

5. Tan P, Esa N. Anesthesia for massive retrosternal goiter with severe intrathoracic tracheal narrowing: the challenges imposed - A case report-. Korean Journal of Anesthesiology. 2012;62(5):474.
6. Erdős G, Tzanova I. Perioperative anaesthetic management of mediastinal mass in adults. European Journal of Anaesthesiology. 2009; 26(8):627-632.
7. Najah H, Gaudric J, Kasereka-Kisenge F, Taieb A, Goutard M, Menegaux F et al. Sterna l manubriotomy for mediastinal goiter. Journal of Visceral Surgery. 2017;154(5):361-365.
8. Coskun A, Yildirim M, Erkan N. Substerna l Goiter: When is a Sternotomy Required?. International Surgery. 2014;99(4):419-425.
9. Tabchouri N, Anil Z, Marques F, Michot N, Dumont P, Arnault V et al. Morbidity of total thyroidectomy for substerna l goiter: A series of 70 patients. 2018.
10. Pech-Alonso B, Fermín-Hernández C, Saavedra-de Rosas S, Cicero-Sabido R. Superior vena cava syndrome: Clinical considerations. Revista Médica del Hospital General de México. 2018;81(2):59-65.

RESUMEN DE CONGRESO

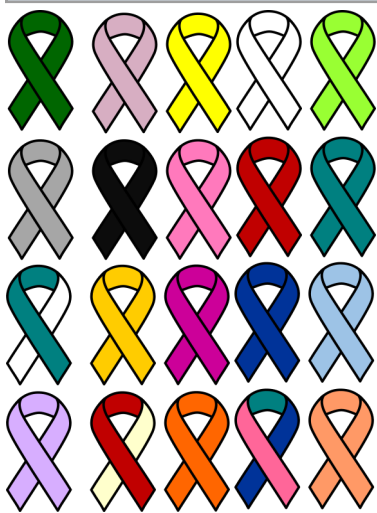
Aspectos generales del cáncer**Congreso Estudiantil de Medicina de la Universidad de Sonora—Septiembre 2018***Ponencia: Dr. Corral-Villegas Baldemar**Redactó: Islas-Serrano Juan*

Figura 1.1 Listones representativos de los tipos de cáncer que existen (Autor: por BBarnheartowl).

El cáncer es definido desde el punto morfológico como un crecimiento incoordinado de células, que persiste aún a expensas del huésped y que tiene la capacidad de invadir y dar metástasis. Estos trastornos se presentan por un daño constante al ácido desoxirribonucleico (DNA) ocasionado por trastornos físicos, químicos y biológicos; los cuales darán alteraciones en la línea celular normal provocando la generación de una nueva línea celular anormal con nuevas capacidades de supervivencia y de adherencia, que terminarán remplazando a la antigua célula normal. Es un trastorno multifactorial que puede afectar a cualquier órgano del cuerpo, donde el único encargado de identificar y eliminar a las células mutadas de nuestro cuerpo día con día es nuestro sistema inmune.

Las células normales tienen un ciclo biológico determinado, el cual si se ve alterado por la exposición constante de distintos factores (físicos, químicos,

biológicos) que dañen al DNA se presentarán mutaciones. Cada generación nueva de células mutantes adquirirá nuevas capacidades, como lo pueden ser la invasión y las metástasis; que le permitirán tener una mayor supervivencia en comparación de las células normales. Esto puede llegar a ser incompatible con la vida, ya que estas células mutadas pueden sustituir la correcta función de la célula.

En este sentido, el primer reto de las células cancerígenas es evitar la apoptosis de los distintos puntos de control del ciclo celular, esto puede lograrlo de dos formas: por medio de la liberación de los oncogenes o metilar (inhibir) a los genes supresores. El segundo reto ocurre cuando llegan a tejido sanguíneo, ya que tendrán que enfrentarse al sistema inmune. Superar estos retos garantiza la supervivencia de la célula tumoral.

A través del tiempo se ha descubierto nueva información acerca del cáncer, por ejemplo, en los años 70 se definía al cáncer desde un punto morfológico. Actualmente, se define desde un punto de vista genético, definiéndose como una alteración de la línea celular provocado por alteraciones en los genes encargados en su crecimiento y división. Sin embargo, no debemos considerar a esta entidad como un padecimiento de solamente etiología genética, ya que solo se observa en 5-10% casos, debemos también tomar en cuenta los distintos factores ambientales que



tienen mayor intervención en la patología del cáncer.

En las primeras etapas del cáncer los pacientes se encuentran asintomáticos, por lo que es de vital importancia realizar un diagnóstico temprano para un mejor pronóstico. De esta manera, la prevención primaria está enfocada a evitar los factores de riesgo modificables que pueden llegar a afectar a nuestro sistema inmune, por ejemplo: fumar, dieta alta en grasas, exposición prolongada a rayos UV, estrés. Si se compara la mortalidad de cáncer en la población de EUA y de México, se observará que en el primero mueren alrededor de 153 personas por cada 100,000

habitantes mientras que en el segundo 70 por cada 100,000 habitantes; donde EUA tiene una población que tiene una dieta mayor en grasas en comparación con la nuestra. Por otra parte, la prevención secundaria está encaminada a la detección temprana del cáncer, ya que se buscan células que ya se encuentran mutadas. Pero es de vital importancia, que los métodos de escrutinio con los que se cuentan actualmente estén dirigidos a los grupos de riesgo, para que reciban un tratamiento oportuno y lo más pronto posible, para un mejor pronóstico.

Leucemia linfoblástica aguda en niños

Congreso Estudiantil de Medicina de la Universidad de Sonora—Septiembre 2018

Ponencia: Dr. Covarrubias-Espinoza Gilberto

Redactó: Tobin-De la Vara Aylín Alejandra

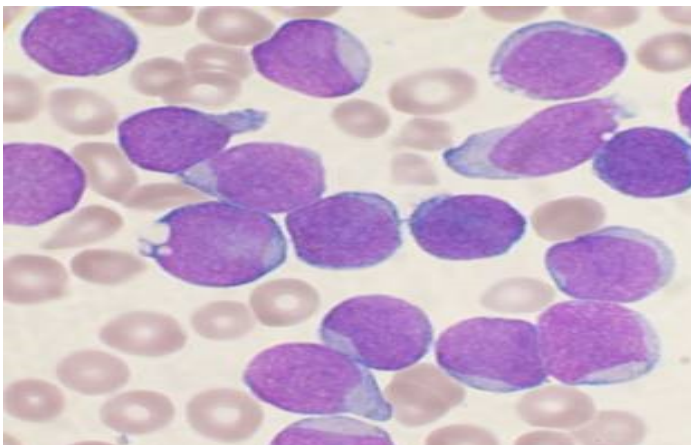


Figura 1.2 Frotis de sangre periférica donde aparecen células blásticas rodeadas de eritrocitos, tinción HE-x1000 (autor: Wikimedia por VashiDonsk).

La leucemia es la neoplasia que se caracteriza por el crecimiento incontrolado de las células inmaduras linfoides o mieloides. Es el cáncer más frecuente en la oncología pediátrica. Dentro de la experiencia del Hospital Infantil del Estado de Sonora (HIES) se han recibido 1,387 casos de cáncer, de los cuales el 40% han sido casos de leucemia, mientras que, a nivel nacional, en el 2011 se reportaron 2,571 casos de cáncer infantil, de los cuales el 47% fueron de leucemia.

Podemos dividir a la leucemia en dos grandes grupos: leucemia aguda y leucemia crónica. La leucemia aguda es la predominante en la oncología pediá-

trica. Dentro del grupo de leucemia aguda, se puede dividir en leucemia linfoblástica o mieloblástica; siendo en la mayoría de los casos 85% linfoblástica y el resto mieloblástica.

El 40% de los casos de leucemia linfoblástica aguda se presentan en niños de 2 a 5 años, después de este periodo de edad, la incidencia disminuye. En la mayoría de los casos, el diagnóstico de leucemia suele ser más sencillo después de 40 días de evolución de la enfermedad.

Fiebre, palidez y dolores articulares suelen ser los tres motivos principales de consulta en niños que aun no han sido diagnosticados con leucemia. Los hallazgos más comunes en la exploración física se encuentran adenomegalia, hepatoesplenomegalia, infiltraciones leucémicas y hemorragias en forma de equimosis o petequias. La biometría hemática revela anemia, plaquetopenia y neutropenia severa, mientras que los leucocitos pueden estar bajos o normales en el 40% de los casos y en el 60% restante hay leucocitosis. Suele haber lesiones óseas en muchos casos de leucemia, sin embargo, no tienen implicación pronóstica. Las radiografías de tórax muestran ensanchamiento mediastinal y crecimiento de ganglios. También es frecuente el crecimiento de glándulas salivales y puede haber infecciones agregadas que confundan el diagnóstico.

