas y muscarínicas (6)

Tabla N°3 Cuadro clínico del Síndrome Colinérgico

Efectos muscarínicos	Efectos nicotínicos	Efectos snc
Visión borrosa, miosis, hiperemia conjuntival, rinorrea, broncorrea, sialorrea, broncoespasmo, cianosis, diaforesis, náuseas, vómito, diarrea, cólico abdominal, incontinencia de esfínteres, bradicardia	Vasoconstricción periférica, Calambres, mialgias, fasciculaciones, debilidad, parálisis flácida, hiperglicemia	Cefalea, ansiedad, confusión, irritabilidad, alteración del estado de conciencia, ataxia, depresión respiratoria, convulsiones

Se logró evidenciar diversas manifestaciones muscarínicas y nicotínicas (7):

- Efectos muscarínicos: Miosis, sialorrea, bradicardia, diaforesis, ruidos hidroaéreos aumentados
- Efectos nicotínicos: Debilidad, fasciculaciones, hiperglicemia
- Efectos en sistema nervioso central: Alteración del estado de consciencia, depresión respiratoria, confusión

Es por ello que la historia clínica indirecta y el examen físico, se estableció el diagnóstico de la intoxicación por este compuesto químico.

Para proceder con el manejo es importante solicitar:

- Hemograma
- Gasometría

Ya que estos exámenes van a permitir conocer el medio interno y brinda un panorama general sobre el estado del paciente. En el caso de este paciente cursaba con una Acidosis metabólica que fue corregida tras la administración de ampollas de Bicarbonato de Sodio.

El manejo que sugiere la literatura consultada es el siguiente (6):

- Protección de vía aérea, oxigenoterapia y ventilación mecánica
- Hidratación con solución salina
- Uso de Atropina hasta conseguir signos de atropinización y en caso de hipotensión refractaria se debe considerar el uso de vasopresores
- Se sugiere el uso de Carbón activado en pacientes con cuadro clínico reciente por su efecto descontaminante

Como se pudo observar, el manejo dado es coherente con la literatura consultada. Paciente con evolución favorable.

Sin embargo, existe otro apartado a considerar que es el Intento de Suicidio. En este paciente, cuando estuvo con un estado clínico más estable, se pudo conversar brevemente con él, en donde confeso haber tomado este insecticida, con el propósito de quitarse la vida por problemas personales.

Es bastante conocido que la Pandemia por Covid-19 se ha elevado considerablemente las tasas de depresión y ansiedad, y a largo plazo estos cuadros pueden desencadenar la opción de acabar con la vida. El personal médico debe de contar con la suficiente empatía para comprender el delicado proceso por el que pasan estos pacientes, por lo que su abordaje requiere de un enfoque multidisciplinario y bastante especializado. Dentro de las acciones, se debe concientizar a la población en temas de salud mental para evitar acciones con trágicos finales (8).

CIRUGIA GENERAL:

CASO 1:

En este caso se utilizó la Guía de Práctica Clínica (GPC) Manejo Multidisciplinario del Cáncer de Recto publicada por Oncosalud.

En el caso de esta paciente, no se logró acceder a una información más detallada acerca de si en su familia existían antecedentes oncológicos de importancia, porque al igual que el cáncer de colon, existe un fuerte componente hereditario que podría predisponer al desarrollo de esta patología. Sin embargo, se debe tener en consideración factores como (9) :

- Actividad física: se recomienda mínimo 150 minutos semanales
- Obesidad: a mayor Índice de masa corporal y porcentajes de grasa, aumenta la posibilidad de desarrollar la enfermedad.
- Diabetes e insulinoresistencia: se ha demostrado que los desbalances en la regulación de la insulina proveen un ambiente adecuado para el crecimiento de células tumorales
- Hábitos alimenticios inadecuados: Estudios experimentales han mostrado que los ácidos biliares secundarios fecales promueven la migración de células epiteliales hacia las criptas promoviendo la tumorigénesis
- Tabaquismo y alcoholismo: Hábitos inadecuados que han demostrado ser un factor de riesgo muy determinante para el desarrollo de esta patología

Pueden predisponer al desarrollo de casi cualquier cáncer gastrointestinal, independientemente si tiene carga genética.

El cuadro clínico de la paciente se caracterizó por deposiciones con restos sanguíneos y sangrado rectal, que es una descripción concordante con la literatura consultada ya que:

- Por lo general las manifestaciones iniciales del cáncer de recto se presentan de 3 maneras (9):
- Signos y síntomas sospechosos como palpación de masa en zona rectal asociado o no a dolor

- Screening positivo en pacientes asintomáticos
- Ingreso a unidades de Emergencia por hemorragia digestiva baja, obstrucción intestinal baja e incluso por cuadros de peritonitis.

Los síntomas más frecuentes de presentación son variación en la frecuencia defecatoria, menor volumen de heces, rectorragia, pérdida de moco en heces y baja de peso no intencionada. Y como se evidencia en el tiempo de enfermedad de la paciente es coherente con la información revisada (9).

Los exámenes de apoyo diagnóstico sugeridos en estos pacientes son (9):

- Colonoscopia
- Proctosigmoidoscopia
- Exámenes de laboratorio básicos
- Imagenología (Tomografía de Tórax, abdomen y pelvis), Ultrasonografía rectal y Resonancia Magnética

Con respecto al estadiaje se tiene la siguiente tabla (9)

Tabla N°4 Estadiaje oncológico Cáncer de Recto

Estadio 0	Tis,N0,M0
Estadio I	T1,N0,M0 / T2,N0,M0
Estadio IIA	T3,N0,M0
Estadio IIB	T4a,N0,M0
Estadio IIC	T4b,N0,M0
Estadio IIIA	T1-T2,N1-N1c,M0 / T1,N2a,M0
Estadio IIIB	T3-T4a,N1/N1c,M0 / T2-T3,N2a,M0 / T1-T2, N2b,M0
Estadio IIIC	T4a,N2a,M0 / T3-T4a,N2b,M0 / T4b,N1-N2,M0
Estadio IVA	T1-T4,N1-N2,M1a
Estadio IVB	T1-T4,N1-N2,M1b
Estadio IVC	T1-T4,N1-N2,M1c

En el caso de esta paciente tenía un estadio clínico IIA, por lo que fue tributaria para cirugía de Resección Abdominoperineal.

Al consultar la bibliografía de base fue adecuado realizar dicho procedimiento puesto que aquellos pacientes que cumplan los siguientes requisitos, son tributarios a cirugía de Resección Abdominoperineal (9):

- Cáncer de recto invasivo T2-4
- Posibilidad de lograr un margen distal negativo
- Función adecuada del esfínter anorrectal pre quirúrgico.

La paciente cumplía todos los criterios por lo que fue adecuado el procedimiento quirúrgico que se le realizó.

CASO 2:

Para la revisión de este caso, se toma como base la Guía de práctica clínica de la European Society for Medical Oncology para diagnóstico, tratamiento y seguimiento del Cáncer de páncreas.

Como se puede observar, el relato cronológico de la enfermedad del paciente empezó por un cuadro abdominal agudo por lo que fue tratado quirúrgicamente en otra institución, en donde se encontró incidentalmente una masa en la cabeza del páncreas. Al consultar la guía base, encontraron que los primeros síntomas del cáncer de páncreas se deben al efecto de masa que produce en el tracto gastrointestinal, entre ellos ictericia, dolor abdominal, llenado precoz, pérdida de peso, náuseas y vómitos. Como podemos observar, dicha sintomatología es coherente con las manifestaciones descritas en la literatura (10)

Si bien no se tiene un amplio reporte acerca de los hábitos del paciente, siempre es importante considerar que los principales factores de riesgo para el desarrollo de esta patología es el tabaquismo y la mala conducta alimentaria como el consumo excesivo de carnes rojas, alcohol, pobre consumo de frutas y verduras, alimentos ultraprocesados, etc (10)

Otro dato para tener en consideración es que la mayoría de los cánceres de páncreas aparecen en la región de la cabeza (70%), después le sigue la cola (20%) y finalmente pueden aparecer de manera difusa (10%) (10). Es por esta

razón que, al desarrollar la tumoración en la zona de la cabeza pancreática, condiciona a que se produzca una estenosis duodenal, lo cual justifica que el efecto de masa tenga como consecuencia un cuadro clínico de tipo obstructivo

En la actualidad se considera el uso de la ecografía endoscópica por su capacidad para proporcionar muestras de tejido, mediante aspiración con aguja fina, que permiten una precisión diagnóstica de hasta el 95 %. Además del uso de Tomografías que va a permitir la estadificación del tumor o Resonancia magnética para complementar el estudio (10)

El marcador de apoyo más importante es el CA-19.9

Para conocer el estadiaje del tumor se utilizó la clasificación de TNM (10):

Tabla N° 5 Estadificación TNM Cáncer de Páncreas

Primary tumour (T)	
T0 = No evidence of primary tumour	
Tis = Carcinoma <i>in situ</i>	
T1 = Tumour limited to the pancreas, ≤2 cm in greatest dimension	
T2 = Tumour limited to the pancreas, >2 cm in greatest dimension	
T3 = Tumour extends beyond the pancreas but without involvement of the coeliac axis or the superior mesenteric artery	
T4 = Tumour involves the coeliac axis or the superior mesenteric artery (unresectable primary tumour)	
Regional lymph nodes (N)	
NX = Regional lymph nodes cannot be assessed	
N0 = No regional lymph node metastasis	
N1 = Regional lymph node metastasis (A minimum number of 10 lymph nodes analysed is recommended.)	
The regional lymph nodes are the peripancreatic nodes which may be subdivided as follows:	
Superior	Superior to head and body
Inferior	Inferior to head and body
Anterior	Anterior pancreaticoduodenal, pyloric (for tumours of head only), and proximal mesenteric
Posterior	Posterior pancreaticoduodenal, common bile duct, and proximal mesenteric
Splenic	Hilum of spleen and tail of pancreas (for tumours of body and tail only)
Coeliac	For tumours of head only
Distant metastasis (M)	
M1	Distant metastasis

En el caso de esta paciente fue catalogada como un Estadio Clínico III con clasificación TNM (T4N1M0). Por este motivo se procedieron a evaluar los criterios de resecabilidad, como menciona la bibliografía consultada, para así definir la mejor terapéutica.

Tabla N° 6 Estadio de resecabilidad Cáncer de Páncreas

Estado de resecabilidad	Arterial	Venoso
irresecable	<ul style="list-style-type: none"> • Metástasis a distancia <p>Cabeza pancreática/proceso uncinado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contacto de tumor sólido con SMA >180° • Contacto tumor sólido con el CA >180° <p>cuerpo y cola</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contacto de tumor sólido con la primera rama yeyunal de la AMS • Contacto de tumor sólido con SMA y CA • Contacto del tumor sólido con la CA y la aorta 	<p>Cabeza pancreática/proceso uncinado</p> <ul style="list-style-type: none"> • SMV/PV no reconstruible debido a compromiso tumoral u oclusión (puede deberse a un tumor o a un trombo blando) • Contacto con la rama yeyunal de drenaje más proximal en SMV <p>cuerpo y cola</p> <ul style="list-style-type: none"> • SMV/PV no reconstruible debido a compromiso tumoral u oclusión (puede deberse a un tumor o a un trombo blando)

Debido a que el paciente cuenta con criterios de irresecabilidad, la información analizada sugiere que se debe buscar priorizar la calidad de vida de los pacientes, por lo que la cirugía paliativa que se le realizó fue una decisión terapéutica adecuada para poder evitar complicaciones obstructivas futuras, así como tener un mejor manejo del dolor (10).

Es importante considerar que se debe velar por el bienestar del paciente hasta en las etapas finales de su vida, por ello la interconsulta al servicio de Cuidado paliativos para manejo de dolor, fue una decisión adecuada, puesto que, como ya se sabe, el dolor por este tipo de patología es incapacitante; incluso la bibliografía consultada menciona el uso de bloqueo del plexo celiaco para control de dolor (10).

GINECOLOGÍA:

CASO 1:

El análisis se basó en la Guía de práctica clínica de Cáncer de ovario del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

La fuente bibliográfica sugiere que el cuadro clínico está caracterizado por (11):

- Hinchazón progresiva del abdomen y pelvis
- Dolor abdominal
- Sensación de masa pélvica
- Dispepsia y sensación de llenado precoz
- Alteraciones en el ciclo menstrual (estadios iniciales)

La paciente acude a esta institución por sensación de masa en abdomen inferior, asociada a dolor regional, dispepsia y sensación de llenura postprandial precoz, así como dolores musculares, fatiga y cefalea. Por lo tanto, la sospecha de cáncer de ovario está justificada por el cuadro clínico que es coherente con lo mencionado por la literatura. Además de ello tengamos en cuenta que la paciente tiene 61 años, y la edad mediana de presentación de esta patología es de 63 años, por ende, es adecuado pensar en este tipo de cáncer por el grupo etario (11).

Los factores de riesgo que intervienen en el desarrollo de esta enfermedad incluyen la radiación, infecciones virales, obesidad, infertilidad, terapia de reemplazo hormonal, menarquia temprana y menopausia tardía. Y también existen factores de riesgo que son protectores como, por ejemplo: los anticonceptivos orales, lactancia materna, ligadura de trompas, histerectomía, ooforectomía profiláctica (11).

Es por ello que se sugieren criterios diagnósticos como (11):

- Anamnesis detallada para poder identificar factores de riesgo
- Exploración abdominal para valorar tamaño de la tumoración
- Exploración pélvica para detectar tamaño y probables signos infiltrativos

Además de apoyo imagenológico como (11):

- Ecografía abdominal y vaginal: para valorar morfología de la masa
- Tomografía axial computarizada: para valorar probable diseminación de enfermedad

En el caso de esta paciente el manejo fue adecuado puesto que se examinó la zona abdominal encontrándose una masa de aproximadamente 18 x 18 cm, lo que obligó ampliar los estudios con Ecografías y Tomografías y fue concordante con las técnicas de imagen sugeridas por la literatura revisada, en donde se encontraron hallazgos como:

- Ecografía abdominal: Formación de aspecto quístico, aparente contenido líquido, que mide 16 x 19 x 20 cm (Vol. aprox. 3.2 L), que impide la visualización de útero o anexos
- Tomografía: Gran quiste anexial de aparente dependencia anexial izquierda, desplaza el útero hacia lado ipsilateral.

Con todos estos hallazgos es recomendado optar por el apoyo en técnicas quirúrgicas exploratorias para poder obtener la pieza operatoria y mandar al departamento de anatomía patológica para su estudio y estadiaje, para finalmente proceder o no con tratamiento oncológico. Para diagnosticar esta patología, la literatura exige descartar otras causas de masas pélvicas y abdominales de naturaleza tumorales o inflamatorias; por lo que la conducta que se realizó fue la adecuada y fue coherente con la literatura consultada (11).

CASO 2:

Para el análisis de este caso se utilizó como base la Guía de Práctica Clínica del Cáncer de Cuello Uterino realizada por el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Con respecto a este caso, la información consultada sugiere que el cáncer de cérvix es una patología que abarca el amplio espectro de lesiones escamosas, glandulares e intraepiteliales que se origina principalmente a partir de la zona de transformación del epitelio cervical. Se presenta con mayor frecuencia en

países en vías del desarrollo como el nuestro, esto se debe a la poca cultura de prevención y a la dificultad en el acceso a la atención médica (12). En este caso, se evidencia que la paciente no cuenta con exámenes de Papanicolaou ni Mamografías, pese a tener antecedentes familiares de fallecimiento por cáncer de mama.

El principal factor de riesgo asociado a cáncer de cuello uterino es la infección por Virus de Papiloma Humano, siendo los serotipos más importantes el 16 y 18, lamentablemente en este caso no tenemos reportes sobre esto. Sin embargo, también analizamos que la paciente es multípara, lo cual se asocia como una mayor probabilidad de aparición de esta enfermedad. La literatura reporta otros factores de riesgo como pacientes con múltiples parejas sexuales, inicio de relaciones sexuales a temprana edad, tabaquismo y obesidad, inmunosupresión, entre otros (12).

La paciente acude al instituto con un tiempo de enfermedad de 1 semana, caracterizado por ginecorragia, astenia, dolores musculares, irritabilidad y cefaleas constantes. Al examen físico regional se evidencia:

- Especuloscopia: Cérvix empotrado, impresiona lesión tumoral
- Tacto Vaginal: Cérvix central, vagina amplia, se palpa masa con características tumorales en cérvix
- Tacto rectal: Parametrios libres.

La literatura describe que las manifestaciones iniciales son (12):

- Sangrado y descargas vaginales
- Fatiga y anemia
- Síntomas urinarios y fecales
- Dolor lumbar
- Edema de miembros inferiores

Las manifestaciones clínicas sumado al examen físico regional, nos generan una fuerte sospecha de desarrollo de cáncer de cérvix.

Es por ello que la guía sugiere evaluar los siguientes criterios diagnósticos (12):

- Papanicolaou en ausencia de lesión grosera
- Biopsia por colposcopia
- Conización diagnóstico y terapéutico en casos de carcinoma in situ
- Biopsia punch
- Dilatación y curetaje

Podemos concluir que la Biopsia por colposcopia fue una decisión adecuada y concordante con la literatura. Este examen informó lo siguiente:

- Tumor exofítico de cuello uterino
- Carcinoma Epidermoide Infiltrante, pobremente diferenciado no queratinizante.

Y además se complementó con estudio por RMN, el cual informa:

- Lesión sólida neoformativa en cérvix de 2 cm, sin infiltración de parametrios, pared vesical ni de recto.

Por lo que se cataloga como:

- Neoplasia maligna de Cérvix Estadio Clínico IB1

Tabla N° 7 Estadificación FIGO Cáncer de cérvix

	Estadio	Definición
TX		Tumor primario no puede ser evaluado
T0		Estrictamente confinado al cérvix.
Tisb		Carcinoma in situ, confinado al cérvix.
T1	I	Carcinoma estrictamente confinado al cuello uterino Evidencia microscópica de cáncer. Invasión estromal < de 5 mm en profundidad y < 7 mm en extensión
T1ac	IA	Invasión estromal ≤3 mm de profundidad.
T1a1	IA1	Invasión estromal >3 -5 mm de profundidad y <7 mm de extensión.
T1a2	IA2	Lesión clínicamente visible, limitada al cérvix.
T1b	IB	Lesión clínicamente visible ≤ 4cm.
T1b1	IB1	Lesión clínicamente visible > 4cm.
T1b2	IB2	El tumor se extiende al útero pero no invade la pared pélvica ó el tercio inferior de vagina.
T2	II	Tumor sin compromiso de parametrios
T2a	IIA	Lesión ≤4.0 cm en su mayor dimensión.
T2a1	IIA	Lesión >4.0 cm en su mayor dimensión.
T2a2	IIA2	Compromiso parametrial.
T2b	IIB	Extensión a la pared pélvica.
T3	III	Tumor que compromete el tercio inferior de la vagina, pero no se extiende a la pared pélvica.
T3a	IIIA	Extensión a la pared pélvica/o hidronefrosis o riñón no funcionante.
T3b	IIIB	Tumor que se atraviesa la pelvis, o compromete la mucosa rectal o vesical.
T4	IV	Invade los órganos vecinos.
T4a	IVA	Metástasis a distancia.
T4b	IVB	

Para el manejo de esta patología, las fuentes bibliográficas sugieren (12):

- Tratamiento de cáncer de cérvix invasivo:
 - o Estadio IA2, IB1/IIA: se recomienda Histerectomía radical con posterior evaluación para realizar manejo expectante o tratamiento adyuvante con radio-quimioterapia concurrente.

Como se puede evidenciar, el tratamiento que se realizó en el instituto fue el adecuado ya que se procedió con: Histerectomía radical tipo III, con posteriores controles para evaluar evolución de la enfermedad.

PEDIATRIA:

CASO 1:

Paciente pediátrico con Tumor primario de cerebro. Dentro de esta patología se encuentran los gliomas, que vienen a ser tumoraciones que se originan a partir de las células gliales del cerebro. Pueden ser astrocitomas, oligodendrogliomas o ependimomas. Cuando los astrocitomas empiezan a crecer rápidamente e invaden otras estructuras cerebrales, se les denomina Glioblastomas (Astrocitoma Grado IV, el más grave). Al tener este compartimiento maligno, la sintomatología va a depender de la localización del tumor (13). En el caso del paciente, se le solicitó una Resonancia Magnética de Cerebro para ampliar su estudio, en donde se encontró:

- Masa de aspecto neofornativo en lóbulo frontal derecho con características sugerentes de glioma de alto grado, asocia nódulos satélites descritos y edema perilesional que ejerce efecto de masa y desvía línea media de forma significativa

La literatura consultada describe que las manifestaciones clínicas por afección en la región frontal son: (13)

- Cefalea
- Vómitos
- Convulsiones
- Dificultad para caminar
- Incontinencia urinaria y parálisis
- Problemas de déficit de atención
- Letargia
- Disartria

Paciente cursa con un tiempo de enfermedad de 3 meses caracterizado por cefalea intensa, vómitos, astenia, dificultad para concentrarse en sus actividades académicas y bradipsiquia. Al comparar con las fuentes bibliográficas, se observa que la clínica del paciente es bastante coherente con lo descrito, por lo cual un tumor cerebral si es una posibilidad diagnóstica.

Por lo general no se ha demostrado una relación entre el desarrollo de esta enfermedad con antecedentes familiares o factores de riesgo, a excepción de la exposición a radioterapia terapéutica para los tumores cerebrales infantiles o la leucemia. Se ha informado acerca de una asociación de los síndromes de Li-Fraumeni, Lynch y deficiencia en la reparación del desajuste constitutivo, con el aumento en la probabilidad de desarrollar tumores cerebrales (14)

Para un diagnóstico más adecuado es importante ser minuciosos en la historia clínica y el examen físico. Dentro de los exámenes de ayuda imagenológica se sugiere el uso de Resonancia magnética cerebral con contraste, cuando hay contraindicaciones para su realización se sugiere el uso de Tomografía computarizada con contraste. Sin embargo, el uso de la Biopsia cerebral es fundamental para decidir el tratamiento de los pacientes, esto se puede realizar dentro o fuera de Sala de operaciones (14). Al paciente se le realizó los exámenes descritos anteriormente.

Para el manejo de esta patología se considera al tratamiento quirúrgico como medida estándar. En el caso del paciente la resección parcial fue adecuada, debido a que el comportamiento agresivo de la neoplasia genera un efecto de masa con hipertensión endocraneana lo cual condiciona el pronóstico del paciente. Además, sus características invasivas generan que la Resección total del tumor sea casi imposible (15). Por lo que se concluye que el manejo quirúrgico fue el adecuado.

El manejo multidisciplinario es fundamental según las fuentes consultadas, requiere tanto de profesionales expertos en el área quirúrgica y clínica. En el caso del paciente, se convocó a junta médica para optar por la mejor decisión terapéutica debido a la complejidad de la patología en mención. Se convocó a especialistas en Neurocirugía, Oncopediatría, Anatomía patológica y Médicos intensivistas (15).

CASO 2:

En este caso, el diagnóstico del paciente es un linfoma Hodgkin clásico que se describe como un tipo de cáncer del sistema linfático en el que hay una

proliferación de células B malignas cuya característica es la baja proporción de células neoplásicas, célula de Hodgkin y Reed-Sternberg, que representan un 1-2% de la celularidad total, mientras que el resto de la celularidad está constituida por un infiltrado inflamatorio del microambiente tumoral de tipo reactivo y policlonal (16)

Existen sub clasificaciones validadas por la OMS en 2016:

Tabla N° 8 Clasificación OMS de Linfoma Hodgkin

Tabla I. Clasificación del linfoma de Hodgkin
<p>Linfoma de Hodgkin clásico (90-95% de los casos)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esclerosis nodular <ul style="list-style-type: none"> • 70-80% en adolescentes • 40-50% en menores de 10 años - Celularidad Mixta <ul style="list-style-type: none"> • 10-15% en adolescentes • 30-35% en menores - Depleción linfocítica (poco frecuente en pediatría) - Rico en linfocitos (poco frecuente en pediatría)
<p>Linfoma de Hodgkin nodular de predominio linfocítico (5-10% de los casos)</p>

Por lo general las manifestaciones clínicas en los niños incluyen (17):

- Linfadenopatía: es la manifestación más común, se presenta en un 80% de los pacientes pediátricos. Es generalmente de presentación indolora o con sensibilidad aumentada a la palpación, ubicada en región cervical, supraclavicular, axilar o inguinal.
- Síntomas sistémicos: fatiga, anorexia, síntomas B (fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso)
- Masa mediastínica: manifestación bastante frecuente que se llega a presentar hasta en 75% de los pacientes pediátricos que se identifica tras exámenes de imagen.

La clínica del paciente es bastante coherente con la descripción bibliográfica, puesto que acude al instituto por adenomegalias indoloras en región cervical (64x32mm en lado izquierdo y 31x18 mm en lado derecho) y en mediastino (conglomerado de 58x53 mm), además de sudoración nocturna, fiebre y fatiga.

- Al encontrar dichos hallazgos clínicos está indicada la Biopsia de tejido ya que el diagnóstico de Linfoma de Hodgkin se realiza mediante este examen histológico donde se espera encontrar células clásicas de Hodgkin /Reed-Sternberg o sus variantes. En el caso del paciente se realizó Biopsia Core Ecoguiada de masa cervical izquierda, en donde los resultados fueron: Proliferación linfoide atípica y se envió la muestra para análisis inmunohistoquímicos en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas donde se confirmó el diagnóstico de:
 - Linfoma de Hodgkin Clásico variedad esclerosis nodular.

Para el manejo terapéutico se sugiere estadificar los linfomas mediante la Clasificación de Lugano, para así poder definir la conducta terapéutica (17):

Tabla N° 9 Clasificación de Lugano

Estadio I : compromiso de una sola región de ganglios linfáticos (p. ej., cervical, axilar, inguinal, mediastínico) o estructura linfóide, como el bazo, el timo o el anillo de Waldeyer.
Etapas II : afectación de 2 o más regiones de ganglios linfáticos o estructuras de ganglios linfáticos del mismo lado del diafragma. Se debe considerar que los ganglios hiliares están "lateralizados" y cuando están involucrados en ambos lados, constituyen la enfermedad en estadio II. Con el fin de definir el número de regiones anatómicas, toda la enfermedad ganglionar dentro del mediastino se considera una sola región de ganglio linfático, y la afectación hilar constituye un sitio adicional de afectación. El número de regiones anatómicas debe indicarse mediante un subíndice (p. ej., II-3).
Estadio III : afectación de regiones de ganglios linfáticos o estructuras linfoides en ambos lados del diafragma. Esto se puede subdividir en estadio III-1 o III-2: el estadio III-1 se usa para pacientes con afectación del bazo o ganglios hiliares esplénicos, celíacos o portales; y el estadio III-2 se usa para pacientes con afectación de los ganglios paraaórticos, ilíacos, inguinales o mesentéricos.
Estadio IV : compromiso difuso o diseminado de uno o más órganos o tejidos extraganglionares más allá de lo designado como "E", con o sin compromiso de los ganglios linfáticos asociados.
Todos los casos se subclasifican para indicar la ausencia (A) o la presencia (B) de los síntomas sistémicos de fiebre significativa inexplicable, sudores nocturnos o pérdida de peso inexplicable superior al 10% del peso corporal durante los 6 meses anteriores al diagnóstico.
La designación "E" se refiere a la extensión contigua extraganglionar (es decir, enfermedad extraganglionar proximal o contigua) que puede abarcarse dentro de un campo de irradiación apropiado para la enfermedad ganglionar de la misma extensión anatómica. La enfermedad extraganglionar más extensa se denomina etapa IV.
Enfermedad voluminosa: una masa ganglionar única, en contraste con múltiples ganglios más pequeños, de 10 cm o $\geq \frac{1}{3}$ del diámetro transtorácico en cualquier nivel de las vértebras torácicas según lo determinado por TC; registre la medición más larga por tomografía computarizada. El término "X" (utilizado en el sistema de etapas de Ann Arbor) ya no es necesario.
El subíndice "RS" se usa para designar la etapa en el momento de la recaída.

TC: tomografía computarizada.

En el caso del paciente por los estudios de imagen, interpretación anatomopatológica e inmunohistoquímica, el diagnóstico principal es:

- Linfoma Hodgkin clásico variedad esclerosis nodular IIB

Se cataloga al paciente como enfermedad de riesgo intermedio, por lo que el uso de Quimioterapia es un manejo adecuado que fue propuesto por los especialistas del instituto. Es importante considerar también el uso de radioterapia a bajas dosis.

CAPÍTULO IV REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El cáncer es una patología que en la última década ha tomado un notable protagonismo debido a su alta carga de enfermedad, su influencia tanto en el paciente como en su entorno, el elevado consumo de recursos humanos y materiales que involucra, así como el reto diagnóstico que incluye una enfermedad cuyas manifestaciones iniciales son, en algunos casos, tan inespecíficas, que dificultan su diagnóstico precoz y sumado a un sistema de salud en el que no todos tienen acceso a atención especializada, tiene como consecuencia que una cantidad importante de cánceres lleguen en estadio clínico finales, generando que el tratamiento tenga una menor efectividad.

Debido al constante incremento de los casos de cáncer en el Perú, es sumamente importante realizar un adecuado seguimiento a los pacientes y evitar subestimar su sintomatología. Es en ese sentido que, como futuros líderes de la salud, debemos de tener siempre en cuenta al cáncer como posibilidad diagnóstica y de descarte obligatorio.

Próximamente asumiremos la responsabilidad de ser médicos Serumistas lo que incluye que seremos los líderes de diversos centros de salud al interior del país; es por ello que debemos de asumir este gran reto y poder ofrecer todo el conocimiento y las habilidades adquiridas en nuestros años de universidad e internado médico con el objetivo de realizar diagnósticos precisos y tratamientos precoces, así como actividades de promoción en salud orientadas a educar a la población sobre la prevención de diversas enfermedades.

Haber estado en un hospital oncológico permitió reflexionar acerca de la delicadeza con la que se debe de informar sobre el estado de salud tanto a los mismos pacientes como a su entorno. La importancia del arte médico para ser empático y comprensivo sobre el componente psicológico que conlleva el ser diagnosticado con cáncer, y la reflexión que se genera acerca de los múltiples aspectos de los que se compone nuestra compleja naturaleza humana.

CONCLUSIONES

El internado ha sido experiencia única y muy gratificante, el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, es un centro de atención especializada que cuenta con instalaciones bastante modernas, equipadas con equipos tecnológicos y profesionales de la salud especialistas en sus diversas ramas, que ofrecen al paciente un manejo integral y multidisciplinario de la patología oncológica.

Gracias a las actividades académicas fue posible adquirir y consolidar diversos conocimientos que veía tan lejanos o abstractos en el ámbito teórico, esto ha sido de vital importancia para reforzar mi juicio clínico, mis posibilidades diagnósticas y terapéuticas con una sólida base de medicina basada en evidencia y la experiencia brindada de los diversos docentes con los que tuve la fortuna de ser acompañado en todo este proceso, así como el entrenamiento guiado para desarrollar diversas habilidades procedimentales y quirúrgicas necesarias para complementar mi formación médica.

Sumado a lo mencionado en las líneas anteriores, es importante recalcar el sistema de valores con el que debe de contar todo profesional de la salud para así poder actuar siempre en beneficio del paciente y defender la vida con todas las herramientas que estén a su alcance; es por ello que debemos de asumir el compromiso de velar la salud de la población en general, actuando siempre bajo los principios bioéticos.

Podemos concluir que el cáncer es una enfermedad de diagnóstico cada vez más común, en donde intervienen diversos factores intrínsecos o extrínsecos para su desarrollo y evolución. Es por ello que se propone, no solamente con el cáncer, un enfoque médico basado en la promoción y prevención de la salud, ya que se ha demostrado que actividades como tamizajes, inmunización, autoexamen, entre otras estrategias, aportan mucha información valiosa y temprana para evitar el progreso de esta enfermedad. Por lo que se debe de cambiar nuestra percepción y comprender el concepto de que el cáncer es una enfermedad prevenible, además de hacer énfasis en que la prevención es más económica que la curación.

Sin embargo, para lograr todos estos objetivos debemos de vencer una barrera que nos impide mejorar la salud de la población en general, y es el acceso a los servicios de salud. Muchas veces por temas logísticos y administrativos, la admisión hacia los centros de atención especializada se vuelve una tarea muy tediosa, por lo que las personas deciden abandonar el tratamiento o simplemente no volver a asistir a los centros de atención primaria encargados de coordinar las referencias hacia los diversos hospitales o institutos; y al no recibir asistencia médica oportuna, muchos de los casos que se podrían haber tratado de manera temprana, llegan en estadios clínicos complicados, lo cual dificulta su manejo y empeora su pronóstico. Es en ese sentido que, es casi una obligación por parte de las autoridades mejorar los sistemas de gestión de salud, puesto que como se ha demostrado esto impacta directamente en la atención clínica oportuna de los peruanos.

RECOMENDACIONES

1. Fortalecer las actividades de promoción y prevención relacionadas a la patología oncológica.
2. Instar a los profesionales de la salud a considerar al cáncer como posibilidad diagnóstica en el contexto de cuadros clínicos con manifestaciones inespecíficas.
3. Potenciar el desarrollo de más centros de atención médica especializada en diversas partes del país.
4. Optimizar los sistemas de gestión en salud para que la población cuente con un mayor acceso a los hospitales o institutos especializados y por ende un manejo más integral de patologías más complejas.
5. Coordinar pasantías en los diversos hospitales o institutos del país, cuya participación vaya orientada a estudiantes de años inferiores, con el objetivo de ampliar su experiencia formativa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Análisis de la situación de Cáncer en el Perú. [Internet]. 2018. [Citado 3 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/asis/asis_2020.pdf
2. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro. Infraestructura Iren Centro [Internet]. [Citado 3 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://portal.irencentro.gob.pe/infraestructura/>
3. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Guía de Práctica Clínica de Cáncer de Colon. [Internet]. [Citado 3 de marzo de 2022]. Disponible en: http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2013/08072014_GU%C3%8DAS_DE_PR%C3%81CTICA_CL%C3%8DNICA_DE_C%C3%81NCER_DE_COLON.pdf
4. HC Marbella International Hospital. Factores de riesgo para la prevención del Cáncer Colorrectal [Internet]. 2016 [Citado 3 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.hcmarbella.com/es/factores-de-riesgo-para-la-prevencion-del-cancer-colorrectal/>
5. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Términos: Organofosforados. [Internet] [Citado 3 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.mendoza.conicet.gov.ar/portal/enciclopedia/terminos/Organofosf.htm>
6. Bird S. Organophosphate and carbamate poisoning. [Internet]. [citado 3 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/organophosphate-and-carbamate-poisoning?search=toxicidad%20organofosforada&source=search_result&selectedTitle=1~28&usage_type=default&display_rank=1
7. Fernández A. Intoxicación por Organofosforados. Rev Med (Bogota). 2010;18(1):84-92.
8. Ministerio de Salud Peru - Dirección General de Salud de las Personas - Dirección de Salud Mental. 2008. [Internet]. [citado 3 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2906.PDF>
9. Oncosalud. Guía de Práctica Clínica Cáncer de Recto [Internet]. [Citado 3 de marzo de 2022]. Disponible en: [https://marketing.oncosalud.pe/hubfs/Guia%20especializada%20Auna/GPC%20CANCER%20DE%20RECTO%20\(GA.DC.G.03\).pdf](https://marketing.oncosalud.pe/hubfs/Guia%20especializada%20Auna/GPC%20CANCER%20DE%20RECTO%20(GA.DC.G.03).pdf)
10. Ducreux M. Cancer of the pancreas: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2015;26:56-68.

11. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Guía de Práctica Clínica de Cáncer de Ovario. [Internet]. [Citado 3 de marzo de 2022]. Disponible en:
http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2013/08072014_GU%C3%8DAS_DE_PR%C3%81CTICA_CL%C3%8DNICA_DE_C%C3%81NCER_DE_OVARIO.pdf
12. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Guía de Práctica Clínica de Cáncer de Cuello Uterino. [Internet]. [citado 3 de marzo de 2022]. Disponible en:
http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2013/02122014_GUIAS_DE_PRACTICA_CLINICA_DE_CANCER_DE_CUELLO_UTERINO.pdf
13. MSD Manual. Algunos tumores cerebrales específicos - Enfermedades cerebrales, medulares y nerviosas [Internet]. [Citado 3 de marzo de 2022]. Disponible en:
<https://www.msmanuals.com/es/hogar/enfermedades-cerebrales,-medulares-y-nerviosas/tumores-del-sistema-nervioso/algunos-tumores-cerebrales-espec%C3%ADficos>
14. Dietrich J. Clinical presentation, diagnosis, and initial surgical management of high-grade gliomas [Internet]. [citado 3 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-diagnosis-and-initial-surgical-management-of-high-grade-gliomas?search=glioblastoma&topicRef=5211&source=related_link
15. Potter M. High Grade Gliomas: Johns Hopkins Kimmel Cancer Center [Internet]. [citado 3 de marzo de 2022]. Disponible en:
https://www.hopkinsmedicine.org/kimmel_cancer_center/cancers_treat/primary_brain_tumors/
16. Asociación Andaluza de Hematología y Hemoterapia. Guía de Práctica Clínica: Linfoma de Hodgkin Clásico: Actualización en abordaje diagnóstico y terapéutico del paciente adulto. España. 2019.
17. McClain K. Overview of Hodgkin lymphoma in children and adolescents [Internet]. [citado 3 de marzo de 2022]. Disponible en:
https://www.uptodate.com/contents/overview-of-hodgkin-lymphoma-in-children-and-adolescents?search=linfoma%20de%20hodgkin&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3