

Revista

de la Fundación Valle del Lili

Septiembre/Noviembre de 2011 · Edición N° 31

ISSN 1794-4589

••• PRECIO AL PÚBLICO: \$5.000 •••



Cáncer de Mama Hereditario

 **FUNDACIÓN
VALLE DEL LILI**

Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario: 4837000 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional: 018000513700



FUNDACIÓN
VALLE DEL LILI

Fundación Valle del Lili es hoy
la segunda mejor clínica en Colombia.
Entre 190 hospitales latinoamericanos,
ocupa el octavo puesto.

El 13 de Septiembre, la Revista América Economía hizo oficial el ranking 2011 de los mejores hospitales y clínicas en América Latina.

Con orgullo, la Fundación Valle del Lili ocupó el segundo lugar en Colombia y logró posicionarse en el octavo puesto a nivel latinoamericano, destacándose en los siguientes conceptos de evaluación: Seguridad, dignidad del paciente, recurso humano, capacidad instalada, eficiencia, gestión del conocimiento y prestigio.

Con 14 hospitales dentro del ranking, Colombia demuestra su alto nivel en la prestación de servicios hospitalarios y la Fundación ratifica su compromiso con la

**“Excelencia en salud
al servicio de la comunidad”**

Fuente: Revista América Economía



Contenido



- 2 Editorial
- 3 Agradecimientos
- 30 Directorio:
Médicos, Especialidades y Servicios
- 4 **Trasplante de Hígado: una opción en el
tratamiento del cáncer**
- 6 **Tumores Óseos**
- 8 **Estudios Radiológicos en la Detección de
Cáncer de Mama**
- 9 **Trasplantes de Laringe y Tráquea**
- 10 **Braquiterapia**
- 12 **Mitos y Realidades sobre el Cáncer**
- 14 **Cáncer de Colon y Recto**
- 15 **Estudios imagenológicos en linfomas**
- 16 **Cáncer de Mama Hereditario**
- 20 **Alimentación y Nutrición**
- 22 **Nuevos Medicamentos en el
tratamiento del cáncer**
- 24 **Trasplante con células madres
hematopoyéticas en niños**
- 26 **Aportes de los exámenes de
Laboratorio Clínico y Patología en el
diagnóstico y manejo del cáncer**
- 28 **Laparoscopia en Urología**

Editorial

El mes de octubre de cada año nos recuerda el compromiso de redoblar los esfuerzos para combatir ese enemigo mortal que es el cáncer. La Noche Rosada de la Fundación Valle del Lili, organizada desde hace siete años por la Dra. Diana Currea, se ha constituido en un evento educativo de primer orden en la ciudad, a través del cual se concientiza a nuestra comunidad hacia la detección del cáncer de mama.

Esta tarea no es sencilla y es preciso, educar y educar, para lograr disminuir sus consecuencias fatales.

Los grandes avances terapéuticos que continuamente están apareciendo, generan esperanza; sin embargo, mediante el uso de medidas preventivas y detección precoz lograremos los mejores resultados.

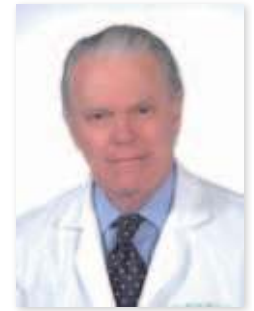
En esta edición se discuten diferentes tipos de cáncer en órganos sólidos, tumores de colón, mama, huesos, hígado, linfomas y se ofrecen nuevos tratamientos disponibles en nuestra Institución.

Es importante destacar que la Fundación ha decidido como un componente fundamental de su misión asistencial, la prevención, detección precoz y tratamiento del cáncer utilizando la más moderna y efectiva tecnología de Imágenes Diagnósticas y Laboratorio Clínico.

Para este mes se incorporará el servicio de PET-CT (Tomografía de emisión de Positrones y CT de alta resolución 126 cortes), único en el sur occidente colombiano que permitirá detectar lesiones malignas en estados tempranos y cuantificar mejor su extensión y respuesta al tratamiento.

Adicionalmente, el Laboratorio Clínico está implementando nuevas técnicas de biología molecular para categorizar con más precisión las variedades de cáncer y ofrecer mejor información para definir su tratamiento.

La Fundación Valle del Lili cuenta con un grupo multidisciplinario especialmente dispuesto a ayudar a todos los enfermos y a sembrar semillas de esperanza apoyando a quienes sufren con este mal. Los numerosos ejemplos de enfermos que han superado las consecuencias del cáncer son el mayor estímulo y ejemplo a no claudicar en este esfuerzo.



Por
Martín Wartenberg
Villegas, MD.
Director Médico



**La Fundación
estará siempre
brindando los
mejores recursos
para ayudar a la
comunidad.**



PRE. 069

Bogotá, junio 20, 2011

Doctor
VICENTE BARRERO RESTREPO
Director General
FUNDACION VALLE DE LILI
Cali

Apreciado Vicente:

En nombre de los miembros de la Junta Directiva y los afiliados de la Regional Centro Occidente de Asocolflore que asistieron a la visita en la Fundación el pasado viernes, quiero expresarle nuestros más sinceros agradecimientos por tu generosa hospitalidad y excelente presentación que dejó a todos muy bien impresionados por el altísimo nivel hospitalario que ofrece la Fundación.

Igualmente llamativa fue la historia de la creación de la Fundación que es un ejemplo empresarial vallecaucano del que siempre nos hemos sentido muy orgullosos y que sólo ha sido posible bajo el liderazgo tuyo en compañía del Dr. Martin Wartenberg. Felicitaciones una vez más. Nos encargaremos de divulgar la existencia de este centro tan importante.

Cordialmente,


AUGUSTO SOLANO MEJÍA
Presidente

SEDE NACIONAL
Calle 100 No. 10-10
Bogotá, D.C.

REGIONAL ANTIOQUIA
Paseo del Comercio No. 10-10
Bogotá, Antioquia

REGIONAL CENTRO OCCIDENTE
Calle 100 No. 10-10
Bogotá, D.C.

Cali, 4 de agosto de 2011

Doctores
ARNOLDO BROMET
Jefe del Programa
CARLOS A. CHAVARRO
Médico Familiar
CLARA ELISA REYES
Psicóloga
MARLENY ARISTIZABAL
Enfermera Jefe
PROGRAMA INTEGRAL DE CUIDADOS PALIATIVOS
FUNDACION VALLE DEL LILI
Cali

Reciban en nombre de mi familia y en el mío un respetuoso y caluroso saludo.

Que misión tan linda cumplen ustedes. Al recibir su comunicación del 25 de julio de 2011 nos sentimos conmovidos porque en estos momentos tan difíciles como han sido éstos con ocasión del fallecimiento de nuestra querida LUCRECIA, las palabras de apoyo, y amistad son las que permiten seguir adelante.

Creámos que todo lo que ustedes hicieron por LUCRECIA y por nosotros, siempre estarán en nuestras mentes y en nuestros corazones; que no tenemos como decirles GRACIAS porque el continuo apoyo médico, psicológico, sus consejos, sus indicaciones, sin importar la hora o circunstancias en las cuales acudíamos a ustedes, siempre tuvieron amabilidad, cordialidad y comprensión. **ESTO ES LO QUE HACE UN VERDADERO Y GRAN EQUIPO DE TRABAJO.**

Que el Señor los proteja, los ilumine, los bendiga y les permita seguir por muchos años, cumpliendo con esta misión tan linda, no es fácil, pero ustedes se lo han propuesto y DIOS los ha premiado.

GRACIAS, GRACIAS, MUCHAS GRACIAS.


ELIZABETH SENDOYA SANDOVAL
c.c. # 25.267.066 de Popayán.



EL PRIMER AÑO DE MI NUEVA VIDA

CLINICA VALLE DEL LILI

Hoy 9 de agosto 1er año de mi trasplante, quiero agradecer por todo lo que tengo...

Gracias Dios mío por todo lo que me has dado.

Gracias por los días de sol y las noches oscuras por los días tristes, por los días felices, por las noches radiantes de luz y alegría, noches de alegría como esta noche de acción de gracias.

Gracias señor por haberme permitido la vida cuando para mí ya no había fe ni esperanza.

Gracias vecinos y amigos por sus oraciones y voces de aliento sin los cuales no habría tenido fuerzas para soportar tan agotadora operación.

Gracias a mis médicos y enfermeras por sus cuidados y esfuerzos para poder estar hoy aquí.

Gracias María mi adorable esposa por tus cuidados, por tu grandiosa fe, por tu valor cuando ya no habían esperanzas.

Gracias a la fe y oraciones de mis hijos nietos, sobrinos, yernos, nueros y a mis familiares ausentes.

Gracias a Dios por permitirme despertar a nueva vida rodeado de amigos y vecinos tan especiales.

Gracias Dios mío por permitirme levantar esta copa y brindar por nuestra sincera amistad por vuestras oraciones y tu grandioso apoyo.

Que Dios los bendiga mil y mil bendiciones para ustedes que Dios les pague.

Dios mío bendito en ti contó!

Atentamente:

EDGAR QUINTERO VELEZ

Santiago de Cali, Marzo 08 de 2011

Doctora
DIANA FELISA CURREA PERDOMO
Fundación Valle de Lili
La ciudad

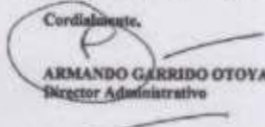
Apreciada y distinguida amiga:

Para la Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca - COMPANDI- ha sido especialmente grato registrar la Distinción que le ha sido otorgada en el "XXIII Premio Cafam a la Mujer 2011", al ocupar el segundo puesto entre 21 damas que en representación de 20 Departamentos y de Bogotá D.C. se disputaron el máximo galardón de este año; mujeres que se han dedicado con abnegación y espíritu solidario a ayudar a personas, familias y comunidades víctimas de la enfermedad, la pobreza, la violencia, los desastres naturales y el abandono de la sociedad.

Este reconocimiento, que compartimos todos los vallecaucanos, traduce la gratitud de importantes núcleos de nuestra comunidad que han sido testigos de su consagrada lucha diaria contra el cáncer que afecta a millones de mujeres, en su mayoría pertenecientes a clases menos favorecidas, y que han superado tan cruel enfermedad gracias a las campañas de prevención y a los diagnósticos y cirugías liderados generosamente por usted.

Me complace expresar a usted, y por su digno conducto, a todos los colaboradores de la Fundación, nuestros sinceros saludos de felicitación y cálidos sentimientos de admiración por tan maravillosa obra social, en nombre de los miembros del Consejo Directivo de COMPANDI y particularmente en el mío.

Cordialmente,


ARMANDO GARRIDO OTOYÁ
Director Administrativo

Trasplante de Hígado:

una opción en el tratamiento del cáncer



Por Luis
Armando
Caicedo Rusca,
MD. • Cirujano
Vascular y
Trasplantes

El carcinoma hepatocelular es la quinta causa de tumores sólidos y la tercera causa de muerte por cáncer en todo el mundo. La mayoría de los carcinomas se originan en el hígado cirrótico y raramente ocurre en tejido sano. En Asia y en África este tipo de tumor es muy frecuente y está relacionado con alta incidencia de hepatitis B y hepatitis C.

El pronóstico está en relación con el diagnóstico temprano, por este motivo el hepatólogo debe rastrear el tumor en forma periódica en los pacientes con cirrosis. Esto se hace con imágenes diagnósticas y con marcadores tumorales en sangre.

El manejo del tumor en sus fases tempranas es quirúrgico. Con la resección del tumor se logra una muy buena sobrevida, y son pocos los pacientes susceptibles a este tipo de tratamiento. Los pacientes cirróticos compensados con lesiones pequeñas y periféricas son candidatos a resecciones quirúrgicas. Los enfermos con cirrosis avanzada no tienen suficiente reserva en su hígado para tolerar este tipo de procedimientos, y aunque el tumor sea retirado con éxito, existe la posibilidad de recurrencia debido a que el tejido remanente enfermo favorece la aparición de otros tumores.

Las experiencias tempranas con trasplante de hígado en esta patología fueron desalentadoras. Con una mejor selección de los pacientes basada en la clasificación según la reserva funcional del hígado, el tamaño, la extensión, la diferenciación celular y el compromiso vascular del tumor se han logrado resultados muy satisfactorios con excelente sobrevida.





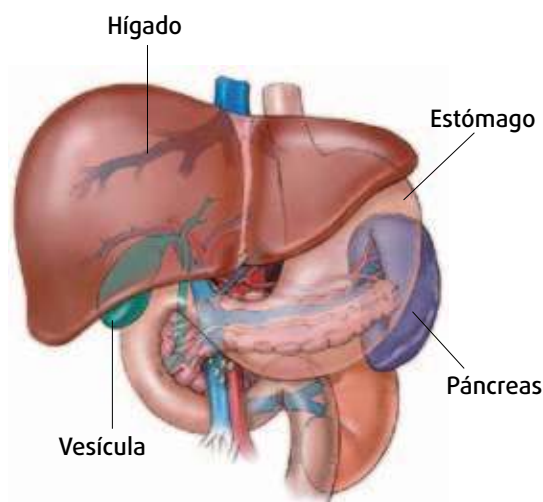
Hoy en día se da prioridad en las listas de espera para trasplante de hígado, a los pacientes con este tipo de tumores hepáticos. En países donde las listas de espera son muy largas y el número de donantes es escaso, se ha utilizado de manera transitoria la embolización con agentes quimioterapéuticos o perlas radioactivas. Consiste en inyectar a través de una de las arterias que irrigan el tumor, una sustancia que actúa localmente sobre la masa, evitando así quimioterapias sistémicas que no son bien toleradas en un hígado cirrótico.

En Colombia las listas de espera son cortas y el promedio de espera para recibir un trasplante hepático es de dos meses. La evaluación inicial consiste en ver si el tumor está confinado al hígado o si hay metástasis a hueso, pulmón u otro órgano. Posteriormente se hace un estudio amplio por sistemas para encontrar comorbilidades y tratarlas o compensarlas. En esta fase se le explica al paciente y a su familia todas las etapas del proceso.

El trasplante hepático es una alternativa terapéutica muy importante en este tipo de enfermos y con una buena selección se obtienen sobrevividas superiores a 60% a cinco años. Los mejores resultados se obtienen con la detección temprana de la enfermedad, por esta razón es fundamental el seguimiento estricto del paciente cirrótico por un hepatólogo.

Igualmente se han logrado avances en el desarrollo de medicamentos para el manejo de las Hepatitis virales B y C que en parte son las responsables de muchos tumores. También se están desarrollando medicamentos inmunosupresores que tienen efectos antineoplásicos y teóricamente tendrían un factor protector en la recaída tumoral.

En la Fundación Valle del Lili hemos realizado más de 500 trasplantes de Hígado, de los cuales aproximadamente 60 pacientes tenían diagnóstico de hepatocarcinoma.



OTROS TUMORES QUE SE BENEFICIAN DE UN TRASPLANTE HEPÁTICO

En los niños el hepatoblastoma es el tumor hepático más frecuente y el trasplante hepático ofrece una excelente oportunidad cuando el tumor está confinado al hígado, es muy grande y no es susceptible de resecarlo.

Otros tumores primarios del hígado y de la vía biliar son raros y los resultados con trasplante son controvertidos.

Las metástasis o tumores secundarios del hígado en general, no se benefician del trasplante hepático exceptuando los tumores de origen neuroendocrino donde el trasplante ha mejorado la supervivencia de estos pacientes.

Tumores Óseos

El término tumor óseo incluye muchas anomalías de los huesos. Estas anomalías o lesiones se clasifican en grupos de lesiones benignas o tumores malignos.

Los tumores óseos pueden ser benignos o malignos. Afortunadamente la mayoría de los tumores óseos son benignos. Una persona debe sospechar la presencia o formación de un tumor óseo cuando se presentan las siguientes características: aparición de dolor, presencia de una tumoración o masa, la ocurrencia de una fractura con o sin un evento traumático, o un hallazgo ocasional al tomarse una radiografía.

DOLOR: Cuando el dolor aumenta cada día de intensidad y no deja conciliar el sueño, la preocupación por parte del paciente debe ser creciente y el médico debe actuar rápidamente. Es relativamente común que el dolor no se presente en el sitio exacto donde se encuentra la lesión, con frecuencia encontramos que el dolor se presenta en una zona diferente donde esta creciendo la tumoración, esto dificulta el diagnóstico para el médico y desconcierta en ocasiones al paciente.

MASA: La aparición de una masa dura a nivel de un hueso con crecimiento lento o rápido, es muy sugestivo de la presencia de una tumoración ósea. Al momento de identificar esta situación el paciente debe consultar inmediatamente; las masas pequeñas siempre son más fáciles de tratar y tienen un mejor pronóstico.

FRACTURA: La mayoría de las fracturas son consecuencia de un evento traumático claro y preciso, una caída o un accidente de tránsito. Ocasionalmente una persona se fractura un hueso sin presentar un trauma,

en estos casos debemos sospechar una fractura llamada patológica por la presencia de una lesión probablemente tumoral dentro del hueso que lo ha debilitado favoreciendo la presencia de una fractura. En los niños con alguna frecuencia encontramos fracturas patológicas sobre lesiones quísticas o defectos en la formación del hueso, la mayoría de estas lesiones son benignas y las fracturas consolidan sin secuelas. En los pacientes adultos y/o ancianos una fractura patológica es de preocupación mayor, en muchos casos es consecuencia de una lesión metastásica, es decir, el hueso se ha debilitado por un tumor muy agresivo que afecta otra parte del organismo: mama, próstata, pulmón, tiroides o riñón.

HALLAZGO: Cuando se ordena una radiografía de un hueso a cualquier paciente por diferente causa se puede encontrar accidentalmente alguna lesión ósea tumoral, generalmente estas lesiones que aparecen en una forma tan sorpresiva tienen un comportamiento benigno, pero deben estudiarse y controlarse durante algún tiempo.

El término tumor óseo incluye muchas anomalías de los huesos. Estas anomalías o lesiones se clasifican en grupos de lesiones benignas o tumores malignos. Un tumor benigno es una enfermedad donde las células normales pierden sus mecanismos reguladores originando un crecimiento del tejido óseo sin llegar a comprometer la función de la extremidad ni la vida del paciente.



Figura # 1. Tumor Óseo Benigno. Osteocondroma en fémur.

Por Alfredo
Martínez
Rondanelli, MD.
• Ortopedista



Los tumores benignos tienen un resultado bueno con o sin tratamiento quirúrgico. Los tumores se clasifican según su localización, actividad biológica (crecimiento lento o rápido), y tipo de células que los componen. Hay tumores que se presentan solo en niños y otros en adultos.

La mayoría de los tumores óseos son benignos, generalmente son hallazgos accidentales en una consulta médica o cuando el paciente, muchas veces un niño, o sus padres le tocan una protuberancia de consistencia dura o saliente en alguna de las extremidades, que no le está comprometiendo la función de la extremidad ni sus actividades deportivas. Cuando un paciente o familiar sospeche la presencia de una masa en las extremidades debe consultar al médico especialista. Siempre es necesario tomar una radiografía, y de acuerdo al análisis de la misma se deberán tomar exámenes de laboratorio y en algunos casos otros exámenes complementarios.

Los tumores de comportamiento benigno se pueden observar en el tiempo y de acuerdo a su evolución se decide realizar o no un tratamiento quirúrgico. En la mayoría de los casos una cirugía de resección de toda la lesión es un tratamiento seguro y efectivo. Es necesario enviar a examen de patología todo el tumor resecado a cada paciente, para confirmar el diagnóstico. En los tumores de gran certeza de comportamiento benigno, no es necesario realizar una biopsia previa a la resección completa de la lesión. Se destacan entre los tumores benignos: el Osteocondroma, los Quistes óseos, los Encondromas, el Condroblastoma o el Osteoma osteoide.



Figura # 2. Lesión de apariencia fibrosa, benigna en tibia distal. Hallazgo accidental al tomar una radiografía de tobillo.

Cuando se sospecha un tumor maligno, el paciente requiere ser sometido a diferentes exámenes de laboratorio, radiografías y estudios complementarios como gammagrafía ósea, escanografía o resonancia nuclear magnética. Después de analizar todos estos estudios, el médico generalmente toma la decisión de realizar una biopsia para establecer con el médico patólogo el diagnóstico.

Los tumores malignos más frecuentes son: el Osteosarcoma, el Condrosarcoma, los Linfomas óseos, el Sarcoma de Ewing, el Mieloma Múltiple y las Metástasis óseas.

Una vez establecido el diagnóstico se realiza el tratamiento definitivo. La mayoría de los tumores malignos óseos requieren un tratamiento combinado entre quimioterapia y cirugía radical. Es fundamental extraer todo el tejido comprometido con márgenes amplios de resección.

Actualmente el desarrollo tecnológico permite reemplazar segmentos muy largos de un hueso y de una articulación con huesos de Banco de Tejido, fijación con placas o clavos y también reemplazo completo de una articulación con una prótesis. Estos avances permiten hoy en día salvar muchas extremidades con resultados funcionales aceptables y se ha logrado mejorar la sobrevida de los pacientes tanto niños, como jóvenes y adultos.



Figura # 3. Tumor Maligno de la tibia, osteosarcoma. Tratamiento quirúrgico con prótesis total de rodilla e injerto óseo de banco, con salvamento de la extremidad.



Estudios Radiológicos en la Detección de Cáncer de Mama

Por Flor Medina, MD.
• Radióloga

El cáncer de mama es una de las enfermedades que causa un elevado número de muertes en todo el mundo, pero especialmente en nuestro país; por esta razón es muy importante que todas las mujeres se concienticen acerca de la importancia de asistir a los programas que promueven su detección temprana.

En todo el mundo se reconoce la importancia del autoexamen, el examen clínico y los métodos de imágenes como las mejores herramientas para el diagnóstico temprano del cáncer de mama. La mamografía es la técnica empleada universalmente como método de detección temprana.

La **MAMOGRAFÍA** utiliza Rayos X y evalúa cada mama en 2 proyecciones (en pacientes con prótesis se toman 3 proyecciones por cada mama). Ésta técnica muestra la cantidad de tejido mamario y permite identificar signos sospechosos de malignidad; como masas de contornos irregulares, retracciones en el tejido mamario o la piel y pequeñas calcificaciones. Además, permite evaluar las axilas, en donde se pueden encontrar signos indirectos de alteraciones en las mamas, como ganglios aumentados de tamaño o más. Para hacer una interpretación adecuada es necesario que siempre se aporten los estudios anteriores (mamografías, ecografías), así como también diligenciar la encuesta en la que se pregunta por antecedentes personales (cirugías, biopsias, reportes de patología, tratamientos con hormonas) y antecedentes familiares de cáncer de mama y ovarios.

La **ECOGRAFÍA** o ultrasonografía se basa en la utilización del sonido, no usa radiación y es un método complementario para aclarar algunos hallazgos detectados en la mamografía. Está indicada también para evaluar las mamas en mujeres menores de 40 años y cuando hay anomalías palpables por el médico o la paciente.

Si hay anomalía palpable o las imágenes iniciales reportan hallazgos sospechosos de malignidad, se programa una biopsia (toma de muestra de ese tejido), con guía ecográfica o mamográfica. De acuerdo al resultado (benigno o maligno), el médico especialista en seno programa el tratamiento. Además existen otros métodos de imágenes diagnósticas que tienen indicaciones especiales, como la Resonancia Magnética de mama, una técnica que no emplea radiación y mediante la aplicación de una sustancia llamada medio de contraste, permite evidenciar lesiones que son difíciles de evaluar por Mamografía y Ecografía, especialmente en pacientes de alto riesgo para cáncer de mama y en quienes se diagnosticó un tumor maligno y se necesita evaluar la extensión de la enfermedad.

Es responsabilidad social motivar a las mujeres para que asistan a las clínicas, hospitales y centros de atención en donde están disponibles los exámenes para hacer posible la detección temprana de ésta enfermedad.

En la Fundación Valle de Lili están disponibles las técnicas descritas y además se ofrece información adicional para aclarar las dudas acerca de este tema.



Trasplantes de Laringe y Tráquea

Por Luis Fernando Tintinago L., MD
• Cirujano de Cabeza y Cuello

Durante los últimos años se han realizado más de 20 trasplantes de laringe y tráquea en Colombia, de los cuales, los más recientes se han realizado en Cali, en la Fundación Valle del Lili. En otras partes del mundo también se realizan estos procedimientos, el primero de ellos en Cleveland, Estados Unidos, y posteriormente en Carolina del Norte. En España se ha reportado trasplantes de tráquea sin inmunosupresores, así como en Bélgica. A pesar de no ser un procedimiento rutinario, estos tipos de trasplantes son de mucha utilidad terapéutica para personas que por diferentes razones han perdido estos órganos o se hacen irreparables después de muchas intervenciones.

Este trasplante requiere que su indicación sea muy precisa y que cada paciente se seleccione muy bien.

Aunque ya tenemos un primer caso de trasplante de tráquea en una paciente con cáncer, ésta no es su principal indicación, pues en la actualidad, la principal indicación de estos trasplantes es para personas con antecedente de trauma.

Un trasplante de laringe o de tráquea se realiza tomando el órgano de un donante que tenga muerte cerebral pero que sus órganos todavía tengan capacidad de funcionar. Pacientes con un trauma encefálico, derrame cerebral masivo u otra condición en la cual el cerebro deja de funcionar irreversiblemente pero otros órganos, como el corazón, riñones, hígado, intestino, laringe o la tráquea, funcionan, pueden ser tomados para trasplantarlos en otro paciente que los requiera. La legislación colombiana, igual que la de muchos países del mundo, es muy estricta en términos éticos y de organización para la donación y el trasplante.



Un trasplante de laringe o de tráquea requiere que se le conecten de nuevo las arterias, venas y nervios para dar algún movimiento a las cuerdas vocales. El procedimiento, igual que en los otros trasplantes de órganos sólidos, se debe realizar inmediatamente se toma el órgano del donante, o por lo menos en las siguientes 24 horas. Este es un procedimiento complejo, requiere de varias semanas y a veces de meses para volver a funcionar normalmente, después de mucha rehabilitación. Desafortunadamente, el paciente que recibe un trasplante debe tomar medicamentos para evitar que el organismo rechace el órgano nuevo, los cuales se llaman inmunosupresores y disminuyen la respuesta inmunológica en general en el receptor del trasplante.

Los resultados de los trasplantes de laringe y tráquea son muy variables. Hay pacientes que han aceptado el órgano de manera muy adecuada y han vuelto a hablar muy bien. En muchos casos de trasplante de tráquea se ha podido retirar la traqueostomía (orificio artificial en el cuello para respirar), permitiendo la respiración de forma normal en pacientes que han perdido su tráquea.

Estos trasplantes requieren que su indicación sea muy precisa y que cada paciente se seleccione muy bien. Afortunadamente en Colombia hemos avanzado bastante en este campo y se puede ofrecer esta alternativa terapéutica en algunos casos seleccionados.

BRAQUITERAPIA

Por Aurelio Angulo Mosquera, MD.
• Radioncólogo
y Claudia Patricia Amaya S., MD.
• Radioncóloga

El término Braquiterapia nace en 1931 por Forsell; es derivado del griego brachys que significa cerca. El uso de esta modalidad de tratamiento inicia muy cerca al descubrimiento del Radium, por Marie y Pierre Curie en 1898. Las primeras aplicaciones superficiales se hicieron en Londres en 1903 en pacientes con tumores de piel, y en 1906 en Nueva York se realizaron las primeras aplicaciones intraoperatorias.

Desde este momento la Braquiterapia, al igual que el resto de los tratamientos utilizados para tratar el cáncer, ha evolucionado rápidamente. Los avances científicos de la Física, la Radioterapia y la Ingeniería de Sistemas han llevado a una mayor precisión y al mejoramiento evidente en la calidad de los tratamientos.

Los objetivos principales de esta modalidad de tratamiento son:

- Aumentar la dosis a los tejidos tumorales
- Disminuir la dosis en los tejidos sanos

Ventajas de la Braquiterapia

- Mejora el control local de los tumores.
- Los efectos secundarios de la Radiación son minimizados.
- La corta duración de los tratamientos de Braquiterapia es conveniente para algún tipo de pacientes por su estado general, tipo de vida, disposición de tiempo.
- Permite mayor dosis en el centro del tumor donde hay mayor número de células hipóxicas (sin oxígeno) lo que es muy común en los tumores.
- La Braquiterapia es un tipo de Radioterapia conformada sólo al tumor.
- Se trata el tumor en tiempo real, ya que la planeación se hace en forma tridimensional con imágenes de escanografía, resonancia y ecografía.
- Es un tratamiento programado.
- La Braquiterapia es usada como tratamiento único o puede formar parte de tratamientos de combinación de modalidades: Radioterapia externa, Cirugía, Quimioterapia.



La Braquiterapia es una herramienta más para mejorar las tasas de curación y disminuir los efectos secundarios. Esto se ve reflejado en una mejor calidad de vida de los pacientes.

TIPOS DE BRAQUITERAPIA

1. INTRACAVITARIA

Se refiere a aquella que involucra cavidades: La más frecuente es la Cavidad Uterina, Cavidad Vaginal (Tumores ginecológicos), y menos frecuente en Cavidad Oral.

2. INTRALUMINAL

Esta modalidad es aquella técnica mediante la cual el material Radiactivo es dirigido a la Luz de un Bronquio, Conducto Biliar o Esófago.

3. INTERSTICIAL

Es aquella mediante la cual el material radiactivo está dentro del tumor a través de implantes. (Próstata, Lengua, cabeza y cuello, Piel, Canal Anal, etc.)

4. MOLDES O PLACAS

En esta técnica el material radioactivo está en forma de placas para colocarlos en la superficie del tumor (placas para ojo en Retinoblastoma, Moldes de sitios anatómicos como lóbulos de la nariz, conducto auditivo externo, entre otros).



La Braquiterapia es muy versátil, lo que permite realizar implantes en la mayoría de los sitios anatómicos. Para que la respuesta sea la esperada se debe tener en cuenta las Indicaciones:

- Como única terapia debe utilizarse en tumores pequeños y localizados.
- Refuerzo a tumores tratados con radioterapia externa.
- Tumores Recurrentes.
- Tratamientos Paliativos.

Las Indicaciones más frecuentes de la Braquiterapia son en: Ginecología, Cabeza y Cuello, Próstata, Pulmón, Esófago y Ojo. En menor frecuencia se utiliza en Cerebro, Vejiga, Seno, Colo-rectal, Sarcomas, Páncreas y Tumores pediátricos.

La Fundación Valle del Lili cuenta con uno de los más modernos equipos para realizar Braquiterapia de Alta Tasa de dosis. Cuenta con un equipo de planeación tridimensional, que permite por medio de sus avanzadas herramientas y software adquirir las imágenes por Tomografía, Resonancia, Ecografía y sobre ellas realizar la marcación de los diferentes volúmenes a tratar, marcar los órganos a riesgo y determinar con exactitud en tiempo real las dosis recibidas. Cuenta con Histogramas dosis-volumen de alta precisión que permite una evaluación clara y responsable de los tratamientos administrados.

Mediante esta información queremos hacer saber a la comunidad que la Fundación Valle de Lili pone a su disposición esta alternativa de tratamiento para los Tumores Malignos.

Desde la instalación del equipo, la Fundación lleva 125 pacientes tratados, con indicaciones: ginecológicas, piel, esófago, pulmón y próximamente ofrecerá el tratamiento en Cáncer de Próstata.

CATEGORIZACIÓN POR TASA DE DOSIS

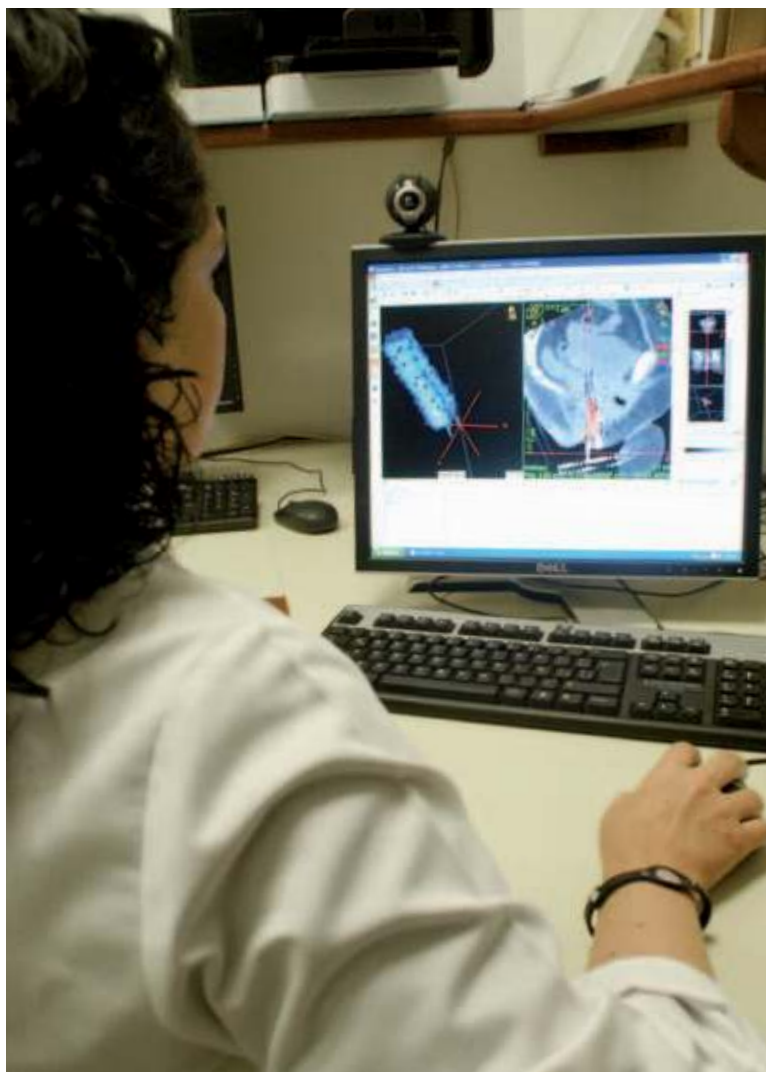
La Braquiterapia se divide de acuerdo a la Tasa de dosis, es decir, la intensidad de la radiación liberada al medio circundante y se expresa en Gray por Hora (Gy/h).

- **BAJA TASA:** 0.4 a 2.0 Gy por hora
- **TASA INTERMEDIA:** 2.0 a 12 Gy por hora
- **ALTA TASA:** Mayor a 12 Gy por hora

CATEGORIZACIÓN POR DURACIÓN

De acuerdo al tiempo de permanencia de los implantes en el sitio a irradiar estos se dividen en 2:

- **IMPLANTES PERMANENTES:** Son aquellos implantes en donde el material radioactivo va a permanecer en el tejido implantado, y allí logra la dosis requerida hasta su decaimiento total de la tasa de dosis. No requieren ser extraídos posteriormente.
- **IMPLANTES TEMPORALES:** El Implante se retira del paciente una vez la dosis prescrita sea alcanzada.





M/ La tecnología actual empleada en los chequeos regulares puede detectar el cáncer en una fase temprana.

R/ Aunque el examen médico regular puede aumentar la posibilidad de hallar un cáncer en fase inicial, no lo puede garantizar.

No existe un examen de sangre o de radiología que permita determinar con certeza si usted tiene un cáncer aunque no tenga síntomas.



M/ Una actitud positiva y optimista es lo único que se requiere para curar la enfermedad.

R/ No hay evidencia que una actitud positiva por sí sola lleve a la mejoría y posible curación de la enfermedad.



M/ Algunos tipos de cáncer pueden ser contagiosos.

R/ Ningún tipo de cáncer se contagia en forma directa.



M/ Si el cáncer aparece durante el embarazo, el bebé tendrá cáncer.

R/ No es cierto.



M/ Si alguno de sus padres ha tenido cáncer, usted también lo padecerá.

R/ Aunque algunos cánceres tienen un componente genético, esto no significa que necesariamente se herede.

Por Juan Guillermo Restrepo, MD.
Oncólogo Clínico

Mitos y Realidades Sobre El Cáncer

Son numerosas las creencias y los mitos populares que acompañan el diagnóstico de las enfermedades malignas. A continuación discutiremos algunos.



M/ Tomar bebidas oscuras estimula el cáncer.

R/ No hay evidencia de que esto suceda.



M/ La cura para el cáncer ya existe, pero las grandes compañías farmacéuticas lo están ocultando.

R/ Esto es completamente falso.



M/ Recibir un golpe en los testículos o en algún hueso produce cáncer.

R/ Ningún trauma produce cáncer.



M/ Ser gordo produce cáncer.

R/ Esto no es cierto. Sin embargo, mantener un peso adecuado con una dieta sin muchas grasas, con verduras, frutas y ejercicio regular sí puede ayudar a prevenir ciertos tipos de cáncer.



M/ Vivir cerca de líneas eléctricas de alta tensión produce leucemia.

R/ Aún no hay evidencia que los campos magnéticos producidos por las líneas eléctricas de alta tensión se asocien a ningún tipo de cáncer.

M/ Sólo las personas de edad padecen cáncer.

R/ El cáncer se presenta en todas las edades.



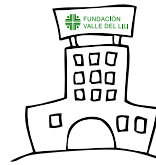
M/ El comer carnes rojas produce o acelera el cáncer.

R/ Comer carnes rojas no produce cáncer.



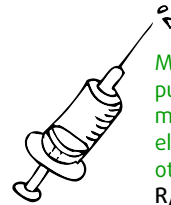
M/ El cáncer es siempre fatal.

R/ Afortunadamente esto no es cierto.



M/ El tratamiento del cáncer requiere que se aleje de las actividades normales y pasar largos períodos en el hospital.

R/ La mayoría de los pacientes son tratados en forma ambulatoria.



M/ Una biopsia con aguja puede desprender células malignas y facilitar que ellas viajen en la sangre a otras partes del cuerpo.

R/ Para la mayoría de los cánceres no hay evidencia de que esto suceda.

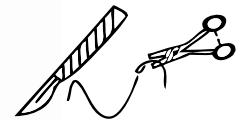
M/ El cáncer es siempre doloroso.

R/ Algunos cánceres nunca producen dolor.



M/ El no inhalar el humo cuando se fuma, previene el cáncer.

R/ No es cierto. El cigarrillo es el mayor factor de riesgo para adquirir cáncer pulmonar, también produce de lengua, cavidad oral, laringe, faringe, esófago, estómago, vejiga y cuello uterino. Entre mayor sea la cantidad de cigarrillos fumados al día y el tiempo de esta adicción, mayor es el riesgo de contraer la enfermedad.



M/ El exponer un tumor durante la cirugía hace que éste se disemine a diferentes órganos y se comporte en una forma más agresiva.

R/ La cirugía no hace que el cáncer se disemine.



M/ Toda persona con el mismo tipo de cáncer recibe el mismo tipo de tratamiento.

R/ El médico diseña el tratamiento más apropiado para cada paciente.



M/ El uso del teléfono celular produce cáncer de cerebro.

R/ No hay un estudio que pruebe claramente esta relación. La sociedad americana de Neurología estima que se requieren al menos 16 horas continuas diarias para tener alguna sospecha de asociación en el uso del teléfono celular y el cáncer de cerebro. Tampoco se ha encontrado que cargar el celular en el sostén cause cáncer de mama.

Por Abraham
Kestenberg, MD.
• Cirujano de
Colon y Recto

Cáncer de Colon y Recto



En Colombia, el cáncer de colon y recto ocupa el cuarto lugar en frecuencia, afectando por igual a hombres y mujeres. Esta enfermedad es más frecuente después de los 50 años, aunque ocasionalmente ocurre en jóvenes. Cuando se habla de esta enfermedad hay que tener en cuenta tres aspectos: la prevención, la detección temprana y el tratamiento adecuado.

Cuando la enfermedad se manifiesta sintomáticamente usualmente está ya en una etapa avanzada. Por lo anterior, es muy importante que toda persona mayor de 50 años sin síntomas se realice una colonoscopia como método preventivo. Con este corto procedimiento realizado cómodamente bajo sedación suave el Especialista descarta la presencia de pólipos o en caso de encontrarlos los retira, previniendo así el desarrollo de cáncer. Es bien sabido que la enfermedad se inicia primero con la formación de un pólipo el cual si no es resecado tiene riesgo variable de convertirse en un tumor maligno con el paso de los años. Si el resultado de la colonoscopia es normal, el paciente deberá realizarse nuevamente el procedimiento 10 años después.

Cuando el paciente asiste a la consulta manifestando síntomas tales como sangrado, cambio reciente en el hábito intestinal (diarrea o estreñimiento), heces en forma de "cinta" y pérdida inexplicable de peso el médico le ordenará la colonoscopia, ya no como examen preventivo sino para diagnosticar la causa de los síntomas. Vale decir que la ocurrencia de los mismos no es sinónimo de cáncer, pero obliga si a descartar su existencia.

El cáncer de colon y recto no aparece de un momento a otro, la presencia de pólipos colónicos y su transformación lenta a lo largo de muchos años, generalmente más de 10, es el origen de la enfermedad. Sí el cáncer se descubre en etapas tempranas aumenta considerablemente el éxito del tratamiento quirúrgico, por el contrario cuando la enfermedad está avanzada y se ha extendido a otras partes del cuerpo el tratamiento se hace más complejo y el pronóstico cambia. De todas maneras con las nuevas innovaciones en drogas, el panorama es actualmente mucho mejor en cuando a calidad de vida y sobrevida.

Una vez se confirma la existencia de la enfermedad se realizan diferentes exámenes e imágenes diagnósticas para determinar lo temprano o avanzado de la mis-

ma (existencia de metástasis). De esta manera se puede elegir el tipo de cirugía y la necesidad de realizar o no tratamientos preoperatorios con radioterapia y/o quimioterapia. Estos tratamientos combinados antes de la cirugía ayudan a reducir el tamaño del tumor disminuyendo además el riesgo de recaída futura.

La laparoscopia es hoy el método más seguro, confiable y práctico para realizar la cirugía de colon y recto y siendo posible realizarla en la mayoría de los pacientes. Además de las ventajas estéticas por las heridas tan discretas, la realización de la cirugía por laparoscopia, disminuye el riesgo de infección y la probabilidad de desarrollar hernias, también permite una más rápida recuperación (2-3 días) con alimentación precoz y pronto restablecimiento de la función intestinal.



La Fundación Valle del Lili cuenta con el Servicio de Cirugía de Colon y Recto (Colo-proctología) y ofrece las más modernas técnicas de diagnóstico y tratamiento con el apoyo de un equipo médico multidisciplinario que dan soporte al paciente.

Estudios Imagenológicos en Linfomas

PET/TC: TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES CON TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA.

Por Joaquín
Rosales M., MD.
• Hematólogo

Durante décadas la tomografía computarizada (TAC) llegó a ser el estudio imagenológico estándar para medir la extensión tumoral de los linfomas. Luego, estudios imagenológicos funcionales fueron implementados con varios trazadores o isótopos, para mejorar la sensibilidad y especificidad del TAC.

El PET/TC, es el estudio imagenológico más sensible y específico actualmente disponible para pacientes con linfomas. Presta utilidad en la valoración inicial de la extensión del tumor, evaluación de respuesta a mitad de tratamiento, revaloración al final del mismo y como medida de seguimiento.

El PET/TC tiene su mayor beneficio clínico en la evaluación al final del tratamiento en los linfomas Hodgkin y no Hodgkin difuso de células grandes. Es así como el PET-TC se ha posicionado como el más importante avance en el estudio imagenológico de pacientes con linfoma. Esto debido a que es un estudio no invasivo, tridimensional, y al hecho de usar un radiofármaco que tiene como blanco el metabolismo de la glucosa.

El PET-TC ha reemplazado virtualmente al PET solo, ya que combina al PET y al TAC en una imagen fusionada, dando una mayor sensibilidad y especificidad que cada modalidad sola, con una localización más precisa de cualquier lesión anormal.

Su mayor valor está en distinguir enfermedad residual activa, facilitando así en una forma más rápida la decisión terapéutica a seguir.

Su papel en linfomas indolentes e incurables es más limitado, y los resultados en linfomas T son muy heterogéneos.

El especialista tratante debe valorar, según la patología del paciente, el riesgo y pronóstico, el mejor momento para ordenar el PET/TC y de acuerdo al resultado enfocar en forma pronta una decisión terapéutica más acertada, para así evitar mayor morbilidad al paciente o retardar su tratamiento.

El especialista tratante debe valorar, según la patología del paciente, el riesgo, el pronóstico y el mejor momento para ordenar el PET/TC.





Por Diana Felisa Currea Perdomo, MD.
• Cirujana Oncóloga
y Andrés Romero, MD. • Residente de Cirugía General



El cáncer de mama es el segundo tumor maligno más común en el mundo y es la primera causa de cáncer entre las mujeres.

CÁNCER DE MAMA HEREDITARIO

El cáncer de mama es el segundo tumor maligno más común en el mundo y es la primera causa de cáncer entre las mujeres. Se han identificado muchos factores de riesgo, sin embargo, la historia familiar de cáncer de mama y ovario se encuentran entre los más importantes para este padecimiento, teniendo aproximadamente dos veces mayor riesgo de desarrollar la enfermedad los familiares de primer grado (madre, hermanas) de una paciente afectada. La mayoría de los casos familiares de cáncer de mama se presentan a una edad temprana, comparados con aquellos casos esporádicos.

El cáncer de mama hereditario representa un 5-10% de todos los casos de cáncer de mama, y presenta varias características específicas comparadas con las del cáncer de mama no hereditario o esporádico. La edad de aparición es considerablemente inferior a la de las pacientes con cáncer de mama esporádico, se puede presentar de forma bilateral y en algunas familias aparecen otros tipos de tumores. Entre los tumores asociados se encuentran los de ovario, colon, próstata, endometrio y sarcomas. (Anderson DE y col, 1993)



Los Genes BRCA 1 y los BRCA 2

Son genes de alta susceptibilidad para el cáncer hereditario de mama y/u ovario. Aproximadamente el 30% de los cánceres hereditarios de mama y/u ovario se debe a alteraciones en genes denominados BRCA1 y BRCA2. Un 5% ocurre por mutaciones en otros genes, responsables de cánceres de síndromes poco comunes y el 65% restante se debe a alteraciones de otros genes no identificados aún.

Herencia Autosómica Dominante

Se caracteriza por una transmisión vertical, lo que significa que se transmite de madre a hijos teniendo en cuenta que existe una probabilidad en un 50 % de transmitir la enfermedad cuando la madre está afectada. Puede ser heredado tanto a los hombres y a las mujeres.

El cáncer hereditario de mama y/u ovario posee excepciones a este patrón de herencia:

- Limitado al sexo: el cáncer de mama es mucho más frecuente en mujeres que en hombres, aunque existen familias con hombres afectados.
- Penetrancia incompleta: el hecho de poseer una mutación en uno de los genes BRCA no significa que esa persona va a desarrollar el cáncer de mama y/u ovario, sino que posee un alto riesgo (hasta un 85%) de desarrollar cáncer de mama a lo largo de la vida. Por lo tanto, lo que se hereda es la alta predisposición a desarrollar este tipo de cáncer.

National Cancer Institute (USA) define a una mujer con alto riesgo para desarrollar cáncer de mama/ovario hereditario cuando:

- El cáncer de mama es diagnosticado antes de los 30 años.
- El cáncer de mama u ovario es diagnosticado antes de los 50 años y la paciente tiene una hermana, madre o hija con cáncer de mama diagnosticado antes de los 50 años.
- Hay cáncer de mama u ovario en una familia con dos o más casos de cáncer de mama y uno o más casos de cáncer de ovario.
- Mujer sin cáncer quién es un familiar en primer grado de alguien con una mutación conocida en BRCA1 o BRCA2.

American Society of Clinical Oncology (ASCO) recomienda que el diagnóstico molecular debe ofrecerse cuando:

1. El individuo tiene historia personal o familiar sugestiva de una condición genética de susceptibilidad a cáncer.
2. La prueba molecular pueda ser adecuadamente interpretada.
3. El resultado de la prueba pueda ayudar en el diagnóstico o influenciar el manejo médico o quirúrgico de la paciente o sus familiares en riesgo de cáncer hereditario.





Sandra Granger e Ilen González, madre e hija, vivieron la misma historia. Ambas sintieron los mismos temores, la misma incertidumbre e impotencia. Por las noches les surgían las mismas preguntas y seguramente, las dos lloraron juntas. Ambas fueron diagnosticadas con cáncer de mama en 2008 y 2009 respectivamente, confirmando que esta enfermedad si es hereditaria, pero que a tiempo se puede curar.

La mayoría de las mujeres de esta familia han padecido la enfermedad y el cáncer ha hecho su presencia en pulmón, garganta, útero y colon; con estos antecedentes, era inevitable que Sandra acudiera a una cita preventiva con la Dra. Diana Currea, quien después de indicarle una mamografía, le diagnosticó un carcinoma ductal infiltrante en su mama izquierda; tratamiento con quimioterapia para reducir el tamaño del tumor y posteriormente una cirugía fueron la salvación para esta mujer, amante de la pintura y los retratos de niños.

Un año después, por insistencia de la Dra. Currea, Ilen acudió a su consultorio con una actitud confiada, ya que su ecografía de control era normal. La realidad era otra. Desafortunadamente a los pocos días el resultado de la mamografía mostró una pequeña masa, la cual indicaba que ella repetiría la historia de su madre: el mismo cáncer y en el mismo lugar. Alena, su pequeña hija, fue la razón y la fuerza para superar la cirugía y el duro tratamiento con quimioterapia y radioterapia.

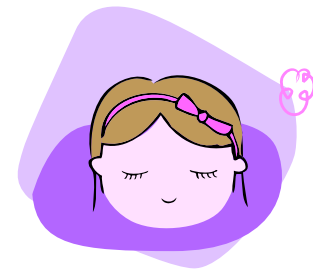
La quimioterapia oral que deben tomar todos los días, es el único recuerdo que les queda del cáncer y hoy ambas hablan tranquilas de su experiencia, sin dejar de conmoverse por las miles de mujeres que enfrentan esta realidad. Sus sonrisas demuestran que "disfrutan cada minuto y ven en las cosas sencillas la grandeza de la vida".

Identificar los Factores de Riesgo

La historia familiar es la herramienta esencial para identificar y derivar pacientes en riesgo de cáncer de mama hereditario. La identificación de familias en las cuales se demuestra un patrón hereditario de cáncer, es importante para brindar esquemas de seguimiento de detección oportuna. El reconocimiento de la susceptibilidad familiar al cáncer, determina el uso de pruebas moleculares para identificar portadores antes del inicio de la enfermedad y de esta manera reducir seguimiento innecesario para aquellas pacientes no portadoras.

Los antecedentes familiares del paciente deben ser tomados como parte del cuidado rutinario, por el médico tratante, interrogando acerca de los antecedentes de cáncer en primer y segundo grado de consanguinidad. Una buena historia familiar puede conducir al médico a establecer un diagnóstico y de esta manera alertarlo para referir al paciente a un servicio de genética y brindarle un asesoramiento adecuado.

La historia familiar es la herramienta esencial para identificar y derivar pacientes en riesgo de cáncer de mama hereditario.



Indicaciones para Pruebas Moleculares

Las pruebas moleculares siempre deben ir acompañadas de asesoramiento genético antes y después de la misma. El asesoramiento genético consiste en:

- Educar a los individuos afectados o en riesgo de contraer cáncer acerca del papel de los genes en la transmisión de la enfermedad.
- Asesorar a un individuo sobre la posible presencia de un síndrome de cáncer hereditario en él y su familia, explicándole las implicaciones positivas y negativas de realizar pruebas moleculares.
- Hacer recomendaciones sobre los planes de manejo y dar soporte para ayudar al paciente a resolver los problemas psicosociales que pudieran presentarse durante el proceso.

El asesoramiento debe ser dado siempre antes de la realización de pruebas moleculares, con la finalidad de que el paciente tenga toda la información para tomar una decisión de cómo proceder con el diagnóstico molecular positivo.

El proceso de asesoramiento genético se debe llevar a cabo por un equipo multidisciplinario que incluye: Oncólogos, Psicólogo o Psiquiatra y Genetista Médico. Los primeros, serán los encargados de canalizar a las pacientes con sospecha de un síndrome de cáncer hereditario, además de dar opciones de tratamiento a las pacientes ya detectadas como portadoras de una alteración.

El Psicólogo o Psiquiatra se encargará de tratar a aquellos pacientes que tengan problemas de asimilación de riesgo hereditario de enfermedad y a aquellos que tengan reacciones psicológicas adversas al recibir el resultado de las pruebas moleculares.

El Genetista permanecerá durante todo el proceso con el paciente y la familia para aclarar dudas, ayudar a resolver problemas sobre planes futuros, asesorando sobre riesgo en la descendencia de los portadores de mutaciones, recomendando programas de manejo (seguimiento, quimioprolifaxis, cirugía profiláctica) y referir a los pacientes a los Especialistas que puedan brindarles estos servicios.

En la vida hay lazos de...



VELLADO SuperSalud
Unidad de Asesoramiento Genético y Pruebas Moleculares
Unidad de Diagnóstico Molecular y Pruebas Moleculares

Noche Rosada 2011

Para las mujeres que aman la vida

Octubre 5 de 2011 • 6:30p.m.

Conferencia:
"Detección Temprana de Cáncer de Mama"

iShow Sorpresa!

Hotel Dann Carlton - Cupos Limitados
Inscripciones y confirmación de asistencia.
Informes: 3319090 Ext. 4915-4916
Invita: Unidad de Cáncer

 **FUNDACIÓN
VALLE DEL LILI**
Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

Durante el Simposio “Estructuración de la Nutrición en Cáncer”, (32 Congreso de la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo ESPEN, 2010), los médicos Yves Dupertuis (Suiza), Philippe Bougnoux (Francia) y Vickie Baracos (Canadá) concluyeron: “El mal estado nutricional, debido al adelgazamiento con pérdida de tejido orgánico, conduce a alto riesgo de morbi-mortalidad. Cerca de la mitad de pacientes con cáncer experimentan pérdida severa de la masa muscular. Esto indica prestar mayor atención a la nutrición enfocada a la recuperación del músculo”.



Alimentación y Nutrición:

claves en la Prevención y tratamiento del cáncer



BENEFICIOS DE UN ADECUADO PLAN DE ALIMENTACIÓN

ANTES

Como parte de la preparación al tratamiento oncológico, es fundamental enfocarse en un plan de alimentación balanceado e individualizado; la consulta con el Nutricionista le dará las herramientas necesarias para ajustarlo. Entre mejor y más adecuado sea el valor nutricional para cada organismo, mejor respuesta al tratamiento y así estará en el camino correcto hacia la recuperación.

Ensaye estas posibilidades:

- Incluya alimentos fuentes de proteína animal como carnes magras o pulpas, filetes de pescado, pollo, cerdo y leguminosas o granos, mejor verdes. La proteína es el elemento base para la reparación de todos los tejidos.

- Incluya frutas y verduras, por lo menos 5 al día, entre más intenso su color, olor y sabor, mayor su carga de protección y poder nutricional por sus vitaminas, minerales, fitoquímicos, antioxidantes y fibra. OMS: Estrategia Mundial de Salud 2011 – “Salvar 1.7 millones de vidas, mediante el consumo de 5, entre frutas y verduras, al día”.

- **FIBRA:** Elemento sólido, presente en todos los alimentos vegetales, cada día más estudiado y con mayor número de funciones de protección para el organismo a diferentes niveles. Incluirla, NO retirarla, es el secreto para apoyar todas las funciones básicas (digestión, absorción, metabolismo).

DURANTE: CLAVES PARA UNA NUTRICIÓN ADECUADA

- Mantenga y conserve su peso: consumir los alimentos en forma adecuada ayuda a mantener la energía necesaria para construir y reparar tejidos. Aunque esté en sobrepeso, no es sano perder peso en estos momentos. Mantener el peso, puede ayudar a finalizar el tratamiento en el tiempo justo y así, sentirse mejor.

Algunas personas encuentran que los alimentos no saben bien y pierden apetito. Es importante elegir los alimentos correctos, es decir calidad antes que cantidad, aunque su apetito no sea el mejor.

Puede discutir con el Nutricionista sobre su plan de alimentación, y realizar los ajustes correctos. Si pierde peso y come poco, requiere un suplemento nutricional adecuado.

- Haga de su alimentación parte del tratamiento: estar bien nutrido ayuda a superar los efectos secundarios y por

Conservar y mantener una adecuada calidad de vida, es fundamental para todo paciente con cáncer.

ende a lograr su recuperación. Fraccione y consuma porciones pequeñas en diferentes momentos del día.

EFFECTOS GASTRO-INTESTINALES:

La quimioterapia puede producir náuseas y vómito. Los medicamentos antieméticos reducen esta situación, adicionalmente siga las siguientes recomendaciones:

- Coma en volúmenes pequeños y con frecuencia. Mastique bien, consuma los alimentos a temperatura fría o media. Lleve siempre algo para comer, como galletas, cuando tenga que salir.

- Evite los condimentos y productos muy ácidos, especialmente con el estómago vacío. El día de la quimioterapia, coma algo liviano (nada grasoso ni de difícil digestión).

- Tome entre 6 a 8 vasos de agua, el día anterior, el mismo día y el día posterior a la quimioterapia.

- Descanse después de comer, esto ayuda a la digestión, pero no se acueste.





Por Martha Lucía Lemos, MD.
• Nutricionista y Dietista



“Efectuar algunos cambios, en los hábitos alimentarios, antes, durante y después del tratamiento, compensará todo su cuerpo y le ayudará a controlar los efectos secundarios”. Suzanne Dixon, MPH, MS, RD. Caring 4 Cancer Nutritionist.

PÉRDIDA DEL APETITO

La quimioterapia puede cambiar el sabor de las comidas. Los sabores ácidos y amargos, pueden sentirse más intensos y el dulce no se percibe suficiente, o se presenta un sabor metálico. La radioterapia puede afectar las papilas gustativas, hasta 2 – 3 meses después del tratamiento. Usted puede perder el apetito debido a los cambios en el gusto, o por el mismo tratamiento y en algunas ocasiones se siente lleno sin comer mucho o siente menos deseos de comer por ansiedad o depresión.

¿Qué hacer?:

- Enjuague su boca con agua sola o con bicarbonato, antes de comer.
- Masticar un trozo de jengibre o menta o cardamomo, le ayudará a enmascarar el sabor metálico.
- Agregue sabor o condimento natural (hierbas aromáticas) a sus comidas.
- Utilice mentas o caramelos libres de azúcar.
- Sí siente sabor metálico en su boca, utilice cubiertos plásticos.
- Use preparaciones licuadas o batidos helados.
- Evite los olores fuertes.



DESPUÉS:

LA MEJOR NUTRICIÓN PARA TODA LA VIDA

• **EL PODER DE LAS PLANTAS:** “Que el alimento sea tu medicina”: Hipócrates. De ahora en adelante, es importante comprender el significado de: “comer bien”, para estar sano. Los alimentos de origen vegetal, no solo nutren sino que traen muchos beneficios. Las últimas investigaciones del AICR (American Institute for Cancer Research), muestran que estos alimentos pueden disminuir el riesgo de muchas clases de cáncer y proporcionan una nutrición óptima para los sobrevivientes de cáncer.



DIARREA:

La quimioterapia puede afectar las células y tejidos de su sistema digestivo, produciendo diarrea. Si ha sido sometido a cirugía de su sistema digestivo, sus patrones intestinales pueden cambiar. Ahora puede tener 6 – 8 deposiciones al día y este se considera como un nuevo hábito “normal”. La diarrea causada por la quimioterapia, requiere tratamiento inmediato.

Para prevenir:

- Consuma los alimentos poco a poco y fraccionados, ya no son 3 comidas al día sino 5 o 6 pequeñas.
- Tome por lo menos 6 – 8 vasos de agua, para prevenir la deshidratación. Puede utilizar, caldo, aromáticas, suero o bebidas deportivas.
- Evite bebidas que puedan irritar su sistema digestivo, como leche, alimentos condimentados o grasosos, jugos ácidos, gaseosas o bebidas con cafeína (té o café regular).
- Consuma alimentos bajos en fibra como arroz blanco, arepa, papas, huevo, filetes de pescado y pollo sin piel.
- Consuma alimentos altos en potasio como frutas, papas, plátano y jugos de frutas.
- Limite sustitutos de azúcar.
- Evite el consumo de alimentos o bebidas muy calientes o muy fríos.



• **SU PLATO Y SU PESO:** Enfóquese en el tamaño del plato, no solo en las porciones. $\frac{3}{4}$ partes de su plato deben incluir alimentos vegetales, como frutas y/o verduras, cereales, tubérculos, leguminosas. El otro $\frac{1}{4}$ son alimentos fuentes de proteína animal magra (pollo, pescado, etc.)

• **PLAN DE ACCIÓN UNIFICADO:** Los planes de alimentación saludable siempre consideran y recomiendan la práctica de actividad física regular, ya que mantener un peso saludable, y no fumar. Todo esto junto conduce al organismo en el camino de la recuperación.



Por Marcela
Vallejo, MD. •
Oncóloga clínica

Nuevos Medicamentos en el tratamiento del Cáncer

La palabra cáncer, deriva del latín, calco del griego karkínos (καρκίνος), y significa 'cangrejo'. Se dice que en el cáncer avanzado, las células se adhieren de una forma confusa, con ramificaciones a los tejidos de forma similar a la de un cangrejo, y de ahí deriva su nombre. Se considera a veces sinónimo de los términos 'neoplasia' y 'tumor'; sin embargo, el cáncer siempre es una neoplasia o tumor maligno. "Cáncer" quizás sea una de las palabras más utilizadas y que más produce temor cuando se habla de salud.

El cáncer es un conjunto de enfermedades en las cuales el organismo produce un exceso de células malignas con crecimiento y división más allá de los límites normales, invasión del tejido circundante y, a veces, metástasis. La metástasis es la propagación a distancia, por vía fundamentalmente linfática o sanguínea, de las células originarias del cáncer, y el crecimiento de nuevos tumores en los lugares de destino de dicha metástasis. Estas propiedades diferencian a los tumores malignos de los benignos, que son limitados y no invaden ni producen metástasis. Las células normales al sentir el contacto con las células vecinas inhiben la reproducción, pero las células malignas no tienen este freno.

El cáncer es la segunda causa principal de muerte, detrás de las enfermedades cardíacas. Sin embargo, las muertes por enfermedades cardiovasculares están disminuyendo, mientras que las muertes por cáncer están aumentando. Se estima que a lo largo del siglo XXI el cáncer será la principal causa de muerte en los países desarrollados. Se prevé que las muertes por cáncer en todo el mundo seguirán aumentando y pasarán de los 11 millones en 2030. A pesar de esto, se ha producido un aumento en la supervivencia de los pacientes con cáncer, no sólo porque se detecta a tiempo por las campañas de prevención, sino también por el desarrollo de múltiples tratamientos innovadores que han hecho que los pacientes con esta enfermedad tengan mayor supervivencia y mejor calidad de vida.



El tratamiento varía de acuerdo con el tipo de cáncer y con su estadio, el cual hace referencia al crecimiento y al hecho de si el tumor se ha diseminado o no desde su ubicación original y se fundamenta en tres pilares: Cirugía, Quimioterapia y Radioterapia. Existe un cuarto pilar llamado Terapia Biológica que incluye la hormonoterapia, inmunoterapia, y nuevas terapias contra blancos moleculares.

El tratamiento del cáncer es multidisciplinario, donde la cooperación entre los distintos profesionales que intervienen (cirujanos, oncólogos clínicos y radio-oncólogos), es de máxima importancia para la planificación del mismo. En todo momento, el apoyo emocional es fundamental ya que es una enfermedad desgastante, no sólo para el paciente sino también para su familia.

Si el cáncer está confinado a un sólo lugar y no se ha diseminado, el método de tratamiento más común es la cirugía. Éste a menudo es el caso de los cánceres de piel, pulmón, mama y colon (cuando son detectados tempranamente). Si el tumor se ha diseminado sólo a los ganglios linfáticos locales, algunas veces también se pueden

extirpar. Si el cáncer no se puede extirpar totalmente por medio de cirugía, las opciones de tratamiento son: radioterapia, quimioterapia o ambas. Algunos tipos de cáncer requieren la combinación de cirugía, radiación y quimioterapia.

El linfoma (cáncer de ganglios linfáticos) rara vez se trata con cirugía. La quimioterapia y la radioterapia se utilizan con mayor frecuencia para tratar este tipo de cáncer.

Las terapias dirigidas contra el cáncer son fármacos u otras sustancias que bloquean el crecimiento y su diseminación, al interferir con moléculas específicas que promueven el crecimiento y avance de tumores.

Al enfocarse en los cambios moleculares y celulares específicos al cáncer, es posible que las terapias dirigidas sean más efectivas que otros tratamientos, como la quimioterapia y radioterapia, y menos dañinas para las células normales. Las terapias dirigidas contra el cáncer se estudian para ser administradas solas, en combinación con otras terapias y en combinación con otros tratamientos de cáncer, tal como la quimioterapia.

¿Cómo funcionan las terapias dirigidas?

Las terapias dirigidas contra el cáncer interfieren de diversas formas con la división y diseminación de las células cancerosas. Estas terapias bloquean señales haciendo que las células cancerosas no se comuniquen entre sí, evitando la formación de vasos sanguíneos que "alimentan" el tumor, el crecimiento y la multiplicación de éstas de una forma descontrolada. Otros mecanismos de acción causan directamente la muerte de célula, estimulando al sistema inmunológico para que las reconozca y las destruya, depositando en ella sustancias tóxicas.



¿Cuál será el impacto de las terapias dirigidas en el tratamiento del cáncer?

Las terapias dirigidas contra el cáncer ofrecen a los médicos una mejor forma de adaptar el tratamiento del cáncer; ofrecen también, la promesa de distinguir con más precisión las células cancerosas de las células normales. De este modo se dañan menos células normales, se reducen los efectos secundarios y se mejora la calidad de vida.

Sin embargo, las terapias dirigidas muestran ciertas limitaciones. La principal es la posibilidad de que las células se hagan resistentes a estas terapias, y en la mayoría de los casos, no hay disponible otra terapia dirigida que pueda vencer dicha resistencia.

Trasplante con células madres hematopoyéticas en niños: una opción de vida

Por Óscar Ramírez W.,
MD. • Oncólogo Pediatra

El trasplante con células madres hematopoyéticas (CMH) es, sin lugar a dudas, uno de los más espectaculares logros terapéuticos en la historia de la medicina. En Agosto de este año, el programa de trasplante pediátrico con CMH de la Fundación Valle del Lili, cumplió 10 años de actividades, para un total de 164 casos tratados, de los cuales 52 han utilizado como fuente celular sangre de placenta/cordón umbilical.

¿QUÉ SON LAS CMH? ¿DÓNDE SE ENCUENTRAN? ¿PARA QUÉ SIRVEN?

El concepto de una célula de la que se originan todas las líneas celulares hematopoyéticas, fue propuesto por primera vez por Pappenheim (1870-1916) y en 1961 Till y McCulloch realizaron experimentos que demostraron la existencia de esta célula precursora. Las CMH son célu-

las multipotenciales capaces de regenerar el órgano hematopoyético y el sistema inmunológico en humanos. El órgano hematopoyético produce los glóbulos rojos (células cargadas de la hemoglobina para el transporte del oxígeno), las plaquetas y los glóbulos blancos que hacen parte del sistema inmunológico, necesarios para la defensa del organismo. Todos estos componentes nacen, crecen y maduran al interior de la médula, a partir de las células madres. Hay que tener en cuenta que tanto el sistema hematopoyético como el inmunológico son vitales, porque su disfunción conlleva a enfermedades graves o la muerte, por lo que frecuentemente necesitan el trasplante para que los pacientes puedan sobrevivir.

Las CMH se encuentran en nichos en la médula ósea, por lo que pueden ser obtenidas directamente. Las CMH salen de sus nichos intermitentemente para viajar por la sangre y desempeñar funciones no completamente diluidas. Valiéndonos de ese conocimiento, se han desarrollado técnicas para estimularlas a que salgan de sus nichos y capturarlas en la sangre. También sabemos que la sangre de la placenta del feto o del niño recién nacido es rica en este tipo de células madres.

El interés por este tipo de trasplante, inicia poco después de que los norteamericanos lanzaran la primera bomba atómica sobre Hiroshima. Los médicos estaban interesados en conocer a fondo los daños y secuelas que causaban las radiaciones, y especialmente en reparar una de las consecuencias más terribles: la destrucción de la médula ósea. Doce años más tarde del holocausto nuclear, en 1957, se llevan a cabo los primeros trasplantes de CMH obtenidas de la médula ósea en humanos. Tres científicos yugoslavos que trabajan en un reactor nuclear se exponen accidentalmente a una radiación letal. Tuvieron que ser trasladados a un hospital francés, para ser sometidos a un trasplante con CMH tomadas de la médula ósea. La intervención resultó un fracaso. En 1968, el grupo de Minneapolis y el grupo de Milwaukee, en forma simultánea, llevaron a cabo con éxito, los primeros trasplantes con CMH tomadas de médula ósea de un donante compatible, en niños con inmunodeficiencia grave. Entre 1969 y 1972 se hacen los primeros trasplantes con CMH tomados de médula ósea en adultos con leucemia y falla medular severa. En 1988 se reporta el primer trasplante con CMH, en este caso, tomadas de la sangre de placenta de un hermano sano a otro enfermo por anemia de Fanconi, demostrando así que la cantidad de CMH en la sangre de la placenta (cordón umbilical) eran suficientes para restablecer el órgano hematopoyético.

EXISTEN TRES RAZONES IMPORTANTES PARA REALIZAR UN TRASPLANTE DE CMH EN NIÑOS:

1. Proporcionar CMH normales, a un paciente cuyas células madre son anormales o defectuosas.
2. Proporcionar CMH normales, a un paciente cuya médula ósea ha sido destruida por quimioterapia y/o radioterapia como parte del tratamiento oncológico.
3. Proporcionar CMH normales, a un niño con una enfermedad genética que afecta a todos los órganos del cuerpo.



UNIDAD DE CÁNCER

Preocupados por brindarle la mejor y más especializada atención

- Cirugía de cabeza y cuello
- Cirugía de mama
- Cirugía de tumores de tejidos blandos
- Cirugía de tórax
- Cirugía de tracto gastrointestinal
- Cirugía de colon y recto
- Cirugía de Cáncer Hepatobiliar
- Cuidados Paliativos
- Dermatología Oncológica
- Ginecología Oncológica
- Ortopedia Oncológica
- Urología Oncológica
- Cirugía Oncológica
- Clínica de Infusiones
- Hematología
- Hemato-Oncología de Adultos
- Hemato-Oncología Pediátrica
- Medicina Nuclear Molecular
- Oncología Clínica
- Patología Molecular
- Quimioterapia
- Radioterapia
- Trasplante de Médula Ósea



Aportes de los exámenes de Laboratorio Clínico y Patología en el diagnóstico y manejo del cáncer

Por Ludwig Luis
Albornoz, MD.
Patólogo • Jefe de la
Unidad Laboratorio
Clínico, Patología y
Banco de Sangre



Hay ayudas diagnósticas, como las pruebas de laboratorio, que pueden auxiliar al médico a detectar el cáncer, idealmente más temprano que tarde. Infortunadamente, la cultura de la prevención y las estrategias de detección temprana no las usamos tanto como debería ser. Las pruebas de tamizaje o de búsqueda activa y preventiva de signos de cáncer son relativamente de bajo costo (más costo efectivas que tener que tratar un cáncer avanzado), y no implican riesgo significativo. Lamentablemente, la comunidad las utiliza demasiado poco. Esto llama la atención y justifica tomar iniciativas para lograr una sensibilización y educación para la comunidad en general. Este artículo tiene por objeto educar al lector en algo sobre algunas de estas pruebas y cómo se usan.

¿Qué busca el médico con estos exámenes?

Busca evidencia que aporte información para confirmar o descartar que haya cáncer. El examen puede ser directo (como el hallazgo de células cancerosas en una muestra de tejido o de citología), o indirecto, como en el caso de detectar sustancias alteradas en su calidad o cantidad a causa de un tumor, en algún sistema del organismo.

Las pruebas de tamizaje

Son exámenes sencillos, que se hacen en casi cualquier laboratorio, con los cuales se pretende encontrar evidencia de enfermedad cuando ésta no es evidente para el paciente o el profesional de la salud. Pueden ser:

HEMOGRAMA, que examina la cantidad y calidad de las células sanguíneas circulantes.

SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL, que busca la presencia de sangrado intestinal, que es un signo temprano en una parte de los cánceres de colon.

EXAMEN DE ORINA, en que se buscan células malignas o sangre.

PROPORCIÓN DE PROTEÍNAS EN LA SANGRE (electroforesis de proteínas), que se afecta en algunos cánceres que involucran al hueso.

MARCADORES TUMORALES, que no son pruebas de tamizaje, pero que pueden ser útiles en el contexto de un diagnóstico de confirmación solamente.

Cabe recalcar que pocas pruebas infaliblemente indican que hay cáncer en un paciente. Por esto, la evaluación integral por su médico, junto con una buena historia clínica, examen físico y el uso de ayudas diagnósticas, son irremplazables.

Los estudios de extensión

Aunque métodos de estudio muy útiles como las imágenes diagnósticas (rayos X, tomografías, resonancias, tomografías por emisión de positrones, gamagrafías) pueden identificar tejidos anormales, su ubicación, tamaño y el compromiso de estructuras del cuerpo, usualmente no permiten de forma aislada la diferenciación entre tejido canceroso y no canceroso. Surge entonces la utilidad de un estudio invasivo pero más contundente, como es el análisis anatomopatológico en tejido o de células, llamado respectivamente biopsia o citología. Son el estudio más definitivo para la detección y diagnóstico de tumor maligno en la actualidad.



Hay ayudas diagnósticas, como las pruebas de laboratorio, que pueden auxiliar al médico a detectar el cáncer, idealmente más temprano que tarde.



Sí hay un resultado riesgoso, ¿qué significa?

Si acaso un resultado es positivo para riesgo de cáncer, es crucial que se consulte una opinión calificada, con el objeto de definir claramente cuanto riesgo hay y qué opciones se tienen. Por ejemplo, puede haber intervención temprana para disminuir la probabilidad de adquirir el cáncer, como hacer cambios en los hábitos de vida (calidad de la nutrición, ejercicio) hasta el extremo de extraer órganos de forma profiláctica en casos de muy alta probabilidad de adquirir el cáncer.

Las pruebas de muy alta complejidad

Hay pruebas de alta tecnología de dos niveles: 1. las que definen riesgo de cáncer (marcador de riesgo); 2. Las que detectan la presencia de cáncer (marcador tumoral).

1. Las pruebas genéticas son análisis de riesgo que están al alcance sólo de los laboratorios especializados. La información genética puede ayudar a predecir el riesgo de cáncer, especialmente si hay historia familiar, particularmente en malignidad de glándula mamaria, colon, próstata y ovario. Un análisis de este tipo debe hacerse con guía profesional pues su interpretación es compleja. El campo del diagnóstico genético está en plena evolución, con muchísimo aún por conocer, y sólo las pruebas mejor estudiadas y validadas deben ser tenidas en cuenta para tomar decisiones en salud.

2. Las pruebas de marcadores biológicos de tumor son otra ayuda diagnóstica a disposición del médico. Se trata de sustancias que se asocian con una frecuencia significativa con cáncer, pero que por sí solas raramente bastan para confirmar su presencia. Por eso no se usan de forma aislada sino como parte de una evaluación médica integral. Los marcadores tumorales incluyen sustancias que se encuentran normalmente en el organismo y que en caso de cáncer se encuentran muy elevadas o modificadas; como también sustancias anormales generadas por tejidos tumorales que son francamente indicativas de alta probabilidad de tener cáncer.



Si un resultado es positivo para presencia de cáncer, existen ayudas diagnósticas que permiten buscar de forma más enfocada (radiología, escanografía, resonancia nuclear magnética, tomografía con emisión de positrones, endoscopias, aspirados citológicos en tejidos sólidos o de medula ósea, gamagrafías) y que permiten determinar con exactitud la ubicación, tamaño, y afectación de órganos y tejidos del organismo.

Todo lo anterior debe matizarse con un concepto esencial: ningún examen será útil si no se utiliza bien y a tiempo. Utilizarlo bien implica seguir las instrucciones sobre cómo debe prepararse el paciente para cumplir las condiciones de un examen óptimo; usarlo a tiempo significa que se consulte oportunamente y/o se hagan chequeos periódicos con el médico de confianza para una intervención temprana y/o preventiva con herramientas como las expuestas.

En pocos años, la medicina reactiva, enfocada en aliviar y curar la enfermedad ya establecida y, en demasiados casos, ya avanzada, será paulatinamente sustituida por una medicina preventiva, enfocada en evitar la enfermedad, en promover el buen estado de salud, usando pruebas que vigilen el mantenimiento de un equilibrio saludable en el organismo.



Por Manuel Duque
Galán, MD. • Urólogo

LAPAROSCOPIA en Urología

Desde hace siglos se tiene conocimiento que los hombres, guiados por la curiosidad, han buscado conocer el cuerpo humano sin abrirlo, con un visor o luz, para ver mejor la parte interna.

Fueron los urólogos los primeros que, con tubos y aprovechando que la orina es cristalina, se aventuraron al estudio endoscópico de los órganos del sistema urinario. Así mismo, los urólogos han trabajado en el avance de la cirugía mínimamente invasiva, dejando atrás las grandes incisiones para efectuar cirugías de alta complejidad a través de pequeñas incisiones laparoscópicas.

Actualmente se utilizan unos pequeños tubos (trócares) para ingresar al abdomen, con el fin de realizar cualquier cirugía intra-abdominal.

La historia de la Urología Laparoscópica se inició en 1991 con la realización de la primera nefrectomía o extracción del riñón por vía laparoscópica, a partir de la cual, los adelantos en la técnica fueron vertiginosos; a pesar que el inicio en la aplicación de este sistema por la Urología fue tímido, en pocos años todos los procedimientos posibles se habían efectuado por esta vía con resultados satisfactorios y en muchos de los casos, mejores que los obtenidos en la cirugía abierta.

¿Qué es la Laparoscopia?

Por pequeños agujeros se pasan unos tubos hasta la cavidad abdominal, e inflando el abdomen con gas carbónico, se crea un espacio en el que se realiza el procedimiento quirúrgico que anteriormente se realizaba abriendo la cavidad.

Las ventajas de la técnica son múltiples: presencia de menor dolor postoperatorio, posibilidad de mejor visualización de los órganos intervenidos, menor sangrado, rápida reincidencia laboral del paciente y escasas huellas en la piel.

La Laparoscopia en Urología

La Urología es una de las especialidades que más avances ha presentado en la laparoscopia, teniendo en cuenta que todas las cirugías abdominales se pueden hacer por vía laparoscópica, son realmente escasas las cirugías que no se pueden realizar con esta técnica.

La historia de la Laparoscopia en Urología se remonta a la década de los años 80 con la dificultad que ofrecían los testículos no palpables (aquellas gónadas que no se encontraban en el escroto o en el canal inguinal), lo que planteaba la posibilidad que nunca se hubieran formado o que se hubieran quedado sin descender del abdomen. La búsqueda de estos testículos por laparoscopia demostró ser, en las diferentes investigaciones, más efectiva que la cirugía abierta con la técnica tradicional. En algunas oportunidades, no se encontraba el órgano y al revisar laparoscópicamente estos pacientes, los testículos fueron hallados hasta en el 40% de los casos, por lo que desde entonces se implementó la vía laparoscópica como el patrón de oro en esta patología.

El siguiente paso fue la corrección de los varicoceles bilaterales -dilatación de las venas de los testículos- que también ha demostrado que la técnica es eficiente y segura. Igualmente, la cirugía de los quistes renales -que no es frecuente-, pues son pocos los que por dolor o por un gran tamaño causan alteraciones intestinales- es susceptible de ser realizada por este abordaje. Así mismo, los cálculos uretrales superiores -que están en la parte inicial del uréter- son una indicación factible para ser extraídos por esta técnica. Las anteriores cirugías son de baja complejidad.

Los procedimientos de mediana complejidad comprenden la Nefrectomía que es la extracción del riñón por la presencia de un tumor, una infección o de cambios estructurales del mismo que obliguen a removerlo. En esta cirugía específica, se considera la laparoscopia como el patrón de oro, teniendo en cuenta las ventajas que la laparoscopia posee sobre la cirugía abierta, pues la fuerza de la evidencia ha permitido posicionarla como la técnica de elección.

Algunas cirugías de la vejiga como la corrección de la ruptura traumática de la misma, los reimplantes y la reanastomosis del uréter a la vejiga, son más rápidas, seguras y con menor daño por laparoscopia que abiertas. Las intervenciones más complejas como la extracción de vejiga y la próstata o de la vejiga, vagina y el útero en las mujeres, cuando se encuentran tumores malignos en la vejiga, son más rápidas por laparoscopia, cursan con menor sangrado y permiten una mejor visualización de los órganos y de los vasos que en la cirugía abierta.

Finalmente, la cirugía de mayor complejidad y de mayor exigencia técnica en urología es la prostatectomía radical por laparoscopia, que no se realiza de manera rutinaria en muchos centros. Este procedimiento consiste en extraer la próstata y las vesículas seminales totalmente cuando se ha encontrado un cáncer de próstata. Los resultados favorables dependen de la consideración acertada de una serie de detalles técnicos que en algunas oportunidades no se pueden cubrir. Desde que se encuentra mundialmente disponible esta técnica, se han realizado evaluaciones y comparaciones de la técnica con la cirugía tradicional, encontrándose como una realidad que durante el abordaje laparoscópico se logra una mejor visualización del esfínter y de los nervios responsables de la erección, lo que permite una mayor posibilidad de conservar las funciones previas; se traumatizan menos los tejidos, el sangrado y el dolor son menores, lográndose tiempos operatorios equiparables a la cirugía abierta.

En cuanto a los resultados oncológicos, ninguna de las nuevas técnicas -incluyendo a la robótica- ha demostrado ser superior a la laparoscopia, tampoco existe una diferencia significativa en la conservación de la erección o de la continencia.

El presente y el futuro nos de marca el uso de agujeros naturales para abordar los órganos. Por ahora es importante reconocer que las técnicas quirúrgicas por laparoscopia ya están probadas, que son efectivas, seguras, eficaces y posiblemente, la mejor manera de resolver la gran mayoría de las patologías urológicas intra-abdominales en la actualidad.



ALERGOLOGÍA

Serrano Reyes Carlos Daniel 7454

ANESTESIOLOGÍA

Acevedo Danner Marthá Juliana 7122
 Afanador Pinzón Carlos Ernesto 7122
 Ariza Cadena Freddy Giovanni 7122
 Benavides Serralde Pablo José 7122
 Betancur Franco Luis Ángel 7122
 Billefals Vallejo Einar Sten 7122
 Blanco Solano Luisa Fernanda 7122
 Cujíño Álvarez Indira Fabiana 7122
 Figueroa Perdomo Rodrigo 7122
 González Arboleda Luis Fernando 7122
 Herrera Figueroa Christian 7122
 Jaramillo Gómez Hernán Darío 7122
 Jordán Valencia Jaime Humberto 7122
 Lozano Vallejo Lyda Constanza 7122
 Lozano Vallejo Alicia Carolina 7122
 Mejía Mantilla Jorge Humberto 7122
 Salas Jiménez Carlos Eduardo 7122
 Santos Cerquera Raúl Darío 7122
 Suárez De La Pava Laura Aaguidtza 7122
 Torres Tascón Ana María 7122
 Torres Vargas Germán 7122
 Vidal Perdomo Carlos Andrés 7122
 Villegas Pineda Mario Hernán 7122

AUDIOLOGÍA

Panesso Méndez Clara Inés 7179
 Pérez Schmalbach Sandra Patricia 7179

CARDIOLOGÍA ELECTROFISIOLOGÍA

Pava Molano Luis Fernando 7454
 Perafán Batista Pablo Eduardo 7454

CARDIOLOGÍA HEMODINAMIA

Velásquez Noreña Jorge Guillermo 7454
 Ochoa Franco Julián Andrés 7454

CARDIOLOGÍA MEDICINA INTERNA

Araujo Grau Jorge 7454
 Flórez Alarcón Noel Alberto 7454
 Gómez Mesa Juan Esteban 7454
 Gutiérrez Jaramillo Javier 7454
 Ochoa Franco Julián Andrés 7454
 Olaya Rojas Pastor 7454
 Sánchez Blanco Jairo 7454
 Velásquez Noreña Jorge Guillermo 7454
 Wartenberg Villegas Martín Bertram 7454

CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA

Gutiérrez Gil Jaiber Alberto 7335
 Mosquera Álvarez Walter 7335

CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Borrero Rengifo Álvaro José 7454
 Cadavid Alvear Eduardo Alberto 7454
 Giraldo Jiménez Marthá Cecilia 7454

CIRUGÍA CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICA

Santiago Enderiz Gabriel Rubén 3205

CIRUGÍA DE COLON Y RECTO

Kestenberg Himelfarb Abraham 7454

CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO

Tintinago Londoño Luis Fernando 7324

CIRUGÍA DE COLUMNA

Barreto Perea Jaime Andrés 7122
 González Tenorio Mario Germán 7122
 Lobato Polo Javier Mauricio 7122
 Senz Salazar Ernest Karl 7122
 Uribe Arango Juan Alfonso 7122
 Velásquez Lasprilla Fernando 7122

CIRUGÍA DE MANO

Campo Martínez Hugo Darío 7122
 Lombana Zapata Álvaro José 7122

CIRUGÍA DE PIE Y TOBILLO

Castro Plaza Jaime 7122
 Silva Yepes Edwin Alberto 7122

CIRUGÍA DE TÓRAX

Velásquez Galvis Mauricio 7122

CIRUGÍA GASTROINTESTINAL

Argüello Arias Pedro Tomás 7554
 Echavarría Abbad Héctor Raúl 7554
 Rojas Payán Óscar Andrés 7554

CIRUGÍA GENERAL

Aristizabal Vásquez Gonzalo Alfonso 7324
 Franco Flórez María Josefa 7324
 García Marín Alberto Federico 7324
 Ordóñez Delgado Carlos Alberto 7324
 Toro Yepes Luis Eduardo 7324

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA - BARIÁTRICA

Matalana Jaramillo Rogelio 7454

CIRUGÍA ONCOLÓGICA

Currea Perdomo Diana Felisa 7324

CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

Montaña Hoyos Diego Leonardo 7233
 Muñoz Pino Carlos Arturo 7233
 Soto Naranjo Edgar Julián 7233

CIRUGÍA PEDIÁTRICA

Astudillo Palomino Raúl Ernesto 7335
 Franco Agredo Otoniel 7335
 Palta Uribe Diego Alfredo 7335

CIRUGÍA PLÁSTICA

Córdoba Castrillón Adriana 7122
 Dorado Olarte Clara Inés 7122
 Hidalgo Carmen Elvira 7122

CIRUGÍA VASCULAR

Carbonell Caicedo Juan Pablo 7324
 Bravo Ceballos Carolina 7324

CIRUGÍA VASCULAR Y TRASPLANTES

Caicedo Rusca Luis Armando 7065
 Villegas Otálora Jorge Iván 7065

CLÍNICA DEL DOLOR

Herrera Figueroa Christian 7122
 Villegas Pineda Mario Hernán 7122

CUIDADOS INTENSIVOS 4040

Bautista Rincón Diego Fernando 4040
 Flórez Alarcón Noel Alberto 4040
 García Marín Alberto Federico 4040
 Gómez García Mónica 4040
 Granados Sánchez Marcela 4040
 Gutiérrez Giraldo Alejandro 4040
 Martínez Buitrago Jorge Eduardo 4040
 Mejía Mantilla Jorge Humberto 4040
 Ochoa Ardila María Elena 4040
 Oliveros Hernández María del Pilar 4040
 Ordóñez Delgado Carlos Alberto 4040
 Ospina Tascón Gustavo Adolfo 4040
 Salas Jiménez Carlos Eduardo 4040
 Toro Yepes Luis Eduardo 4040
 Vargas Ordóñez Mónica Patricia 4040

DERMATOLOGÍA

González Tenorio Marthá Lucía 7179
 Herrera Marcelos Melba Cristina 7179
 Muñoz García Liliana Eugenia 7179
 Ramírez Escobar Ana Francisca 7179
 Sandoval Pereira Fabián 7179
 Vidal Cagigas Andrés 7179

DERMATOLOGÍA ONCOLÓGICA

Ramírez Escobar Ana Francisca 7179

DERMATOLOGÍA - PATOLOGÍA

Muñoz García Liliana Eugenia 7179

ENDOCRINOLOGÍA MEDICINA INTERNA

Arango Velez Luis Guillermo 7449
 Casas Figueroa Luz Ángela 7449
 Feriz Bonelo Karen Milena 7449

ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA

Angulo Mosquera Mario 7335
 Mejía Zapata Liliana María 7335

ENDOSCOPIAS - VÍAS DIGESTIVAS 4126

Argüello Arias Pedro Tomás 4126
 Echavarría Abbad Héctor Raúl 4126
 García Abadía Jairo Alberto 4126
 Jiménez Rivera Diego Fernando 4126
 Kestenberg Himelfarb Abraham 4126
 Rojas Payán Óscar Andrés 4126
 Rojas Rodríguez Carlos Arturo 4126
 Sepúlveda Copete Mauricio 4126

FONOAUDIOLOGÍA

Bermeo Cardona Maribeth 7335
 Montoya Camargo Zamira 7335
 Navas García Claudia Ximena 7335
 Panesso Méndez Clara Inés 7335
 Pérez Schmalbach Sandra Patricia 7335
 Sanz García Claudia Mercedes 7335
 Valencia Zúñiga Juliana 7335
 Álvarez Montenegro Adriana 7335

GASTROENTEROLOGÍA - HEPATOLOGÍA

Jiménez Rivera Diego Fernando 7454

GASTROENTEROLOGÍA MEDICINA INTERNA

García Abadía Jairo Alberto 7454
 Rojas Rodríguez Carlos Arturo 7454
 Sepúlveda Copete Mauricio 7454

GASTROENTEROLOGÍA Y ENDOSCOPIA PEDIÁTRICA

Franco Agredo Otoniel 7335
 Zamorano Castro Cecilia 7335
 Sánchez Pérez Maira Patricia 7335

GINECOLOGÍA - ALTA COMPLEJIDAD OBSTÉTRICA

Escobar Vidarte María Fernanda 7323

GINECOLOGÍA LAPAROSCÓPICA

Escobar Flórez Álvaro José 7323

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Benavides Calvache Juan Pablo 7323
 Congote Restrepo Fernando Adolfo 7323
 Escobar Flórez Álvaro José 7323
 Escobar Vidarte María Fernanda 7323
 Lopéz Tenorio Jaime 7323
 Martínez Peña Adriana 7323
 Medina Palmezano Virna Patricia 7323
 Messa Bryon Adriana 7323
 Nasser José 7323
 Piñeros Pachón Jorge Arturo 7323
 Victoria Borrero Alejandro 7323

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA - INFERTILIDAD

Idrobo Piquero Joaquín Humberto 7323

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA ONCOLÓGICA

Ramírez Salazar Heydi Marina 7323
 Restrepo Forero Omar Hernán 7323

HEMATOLOGÍA MEDICINA INTERNA

Falabella Falabella Francisco 7324
 Rosales Martínez Joaquín Donald 7324

HEMATO-ONCOLOGÍA CLÍNICA

Restrepo Molina Juan Guillermo 7324
 Zambrano Harvey Ángela Regina 7324

HEMATO-ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA

Lotero Díaz Viviana 7800
 Medina Valencia Diego 7800
 Ramírez Württenberger Óscar 7800

INFECTOLOGÍA MEDICINA INTERNA

García Goez José Fernando 7449
 Lenis Quintero William 7449
 Rosso Suárez Fernando 7449
 Vélez Londoño Juan Diego 7449

MEDICINA DE URGENCIAS 3276 - 3278

Carvajal Gómez Sandra Milena 3276 - 3278
 Tovar Ruiz Víctor Hugo 3276 - 3278
 Vargas Bernal Carlos Eduardo 3276 - 3278
 Zarama Córdoba Virginia 3276 - 3278

MEDICINA FAMILIAR

Bromet Shumm Arnoldo 7335
 Chavarro Domínguez Carlos Alfonso 7335

MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**3234 - 6305**

Catacolí Samayoa José Germán	3234 - 6305
Obando Trejos Ángela María	3234 - 6305
Quintero Flórez Orlando	3234 - 6305
Serpa Serpa José Mauricio	3234 - 6305

MEDICINA INTERNA

De la Hoz Albán Adolfo León	7449
Cedeño Arévalo Susy Vannesa	7449
Gómez García Mónica	7449
Gutiérrez Giraldo Alejandro	7449
Largo Rojas Uriel	7449
Otero Berrocal Carmelo José	7449
Ramírez Zuluaga Luis Fernando	7449

MEDICINA NUCLEAR MOLECULAR

Pabón Castilla Luz Maritza	3159
----------------------------	------

NEFROLOGÍA MEDICINA INTERNA

Mesa Ramírez Liliana	7324
Posada Chávez Juan Guillermo	7324
Schweineberg López Johanna	7324

NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA

Londoño Correa Hernando	7335
Restrepo Restrepo Jaime Manuel	7335

NEUMOLOGÍA MEDICINA INTERNA

Fernández Trujillo Liliana	7449
Sanabria Arenas Fernando	7449
Martínez Guzmán William	7449

NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA

Duarte Dorado Diana María	7335
---------------------------	------

NEUROCIRUGÍA

Lobato Polo Javier Mauricio	7122
Uribe Arango Juan Alfonso	7122
Velásquez Lasprilla Fernando	7122

NEUROLOGÍA CLÍNICA

Orozco Vélez Jorge Luis	
Quiñones Bautista Jairo Alonso	
Shinchi Tanaka Alberto Masaru	
Takeuchi Tan Yuri	

NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA

Cruz Zamorano Santiago Sergio	7335
Gómez Castro Juan Fernando	7335
Saavedra de Arango Gloria Cecilia	7335

NEUROPSICOLOGÍA

González Flórez Sandra Liliana	7121
Muñoz Ospina Beatriz Elena	7121

NEURORRADIOLOGÍA

Rosero Guerrero Alberto León	4036
Velásquez Lasprilla Fernando	4036

NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

Lara Carvajal Catalina	7324
Lemos Riaño Martha Lucía	7324
López De Mesa Duque Martha Ligia	7324
Vallejo Arias Aixa Ledy	7324

ODONTOLOGÍA

Arango Jaramillo Luz María	7179
Arias Cadavid Ana Milena	7179
Loaiza Campo Leslie Karina	7179

ODONTOLOGÍA - ENDODONCIA

Escobar Villegas Paola Andrea	7179
-------------------------------	------

ODONTOPEDIATRÍA

Franco Castaño Luz Helena	7179
---------------------------	------

ORTODONCIA

Castro Cabal Adriana	7179
Franco Quintero Germán	7179

OFTALMOLOGÍA

Araujo Martínez Martha Luz	7325
Galvis Villarreal Andrea	7325
Garrido Costa Lázaro	7325
Ossma Gómez Iván Leonardo	7325

OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA

Polanía Esparza Rodrigo Alberto	7325
---------------------------------	------

OPTOMETRÍA

Alvernia Lobo Claudia	7325
Rodríguez Gaitán Héctor David	7325

ORTÓPTICA

Barrios Acosta Inelsa Marina	7325
------------------------------	------

ONCOLOGÍA CLÍNICA MEDICINA INTERNA

Restrepo Molina Juan Guillermo	7324
Zambrano Harvey Ángela Regina	7324

ONCOLÓGICA - GINECOLOGÍA

Ramírez Salazar Heydi Marina	7323
Restrepo Forero Omar Hernán	7323

ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA 7800

Ver HEMATO-ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

Barreto Perea Jaime Andrés	7122
Campo Martínez Hugo Darío	7122
Castro Plaza Jaime	7122
De la Vega Del Risco Daniel Henrique	7122
Gallón Lozano Luis Alfonso	7122
González Tenorio Mario Germán	7122
Henaó Alzate Alejandro	7122
Herrera Huependo Gilberto Antonio	7122
Llinás Hernández Paulo José	7122
Lombana Zapata Alvaro José	7122
Martínez Rondanelli Alfredo	7122
Mejía López Fernando Manuel	7122
Rodríguez Botía Néstor Julián	7122
Sánchez Vergel Alfredo Alonso	7122
Silva Yepes Edwin Alberto	7122

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

Gallón Lozano Luis Alfonso	7122
----------------------------	------

ORTOPEDIA ONCOLÓGICA

De la Vega Del Risco Daniel Henrique	7122
--------------------------------------	------

OTOLOGÍA

Santamaría Gamboa Susana	7122
--------------------------	------

OTORRINOLARINGOLOGÍA

Andrade Murillo Tomás Hernán	7122
Cortés Castaño Jorge Alberto	7122
Gómez Merino Luz Eugenia	7122
Moriones Robayo Carlos Alberto	7122
Santamaría Gamboa Susana	7122

Banco de Sangre	3156 - 3061 - 3016 - 4203-3067
Cardiología No Invasiva	3205 - 3212
Chequeos Médicos Preventivos	3215
Cirugía	4105
Cirugía Ambulatoria	4110 - 4132 - 4219
Cirugía Cardiovascular	4025
Cirugía Vasculay Endovascular	7650
Clínica del Dolor	7428
Clínica de Heridas	3212 - 3205
Clínica de Anticoagulación	7426
Clínica de Falla Cardíaca	7426 - 7455
Consulta Preanestésica	7428
Cuidado Intensivo Adultos	4040 - 4066 - 4068
Cuidado Intensivo Coronario	4753
Cuidado Intensivo Intermedio	4753 - 4754
Cuidado Intensivo Pediátrico	4324 - 4316
Cuidado Intensivo Neonatal	4224 - 4222
Densitometría Ósea	7325
Electroencefalograma	7253
Endoscopias - Vías digestivas	4126

Epidemiología	3304
Hemodinamia - Cateterismo	4025
Hospitalización-Admisiones	3261 - 3031 - 3120
Imágenes Diagnósticas	3171 - 3182
Infectología	7128
Laboratorio Clínico	3153 - 3154-3067
Laboratorio Biología Molecular	4215 - 4231
Laboratorio Vasculay	7324
Medicina Nuclear Molecular	3159
Patología	4261-3067
Pruebas de Alergias	7441
Quimioterapia	7809
Radioterapia	4089 - 4071
Sala de partos	4224 - 4223
Terapia Física y Rehabilitación	3231 - 3233 - 3234
Terapia Ocupacional	7121
Unidad de Cáncer (Oncología)	7760
Unidad de Trasplantes	7521-7550
Urgencias	3275 - 3276 - 3278
Vacunación	7336

OTORRINOLARINGOLOGÍA - CIRUGÍA PLÁSTICA

Cortés Castaño Jorge Alberto 7122

PATOLOGÍA 4261

Albornoz Tovar Ludwig Luis Antonio 4261
 Arrunategui Ramírez Ana María 4261
 Bravo Ocaña Juan Carlos 4261
 Carrascal Cortés Edwin 4261
 Guarín Díaz Nora 4261
 Jaramillo Velásquez Roberto 4261
 Macía Mejía María Carmenza 4261
 Olaya Morales Natalia 4261
 Silva Pérez Nhora María 4261

PEDIATRÍA

Cañas Giraldo Camilo Augusto 7335
 Cobo Medina Darío Hernando 7335
 Cortés Barbosa Carlos Alberto 7335
 Cruz Roa César Augusto 7335
 Delgado Rodríguez José Fernando 7335
 García Cifuentes Ángela María 7335
 Gómez Rodríguez Teresa 7335
 Madriñán Tascón Jorge Mario 7335
 Mera López Verónica 7335
 Montes Hasslocher Patricia Isabel 7335
 Pino Muñoz Wilber 7335
 Sierra García Alexandra 7335
 Vanegas Alvarado Rocío 7335
 Villaquirán Lacouture María Clara 7335

PEDIATRÍA - CUIDADOS INTENSIVOS

Agudelo Constante María Teresa 7335
 Bermúdez Pupo Fernando Eugenio 7335
 Mota Solarte María Victoria 7335

PEDIATRÍA - ENDOCRINOLOGÍA

Angulo Mosquera Mario 7335
 Mejía Zapata Liliana María 7335

PEDIATRÍA - INFECTOLOGÍA

Pérez Camacho Paola Marsela 7335

PEDIATRÍA - NEONATOLOGÍA

Ballesteros Castro Adriana 7335
 Jaramillo Salazar Martha Lucía 7335
 Orrego Gaviria Jaime 7335

PSICOLOGÍA

Chaux Otero Andrea 7121
 Escobar López Viviana 7121
 Hoyos Liévano María Graciela 7121
 Jiménez Suárez Sonia 7121
 Nates Ordóñez María 7121
 Restrepo Rivera Angélica María 7121

PSICO - ONCOLOGÍA

Reyes Piñeros Clara Elisa 7121

PSIQUIATRÍA

Arango Dávila César Augusto 7121
 Bersh Toro Sonia Constanza 7121
 Castillo Martínez Alejandro 7121
 Guerra Lozano Ana María 7121
 Rincón Hoyos Hernán Gilberto 7121
 Rivas Nieto Juan Carlos 7121

PSIQUIATRÍA INFANTIL

Salazar Corrales Omar Fernando 7121

PSIQUIATRÍA - PSICOGERIATRÍA

Macías Libreros Gloria Elena 7121

RADIOLOGÍA 3171 - 3182

Abella Calle José 3171 - 3182
 Castillo Pérez Luis Fernando 3171 - 3182
 Escobar Rengifo Fernando Alfonso 3171 - 3182
 García González Carlos Alejandro 3171 - 3182
 Granados Sánchez Ana María 3171 - 3182
 Holguín Holguín Alfonso José 3171 - 3182
 Medina Chamorro Flor Marina 3171 - 3182
 Medina Valencia Francisco José 3171 - 3182
 Mejía González Mauricio 3171 - 3182

RADIOTERAPIA 4071

Amaya Sánchez Claudia Patricia 4071

REHABILITACIÓN ORAL

Caicedo Rusca Luis Fernando 7179

REUMATOLOGÍA

Agualimpia Janning Andrés 7449
 Cañas Dávila Carlos Alberto 7449
 Ochoa Rojas Carlos Darío 7449

TERAPIA OCUPACIONAL DE SALUD MENTAL

Atehortua Restrepo Martha Cecilia 7121
 Tascon Rojas Maria del Rosario 7121

UROLOGÍA

Ceballos Posada Myriam Lili 7179
 Duque Galán Manuel 7179
 Plazas Córdoba Luis Alejandro 7179

¡Recuerda!

La Sangre para la gente, sólo viene de la gente.
Dona Sangre



COMITÉ EDITORIAL

Miembros del Comité Editorial

Martín Wartenberg Villegas, MD.
 Jorge Mario Madriñán Tascón, MD.
 Alfredo Martínez Rondanelli, MD.
 Jorge Humberto Mejía Mantilla, MD.
 Yesid Pineda Molina, MD.
 Nancy Montes de Oca Escobar
 Yuri Takeuchi Tan, MD.
 Enf. Betty Gómez Rodríguez
 Diana Prieto Hurtado, MD.
 Ing. Luz Helena Moreno Narváez
 Juan Guillermo Restrepo Molina, MD.
 Diana Felisa Currea Perdomo, MD.
 Danny Viviana Moreano Hurtado, MD.
 Andrea Catalina Martínez González, DG

Comité Asesor

Martín Wartenberg Villegas, MD.
 Marcela Granados Sánchez, MD.

Dirección Editorial

Comunicaciones
 Fundación Valle del Lili
 PBX: 3319090 - Ext.: 3226

Portada y Fotografía

Banco de Imágenes
 Fundación Valle del Lili

Diseño, Diagramación e Ilustración

Andrea Catalina Martínez González, DG

Redacción

Comunicaciones
 Fundación Valle del Lili

Preprensa e Impresión

Panamericana Formas e Impresos S.A.
 Bogotá



FUNDACIÓN VALLE DEL LILI



Acreditación N° 0015
 Fecha: 04/07/2015

Suscríbese Gratis a Nuestra Revista
Llámenos en Cali: 331 9090 - Ext: 4113



Visítenos en:
www.valledelili.org



Esta publicación no sustituye la consulta ni las indicaciones del médico. En ningún caso ni circunstancia los lectores pueden valerse de la información de la revista para diagnosticar y/o autodiagnosticarse y/o realizar análisis, diagnósticos o tratamientos que únicamente están autorizados para realizar y/o manejar profesionales de la medicina debidamente especializados.

Escribanos a nuestro correo electrónico: comunicacionesvl@gmail.com



Pida su cita de Consulta Externa al PBX: **6805757**



- ◆ Citas del Plan Obligatorio de Salud (EPS, ARP, SOAT, ARS): ext. **7901**
(Excepto: Clínica del Dolor, Cirugía Bariátrica, Trasplantes, Drenaje Linfático y Anestesia. *Ver en el listado*)
- ◆ Citas de Oncología Nueva EPS: ext. **7902**
- ◆ Trasplantes: ext. **7903**

Medicina Prepagada y Particulares: ext. **7900**

Extensiones directas para Medicina Prepagada y Particulares, según la Especialidad:

7121

Electroencefalograma
Electromiografía
Encefalograma
Neuroconducción
Neurología
Neuropsicología Adultos
Neurosiquiatría
Polisonografía
Potenciales Auditivos
Procedimientos Neurológicos
Prueba de Personalidad
Psicología
Psiquiatría
Psiquiatría Oncológica
Terapia de Familia
Terapia Ocupacional

7179

Audiología
Audiometría
Dermatología
Dermato-oncología
Dermatopatología
Endodoncia
Fonoloaudiología
Fototerapia
Impedanciometría
Logaudiometría
Maxilofacial
Odonpediatría
Odontología
Ortodoncia
Periodoncia
Urología

7324

Cuidado Paliativo
Cirugía Cabeza y Cuello
Cirugía General
Cirugía Oncológica
Cirugía Vasculat
Drenaje Linfático
Exámenes de Visa
Hematología
Nefrología
Nutrición
Oncología

7454

Alergología
Anticoagulación
Cardiología
Cirugía Bariátrica
Cirugía Cardiovascular
Cirugía Colon y Recto
Electrofisiología
Falla Cardíaca
Gastroenterología
Hemodinamia
Hemopatología
Trasplante Cardíaco

7335

Cardiopediatria
Cirugía Pediátrica
Endocrinopediatría
Gastropediatria
Genética
Infectopediatría
Medicina Familiar
Nefropediatria
Neonatos
Neumopediatría
Neuropediatria
Pediatria
Terapia de Lenguaje

7325

Biometría
Campos Visuales
Oftalmología
Optometría
Ortótica
Paquimetrías
Tomografía Óptica

7122

Anestesia
Cirugía Plástica
Cirugía Tórax
Clínica del Dolor
Neurocirugía
Ortopedia
Otorrinolaringología

7323

Ecografías
Ginecología
Gineco-oncología

7449

Densitometría
Endocrinología
Infectología
Medicina Interna
Neurología
Reumatología





FUNDACIÓN
VALLE DEL LILI

Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

Clínica de Mama

PBX: 6805757 Ext.: 7760

La detección temprana
es la clave para el
éxito del tratamiento.

Recuerda hacerte periódicamente
el autoexamen de mama

Autoexamen de Mama:
Inspección y Palpación
Manual (de pie)



Con la palma de la mano,
palpar cada mama en
estas tres direcciones.



Autoexamen de Mama:
Palpación Manual
(acostada)

Con la palma de la mano,
palpar cada mama en
estas tres direcciones.

