

^d *Escuela de Nutrición y Dietética. Observatorio Epidemiológico de Enfermedades Cardiovasculares. Centro de Investigaciones Epidemiológicas. Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia*
 Correo electrónico: estherdevries@javeriana.edu.co (E. de Vries).

Introducción: El estilo de vida incluyendo la dieta, son determinantes e importantes frente al riesgo del cáncer. Recientemente, la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC) copió las conclusiones formuladas por el Fondo Mundial para la Investigación del Cáncer (WCRF), dentro de las cuales se indica que el consumo de carne roja es un probable cancerígeno (clase 2A) y que el consumo de carne procesada es un carcinógeno (clase 1). Por ende, las carnes rojas y procesadas aumentan en particular el riesgo de cáncer colorrectal.

Se cree que varios componentes de las carnes son responsables de los efectos cancerígenos, incluyendo el hierro heme, los productos químicos que se forman durante el procesamiento de la carne o su preparación en la cocina tales como compuestos de N-nitroso, aminas aromáticas heterocíclicas y los hidrocarburos aromáticos policíclicos. Algunos de estos productos químicos son conocidos o sospechosos carcinógenos, pero a pesar de este conocimiento aún no se entiende por completo cómo el riesgo de cáncer se incrementa por el consumo de carne roja o carne procesada.

De acuerdo con las más recientes estimaciones de la carga mundial de la enfermedad se proyecta que alrededor de 34.000 muertes por cáncer al año son atribuibles a las dietas ricas en carne procesada, pero la fracción atribuible a la población depende de los patrones de consumo local. En este proyecto, se estimó el riesgo atribuible poblacional de cáncer colorrectal debido al consumo de carnes rojas y carnes procesadas.

Objetivo: Estimar la fracción atribuible poblacional de cáncer colorrectal debido al consumo de carnes rojas y carnes procesadas, utilizando la información detallada de la exposición nacional y las estimaciones de la incidencia de cáncer.

Materiales y métodos: Para modelar el riesgo atribuible poblacional de cáncer colorrectal basado en el consumo de carnes rojas y procesadas en Colombia para el 2010, con PREVENT 3.01 se generó un modelo de simulación dinámica, para integrar los datos y evaluar el impacto de la eliminación de la carne roja y procesada de la dieta de los colombianos.

Resultados: A partir de la estimación de incidencia nacional del cáncer colorrectal con tasas estandarizadas por edad de 12,2 y 12,3 para hombres y mujeres, respectivamente, con la intervención para eliminar el consumo de carne roja por completo de la población resulta en reducción de 10,5 y 10,8 para hombres y de 10,3 y 10,6 para mujeres de carnes procesadas.

Conclusiones: Una proporción sustancial de la creciente carga del cáncer colorrectal en Colombia puede atribuirse al consumo de carne roja y procesada.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccan.2017.02.032>

El efecto del envejecimiento para la carga de cáncer en Colombia: proyecciones para las primeras cinco localizaciones por departamento y sexo en Colombia, 2020 y 2050

Giana Henríquez Mendoza^{a,*}, Esther de Vries^b

^a *Grupo Área de Salud Pública, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá D. C., Colombia*

^b *Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá D. C., Colombia*
 Correo electrónico: gghenriquez@cancer.gov.co (G.H. Mendoza).

Introducción: Colombia entró en el envejecimiento poblacional, el mayor crecimiento de su población mayor de 60 años ocurrirá en todas las regiones, los casos nuevos de cáncer en 2020 y 2050 por departamento en Colombia ayudarán a la formulación de políticas de control del cáncer.

Métodos: Se estableció el número de casos nuevos de cáncer en las primeras cinco localizaciones en mayores de quince años, mediante las tasas de incidencia para cada departamento estimadas por el Instituto Nacional de Cancerología y las proyecciones poblacionales del 2020 del DANE y del 2050 de CEPAL.

Resultados: El número de estos casos nuevos subirían un 28% en los hombres y un 25% en las mujeres en el 2020; pero en el 2050 el incremento sería del 58% en ambos sexos. La enfermedad en estas localizaciones se concentraría mucho más en mayores de 65 años, que pasaría del 62% al 75% en el 2050 en hombres y del 33% al 53% en mujeres. Predominan próstata, estómago y pulmón en hombres y de mama, cuello uterino y colorrectal en mujeres, en la mayoría de los departamentos.

Conclusiones: Es necesario proyectar la política de atención en salud oncológica con la medición, comparación, difusión de los resultados de la prevención y detección oportuna; la visión de servicios diagnósticos y de tratamiento disponible en todas las regiones con atención de cáncer en personas mayores, la asistencia paliativa en todos los niveles y la protección social a cuidadores.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccan.2017.02.033>

Trombocitemia esencial BCR-ABL1 negativo y JAK2 positivo. Reporte de caso

Gonzalo Vásquez Palacio^{a,*}, Katherine Palacio Rúa^a, Q.G. Velásquez^b

^a *Unidad de Genética Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia*

^b *Unidad de Hemato-Oncología Infantil, Hospital San Vicente Fundación, Medellín, Colombia*

Correo electrónico: gvasquezp@gmail.com (G.V. Palacio).

Introducción: La mutación V617F en el gen de la tirosinasa JAK2 está implicado en la génesis de algunas neoplasias mieloproliferativas crónicas (NMP), como la policitemia vera (PV), la trombocitemia esencial (TE) y la mielofibrosis primaria (MP). La OMS en 2008 estableció que los pacientes con TE presentan 50-60% de la JAK2V617F. Los criterios diagnósticos de 2016 de la OMS son: mutaciones en JAK2V617F, CALR y

MPL, reordenamiento BCR-ABL1 negativo, biopsia de médula ósea y recuento de plaquetas.

Presentación del caso: Mujer de 47 años ingresa al hospital San Vicente Fundación el 18 de junio de 2015 por accidente cardiovascular isquémico en territorios de arteria cerebral media izquierda. El diagnóstico inicial es de trombosis recurrente con hemogramas con discreta leucocitosis sin desviación a la izquierda, ni eritrocitosis. La biopsia de médula ósea mostró aumento de megacariocitos sin atipia, algunos hiperlobulados, recuento plaquetario 1.035.000, hematocrito 40,7%. QPCR indicó: BCR-ABL negativo, JAK2 positivo. Diagnóstico final de trombocitemia esencial. Se inició terapia con hidroxiurea a dosis de 100 mg/día. Actualmente la paciente se encuentra en tratamiento.

Discusión: Los pacientes mayores de 60 años con riesgo de enfermedad cardiovascular y la mutación JAK2V617F se consideran de alto riesgo y son tratados con hidroxiurea, aspirina y ruxolitinib (JAK2 positivo). Es importante anotar que en esta paciente la enfermedad tuvo un inicio temprano con manifestaciones cardiovasculares.

Conclusiones: La paciente se diagnosticó con una trombocitemia esencial, el BCR-ABL y el JAK2 sirvieron para precisar este diagnóstico. La nueva información molecular permitirá realizar un diagnóstico y estratificación más precisa de los pacientes con NMP.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccan.2017.02.034>

Calidad de la imagen y dosis de radiación en mamografía en 10 ciudades de Colombia: resultados del control de calidad en 60 equipos mamográficos

Harley Alejo Martínez*, Edison de Jesús Salazar Hurtado, Devi Nereida Puerto Jiménez

Grupo de Prevención y Detección Temprana del Cáncer, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá D. C., Colombia
Corre electrónico: halejo@cancer.gov.co (H.A. Martínez).

Introducción: La estimación para la dosis absorbida en la mama se puede hacer utilizando la dosis glandular media (MGD), que es la cantidad dosimétrica más eficaz para estimar el riesgo en el tejido glandular, que es el más sensible a la radiación ionizante.

Objetivo: Evaluar la calidad de la imagen y estimar la dosis glandular media en 60 equipos de mamografía de 10 ciudades de Colombia.

Materiales y métodos: En 10 ciudades de Colombia se llevó a cabo una evaluación de control de calidad a 60 unidades de mamografía. En este estudio se evaluó la calidad de la imagen, se midió el kerma incidente aire (sin retrodispersión) en la posición correspondiente a la superficie de entrada del maniquí de acreditación del Colegio Americano de Radiología (ACR) y se estimó la MGD

Resultados: La distribución de la dosis glandular media (MGD) en los mamógrafos evaluados fue de 2,07 mGy para el valor promedio, 2,01 mGy para la mediana (segundo cuartil) y 2,29 mGy para el tercer cuartil. Para la evaluación de la imagen del maniquí, un 62% de todos los equipos no cumplieron con los requerimientos de calidad.

Conclusiones: Se observa que solo en el 50% de los mamógrafos evaluados la MGD es inferior a 2 mGy, que es lo recomendado en una sola proyección para un espesor de

mama equivalente al maniquí de la ACR. Además, en un 62% de todos los equipos se evidencia una inconformidad en la calidad de imagen. Estos resultados sugieren la necesidad de implementar programas de garantía de calidad en mamografía y fortalecer los requerimientos regulatorios.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccan.2017.02.035>

Efecto del aseguramiento en salud sobre la supervivencia global y libre de enfermedad de pacientes operadas por cáncer de mama en un centro oncológico de Medellín. Estudio de cohorte histórica

Héctor Iván García^{a,b,*}, Jorge Armando Egurrola^b, Luis Rodolfo Gómez^{a,c}, Fernando Herazo^a, Viviana Sánchez^a, Carlos Andrés Ossa^a

^a Grupo de Investigación en Cáncer IDC, Instituto de Cancerología Las Américas, Medellín, Colombia

^b Grupo Académico de Epidemiología Clínica – GRAEPIC, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

^c Departamento de Medicina Interna, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

Correo electrónico: hgarcia@une.net.co (H.I. García).

Introducción: No hay evidencia del efecto de aseguramiento en la supervivencia de pacientes con cáncer de mama en Colombia. El tipo de afiliación a la seguridad social se ha asociado al acceso inequitativo a los programas de prevención precoz, tratamiento oportuno y seguimiento adecuado. El aseguramiento de las entidades promotoras de salud (EPS) del régimen contributivo (RC) y subsidiado (RS) tienen diferencias en cobertura y acceso a la atención.

Objetivo: Estimar el efecto del aseguramiento sobre la supervivencia global (SG) y libre de enfermedad (SLE) en pacientes con cáncer de mama operadas en el Instituto de Cancerología, Medellín (2008-2013).

Materiales y métodos: Datos del Registro Institucional de Cáncer y comprobación del estado vital. Las variables se compararon entre EPS-RC y EPS-RS con χ^2 o *t student* y la supervivencia con método de Kaplan Meier y *log rank test*.

Resultados: 2.732 pacientes, 2.347 del RC; 385 del RS. La mediana de seguimiento fue 36 meses. Del RC falleció el 10%, 12% presentó metástasis o recaída; del RS murió el 23% y metástasis o recaídas en 20,6%. Hubo diferencias en tiempos de acceso a tratamiento (RC: 52 días; RS 112 días ($p < 0,05$)). Las curvas de SLE y SG fueron mejores en el RC que en el RS ($p < 0,05$).

Conclusiones: La SG y SLE, en tiempos de acceso a la atención y diagnóstico en una etapa temprana de la enfermedad son mejores en las pacientes del RC que en las del RS. Se requiere realizar estimaciones a los tiempos desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccan.2017.02.036>