SODOCO+

Revista de la Sociedad Dominicana de Cirugía Oncológica
Volumen 0. Agosto 2025



Imagen de Portada

En la imagen se observa un entorno quirúrgico futurista en el que se combinan tecnología robótica y sistemas de inteligencia artificial (IA). Detalles clave:Brazos robóticos realizan una intervención asistida de manera precisa.Una proyección holográfica sobre la mesa quirúrgica parece representar un órgano o tejido virtual, usado como guía quirúrgica.En la gran pantalla del fondo se muestran gráficas médicas, imágenes anatómicas (aparato digestivo), redes neuronales y datos de análisis, lo que sugiere el apoyo de IA en tiempo real para la cirugía.La estética mezcla elementos de medicina, biotecnología y realidad aumentada, representando un quirófano de próxima generación.La escena simboliza la convergencia de cirugía robótica, realidad aumentada, big data y sistemas de IA en la medicina del futuro.
Creada con CHATGPT

SODOCO+
Es propiedad de la Sociedad Dominicana de Cirugía Oncológica
República Dominicana
SODOCORD@gmail.com
Edición: Eduard Valdez

CONTENIDO

Pag.: 2 **EDITORIAL**

Pag.: 4 **VIII CONGRESO SODOCO AGENDA**

Pag.: 21 **INVESTIGACIONES Y CASOS CLINICOS**
RESUMEN /ABSTRACT

Pag.: 35 **ARTICULOS Y CASOS**

- **Siliconoma en un Ganglio intramamario. Reporte de un caso.**
- **Mastectomia con reconstrucción inmediata con prótesis prepectoral.**
- **La Cirugía Oncoplástica y la mastología brasileña.**
- **Experiencia en cirugía pancreática en Centro Médico Siglo 21.**
- **Revisión bibliográfica: Oncología y Espiritualiad.**
- **Inteligencia Artificial sin supervisión, medicina sin precisión.**
- **La evolución del colgajo del dorsal ancho en la recontrucción mamaria.**
- **Mastectomia endocospica por puerto único: Técnica quirúrgica y primer caso en México .**
- **De Oncólogo a oncológico**

Pag.: 57 **SODOCO SOCIAL**

EDITORIAL

Con gran satisfacción presentamos a la comunidad médica nacional e internacional nuestro proyecto de la revista **SODOCO+**, con edición número 0 , una nueva plataforma de difusión científica y académica dedicada al apasionante y desafiante mundo de la oncología, con un énfasis especial en la cirugía oncológica.

Este proyecto nace bajo el compromiso de la Sociedad Dominicana de Cirugía Oncológica (SODOCO) de crear un espacio de encuentro, reflexión y actualización que sirva tanto a los profesionales de la salud como a los investigadores y estudiantes interesados en el avance continuo de la oncología.

La revista **SODOCO+** tendrá como objetivos fundamentales:

- Promover la publicación de investigaciones originales, revisiones y casos clínicos de relevancia.
- Servir de puente entre la comunidad científica nacional e internacional, fomentando la colaboración académica y el intercambio de experiencias.
- Ofrecer un espacio de discusión y análisis sobre los avances en técnicas quirúrgicas, tratamientos oncológicos y abordajes multidisciplinarios.
- Contribuir a la formación continua de los profesionales de la salud a través de artículos de alto rigor científico.

La publicación tendrá una salida anual, con circulación en formato digital y físico, garantizando así un acceso amplio y actualizado al conocimiento. Este primer número, el número 0, constituye un paso inicial, un ensayo que marca el camino hacia la consolidación formal de esta revista en todos los estamentos correspondientes, tanto locales como internacionales.

Estamos convencidos de que **SODOCO+** se convertirá en una herramienta de valor para el crecimiento científico y académico, reflejando el esfuerzo, la pasión y el compromiso de quienes trabajan día a día en la lucha contra el cáncer.

Invitamos a toda la comunidad médica, investigadores y aliados estratégicos a sumarse a este proyecto, aportando su conocimiento, experiencia y visión, para hacer de **SODOCO+** una publicación de referencia en el ámbito de la oncología.

Con fe, esperanza y compromiso, damos este primer paso histórico que, sin duda, marcará una nueva etapa en la difusión del conocimiento oncológico en la República Dominicana y más allá de nuestras fronteras

.

Comité Editorial
SODOCO+



SOCIEDAD DOMINICANA
2009
SODOCO
CIRUGIA ONCOLOGICA

VIII CONGRESO

SOCIEDAD DOMINICANA CIRUGIA ONCOLOGICA

Evolucionando junto a la tecnología

AGENDA

28-31 Agosto 2025

Centro de Convenciones Live Aqua

HISTORICO DE SODOCO



Primicias
"La verdad siempre"

En Internet
Actualizado todo el día

Constituyen Sociedad Especializada de Cirujanos Oncólogos

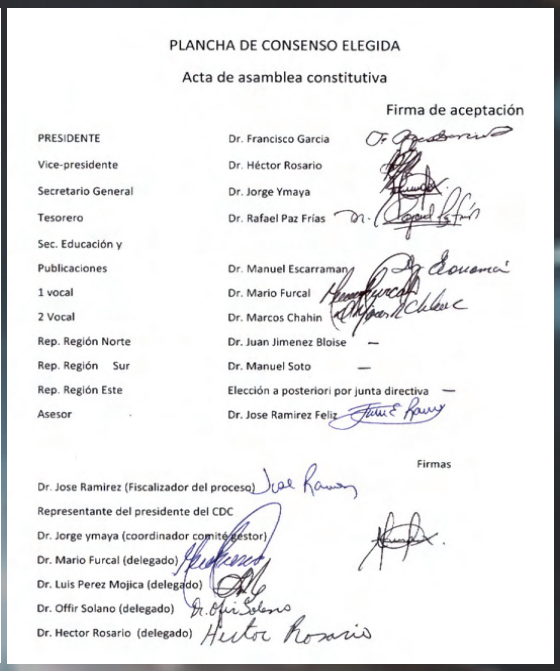
Por Carmen Carela
sabado 7 de marzo de 2009.

Distrito Nacional, República Dominicana.- La Sociedad Dominicana de Cirujanos Oncólogos (SODOCO) fue constituida recientemente por médicos de ésta especialidad, que eligieron como primer presidente al doctor Francisco García Pérez, durante una asamblea constitutiva celebrada el 30 enero de éste año.

La directiva de la entidad la integran, además, los cirujanos oncólogos Héctor Rosario, Vicepresidente; Jorge Ymaya, Secretario General; Rafael Paz Frías, Tesorero; Manuel Escarramán, Secretario de Educación y Publicaciones; Mario Furcal y Marcos Chahín, vocales. Mientras que Jiménez Bloise, represente de la Región Norte; Manuel Soto; del Sur; y José Ramírez, del Este y asesor.

El doctor García Pérez explicó que el objetivo de esta entidad es realizar actividades médico-científicas, educativas y gremiales, que beneficien a sus miembros, mediante la realización de cursos, congresos y actividades científicas. Indicó que SODOCO también desarrollará programas de investigación orientados a mantener actualizados a los médicos dominicanos de esa especialidad, así como para estrechar vínculos profesionales con otras entidades nacionales e internacionales.

"La creación de esta Sociedad permitirá que exista un interlocutor idóneo entre las autoridades de salud y los médicos especialistas en el área de la oncología quirúrgica, a la vez que la Sociedad Dominicana contará con un instrumento oportuno para la prevención, apoyo y manejo de una de las enfermedades que representa una de las principales causas de mortalidad en el país", explicó el presidente de la nueva Sociedad especializada de galenos.



PLANCHA DE CONSENSO ELEGIDA

Acta de asamblea constitutiva

		Firma de aceptación
PRESIDENTE	Dr. Francisco Garcia	
Vice-presidente	Dr. Héctor Rosario	
Secretario General	Dr. Jorge Ymaya	
Tesorero	Dr. Rafael Paz Frías	
Sec. Educación y Publicaciones	Dr. Manuel Escarraman	
1 vocal	Dr. Mario Furcal	
2 Vocal	Dr. Marcos Chahin	
Rep. Región Norte	Dr. Juan Jimenez Bloise	—
Rep. Región Sur	Dr. Manuel Soto	—
Rep. Región Este	Elección a posteriori por junta directiva	—
Asesor	Dr. Jose Ramirez Feliz	

Firmas

Dr. Jose Ramirez (Fiscalizador del proceso)
Representante del presidente del CDC
Dr. Jorge ymaya (coordinador comité gestor)
Dr. Mario Furcal (delegado)
Dr. Luis Perez Mojica (delegado)
Dr. Offir Solano (delegado)
Dr. Hector Rosario (delegado)



Nuestra primera directiva

HISTORICO DE SODOCO 2024

















PASADOS PRESIDENTES



DR. FRANCISCO GARCIA PEREZ
2009-2011



DR. HECTOR ROSARIO
2011-2013



DR. MANUEL ESCARRAMAN
2013-2015



DR. RAMON PEREZ MARTINEZ
2015-2017



DR. RICARDO DOMINGO
2017-2019



DR. MARIO FURCAL AYBAR
2019-2022



DR. JORGE YMAYA CARELA
20222-2024

MENSAJE DEL PRESIDENTE DE SODOCO

Honorables miembros de la Sociedad Dominicana de Cirujanos Oncólogos, distinguidos pasados presidentes, conferencistas nacionales e internacionales, invitados especiales, colegas y amigos:

Con profundo respeto y sincera satisfacción, me dirijo a ustedes en nombre del Comité Organizador para darles la más cordial bienvenida a este VIII Congreso de nuestra Sociedad, que en esta edición se celebra bajo el lema **"Evolucionando con la tecnología"**.

Este magno encuentro no constituye solamente un hito en la trayectoria de nuestra institución, sino también un testimonio del compromiso, la dedicación y el esfuerzo conjunto de quienes han trabajado incansablemente para consolidar a la cirugía oncológica como una disciplina de excelencia en nuestro país.

La sede que hoy nos acoge es testigo de una convicción común: que como profesionales de la cirugía oncológica, tenemos la impostergable responsabilidad de **innovar, evolucionar, aprender y perfeccionarnos continuamente**, con la firme determinación de mejorar la calidad de vida de los pacientes a quienes servimos.

Uno de los pilares de este congreso lo constituye la **integración de las nuevas generaciones de médicos** a través de la educación continua. La participación de los fellows y de nuestros jóvenes colegas, compartiendo experiencias y reflexiones en torno a casos clínicos tratados en los distintos centros de formación, reafirma nuestra misión de fomentar un aprendizaje activo, crítico y colaborativo.

El ejercicio de la cirugía oncológica nos enfrenta a **desafíos complejos y cambiantes**, donde la tecnología se ha convertido en una herramienta imprescindible para optimizar diagnósticos y tratamientos. No obstante, es imperativo recordar que detrás de cada intervención y de cada decisión clínica se encuentra un ser humano, con una historia y una dignidad que debemos respetar y proteger. La excelencia técnica debe ir siempre acompañada de la **humanización de la atención**.

Expresamos, asimismo, nuestro sincero agradecimiento a la industria farmacéutica y a las instituciones colaboradoras, cuyo respaldo ha permitido materializar este evento con el nivel de calidad y excelencia que distingue a nuestra sociedad. Sus aportes a la innovación científica y tecnológica han sido fundamentales en el avance de la cirugía oncológica en la región.

Estoy convencido de que este congreso representará una valiosa oportunidad para la **actualización científica**, la generación de nuevos conocimientos y, al mismo tiempo, el fortalecimiento de los lazos de fraternidad y cooperación entre colegas nacionales e internacionales. Será, sin duda, una experiencia enriquecedora tanto en el ámbito profesional como en el personal.

Agradezco profundamente a cada conferencista, participante, patrocinador y colaborador por su contribución a este esfuerzo colectivo, que hoy nos convoca con el firme propósito de avanzar hacia un futuro de mayor innovación, excelencia y humanidad en el ejercicio de la cirugía oncológica.

Permítanme concluir con una cita del **Dr. Sergio Osorio Morales** que resume el espíritu de este encuentro:

"Aunque la educación no pueda, por sí sola, derribar las barreras que dividen a los seres humanos, al menos no debe añadir ninguna más".

Damas y caballeros, colegas y amigos:

¡Sean todos bienvenidos al VIII Congreso de la Sociedad Dominicana de Cirujanos Oncólogos!



Dra. Yudelys Montilla

Presidente SODOCO

MENSAJE DEL PRESIDENTE VIII CONGRESO DE SODOCO

Distinguidos colegas:

Sean todos bienvenidos a este nuestro VIII congreso de la Sociedad Dominicana de Cirugía Oncológica (SODOCO). En nuestra condición de presidente del Comité Organizador del certamen, deseamos agradecer primero a la directiva de nuestra sociedad por haber depositado en nosotros la confianza para dirigir tan importante evento.De igual forma, agradecemos a los miembros del comité organizador que nos acompañaron en tan titánica labor.

El tema central del congreso se ha enfocado en los avances e innovaciones en la aplicación de la tecnología en cirugía oncológica, de ahí el eslogan "Evolucionando junto a la tecnología". Con el interés de cumplir lo más fielmente posible con ese objetivo, junto a la directiva de SODOCO este comité organizador ha confeccionado un programa científico sin desperdicios, que estamos seguros será ampliamente aprovechado por todos los asistentes.

Les invitamos a disfrutar las ponencias de los más reputados especialistas en sus áreas, quienes, como en cada congreso de SODOCO, se dan cita para aportarnos en las sesiones plenarias con su experiencia y experticia. En ese sentido podemos mencionar la presencia para el evento de líderes de opinión en sus áreas, procedentes de países hermanos como Estados Unidos, México, Brasil, Rusia, entre otras nacionalidades.

Acompañándolos, tendremos a los más notables y destacados profesionales de la oncología quirúrgica, clínica, radio-oncológica y diagnóstica de nuestro país, ilustrándonos con temas de actualidad y de importancia vital para el buen ejercicio de nuestra profesión.

Como es costumbre en nuestros congresos, junto a las charlas magistrales hemos incluido en esta edición las esperadas mesas redondas y discusiones de casos clínicos. Una de nuestras mesas redondas estará dedicada a las controversias en el manejo del cáncer de mama, en la que expertos oncólogos clínicos, cirujanos oncoplásticos y otros miembros premium del equipo multidisciplinario dedicados al manejo del cáncer de mama nos deleitarán sobre el mejor enfoque para el tratamiento actual de esta, que es la principal patología que tratamos los oncólogos en República Dominicana. La otra mesa redonda tratará sobre las controversias éticas, médicas y legales vinculadas al uso de tecnologías en cirugía oncológica. Destacamos que en esta discusión no escatimamos esfuerzos y tendremos inclusive como panelista a una jueza en ejercicio para fortalecer el debate, quien junto a connotados expertos locales e internacionales estarán orientándonos sobre un tema tan controversial como son las implicaciones clínicas y legales en el ejercicio de la cirugía y el uso de la tecnología.

Dado que una de las misiones principales de SODOCO es aportar a elevar el nivel académico de nuestros fellows de oncología y residentes de cirugía, a ellos les hemos dedicado un espacio especial para que expongan sus trabajos, siendo así el primer Simposium de Escuelas de Cirugía Oncológica. Por lo que los invitamos a todos a participar del mismo.

En nuestra noche inaugural haremos un merecido reconocimiento a la trayectoria de dos maestros de la oncología y la cirugía de la República Dominicana, quienes se han distinguido por los aportes que cada uno de ellos ha realizado con pasión, dedicación y sacrificio para el desarrollo de la especialidad en nuestro país. Honraremos con sobrado júbilo y alegría la trayectoria de los maestros Giovanny Báez y José Ramírez Féliz.

Externamos nuestro agradecimiento por el apoyo recibido para la realización de esta fiesta académica a la compañía de eventos encargada de la logística: Tourenlaces, así como a la industria farmacéutica por sus auspicios de siempre, y a todos los involucrados en el montaje y desarrollo de la actividad.De nuevo, gracias a la directiva de la sociedad y a toda la membresía de SODOCO por la confianza depositada en nosotros. Esperamos haber cumplido con las expectativas.

Los esperamos a todos, con los brazos abiertos.



Dra. Mario Furcal A.

Presidente de VIII CONGRESO SODOCO

VIII CONGRESO SOCIEDAD DOMINICANA CIRUGIA ONCOLOGICA

Evolucionando junto a la tecnología

28-31 Agosto 2025
Centro de Convenciones Live Aqua
Bávaro, Punta Cana, Rep. Dom.

DIRECTIVA 2024-2026

Dra. Yudelys Montilla
Presidente
Dr. Luis Emilio Pérez Mójica.
Vice presidente.
Dra. Arlette Matos
Secretaría General
Dra. Yolaine Vasquez
Tesorería.
Dr. Eduard Valdez
Educación y Técnología,
Dra. Mirna Santiago
Vocal (Certificación y Recertificación)
Dr. Héctor Ramírez Pimentel
Vocal (Educación)
Dr. Alecsandri Gil
Vocal (Tesorería)
Dra. Versania Cruz
Vocal (Asuntos de Residencias)
Dra. Ana Abad
Vocal (Secretaría)

Dr. Hugo María
Representante del Cibao
Dra. Lissette Guzmán
Representante del Este
Dra. Dolores Flores
Representante del Sur

Dr. Jorge Ymaya
Asesor Pasado Presidente/Negocios
Dr. Mario Furcal Aybar
Coordinador Comité Legal
Dr. Juan Jiménez Bloise
Coordinador Asuntos Extranjeros
Dr. Ricardo Domingo
Coordinador Día del Sobreviviente
Dr. Francisco García
Coordinador Comité de Ética
Dr. Manuel Escarramán
Coordinador Comité de Disciplina.



VIII CONGRESO
SOCIEDAD DOMINICANA
CIRUGIA ONCOLOGICA
Evolucionando junto a la tecnología

28-31 Agosto 2025
Centro de Convenciones Live Aqua
Bávaro, Punta Cana, Rep. Dom.

RECONOCIMIENTOS ESPECIALES



DR. JOSE ERNESTO RAMIREZ FELIZ



DR. NELSON GIOVANNI BAEZ MEDINA

VIII CONGRESO SOCIEDAD DOMINICANA CIRUGIA ONCOLOGICA

Evolucionando junto a la tecnología

28-31 Agosto 2025
Centro de Convenciones Live Aqua
Bávaro, Punta Cana, Rep. Dom.

NUESTROS CONFERENCISTAS



DR. CICERO URBAN
CIRUJANO ONCOLOGO
MASTOLOGO-ONCOPLASTICO
BRASIL



ING. DARWIN SANTOS FURCAL
ESPECIALISTA EN IA
ESTADOS UNIDOS



DR. RODRIGO CERICATTO
CIRUJANO PLASTICO
ONCOLOGICO
BRASIL



DRA. LIZBEL ARREDONDO
RADIOLOGA
ESPECIALISTA DE MAMAS
REPUBLICA DOMINICANA.



DRA. ANN Y. LEE
CIRUJANA ONCOLOGA
ESTADOS UNIDOS



DRA. WANEIDY GARCIA
ONCOLOGA CLINICA
REPUBLICA DOMINICANA



DR. MICHAEL J. GRIECO
CIRUJANO COLORECTAL
ESTADOS UNIDOS



DR. JASON DENBO
CIRUJANO ONCOLOGO
ESTADOS UNIDOS



DR. LUIS ACEVEDO
CIRUJANO
VENEZUELA



DR. RICARDO DOMINGO
CIRUJANO ONCOLOGO
LAPAROSCOPISTA
REPUBLICA DOMINICANA



DR. CARLOS CASTILLO DELGADO
CIRUJANO PANCREATOHEPATO-
BILIAR
REPUBLICA DOMINICANA



DR. INSOO SUH
CIRUJANO ENDOCRINOLOGO
ESTADOS UNIDOS



DR. JOSE RAMIREZ FELIZ
CIRUJANO ONCOLOGO
REPUBLICA DOMINICANA



DR. MICHAEL MEDINA
CIRUJANO CABEZA Y CUELLO
ESTADOS UNIDOS



DR. JOAN JACOBO
CIRUJANO ONCOLOGO
REPUBLICA DOMINICANA



DR. JUAN JIMENEZ BLOISE
CIRUJANO ONCOLOGO
REPUBLICA DOMINICANA



DR. GUILLERMO PERALTA
MASTOLOGO
MEXICO



DRA. ERIKA PEREZ LARA
NUTRIOLOGA CLINICA
REPUBLICA DOMINICANA



DRA. YOLAINE VASQUEZ
CIRUJANA ONCOLOGA
ONCOPLASTICA
REPUBLICA DOMINICANA



DR. RAMON PEREZ MARTINEZ
CIRUJANO ONCOLOGO
REPUBLICA DOMINICANA



DR. MARIO FURCAL AYBAR
CIRUJANO ONCOLOGO
REPUBLICA DOMINICANA



DR. MIGUEL OLLER SANZ
CIRUJANO MASTOLOGO
ONCOPLASTICO
REPUBLICA DOMINICANA



DRA. MARIA Y. GONZALEZ CURI
RADIOLOGA
REPUBLICA DOMINICANA



LIC. JUAN MIGUEL RAMOS
ESPECIALISTA EN SEGURIDAD
HOSPITALARIA
REPUBLICA DOMINICANA / USA



MAG. DARIHANA LINAREZ CORPORAN
JUEZA
REPUBLICA DOMINICANA



DR. MANUEL DE JESUS ENCARNACIÓN
NEUROCIRUJANO
REPÚBLICA DOMINICANA



DR. JOSE RAMON DOMINGUEZ CABRAL
CIRUJANO ONCOLOGO
LAPAROSCOPISTA
REPUBLICA DOMINICANA

VIII CONGRESO
SOCIEDAD DOMINICANA
CIRUGIA ONCOLOGICA
Evolucionando junto a la tecnología

28-31 Agosto 2025
Centro de Convenciones Live Aqua
Bávaro, Punta Cana, Rep. Dom.

JUEVES 28 AGOSTO

1ER SIMPOSIUM DE RESIDENCIAS DE CIRUGIA ONCOLOGICA

PRESENTACION DE INVESTIGACIONES Y CASOS CLINICOS

COORDINADORES Y EVALUADORES

Dr. Héctor Ramírez Pimentel - Dra. Versania Cruz - Dr. Guillermo Peralta

HORA	TEMA	CONFERENCISTA
3:30 PM 3:40 PM	Carcinoma papilar de tiroides ectópico: a propósito de un caso	Dr. Abimeleck F. Garabot Instituto oncológico regional del Cibao
3:45 PM 3:55 PM	Relación entre enfermedad ganglionar y supervivencia libre de enfermedad en pacientes con adenocarcinoma gástrico: experiencia del Instituto nacional del cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez De Tavares. Período enero 2022-diciembre 2023	Dr. Francisco J. Rosario Instituto nacional del cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez De
4:00 PM 4:10 PM	Mastectomía endoscópica por puerto único. Reporte de casos y revisión de técnica.	Dra. Yannybel Morales Instituto oncológico Dr. Heriberto Pieter
4:15 PM 4:25 PM	El rostro agresivo del carcinoma papilar de tiroides.	Dr. Neuly Corona Instituto oncológico Dr. Heriberto Pieter
4:30 PM 4:40 PM	Impacto de los factores pronósticos en la recurrencia del tumor de Wilms en pacientes pediátricos: Experiencia del Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares. Período 2016-2025.	Dra. Rosanna Miranda Instituto nacional del cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez De Tavares
4:45 PM 4:55 PM	Adenocarcinoma metastásico en cuello de origen Oculto: Reporte de un caso y revisión sistemática de la literatura	Dra. Katherine Pichardo Hospital Salvador B Gautier
5:00 PM 5:10 PM	Carcinoma papilar sólido y quístico de páncreas. A propósito de un caso	Dr. José Miguel Francisco Instituto oncológico Dr. Heriberto Pieter
5:15 PM 5:25 PM	Supervivencia global de tumores del estroma gastrointestinal de pacientes intervenidos quirúrgicamente: Serie de casos, en el instituto nacional del cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez De Tavarez (INCART) en el período 2018- 2025	Dra. Oelis Encarnacion Instituto nacional del cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez De Tavares
5:30 PM 5:40 PM	Satisfacción y calidad de vida tras mastectomía con y sin reconstrucción: nuestra experiencia aplicando el cuestionario BREAST-Q	Dra. Line Phillipe Instituto oncológico Dr. Heriberto Pieter
5:45 PM 5:55 PM	Ablación del nódulo tiroideo, serie de casos, seguimiento a un año.	Dra. Yanneris Cáceres Instituto oncológico Dr. Heriberto Pieter

VIII CONGRESO SOCIEDAD DOMINICANA CIRUGIA ONCOLOGICA

Evolucionando junto a la tecnología

28-31 Agosto 2025
Centro de Convenciones Live Aqua
Bávaro, Punta Cana, Rep. Dom.

JUEVES 28 AGOSTO

COMO PARTICIPAR EN LA EVALUACION DE LOS TRABAJOS

Estaremos enviando un formulario al chat general del congreso, luego de observar y ver la presentación del trabajo usted prodrá evaluarlo, su puntuación sera el 50% del valor total del calificación.

BLOQUE CENTRAL

COORDINADORES
Dr. Luis Emilio Pérez Mojica & Dr. Alexander Gil

*VESTIMENTA FORMAL

HORA	TEMA	CONFERENCISTA
7:00 PM 7:20 PM	Más allá de la Técnica: Perlas quirúrgicas desde la práctica oncológica Real.	Dr. José Ramírez Cirujano Oncólogo República Dominicana
7:20 PM 7:50 PM	Conferencia central Inteligencia artificial en salud. ¿Hacia dónde vamos?	Ing. Darwin Santos Especialista en IA Estados Unidos

8:00 PM

Acto Inaugural

MAESTRAS DE CEREMONIA
Dra. Mirna Santiago
Dra. Imelda Cedano

Vestimenta Formal

VIII CONGRESO SOCIEDAD DOMINICANA CIRUGIA ONCOLOGICA

Evolucionando junto a la tecnología

28-31 Agosto 2025
Centro de Convenciones Live Aqua
Bávaro, Punta Cana, Rep. Dom.

VIERNES 29 AGOSTO

BLOQUE DE TUBO DIGESTIVO

COORDINADORES

DRA. ARLETTE MATOS & DRA. ANA ABAD

HORA	TEMA	Conferencistas
8:00 AM 8:20 AM	**Manejo de complicación de cáncer gástrico Avanzado.**	*Dra. Ann Lee* *Cirujana Oncóloga* *Nyu, Estados Unidos*
8:20 AM 8:40 AM	**Laparoscopia estadificadora en cáncer de estómago Y cirugía gástrica laparoscópica.**	*Dr. Ricardo Domingo* *Cirujano Oncólogo* *República Dominicana*
8:40 AM 9:00 AM	**Sarcoma retroperitoneal**	*Dra. Ann Lee* *Cirujana Oncóloga* *Nyu, Estados Unidos*
9:00 AM 9:20 AM	**A propósito de un caso: Leiomiosarcoma retroperitoneal**	*Dra. Ann Lee* *Cirujana Oncóloga* *Nyu, Estados Unidos*
9:20 AM 9:40 AM	**Inteligencia artificial en cirugía de colon**	*Dr. Michael Grieco* *Cirujano Colorrectal* *Nyu, Estados Unidos*
9:40 AM 10:00 AM	**Resección abdominoperineal asistido por laparoscopia**	*Dr. José Ramón Domínguez Cabral* *Cirujano Oncólogo* *República Dominicana*
10:00 AM 10:10 AM	**Bloque de preguntas**	
10:10 AM 10:30 AM	**Coffee break/visitar stands**	
10:30 AM 10:50 AM	**Optimazación del paciente oncológico pre- y posquirúrgico.**	*Dra. Erika Pérez Lara* *Nutrioloqa Clínica* *República Dominicana* *Abbott*
10:50 AM 11:10 AM	**Técnicas de preservación de recto**	*Dr. Michael Grieco* *Cirujano Colorrectal* *Nyu, Estados Unidos*
11:10 AM 11:30 AM	**De los píxeles a la precisión: integración de la tecnología de reconstrucción 3D y adyuvantes de imagen para metástasis hepáticas de cáncer colorrectal**	*Dr. Jason Denbo* *Cirujano Oncólogo* *Moffit, Estados Unidos*
11:30 AM 11:50 AM	**Estrategias del "Watch and Wait"**	*Dr. Michael Grieco* *Cirujano Colorrectal* *Nyu, Estados Unidos*

VIERNES 29 AGOSTO

BLOQUE DE TUBO DIGESTIVO

COORDINADORES

DRA. ARLETTE MATOS & DRA. ANA ABAD

11:50 AM *12:10 PM*	**Una talla no sirve para todos: hacia estrategias individualizadas en el cáncer de páncreas resecable**	*Dr. Jason Denbo* *Cirujano Oncólogo* *Moffit, Estados Unidos*
12:10 PM *12:30 PM*	**Cirugía de páncreas por laparoscopia**	*Dr. Carlos Castillo Delgado* *Cirugía Hepatobiliar Y Pancreática* *República Dominicana*
12:30 PM *12:50 PM*	**Estrategias multimodales para el colangiocarcinoma intrahepático localmente avanzado: quimio inmunoterapia, radio embolización e infusión en la arteria hepática**	*Dr. Jason Denbo* *Cirujano Oncólogo* *Moffit, Estados Unidos*
12:50 PM *1:10 PM*	**Uso de hemostáticos en cirugía hepática**	*Dr. Carlos Castillo Delgado Cirugía Hepatobiliar Y Pancreática* *República Dominicana* *Macrotech*
1:20 PM *1:40 PM*	**El cirujano oncólogo ante el estrado como evitar ser condenado.**	*Mag. Darihana Linarez Corporan* *Magistrada* *República Dominicana*
1:40 PM *2:00 PM*	**BLOQUE DE PREGUNTAS**	
2:00 PM 3:00 PM	**ALMUERZO MESA DISCUSION** **Controversias médicas-éticas-legales ante el uso de la tecnología en cirugia oncológica.** Panelistas: *Mag. Darihana Linarez Corporan Magistrada* *República Dominicana* *Dr. Guillermo Peralta* *Cirujano oncólogo de mama* *México* *Dr. Luis Guillermo Acevedo* *Cirujano / Gerente* *HOSPAL MEDICA.* *Venezuela* *Dr. Juan Jimenez Bloise* *Cirujano oncólogo* *República Dominicana*	*Dr. Mario Furcal* *Cirujano Oncólogo* *República Dominicana* *(Coordinador)* *Lic. Juan Miguel Ramos* *Especialista En Seguridad Hospitalaria* *Estados Unidos*

VIII CONGRESO SOCIEDAD DOMINICANA CIRUGIA ONCOLOGICA

Evolucionando junto a la tecnología

28-31 Agosto 2025
Centro de Convenciones Live Aqua
Bávaro, Punta Cana, Rep. Dom.

VIERNES 29 AGOSTO

BLOQUE DE CABEZA Y CUELLO

COORDINADORES

DRA. MIRNA SANTIAGO & DR. HUGO MARIA

HORA	TEMA	CONFERENCISTAS
3:00 PM 3:20 PM	**Actualizaciones en imágenes de paratiroides**	***Dr. Insoo Suh*** ***Cirujano endocrinólogo*** ***NYU, Estados Unidos***
3:20 PM 3:40 PM	**El uso del láser en cirugía oncológica de cabeza y cuello.**	***Dr. Michael Medina*** ***Cirujano cabeza y cuello*** ***Estados Unidos***
3:40 PM 4:00 PM	**Tiroidectomía sin miedo**	***Dr. Insoo Suh*** ***Cirujano endocrinólogo*** ***NYU, Estados Unidos***
4:00 PM 4:20 PM	**Radiofrecuencia del Nódulo Tiroideo**	***Dr. Joan Jacobo*** ***Cirujano oncólogo*** ***República Dominicana***
4:20 PM 4:40 PM	**Última guía de manejo para nódulos indeterminados de tiroides**	***Dr. Insoo Suh*** ***Cirujano endocrinólogo*** ***NYU, Estados Unidos***
4:40 PM 5:00 PM	**Tecnología en cirugía oncológica de cabeza y cuello: ¿Planificación, Cirugía y después?**	***Dr. Michael Medina Cirujano*** ***Cabeza y Cuello*** ***Estados Unidos***
5:00 PM 5:20 PM	**Aplicación de la Tecnología de Realidad Virtual e Impresión en modelos 3D en Cirugía**	***Dr. Manuel de Jesús Encarnación*** ***Neurocirujano*** ***República Dominicana***
5:20 PM 5:40 PM	**Manos Invisibles, Impacto Visible: El rol de la Central de Esterilización en la prevención de demandas y de infecciones nosocomiales en cirugía oncológica**	***Lic. Juan Miguel Ramos*** ***Especialista en seguridad hospitalaria*** ***Estados Unidos***
5:40 PM 6:00 PM	**BLOQUE DE PREGUNTAS // CIERRE DEL DIA**	

BLOQUE DE MAMA

COORDINADORES

DRA. YOLAINE VASQUEZ Y DRA. LISSETTE GUZMAN

HORA	TEMA	CONFERENCISTAS
8:00 AM 8:20 AM	**Técnicas oncoplásticas en cirugía conservadora de mama. Revisión de una cohorte retrospectiva.**	*Dra. Yolaine Vasquez* *Cirujana oncóloga* *Mastologa-Oncoplástica* *República Dominicana*
8:20 AM 8:40 AM	**Reconstrucción inmediata prepectoral con prótesis: ¿Poliuretano o Nanotexturizada?**	*Dr. Cicero Urban* *Cirujano oncólogo- Mastólogo* *Brasil*
8:40 AM 9:00 AM	**Reconstrucción mamaria con colgajos miocutáneos**	*Dr. Rodrigo Cericato* *Mastólogo* *Brasil*
9:00 AM 9:20 AM	**Cirugía Mínimamente Invasiva de mama**	*Dr. Guillermo Peralta Cirujano oncólogo de Mama* *México*
9:20 AM 9:40 AM	**¿Quién puede evitar la cirugía del ganglio centinela y de la axila en presentaciones con ganglios negativos y positivos?**	*Dr. Cicero Urban* *Cirujano oncólogo- Mastólogo* *Brasil*
9:40 AM 10:00 AM	**BLOQUE DE PREGUNTAS**	
10:00 AM 10:30 AM	**COFFEE BREAK/VISITAR STANDS**	
10:30 AM 10:50 AM	**Reconstrucción mamaria con prótesis en uno o dos tiempos**	*Dr. Rodrigo Cericato Cirujano plástico Oncológico* *Brasil*
10:50 AM 11:10 AM	**¿Como evitar complicaciones en reconstrucción mamaria prepectoral?**	*Dr. Cicero Urban* *Cirujano oncólogo- Mastólogo* *Brasil*
11:10 AM 12:30 PM	**Mesa de Discusion:** **Mastectomía vs Cirugía Conservadora:** **A favor o En Contra** **Coordinan:** **Dra. Versania Cruz** **Cirujana oncólogo** **Mastologa oncoplástica** **Dra. Yolaine Vasquez** **Cirujana oncólogo** **Mastologa oncoplástica**	*Dr. Ramon Pérez Martínez* *Cirujano oncólogo* *República Dominicana* *Dr. Miguel Oller* *Cirujano Mastólogo* *República Dominicana* *Dra. Waneidy Garcia* *Oncologa Clínica* *RepÚblica Dominicana*

VIII CONGRESO SOCIEDAD DOMINICANA CIRUGIA ONCOLOGICA

Evolucionando junto a la tecnología

28-31 Agosto 2025
Centro de Convenciones Live Aqua
Bávaro, Punta Cana, Rep. Dom.

SABADO 30 AGOSTO

BLOQUE DE MAMA

COORDINADORES

DRA. YOLAINE VASQUEZ Y DRA. LISSETTE GUZMAN

12:30 PM 12:50 PM	**Inteligencia artificial en imágenes mamarias: guiando decisiones terapéuticas**	*Dra. Lizbel Arredondo* *Radióloga* *Especialista en Mamas* *República Dominicana*
12:50 PM 1:10 PM	**Evaluación de adenopatías axilares por imágenes**	*Dra. Maria Ysabel Gonzalez Curi* *Radióloga* *Especialista en Mamas* *República Dominicana*
1:10 PM 1:30 PM	**Nueva visión del BIRADS**	*Dra. Lizbel Arredondo* *Radióloga* *Especialista en Mamas* *República Dominicana*
1:40 PM 2:00 PM	**BLOQUE DE PREGUNTAS**	
2:00 PM	**CIERRE/RIFAS**	
2:20 PM	**ASAMBLEA MIEMBROS DE SODOCO**	
7:30 PM	**CENA DE CLAUSURA (SALON DE CONFERENCIAS)**	

SABADO 30 AGOSTO

AGRADECEMOS A NUESTROS PATROCINADORES SU APOYO!!!

Macrotech

CATEGORÍA ORO

COLABORADORES

Abbott

HospalMedica
de la mano contigo

ONCOSERV

Laboratorios ALFA
República Dominicana

REFERENCIA
LABORATORIO CLÍNICO

IntraCare
CENTER

Red Oncológica Dominicana Integral

Farmaconal

CENOMED

SILIMED

RADONIC
Centro Oncológico de Radioterapia

saviacare
CENTRO AVANZADO DE RADIOTERAPIA

CEDIMAT
Plaza de la Salud

CRC
Centro de Radioterapia del Cibao
EXCELENCIA EN RADIOTERAPIA

VIII CONGRESO
SOCIEDAD DOMINICANA
CIRUGIA ONCOLOGICA
Evolucionando junto a la tecnología

28-31 Agosto 2025
Centro de Convenciones Live Aqua
Bávaro, Punta Cana, Rep. Dom.

REGLAMENTO DE PARTICIPACIÓN PARA ASISTENTES

1. OBJETIVO
El presente reglamento tiene como objetivo establecer las normas y directrices que regirán la participación de todos los asistentes al VIII CONGRESO DE LA SOCIEDAD DOMINICANA DE CIRUGIA ONCOLOGICA (SODOCO), con el fin de garantizar un desarrollo óptimo del evento, fomentar un ambiente de respeto, profesionalismo y aprendizaje, y asegurar la integridad y seguridad de todos los participantes.

2. ALCANCE
Este reglamento aplica a todos los asistentes inscritos al congreso, ya sean profesionales de la salud, estudiantes, residentes, acompañantes o personal de empresas colaboradoras o staff de empresas.

3. INSCRIPCIÓN Y ACREDITACIÓN
Registro Obligatorio: Todo asistente debe estar debidamente inscrito a través de los canales oficiales del congreso.
Acreditación: La credencial o gafete entregado es personal e intransferible, y debe portarse visiblemente en todo momento dentro de las instalaciones del congreso.
Acceso: El acceso a las salas, área de exposición y eventos sociales estará restringido únicamente a personas acreditadas. El comité organizador se reserva el derecho de denegar el acceso a cualquier persona que no cumpla con esta norma.

4. DERECHOS DE LOS ASISTENTES
Los asistentes debidamente acreditados tienen derecho a:
* Acceder a las sesiones científicas según el tipo de inscripción adquirida.
* Visitar la zona de exposición comercial.
* Participar en los eventos sociales programados (según su tipo de inscripción).
* Recibir el material del congreso (bolsa, programa científico, certificado de asistencia).
* Un ambiente seguro, profesional y libre de acoso.

5. OBLIGACIONES Y NORMAS DE CONDUCTA
Puntualidad y Respeto: Se solicita llegar con puntualidad a las sesiones y respetar los tiempos de los ponentes.
Silencio de Dispositivos: Se debe mantener los teléfonos móviles y otros dispositivos electrónicos en modo silencioso durante las presentaciones.
Interacción y Preguntas: Las preguntas a los ponentes se realizarán preferentemente por los canales establecidos (ej. micrófonos en pasillos, aplicación móvil del evento) y se ajustarán estrictamente al tema de la ponencia, con un lenguaje respetuoso y profesional.
Grabación y Fotografía: Prohibida la grabación de audio y video de las sesiones científicas con fines comerciales o de distribución pública sin la autorización expresa por escrito del comité organizador y del ponente. Se permiten fotografías sin flash para uso personal, siempre que no interrumpan la dinámica de la sesión.
Está estrictamente prohibida la toma de imágenes de diapositivas o material protegido por derechos de autor con fines de reproducción o plagio.
Uso de Redes Sociales: Se fomenta la mención del evento usando el hashtag oficial **#SODOCO2025**. Las publicaciones deben ser profesionales, respetuosas y mantener la confidencialidad de los datos de pacientes que puedan mostrarse en casos clínicos.
Área de Exposición: El acceso está permitido en el horario establecido. Los asistentes se comprometen a interactuar de forma profesional con los expositores.
Eventos Sociales: La participación en eventos sociales (cóctel, cena) requiere invitación o ticket y está sujeta a un código de vestimenta (Inauguración: Formal. Cena de Clausura Tropical Formal). Se espera un comportamiento apropiado.
Protección y cuidado de todas las estructuras fisicas y mobiliaros del hotel, siendo usted responsible de algún daño o pérdida.
.

6. POLÍTICA DE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA

Para recibir el certificado de asistencia o certificado con créditos de formación continuada, el asistente debe:
Estar debidamente inscrito.
Registrar su asistencia mediante el sistema establecido (código QR en la credencial, sistema de check-in en salas) un mínimo del 80% de las horas totales del programa científico, asi como haber sido registrado con su credencial en todas los Stands de las casas comerciales.
Los certificados se entregarán de forma digital a través de la plataforma online del congreso en un plazo máximo de 15 días hábiles tras la finalización del evento, si cumplio con las pautas esteblacidas. Este congreso esta siendo avalado por el Colegio Médico Dominicano valor gremial: 0.3 PTS. , Universidad Iberoamerica (UNIBE) valor académico: 1 credito, y el respaldo del Colegio dominicano de cirujanos

7. POLÍTICA DE NO ACOSO (ANTI-HARASSMENT POLICY)

El congreso está comprometido a proporcionar una experiencia libre de acoso para todos, independientemente de su género, orientación sexual, discapacidad, apariencia física, etnia o religión. No se tolerará el acoso de ningún tipo hacia asistentes, ponentes o personal.
Se considera acoso: comentarios ofensivos, imágenes deliberadas de intimidación, acecho, fotografías o grabaciones no
consentidas, interrupciones sostenidas de las charlas, y contacto físico inapropiado. Cualquier persona que sea requerida para cesar un comportamiento de acoso debe cumplir inmediatamente.
Los infractores pueden ser sancionados o expulsados del congreso sin reembolso a discreción del comité organizador.

8. PROTECCIÓN DE DATOS Y PROPIEDAD INTELECTUAL

Al inscribirse, el asistente acepta que sus datos de contacto sean utilizados por la organización para la gestión del evento y para informarle sobre futuras ediciones o eventos científicos afines, de acuerdo con la Política de Privacidad publicada en la web del congreso (Ley GDPR /Protección de Datos local).
Todo el material científico (presentaciones, abstracts, videos) es propiedad intelectual de los autores y del comité organizador. Su reproducción, distribución o uso comercial sin autorización está expresamente prohibida.

9. SITUACIONES DE INCUMPLIMIENTO

El incumplimiento de este reglamento podrá dar lugar, dependiendo de la gravedad, a:
1. Una amonestación verbal.
2. La expulsión de la sala o instalación donde se cometió la falta.
3. La expulsión inmediata del congreso, sin derecho a reembolso de la inscripción.
4. La prohibición de asistir a futuras ediciones.

La decisión correspondiente será tomada por el Comité Organizador o su representante designado.

10. ACEPTACIÓN DEL REGLAMENTO

La inscripción y participación en el congreso implica la aceptación íntegra de las condiciones detalladas en el presente reglamento.

Atentamente,
El Comité Organizador
VIII CONGRESO DE LA SOCIEDAD DOMINICANA DE CIRUGIA ONCOLOGICA (SODOCO),



VIII CONGRESO

SOCIEDAD DOMINICANA CIRUGIA ONCOLOGICA

Evolucionando junto a la tecnología

INVESTIGACIONES Y CASOS CLINICOS

RESUMEN /ABSTRACT

POSTER 2025-001

Carcinoma papilar de tiroides ectópico: a propósito de un caso.

**Dr. Abimeleck F. Garabot P. **Dr. Manuel A. Guzmán M.*
* Fellow de Segundo año de cirugía oncológica ** Cirujano oncólogo
Instituto Oncológico Regional del Cibao. (IORC)

RESUMEN

Introducción: Los quistes del conducto tirogloso (QCT) son remanentes embrionarios del trayecto de descenso tiroideo, usualmente benignos. Aproximadamente el 1–2% pueden presentar degeneración maligna, siendo el carcinoma papilar el subtipo más frecuente. Su diagnóstico suele ser incidental tras la resección quirúrgica con el procedimiento de Sistrunk.
Material y Métodos: Paciente masculino de 43 años, sin antecedentes patológicos, consultó por masa cervical media de 4 meses de evolución, móvil con la deglución y no dolorosa. Imágenes mostraron una lesión quística sólida entre el hioides y el cartílago tiroides. Se realizó un procedimiento de Sistrunk.
Resultados: El estudio histopatológico reveló carcinoma papilar de tiroides confinado al quiste, sin invasión vascular o linfática, ni extensión extracapsular. La inmunohistoquímica confirmó origen tiroideo (BRAF V600E positivo, PAX-8 y TTF1 positivos). Se ofreció vigilancia vs tiroidectomía total; el paciente optó por esta última. La tiroidectomía no mostró evidencia de malignidad adicional. Actualmente, el paciente se encuentra en seguimiento.
Discusión: El carcinoma papilar en QCT es raro, y el diagnóstico frecuentemente se hace postoperatoriamente, ya que la imagen y la PAAF suelen ser inespecíficas. El manejo estándar es el procedimiento de Sistrunk. La tiroidectomía total se reserva para pacientes con factores de alto riesgo: edad >45 años, enfermedad agresiva o compromiso tiroideo sincrónico. No hay consenso sobre su indicación ni sobre el uso de yodo radioactivo.
Este caso destaca la relevancia de una evaluación multidisciplinaria, el rol fundamental de la histopatología, y la necesidad de sospecha clínica ante masas cervicales medias.

Ectopic papillary thyroid carcinoma: a case report

**Dr. Abimeleck F. Garabot P. **Dr. Manuel A. Guzmán M.*
* Second year Fellow of Surgical Oncology ** Oncology Surgeon

ABSTRACT
Introduction: Thyroglossal duct cysts (TGDC) are embryologic remnants of the thyroid's descent, usually benign. About 1–2% may undergo malignant transformation, most commonly into papillary carcinoma. Diagnosis is often incidental after surgical resection via the Sistrunk procedure.
Materials and Methods: A 43-year-old male with no relevant history presented with a midline neck mass of 4 months duration, mobile with swallowing and non-painful. Imaging revealed a solid-cystic lesion between the hyoid boneand thyroid cartilage. A Sistrunk procedure was performed.
Results: Histopathology showed papillary thyroid carcinoma confined within the cyst, without vascular or lymphatic invasion or extracapsular extension. Immunohistochemistry confirmed thyroid origin (BRAF V600E positive, PAX-8 and TTF-1 positive). The patient was offered active surveillance versus total thyroidectomy; he opted for surgery. Total thyroidectomy showed no additional malignancy. The patient remains under follow-up.
Discussion: Papillary carcinoma in TGDC is rare and usually diagnosed postoperatively, as imaging and FNAC are often non-specific. The standard treatment is the Sistrunk procedure. Total thyroidectomy is considered in high-risk patients: age >45, aggressive disease, or synchronous thyroid involvement. There is no consensus on the necessity of total thyroidectomy or radioactive iodine therapy in all cases. This case highlights the importance of histopathological confirmation, multidisciplinary evaluation, and maintaining a high index of suspicion for midline neck masses.

POSTER 2025-002

Relación entre enfermedad ganglionar y supervivencia libre de enfermedad en pacientes con adenocarcinoma gástrico: Experiencia del Instituto nacional del cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez De Tavares. Periodo enero 2022- Diciembre 2023.

**Dr. Mario Furcal/ **Dra. Yolaine Vasquez/ ***Dr. Francisco J. Rosario/ ***Dr. Javier Santana*
*Gerente Centro Quirúrgico INCART, cirujano oncólogo/
**Coordinadora residencia de cirugia oncológica INCART, Cirujana Oncóloga. Residentes de cirugía oncológica INCART
Instituto nacional del cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez De Tavares (INCART)

RESUMEN
Introducción: El cáncer gástrico es el 4to cáncer en frecuencia actualmente y ocupa el 2do lugar en cuanto a mortalidad a nivel mundial. A pesar que el tratamiento curativo es la cirugía, la mortalidad sigue siendo alta, lo que ha generado investigaciones para otras modalidades de tratamiento, como la terapia neoadyuvante o terapia perioperatoria para una mejor evolución del paciente.

Tenemos diferentes factores pronósticos en esta entidad que nos indican las probabilidades de una sobrevida libre de enfermedad, como el tipo histológico, el estadio del tumor, la localización del tumor, el más importante de todos, la enfermedad ganglionar.

Material y Método: Realizamos un estudio retrospectivo y descriptivo, donde analizamos los casos quirúrgicos de adenocarcinoma gástrico en el periodo 2022-2023 de nuestra institución, valorando la relación que hubo entre la muestra ganglionar reportada y la sobrevida luego del procedimiento quirúrgico.

Resultados: Con un total de 42 pacientes que fueron sometidos a laparotomía exploratoria, por cáncer gástrico, 32 fueron por adenocarcinoma gástrico, 21 hombres y 11 mujeres, con un promedio de edad de 52.3 años, según la escala ASA, un 65% tuvieron un asa menor de 2 y el 35% un asa mayor a 2. Solo el (6.2 %) correspondiente a 2 de los pacientes, recibieron tratamiento sistémico, tanto extrahospitalaria como intrahospitalaria, mientras que los otros 30 (93.8%) fueron directo a cirugía.

De las cirugías realizadas, 8 se les realizo procedimientos paliativos, ya que no pudo ser resecable, 10 fueron resecciones totales y 14 fueron parciales, de los 24 pacientes que fueron resecables, el 60% presento menos de 12 ganglios y el 40% presento más de 12 ganglios, con un índice ganglionar (lymph node ratio) menor de 0.25 de solo el 26% y el 74% fue mayor. Con una sobrevida libre de enfermedad a 12 meses luego del procedimiento postquirúrgico del 60% de los pacientes, y a 18 meses solo del 30%. En la actualidad solo hemos podido hacer contacto con 2 pacientes actualmente en seguimiento.

Discusión: La mortalidad por cáncer gástrico es alta, ocupando el 2do lugar en mortalidad a nivel mundial, en nuestro centro no es la diferencia. Sin embargo, hay puntos importantes que se pueden mejorar el manejo multidisciplinario del paciente que se traduciría en una mejor evolución del paciente. al departamento de cirugía oncológica hacer más disecciones D2, para una mejor cirugía curativa, al departamento de oncología médica, protocolizar y agilizar los tratamientos clínicos pre quirúrgicos y al departamento de patología oncológica, optimizar el conteo de ganglios linfáticos para una adecuada estatificación y tratamiento.

Relationship between lymph node disease and disease-free survival in patients with gastric adenocarcinoma: experience of the Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares National Cancer Institute. Period January 2022-December 2023.

Dr. Mario Furcal/ **Dr. Yolaine Vasquez/ ***Dr. Francisco J. Rosario/ ***Dr. Javier Santana
*Manager of the INCART Surgical Center, surgical oncologist/ **Coordinator of the INCART Oncologic Surgery Residency, surgical oncologist. INCART Oncologic Surgery Residents
Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares National Cancer Institute (INCART)

ABSTRACT

Introduction: Gastric cáncer is currently the fourth most common cáncer and ranks secon in mortality worldwide. Although the curative treatment is surgery, mortality remains high, prompting research into other treatment modalities, such as neoadjuvan therapy or perioperative therapy, for improved patients outcomes. We have various prognostic factors in the entity that indicates the likelihood of disease-free survival, such a histological type, tumor stage, tumor location, and, most importantly, lymph node disease.

Methods: We conducted a retrospective and descriptive study analyzing gastric cáncer surgical cases fro 2022 to 2023 at our institution, taking into account all current important variables and describing the relationship between disease-free survival an lymph node disease.

Results: With a total of 42 patients who underwent exploratory laparotomy for gastric cancer, 32 were for gastric adenocarcinoma, 21 men and 11 women, with an average age of 52.3 years, according to the ASA scale, 65% had a loop less than 2 and 35% a loop greater than 2. Only 2 (6.2%) of the patients received systemic treatment, both outpatient and inpatient, while the other 30 (93.8%) went directly to surgery. Of the surgeries performed, 8 were palliative procedures because they could not be resected, 10 were total resections and 14 were partial. Of the 24 patients who were resectable, 60% had fewer than 12 lymph nodes and 40% had more than 12 nodes, with a lymph node ratio less than 0.25 in only 26% and 74% higher. The disease-free survival rate at 12 months after the post-surgical procedure was 60% of patients, and at 18 months it was only 30%. Currently, we have only been able to contact 2 patients who are currently under follow-up. **Discussion:** Mortality from gastric cancer is high,ranking second in mortality worldwide; this is no different at our center. However, there are important areas where multidisciplinary patient management can be improved, which would result in better outcomes. We urge the oncologic surgery department to perform more D2 dissections for better curative surgery; the medical oncology department to protocolize and streamline pre-surgical clinical treatments; and the oncologic pathology department to optimize lymph node counts for proper staging and treatment.

POSTER 2025-003

Mastectomía Endoscópica por Puerto Único. Reporte de casos y Revisión de Técnica.

Lissette M. Guzman.*; Dr. Digno Pérez ; *;Y. Morales R.**
*Cirujano Oncólogo, Mastólogo, Oncoplástico. ** Fellow 3 de Cirugía oncológica.
Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter

RESUMEN

Introducción: La mastectomía es una pieza clave en el tratamiento de cáncer de mama, ha evolucionado hasta lograr en la actualidad técnicas mínimamente invasivas que buscan optimizar resultados estéticos y reducir morbilidad, manteniendo un óptimo resultado oncológico, en este sentido ha surgido la mastectomía endoscópica por puerto único, como una opción innovadora que combina resultados oncológicos y estéticos satisfactorios.

Método: Se Realizó una revisión correspondientes a tres casos realizados en el Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter de las pacientes a quienes se les realizó Mastectomía Ahorradora de piel y pezón endoscópica por puerto único en el año 2024, revisando características clínicas de su enfermedad, así como resultado estético y oncológico.

Resultados: Evaluando las pacientes de esta serie de casos obtuvimos como resultados, recurrencia local de 0% a 1 año, satisfacción y calidad de vida (BREATS-Q): pacientes con buen resultado en autoestima, bienestar emocional y sexual, adecuada funcionalidad de miembro superior, y traducción de seguridad oncológica tras adecuados reportes histopatológicos, no se observaron complicaciones asociadas a la técnica.

Discusión: Los resultados actuales indican que la mastectomía endoscópica de puerto único, es una opción segura con resultados estéticos satisfactorios en pacientes seleccionadas. las complicaciones asociadas a la técnica describen isquemias e infecciones con posterior retiro de material protésico, en nuestra serie de casos no hubieron reporte de complicaciones.es un procedimiento que amerita una curva de aprendizaje adecuada para lograr resultados esperados.

Single-Port Endoscopic Mastectomy. Case Report and Technique Review.

Lissette M. Guzman*; Dr. Digno Pérez; *; Y. Morales R.**
*Oncologic Surgeon, Breast Specialist, Oncoplastic Surgeon. ** Fellow 3 in Oncologic Surgery.
Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter

ABSTRACT

Introduction: Mastectomy remains a key component in the treatment of breast cancer. Over time, surgical techniques have evolved into minimally invasive approaches aimed at optimizing aesthetic outcomes and reducing morbidity, while maintaining optimal oncologic safety. In this context, single-port endoscopic nipple- and skin-sparing mastectomy (SPE-NSM) has emerged as an innovative technique that combines favorable oncologic and cosmetic results.

Method: A review was conducted of three cases performed at the Dr. Heriberto Pieter National Cancer Institute in 2024. All patients underwent single-port endoscopic nipple- and skin-sparing mastectomy.
Clinical characteristics of the disease, as well as oncologic and aesthetic outcomes, were assessed.

Results: Among the patients evaluated in this case series, local recurrence was 0% at 1 year. Patient satisfaction and quality of life (BREAST-Q) showed favorable outcomes in terms of self-esteem, emotional and sexual well-being. Upper limb functionality was preserved, and oncologic safety was confirmed through appropriate histopathologic reports. No complications related to the surgical technique were observed.

Discussion: Current evidence suggests that single-port endoscopic mastectomy is a safe surgical option with excellent cosmetic results in selected patients. Reported complications in the literature include ischemia and infections leading to prosthetic material removal; however, no such complications were observed in our series. This technique requires specialized training and an appropriate learning curve to achieve the expected outcomes..

POSTER 2025-004

El rostro agresivo del carcinoma papilar de tiroides.

Yanneris V. Cáceres*, Neuly Corona**, Jesus Spencer***
Fellow de 3er año de cirugía oncológica*, Fellow de 1er año de cirugía oncológica**, Cirujano oncólogo** **Servicio de cirugía de Cabeza y Cuello del Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter.**

RESUMEN

Introducción: El carcinoma papilar de tiroides representa el 85% del cáncer diferenciado de tiroides, generalmente asociado a un pronóstico favorable. No obstante, ciertas variantes histológicas, como la variante folicular, han sido relacionadas con mayor agresividad y riesgo de recurrencia.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis de una serie de casos de 14 pacientes diagnosticados con carcinoma papilar de tiroides con comportamiento agresivo durante el periodo enero 2022 a enero 2025 en el Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter.

Resultados: Se evaluaron 133 pacientes diagnosticados con carcinoma papilar de tiroides mediante tiroidectomías de los cuales 14 requirieron de un vaciamiento linfático cervical, inhibidores de tirosina quinasa y o de radioterapia para lograr control de la enfermedad.
Discusión: El carcinoma papilar de tiroides tiene un pronóstico favorable con una tasa de supervivencia a 10 años superior de un 90%, sin embargo la variante folicular invasiva confiere un riesgo intermedio de recurrencia y de metástasis a distancia cuando se compara con la variante encapsulada y se asociado a factores de riesgo.

The Aggressive Face of Papillary Thyroid Carcinoma

Yanneris V. Cáceres*, Neuly Corona**, Jesus Spencer***
Third-Year Surgical Oncology Fellow*, First-Year Surgical Oncology Fellow**, Surgical Oncologist**
Head and Neck Surgery Department of the Dr. Heriberto Pieter Cancer Institute

ABSTRACT
Introduction: Papillary thyroid carcinoma accounts for 85% of differentiated thyroid cancers and is generally associated with a favorable prognosis. However, certain histological variants, such as the follicular variant, have been linked to increased aggressiveness and a higher risk of recurrence.
Method: A case series analysis was conducted on 14 patients diagnosed with aggressive papillary thyroid carcinoma between January 2022 and January 2025 at the Dr. Heriberto Pieter Oncology Institute.
Results: A total of 133 patients diagnosed with papillary thyroid carcinoma who underwent thyroidectomy were evaluated. Of these, 14 required cervical lymph node dissection, tyrosine kinase inhibitors, and/or radiotherapy to achieve disease control.
Discussion: Papillary thyroid carcinoma has a favorable prognosis, with a 10-year survival rate exceeding 90%. However, the invasive follicular variant carries an intermediate risk of recurrence and distant metastasis when compared to the encapsulated variant, and is associated with additional risk factors.

POSTER 2025-005

Impacto de los factores pronósticos en la recurrencia del tumor de Wilms en pacientes pediátricos: Experiencia del Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares. Periodo 2016-2025.

Dr. Mario Furcal., **Dra. Yolaine Vásquez., ***Dr. Eric Feliz, ****Dra. Rosanna Miranda., ****Dra. Irys Hernández.
*Gerente Centro Quirúrgico INCART, Cirujano Oncólogo; **Oncóloga; ***Medico Ayudante INCART, Cirujano Pediátrico; ****Residente de Cirugía Oncológica INCART.
Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares (INCART)

RESUMEN
Introducción: El Tumor de Wilms es el tumor renal maligno más frecuente en la infancia. Representa el 7% de todos los cánceres infantiles. Su incidencia es de 9,7 casos por millón de niños menores de 15 años y de 13,5
casos por cada millón de lactantes. En los Estados Unidos se diagnostican alrededor de 650 casos por año y en un 10% de los casos se asocia a una anomalía congénita. Dentro de sus características clínicas presenta masa o dolor abdominal, hematuria, hipertensión, hipercalcemia y síntomas constitucionales. Su diagnóstico inicial se basa en el historial médico y las imágenes. Su tratamiento es multidisciplinario tomando en cuenta las recomendaciones de la Sociedad Internacional de Oncología Pediátrica (SIOP) y el Grupo de Oncología Infantil (COG).
Material y método: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y de corte transversal donde analizaremos los casos de los pacientes diagnosticados con tumor de Wilms, utilizando los registros electrónicos disponibles en el Sistema de Información Hospitalaria (HIS) del INCART en el periodo 2016-2025. Se recolectaron datos demográficos, clínicos, imagenológicos, quirúrgicos, histopatológicos y tratamiento clínico, con el objetivo de documentar los factores pronósticos que influyan en la recurrencia del tumor de Wilms.
Resultados: Dentro de nuestro universo de pacientes pediátricos, se registraron 233 casos de tumores sólidos, de los cuales un 5.58% (13 casos) fueron tratado como tumor de Wilms. El sexo más representativo fue el femenino 77% (10 casos) en relación con el masculino 23% (3 casos), con una edad promedio de 4.5 años. Según la procedencia Santo Domingo represento 84% (11 casos). Dentro de las manifestaciones clínicas la masa palpable correspondió 62% (8 casos), seguido de dolor abdominal 38% (5 casos). Dentro de los estudios diagnósticos iniciales se realizaron tomografía de abdomen 54% (7 casos) y sonografía abdominal 46% (6 casos). En relación a su localización anatómica el lado izquierdo represento 92% (12 casos) de los casos, así como también hace referencia a la afectación renal 92% (12 casos) fueron unilateral y 8% (1 caso) fue diagnosticado bilateral. Dentro de los estadios clínicos un 68% de los casos fueron localizados, seguido de 32% entre metástasis (2 casos) y localmente avanzados (2 casos) al momento del diagnóstico. Un 77% (10 casos) de los pacientes recibieron tratamiento neoadyuvante, el 23% (3 casos) no documentadas, utilizando en un 56% (5 casos) el esquema de quimioterapia por el protocolo AHOPCA 2024. Con una respuesta parcial al tratamiento 80% (8 casos), progresión de la enfermedad 10% (1 casos) y respuesta completa de 10% (1 caso) de los casos.

Dentro del tratamiento quirúrgico 46% (6 casos) fue representado por nefrectomía, seguido de nefrectomía más linfadenectomía 38% (5 casos), los cuales el 50% fueron intervenidos fuera de la institución y el otro 50% en la institución, resaltando que 1 caso no fue tratado quirúrgicamente. Dentro de los reportes histopatológico el 77% (10 casos) fueron diagnosticados como tumor de Wilms Y 23% (3 casos) no cuenta con reporte del mismo. Con una estadificación representada por el estadio II 39% (5 casos), seguida por el estadio IV 23% (3 casos). Se le realizo al 46.15% (6 casos) inmunohistoquímica diagnóstica. Solo 23% (3 casos) de nuestra muestra se evidenció síndrome genético asociado. Con una clasificación de riesgo de 62% (8 casos) de riesgo medio, seguida del riesgo alto 23% (3 casos). Dentro de la terapia adyuvancia las pautas utilizadas fueron 54% (7 casos) quimioterapia mas radioterapia, en comparación con 46% (6) de quimioterapia sola. En relación a la recurrencia de la enfermedad el 68% (9) no presento, en relación a 32% entre los casos presentado menor de 1 año (2 casos) y de 1 a 5 años (2 casos). Se constituyó además que el 77% (10 casos) de los casos no presentaron metástasis a distancia, seguido por metástasis a pulmón en un 15% (2 casos) y solo 23.08% (3 casos) presenta una supervivencia libre de enfermedad a los 5 años del diagnóstico.

Discusión: Dentro de los factores pronósticos que reporta la literatura y los protocolos para el manejo del tumor de Wilms, se encuentran las características del paciente, el tumor, el tratamiento, factores geográficos y socioeconómicos, así como marcadores biológicos. Se ha visto que a partir de los años 1960 la supervivencia a los 5 años era de 20%, en comparación con la actualidad que es del 90%, Sin embargo recurre en un 15% de los casos. En nuestra institución nos regimos por el protocolo SIOP adaptado a nuestra situación social como país en desarrollo con muy buenas respuestas. Basado en los resultados de nuestra investigación se recomienda realizar sonografía abdominal como método de tamizaje en pacientes pediátricos de 1 a 5 años de edad, donde se evidencia la mayor tasa de casos diagnosticados en nuestro institución, con la finalidad de la detección temprana, así como también realizar comité funcional multidisciplinario para detectar los factores de riesgo y elegir el mejor tratamiento para disminuir la tasa de recurrencia. Se recomienda que dichos paciente con diagnósticos de tumor de Wilms se le realice marcadores biológicos con la finalidad de detectar síndromes genéticos asociados y que sean intervenidos quirúrgicamente por cirujanos capacitados, que eviten el derrame o la rotura tumoral, así como la adecuada disección ganglionar para una mejor estadificación. A los patólogos mejorar e incluir información en el reporte de patología de la clasificación del riesgo, el estadio patológico, disección ganglionar, así como además la morfología histológica para determinar los factores de riesgo en relación global al tumor y estimar el riesgo de recurrencia o metástasis a distancia.

Impact of prognostic factors on Wilms tumor recurrence in pediatric patients: Experience of the Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares National Cancer Institute. 2016-2025.

Dr. Mario Furcal, **Dr. Yolaine Vásquez, ***Dr. Eric Feliz, ****Dr. Rosanna Miranda, ****Dr. Irys Hernández.
*Manager of the INCART Surgical Center, Oncologic Surgeon; **INCART Oncologic Surgery Residency Coordinator, Surgeon Oncologist; ***INCART Assistant Physician, Pediatric Surgeon; ****INCART Oncologic Surgery Resident.
Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares National Cancer Institute (INCART)

ABSTRACT

Introduction: Wilm´s tumor it's the renal malignant tumor most common in children. It accounts for 7% of all child cancer. Its incidence is 9.7 cases per million children under 15 years and 13.5 per million infants. Approximately 650 cases are diagnosed each year in the United States, and 10% of cases are associated with congenital anomalies. Its clinical features include an abdominal mass or pain, hematuria, hypertension, hypercalcemia, and constitutional symptoms. Initial diagnosis is based on medical history and imaging. Treatment is multidisciplinary, taking into account the recommendations of the International Society of pediatric oncology (SIOP) and the Children´s Oncology Group (COG).

Materials and methods: A retrospective, descriptive, cross-sectional study was conducted, analyzing cases of patients diagnosed with Wilms tumor using the electronic medical records available in the Hospital Information System (HIS) of the National Cancer Institute Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares (INCART) during the period from 2016 to 2025. Demographic, clinical, imaging, surgical, histopathological, and treatment-related data were collected with the objective of documenting prognostic factors influencing the recurrence of Wilms tumor.

Results: Within our cohort of pediatric patients, a total of 233 cases of solid tumors were recorded, of which 5.58% (13 cases) were managed as Wilms tumor. The most represented sex was female, accounting for 77% (10 cases), compared to 23% (3 cases) male, with a mean age of 4.5 years. Regarding geographic origin, 84% (11 cases) were from Santo Domingo. Among clinical manifestations, a palpable abdominal mass was the most common symptom, reported in 62% (8 cases), followed by abdominal pain in 38% (5 cases). Initial diagnostic imaging included abdominal computed tomography in 54% (7 cases) and abdominal ultrasound in 46% (6 cases). In terms of anatomical location, the tumor was located on the left side in 92% (12 cases). Renal involvement was unilateral in 92% (12 cases) and bilateral in 8% (1 case). At diagnosis, 68% of cases were classified as localized, while 32% were either metastatic (2 cases) or locally advanced (2 cases).

Neoadjuvant treatment was administered in 77% (10 cases), with 23% (3 cases) lacking documented treatment data. Among those who received neoadjuvant therapy, 56% (5 cases) were treated according to the AHOPCA 2024 chemotherapy protocol. Treatment response was partial in 80% (8 cases), progressive disease in 10% (1 case), and complete response in 10% (1 case). Regarding surgical management, 46% (6 cases) underwent nephrectomy, while 38% (5 cases) underwent nephrectomy with lymphadenectomy. Of these, 50% were operated on outside the institution and 50% within the institution. One case did not undergo surgical intervention. Histopathological diagnosis confirmed Wilms tumor in 77% (10 cases), while 23% (3 cases) lacked histopathology reports. Staging showed that 39% (5 cases) were Stage II, followed by 23% (3 cases) at Stage IV. Immunohistochemistry was performed in 46.15% (6 cases). A genetic syndrome associated with Wilms tumor was identified in 23% (3 cases).

Risk classification revealed that 62% (8 cases) were intermediate risk, and 23% (3 cases) were high risk. Adjuvant therapy included chemotherapy combined with radiotherapy in 54% (7 cases), and chemotherapy alone in 46% (6 cases). Regarding disease recurrence, 68% (9 cases) showed no evidence of recurrence, while 32% (4 cases) experienced recurrence—2 cases within the first year postdiagnosis and 2 cases between 1 to 5 years. Additionally, 77% (10 cases) showed no evidence of distant metastasis; 15% (2 cases) had pulmonary metastases. Only 23.08% (3 cases) achieved diseasefree survival at 5 years post-diagnosis.

Discussion and recomendations: According to the literature and established protocols for the management of Wilms tumor, several prognostic factors are recognized, including patient characteristics, tumor biology, treatment modality, geographical and socioeconomic factors, as well as biological markers. Historically, five-year survival rates were approximately 20% in the 1960s, compared to current rates nearing 90%, largely due to the implementation of multidisciplinary approaches and adherence to treatment protocols established by the International Society of Pediatric Oncology (SIOP) and the Children's Oncology Group (COG). Nevertheless, disease recurrence still occurs in approximately 15% of cases. At our institution, we follow the SIOP protocol, adapted to our context as a developing country, with favorable outcomes. Based on the results of our study, we recommend implementing abdominal ultrasonography as a screening method in pediatric patients aged 1 to 5 years—the age group in which the highest incidence was observed at our institution to facilitate early detection. We also recommend establishing a multidisciplinary tumor board to identify risk factors and determine the most appropriate treatment strategy aimed at reducing recurrence rates. Furthermore, we recommend that all patients diagnosed with Wilms tumor undergo testing for biological markers to identify associated genetic syndromes. . Surgical intervention should be performed by trained pediatric surgeons to minimize the risk of tumor rupture or spillage and to ensure proper lymph node dissection for accurate staging. Pathologists should enhance and standardize pathology reports to include risk classification, pathological staging, lymph node assessment, and histological morphology. This comprehensive pathological evaluation is crucial for identifying global tumor risk factors and estimating the likelihood of recurrence or distant metastasis

POSTER 2025-006

Adenocarcinoma Metastásico en Cuello de Origen Oculto: Reporte de un caso y Revisión sistemática de la literatura.

Pichardo, Katherine[1]; Jiménez, Astrid[2]; Ymaya, Jorge[3]; Ramírez, Rolando [4]

Residentes cirugía general HSBG, 3er año; 3: Cirujano general – Oncólogo quirúrgico / gerente servicio oncología HSBG; 4: Cirujano general y Oncólogo / Gerente del departamento cirugía general Hospital Salvador B. Gautier.

RESUMEN

Introducción: Las adenopatías cervicales en adultos mayores deben considerarse de alta sospecha oncológica. Aunque suelen originarse en carcinomas de la vía aerodigestiva superior, en ciertos casos no se logra identificar el tumor primario a pesar de estudios exhaustivos. El adenocarcinoma metastásico en cuello es infrecuente y generalmente sugiere un origen infradiafragmático.

Materiales y Métodos: El material consistió en un reporte de caso clínico de un paciente masculino de 65 años con masa cervical izquierda. El método aplicado fue un análisis comparativo mediante metaanálisis de la literatura científica relevante, evaluando casos similares descritos en estudios previos para establecer puntos comunes y diferenciales en diagnóstico, manejo y pronóstico.

Resultados: Se identificó un adenocarcinoma metastásico pobremente diferenciado con patrones papilares, glandulares y sólidos. Los marcadores inmunohistoquímicos sugirieron origenpancreatobiliar o g astrointestinal. A pesar de los estudios, no se localizó el tumor primario. El paciente inició tratamiento oncológico con CAPOX.

Discusión: El 2–10% de los casos de metástasis cervicales carecen de tumor primario identificado. Este caso subraya la necesidad de un enfoque diagnóstico amplio, apoyado en imagen, endoscopía e inmunohistoquímica. Se realizará una revisión sistemática y metanálisis de la literatura existente

sobre casos similares, con el fin de comparar hallazgos diagnósticos, terapéuticos y pronósticos con los de este paciente.

Metastatic Adenocarcinoma to the Neck of Unknown Origin: Case Report and Systematic Literature Review

Pichardo, Katherine[1]; Jiménez, Astrid[2]; Ymaya, Jorge[3]; Ramírez, Rolando[4]
1 y 2 : Residentes cirugía general HSBG, 3er año; 3: Cirujano general – Oncólogo quirúrgico / gerente servicio oncología HSBG; 4: Cirujano general y Oncólogo / Gerente del departamento cirugía general Hospital Salvador B. Gautier.

ABSTRACT
Introduction: Cervical lymphadenopathy in older adults is highly suspicious for malignancy. While most cases arise from upper aerodigestive squamous carcinomas, a minority have no detectable primary tumor despite extensive evaluation. Metastatic adenocarcinoma to the neck is rare and typically suggests an infradiaphragmatic origin.
Materials and Methods: The material consisted of a clinical case report involving a 65-year-old male with a left cervical mass. The method applied was a comparative analysis through meta-analysis of relevant scientific literature, assessing similar cases reported in previous studies to identify
common and distinct elements in diagnosis, management, and prognosis
Results: Findings revealed a poorly differentiated metastatic adenocarcinoma with papillary, glandular, and solid patterns. Immunohistochemistry suggested a pancreatobiliary or gastrointestinal origin. Despite comprehensive testing, no primary tumor was identified.
The patient began CAPOX-based oncologic treatment.
Discussion: Between 2% and 10% of cervical metastases are of unknown primary origin. This case emphasizes the importance of a multidisciplinary diagnostic approach using imaging, endoscopy, and immunohistochemistry. A systematic review and meta-analysis of the literature on similar cases is underway to compare diagnostic, therapeutic, and prognostic patterns with this clinical experience.

POSTER 2025-007

Carcinoma Papilar Solido y Quístico de Páncreas. A Propósito de Un Caso

Dra. Karol Padilla. * Dr. José Miguel Francisco. * Dra. Adía Henríquez. *
Cirujano Hepatopancreatobiliar.* Fellow 2 de Cirugía Oncológica. * Fellow 1 de Cirugía Oncológica

RESUMEN
La neoplasia sólida pseudopapilar del páncreas, clasificada por la OMS en 2022 como una neoplasia epitelial de bajo potencial maligno. Representa entre el 1 y 2% de los tumores pancreáticos exocrinos y afecta predominantemente a mujeres jóvenes entre los 15 y 35 años, con una clara predilección por el sexo femenino en el 90% de los casos. Puede localizarse en cualquier parte del páncreas, aunque suele presentarse con mayor frecuencia en el cuerpo y la cola. Su etiopatogenia se relaciona principalmente con mutaciones en el gen CTNNB1, que codifica la β-catenina. Clínicamente suele ser asintomática o manifestarse con síntomas inespecíficos como dolor abdominal o masa palpable, siendo en muchos casos un hallazgo ncidental en estudios de imagen. En tomografía o resonancia magnética se observa como una masa mixta sólido-quística bien delimitada, y el diagnóstico puede confirmarse por EUS-FNA y análisis histológico. Su potencial maligno es bajo, puede presentar metástasis en un 10–15% de los casos, principalmente al hígado o peritoneo. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa (R0), mediante pancreatectomía distal o pancreatoduodenectomía. No existe evidencia suficiente que respalde el uso de quimioterapia o radioterapia en enfermedad localizada, aunque pueden considerarse en casos metastásicos.

Solid and Cystic Papillary Carcinoma of the Pancreas: A Case Report

Dra. Karol Padilla. * Dr. José Miguel Francisco. * Dra. Adía Henríquez. *
Cirujano Hepatopancreatobiliar.* Fellow 2 de Cirugía Oncológica. * Fellow 1 de Cirugía Oncológica

ABSTRACT
Pseudopapillary neoplasm of the pancreas, classified by the OMS in 2022 as an epithelial neoplasm of low malignant potential. It represents between 1 and 2% of exocrine pancreatic tumors and predominantly affects

young women between 15 and 35 years of age, with a clear predilection for the female sex in 90% of cases. It can be located anywhere in the pancreas, although it usually occurs more frequently in the body and tail. Its etiopathogenesis is mainly related to mutations in the CTNNB1 gene, which encodes β-catenin. Clinically, it is usually asymptomatic or manifests with nonspecific symptoms such as abdominal pain or a palpable mass, and in many cases is an incidental finding in imaging studies. On CT or MRI, it is observed as a well-demarcated mixed solid-cystic mass, and the diagnosis can be confirmed by EUS-FNA and histological analysis. Its malignant potential is low, and it may metastasize in 10–15% of cases, mainly to the liver or peritoneum. The treatment of choice is complete surgical resection (R0) by distal pancreatectomy or pancreaticoduodenectomy. There is insufficient evidence to support the use of chemotherapy or radiotherapy in localized disease, although they may be considered in metastatic cases.

POSTER 2025-008

Satisfacción y calidad de vida tras mastectomía con y sin reconstrucción: nuestra experiencia aplicando el cuestionario BREAST-Q

L. Jn Philippe*; L. Guzmán*; Y. Vásquez* ; I. Cedano*; A. Matos*; Y. Cáceres**
*Cirujana Oncóloga; ** Fellow III de Cirugía Oncológica

RESUMEN

Introducción: Los resultados reportados por el paciente han tomado relevancia recientemente, llevando a aplicar herramientas como el cuestionario BREAST-Q, en busca de mejorar las prácticas quirúrgicas en la oncología.
Realizamos un estudio para evaluar la satisfacción y calidad de vida mediante la aplicación del BREAST-Q en pacientes mastectomizadas con o sin reconstrucción en el Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter entre julio y diciembre 2024.
Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional, prospectivo de corte transversal para evaluar parámetros del BREAST-Q tras la mastectomía y comparar los resultados obtenidos según si recibieron o no recibieron reconstrucción.
Resultados: De una población de 154 pacientes, 77 presentaron criterios de exclusión, quedando una muestra final de 77 casos, de los cuales 51 correspondieron a mastectomía con reconstrucción y 26 sin reconstrucción. La edad en años fue menor en el grupo que recibió reconstrucción (P=0.01), el cual presentó mayor satisfacción con la mama (P=0.50). Las reacciones adversas a la radioterapia fueron menores en el grupo de sólo mastectomía (P=0.00). En los demás acápites analizados del BREAST-Q se encontraron valores similares o superiores a otras series sin encontrar diferencias significativas según si recibieron o no reconstrucción.
Discusión: Las pacientes de nuestra serie presentan índices de satisfacción y calidad de vida similares o superiores a otras series observadas. La edad fue menor y la satisfacción con la mama, mayor en el grupo que recibió reconstrucción. Las reacciones adversas a la radioterapia fueron menos en el grupo de sólo mastectomía. En los demás acápites analizados del BREAST-Q, no se encontró diferencias significativas entre ambos grupos.

Satisfaction and quality of life after mastectomy with and without reconstruction: our experience using the breast-Q questionnaire

L. Jn Philippe; L. Guzmán; Y. Vásquez; I. Cedano; A. Matos; Y. Cáceres
*Surgical Oncologist; ** Fellow III of Surgical Oncology

ABSTRACT

Introduction: Patient-reported outcomes have recently gained relevance, leading to the use of tools such as the BREAST-Q questionnaire in an effort to improve surgical practices in oncology. We conducted a study to assess satisfaction and quality of life through the application of the BREAST-Q in patients who underwent mastectomy with or without reconstruction at the Dr. Heriberto Pieter Oncology Institute between July and December 2024.
Materials and Methods: A descriptive, observational, prospective cross-sectional study was conducted to evaluate the BREAST-Q domains after mastectomy and to compare the results based on whether or not the patients underwent reconstruction.
Results: Out of a population of 154 patients, 77 met exclusion criteria, leaving a final sample of 77 cases, of which 51 underwent mastectomy with reconstruction and 26 without reconstruction. The mean age was lower in the reconstruction group (P=0.01), which also reported greater satisfaction with the breast (P=0.50). Adverse reactions to radiotherapy were fewer in the mastectomy-only group (P=0.00). In the remaining BREAST-Q domains, scores were similar or higher than those reported in other series, with no significant differences based on whether or not reconstruction was performed.
Discussion: Patients in our series showed satisfaction and quality of life scores similar to or higher than those reported in other studies. Age was lower, and satisfaction with the breast was higher in the group that underwent reconstruction. Adverse reactions to radiotherapy were fewer in the mastectomy-only group. No significant differences were found between both groups in the remaining BREAST-Q domains.

POSTER 2025-009

Supervivencia global de tumores del estroma gastrointestinal de pacientes intervenidos quirúrgicamente: Serie de casos, en el instituto nacional del cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez De Tavarez (INCART) en el período 2018- 2025.

Dr. Mario Furcal/ **Dra. Yolaine V;asquez/ ***Dra. Oelis Encarnacion/ ***Dra. Ivanna Morel Salado
*Gerente Centro Quirurgico Incart, Cirujano Oncólogo/ ** Coordinadora Residencia Cirugía Oncológica INCART, Cirujana Oncocóloga, / *** Residentes Cirugia Oncológica INCART.

RESUMEN

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son lesiones mesenquimatosas derivadas de las células intersticiales de Cajal. Son neoplasias poco frecuentes, representan el 0.1- 0.3 % de las neoplasias gastrointestinales. La supervivencia global de los GIST a 5 años es de aproximadamente de 80 – 83%, depende de algunos factores como etapa clínica, ubicación del tumor, mutación genética, respuesta al tratamiento.

Método: Se realizó un estudio de corte transversal y retrospectivo evaluando la tasa de supervivencia global de pacientes intervenidos quirúrgicamente con tumores del estroma gastrointestinal, en el instituto nacional del cáncer Rosa Emilia Sanchez Perez De Tavarez, INCART, período 2018- 2025**.**

Resultados: Se evaluaron pacientes operados de GIST, siendo mas frecuente en el sexo femenino. La edad más frecuente fue de 66 años, para un 14.39 %, la localización anatómica más frecuente fue estómago para un 92.3 %. El estadio clínico más frecuente fue Ib para un 30.77 %. Las mutaciones más frecuente estuvo asociado KIT para un 69.2 %. La mediana de supervivencia global luego del diagnóstico fue 10.1 meses. **Discusión:** Los GIST son neoplasias poco frecuentes del tracto gastrointestinal, el tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa con márgenes libres. La localización tumoral ha demostrado ser un predictor independiente de supervivencia global. Un 46.15 % recibio tratamiento con inhibidores de la tirosina quinasa. Se ha demostrado que el uso de inhibidores de la tirosina quinasa adyuvante se ha correlacionado con una mejor supervivencia global.

Overall survival of gastrointestinal stromal tumors in patients undergoing surgery: Case series at the Rosa Emilia Sánchez Pérez De Tavarez National Cancer Institute (INCART) in the period 2018-2025.

Dr. Mario Furcal/ **Dra. Yolaine V;asquez/ ***Dra. Oelis Encarnacion/ ***Dra. Ivanna Morel Salado
*Gerente Centro Quirurgico Incart, Cirujano Oncólogo/ ** Coordinadora Residencia Cirugía Oncológica INCART, Cirujana Oncocóloga, / *** Residentes Cirugia Oncológica INCART.

ABSTRACT

Introduction: Gastrointestinal stromal tumors (GISTs) are mesenchymal lesions derived from the interstitial cells of Cajal. They are rare neoplasms, representing 0.1–0.3% of gastrointestinal neoplasms. The overall 5-year survival rate for GISTs is approximately 80–83%, depending on several factors such as clinical stage, tumor location, genetic mutation, and response to treatment.

Method: A retrospective, cross-sectional study was conducted evaluating the overall survival rate of patients undergoing surgery for gastrointestinal stromal tumors at the Rosa Emilia Sanchez Perez de Tavarez National Cancer Institute (INCART), from 2018 to 2025.

Results: Patients undergoing surgery for GISTs were evaluated, with the highest incidence being females. The most common age was 66 years, representing 14.39%; the most common anatomical location was the stomach, representing 92.3%. The most common clinical stage was Ib, representing 30.77%. The most frequent mutation was associated with KIT, representing 69.2%. The median overall survival after diagnosis was 10.1 months. **Discussion**: GISTs are rare neoplasms of the gastrointestinal tract; the treatment of choice is complete surgical resection with clear margins. Tumor location has been shown to be an independent predictor of overall survival. A total of 46.15% received treatment with tyrosine kinase inhibitors. Adjuvant use of tyrosine kinase inhibitors has been shown to correlate with improved overall survival.

POSTER 2025-010

Ablación por radiofrecuencia del nódulo tiroideo benigno. Seguimiento a un año, serie de casos.

Yanneris V. Cáceres, Mirna Santiago**, Jesus Spencer****
Fellow de 3er año de cirugía oncológica, Jefa del departamento de cirugía oncológica del IOHP**, Cirujano oncológico****
Servicio de cirugía de Cabeza y Cuello del Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter, Santo Domingo, Rep. Dominicana

RESUMEN

Introducción: Los nódulos tiroideos benignos son hallazgos frecuentes en la práctica clínica. Aunque no son malignos, pueden ocasionar síntomas compresivos, preocupaciones estéticas o angustia emocional en algunos pacientes. En los últimos años, las técnicas de ablación térmica —particularmente la ablación por radiofrecuencia (ARF)— han surgido como alternativas mínimamente invasivas y seguras frente a la cirugía, con la ventaja de preservar la función tiroidea y reducir el riesgo de complicaciones.

Materiales y Métodos: Se realizó una revisión retrospectiva unicéntrica que incluyó a seis pacientes con nódulos tiroideos sólidos benignos, confirmados citológicamente (Bethesda II), tratados con una única sesión de ARF. Todos los procedimientos fueron realizados en el Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter, con un seguimiento mínimo de 12 meses posterior a la ablación.

Resultados: Los seis pacientes mostraron una reducción significativa del volumen nodular a los 12 meses de seguimiento, con mejoría de los síntomas locales y sin complicaciones mayores reportadas.

Discusión: La evidencia actual, con seguimientos de hasta 5 y 10 años, ha demostrado reducciones del volumen nodular cercanas al 94 %, con baja tasa de recidiva y escasos eventos adversos. En nuestra serie, la ARF se mostró como un tratamiento seguro y eficaz, con alta satisfacción del paciente, control sintomático y preservación de la función tiroidea. Estos hallazgos respaldan el uso de la ARF como una opción terapéutica no quirúrgica viable para el manejo de nódulos tiroideos benignos en pacientes adecuadamente seleccionados.

Radiofrequency ablation of benign thyroid nodules. One-year follow-up, case series.

Yanneris V. Cáceres, Mirna Santiago**, Jesus Spencer****
Fellow de 3er año de cirugía oncológica, Jefa del departamento de cirugía oncológica del IOHP**, Cirujano oncológico****
Servicio de cirugía de Cabeza y Cuello del Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter, Santo Domingo, Rep. Dominicana

ABSTRACT

Introduction: Benign thyroid nodules are frequently encountered in clinical practice. Although non-malignant, they can cause compressive symptoms, cosmetic concerns, or emotional distress in some patients. In recent years, thermal ablation techniques—particularly radiofrequency ablation (RFA)—have emerged as minimally invasive and safe alternatives to surgery, offering the advantage of thyroid function preservation and a lower risk of complications.

Materials and Methods: This single-center retrospective review included six patients with cytologically confirmed benign solid thyroid nodules (Bethesda II) treated with a single RFA session. All procedures were performed at the Dr. Heriberto Pieter Oncology Institute, with at least 12 months of post-ablation follow-up.

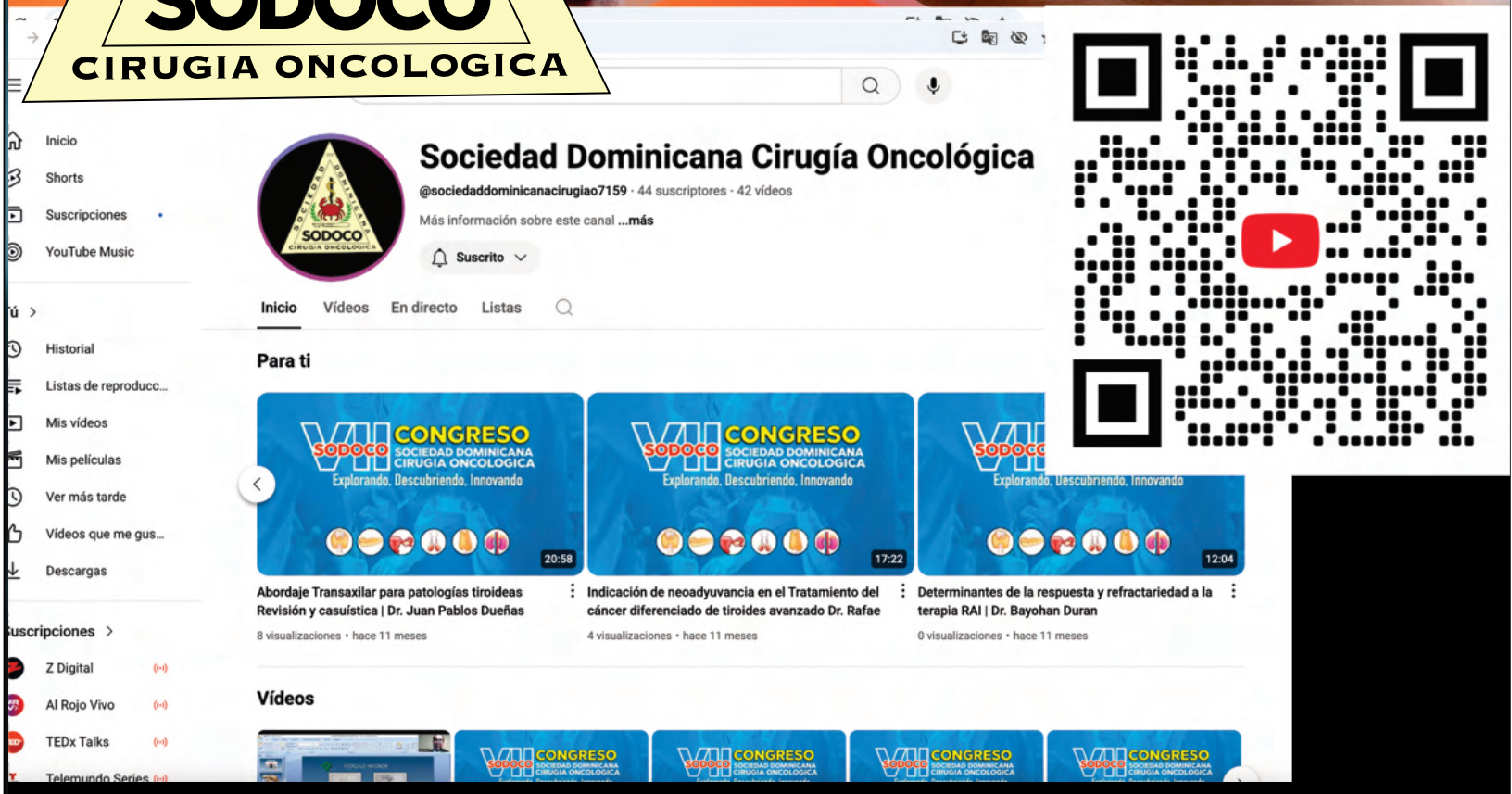
Results: All six patients demonstrated significant nodule volume reduction at the 12-month follow-up, with improvement in local symptoms and no major complications reported.

Discussion: Evidence from recent studies with 5- and 10-year follow-ups indicates that RFA can achieve sustained nodule volume reductions of up to 94%, with low rates of regrowth and minimal adverse events. In our series, RFA proved to be a safe and effective treatment, offering high patient satisfaction, symptom relief, and preserved thyroid function. These findings support RFA as a viable, non-surgical therapeutic option for the management of benign thyroid nodules in appropriately selected patients.

SIGUENOS EN NUESTRAS PLATAFORMAS DIGITALES INSTAGRAM Y YOUTUBE



SODOCORD



ARTICULOS Y CASOS

SILICONOMA EN UN GANGLIO INTRAMAMARIO. REPORTE DE UN CASO.

Dr. Ramón Eduardo Pérez Martínez, Dr. Otoniel Díaz Casado. **, Dra. Rosa E. Veras***, Dra. Keidairy M. Adames P.***, Dr. Carlos José Esteva Guillen, Dr. Dra. Elaine Rocío Pérez Ciprian******

**Cirujano Oncólogo **Cirujano Plástico ***Imagenologa ****Patólogo *****Medico general*

Resumen

La mamoplastia de aumento con implantes o prótesis de silicona es la cirugía estética más frecuente. Una de las complicaciones de los implantes es la ruptura que puede ser intracapsular o extracapsular, migrando la silicona y produciendo los llamados siliconomas que es una reacción a cuerpo extraño por parte del sistema inmunológico. Presentamos un caso de migración de la silicona hacia un ganglio linfático intramamario en una femenina de 47 años, que se había realizado una mamoplastia de aumento con implantes en el 2013. Asintomática, el diagnostico se realizó por imágenes: sonografia y resonancia magnética que son los estudios utilizados para diagnosticar una pérdida de la integridad de los implantes, siendo la resonancia magnética la que tiene mejor sensibilidad y especificidad. En este caso la sonografia mostro la imagen característica de "tormenta de nieve". El manejo de los siliconomas es la resección quirúrgica, recambio de implantes con resección de la capsula peri protésica. Debe enviarse a patología el espécimen quirúrgico que incluye la capsula peri protésica y el siliconoma para confirmación histopatológica.

Palabras claves: Implantes mamarios, siliconoma.

Abstract

Augmentation mammoplasty with implants or silicone prostheses is the most common cosmetic surgery. One of complications of the implants is the ruptura than can be intracapsular or extracapsular migrating the silicone and producing so-called siliconomas which is reaction to a foreing body by the immune system. We present a case of migration of silicone towards an intramammary lymph node in a 47-year-old female, who had undergone an augmentation mammoplasty with implants in 2013. Asymptomatic, the diagnosis was made by imaging: sonography and magnetic resonance imaging which are the estudies used to diagnose a loss to implants integrity, with magnetic resonance imaging having the best sensitivity and specificity. In this case, the sonography showed the caracteristic image of a "snow storm". Management of siliconomas is surgical resection, replacement of implants, with resection periprosthetic capsule. The surgical specimen including the periprosthetic capsule and the siliconoma should be sent to pathology for histopathology confirmation.

Key words: Breast implants, siliconoma.

Introducción

La mamoplastia de aumento con implantes o prótesis es la cirugía estética más frecuente que se realiza en la Republica Dominicana y probablemente en todo el mundo. Pero además es el procedimiento quirúrgico más frecuente en cirugía oncoplastica reconstructiva después de un cáncer de mama tratado quirúrgicamente con una mastectomía (1). Las prótesis de silicona aparecen a partir de la década del 60, y a través del tiempo se han desarrollado diferentes tipos de implantes (solución salina y silicona), pero actualmente los implantes de silicona son los más usados y en su desarrollo tecnológico van por una tercera generación caracterizado por silicona de bajo peso molecular lo que puede conducir a una debilidad de la capsula y probable ruptura (2).

La ruptura puede producir una migración de la silicona hacia el tejido mamario, ganglios axilares y áreas anatómicas distantes como las extremidades inferiores (3).

Esto se define como siliconoma: la reacción granulomatosa a cuerpo extraño producida por la silicona liquidas en los tejidos y la fibrosis que rodea las gotas de silicona (4).

Esta es una complicación poco frecuente de los implantes de silicona por lo que presentamos este caso como el primero publicado en República Dominicana.

Presentación del caso

Se trata de una femenina de 47 años, con antecedente de mamoplastia de aumento con implantes de silicona en el 2013. Es referida por cirugía plástica por el hallazgo en los estudios de imágenes (mamografía y sonografia) de un ganglio linfático en unión de los cuadrantes externos de la mama derecha que se describe en la sonografia con corteza fina y con imagen en "tormenta de nieve" (Figura #1). La paciente tenía una resonancia magnética previa que había identificado un ganglio linfático intramamario de 12 mm hacia la unión de los cuadrantes externos de la mama derecha con hipertrofia de la corteza, suave lobulaciones de sus márgenes con una captación intensa que determina una curva tipo II-III, prótesis integras retro pectorales con acentuación de pliegues radiados y con poca cantidad de líquido peri protésico BIRADS 3 (septiembre 2019).

La resonancia se realiza nuevamente en julio del 2021 con los mismos hallazgos categorizándose como BIRADS 2.

Se decide planificar un recambio de implantes y la resección quirúrgica del ganglio linfático intramamario derecho.

Como el ganglio no era palpable se planifica un marcaje con arpón sonodirigido del mismo, cambio de implantes y resección en bloque de la capsula derecha (figura 1)

Para la extirpación del siliconoma se aborda a través del ímite lateral de la huella mamaria con la finalidad de ocultar la cicatriz y tener mejores resultados estéticos (Figura 2). El abordaje para el recambio de prótesis y resección de la capsula peri protésica se realizó a través de una incisión en L-J bilateral y una mastopexia con pedículo superior (Figuras 3 y 4). El ganglio y ambas capsulas se enviaron a patología confirmándose el diagnostico histopatológico de siliconoma en el ganglio y la capsula derecha (Figuras 5 y 6)

Discusión

El paciente con implantes debe de ser evaluado anualmente en una consulta de mamas por un mastologo o cirujano oncologo independientemente de su seguimento con el cirujano plastico. Esto incluye sus estudios de imágenes y el examen fisico. La sonografia mamaria es un estudio que identifica los siliconomas con una imagen muy caracteristica: en tormenta de nieve (4), pero la resonancia magnetica es el estudio con mejor sensibilidad y especificidad para valorar la integridad de los implantes mamarios, cuando hay una rotura se pueden presentar el signo de linguini o el de la lagrima (5). En este caso no se identifico la perdidad de la integridad del implante con la resonancia magnetica.

La ruptura de los implantes puede ser intracapsular o extracapsular. Y en ocaciones el lugar donde se permiabiliza la silicona nunca es detectado como es el caso que presentamos.

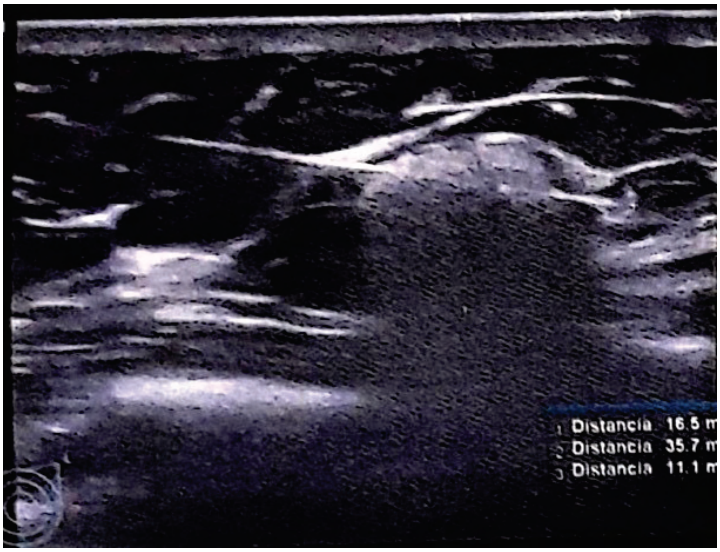


Figura 1. Marcaje con arpon.

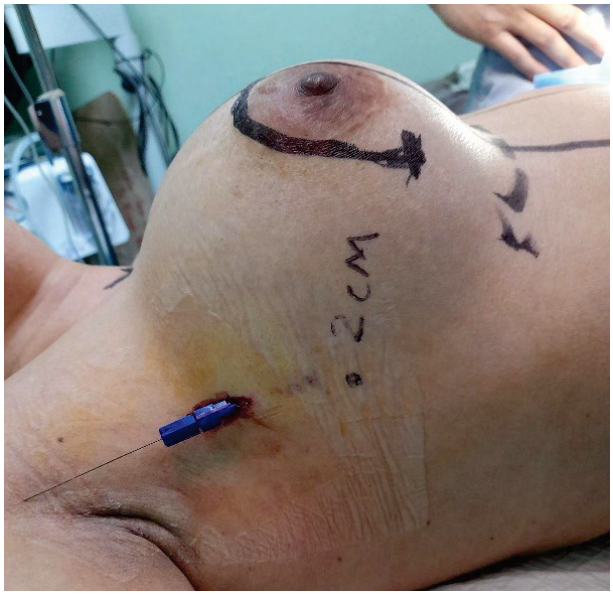


Figura 2. Marcaje con arpon y marcaje cutaneo. .



Figura 3. Piezas quirúrgicas.



Figura 4. Area cicatrizal.

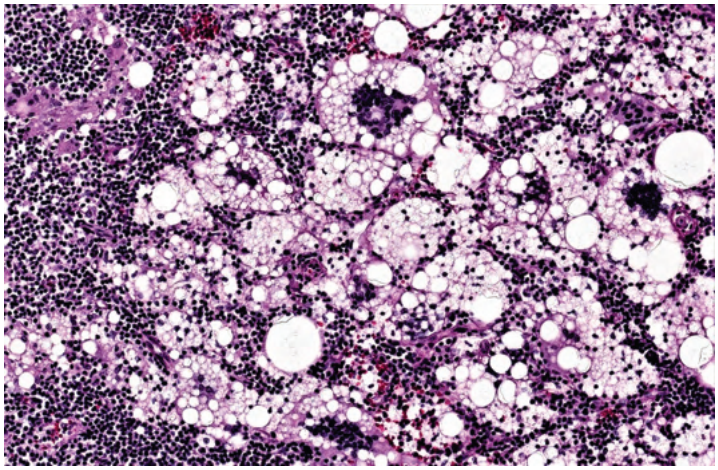


Figura 6. Ganglio linfatico con histiocitosis y reaccion gigantocelular a material globular exogeno, translucido y amorfo, morfologicamente compatible con granuloma por silicona (siliconoma).

La reaccion del sistema inmune es el de aislar ese material extraño formando una masa o siliconoma.
El mecanismo de migracion de ese material todavia no esta claro, especialmente como es este caso donde no se identifico un lugar en el implante donde se produjo la filtracion y se ha sugerido que las moleculas de silicona son absorvidas y diseminadas por el sistema hematogeno o linfatico a traves de las paredes de los vasos o el flujo vascular (6).
Este material puede migrar a sitios tan lejanos como las extremidades inferiores , region inguinal; tambien pared toraxica, abdominal y extremidades superiores (7).
En el escenario de la cirugia reconstructiva despues de una mastectomia terapeutica y que el paciente necesite radioterapia adyuvante no se ha informado un aumento del riesgo de ruptura (8).
El manejo siempre debe ser el de la reseccion del siliconoma y el cambio de los implantes con la extirpacion de la capsula y enviarse a patologia.
El paciente debe de tener un seguimiento por el proceso de deterioro de los implantes a traves de los años y para poder detectar oportunamente la presencia de otros siliconomas.

Bibliografía

1-Brown MH, Shenquer R, Silver SA. (2005) Cohesive silicone gel breast implants in aesthetic and reconstructive breast surgery. Plast Reconstr Surg 116:768-779
2-Handel N, Garcia ME, Wixtrom R (2013) Breast implant rupture causes, incidence. clinical impact, and management. Plast Reconstr Surg 132(5):1128-1137
3-Sagi L, Baum S, Lyakhovisky A, et al. (209) Silicone breast implant rupture presenting as bilateral leg nodules. Clin Exp Dermatol;34:88-121
4-Soler A, Sanchez L (2011) Siliconoma.Imagen Diagn;2(2):75-76
5-Rella L, Telegrafo M, Nardone A et al. (2015) MRI evaluation of post-mastecomy irradiated breast implants: prevalence and analysis of complications. Clin Radiol 70:948-953
6-Travis WD, Balogh K, Abraham JL (1985). Silicone granulomas: report of three cases of reviwe of literature. Hum Pathol, 16:19-27
7-Capozzi A, Du Bou R, Pennisi VR. (1978) Distant migration of silicone gel from a rupture brest implant. Case report. Plast Reconstr Surg; 62:302-303
8-Urban C, Rietjens M, El-Tamer M, Sachini VS (2019) Implant rupture. Oncoplastic and reconstructive breast surgery. Second edition; 609-6013. Springer International

MASTECTOMÍAS CONSERVADORAS CON RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA CON PRÓTESIS PREPECTORAL

Dr. Cicero Urban. Cirujano Oncólogo - Mastólogo Oncoplástico

Mastology Department, Hospital Nossa Senhora das Graças – Curitiba (PR), Brazil.

La reconstrucción mamaria con prótesis prepectoral no es algo nuevo. De hecho, históricamente, algunas de las primeras reconstrucciones con prótesis en mastectomía se realizaron en este plano. Posteriormente, fue abandonada. Existía la percepción de que la prótesis en el tejido subcutáneo tendría mayores riesgos de complicaciones, sobre todo de extrusión, *rippling*, contractura capsular y rotación. Además, existía la duda de cómo quedaría una prótesis sin la protección muscular en caso de que fuese necesario realizar radioterapia adyuvante.

Toda nueva técnica quirúrgica, antes de ser incorporada a la práctica, necesita demostrar que es segura, eficaz, que mejora la experiencia del paciente con el tratamiento, que mantiene o reduce las complicaciones y que presenta mejores resultados a largo plazo. La evolución hacia el plano prepectoral fue algo natural en nuestra Unidad de Mama, aunque los datos en la literatura fueran limitados al principio. Ya realizábamos coberturas musculares parciales desde 2004. Al adoptar como acceso preferencial para nuestras mastectomías con preservación de aréola y pezón la incisión en el surco submamario, percibimos que el músculo pectoral mayor ya no protegería la incisión ante una eventual extrusión.

Sin embargo, los resultados que encontramos en nuestra serie de pacientes terminaron sorprendiendo en algunos aspectos. Podemos afirmar que la vía prepectoral, con prótesis definitiva, corresponde hoy a más del 85 % de nuestras mastectomías. La excepción, al inicio de nuestra experiencia, se daba cuando el tumor estaba localizado en la región periareolar o en el cuadrante súpero-medial, en gigantomastias y en casos con alto grado de ptosis; en estas situaciones, las pacientes eran sometidas a mastectomía con preservación de piel, y el músculo podía proteger la prótesis en el área más vulnerable, que es la incisión. Actualmente, incluso en estos casos, indicamos la vía prepectoral.

¿Y por qué este cambio tan radical?

Realizamos la primera cirugía intencionalmente sin cobertura muscular. Había preocupación de que pudiésemos tener más rotaciones de prótesis y *rippling*, al no contar con cobertura muscular. En una cohorte conjunta de 280 mastectomías, realizadas por el equipo del Centro de Enfermedades de la Mama en Curitiba y por el Hospital Ángel Roffo en Buenos Aires, con la mayoría de pacientes con indicación terapéutica, encontramos resultados bastante favorables. En la fase



precoz del posoperatorio, la primera diferencia observada fue que las pacientes se encontraban más cómodas y con menos dolor que aquellas a quienes realizábamos cobertura parcial con desinserción del músculo pectoral mayor, incluso en casos de mastectomías bilaterales.

La complicación más temida en el posoperatorio temprano es la extrusión, algo que podría ser más frecuente sin la protección muscular. Sin embargo, esto ocurrió en aproximadamente el 9 % de las pacientes. Los factores de riesgo identificados fueron el tabaquismo y la quimioterapia neoadyuvante. En la mayoría de los casos, estas extrusiones se debieron a necrosis parciales del colgajo, que evolucionaron hacia dehiscencia, exposición e infección secundaria.

No obstante, fue en los resultados a largo plazo donde encontramos hallazgos inesperados.

La mayoría, si no la totalidad, de las series publicadas utilizan matrices o mallas cuando realizan la reconstrucción prepectoral. Nuestra serie, en cambio, no las utilizó. Y aun así, los índices de rippling grado 3, que requieren intervención, o de contractura capsular grado 3, se mantuvieron por debajo del 5 %. Además, la llamada “mama animada” —movimiento involuntario de la prótesis debido a la contracción del músculo pectoral mayor— no ocurre en el plano prepectoral. Este fenómeno suele causar incomodidad en las pacientes, especialmente durante actividades físicas.

Las pacientes que requirieron radioterapia adyuvante presentaron contractura capsular, pero esta parece ser menos evidente que la que ocurre en pacientes con cobertura muscular. De hecho, el músculo pectoral ha sido implicado como una de las causas de contractura capsular en pacientes sometidas a reconstrucción con

prótesis después de mastectomía. Esto es diferente de lo que sucede en cirugía estética, donde muchos defienden que el aumento mamario retropectoral presenta menos contractura que en el plano retroglandular.

La elección de la prótesis en este plano es similar a la del plano retropectoral. Se basa fundamentalmente en la medida de la base de la pared torácica y en la forma mamaria deseada. En Brasil, en teoría, tenemos más de 1, 800 formas y tamaños de prótesis disponibles en el mercado, lo que permitiría reconstruir casi todos los tipos de mama. Sin embargo, la experiencia individual con los diferentes modelos, así como la facilidad de acceso a los mismos, es muy heterogénea en nuestro medio. En el sistema público, la disponibilidad de formas y tamaños de prótesis es, lamentablemente, menor, y la elección está más limitada.

Es muy importante realizar estudios comparativos entre pacientes con reconstrucción en plano prepectoral y en plano retropectoral. Estos deberían considerar desde el posoperatorio precoz, hasta las complicaciones a largo plazo y los efectos de la radioterapia, así como el uso o no de matrices o mallas. Esto permitiría responder de manera definitiva a las dudas y temores frente a este nuevo cambio de paradigma.

Lo que no cambia, sin embargo, es la necesidad de una mastectomía bien realizada: respetando los límites de la mama y dejando colgajos viables. El secreto de una buena reconstrucción es una buena mastectomía. Siempre que abordamos la vía prepectoral en eventos, la pregunta más frecuente es sobre el grosor del colgajo. Para esto no tenemos una fórmula mágica. Las pacientes de mayor edad, con mamas reemplazadas por grasa, tienden a tener el tejido mamario más alejado de la piel, y por lo tanto, no deben ser tratadas igual que las pacientes jóvenes, cuyo parénquima mamario está más próximo a la piel. Estas últimas toleran mejor colgajos finos, mientras que las primeras, sobre todo si presentan comorbilidades como diabetes o tabaquismo, no.

Así, consideramos que el plano prepectoral cumple con los requisitos para ser incorporado en la práctica junto con las técnicas ya existentes de reconstrucción mamaria después de mastectomía. Menos invasivo, con menos dolor en el posoperatorio, y con resultados, al menos preliminares, que parecen ser como mínimo equivalentes a los de las técnicas tradicionales, posiblemente se convertirá en la técnica de elección en un corto período de tiempo.

LA CIRUGÍA ONCOPLÁSTICA Y LA MASTOLOGÍA BRASILEÑA

Dr. Cicero Urban. Cirujano Oncólogo - Msatologo Oncolplastico

Mastology Department, Hospital Nossa Senhora das Graças – Curitiba (PR), Brazil.

Introducción

La cirugía mamaria constituye uno de los mayores ejemplos de inequidad en el ámbito quirúrgico. Persisten importantes discrepancias en conductas y resultados entre distintos países y realidades. La mayoría de las pacientes tratadas por cáncer de mama aún no tienen acceso a la reconstrucción mamaria, lo cual impacta directamente en su calidad de vida. En este escenario, Brasil se ha posicionado como vanguardia en cirugía oncoplástica y reconstructiva de la mama, alcanzando reconocimiento internacional.La evolución generacional. En este recorrido histórico pueden identificarse cuatro generaciones de mastólogos que marcaron la consolidación de la cirugía oncoplástica en Brasil:

Primera generación (década de 1980): Pioneros como Antônio Figueira (Tota), Ângelo Matthes y Jorge Biazús comenzaron a asociar técnicas de mamoplastia a la cirugía conservadora, con el objetivo de mejorar los resultados estéticos.

Segunda generación (años 2000): Formada en gran medida en centros europeos, especialmente en Milán, bajo la influencia del Profesor Mário Rietjens en el Instituto Europeo de Oncología. Muchos de estos especialistas regresaron a Brasil y se transformaron en líderes de opinión.

Tercera generación: Formada en territorio nacional por los mastólogos que retornaron de Europa, consolidando la enseñanza de estas técnicas en el país.

Cuarta generación (actualidad): Representada por los residentes, quienes ya reciben formación en cirugía oncoplástica como parte integral de su residencia médica.

De Europa a Brasil: un flujo inverso *Si* en el pasado los brasileños buscaban formación en Europa, hoy ocurre lo contrario: numerosos especialistas extranjeros viajan a Brasil para aprender las técnicas desarrolladas localmente. Los residentes brasileños se forman con una filosofía centrada en la individualización del tratamiento quirúrgico y la preservación de la calidad de vida de las pacientes.

Retos y consolidación El camino no fue sencillo. La idea de que la preocupación estética pudiera comprometer el resultado oncológico generó resistencia incluso dentro de la propia mastología. Sin embargo, este paradigma fue superado gracias a la perseverancia de los especialistas y al respaldo institucional.Las gestiones de los presidentes Carlos Ruiz y Ruffo Freitas, al frente de la Sociedad Brasileña de Mastología, fueron determinantes: llevaron la discusión al Consejo Federal

de Medicina, logrando que la cirugía oncoplástica y reconstructiva de la mama pasara oficialmente a integrar los programas de residencia en Mastología.

Legado y proyección: Los avances se reflejan en iniciativas como la Jornada Brasileña de Oncoplastia, hoy el mayor evento de su tipo en América Latina, y en la consolidación de una tradición de más de tres décadas.

Hoy puede afirmarse que la cirugía oncoplástica y reconstructiva es una parte inseparable de la Mastología brasileña, símbolo de innovación, esfuerzo colectivo y compromiso con la calidad de vida de las pacientes.

¡Felicitaciones a todos los que han formado y forman parte de esta historia!

EXPERIENCIA EN CIRUGÍA PANCREÁTICA EN CENTRO MÉDICO SIGLO 21

Carlos Castillo-Delgado. MD, MsC.1 Christian Peralta-Santana,. MD,2. Santa Mendez, MD. 3,
Eric Olivero, . MD, MsC,4

1. Cirujano General, Hepatobiliopancreática y Trasplantes, Centro Médico Siglo 21, San Francisco de Macoris, Republica Dominicana.
2. Cirujano General, y laparoscopia, Centro Medico Siglo 21, San Francisco de Macoris, Republica Dominicana.
3. Cirujano General, y Bariatrica, Centro Médico Siglo 21, San Francisco de Macoris, Republica Dominicana.
4. Cirujano General y Bariatrico, Jefe del Departamento de Cirugía, Centro Médico Siglo 21, San Francisco de Macoris, Republica Dominicana.
Correo: Carloscastillodelgado.md@gmail.com

Resumen

El objetivo de este estudio fue evaluar los resultados obtenidos en los primeros casos de cirugía pancreática compleja en una sola institución privada, de República Dominicana. Se analizaron los pacientes operados de cirugía pancreática entre Diciembre 2022 y abril 2025, en el centro médico Siglo 21, de San Francisco de Macoris, Republica Dominicana. Un total de 10 resecciones pancreáticas fueron realizadas, de las cuales 4 (40%) fueron duodenopancreatectomias cefálicas (cirugía de Whipple), y el resto fueron pancreatectomías corporocaudales. En relación a las complicaciones, el 50% de los pacientes operados de DPC presentaron algún tipo de complicación y el 33.3% de los casos corporocaudales. La cirugía pancreática en centros especializados, que cuenten con los recursos tecnológicos adecuados y con personal médico altamente entrenado, resulta fundamental para disminuir la morbimortalidad asociada.

Abstract

The aim of this study was to evaluate the outcomes of the first cases of complex pancreatic surgery performed at a single private institution in the Dominican Republic. Patients who underwent pancreatic surgery between December 2022 and April 2025 at Centro Médico Siglo 21, in San Francisco de Macorís, Dominican Republic, were analyzed. A total of 10 pancreatic resections were performed, of which 4 (40%) were pancreaticoduodenectomies (Whipple procedures), and the remaining were distal pancreatectomies. Regarding complications, 50% of patients who underwent pancreaticoduodenectomy experienced some type of complication, compared to 33.3% in distal pancreatectomy cases. Pancreatic surgery in specialized centers, equipped with adequate technological resources and highly trained medical personnel, is essential to reduce the associated morbidity and mortality.

Introducción

La cirugía pancreática son un conjunto de procedimientos apasionantes, pero técnicamente retadores, que están asociados a una alta morbilidad y mortalidad. A pesar de esto, con la mejoría de las técnicas quirúrgicas y del cuidado postoperatorio, la tasa de mortalidad ha mejorado considerablemente. (1).

Viendo la historia de la cirugía pancreática, la cual es relativamente reciente, y fue desarrollada gracias a cirujanos innovadores de la época, vemos como en el 1935, Allen Oldfather Whipple presentó los resultados de un procedimiento que involucra la resección de la cabeza del páncreas y el duodeno por un carcinoma ampular, realizando la misma en dos etapas, con alta tasa de morbimortalidad. Mejorando con el tiempo la técnica hasta llegar a realizar el procedimiento en una etapa (2).

El objetivo de este estudio fue evaluar los resultados obtenidos en los primeros casos de cirugía pancreática compleja en una sola institución privada, de República Dominicana.

Material y método

Se analizaron los pacientes operados de cirugía pancreática entre Diciembre 2022 y abril 2025, en el centro médico Siglo 21, de San Francisco de Macoris, Republica Dominicana.

Un total de 10 pacientes de cirugía pancreática fueron recolectados durante este periodo. Todos los pacientes fueron evaluados de manera estandarizada por un equipo multidisciplinario y con estudios complementarios.

Indicaciones y contraindicaciones

Todos los pacientes fueron seleccionados en base a indicaciones por lesiones tumorales, tanto sólidas como quísticas. Los pacientes con contraindicación quirúrgica, ya sea por naturaleza de la lesión, por condiciones clínicas de los pacientes o contraindicaciones quirúrgicas, no fueron incluidos en el estudio.

Técnica quirúrgica

Se realizaron 4 procedimientos quirúrgicos:

la duodenopancreatectomía cefálica (DPC o Cirugía de Whipple), la pancreatectomía corporocaudal con preservación esplénica via abierta, la pancreatectomía corporocaudal con esplenectomía vía abierta y por vía laparoscópica.

Todos los procedimientos fueron realizados por un cirujano hepatobiliopancreático, asistido por un cirujano ayudante, un equipo de enfermería instrumentista y circulante y un anestesiólogo de experiencia.

En los casos de Whipple, se realizó la anastomosis pancreático-yeyunal ducto-mucosa, con técnica de Dunk, todas con un stent no fijado. La anastomosis hepaticoyeyuno término-lateral también fue tutorizada con stent de plástico. Destacando que todas las anastomosis fueron realizadas con la misma asa yeyunal. En los casos laparoscópicos de pancreatectomía corporocaudal por laparoscopia, se hicieron de manera convencional, en posición francesa.

Estadística

Se realizó la recolección de la información del sistema SAMI utilizado en la institución, y se realizó la base de datos en excel, utilizando variables cuantitativas y cualitativas. Expresadas en frecuencias, porcentajes y medias, analizadas por el software de inteligencia artificial Chatgpt (OpenAI, 2023. Delaware, USA) (3).

Resultados

Un total de 10 resecciones pancreáticas fueron realizadas, de las cuales 4 (40%) fueron duodenopancreatectomia cefálicas (cirugía de Whipple), y el resto fueron pancreatectomías corporocaudales **(ver tabla 1)**. La mayoría de los pacientes fueron del sexo femenino en 60%, siendo la media de edad de 58.9 años. Dentro de los factores de riesgo predominantes fueron la Hipertensión arterial (50%, tabaquismo (30%), Diabetes Mellitus (20%) y la obesidad (10%). La localización de los tumores más frecuente fue en la cabeza (40%), seguido del cuerpo (30%) y la cola (20%). La patología más frecuente fue el adenocarcinoma (40%), seguido del cistoadenoma seroso (20%). En iguales proporciones le siguen el adenocarcinoma mucinoso, colangiocarcinoma distal y el tumor neuroendocrino con 10 % respectivamente. El tiempo medio operatorio fue de 193 minutos, pero cuando realizamos la comparativa entre las resecciones de la cabeza y las corporocaudales, vemos que la media para la duodenopancreatectomía cefálica fue de 229 minutos vs 169 minutos de las pancreatectomías corporocaudales **(ver tabla 2)**. Con una media de sangrado transoperatorio de 250 cc. La media de estancia hospitalaria fue de 7.8 días para las DPC vs 3.3 días para las corporocaudales.

Dentro de los pacientes que fueron sometidos a pancreatectomías corporocaudales (n=6), 4 fueron realizados por vía laparoscópica, de los cuales el 25% (n=1) fue necesario la conversión a cirugía abierta, debido a adherencia al tronco celíaco.

En relación a las complicaciones, el 50% de los pacientes operados de DPC presentaron algún tipo de complicación y el 33.3% de los casos corporocaudales. Del total de los casos, 40 % presentaron complicación clínica, tales como pancreatitis aguda leve (10%), neumonía (20%), disrritmia cardiaca, manifestada como fibrilación auricular (10%).

Dentro de las complicaciones quirúrgicas, 1 paciente presentó una fístula pancreática grado B, al décimo día postoperatorio, manifestado como pancreatitis aguda leve (10%). La fístula biliar fue presentada en 1 caso (10%), produciendo un absceso de pared, alrededor del drenaje abdominal a nivel subcutáneo. No hubo reintervenciones, ni fallecimientos postoperatorios inmediatos en nuestra serie.

Discusión

La cirugía pancreática ha ido evolucionando, aunque relativamente lenta a través del tiempo, en las últimas 3 décadas ha avanzado grandemente. Desde que Allan Whipple promovió la pancreatoduodenectomía parcial —originalmente descrita por Walther Kausch hace más de un siglo, se han introducido varias modificaciones sustanciales. El procedimiento inicial, que se realizaba en dos etapas, fue modificado por el propio Whipple a una operación en un solo tiempo (4). Así mismo podemos ver como la cirugía laparoscopica y robotica se han ido introduciendo en el mundo de la cirugía pancreática, actualmente viendo como en nuestra serie, el 66.7% de las pancreatectomías distales fue por laparoscopia, con una tasa de conversión de 25%, lo que es equivalente a 1 caso. Las mejoras en la cirugía pancreáticas, buscando mejorar la evolución de los pacientes, disminuir la tasa de complicaciones, se ha podido gracias a los avances en otras áreas de la medicina, como las técnicas anestésicas modernas, los dispositivos de energía, y grapado, las técnicas radiológicas más sofisticadas con más detalle anatómico, el apoyo de la radiología intervencionista (4), disminuyendo actualmente la tasa de complicaciones en relación al pasado. En un metaanálisis realizado en el Hospital General Universitario de Heraclión, Heraclión, Creta, Grecia evidenciaron que la tasa de complicaciones generales en los casos de pancreatoduodenectomía cefálica fue de 54.7% (95% CI: 46.4%-62.8%; I2 = 99.4%), similar a los resultados obtenidos en nuestra serie, que fue de 50.0%. Dentro de las complicaciones, la fístula pancreática postoperatoria es la más frecuente, y crítica, asociado a un elevado riesgo de producir pseudoaneurismas, sangrado postoperatorio y fallo orgánico múltiple, llevando a la muerte del paciente. (1) A pesar de los refinamientos en la técnica quirúrgica y los avances en el manejo posoperatorio, las fístulas aún ocurren con una frecuencia del 5% al 30%. Los esfuerzos para mitigar este problema han incluido consideraciones técnicas (modificación de la técnica de anastomosis

y colocación de endoprótesis en el conducto pancreático), la infusión perioperatoria de análogos de somatostatina y el uso de sellantes adhesivos. Sin embargo, los éxitos de estas diversas técnicas y adyuvantes farmacológicos son frecuentemente cuestionados, y existe disenso en cuanto a cuáles métodos son óptimos para la prevención y el manejo de las fístulas (5).

Dentro de los casos presentados, tuvimos un caso, correspondiente a una pancreatectomía distal via abierta, con una fístula pancreática ISGPF grado B, manifestada en un solo caso (n1), correspondiente al 10%, con dolor abdominal de alta intensidad, elevación de los niveles de amilasa y lipasa, desarrollada al décimo día postoperatorio, manejada con el drenaje intraabdominal dejado durante el transoperatorio.

Dentro de las complicaciones que pudimos apreciar en nuestro estudio, tenemos la Pancreatitis aguda leve: 1 (10%,)Infección de herida: 1 (10%), Neumonía en 2 (20%), fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida 1 (10%) y un Absceso peri drenaje (10%). No presentamos mortalidad postoperatoria, con un seguimiento estricto los primeros 6 meses. Luego de este periodo citamos los pacientes a los 6 meses, y posteriormente al año. Todos los pacientes son seguidos de manera protocolar por nutrición, medicina interna, y oncología médica.

Conclusión

La cirugía pancreática constituye un conjunto de procedimientos de alta complejidad, debido a la estrecha relación del páncreas con estructuras vasculares y viscerales de gran relevancia en la cavidad abdominal y en el aparato digestivo. Estas características anatómicas y funcionales condicionan un riesgo elevado de complicaciones perioperatorias. No obstante, el progreso en las técnicas anestésicas, el desarrollo de la radiología intervencionista y la disponibilidad de equipos médicos de última generación han permitido optimizar la seguridad de estos procedimientos. Su realización en centros especializados, que cuenten con los recursos tecnológicos adecuados y con personal médico altamente entrenado, resulta fundamental para disminuir la morbimortalidad asociada.

Referencias

Nakata K, Mori Y, Ikenaga N, Ideno N, Watanabe Y, Miyasaka Y, Ohtsuka T, Nakamura M. Management of postoperative pancreatic fistula after pancreatoduodenectomy: Analysis of 600 cases of pancreatoduodenectomy patients over a 10-year period at a single institution. *Surgery*. 2021;169(6):1446-53. doi:10.1016/j.surg.2021.01.010

Ansari D, Tingstedt B, Andersson B, Holmquist F, Sturesson C, Williamsson C, Sasor A, Borg D, Bauden M, Andersson R. Pancreatic cancer: Yesterday, today and tomorrow. *Future Oncol*. 2016;12(16):1929-46. doi:10.2217/fon-2016-0010

OpenAI. ChatGPT (versión del 06 de Agosto) [Internet]. 2023 [citado 2025 Ago 17]. Disponible en: https://chat.openai.com/chat

Nießen A, Hackert T. State-of-the-art surgery for pancreatic cancer. *Langenbecks Arch Surg*. 2022;407(2):443-50. doi:10.1007/s00423-021-02362-y

Pratt WB, Maithel SK, Vanounou T, Huang ZS, Callery MP, Vollmer CM Jr. Clinical and economic validation of the International Study Group of Pancreatic Fistula (ISGPF) classification scheme. *Ann Surg*. 2007;245(3):443-51. doi:10.1097/01.sla.0000251708.70219.d2

Anexos

Tabla 1. Características generales de la serie de cirugías pancreáticas (n = 10)

Variable	Valor
Número de pacientes	10
Edad (media ± DE)	58.9 ± 16.5 años
Sexo	Masculino: 4 (40%)Femenino: 6 (60%)
Factores de riesgo	Hipertensión arterial: 5 (50%)Diabetes mellitus tipo 2: 2 (20%)Tabaquismo: 3 (30%)Obesidad: 1 (10%)Negado: 3 (30%)
Localización tumoral	Cabeza: 4 (40%)Cuerpo: 3 (30%)Cola: 2 (20%)Cuello: 1 (10%)
Tipo de cirugía	Whipple: 4 (40%)Pancreatectomía distal laparoscópica: 4 (40%)Pancreatectomía distal abierta: 2 (20%)
Patología	Adenocarcinoma pancreático: 4 (40%)Adenocarcinoma mucinoso: 1 (10%)Colangiocarcinoma distal: 1 (10%)Tumor pseudopapilar sólido-quístico: 1 (10%)Cistoadenoma seroso: 2 (20%)Tumor neuroendocrino: 1 (10%)
Sangrado operatorio (media ± DE)	250 ± 140 cc
Tiempo operatorio (media ± DE)	193 ± 54 minutos
Estancia hospitalaria (media ± DE)	5.1 ± 3.6 días
Complicaciones clínicas	4 pacientes (40%)
Tipos de complicaciones	Pancreatitis aguda leve: 1 (10%)Infección de herida: 1 (10%)Neumonía: 2 (20%) FA-RVR: 1 (10%)Absceso peridrenaje: 1 (10%)
Fístula pancreática (ISGPF)	1 (10%)
Sangrado postoperatorio	0 (0%)
Reintervención	0 (0%)
Fallecimiento	0 (0%)

Tabla 2. Comparación entre Whipple y Pancreatectomía Distal (n = 10)

Variable	Whipple (n = 4)	Pancreatectomía Distal (n = 6)
Edad media (años)	60.5	57.8
Sexo masculino (%)	50.0%	33.3%
Sangrado medio (cc)	150.0	316.7
Tiempo operatorio medio (min)	229.0	169.2
Estancia hospitalaria media (días)	7.8	3.3
Complicaciones clínicas (%)	50.0%	33.3%

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ONCOLOGÍA Y ESPIRITUALIDAD

Dr. Eduard R. Valdez

Cirujano Oncólogo / email: drevaldez@gmail.com

1) Introducción y definiciones:
La espiritualidad se entiende como la búsqueda de sentido, propósito y conexión (con uno mismo, con otros, con lo trascendente o con la naturaleza). La religiosidad alude a creencias y prácticas organizadas en una tradición concreta; se solapan, pero no son sinónimos. En cuidados paliativos, la espiritualidad es dimensión esencial del sufrimiento y del bienestar, junto a lo físico, psicológico y social (modelo total del sufrimiento). La OMS reconoce explícitamente el sufrimiento espiritual y exige abordarlo dentro de la atención integral. (World Health Organization)

2) Relevancia en oncología
Los pacientes oncológicos refieren con frecuencia necesidades espirituales no atendidas y, cuando se atienden, se asocian a mejor calidad de vida (CV), menos angustia y mayor resiliencia. Revisiones y metaanálisis muestran asociaciones positivas entre espiritualidad/religiosidad y CV y/o salud física autoinformada en cáncer. (PMC)
La evidencia reciente (2014–2025) refuerza que la espiritualidad funciona como recurso de afrontamiento con beneficios consistentes en CV y distrés psicológico, aunque la supervivencia es un desenlace más heterogéneo. (MDPI, PMC)

3) Efectos sobre resultados clínicos
3.1 Calidad de vida y síntomas psicológicos
Metaanálisis y revisiones: mayor espiritualidad/religiosidad se asocia con mejor CV global y física; menor depresión/ansiedad; mayor paz y sentido. Efectos reportados en supervivientes y en enfermedad avanzada. (PMC)
Estudios recientes: correlación positiva entre bienestar espiritual y CV en diversas neoplasias y contextos culturales. (PMC, Lippincott Journals, ecancer)
3.2 Resiliencia y afrontamiento
La espiritualidad se correlaciona con mayor resiliencia psicológica a lo largo del trayecto de la enfermedad. (PMC)
3.3 Decisiones al final de la vida
La religiosidad/espiritualidad puede relacionarse con patrones de atención al final de vida: hay datos de mayor uso de tratamientos agresivos y menor planificación anticipada en algunos subgrupos, lo que subraya la necesidad de comunicación clínica sensible. (JPSM Journal)
Conclusión parcial: la **consistencia** de los beneficios sobre CV y salud mental es alta; los efectos sobre supervivencia y utilización de servicios requieren enfoques culturalmente competentes y centrados en valores.

4) Guías y posicionamientos profesionales
ASCO 2024: recomienda integrar cuidados paliativos tempranos (que incluyen dimensión espiritual) para pacientes con tumores sólidos avanzados; evidencia de mejora en CV, síntomas y carga del cuidador. (CAPC, PubMed)
ESMO: guías de fin de vida y de comunicación enfatizan respetar la espiritualidad del paciente, evitar imponer creencias, y contar con apoyo especializado cuando procede. (ESMO, Esmo Open)
OMS: considera deber ético atender el sufrimiento espiritual en servicios centrados en la persona. (World Health Organization)
Acreditación/JCI/Joint Commission: exige (con variaciones por entorno) que toda organización disponga de procesos para **evaluar** creencias/prácticas espirituales relevantes y necesidades; no impone un formato único, pero recomienda incluir afiliación, prácticas y preferencias. (Joint Commission, Association of Professional Chaplains)

5) Evaluación espiritual en la práctica clínica
5.1 Tamizaje breve en oncología general
FICA (Faith/Importance/Community/Address): factible y útil para integrar historia espiritual en la entrevista oncológica. (My PC Now, PubMed, GWish)
HOPE (Sources of Hope/Organized religion/Personal practices/Effects on care): guía de preguntas abiertas, ampliamente enseñada en medicina de familia y útil en onco. (AAFP, JPSM Journal)
5.2 Herramientas de resultado/escala
FACIT-Sp y **EORTC QLQ-SWB32** cuantifican bienestar espiritual y dimensiones (paz, sentido, fe), útiles en ensayos e investigación de calidad. (Lippincott Journals)
PC-7: marco cuantificable para que capellanes documenten y comuniquen preocupaciones espirituales en cuidados paliativos. (PMC)
Recomendación operativa: incorporar **tamizaje universal** (p. ej., 1–2 ítems o FICA breve) y **derivar** a capellanía/psicooncología cuando haya sufrimiento existencial, conflicto de valores, duelo complicado, pérdida de sentido o petición explícita.

6) Intervenciones con evidencia
6.1 Psicoterapias centradas en significado
Meaning-Centered Psychotherapy (MCP/IMCP/MCGP): varios ECA en cáncer avanzado demostraron mejoras en **bienestar espiritual, sentido, ansiedad, deseo de morir**, con efectos mantenidos; metaanálisis y evaluaciones recientes amplían el apoyo. (PMC, ACS Journals, PubMed, ResearchGate)

6.2 Dignity Therapy (DT)
Ensayos controlados muestran mejoras en **bienestar espiritual** y variables de dignidad; revisiones sostienen su utilidad y aceptabilidad en paliativos. (The Lancet, ScienceDirect, kosinmedj.org)
6.3 Intervenciones de "espiritualidad" amplias
Metaanálisis y revisiones (2019–2025) apoyan que intervenciones espirituales (p. ej., MCP, DT, logoterapia, prácticas apoya-espirituales estructuradas) mejoran CV, distrés emocional y variables de sentido/esperanza. (ScienceDirect)
Implementación: combinar **tamizaje** + **derivación** + **intervenciones basadas en evidencia**; integrar capellanía profesional (estándares APC/SCA) en equipos oncológicos. (Association of Professional Chaplains, spiritualcareassociation.org)

7) Modelo de atención interprofesional
El cuidado espiritual eficaz es **interprofesional** (oncología, paliativos, psicología/psicooncología, capellanía, trabajo social, enfermería). Revisión en oncología sugiere capacitación básica para todos los clínicos (presencia compasiva, escucha, validación) y mecanismos claros de derivación. (PMC)

8) Consideraciones éticas y culturales
No imponer creencias: las guías ESMO recomiendan respetar la espiritualidad del paciente y evitar proselitismo; priorizar valores del paciente. (Esmo Open)
Competencia cultural: tener en cuenta diversidad religiosa (p. ej., pentecostalismo, catolicismo, fe afrocaribeña, etc.) en contextos latinoamericanos y caribeños. El tamizaje centrado en valores evita estereotipos y mejora decisiones compartidas. (Síntesis basada en guías ESMO/OMS y revisión interprofesional). (Esmo Open, World Health Organization, PMC)

9) Recomendaciones prácticas para servicios oncológicos
Política institucional: incorporar evaluación espiritual como parte del ingreso y de reevaluaciones clave (progresión, cambio de intención terapéutica). Cumple estándares JCI/Joint Commission. (Joint Commission, Association of Professional Chaplains)
Tamizaje y documentación: FICA/HOPE abreviado en historia inicial; registrar preferencias religiosas y prácticas que impacten el cuidado. (GWish, AAFP)
Ruta de derivación: criterios claros hacia capellanía/psicooncología (PC-7 como marco de severidad). (PMC)
Cartera de intervenciones: acceso a MCP y DT (individual/grupal); educación del personal para habilidades básicas de presencia y exploración de significado. (PMC, ACS Journals, The Lancet)
Medición de resultados: FACIT-Sp o EORTC QLQ-SWB32 en proyectos de mejora y ensayos locales. (Lippincott Journals)
Formación: programas y herramientas (CAPC) para integrar capellanía certificada y competencias básicas en el equipo. (CAPC)

Bibliografía seleccionada
(acceso abierto o sumarios)

OMS. **Palliative care: health topics & fact sheet.** (acceso/perspectiva de OMS sobre sufrimiento espiritual). (World Health Organization)
ASCO (2024). **Palliative Care for Patients With Cancer: Guideline Update.** (integración de paliativos y dimensión espiritual). (CAPC, PubMed)
ESMO (2024). **End-of-Life Care** y **Communication & Support** (respeto a la espiritualidad; recomendaciones prácticas). (ESMO, Esmo Open)
Puchalski CM, et al. **Interprofessional spiritual care in oncology: a literature review.** (marco y recomendaciones). (PMC)
Jim HSL, et al. **Religion, Spirituality, and Physical Health in Cancer Patients (meta-análisis).** (PMC)
Nagy DS, et al. (2024). **Systematic Review sobre espiritualidad/religión y CV en cáncer.** (MDPI)
FICA: Puchalski C. **FICA Spiritual History Tool** (resumen y validaciones). (My PC Now, GWish, PubMed)
HOPE: Anandarajah G. **HOPE Questions** (herramienta de entrevista). (AAFP)
Fitchett G. **PC-7** (cuantificación de preocupaciones espirituales). (PMC)
Breitbart W., et al. **Meaning-Centered Psychotherapy** (ECA). (PMC, ACS Journals)
Chochinov HM., et al. **Dignity Therapy** (ECA en Lancet Oncology). (The Lancet)
Metaanálisis/ensayos de intervenciones espirituales (2019–2025). (ScienceDirect)
Estándares y acreditación (Joint Commission/JCI; APC/SCA). (Joint Commission, Association of Professional Chaplains, spiritualcareassociation.org)
Open Ai: ChatGPT, Internet, 13 de Agosto 2025.

Anexos útiles (para aplicar en clínica)

Guion FICA breve (3–5 min):
F: "¿Tiene creencias o prácticas espirituales o religiosas que le sean significativas?"
I: "¿Qué importancia tienen en este momento de su enfermedad?"
C: "¿Cuenta con una comunidad o líder espiritual?"
A: "¿Cómo le gustaría que integremos esto en su atención?" (GWish)
Indicadores de derivación a capellanía/psicooncología: desesperanza, pérdida marcada de sentido, culpa/temor religioso que interfiere, conflicto de decisiones por creencias, duelo complicado, petición de rituales. (Síntesis basada en revisión interprofesional y PC-7). (PMC)

Tablas Resumen

Tabla 1. Efectos de la espiritualidad en pacientes oncológicos

RESULTADO CLÍNICO / PSICOSOCIAL	HALLAZGOS PRINCIPALES	EVIDENCIA
CALIDAD DE VIDA	Asociada a mayor bienestar global, físico y social	Jim et al., 2015; Nagy et al., 2024
DEPRESIÓN/ANSIEDAD	Menores niveles de angustia psicológica y mayor paz interior	Nagy et al., 2024; Wintner et al., 2022
RESILIENCIA	Mayor capacidad de afrontamiento frente a enfermedad y tratamientos	Bai et al., 2023
SUPERVIVENCIA	Evidencia heterogénea; no consistente	Nagy et al., 2024
DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA	Puede influir en mayor uso de medidas agresivas y menor planificación anticipada	Balboni et al., 2013; Alcorn et al., 2024

Tabla 2. Herramientas de evaluación espiritual en oncología

HERRAMIENTA	TIPO	CARACTERÍSTICAS	CONTEXTO DE USO
FICA	Historia espiritual breve	4 preguntas; sencilla; 3–5 min	Consulta inicial; oncología ambulatoria
HOPE	Entrevista semiestructurada	Explora fuentes de esperanza y efectos en decisiones	Atención primaria y oncología
FACIT-SP	Cuestionario validado	12 ítems; mide fe, paz y sentido	Ensayos clínicos, investigación de CV
EORTC QLQ-SWB32	Escala específica de cáncer	32 ítems; bienestar espiritual en contexto oncológico	Estudios multicéntricos, evaluación longitudinal
PC-7	Marco de capellanía	7 ítems observacionales; cuantifica gravedad	Cuidados paliativos y hospitalización

Tabla 3. Guías y posicionamientos

ORGANIZACIÓN	RECOMENDACIONES CLAVE
OMS	Reconoce el sufrimiento espiritual como parte del sufrimiento total; debe ser abordado en cuidados paliativos
ASCO (2024)	Integrar cuidados paliativos tempranos, incluyendo apoyo espiritual, en tumores sólidos avanzados
ESMO	Recomendaciones en comunicación y fin de vida: respeto a creencias, no proselitismo, apoyo especializado
JOINT COMMISSION / JCI	Exige que hospitales evalúen creencias y necesidades espirituales; no obliga formato único
APC/SCA (CAPELLANÍA PROFESIONAL)	Estándares de práctica en equipos interprofesionales; rol diferenciado del médico y capellán

Tabla 4. Algoritmo práctico de atención espiritual en oncología

PASO	ACCIÓN	HERRAMIENTA SUGERIDA
1. TAMIZAJE INICIAL	Explorar creencias y necesidades	FICA / HOPE breve
2. DOCUMENTAR	Registrar prácticas y preferencias en historia clínica	Nota estructurada
3. EVALUAR PROFUNDIDAD	En pacientes con sufrimiento espiritual	FACIT-Sp / SWB32
4. DERIVAR	Capellanía o psicooncología según gravedad	PC-7 / criterios clínicos
5. INTERVENCIÓN	MCP, DT, logoterapia, acompañamiento pastoral	Protocolos locales
6. REEVALUAR	Cada cambio de estado clínico o línea terapéutica	Herramientas breves

Inteligencia artificial sin supervisión, medicina sin precisión

Ing. Darwin Santos

Especialista en IA

El modelo de IA que desconoce podría afectar a su paciente: Un llamado a la gobernanza clínica de la IA.

Durante las rondas matutinas, un residente consulta ChatGPT para una interpretación patológica compleja. Al final del pasillo, un médico adjunto consulta a Claude sobre interacciones medicamentosas. En la suite ejecutiva, los administradores evalúan propuestas para sistemas de diagnóstico con IA. Cada uno cree estar usando "IA", una palabra que puede ser peligrosamente imprecisa en entornos clínicos, ya que los médicos a menudo no se dan cuenta de que el modelo y la versión específicos de IA que están usando pueden marcar la diferencia entre una precisión diagnóstica que cambia vidas y desinformación peligrosa.

El rendimiento de los modelos de IA que alimentan los chatbots y aplicaciones inteligentes varían tan fundamentalmente como la aspirina difiere de la ampicilina

Por ejemplo, un chatbot de IA gratuito utilizado por un residente o profesional médico puede tener tasas de alucinación que superan el 30%, mientras que las versiones de pago del mismo proveedor pueden **caer por debajo del 5%**. (Las alucinaciones de la IA ocurren cuando un modelo de IA genera información falsa o sin sentido.) Un estudio reciente de la Universidad de Massachusetts Amherst encontró alucinaciones en "casi todos" los resúmenes médicos generados **por modelos de lenguaje de última generación**, siendo las más frecuentes las relacionadas con síntomas, diagnósticos e instrucciones medicinales. De la misma manera, el sistema propuesto por un proveedor podría ejecutarse en una arquitectura de modelo de IA de **más de seis meses**, lo cual es **una eternidad en un campo donde las** capacidades avanzan tan rápidamente y se entrenan y lanzan constantemente nuevos modelos de IA. La medicina nunca aceptaría tal ambigüedad en la farmacología; **¿Por qué tolerar la misma en la aplicación de IA en las áreas clínicas?**

Si bien las alucinaciones pueden ser sustanciales en escenarios sin restricciones, los controles estructurados de instrucciones y flujo de trabajo, conocido como "prompt engineering", pueden **reducir las tasas significativamente, entre 1-3%** en sumarios estrictamente controlados por técnicas de flujo de respuestas ancladas a fuentes de texto específicas. Investigaciones publicadas en Nature Medicine demuestran que modelos de lenguaje adaptados pueden superar a expertos médicos cuando se implementan con los controles adecuados

probó en casos diagnósticos desafiantes del New England Journal of Medicine—los mismos casos que los médicos usan para probar su razonamiento clínico más complejo. Los grupos de médicos humanos, trabajando en estos casos idénticos, **obtuvieron sólo un 20%**. Pero aquí está el detalle crítico: El modelo de IA GPT-4o sin optimizaciones obtuvo una **puntuación del 49.3%** en los mismos casos. Las implicaciones se vuelven aún más claras con los sistemas especializados. Investigadores del Instituto Technion desarrollaron "Neuro-Copilot AI," un marco de LLM avanzado

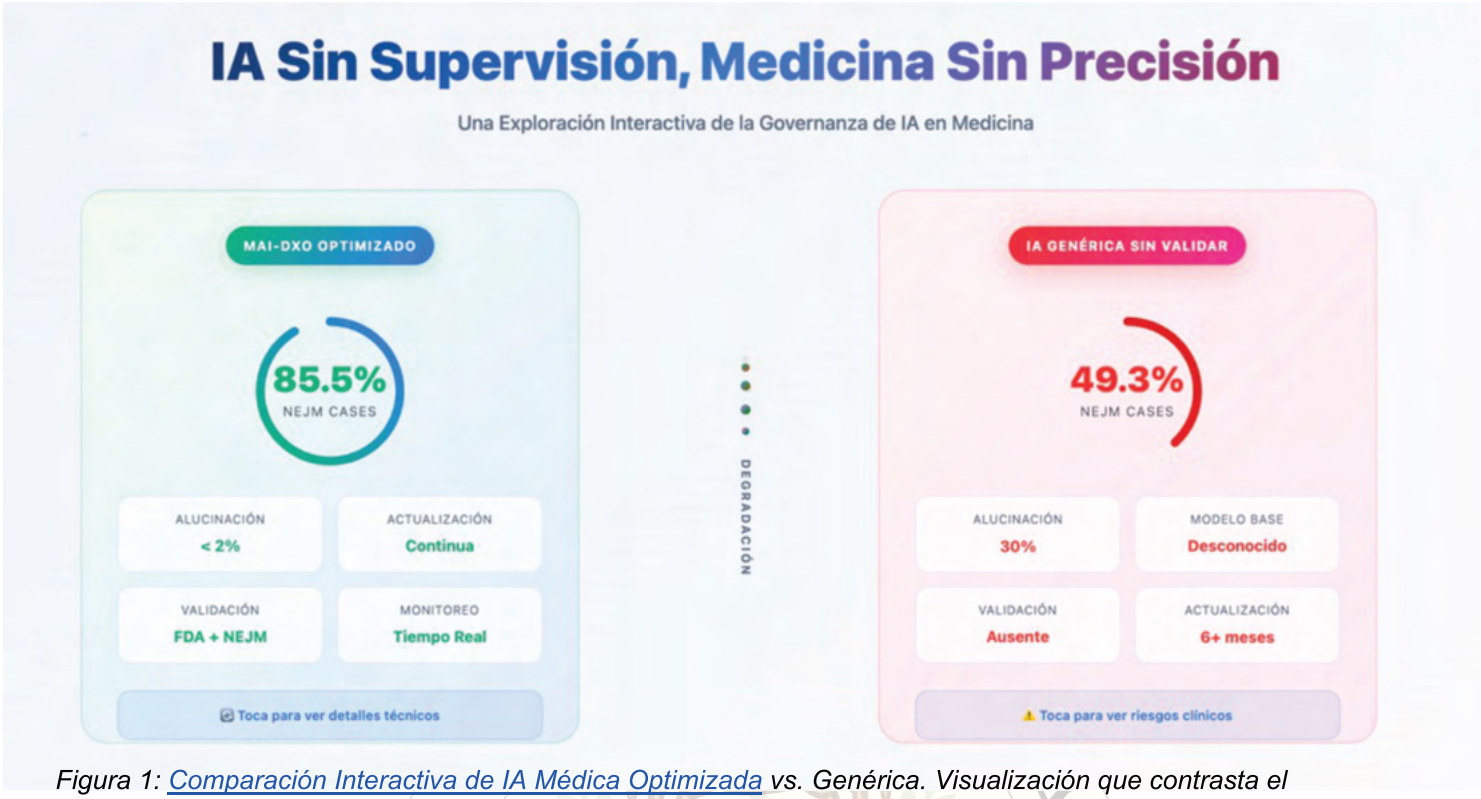


Figura 1: Comparación Interactiva de IA Médica Optimizada vs. Genérica. Visualización que contrasta el rendimiento de sistemas de IA con gobernanza clínica

Si bien las alucinaciones pueden ser sustanciales en escenarios sin restricciones, los controles estructurados de instrucciones y flujo de trabajo, conocido como "prompt engineering", pueden **reducir las tasas significativamente, entre 1-3%** en sumarios estrictamente controlados por técnicas de flujo de respuestas ancladas a fuentes de texto específicas. Investigaciones publicadas en Nature Medicine demuestran que modelos de lenguaje adaptados pueden superar a expertos médicos cuando se implementan con los controles adecuados.

Una investigación reciente revela cuán significativas se han vuelto estas diferencias. Considere un estudio comparativo: el sistema MAI-DxO de Microsoft, que simula un equipo de médicos de IA colaborando en diagnósticos, logró una **precisión del 85.5%** cuando se

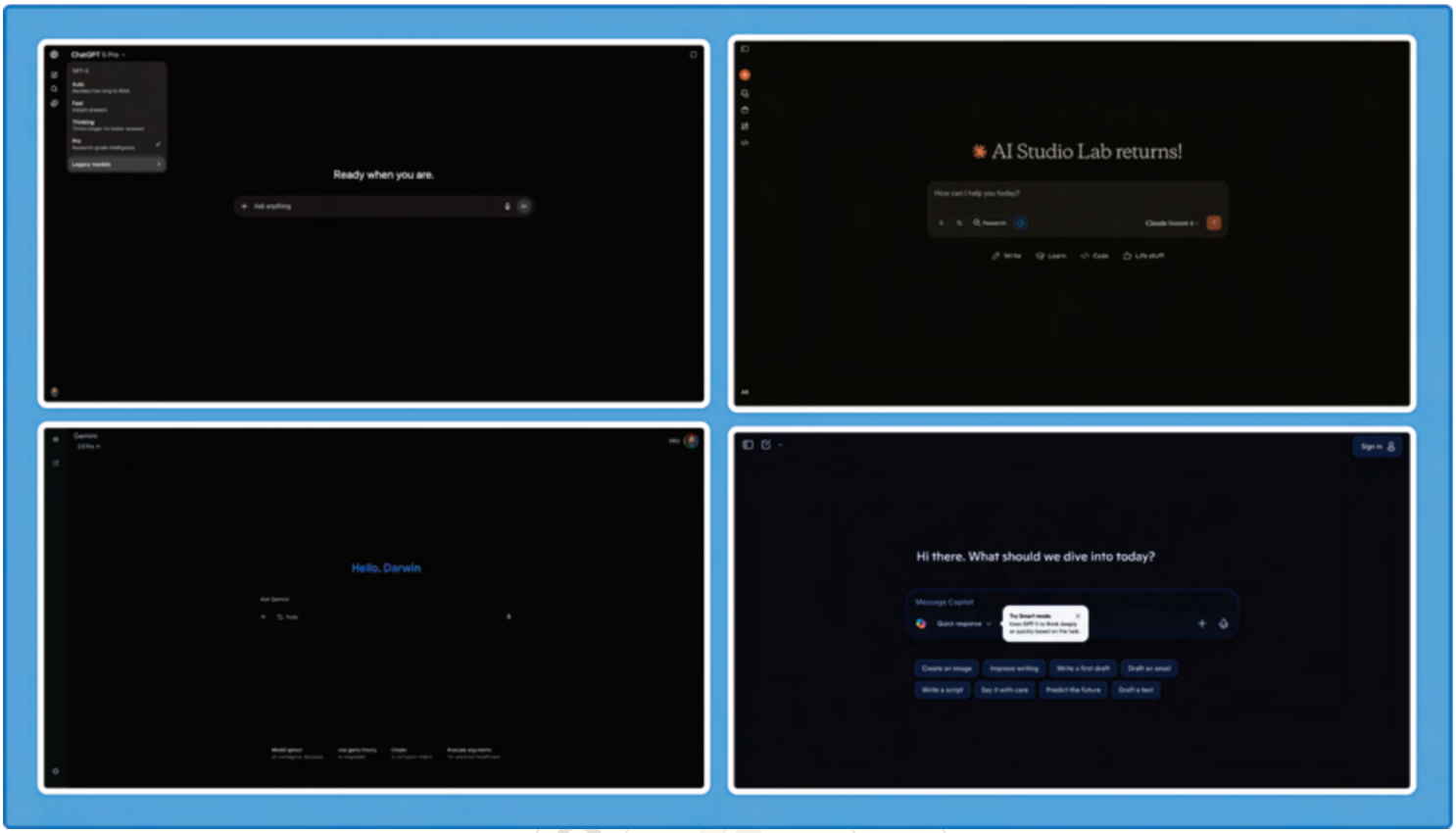
diseñado específicamente para pacientes neurológicos en la sala de emergencias Este sistema, desarrollado por Gorenshtein, Aran, Shelly y colaboradores, demuestra cómo ciertos **mecanismos especializados superan consistentemente a los modelos base de propósito general** (por ejemplo, GPT-4o/Claude/Gemini) en tareas clínicas específicas.

Esta brecha de rendimiento **no es una variación estadística menor**; representa diagnósticos perdidos, tratamientos retrasados y resultados de pacientes potencialmente alterados.

La misma etiqueta de "IA" enmascara capacidades clínicas fundamentalmente diferentes, tan distintas como usar un estetoscopio versus un ecocardiograma para la evaluación cardíaca.

El Ritmo Vertiginoso del Cambio

Quizás lo más revelador es: **¿Qué tan pronto se amplían estas brechas?**



I.*Figura 1: Interfaces de Chatbots de IA: 1) ChatGPT de OpenAI, 2) Claude de Anthropic, 3) Gemini de Google, y 4) Copilot de Microsoft.*

En HealthBench, el rendimiento del modelo ha aumentado rápidamente: **Desde un 16% con GPT-3.5 Turbo, un 32% con GPT-4o, a un 60% con o3**, el último modelo, ya reemplazado—hace una semana—por GPT-5. Todo esto en un periodo de tiempo de **menos de dos años**. En el subconjunto 'Consenso' validado por médicos, **las tasas de error cayeron más de cuatro veces** en generaciones recientes.

En MedQA (marco de evaluacion estilo USMLE), los mejores modelos ahora obtienen **alrededor del 96%**, un techo casi máximo que limita la discriminación de referencia para la utilidad clínica. Con mejoras tan rápidas, **las evaluaciones del último trimestre bien podrían ser de la última década**.

Las instituciones de salud que usan versiones de IA no documentadas también pueden **enfrentar riesgos de responsabilidad emergentes**. Cuando modelos inferiores contribuyen a resultados adversos a pesar de que existen alternativas superiores disponibles, pueden surgir preguntas de negligencia que **ningún equipo legal quiere navegar**. Sin embargo, la responsabilidad de la transparencia comienza corriente arriba. Así como la NHTSA (National Highway & Transportation Security Administration) evalúa la seguridad de los vehículos en USA, la atención médica necesita **organismos reguladores independientes** que realicen evaluaciones estandarizadas de modelos de IA específicamente basadas en la población que atienden. Como señala un artículo reciente en NEJM AI, la regulación de la IA clínica requiere nuevos marcos que evalúen tanto la eficacia como la seguridad continua. La FDA ya ha aprobado **más de 950 dispositivos médicos habilitados con IA/ML hasta agosto de 2024**, un aumento dramático desde solo seis en 2015, lo que subraya la urgencia de marcos regulatorios robustos.

Los reguladores deben probar modelos base en tareas clínicas, publicar resultados abiertamente, luego evaluar soluciones completas que coordinen múltiples modelos para aplicaciones médicas específicas. Esta infraestructura aún no existe a escala, dejando a las instituciones de salud y a los profesionales médicos navegar un mercado donde **las afirmaciones de rendimiento pueden quedar en gran medida sin verificar**.

Convertirse en un Consumidor Exigente de IA.

Hasta que maduren los marcos regulatorios, **los líderes de la salud deben convertirse en consumidores exigentes**. Cada proveedor de IA—ya sea que proporcione modelos base o soluciones completas—debe responder preguntas fundamentales:

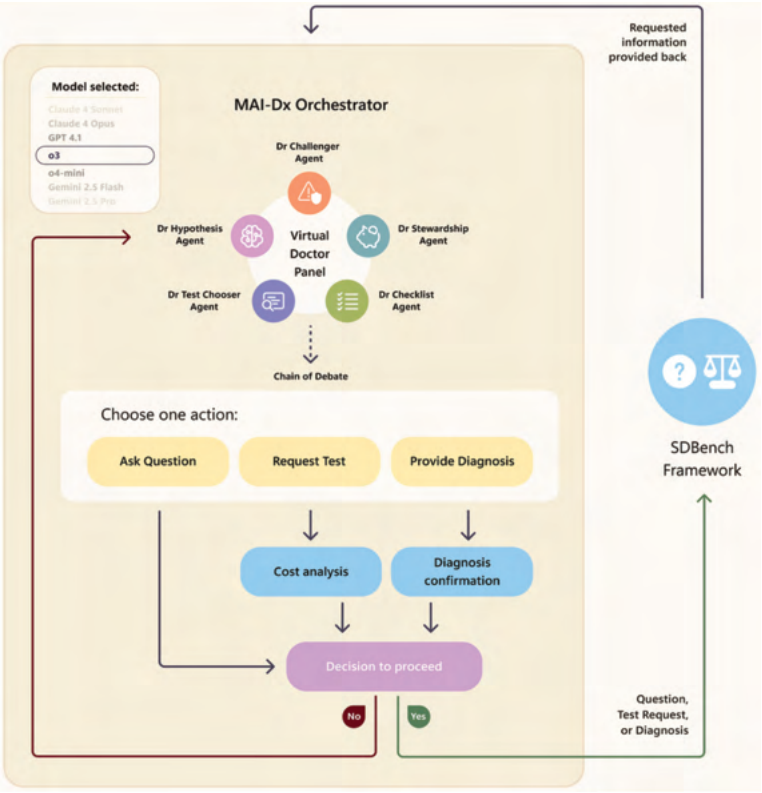


Figura 2: El Orquestador MAI-Dx convierte cualquier modelo de lenguaje en un panel virtual de médicos: puede hacer preguntas de seguimiento, ordenar pruebas o entregar un diagnóstico, luego ejecutar una verificación de costos y verificar su propio razonamiento, antes de decidir si proceder. Fuente

¿Cuáles son sus tasas de precisión y frecuencias de alucinación?
¿Con qué frecuencia evalúan el rendimiento?
¿Cuándo actualizaron por última vez los modelos subyacentes?
¿Qué vías de actualización existen?
¿Cómo rastrean el rendimiento en el mundo real después del despliegue?

Pida a los proveedores que informen las tasas de alucinación en **tareas clínicamente relevantes**, no promedios de marketing, ya que estas pueden variar ampliamente según la implementación. Solicite evidencia de que el rendimiento actual refleja **versiones recientes del modelo** (por ejemplo, las líneas de tendencia de HealthBench muestran cambios rápidos de GPT-4o a o3), y **establezca cadencias de revisión** para detectar tales saltos. Estas preguntas van más allá de las curiosidades técnicas. **Sus respuestas ayudan a determinar si las soluciones pueden cumplir con los requisitos de seguridad clínica para una tarea determinada**. Los proveedores que no pueden proporcionar transparencia sobre cómo funcionan sus soluciones **no están listos para el cuidado del paciente.**

Implementación Práctica: Un Camino Hacia Adelante

Es comprensible que el camino hacia una gobernanza adecuada enfrente obstáculos reales. Los presupuestos son ajustados, el tiempo aún más escaso, y la brecha entre la experiencia,

Los presupuestos son ajustados, el tiempo aún más escaso, y la brecha entre la experiencia clínica y técnica parece vasta. Sin embargo, estos desafíos reflejan aquellos que la medicina ha resuelto antes, como por ejemplo cuando la prescripción electrónica parecía imposible, o cuando el cumplimiento de HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) se sentía abrumador, o cuando las métricas de calidad exigieron seguimiento por primera vez. La solución comienza con el mismo enfoque sistemático que transformó esos desafíos en práctica rutinaria. **Primero, haga inventario del uso actual de IA en toda la institución**, desde plataformas empresariales hasta consultas en teléfonos inteligentes, luego considere proporcionar al personal acceso a modelos verificados por la institución. La verificación garantiza que los umbrales de rendimiento coincidan con el contexto clínico, proporcionando las herramientas, mejores prácticas y advertencias correctas.

Por ejemplo, **el uso de IA para soporte de diagnóstico exige mayor precisión que para la programación de citas**. Documente las versiones del modelo tan rutinariamente como los lotes de medicamentos, creando un **rastro de auditoría que proteja tanto a los pacientes como a los profesionales**.

Más allá de la documentación está la **gestión activa**. Las revisiones trimestrales capturan saltos de capacidad antes de que dejen atrás a su institución. Stanford HAI, el Centro de Excelencia de Salud Digital de la FDA, y los principales proveedores de IA, publican actualizaciones que pueden revolucionar—o hacer obsoletas—las herramientas actuales de la noche a la mañana. **Designar a alguien para monitorear estas fuentes transforma la información abrumadora en inteligencia accionable**.

La Evolución de la Perspectiva Médica

En medicina, **la precisión no es opcional**: se especifican nombres de medicamentos, dosis y métodos de administración porque los detalles determinan los resultados. **La IA ha cruzado ese mismo umbral**. La versión del modelo que aparece en las interfaces de chat guiando el diagnóstico o evaluando pacientes se ha vuelto **tan significativa como cualquier receta escrita**.

Los profesionales médicos a menudo comparten conmigo sus primeras experiencias con IA: herramientas que decepcionaron, interfaces que frustraron, resultados que fallaron. Entiendo el e

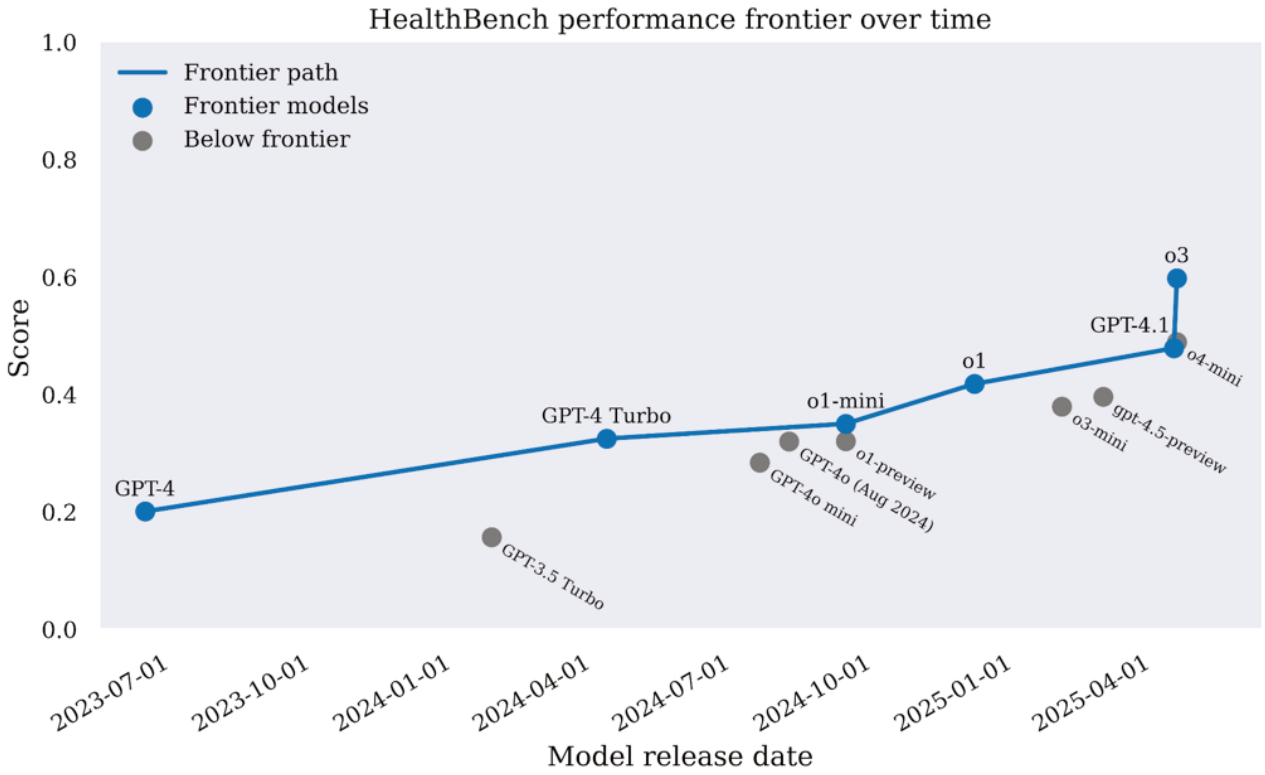
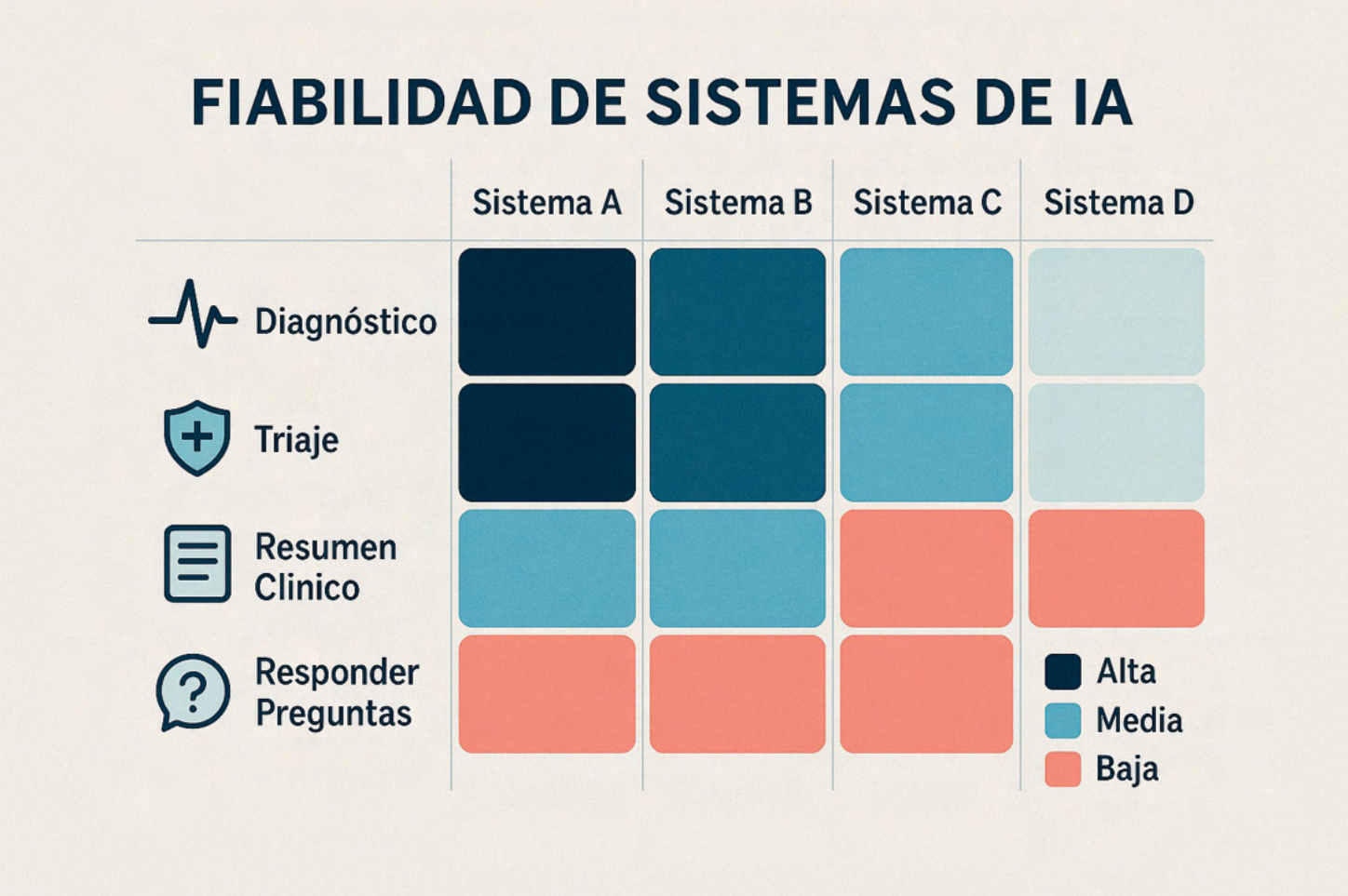


Figura 3: Rendimiento de HealthBench de los modelos de OpenAI a lo largo del tiempo. Fuente



FDA (2024). *Artificial Intelligence and Machine Learning (AI/ML)-Enabled Medical Devices.* Artificial Intelligence-Enabled Medical Devices | FDA
Referencias
Microsoft AI (8 de julio de 2025). *El Camino hacia la Superinteligencia Médica.* https://microsoft.ai/new/the-path-to-medical-superintelligence/
McDuff, D., Nori, H., Lundberg, S., Ribeiro, M. T., et al. (junio de 2025). *Diagnóstico Secuencial con Modelos de Lenguaje (MAI-DxO y SDBench).* arXiv:2506.22405. [2506.22405] Sequential Diagnosis with Language Models

Gorenshtein, A., Fistel, S., Sorka, M., Telman, G., Winer, R., Peretz, S., **Aran, D.**, Shelly, S. (2025). *Neuro-Copilot AI: Advanced LLM Framework for Neurological Patients in the Emergency Room.* Neurology. 104(7_Supplement_1). DOI: 10.1212/WNL.0000000000211706
Neuro-Copilot AI: Advanced LLM Framework for Neurological Patients in the Emergency Room (S27.004)

Arora, R. K., Wei, J., Singhal, K., et al. (13 de mayo de 2025). *HealthBench: Evaluando Modelos de Lenguaje Grande hacia una Mejor Salud Humana.* arXiv:2505.08775. [2505.08775] HealthBench: Evaluating Large Language Models Towards Improved Human Health

OpenAI (12 de mayo de 2025). *Presentando HealthBench.* (Resumen del blog y figuras). Introducing HealthBench | OpenAI

Microsoft Research (27 de noviembre de 2024). *Avances en estrategias de tiempo de ejecución para modelos de fundación de próxima generación.* (Figura con MedQA ~96% para o1-preview). Advances in run-time strategies for next-generation foundation models - Microsoft Research

Asgari, E., et al. (2025). *Un marco para evaluar la seguridad clínica y las tasas de alucinación de LLMs para el resumen de texto médico.* npj Digital Medicine. (versión de revista)
A framework to assess clinical safety and hallucination rates of LLMs for medical text summarisation | npj Digital Medicine

Jain, P., et al. (2024). *Advancing Healthcare AI Governance: A Comprehensive Maturity Model.* medRxiv.
Advancing Healthcare AI Governance: A Comprehensive Maturity Model Based on Systematic

l**Omar, M.**, et al. (2025). *Los Modelos de Lenguaje Grande son Altamente Vulnerables a Ataques de Alucinación Adversaria en el Apoyo a Decisiones Clínicas.* Communications Medicine (Nature Research).
Multi-model assurance analysis showing large language models are highly vulnerable to adversarial hallucination attacks during clinical decision support | Communications Medicine

Kim, Y., et al. (2025). *Medical Hallucinations in Foundation Models and Their Impact on Healthcare.* medRxiv.
Medical Hallucination in Foundation Models and Their Impact on Healthcare | medRxiv

Aljamaan, F., et al. (2024). *Puntuación de Alucinación de Referencias para Sistemas de Inteligencia Artificial Médica.* JMIR Med Inform.
Reference Hallucination Score for Medical Artificial Intelligence Chatbots: Development and Usability Study

Chelli, M., et al. (2024). *Tasas de Alucinación y Precisión de Referencias de ChatGPT y Bard para Revisiones Sistemáticas.* JMIR. https://www.jmir.org/2024/1/e53164/

FDA de EE.UU. *Centro de Excelencia de Salud Digital.*
Digital Health Center of Excellence | FDA

Stanford HAI. *Informe del Índice de IA (2025).*
The 2025 AI Index Report | Stanford HAI

Van Veen, D., et al. (2024). *Adapted large language models can outperform medical experts in clinical text summarization.* Nature Medicine. 30, 1134–1142.
Adapted large language models can outperform medical experts in clinical text summarization | Nature Medicine

Blumenthal, D., Patel, B. (2024). *The Regulation of Clinical Artificial Intelligence.* NEJM AI. 1, AIpc2400545.
The Regulation of Clinical Artificial Intelligence | NEJM AI

Rumale V., P., Tiwari, S., Naik, T.G., Gupta, S., Thai, D.N., Zhao, W., Kwon, S., Ardulov, V., Tarabishy, K., McCallum, A., & Salloum, W. (2024). *Faithfulness Hallucination Detection in Healthcare AI.* Presentado en KDD-AIDSH 2024 Conference, Agosto 2024. OpenReview.
https://openreview.net/forum?id=6eMIzKFOpJ

LA EVOLUCIÓN DEL COLGAJO DE DORSAL ANCHO EN LA RECONSTRUCCIÓN MAMARIA

Dr. Rodrigo Cericatto

La evolución del colgajo de dorsal ancho en la reconstrucción mamaria ha experimentado avances significativos, particularly en el cambio de la utilización tradicional de prótesis a la asociación con técnicas de lipofilling.

Históricamente, el colgajo de dorsal ancho ha sido un método confiable para proporcionar cobertura de tejido autólogo después de una mastectomía. Sin embargo, el enfoque convencional a menudo implicaba el uso de implantes, lo que conllevaba riesgos de complicaciones como la contractura capsular e infecciones, especialmente cuando se asocia radioterapia.

Estudios recientes destacan una creciente preferencia por combinar el colgajo de dorsal ancho con lipofilling, lo que mejora los resultados estéticos al mismo tiempo que minimiza las complicaciones asociadas con los implantes. Este cambio permite restaurar el contorno y el volumen de forma más natural sin los inconvenientes de los dispositivos protésicos.

La técnica del lipofilling ha ganado popularidad ya que no solo mejora el resultado cosmético general, sino que también reduce la necesidad de múltiples intervenciones quirúrgicasAdemás, ha habido un cambio notable en la posicion de la isla de piel del colgajo de dorsal ancho, moviéndose hacia una colocación más lateral en la pared torácica. Este ajuste mejora la adaptabilidad del colgajo y lo alinea mejor con los contornos naturales de la mama, contribuyendo a una mejor simetría y calidad estética. El posicionamiento lateral también facilita una cobertura más efectiva del sitio de la mastectomía, optimizando así el proceso de reconstrucción.

En conclusión, la evolución del colgajo de dorsal ancho en la reconstrucción mamaria refleja un movimiento progresivo hacia técnicas que priorizan la estética natural y la seguridad del paciente, enfatizando los beneficios del lipofilling y las estrategias de posicionamiento innovadoras.

MASTECTOMÍA ENDOSCÓPICA POR PUERTO ÚNICO: TÉCNICA QUIRÚRGICA Y PRIMER CASO EN MÉXICO.

Guillermo G. Peralta-Castillo[1,2], Ricardo Cavazos-García[3,4], Eva Eulalia-Hernández[1,2], Luis M. Cornejo-Mota[5], Ana C. Santiago-Prieto[6]*

[1]Clínica de Mama, Cancer Center Tec 100, Querétaro, Querétaro; [2]Departamento de Cirugía General, Hospital H+, Querétaro, Querétaro; [3]Departamento de Cirugía, Hospital Ángeles del Carmen, Guadalajara, Jalisco; [4]Escuela de Ciencias de la Salud y Medicina, Universidad del Valle de México, Campus Zapopan, Jalisco; [5]Departamento de Cirugía Plástica, Hospital H+ Querétaro, Querétaro; [6]Departamento de Patología Quirúrgica, Hospital H+, Querétaro, Querétaro. México

Correspondencia: Guillermo G. Peralta-Castillo. E-mail: drperalta-g@outlook.com

Resumen

Las innovaciones técnicas han permitido realizar un sinnúmero de cirugías endoscópicas y laparoscópicas, entre ellas la mastectomía preservadora de piel y pezón por puerto único, que ha sido reportada como bien tolerada, con un excelente resultado cosmético y con el mismo pronóstico oncológico que la cirugía tradicional. Esta técnica, común en Asia, presenta diversos retos técnicos y económicos. Presentamos la primera aproximación en nuestro país sobre este abordaje en una paciente con cáncer de mama. Para realizar esta cirugía es preciso el entrenamiento en mínima invasión y en cirugía mamaria, así como una adecuada selección de las pacientes.

Palabras clave: Cáncer de mama. Endoscopia. Mastectomía. Puerto único.

Abstract

Technical innovations and scientific advances have allowed to perform countless endoscopic and laparoscopic surgical procedures. Among these, Single port endoscopic Mastectomy has been reported as well tolerated, with great aesthetic results and the same oncologic prognosis as traditional surgery. This popular approach in Asian countries presents many technical and economic challenges. We present the first endoscopic approach in our country: a female patient with infiltrating ductal carcinoma in the left breast. We understand that to carry out this procedure, adequate patient selection, great minimal invasive and breast surgery skills are necessary.

Key words: Breast cancer. Endoscopy. Mastectomy. Single port.

Introducción

Desde finales del siglo XIX ha habido avances muy significativos en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama, desde la cirugía radical de William Hasted y sus modificaciones por Patey y Dyson hasta el abordaje conservador propuesto por Veronessi[1-3]. Así, en la búsqueda de realizar cirugías menos invasivas, y junto con los avances en cirugía plástica, fue introducida la mastectomía preservadora de piel y pezón como un abordaje oncológicamente seguro, bien tolerado y con excelentes resultados estéticos[4]. En la última década, este abordaje se ha vuelto muy común en todo el mundo, pues se puede realizar en cirugías profilácticas o terapéuticas, con un adecuado resultado cosmético ya que preserva la totalidad de la «envoltura de la mama».

Dándole continuidad a esta idea, y con el objetivo de la completa erradicación del cáncer y el intento de preservar la anatomía de la paciente, en 2002 surge la cirugía endoscópica de mama, aunque anteriormente había sido aplicada en la disección axilar[5,6]. La cirugía endoscópica y laparoscópica ha ganado numerosos adeptos y hoy en día es considerada el estándar de tratamiento en muchas patologías. En cuanto a la cirugía mamaria, ha ganado popularidad, en especial en países asiáticos en las últimas dos décadas, principalmente porque el tamaño de la mama en los países orientales es menor y realizar una cirugía conservadora con buenos resultados estéticos no siempre es posible[7-9]. Además, en los últimos años, la cirugía endoscópica de mama ha ganado un nuevo impulso en Occidente con el abordaje robótico de Toesca en el Instituto Europeo de Oncología[10]. Sin embargo, algunas de estas técnicas han sido abandonadas debido a su complejidad, por lo que se considera fundamental tener un adecuado entrenamiento laparoscópico y mamario para realizar este tipo de abordaje[11,12].

Caso clínico

Mujer de 63 años, con una tumoración de 2.9 cm en la mama izquierda de 3 meses de evolución, con diagnóstico mediante biopsia por aguja de corte de adenocarcinoma ductal infiltrante, clínicamente sin actividad ganglionar, en etapa clínica IIA. Presenta una mama pequeña, con una mala relación mama-tumor para considerarla para cirugía conservadora. La inmunohistoquímica corresponde a un tumor luminal A, por lo que, en sesión multidisciplinaria, se decide candidata a mastectomía total preservadora de piel y pezón más biopsia de ganglio centinela y primer tiempo de reconstrucción, cirugía que se lleva a cabo previo consentimiento informado.

Durante el procedimiento se realiza una incisión de 3 cm en la línea axilar anterior, asegurándonos de que pueda quedar oculta por el brazo. Se realiza una disección subcutánea, creando un colgajo de 4 cm bajo visión directa, y se procede a realizar ganglio centinela con doble técnica (azul patente y radio nucleótido). Posteriormente se instila solución salina con lidocaína al 0.05% y epinefrina (1:1,000,000) de manera subcutánea y radial al pezón para disminuir el riesgo de sangrado. Una vez que se obtiene un espacio adecuado para trabajar, se inserta el puerto único, conectado a un insuflador y manteniendo la presión a 7 mmHg. La disección se realiza con cauterio monopolar y tijera de 5 mm. Se usan tracción y contratracción para mantener una adecuada exposición con pinza de Maryland de 5 mm y tracción digital del pezón por el ayudante. La disección comienza en el colgajo superficial, por los cuadrantes externos, hasta llegar al pezón. Se toman dos muestras de la porción posterior del pezón y se mandan a análisis citopatológico transoperatorio. Se continúa con la disección anterior por completo hasta crear suficiente espacio para seguir con la disección posterior sobre el pectoral mayor. La glándula fue extirpada en bloque por la incisión axilar de 3 cm. Los bordes del tumor se valoraron en el transoperatorio por el departamento de patología (Fig. 1 y 2).

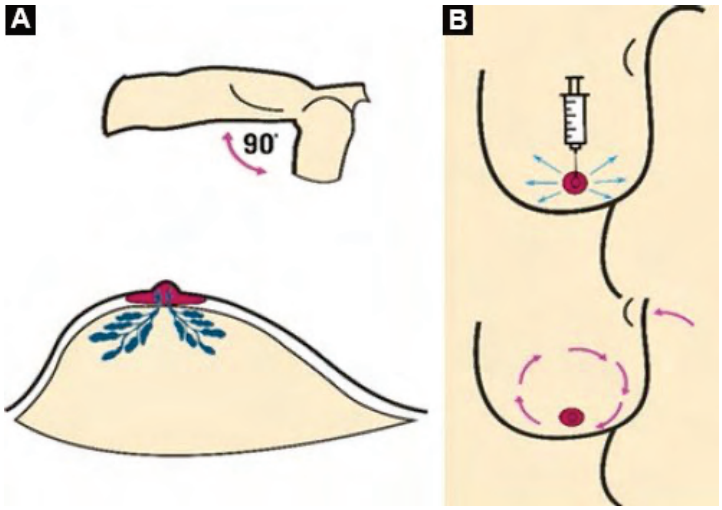


Figura 1. A: con la paciente en decúbito dorsal y el brazo extendido a 90° se planean la incisión y la colocación del puerto único en una incisión axilar para asegurar que se oculta por el brazo de la paciente. **B:** la disección comienza con la incisión axilar y la posterior hidrodisección e inyección subcutánea de solución salina (que contiene lidocaína y epinefrina) ocupando la totalidad de la mama para reducir el sangrado. **C:** inicialmente se inserta el puerto único y se comienza con la disección endoscópica del colgajo superior. Una vez que se alcanza la porción posterior del pezón, se identifica con azul patente (por la inyección del ganglio centinela). **D:** se continúa con la disección periférica hasta crear el espacio suficiente para disecar la glándula del pectoral mayor.).

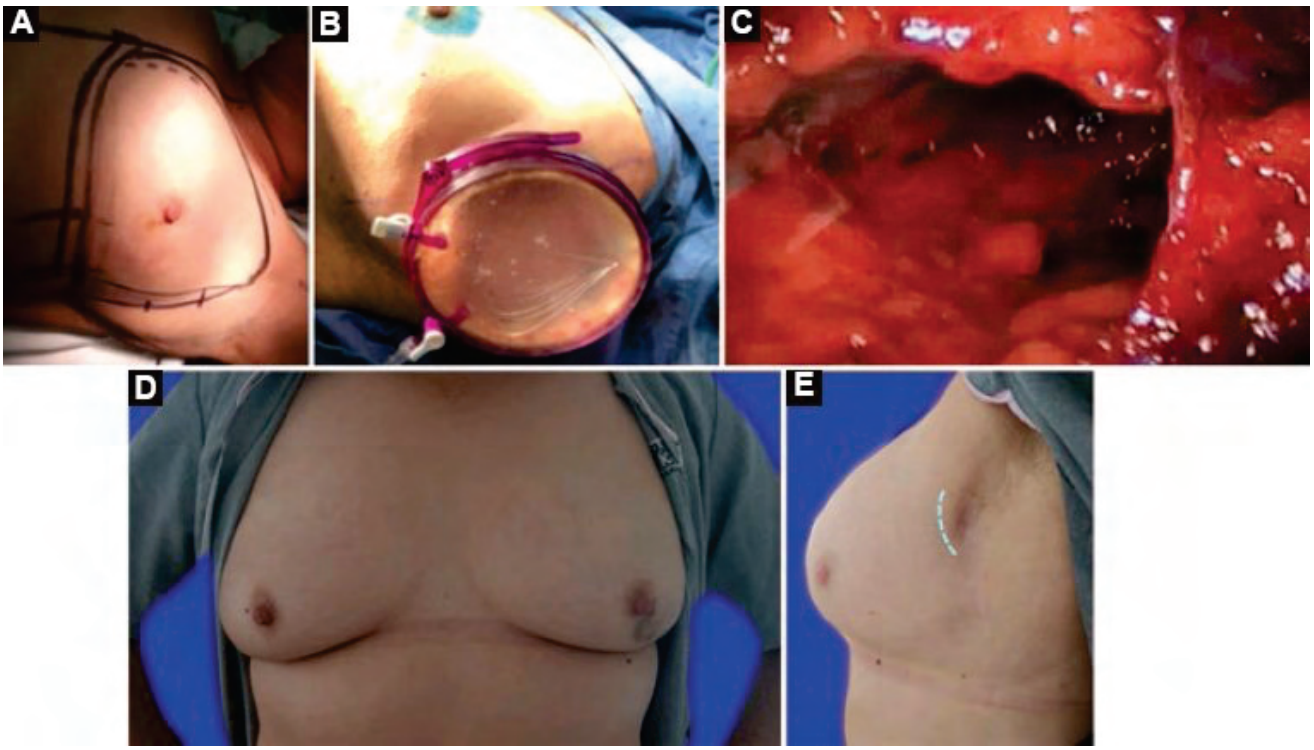


Figura 2. Técnica quirúrgica. **A:** planeación de la cirugía. **B:** incisión axilar de 3 cm y colocación del puerto único. **C:** disección anterior hasta llegar al complejo areola-pezón. **D:** imagen prequirúrgica. E: imagen en la semana 6 posoperatoria con 390 cm^3 en el expansor.altamente satisfecha con el procedimiento quirúrgico) en la subescala de satisfacción del test BRECON-31[13].

En la etapa reconstructiva, la presión de gas no fue suficiente para ayudar a elevar el pectoral mayor, por lo que se retiró el puerto y se usó un retractor estándar para la disección y la colocación del expansor.

El tiempo quirúrgico total de la disección oncológica fue de 140 minutos (incluidos los estudios transoperatorios del ganglio centinela y la zona retroareolar) y el sangrado transoperatorio fue de 80 cm^3. La paciente fue egresada al segundo día posquirúrgico sin complicaciones. Actualmente se encuentra con un periodo libre de enfermedad de 12 meses, es decir, no presenta datos clínicos ni radiológicos de recaída local o a distancia. Además, cuenta con el mejor resultado (16/16, altamente satisfecha con el procedimiento quirúrgico) en la subescala de satisfacción del test BRECON-31[13].

Discusión

Mantener un aspecto natural de la mama con una adecuada preservación del complejo areola-pezón disminuye el impacto psicológico en una paciente mastectomizada[14], y realizar una incisión que no afecte la sensibilidad del pezón y promueva un mejor resultado estético siempre será un reto.

Reportamos el primer caso de mastectomía subcutánea preservadora de piel y pezón endoscópica en México. Sabemos que la mastectomía endoscópica es una técnica quirúrgica segura, con una baja morbilidad perioperatoria, una tasa baja de isquemia y necrosis del pezón, y un adecuado resultado estético. En la literatura se han reportado diversos abordajes endoscópicos, a través de incisiones periareolares o axilares, y han demostrado ser una alternativa efectiva, bien tolerada y oncológicamente segura para la resección de tumores malignos[15-21], con o sin reconstrucción inmediata, siendo reportadas como cirugías con un excelente resultado estético[15,22].

Debido a la característica propia de la mastectomía, que se define como mutilante, comúnmente se asocia a problemas psicológicos, como depresión, estrés, ansiedad y dificultades para llevar a cabo relaciones interpersonales[23-25]. Estos efectos pueden disminuirse con una adecuada reconstrucción, en especial en pacientes con cirugías preservadoras de piel y pezón[14,26,27], por lo que esta técnica brinda otra herramienta de tratamiento para las pacientes con cáncer de mama.

Existen diversos reportes de la seguridad oncológica de esta técnica ya desde sus inicios en 2002, con trabajos que demostraron que no hay diferencias significativas en cuanto a pronóstico, sobrevida, recurrencia local y metástasis a distancia[11,12,28]. Hasta el momento, las principales indicaciones de la mastectomía endoscópica incluyen [9]:

- Carcinoma ductal *in situ*.

- Tumores pequeños (T1 y T2) en pacientes con mamas pequeñas en las que la cirugía conservadora dejará obvias deformidades.

- Pacientes candidatas a cirugía conservadora que no desean (o no puedan recibir) radioterapia y optan por la mastectomía.

- Pacientes que desean cirugía reductora de riesgo.

Los principales retos que afronta esta técnica son la adecuada selección de pacientes, el tiempo quirúrgico y los costos mayores en comparación con las técnicas tradicionales, motivos por lo que pensamos que ha carecido de popularidad. Sin embargo, en nuestra experiencia, el tiempo quirúrgico oncológico fue de 140 minutos, ligeramente menor que los reportados por Ho, et al.5, de 195 minutos, y Hung, et al.29, de 228 minutos. Comparado con otras técnicas subcutáneas, no creemos que el tiempo sea un factor tan importante. Además, sabemos que el tiempo quirúrgico disminuye a medida que aumenta el número de casos 29.

Conclusiones

Con los avances actuales en la cirugía endoscópica, las pacientes que son candidatas a mastectomía preservadora de piel y pezón pueden ahora beneficiarse de la cirugía endoscópica, disminuyendo el tamaño de la cicatriz quirúrgica, mejorando la apariencia estética y, tal vez, reduciendo los efectos psicosociales que todo el proceso conlleva.

En cuanto a la técnica, creemos que el uso de dióxido de carbono pareciera habernos permitido una menor cantidad de sangrado, ayudándonos además a respetar y preservar las perforantes de las arterias intercostales, lo que contribuye a una mejor circulación en el pezón. Además, en nuestra opinión, la incisión en la axila puede ser fácilmente ocultada por el brazo, contribuyendo también a la vitalidad del complejo areola-pezón y mejorando la estética de la cirugía.

Sin embargo, reconocemos algunas limitaciones importantes que pudieran influir en la falta de popularidad de esta técnica: los instrumentos utilizados fueron diseñados para otros propósitos y esto dificulta su adecuado funcionamiento; el uso de esta tecnología incrementa los costos y el tiempo de la cirugía, mismos que deberán ser valorados con la paciente previamente a la realización de este abordaje. Además, la selección de las pacientes es importante, ya que los tamaño del tumor y de la mama pueden ser un impedimento para la técnica, y por desgracia en nuestro medio los casos avanzados representan un gran porcentaje de las pacientes afectadas.

Entendemos que es preciso un adecuado entrenamiento laparoscópico o endoscópico y en cirugía mamaria para llevar a cabo este procedimiento. Estamos seguros de que con el incremento en el uso de terapias neoadyuvantes y una mayor difusión de la técnica, esta será considerada con mayor frecuencia en la elección de tratamientos quirúrgicos oncológicos en la mama.

- Carcinoma ductal *in situ*.

- Tumores pequeños (T1 y T2) en pacientes con mamas pequeñas en las que la cirugía conservadora dejará obvias deformidades.

- Pacientes candidatas a cirugía conservadora que no desean (o no puedan recibir) radioterapia y optan por la mastectomía.

- Pacientes que desean cirugía reductora de riesgo.

Los principales retos que afronta esta técnica son la adecuada selección de pacientes, el tiempo quirúrgico y los costos mayores en comparación con las técnicas tradicionales, motivos por lo que pensamos que ha carecido de popularidad. Sin embargo, en nuestra experiencia, el tiempo quirúrgico oncológico fue de 140 minutos, ligeramente menor que los reportados por Ho, et al.5, de 195 minutos, y Hung, et al.29, de 228 minutos. Comparado con otras técnicas subcutáneas, no creemos que el tiempo sea un factor tan importante. Además, sabemos que el tiempo quirúrgico disminuye a medida que aumenta el número de casos 29.

Conclusiones

Con los avances actuales en la cirugía endoscópica, las pacientes que son candidatas a mastectomía preservadora de piel y pezón pueden ahora beneficiarse de la cirugía endoscópica, disminuyendo el tamaño de la cicatriz quirúrgica, mejorando la apariencia estética y, tal vez, reduciendo los efectos psicosociales que todo el proceso conlleva.

En cuanto a la técnica, creemos que el uso de dióxido de carbono pareciera habernos permitido una menor cantidad de sangrado, ayudándonos además a respetar y preservar las perforantes de las arterias intercostales, lo que contribuye a una mejor circulación en el pezón. Además, en nuestra opinión, la incisión en la axila puede ser fácilmente ocultada por el brazo, contribuyendo también a la vitalidad del complejo areola-pezón y mejorando la estética de la cirugía.

Sin embargo, reconocemos algunas limitaciones importantes que pudieran influir en la falta de popularidad de esta técnica: los instrumentos utilizados fueron diseñados para otros propósitos y esto dificulta su adecuado funcionamiento; el uso de esta tecnología

incrementa los costos y el tiempo de la cirugía, mismos que deberán ser valorados con la paciente previamente a la realización de este abordaje. Además, la selección de las pacientes es importante, ya que los tamaño del tumor y de la mama pueden ser un impedimento para la técnica, y por desgracia en nuestro medio los casos avanzados representan un gran porcentaje de las pacientes afectadas.

Entendemos que es preciso un adecuado entrenamiento laparoscópico o endoscópico y en cirugía mamaria para llevar a cabo este procedimiento. Estamos seguros de que con el incremento en el uso de terapias neoadyuvantes y una mayor difusión de la técnica, esta será considerada con mayor frecuencia en la elección de tratamientos quirúrgicos oncológicos en la mama.

Agradecimientos

Los autores agradecen a la Dra. Denisse Sepúlveda por la revisión del artículo, a la licenciada Lourdes Rangel por su ayuda durante la cirugía y al Hospital San José de Querétaro por las facilidades otorgadas en sus instalaciones.

Conflicto de intereses

Ninguno de los autores presenta conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

1. William H. The results of operations for the cure of cancer of breast performed at the Johns Hopkins Hospital from June 1889 to January 1894. Arch. Surg. 1894;20:497-555.
2. Patey DH, Dyson WH. Prognosis of carcinoma of the breast in relation to the type of operation performed. Br J Cancer. 1948;2:7-13.
3. Veronesi U, Saccozzi R, Greco M, Luini A, Sultan L. Conservative treatment of breast cancer. A trial in progress at the Cancer Institute of Milan. Bull Cancer. 1977;64:619-22.
4. Sakamoto N, Fukuma E, Higa, K, Ozaki S, Sakamoto M, Abe S, et al. Early results of an endoscopic nipple sparing mastectomy. Indian J Surg Oncol. 2010;1:232-9.
5. Ho W, Ying S, Chan A. Endoscopic-assisted subcutaneous mastectomy and axillary dissection with immediate mammary prosthesis reconstruction for early breast cancer surgical endoscopy. 2002;16:302-6. doi:https://doi.org/10.1007/s004640000203
6. Salvat J, Knopf JF, Ayoubi JM, Slamani L, Vincen-Genod A, Guilbert M, et al. Endoscopic exploration and lymph node sampling of the axilla. Preliminary findings of a randomized pilot study comparing clinical and anatomo-pathologic results of endoscopic axillary lymph node sampling with traditional surgical treatment. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1996;70:165-73.
7. Yau TK, Soong IS, Sze H, Choi CW, Yeung MW, Ng WT, et al. Trends and patterns of breast conservation treatment in Hong Kong:1994–2007. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2009;74:98-103.
8. Jeffrey G, Groot G, Boden C, Busch A, Holtslander L, Lim H. Review of factors influencing women's choice of mastectomy versus breast conserving therapy in early stage breast cancer:a systematic review. Clin Breast Cancer. 2018;18:e539-54.
9. Mohammed-Keshtgar RS, Fukuma E. Endoscopic mastectomy:what does the future hold?women´s health. 2009;5(2):107-9.
10. Toesca A, Peradze N, Galimberti V, Manconi A, Gentilini O, Sances D, et al. Robotic nipple sparing mastectomy and immediate breast reconstruction with implant:first report of surgical technique. Ann Surg. 2017;266:e28-e30.
11. Leff DR, Vashisht R, Yongue G, Keshtgar M, Yang GZ, Darzi A. Endoscopic breast surgery:where are we now and what might the future hold for the video assisted surgery?Breast Cancer Res Treat. 2011; 125:607-25.
12. Tetsuhiro O, Kijima Y, Yoshinaka H, Hirata M, Okumura H, Ishigami S, et al. Present status of endoscopic mastectomy for breast cancer. World J Clin Oncol. 2015;6:25-9.
13. Temple CF, Cook EF, Bettge-Hahn M, Mychailyshyn N, Naeem H, Madermid J. Development of a breast reconstruction satisfaction questionnaire (BRECON-31):principal components analysis and clinimetric properties. J Surg Oncol. 2012;106:799-806.
14. Sherman KA, Woon S, French J, Elder E. Body image and psychological distress in nipple-sparing mastectomy:the roles of self-compassion and appearance investment. Psychooncology. 2017;26:337-45.
15. Lai HW, Lin SL, Chen ST, Kuok KM, Chen SL, Lin YL, et al. Single axillary incision endoscopic assisted hybrid technique for nipple-sparing mastectomy:technique, preliminary results and patient reported cosmetic outcome from preliminary 50 procedures. Ann Surg Oncol. 2018; 25:1340-9.
16. Lai HW, Chen ST, Chen DR, Chen SL, Chang TW, Kuo SJ, et al. Current trends in and indications for endoscopic assisted breast surgery for breast cancer:results from a six year study conducted by the Taiwan Endoscopic Breast surgery cooperative group. PLoS One. 2016; 11:e0150310.
17. Lai HW, Wu HS, Chuang KL, Chen DR, Chang TW, Kuo SJ, et al. Endoscopy-assisted total mastectomy followed by immediate pedicled transverse rectus abdominis musculocutaneous (TRAM) flap reconstruction:preliminary results of 48 patients. Surg Innov. 2015;22:382-9.
18. Lee EK, Kook SH, Park YL, Bae WG. Endoscopy-assisted breast-conserving surgery for early breast cancer. World J Surg. 2006;30:957-64.
19. Sakamoto N, Fukuma E, Higa K, Ozaki S, Sakamoto M, Abe S, et al. Early results of an endoscopic nipple-sparing mastectomy for breast cancer. Indian J Surg Oncol. 2010;1:232-9.
20. Lai HW, Lin HY, Chen SL, Chen ST, Chen DR, Kuo SJ. Endoscopy-assisted surgery for management of benign breast tumors:technique, learning curve, and patient-reported outcome from preliminary 323 procedures. World J Surg Oncol. 2017;15:19.

21. Sakamoto N, Fukuma E, Teraoka K, Hoshi K. Local recurrence following treatment for breast cancer with an endoscopic nipple-sparing mastectomy. Clin Trial. 2016;23:552-60.
22. Wang Y, Wu JX, Guan S. A technique of endoscopic nipple-sparing mastectomy for breast cancer. JSLS. 2017;21:e2017.00028.
23. Ominyi JN, Nwodom MU. Psychological impact of mastectomy and breast reconstruction. IJSR. 2014;3:551-6.
24. Alves BT, Melo AMDd, Nascimento SIBd, Sousa Neto JM, Araújo IA, Puentes TMO, et al. The psychological impact in women after mastectomy with and without immediate mammary reconstruction. Am In Mul J. 2018;4:112-6.
25. Ray C. Psychological implications of mastectomy. Br J Soc Clin Psychol. 1977;16:373-7.
26. Dean C, Chetty U, Forrest AP. Effects of immediate breast reconstruction on psychosocial morbidity after mastectomy. Clin Trial. 1983;1:459-62.
27. Rowland JH, Holland JC, Chaglassian T, Kinne D. Psychological response to breast reconstruction:expectations for and impact on postmastectomy functioning. Psychosomatics. 1993;34:241-50.
28. Kitamura K, Ishida M, Inoue H, Kinoshida J, Hashizume M, Sugimachi K. Early results of an endoscope-assisted subcutaneous mastectomy and reconstruction for breast cancer. Surgery. 2002;131:S324-9.
29. Hung CS, Chang SW, Liao LM, Huang CC, Tu SH, Chen ST, et al. The learning curve of endoscopic total mastectomy in Taiwan:a multi-center study. PLoS One. 2017;e0183638.a

DE ONCOLOGO A ONCOLOGICO.

Dr. Eduard Valdez

Cirujano Oncólogo / Email: Drevaldez@gmail.com

La historia de un médico que conocía el cáncer… hasta que lo vivió en carne propia y lo entendio diferente.

Durante más de quince años, dedicó su vida al tratamiento del cáncer. Desde el otro lado del escritorio, con bata blanca y mirada serena, consolaba, guiaba y acompañaba a sus pacientes en los momentos más difíciles de sus vidas. Como oncólogo quirúrgico, era preciso, metódico, y emocionalmente fuerte. O eso pensaba… hasta que el diagnóstico lo sorprendió a él.

Corría el mes de mayo cuando un dolor persistente en el abdomen lo llevó a realizarse algunos estudios, más por prevención que por sospecha. Lo que parecía una molestia digestiva común terminó siendo un cáncer colónico.

Ver el informe con mi nombre fue como recibir una bofetada. No por desconocimiento, sino porque conocía cada estadística, cada complicación, cada protocolo. Era como leer una sentencia escrita con mi propia letra.

Del bisturí a la bata de paciente

Lo que siguió fue un torbellino de emociones: miedo, incredulidad, frustración… y finalmente, aceptación. Las mismas salas en las que solía operar ahora eran el escenario de sus cirugías. Los colegas se convirtieron en sus médicos. Y las preguntas que él solía responder, ahora eran las que lo mantenían despierto por las noches.

“El hospital es otro universo cuando uno es paciente. Cada espera en la sala de oncología, cada resultado de laboratorio, cada palabra del cirujano… tiene un peso distinto,” confiesa.

Una visión transformada

Ver el informe final fue demoledor, observando las escripciones de lo que se habia encontrado, asi como los estudios moleculares del mismo, el cielo se desmorona, la audición se esfumo con un zumbido que solo retumba en con una palabra en el fondo y sus ecos “Y ahora que?”. Nubes en las miradas con distorción de la realidad y ver pasar sus años en unos segundos, ver lo que se podría perder, tras la conclusiones del reporte y su vasta experiencia en estas situaciones como médico, desconocida para él, es como si viajara a una dimensión inversa. Cuan fatídico momento, en el cual las palabras que se utilizaban para alentar a los pacientes, no funcionaban en ese momento, cambiar el disco de imágenes y recuerdos y ver los escenarios que como médico estuviste presente, alentando, consolando, dando esperanzas, y analizar en cuales casos funcionó y en cuales no.

Descenas de pacientes, de quien fue su pilar, ahora es como si en un programa de realidad virtual presionaras el boton de Invertir, esos pacientes, llamaban, consolaban, daban sugerencias e inclusiven hacian video conferencias para hablar.

Después de varios tratamiento, y tras varios meses de recuperación, el volvió a ejercer. Pero no volvió igual. Hoy es mas abierto, habla más despacio y escucha el doble. Entendio que el conocimiento médico no basta si no se acompaña de humanidad mas profunda, que cada lamento, queja y hasta sentimiento importa y sobre todo de que hay un ser vivo, en lo mas alto, que espera por cada uno de nosotros para que le demos la oportunidad de que habite en nosotros y nos dejemos guiar bajo su precepto y su guía.”

Comenzó a incorporar cambios pequeños pero significativos: visitas más largas, lenguaje más claro, y un espacio emocional para los pacientes que antes no se permitía.

El poder de las segundas oportunidades

Hoy es un médico con doble visión: la científica y la vivencial. Y desde esa dualidad ha encontrado una nueva misión: llevar a otros oncólogos con empatía como base y recordarles que, detrás de cada paciente, hay un reflejo posible de uno mismo.

“El cáncer me ha quitado muchas cosas. Pero me dio algo invaluable: la capacidad de mirar con otros ojos. Y con esos ojos, trato de sanar mejor cada día.”

SODOCO SOCIAL

Celebración del Día del Superviviente de Cáncer en el Ministerio de Defensa de la República Dominicana

Santo Domingo, 4 de junio de 2025 – El pasado sábado 4 de junio, el Salón Independencia del Ministerio de Defensa de la Republica Dominicana fue el escenario de una emotiva celebración con motivo del Día del Superviviente de Cáncer, evento que reunió a más de doscientas personas que, con valentía y perseverancia.

Esta cuarta jornada, organizada por la Sociedad Dominicana de Cirugía Oncológica, en colaboración con el Ministerio de las Fuerzas Armadas y otras instituciones, tuvo como propósito rendir homenaje a aquellos que, tras enfrentar y vencer el cáncer, hoy se alzan como símbolo de esperanza y fortaleza para todos los afectados por esta enfermedad.

La actividad comenzó con las palabras de la Dra. Yudelys Montilla, presidente de la Sociedad Dominicana de Cirugía Oncológica [SODOCO]. Durante su intervención, destacó la importancia de visibilizar la lucha de los sobrevivientes y brindarles un espacio para compartir sus experiencias. "Hoy celebramos no solo la victoria de quienes han superado el cáncer, sino también la fortaleza que nos da la esperanza, la resiliencia y el apoyo de nuestras familias y de todo un sistema de salud que ha trabajado incansablemente por hacer posible estos logros", expresó la Dra. Montilla.

La Dra. Montilla enfatizó además la necesidad de continuar fomentando la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado, claves fundamentales para garantizar que más personas puedan convertirse en sobrevivientes.

A continuación, el Dr. Tomás Brache Ovalles, Coronel Médico Gineco-obstetra ERD y Director General del Hospital Universitario Docente Central de las Fuerzas Armadas, también se dirigió a los presentes. Como representante del Ministerio, el Dr. Brache Ovalles destacó el firme compromiso de la institución con la salud y el bienestar de los ciudadanos, especialmente en la atención a los pacientes oncológicos.

La jornada fue una ocasión para que los sobrevivientes compartieran sus historias de lucha, encontraran apoyo mutuo y celebraran los avances en la medicina oncológica. Además, se llevaron a cabo diversas actividades que incluyeron testimonios inspiradores, música, actividades recreativas y una significativa ceremonia de reconocimiento a todos los sobrevivientes presentes y concluyó con un emotivo aplauso que resonó en todo el salón, como símbolo de respeto y admiración por cada uno de los valientes que, con su testimonio de vida, inspiran a seguir luchando contra el cáncer.

La Sociedad Dominicana de Cirugía Oncológica es una entidad dedicada a promover la educación, investigación y tratamiento de los pacientes con cáncer en la República Dominicana. Su misión es apoyar a los profesionales de la salud en la mejora de la calidad del tratamiento oncológico y brindar una atención integral a los pacientes..














IntraCare
CENTER
SOMOS MÁS QUE
QUIMIOTERAPIA





turenlaces

congresos / convenciones / turismo / dmc

Transformamos ideas en eventos memorables y exitosos, integrando más de 30 años de experiencia con estrategias BTL personalizadas, soluciones tecnológicas avanzadas y servicio completo de DMC.

Servicios que ofrecemos:

- Consultoría, organización y ejecución de congresos nacionales e internacionales.
- Programas de incentivos basados en objetivos y experiencias.
- Producción de eventos corporativos.
- Comercialización y gestión de patrocionios.
- Ferias y exposiciones innovadoras.
- Servicio completo de manejo de suplidores y destino (DMC).
- Innovación: plataforma de registro, apps, chatbots, entre otros.
- Traslados.
- Boletería.



Contacto:
809.565.3500
servicios@turenlaces.com

MPI site cocal opetur IATA pcma ADAVIT