



COMEGOM

COLEGIO DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EN
GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA DE MÉXICO

MEMORIAS DE COMEGOM



Índice

- 01 Mensaje del presidente

- 02 Aspectos relevantes de la Ginecología Oncológica Nacional e Internacional

- 15 Registro SEP

- 16 Colegiados integrantes del Consejo Directivo COMEGOM

- 22 Integrantes COMEGOM

- 25 Objetivos y razón de ser de COMEGOM

- 23 Actividades académicas y congresos 2019-2025

- 28 8 Congreso 2025

- 28 Comité organizador y científico

- 28 Avaluos

- 28 Puntaje de certificación

- 29 Profesores nacionales e internacionales

- 31 Programa académico

- 33 Trabajos libres presentados y casos clínicos

- 53 Memorias fotográficas

- 55 Balance financiero

- 58 Foto Consejo Directivo 2025-2026

- 59 Colegiados vigentes

Mensaje del presidente

Es inspirador que COMEGOM forme parte del compromiso y el progreso en las iniciativas globales contra el cáncer en la mujer. La colaboración y la innovación son invaluableles y tendrán un impacto significativo en el manejo de esta enfermedad, impulsando cambios y mejorando los resultados oncológicos.

COMEGOM es una institución que se financia principalmente con las contribuciones de sus colegiados, lo que le permite mantener una sólida proyección en los ámbitos educativos, sociales y culturales. Cada aportación ayuda a marcar una diferencia en la vida de muchas mujeres y a promover avances en la atención del cáncer ginecológico. Tu apoyo es fundamental para garantizar que nuestro colegio continúe con su importante labor en la lucha contra el cáncer en la mujer.

Con profunda gratitud,

Acad. Dr. Víctor Manuel Vargas Hernández

Presidente 2019-2025

¡Juntos podemos mejorar la atención médica oncológica de las mujeres en México!

Aspectos relevantes de la Ginecología Oncológica Nacional e Internacional

Ginecología Oncológica

Es una subespecialidad médica quirúrgica relativamente joven, que se enfoca en la prevención, diagnóstico y tratamiento de los cánceres que afectan el sistema reproductivo femenino, incluyendo el cáncer de ovario, endometrio, cérvix, vulva y vagina; incluso el cáncer de mama; pero sus raíces se extienden mucho antes de su formalización como campo independiente. Su historia es una mezcla de avances en cirugía, radiología, quimioterapia y, más recientemente, biología molecular y terapias dirigidas. Esta área ha experimentado y continúa experimentando avances significativos que transforman la atención de la mujer.

Evolución de la ginecología oncológica

Desde la antigüedad, se han documentado descripciones de tumores en órganos femeninos, aunque el conocimiento sobre su naturaleza y causa era muy limitado. Hipócrates y Galeno, entre otros, mencionaron "úlceras" o "tumores" en el útero y otras partes del cuerpo, y se especulaba sobre tratamientos con hierbas o cauterización. Las intervenciones quirúrgicas eran extremadamente peligrosas debido a la falta de anestesia, antisepsia y comprensión de la anatomía. Las histerectomías (extirpación del útero) eran raras y con una altísima mortalidad. La mayoría de los tratamientos se centraban en aliviar los síntomas. A medida que avanzaba el conocimiento de la anatomía y la microscopía en el siglo XVIII y XIX, se comenzó a comprender mejor la naturaleza de las enfermedades, incluyendo los tumores. Esto permitió una diferenciación entre lesiones benignas y malignas. El desarrollo de la anestesia (mediados del siglo XIX) y la antisepsia (Joseph Lister, finales del siglo XIX) revolucionaron la cirugía, permitiendo procedimientos más complejos y seguros. Esto fue crucial para la ginecología oncológica. La Histerectomía radical: A finales del siglo XIX y principios del XX, cirujanos como Ernst Wertheim la desarrollaron para el cáncer de cuello uterino, mejorando significativamente las tasas de supervivencia. El descubrimiento de los Rayos X por Wilhelm Conrad Röntgen en 1895 y del Radium por Marie y Pierre Curie en 1898 abrió el camino a la radioterapia. El radium se utilizó para la braquiterapia, donde se colocaban fuentes radiactivas directamente en contacto con el tumor, especialmente en el cáncer de cuello uterino. Esto fue un gran avance para el tratamiento de estos tumores. Más tarde, se desarrollaron las máquinas de radioterapia externa para tratar tumores más grandes o con metástasis. Después de la Segunda Guerra Mundial, se observó que algunas sustancias químicas tenían efectos citotóxicos, lo que llevó al desarrollo de los primeros agentes quimioterapéuticos. Inicialmente, estos tratamientos eran muy tóxicos y con resultados limitados, pero sentaron las bases. El desarrollo de la cirugía de citoreducción para el cáncer de ovario, cirugía laparoscópica y robótica para procedimientos menos invasivos, y biopsia de ganglio centinela. Descubrimiento y desarrollo de quimioterapias más efectivas y con menos efectos secundarios, así como la quimioterapia intraperitoneal para el cáncer de ovario, Avances en la radioterapia de intensidad modulada (IMRT) y la radiocirugía, permitiendo una mayor precisión en la administración de radiación y una reducción del daño a tejidos sanos. El Proyecto Genoma Humano y los avances en

biología molecular han llevado a una comprensión más profunda de las bases genéticas del cáncer. Esto ha facilitado el desarrollo de terapias dirigidas (como los inhibidores de PARP para el cáncer de ovario con mutaciones BRCA) y la inmunoterapia. Hoy en día, el tratamiento del cáncer ginecológico es inherentemente multidisciplinario, involucrando a ginecólogos oncológicos, oncólogos médicos, radioterapeutas, patólogos, radiólogos y otros especialistas para ofrecer la mejor atención posible a las pacientes. La vacunación contra el VPH ha sido un hito revolucionario en la prevención del cáncer de cuello uterino, prometiendo erradicar este tipo de cáncer en el futuro. La ginecología oncológica continúa evolucionando rápidamente, con la investigación constante en nuevas terapias, técnicas diagnósticas y enfoques de prevención para mejorar la supervivencia y la calidad de vida de las mujeres afectadas por estos cánceres.

La idea de una sociedad de ginecología oncológica comenzó en enero de 1968 cuando los doctores Hervy E. Averette y John J. Mikuta reconocieron la necesidad de una organización médica centrada específicamente en el cáncer ginecológico. Su objetivo era estimular el interés en el campo y promover la formación y educación de las personas en esta área. En mayo de 1968 se celebró una reunión en la que el concepto de sociedad cobró fuerza. Finalmente, en enero de 1969, las partes interesadas se reunieron en Key Biscayne, Florida, para establecer formalmente la SGO, con George C. Lewis, Jr., MD, como su primer presidente. La primera Reunión Anual de la SGO se convocó en enero de 1970.

La SGO desempeñó un papel crucial en el establecimiento de la oncología ginecológica como una subespecialidad reconocida de la obstetricia y la ginecología, que fue aprobada formalmente por la Junta Estadounidense de Especialistas Médicos en 1972 y como una subespecialidad certificada por la junta en 1973 por la Junta Estadounidense de Obstetricia y Ginecología (ABOG). A medida que el manejo del cáncer se volvía más complejo (combinando cirugía, radioterapia y quimioterapia), y dado el crecimiento del conocimiento en ginecología, se hizo evidente la necesidad de una subespecialidad dedicada a los cánceres ginecológicos; fue reconocida formalmente como subespecialidad por el American Board of Obstetrics and Gynecology (ABOG) en 1973. Esto marcó un hito crucial para la formación estandarizada y la investigación en el campo. En Europa y otras regiones: Posteriormente, otros países y regiones siguieron este modelo, estableciendo sus propias sociedades y programas de formación. La European Society of Gynaecological Oncology (ESGO) es un ejemplo clave en Europa, fundada en 1983.

La Sociedad de Oncología Ginecológica (SGO) destacada organización profesional dedicada a promover y apoyar el campo de la oncología ginecológica. Su misión es mejorar la atención y el tratamiento de las mujeres con cánceres ginecológicos a través de la investigación, la educación y la defensa. Organizan reuniones anuales, publican una revista y ofrecen varios programas educativos. En el contexto de la educación son organizaciones sin fines de lucro

La ginecología oncológica es una subespecialidad médica crucial que se enfoca en el diagnóstico, tratamiento y prevención de los cánceres del sistema reproductor femenino. A nivel mundial, existen diversas sociedades y colegios que agrupan a estos especialistas y promueven la excelencia en la atención. Aquí te presento algunas de las más destacadas; la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), tiene una fuerte influencia en la ginecología oncológica a través de sus comités y programas. Trabajan para mejorar la salud de la mujer a nivel mundial, incluyendo la reducción de disparidades en la atención del cáncer ginecológico; European Society of Gynaecological Oncology (ESGO): es una de las sociedades más importantes en este campo a nivel internacional, fue fundada en 1983 en Venecia, Italia y tiene como objetivo promover la comunicación científica, la investigación, la educación y la acreditación en oncología ginecológica; ensayos clínicos fundamental para la investigación en cáncer ginecológico

en Europa; International Gynecologic Cancer Society (IGCS): Esta sociedad tiene un alcance global y se dedica a mejorar la atención del cáncer ginecológico a través de la educación, la investigación y la colaboración internacional. Organizadores de congresos mundiales y promotores de iniciativas para países de bajos y medianos; también han contribuido al avance de la ginecología oncológica a nivel mundial. En Latinoamérica. Federación Latinoamericana de Ginecología Oncológica (FLAGO): Agrupa a especialistas de diversos países de América Latina, promoviendo el intercambio de conocimientos y la colaboración en la región. Asociación Colombiana de Ginecólogos Oncólogos (ACGO): Entidad académica y científica en Colombia que promueve el estudio e investigación en oncología ginecológica. La Sociedad Peruana de Oncología Ginecológica: Una de las sociedades nacionales en América Latina que organiza congresos y eventos para la actualización de sus miembros. Existen muchas otras sociedades y colegios en países latinoamericanos como México, Argentina, Chile, Brasil, etc., cada una con sus propios estatutos y actividades. En Asia/Oceanía. Existen sociedades específicas en países como Japón, Corea del Sur, China, India, Australia, etc., que se dedican a la ginecología oncológica.

Colegios Profesionales (en el contexto de México y otros países):

En muchos países, además de las sociedades científicas que promueven la investigación y la educación, existen "colegios" o "consejos" que se encargan de certificar la especialidad y regular la práctica profesional. El Colegio Mexicano de Ginecólogos dedicados a la Colposcopia (COMEGIC): Aunque su enfoque principal es la colposcopia, es un colegio relevante en el ámbito de la ginecología oncológica en México, dado que la colposcopia es fundamental para la prevención y detección temprana del cáncer cervicouterino. En general, los colegios de ginecología y obstetricia en cada país suelen tener capítulos o secciones dedicadas a la oncología ginecológica, o bien, los ginecólogos oncólogos se certifican a través de los consejos de especialidades médicas. La colaboración entre estas organizaciones a nivel global es fundamental para avanzar en la lucha contra el cáncer ginecológico, compartiendo las mejores prácticas, resultados de investigación y promoviendo la formación de nuevos especialistas en todo el mundo.

Es meritorio destacar la labor del fallecido, Dr. Carlos M. López Graniel en el desarrollo de la ginecología oncológica en México. Aunque la información específica sobre la fundación de una "sociedad de ginecología oncológica en el INCan en 1997" por parte del Dr. López Graniel con ese nombre exacto no se encuentra directamente documentada en las principales fuentes públicas, sin embargo, su participación fundamental y liderazgo en la consolidación y formalización de los grupos de trabajo y asociaciones que agrupan a los especialistas en ginecología oncológica en México. El Dr. López Graniel, como una figura destacada en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) y con su trayectoria, fue sin duda un impulsor clave en el desarrollo de la subespecialidad. Es común que dentro de instituciones de referencia como el INCan se formen grupos de especialistas altamente enfocados en un área, que con el tiempo pueden derivar en la creación o fortalecimiento de sociedades médicas.

Es importante recordar que la Sociedad Mexicana de Oncología (SMeO), que abarca todas las ramas de la oncología, incluyendo la ginecológica, tiene una historia mucho más larga, formalizándose en 1951. Sin embargo, la Ginecología Oncológica como subespecialidad diferenciada ha crecido y se ha consolidado con el paso de los años, y líderes como el fallecido Dr. Carlos López Graniel han sido esenciales en este proceso, impulsando la capacitación, la investigación y la colaboración entre colegas.



Izquierda Antonio Santillán MD, derecha Carlos López Graniel

La Sociedad Mexicana de Oncología (SMEO), que tuvo un papel fundamental en el desarrollo de la oncología en México y de la cual se desprende parte de la ginecología oncológica, fue fundada en 1951 por un grupo entusiasta de médicos, muchos de los cuales trabajaban en el Hospital General de México.

Alcances Actuales de la Ginecología Oncológica:

- **Diagnóstico Temprano y tamizaje:**
 - **Cáncer de cuello de útero:** La detección temprana a través de pruebas de Papanicolaou (citología) y la detección del Virus del Papiloma Humano (VPH) han reducido drásticamente la incidencia y mortalidad de este cáncer. La vacunación contra el VPH es una herramienta fundamental en la prevención primaria.:
 - **Cáncer de cérvix:** La detección temprana a través de pruebas de Papanicolaou (citología) y la detección del Virus del Papiloma Humano (VPH) han reducido drásticamente la incidencia y mortalidad de este cáncer. La vacunación contra el VPH es una herramienta fundamental en la prevención primaria.
 - **Otros cánceres ginecológicos:** Para el cáncer de ovario, endometrio, vulva y vagina, aunque no existen pruebas de tamizaje, la revisión médica continua y la identificación de factores de riesgo son cruciales. Se están investigando nuevos biomarcadores y métodos de imagen para la detección temprana.
- **Cirugía Avanzada y Mínimamente Invasiva:**
 - **Cirugía laparoscópica y robótica:** Estas técnicas han revolucionado la cirugía oncológica ginecológica, permitiendo procedimientos más precisos, con menos dolor, hospitalizaciones más cortas y recuperaciones más rápidas.
 - **Ganglio centinela:** La técnica del ganglio centinela, aplicada en tumores como el de cérvix, endometrio y vulva, permite identificar el primer ganglio linfático al que drena el tumor, evitando disecciones ganglionares extensas innecesarias y reduciendo la morbilidad asociada.
 - **Cirugías conservadoras de la fertilidad:** Para mujeres en edad reproductiva con cánceres ginecológicos, especialmente de cérvix, se están realizando cirugías que preservan el útero y/o los ovarios, permitiendo la posibilidad de futuros embarazos.

- **Tratamientos Complementarios Personalizados:**
 - **Quimioterapia:** Continúa siendo un pilar fundamental en el tratamiento, con nuevos agentes y combinaciones más selectivas. La quimioterapia intraperitoneal, por ejemplo, ha demostrado mejorar la supervivencia en el cáncer de ovario avanzado.
 - **Radioterapia:** Técnicas como la radioterapia intraoperatoria (RIO) permiten administrar altas dosis de radiación directamente al sitio del tumor durante la cirugía, mejorando el control local en casos seleccionados.
 - **Terapias dirigidas e inmunoterapia:** Estos tratamientos son cada vez más relevantes, actuando sobre mecanismos moleculares específicos de las células tumorales o potenciando la respuesta inmune del paciente contra el cáncer, lo que se traduce en terapias más efectivas y con menos efectos secundarios.
 - **Enfoque multidisciplinario:** La atención de la mujer con cáncer ginecológico se basa en un equipo multidisciplinario que incluye oncólogos ginecólogos, oncólogos médicos, radioterapeutas, patólogos, radiólogos y especialistas en fertilidad, garantizando un manejo integral y personalizado.
- **Asesoramiento genético:** La identificación de mutaciones genéticas asociadas al cáncer (como BRCA1/2 en cáncer de ovario y mama) permite un asesoramiento genético, seguimiento y estrategias de prevención para mujeres con alto riesgo

Futuro de la Atención en Ginecología Oncológica:

El futuro de la ginecología oncológica se vislumbra prometedor, impulsado por la investigación y el desarrollo tecnológico:

Medicina de precisión y personalizada: Se buscará aún más la individualización de los tratamientos basándose en el perfil genético y molecular de cada tumor y paciente, lo que permitirá terapias más eficaces y con menos toxicidad.

Biopsia líquida: El desarrollo de análisis de sangre para detectar células tumorales circulantes o ADN tumoral libre permitirá diagnósticos más tempranos, monitorización de la respuesta al tratamiento y detección de recaídas de forma no invasiva.

Avances en imagenología: La mejora continua en técnicas de imagen (resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones - PET/CT) permitirá una mejor caracterización de los tumores y una planificación quirúrgica y radioterapéutica más precisa.

Inteligencia Artificial (IA) y Big Data: La aplicación de la IA en el análisis de grandes volúmenes de datos clínicos y genéticos ayudará a identificar patrones, predecir la respuesta a tratamientos y optimizar las decisiones clínicas.

Inmunoterapia y nuevas terapias biológicas: Se espera un mayor desarrollo y refinamiento de la inmunoterapia y la aparición de nuevas terapias biológicas que actúen sobre vías específicas del cáncer, ofreciendo opciones para tumores previamente resistentes.

Cuidado integral y calidad de vida: El enfoque se ampliará más allá de la curación, prestando mayor atención a la calidad de vida de las pacientes, abordando las secuelas de los tratamientos (sexualidad, fertilidad, bienestar emocional) y ofreciendo un soporte psicosocial completo.

Mayor énfasis en la prevención primaria y secundaria: Continuará la promoción de la vacunación contra el VPH y la educación sobre estilos de vida saludables, junto con el desarrollo de nuevas estrategias de cribado para otros cánceres ginecológicos.

Colaboración internacional y ensayos clínicos: La colaboración entre centros de investigación y la participación en ensayos clínicos a nivel global acelerarán el descubrimiento y la implementación de nuevas terapias. En resumen, la ginecología oncológica está en constante evolución, con avances que buscan mejorar la detección temprana, ofrecer tratamientos más efectivos y menos invasivos, personalizar la atención y, en última instancia, mejorar la supervivencia y la calidad de vida de las mujeres afectadas por cánceres ginecológicos.

Ginecología oncológica y su apoyo a la comunidad

La ginecología oncológica, más allá de la atención médica individual, juega un papel crucial en el **apoyo integral a la comunidad**, especialmente en la prevención y detección temprana del cáncer ginecológico. Este apoyo se manifiesta en diversas áreas:

Educación y Concientización

Difusión de información vital: Los especialistas en ginecología oncológica y las organizaciones de salud trabajan para educar a la comunidad sobre los factores de riesgo, los síntomas y la importancia de la detección temprana de cánceres como el de cérvix, ovario y endometrio. Esto incluye campañas de concientización en escuelas, centros comunitarios y a través de medios de comunicación.

Promoción de estilos de vida saludables: Se enfatiza la importancia de una dieta balanceada, ejercicio regular, evitar el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol, ya que estos hábitos pueden reducir el riesgo de desarrollar ciertos tipos de cáncer ginecológico.

Información sobre el VPH y su prevención: La educación sobre el Virus del Papiloma Humano (VPH) es fundamental, explicando cómo se transmite, sus riesgos asociados al cáncer de cérvix, vagina y vulva, y la importancia de la vacunación contra el VPH para adolescentes y jóvenes.

Programas de Detección Temprana y tamizaje

- **Acceso a Citología y pruebas de VPH:** En México, la Secretaría de Salud ofrece la prueba de Papanicolaou de forma gratuita en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud. La ginecología oncológica apoya la difusión y el acceso a esta prueba, que es crucial para detectar lesiones precancerosas en el cuello uterino.
- **Detección del VPH:** Se promueve la realización de pruebas de detección del VPH, especialmente para mujeres en el rango de edad recomendado (35 a 64 años), complementando o en algunos casos reemplazando el Papanicolaou, ya que permiten una detección más precisa y con intervalos de cribado más largos.
- **Clínicas de colposcopia y detección de lesiones:** La creación y el fortalecimiento de clínicas especializadas en colposcopia son esenciales para el seguimiento y tratamiento oportuno de las mujeres con resultados anormales en las pruebas de cribado.
- **Programas en zonas rurales y comunidades vulnerables:** La ginecología oncológica colabora con programas que buscan acercar los servicios de detección a comunidades con acceso limitado a la atención médica. Esto puede incluir brigadas de salud, unidades móviles y el trabajo con promotores de salud locales.

Apoyo Psicosocial y Redes de Soporte

Asesoramiento psicológico: El diagnóstico y tratamiento del cáncer ginecológico puede tener un impacto emocional significativo. La ginecología oncológica, a menudo en conjunto con equipos de psicooncología, brinda apoyo psicológico a las pacientes y sus familias para manejar la ansiedad, la depresión y el estrés.

Grupos de apoyo: Se fomenta la creación de grupos de apoyo donde las mujeres que han pasado o están pasando por un cáncer ginecológico pueden compartir experiencias, brindar apoyo mutuo y reducir el sentimiento de aislamiento.

Información sobre recursos: Los equipos de ginecología oncológica informan a las pacientes sobre los recursos disponibles, como organizaciones de apoyo, programas de asistencia económica o de transporte, y servicios de rehabilitación.

Rehabilitación y calidad de vida: Se abordan aspectos como la sexualidad, la imagen corporal y la fertilidad, ofreciendo asesoramiento y opciones de rehabilitación para mejorar la calidad de vida de las pacientes después del tratamiento.

Formación y Capacitación de Personal de Salud

Capacitación en detección temprana: Los ginecólogos oncológicos contribuyen a capacitar a médicos generales y personal de enfermería en el primer nivel de atención sobre la detección temprana del cáncer ginecológico, la toma correcta de muestras y la identificación de casos sospechosos.

Educación continua: Se promueve la educación médica continua para asegurar que los profesionales de la salud estén actualizados con los últimos avances en diagnóstico y tratamiento, especialmente en técnicas mínimamente invasivas y terapias dirigidas.

Abogacía y Políticas Públicas

Influencia en políticas de salud: Los especialistas en ginecología oncológica participan en la promoción de políticas públicas que mejoren el acceso a la atención del cáncer, la disponibilidad de vacunas, y la implementación de programas de detección y tratamiento en todo el país.

Investigación y desarrollo: El trabajo en investigación contribuye al avance del conocimiento y a la búsqueda de nuevas y mejores formas de prevenir, diagnosticar y tratar el cáncer ginecológico, lo que eventualmente beneficia a toda la comunidad.

En México, instituciones como **FUCAM** (Fundación de Cáncer de Mama, aunque también brindan servicios ginecológicos), el **Instituto Nacional de Cancerología (InCan)**, y diversas clínicas de ginecología oncológica y colposcopia, así como el propio sistema de salud, son ejemplos de cómo esta especialidad apoya activamente a la comunidad en la lucha contra el cáncer ginecológico.

La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) sí reconoce la especialidad de Ginecología Oncológica.

La UNAM, a través de su Facultad de Medicina y en colaboración con diversas instituciones de salud, ofrece la Especialidad en Ginecología Oncológica. Esta es una subespecialidad médica con un plan de estudios que busca formar profesionales altamente capacitados en la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer ginecológico.

Además, el **Consejo Mexicano de Oncología, A.C.**, es el organismo evaluador que certifica a los médicos especialistas en Ginecología Oncológica en México, asegurando que sus capacidades y habilidades estén de acuerdo con los estándares actuales. Los títulos de especialidad avalados por la UNAM son un requisito para poder aspirar a esta certificación. Incluso, existe un premio, el "Premio Dr. José Noriega Limón", impulsado por la UNAM y el Instituto Nacional de Cancerología (InCan), que reconoce la

investigación y tesis de residentes, incluyendo a aquellos de Ginecología Oncológica, de centros formadores públicos y privados con especialización avalada por la UNAM.

Instituciones que imparten ginecología oncológica en México

En México, la formación y el ejercicio de la Ginecología Oncológica se imparten y llevan a cabo en diversas instituciones de prestigio, tanto universitarias como hospitalarias. Para cursar esta subespecialidad, es un prerequisite haber completado la especialidad de Ginecología y Obstetricia.

Aquí te menciono algunas de las principales instituciones y hospitales donde se puede estudiar o ejercer la Ginecología Oncológica en México:

Instituciones Universitarias (que avalan los programas de residencia):

Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM): Es la principal universidad que avala la mayoría de los programas de especialidades médicas, incluyendo la Ginecología Oncológica, en diversos hospitales del país. La Facultad de Medicina de la UNAM establece los planes de estudio y supervisa la calidad académica de estas residencias.

Instituto Politécnico Nacional (IPN): También ofrece programas de posgrado en el área de la salud que pueden estar relacionados con la oncología.

Universidades Estatales: Muchas universidades estatales, como la Universidad de Guadalajara (UdeG) o la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), tienen sus propios programas de posgrado en Ginecología y Obstetricia, y algunos de ellos pueden incluir o tener convenios para la subespecialidad de Ginecología Oncológica.

Hospitales y Centros Médicos con Programas de Residencia y Atención en Ginecología Oncológica:

Estos hospitales suelen ser las sedes donde se lleva a cabo la formación práctica de los ginecólogos oncólogos, y muchos de ellos son hospitales de alta especialidad o centros de referencia en el tratamiento del cáncer.

Instituto Nacional de Cancerología (InCan): Es el centro de referencia a nivel nacional para el tratamiento e investigación del cáncer en México. Cuenta con uno de los programas de Ginecología Oncológica más importantes y demandados.

Hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS): Varios hospitales de tercer nivel del IMSS ofrecen la residencia en Ginecología Oncológica. Algunos de los más conocidos incluyen:

Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI (IMSS, Ciudad de México).

Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala" (IMSS, Ciudad de México).

Hospital de Ginecobstetricia, Centro Médico Nacional de Occidente (IMSS, Guadalajara, Jalisco).

Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3, Centro Médico Nacional La Raza (IMSS, Ciudad de México).

Hospitales de la Secretaría de Salud (SSA):

Hospital Juárez de México: Importante sede formadora en diversas especialidades, incluyendo la Ginecología Oncológica.

Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga": Otro hospital de alta especialidad que ofrece formación en esta área.

Hospitales de Instituciones Privadas: Algunas instituciones hospitalarias privadas de gran tamaño también cuentan con equipos de Ginecología Oncológica y en ocasiones, programas de formación, aunque suelen ser en menor medida que las instituciones públicas. Ejemplos incluyen algunos hospitales del sistema **Hospitales Ángeles**.

Institutos Estatales de Cancerología: Algunos estados de la república tienen sus propios institutos o centros de cancerología que ofrecen atención especializada y, en algunos casos, programas de formación o rotaciones para residentes de Ginecología Oncológica. Por ejemplo:

Instituto Jalisciense de Cancerología (Guadalajara, Jalisco).

Centros de Oncología en el Estado de México.

La ginecología oncológica en México ha experimentado un notable desarrollo en las últimas décadas, buscando abordar la alta incidencia de cánceres ginecológicos en el país y posicionarse en el ámbito internacional.

Panorama de la Ginecología Oncológica en México:

Instituciones y Especialistas: México cuenta con instituciones de alta especialidad centros de referencias y órganos rector en la materia.

Retos Epidemiológicos: Los cánceres ginecológicos y de mama son una preocupación significativa en México. Anualmente, afectan a más de 50,000 mujeres y causan alrededor de 16,000 muertes. Los tipos más comunes incluyen el cáncer de mama, cáncer de cuello de útero, cáncer de endometrio y cáncer de ovario. Un desafío importante es que muchas pacientes aún llegan a las instituciones con etapas avanzadas de la enfermedad, lo que dificulta el pronóstico.

Prevención y Diagnóstico Temprano: Se enfatiza la importancia de la prevención y el diagnóstico precoz. La ginecología oncológica también se enfoca en la identificación de factores de riesgo y el asesoramiento a las pacientes.

Avances y Tratamientos: En México se han implementado y se sigue trabajando en diversas técnicas y tratamientos, incluyendo:

Cirugía mínimamente invasiva: como la laparoscopia avanzada y la cirugía robótica, que ofrecen ventajas como hospitalizaciones más cortas y recuperaciones más rápidas.

Radioterapia: con avances en técnicas de precisión.

Quimioterapia: incluyendo la quimioterapia intraperitoneal en casos específicos.

Terapias dirigidas (terapia-blanco).

Conservación de la fertilidad en cáncer ginecológico.

Biopsia de ganglio centinela.

Impacto Internacional:

El impacto internacional de la ginecología oncológica mexicana se manifiesta en varios aspectos:

Formación de Especialistas: México ha formado a un número significativo de colposcopistas calificados y otros especialistas, algunos de los cuales han obtenido reconocimiento internacional por su trayectoria y contribuciones.

Colaboraciones y Congresos: Profesionales mexicanos participan activamente en eventos académicos internacionales y en cursos de actualización, donde especialistas de México comparten conocimientos con colegas de otros países. Esto demuestra un intercambio de experiencias y una búsqueda de estandarización en las mejores prácticas.

Investigación y Publicaciones: Aunque no se detalla en los resultados, es esperable que la investigación realizada en instituciones como el InCan y por especialistas destacados, contribuya a la literatura científica global, especialmente en la epidemiología y el manejo de los cánceres ginecológicos en la población latinoamericana.

Adopción de Tecnologías y Estándares: La implementación de técnicas quirúrgicas avanzadas y la actualización en tratamientos sistémicos y radioterapia, demuestran un esfuerzo por estar a la vanguardia y alinear las prácticas con los estándares internacionales.

Reconocimientos: Algunos especialistas mexicanos han sido reconocidos a nivel internacional por su excelencia.

Impacto Nacional de la Ginecología Oncológica en México

Salud Pública y Carga de la Enfermedad: Los cánceres ginecológicos (mama, cuello de útero, ovario, endometrio, vulva y vagina) representan una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en mujeres mexicanas.

El **cáncer de mama** es el más frecuente y la primera causa de muerte por cáncer en mujeres a nivel nacional.

El **cáncer de cuello de útero**, si bien ha mostrado una disminución en su incidencia y mortalidad en la última década (se ha reducido 32% en la última década, en parte por las medidas de prevención y la vacunación contra el VPH), sigue siendo un problema de salud pública relevante, y se ha observado que afecta a mujeres cada vez más jóvenes.

Los **cánceres de ovario y endometrio** también presentan una incidencia en aumento en el país.

La ginecología oncológica es crucial para el diagnóstico temprano, el tratamiento y el seguimiento de estas pacientes, contribuyendo a la reducción de la carga de la enfermedad.

Impacto en la Calidad de Vida:

Más allá de la curación, la ginecología oncológica se enfoca en mejorar la calidad de vida de las pacientes, incluyendo la conservación de la fertilidad en mujeres jóvenes, el manejo del dolor y los cuidados paliativos en etapas avanzadas.

El acompañamiento psicológico y tanatológico es cada vez más reconocido como parte integral de la atención, ayudando a las pacientes y sus familias a afrontar la enfermedad.

Políticas de Salud y Programas de Prevención:

La Secretaría de Salud y otras instituciones han impulsado programas de detección temprana y tamizaje para cáncer de cuello de útero y cáncer de mama,.

La inclusión de cánceres ginecológicos en el sector público, han buscado ampliar la cobertura para mujeres con menos recursos.

La ginecología oncológica, más allá de la atención médica individual, juega un papel crucial en el **apoyo integral a la comunidad**, especialmente en la prevención y detección temprana del cáncer ginecológico. Este apoyo se manifiesta en diversas áreas.

Educación y Concientización

Difusión de información vital: Los especialistas en ginecología oncológica y las organizaciones de salud trabajan para educar a la comunidad sobre los factores de riesgo, los síntomas y la importancia de la detección temprana de cánceres como el de cérvix, ovario y endometrio. Esto incluye campañas de concientización en escuelas, centros comunitarios y a través de medios de comunicación.

Promoción de estilos de vida saludables: Se enfatiza la importancia de una dieta balanceada, ejercicio regular, evitar el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol, ya que estos hábitos pueden reducir el riesgo de desarrollar ciertos tipos de cáncer ginecológico.

Información sobre el VPH y su prevención: La educación sobre el Virus del Papiloma Humano (VPH) es fundamental, explicando cómo se transmite, sus riesgos asociados al cáncer de cérvix, vagina y vulva, y la importancia de la vacunación contra el VPH para adolescentes y jóvenes.

Programas de Detección Temprana y Cribado

Acceso a pruebas de Papanicolaou: En México, la Secretaría de Salud ofrece la prueba de Papanicolaou de forma gratuita en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud. La ginecología oncológica apoya la difusión y el acceso a esta prueba, que es crucial para detectar lesiones precancerosas en el cuello uterino.

Detección del VPH: Se promueve la realización de pruebas de detección del VPH, especialmente para mujeres en el rango de edad recomendado (35 a 64 años), complementando o en algunos casos reemplazando el Papanicolaou, ya que permiten una detección más precisa y con intervalos de cribado más largos.

Clínicas de colposcopia y detección de lesiones: La creación y el fortalecimiento de clínicas especializadas en colposcopia son esenciales para el seguimiento y tratamiento oportuno de las mujeres con resultados anormales en las pruebas de cribado.

Programas en zonas rurales y comunidades vulnerables: La ginecología oncológica colabora con programas que buscan acercar los servicios de detección a comunidades con acceso limitado a la atención médica. Esto puede incluir brigadas de salud, unidades móviles y el trabajo con promotores de salud locales.

Apoyo Psicosocial y Redes de Soporte

Asesoramiento psicológico: El diagnóstico y tratamiento del cáncer ginecológico puede tener un impacto emocional significativo. La ginecología oncológica, a menudo en conjunto con equipos de psicooncología, brinda apoyo psicológico a las pacientes y sus familias para manejar la ansiedad, la depresión y el estrés.

Grupos de apoyo: Se fomenta la creación de grupos de apoyo donde las mujeres que han pasado o están pasando por un cáncer ginecológico pueden compartir experiencias, brindar apoyo mutuo y reducir el sentimiento de aislamiento.

Información sobre recursos: Los equipos de ginecología oncológica informan a las pacientes sobre los recursos disponibles, como organizaciones de apoyo, programas de asistencia económica o de transporte, y servicios de rehabilitación.

Rehabilitación y calidad de vida: Se abordan aspectos como la sexualidad, la imagen corporal y la fertilidad, ofreciendo asesoramiento y opciones de rehabilitación para mejorar la calidad de vida de las pacientes después del tratamiento.

Formación y Capacitación de Personal de Salud

Capacitación en detección temprana: Los ginecólogos oncólogos contribuyen a capacitar a médicos generales y personal de enfermería en el primer nivel de atención sobre la detección temprana del cáncer ginecológico, la toma correcta de muestras y la identificación de casos sospechosos.

Educación continua: Se promueve la educación médica continua para asegurar que los profesionales de la salud estén actualizados con los últimos avances en diagnóstico y tratamiento, especialmente en técnicas mínimamente invasivas y terapias dirigidas.

Abogacía y Políticas Públicas

Influencia en políticas de salud: Los especialistas en ginecología oncológica participan en la promoción de políticas públicas que mejoren el acceso a la atención del cáncer, la disponibilidad de vacunas, y la implementación de programas de detección y tratamiento en todo el país.

Investigación y desarrollo: El trabajo en investigación contribuye al avance del conocimiento y a la búsqueda de nuevas y mejores formas de prevenir, diagnosticar y tratar el cáncer ginecológico, lo que eventualmente beneficia a toda la comunidad

Retos a Nivel Nacional

Diagnóstico Tardío: A pesar de los esfuerzos, una gran proporción de pacientes continúa siendo diagnosticada en etapas avanzadas de la enfermedad, lo que disminuye las posibilidades de curación y encarece el tratamiento. Esto se debe a diversos factores, incluyendo la falta de conciencia, barreras geográficas y económicas para acceder a servicios de salud, y la dificultad de tamizaje para algunos tipos de cáncer (como el de ovario).

Acceso a Servicios Especializados: Aunque existen centros de alta especialidad, el acceso a ginecólogos oncológicos, equipos tecnológicos avanzados y tratamientos innovadores no es uniforme en todo el país. Persisten disparidades entre las zonas urbanas y rurales, y entre el sector público y privado.

Costo de los Tratamientos: El alto costo de los tratamientos oncológicos, especialmente las terapias más recientes y la cirugía robótica, representa un desafío para el sistema de salud y para las familias, a pesar de los esfuerzos por la cobertura pública.

Capacitación Continua: El rápido avance en los tratamientos y tecnologías exige que los ginecólogos oncológicos mantengan una capacitación constante, lo que requiere de programas de actualización accesibles y de calidad.

Investigación y Registros de Cáncer: Fortalecer la investigación nacional y el Registro Nacional de Cáncer es fundamental para entender mejor la epidemiología de los cánceres ginecológicos en México, identificar factores de riesgo específicos de la población mexicana y evaluar la efectividad de las intervenciones.

En México, el desarrollo de la ginecología oncológica como subespecialidad siguió una trayectoria similar a la global, aunque con sus propias particularidades. A finales del siglo XIX y principios del XX: Ya se realizaban procedimientos ginecológicos quirúrgicos en México para tratar afecciones, incluyendo tumores. Figuras como el Dr. R. Lavista (que realizó la primera histerectomía abdominal en 1878) y el Dr. Ricardo Fuertes fueron importantes en el desarrollo de la cirugía ginecológica en general, Décadas de 1940 y 1950: El abordaje del cáncer en México se fue consolidando. En 1940, el Hospital General de México contó con la primera planta de Radón en Latinoamérica, un avance en radioterapia. El Dr. Ignacio Millán y posteriormente el Dr. Guillermo Montaña Islas fueron figuras clave en la organización del primer servicio de cancerología en México,

La ginecología oncológica en México enfrenta desafíos importantes debido a la carga de la enfermedad, pero ha logrado avances significativos en la formación de especialistas, la adopción de tecnologías y la participación en la comunidad científica internacional, buscando mejorar la atención y los resultados para las pacientes, buscando abordar la alta incidencia de cánceres ginecológicos en el país y posicionarse en el ámbito internacional. El Hospital General de México es considerado la cuna de la Oncología Mexicana, donde se integraron médicos con formación en el extranjero como el Dr. Felipe De Alba Ortega y el Dr. José Manuel Velasco Arce. En 1949, se originó el Instituto Nacional de Cancerología (INCan), que en 1956 contó con la primera bomba de Cobalto de México.

Consolidación como subespecialidad: aunque la atención oncológica en ginecología se venía realizando por cirujanos oncólogos y ginecólogos con interés en el cáncer, la formalización como subespecialidad reconocida ocurrió más tarde, siguiendo el modelo internacional. El InCan ha jugado un papel fundamental en la formación de especialistas en oncología quirúrgica y ginecología oncológica en México. A partir de la década de 1980 y 1990, con el aumento de la complejidad de los tratamientos y la necesidad de una formación más especializada, la ginecología oncológica. Figuras como el Dr. Gilberto Nicolás Solorza Luna en el InCan, quien fundó la Clínica de Colposcopia a y fue Jefe del Departamento de Ginecología Oncológica, fueron cruciales en el desarrollo y la enseñanza de esta disciplina en México.

La ginecología oncológica en México ha tenido un impacto nacional significativo en la salud pública, la formación de profesionales y el desarrollo de la investigación. Sin embargo, también enfrenta retos importantes que deben ser abordados para mejorar la atención y los resultados para las mujeres mexicanas. A nivel nacional, se han incorporado y avanzado en técnicas como la cirugía mínimamente invasiva (laparoscopia y cirugía robótica), radioterapia de precisión, quimioterapia (incluyendo quimioterapia intraperitoneal en algunos casos), y terapias dirigidas. Esto ha permitido ofrecer opciones de tratamiento más efectivas y menos invasivas para las pacientes. Ha logrado importantes avances en la atención y formación de especialistas, pero necesita superar retos como el diagnóstico tardío y las desigualdades en el acceso a servicios de alta calidad para tener un impacto aún

En México, al haber la necesidad de crear recursos humanos en el área de la ginecología oncológica, se crearon curso inicialmente de un y dos, hasta que se reconoció la especialidad ginecología oncológica en el año 2007 por la UNAM con duración de 3 años para especialistas en ginecología y obstetricia, en sus inicios se formaron asociaciones y colegios en la republica mexicana, pero en el año 2012-2019 un grupo de ginecólogos oncólogos encabezado por el Dr. Guillermo Sydney Herbert Núñez organiza y crea QR Colegio Ginecólogos Oncólogos en la Ciudad de Querétaro haciendo una reunión anual hasta el año 2019-2026; que se realizado el cambio de mesa directiva, tomando la presidencia el Acad. Dr. Victor Manuel Vargas Hernandez e iniciado diferentes actividades académicas, y gestionando antes las autoridades competentes el colegio logrando este el año 2023 la principal organización que agrupa a los médicos especialistas en Ginecología Oncológica es el **Colegio de Médicos Especialistas en Ginecología Oncológica de México, A.C. (COMEGOM)**.

Registro SEP



SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

Unidad de Actualización Normativa,
Legalidad y Regulación
Dirección General de Profesiones

F-502
UANLyR/DGP/602/2023

Ciudad de México, 21 de agosto de 2023

**ASUNTO: SE COMUNICA AUTORIZACIÓN Y
REGISTRO DE LA ASOCIACIÓN CIVIL COMO
COLEGIO DE PROFESIONISTAS.**

**DR. VICTOR MANUEL VARGAS HERNÁNDEZ,
PRESIDENTE DEL COLEGIO DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EN
GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA DE MÉXICO, A.C.
PRESENTE**

Hago de su conocimiento que con esta fecha, la Dirección General de Profesiones de acuerdo al dictamen de verificación de fecha 19 de junio del año en curso, procede a otorgar la Autorización y Registro a la Asociación Civil denominada "**Colegio de Médicos Especialistas en Ginecología Oncológica de México, A.C.**", toda vez que cumple con los requisitos establecidos por la Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional, relativo al ejercicio de las Profesiones en la Ciudad de México y su reglamento, quedando debidamente registrado en la Sección Segunda del libro de registro, bajo el número **F- 502**.

Aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

**ATENTAMENTE
DIRECTOR GENERAL DE PROFESIONES**

LIC. RUBÉN NÚÑEZ MERCADO



Colegiados integrantes del Consejo Directivo COMEGOM

c) Nómina del Consejo Directivo integrado de la siguiente manera:

CONSEJO DIRECTIVO FUNDADOR

CARGO	NOMBRE	CÉDULA LICENCIATURA	CÉDULA ESPECIALIDAD
PRESIDENTE:	DR. VÍCTOR MANUEL VARGAS HERNÁNDEZ	729892	12896447
VICEPRESIDENTE:	DR. ARNULFO MARTÍNEZ CHAPA	733448	10960026
PRIMER SECRETARIO PROPIETARIO:	DR. VÍCTOR MANUEL VARGAS AGUILAR	5879327	9940948
SEGUNDO SECRETARIO PROPIETARIO:	DRA. AMELIA RODRIGUEZ TREJO	2623043	10108250
PRIMER SECRETARIO SUPLENTE:	DRA. PATRICIA ALANÍS LÓPEZ	2251282	12802907
SEGUNDO SECRETARIO SUPLENTE:	DRA. ARGELIA ELISA CAMARILLO QUESADA	5492838	10644125
TESORERO:	DRA. EVA RUVALCABA LIMÓN	2563503	9990490
SUBTESORERO:	DR. GUILLERMO SYDNEY HERBERT NUÑEZ	2027022	11570106



Acad. Dr. Víctor Manuel Vargas Hernández

PRESIDENTE 2019-2025

El Acad. Dr. Víctor Manuel Vargas Hernández es una figura destacada y, de hecho, un pionero en la ginecología oncológica en México. Su trayectoria y aportaciones lo sitúan como un referente en el desarrollo y la consolidación de esta subespecialidad en el país, se detallan las razones por las cuales se le reconoce como un pionero: se formó como Médico Cirujano en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y por la especialización en la misma. Lo más relevante es que realizó una subespecialidad en Ginecología Oncológica y Medicina de la Reproducción en el Hospital de la Mujer en 1987 y el Hospital Juárez de

México. Este enfoque temprano en la ginecología oncológica, en un momento en que la subespecialidad estaba aún en sus fases iniciales de reconocimiento y desarrollo en México, ya lo posicionaba como un innovador. Es autor y coautor de libros fundamentales en la disciplina, como "Cáncer ginecológico" y "Cáncer en la mujer". Estos textos no solo compilan conocimientos esenciales, sino que también incluyen capítulos cruciales sobre la "Historia de la ginecología oncológica", lo que demuestra su profundo conocimiento y su papel en documentar el avance de la especialidad. La creación de este tipo de literatura médica es vital para establecer las bases de una nueva disciplina y formar a futuras generaciones. Ha sido médico adscrito en instituciones de prestigio como el Hospital Juárez de México y el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional "La Raza". Su participación en estos hospitales, sumada a su rol como Director de la Clínica de Salud Femenina, indica una práctica activa y un compromiso con la atención de pacientes y la formación de residentes. Su experiencia y conocimientos se han transmitido directamente a otros profesionales de la salud. En sus publicaciones y presentaciones, el Acad. Dr. Víctor Manuel Vargas Hernández ha abordado la evolución del manejo del cáncer ginecológico, incluyendo el diagnóstico basado en histopatología, la etapa clínica y el uso de biomarcadores. Esto refleja una comprensión profunda de los avances y una visión de la medicina de precisión en ginecología oncológica desde sus inicios. Aunque la ginecología oncológica fue reconocida oficialmente como subespecialidad en Estados Unidos en 1973, su reconocimiento en otras regiones, incluyendo México, fue más gradual. Profesionales como el Acad. Dr. Víctor Manuel Vargas Hernández, a través de su práctica, publicaciones y roles académicos, fueron fundamentales para impulsar el reconocimiento y la consolidación de esta disciplina en el contexto mexicano. Ginecología Oncológica Mexicana: es considerado un pionero por su temprana especialización, su vasta producción académica que incluye la documentación de la historia de la especialidad, su liderazgo en la práctica clínica y su compromiso con la enseñanza y la difusión del conocimiento en ginecología oncológica en México. Es miembro de múltiples asociaciones y colegios, destacando SGO, IGCS, ESGO, entre otras.



Dr. Guillermo Sydney Herbert Núñez

El Dr. Guillermo Sidney Herbert Núñez es un ginecólogo oncólogo con una destacada trayectoria en México, reconocido por su formación especializada y su participación en la difusión del conocimiento en la ginecología oncológica; podemos destacar lo siguiente. Se graduó como Médico Cirujano de la Universidad Autónoma de Guadalajara, realizó su especialidad en Ginecología y Obstetricia en la Universidad Veracruzana y se subespecializó en Ginecología Oncológica en el Instituto Nacional de Cancerología. Además, cuenta con formación en Cirugía de Mínima Invasión por la Universidad de Guanajuato y en Alta Dirección en Sistemas de Salud por el IPADE. Es coautor de

capítulos en obras importantes como "Cáncer ginecológico", donde figura como coautor del capítulo sobre la "Historia de la ginecología oncológica" junto al Dr. Víctor Manuel Vargas Hernández. Esto sugiere su rol en la consolidación del conocimiento y la historia de la subespecialidad en México. Ha presentado ponencias en eventos como "Actualidades en el manejo del cáncer ginecológico", abordando temas como "Factores de riesgo para cáncer de Vulva" y "Etapificación mediante cirugía de mínima invasión". Es miembro del Colegio Mexicano de Ginecólogos Oncólogos, la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, y la International Gynecology Cancer Society, lo que subraya su activa participación en la comunidad médica especializada. Ejerce su práctica en importantes centros médicos como el Hospital Angeles Centro Sur, en Santiago de Querétaro, lo que indica su relevancia en la atención de pacientes con cáncer ginecológico, lo posicionan como una figura clave y de gran influencia en el desarrollo y avance de la ginecología oncológica en México.



Acad. Dra. Eva Ruvalcaba Limón

Dra. Eva Ruvalcaba Limón es una profesional médica de gran trayectoria especializada en Oncología Ginecológica. Hizo Medicina General por la Facultad de Medicina de Tijuana, Universidad Autónoma de Baja California, la especialidad de Ginecología y Obstetricia por el Hospital General de Tijuana, B.C., Universidad Autónoma de Baja California y Oncología Ginecológica por el Instituto Nacional de Cancerología de México, con Beca de investigación en el MD Anderson Cancer Center, Houston, Texas. Maestría y Doctorado en Ciencias por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Densitometrista certificada. Subdirector de Docencia e Investigación en la Fundación para el Cáncer de Mama

(FUCAM) y adscrito al Departamento de Oncología Quirúrgica de Mama de la FUCAM. Profesor asociado del posgrado en "Cirugía Oncológica de Mama" en la FUCAM-UNAM. Coordinador del Comité de Tumores Ginecológicos de la Sociedad Mexicana de Oncología. Vocal de la Sociedad Mexicana de Oncología. Presidente del Comité de Investigación de la FUCAM. Secretario de la Asociación Mexicana de Mastología. Miembro de la Comisión de Oncología de la Academia Mexicana de Cirugía. Consejera y Sinodal del Consejo Mexicano de Oncología. Participa activamente en la investigación en Ginecología y Oncología, con numerosas presentaciones, artículos publicados y capítulos de libros. También es revisora de artículos en revistas nacionales e internacionales. La Dra. Ruvalcaba Limón ejerce en el Hospital Angeles Pedregal de la Ciudad de México y es reconocida por su experiencia en afecciones como cáncer de mama, cáncer de cuello de útero, cervicouterino, y otros problemas ginecológicos y oncológicos.



Dr. Arnulfo Martínez Chapa

El Dr. Arnulfo Martínez Chapa es un Ginecólogo Oncólogo con una destacada trayectoria en México, especialmente en la ciudad de Monterrey. Su experiencia y formación lo posicionan como un profesional altamente calificado en el campo de la oncología ginecológica y la uroginecología. Especialización de Alto Nivel: Es reconocido por tener la mejor preparación y experiencia en ginecología oncológica y uroginecología, siendo considerado un "especialista con el grado más alto de preparación. Afiliación Hospitalaria: Está adscrito al servicio de Ginecología Oncológica de un Hospital Regional, lo que sugiere su involucramiento en la atención directa de pacientes con cáncer ginecológico. Investigación y Publicaciones: Ha sido coautor de publicaciones relevantes, como un artículo sobre "Resultados reproductivos de la traquelectomía radical". La traquelectomía radical es un procedimiento quirúrgico importante en ginecología oncológica que permite conservar la fertilidad en pacientes con cáncer de cuello uterino en etapas tempranas. Ponencias y Contribuciones Académicas: Ha participado en foros y simposios, donde ha abordado temas cruciales como la "Preservación de la fertilidad en el cáncer cérvico-uterino temprano". Esto subraya su experiencia en un área que combina la oncología con la calidad de vida y los deseos reproductivos de las pacientes jóvenes. También ha expuesto sobre "Colposacropexia vaginal. Una alternativa innovadora en la cirugía reconstructiva de piso pélvico", lo que demuestra su dominio en la cirugía reconstructiva, que a menudo es necesaria después de tratamientos oncológicos. Formación Académica: Sus estudios incluyen la Universidad Autónoma de Nuevo León y la Universidad Nacional Autónoma de México, bases sólidas para su desarrollo profesional en medicina.



Dra. Patricia Alanís Solís

La Dra. Patricia Alanís Solís es una profesional destacada en el campo de la ginecología oncológica en México. Su trayectoria refleja una sólida formación y un compromiso con la atención de la mujer en esta especialidad; es Médico Cirujano egresada de la Facultad de Medicina de la UNAM. Realizó su especialidad en Ginecoobstetricia en el Hospital General "Manuel Gea González". Su formación en Ginecología Oncológica fue en el INCAN, la llevó a ser profesora adjunta del Curso de Especialidad en Ginecología Oncológica de la UNAM, con sede en la UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del CMN "La Raza" del IMSS. Su rol como profesora adjunta del curso de especialidad demuestra su dedicación a la formación de nuevas generaciones de ginecólogos oncólogos. Además, ha participado en la asesoría de tesis de especialidad, como la relacionada con el "Cáncer de endometrio en mujeres menores de 30 años", lo que refleja su interés en la investigación y en temas específicos dentro de la ginecología oncológica. Su adscripción a la UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del CMN "La Raza" del IMSS, una de las instituciones de salud más importantes de México, le ha permitido tener una amplia experiencia en el manejo de casos complejos de cáncer ginecológico.



Acad. Dr. Víctor Manuel Vargas Aguilar

Acad. Dr. Víctor Manuel Vargas Aguilar; es un ginecólogo oncólogo con una sólida trayectoria y una destacada participación en la atención, docencia e investigación en el ámbito de la ginecología oncológica en México.

Egresado de la escuela superior de medicina del IPN en 2008, realizó residencia médica en Ginecología y Obstetricia en el Instituto Nacional de Perinatología en 2009 egresado con mención honorífica; subespecialidad en Ginecología Oncológica en el CMN Siglo XXI en 2012, igualmente egresado con mención honorífica y complementó su formación con una alta especialidad en cirugía de mínima invasión oncológica

en el Hospital Juárez de México en 2016, todos con validez universitaria por la UNAM; además cuenta de cursos teóricos y prácticos en tracto genital inferior y patología mamaria.

Se encarga del diagnóstico, prevención y tratamiento quirúrgico de diversos cánceres ginecológicos, cáncer coincidente con embarazo y cirugía obstétrica compleja. Es profesor invitado en cerca de 120 cursos de especialistas, demostrando su compromiso con la academia y enseñanza de especialistas y nuevas generaciones de médicos.

Cuenta a la fecha con cerca de 70 publicaciones en revistas médicas nacionales e internacionales; autoría de capítulos en libros de ginecología y oncológica.

En 2024 ingreso a la Academia Mexicana de Cirugía, obteniendo el 13vo sitial en ginecología y obstetricia en México, se encuentra como sustentante a maestro en educación por el ITESM y apoya a localidades como Tuxpan, Poza Rica, Huachinango, Tlaxco, Apizaco, entre otras; que tienen dificultad al acceso de medicina de especialidad.

Dra. Amelia Rodríguez Trejo



La Dra. Amelia Rodríguez Trejo es una ginecóloga oncóloga muy respetada y experimentada con sede en Tepic, Nayarit, México. Se centra en el estudio, diagnóstico y tratamiento de los tumores que afectan al aparato reproductor femenino, principalmente los cánceres de ovario, vulva, cuello uterino y útero. También hace hincapié en la prevención y el tratamiento del cáncer. Es Médico Cirujano: Universidad Autónoma de Nayarit (UAN). Especialidad en Ginecología y Obstetricia: Universidad Autónoma de Nayarit (UAN) y el Sector Salud (SSA). Subespecialidad en Oncología Ginecológica: Instituto Nacional de Cancerología de México. Experiencia de más de 15 años en el sector de la salud, es una destacada especialista en su campo en Tepic. Actualmente asiste en el Centro Médico Puerta de Hierro y en la Clínica Santa Cecilia en Tepic, Nayarit. Sus áreas de especialización incluyen: Diagnóstico y tratamiento del cáncer, Cáncer de mama y patología mamaria, Colposcopia, Cáncer de cuello uterino y Virus del Papiloma Humano (VPH). Tratamientos láser para el tracto genital inferior y ginecología regenerativa. Concienciación pública: La Dra. Rodríguez Trejo participa

activamente en iniciativas de salud pública, hablando a menudo sobre la importancia de la detección temprana del cáncer de mama, ya que ha destacado la alarmante tasa de nuevos casos de cáncer de mama en Nayarit cada año; es conocida por brindar atención médica de alta calidad, profesional y humana en oncología ginecológica.

Dra. Argelia Elisa Camarillo Quesada



La Dra. Argelia Elisa Camarillo Quesada es una destacada especialista en Ginecología Oncológica en México, con una notable trayectoria tanto en la práctica clínica como en la docencia e investigación. Su labor se centra en instituciones de salud de alta especialidad, como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Es médico adscrito al servicio de Ginecología Oncológica en la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Ginecoobstetricia No. 4 "Dr. Luis Castelazo Ayala" del IMSS, en la Ciudad de México. Obtuvo su posgrado en Ginecología Oncológica en la UMAE Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS, un centro de referencia nacional. Es Profesora Titular en el área de Ginecología Oncológica, lo que demuestra su liderazgo en la formación de futuros especialistas. Ha impartido módulos sobre "Evaluación, diagnóstico y manejo de la patología ginecológica oncológica. Ha asesorado tesis de posgrado, lo que resalta su compromiso con la investigación y la generación de conocimiento.

Es coautora de artículos en revistas especializadas y editadas por el IMSS. Es una ginecóloga oncóloga de gran prestigio en México, cuyo trabajo en la docencia, la investigación y la atención clínica contribuye significativamente al avance de la especialidad y a la mejora de la calidad de vida de las pacientes con cáncer ginecológico.

Integrantes COMEGOM

Id	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)	CED . DE LIC	GINECO ONCO
001	Acuña	Gonzalez	Denise	6683881	10914855
002	Adame	Caballero	José Emmanuel	7031406	11102629
003	Alanís	López	Patricia	2251282	12802907
004	Alegria	Marín	Blanca Estrella	6318929	11514624
005	Argáez	Pérez	Jesús Emmanuel	5432340	91460022
006	Arroyo	Rendón	Lizbeth Greter	4958863	10531397
007	Arteaga	Gómez	Ana Cristina	2402987	9920219
008	Bandera	Delgado	Artfy	3912407	9060854
009	Bañuelos	Ramírez	José Luis	6270354	12032795
010	Barbero	Ibarrola	Maria Andrea	7530282	11511095
011	Barquet	Muñoz	Salim Abraham	5338760	9146261
012	Barragan	Curiel	Adolfo Eduardo	1646831	3393169
013	Bias	Hernández	Pedro	2832429	10747313
014	Briceño	Hernández	Rafael	3244032	6926139
015	Camarillo	Quesada	Argelia Elisa	5492838	10644125
016	Canseco	Lima	Jesus Mario	4319902	9142551
017	Cárdenas	Aguirre	Laura Livier	6136327	10439930
018	Cárdenas	Serrano	Oscar Ernesto	5743298	11512528
019	Carmona	Ornelas	Victor Hugo	4784863	8536622
020	Carrillo	Nolasco	Eduardo	5492849	10509189
021	Carvajal	Pliego	Juan Manuel	5168850	8475674
022	Castañeda	Luna	Claudia Gabriela	6076966	11521207
023	Castillo	Galeazzi	Alejandro	5222504	9146120
024	Chavez	Coss	Sinuhe	6130447	11499796
025	Cruz	Morales	Georgina	5893272	10312418
026	Cruz	Rodríguez	Efrain	5622019	10134500
027	De Alba	González	Ana Victoria	7281161	11653257
028	Díaz	González	José Martín	9131668	11732174
029	Duarte	González	Ingrid Johana	12950822	13026751
030	Escobar	Villanueva	Marisela	5798089	10726059
031	Estrada	Rivera	Silvia Fabiola	6463170	10369458
032	Flores	Pompa	Eduardo	4707009	10508487

Integrantes COMEGOM

033	Franco	Cruz	Ana Lilia	5793815	10280027
034	González	Avelar	José Francisco	1924694	9834730
035	González	Avendaño	José de Jesús	4130262	9630595
036	González	Mendoza	Gerardo Ernesto	7006320	10924467
037	Herbert	Núñez	Guillermo Sidney	2027022	11570106
038	Hernández	Balderas	Yazmin	6837796	11125314
039	Hernández	García	Tania Margarita	5844264	10455255
040	Hernández	Ramírez	Gamaliel de Jesús	5870114	10643722
041	Herrera	Escobedo	Israel	5636312	9929657
042	Hurtado	Robledo	Juan Rubén	6727531	11831282
043	Jacobo	González	Cecilio Alberto	6118957	9920296
044	López	López	José Luis	6390937	11498523
045	López	Narvaez	Ricardo Alberto	5006571	8025467
046	López	Saldaña	Claudia Isabel	4645893	8536362
047	Lucano	Venegas	Violeta Reyna	4318881	9486278
048	Luna	Macías	Miguel Angel	3978485	10003000
049	Maldonado	Hernández	Rocio Aydee	7231531	11978570
050	Martinez	Chapa	Arnulfo	733448	10960026
051	Martinez	Ramírez	Martha Ericka	5288415	10439174
052	Matías	Zárate	Emmanuel	6894584	11991410
053	Mayorga	Rangel	Mara Lenina	6976736	11538332
054	Moctezuma	Meza	Christian	4362098	9146081
055	Moreno	Sahagun	Sergio	4176296	6880439
056	Muñoz	Granados	Agni jaim	5805881	10455259
057	Muñoz	González	David Eduardo	1583217	3180331
058	Navidad	Vazquez	Nadia Paola	5400467	9689705
059	Pacheco	Vallejo	Yessica	6397878	10906657
060	Paredes	Nevarez	David	5873957	10291718
061	Peña	Arriaga	Magaly Denise	6545847	10779019
062	Pérez	Castillo	Jonathan	5313689	11699107
063	Pérez	Hernández	Lizette	4408092	9907116
064	Pérez	Quintanilla	Milagros Clementina	9585178	10166138
065	Pérez Casas	Lozoya	Jorge Antonio	6413224	10458409

066	Ramirez	Caro	Talina	6410367	10996117
067	Ramirez	Rico	Josafat	635675	11920594
068	Ramirez	Palacios	Celso Diogenes	847542	3246593
069	Ramos	Monroy	Victor	6735301	3270304
070	Reyna	Castelán	Carlos	3938216	6880837
071	Reyna	Hinojosa	Ramiro	225200	3414116
072	Rico	Olvera	Hugo	4336496	7515224
073	Rivas	Corchado	Luz María	4747041	9177448
074	Rivas	Ortiz	Yazmin del Rayo	5493053	8475594
075	Robles	Morales	Rogelio	6923822	11296225
076	Rodriguez	Trejo	Amelia	2623043	10108250
077	Ruvalcaba	Limón	Eva	2563503	9990490
078	Salazar	Baez	Israel	4971237	8475568
079	Salgado	Ceballos	Ivan de Jesus	4641277	8475585
080	Salinas	Nieves	María Eugenia	4947887	11539782
081	Santillán	Manzano	María Luisa	5746980	9982819
082	Schmilinsky	Scandela	Gunther José	6045029	9623583
083	Servin	Hernández	Carlos Alberto	5843278	10378711
084	Shaw	Dulin	Robin Jennifer	5172506	7288313
085	Sierra	Carballo	Cathya	6383208	10767272
086	Solis	Castillo	Luis Alberto	6403392	11063519
087	Soriano	Benítez	Mauricio Israel	3820424	9262368
088	Sotelo	Felix	Ezequiel	644554	5505060
089	Stankov		Armen	5626031	10134384
090	Suárez	Juárez	Carla América	7785689	11990161
091	Tabarez	ortiz	Adán Raúl	3441659	10250658
092	Tobon	Osornio	Fabián Benjamín	3568444	8129151
093	Torres	Jasso	Yamile	4975622	9169399
094	Torres	Mendoza	Rodolfo Saul	5184922	9143308
095	Torres	Ugalde	Brenda anaíd	5699029	9929664
096	Uribe	Uribe	Miguel Antonio	6589338	10451813
097	Vaquera	Lozano	Ambar	8112711	11976152
098	Varela	Quiñones	Rocio Elena	6601846	11720876
099	Vargas	Aguilar	Victor Manuel	5879327	9940948
100	Vargas	Hernández	Victor Manuel	729892	12896447
101	Vazquez	Tinajero	Azcary	4963176	8536900
102	Velasco	Morales	Avigail Soveida	5844042	10509098
103	Villarreal	Colin	Silvia Patricia	2476983	11548914
104	Villegas	Cruz	Carlos	4310255	6880442

Objetivos y razón de ser de COMEGOM

- **Agrupar a los especialistas:** Su propósito fundamental es reunir a los médicos especialistas en Ginecología Oncológica en México.
- **Fomentar la excelencia:** Buscan promover la excelencia académica, la investigación científica y la práctica ética de la especialidad.
- **Difusión del conocimiento:** Fomentan la investigación y la difusión del conocimiento en Ginecología Oncológica.
- **Colaboración institucional:** Colaboran con instituciones de salud y educativas para mejorar la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer ginecológico en México.
- **Representación profesional:** Representan los intereses profesionales y académicos de sus asociados.

“Por la erradicación del Cáncer en la mujer”

Actividades académicas y congresos 2019-2025



2019

- I Congreso Internacional de Ginecólogos Oncólogos
- IV Reunión nacional de Ginecólogos Oncólogos

• 2do Congreso Internacional de Ginecólogos Oncólogos Virtual **2020**



2021

- 1er Curso virtual de actualización en cáncer y embarazo
- Simposium virtual latinoamericano
- 1º Curso Internacional de cáncer de mama

• IV Congreso Internacional de Oncólogos Ginecólogos Congreso Híbrido
 • Primer curso virtual intercontinental sobre el manejo de VPH un enfoque multidisciplinario **2022**



Actividades académicas y congresos 2019-2025



2023

- 6º Congreso Internacional de Ginecólogos Oncólogos

- Sesión conjunta con el Colegio de Médicos Especialistas en Ginecología Oncológica de México
- 7º Congreso Nacional de Ginecólogos Oncólogos

2024



Objetivo

Proporcionar actualizaciones sobre el tratamiento en cáncer ginecológico y mamario.

Destacar los avances científicos en la elaboración de perfiles, estratificación del riesgo y las terapias innovadoras para la atención óptima de cánceres ginecológicos y mamaros.

Destacar los biomarcadores establecidos y emergentes aplicables a la medicina de precisión y la selección del tratamiento en cánceres ginecológicos y mamaros.

Dirigido a Ginecólogos Oncólogos, Cirujanos Oncólogos, Oncólogos Médicos, Radio oncólogos, Ginecólogos y residentes de la especialidad; y médicos interesados en cánceres ginecológicos y mamaros.

Comité organizador y científico

Consejo Directivo 2024-2025

Acad. Dr. Víctor Manuel Vargas Hernández

Acad. Dr. Eva Ruvalcaba Limón
Dr. Arnulfo Martínez Chapa

Coordinadora General:

Dra. Argelia Elisa Camarillo Quesada

Coordinadores Asociados:

Dra. Patricia Alanís López

Dra. Daniella Gómez Pue

Dra. Amelia Rodríguez Trejo

Comité de Carteles y Trabajos:

Dr. Guillermo Sidney Herbert Núñez

Dr. Arnulfo Martínez Chapa

Acad. Dr. Víctor Manuel Vargas Aguilar

Avales

Academia Nacional de Medicina de México

Academia Mexicana de Cirugía

IGCS Internacional Gynecologic Cancer Society

Puntaje de certificación

Consejo Mexicano de Oncología

Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia

Comité Normativo Nacional de Medicina General

Profesores internacionales

Marcela del Carmen - Amaya MD

Dra. Karina Pesce

Keiichi Fujiwara MD

Mario M. Leitao MD Jr.

Dr. Pluvio de Jesús Coronado Martín

Roberto Angioli MD

Profesores nacionales

Dra. Denise Acuña González

Dra. Patricia Alanís López

Dr. Luis Jonathan Bueno Rosario

Dr. Álvaro Cabrera García

Dra. Argelia Elisa Camarillo Quesada

Dra. Lucely del Carmen Cetina Pérez

Dra. Patricia Cortes Esteban

Dr. Francisco Osvaldo García Pérez

Dr. Leopoldo Gatica Galina

Dra. Daniella Gómez Pue

Dr. Guillermo Sídney Herbert Núñez

Dr. Kutzin Alfonso Hernández Cisneros

Dr. Alfredo Hidalgo Miranda

Dra. Denisse Lee Cervantes

Dra. Coral Leyva Hernández

Dr. Federico Maldonado Magos

Dr. Arnulfo Martínez Chapa

Dr. Isaac Melo Cerda

Dr. Saulo Mendoza Ramírez

Dr. José Roberto Montes Ochoa

Dra. Flavia Morales Vásquez

Dr. Guillermo Moreno Flores

Acad. Dr. Francisco J. Ochoa Carrillo

Dra. Magaly Denise Peña Arriaga

Dra. Patricia Piña Sánchez

Dr. Antonio Posada Domínguez

Dr. Heber Tomás Reyes García

Dra. Amelia Rodríguez Trejo

Acad. Dra. Eva Ruvalcaba Limón

Dra. Rosa Angélica Salcedo Hernández

Dra. Robin Jennifer Shaw Dulin

Dr. Santos Regino Uscanga Sánchez

Acad. Dr. Víctor Manuel Vargas Aguilar

Acad. Dr. Víctor Manuel Vargas
Hernández

Dra. Silvia Vidal Millán

Módulos

01. Módulo de cáncer cervicouterino

Coordinador: Acad. Dr. Víctor Manuel Vargas Aguilar

02. Módulo de cáncer de endometrio

Coordinadora: Dra. Daniella Gómez Pue

03. Módulo de cáncer de ovario

Coordinador: Dr. Guillermo Moreno Flores

04. Módulo de cáncer de mama

Coordinadora: Acad. Dra. Eva Ruvalcaba Limón

05. Módulo de cirugía ginecológica oncológica

Coordinadora: Dra. Patricia Analís López

07. Módulo: Aspectos generales, imageneológicos y patológicos en cáncer ginecológico

Coordinadora: Dra. Magaly Denise Peña Arriaga

08. Conferencias especiales

Coordinadores: Acad. Dr. Víctor Manuel Vargas Hernández y Acad. Dr. Víctor Manuel Vargas Aguilar

Programa académico

Viernes 16 de mayo 2025

07:00-07:15 Evaluación inicial

07:15-08:55 Trabajos libres, carteles orales y videos.

Coordinadores: Dr. Arnulfo Martínez Chapa
Dr. Guillermo Sidney Herbert Núñez
Acad. Dr. Víctor Manuel Vargas Aguilar

MÓDULO DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO: COORDINADOR: ACAD. DR. VÍCTOR MANUEL VARGAS AGUILAR

08:55-09:20 SLN en cáncer de cuello uterino

Mario M. Leitao MD Jr.

09:20-09:45 MIS en cáncer de cuello uterino, HT simple radical para cuello uterino

Mario M. Leitao MD Jr.

09:45-09:55 Mesa de discusión: Panelistas

Mario M. Leitao MD Jr.
Dr. Guillermo Sidney Herbert Núñez
Dr. Arnulfo Martínez Chapa
Acad. Dr. Víctor Manuel Vargas Aguilar

09:55-10:05 INAUGURACIÓN ACAD. DR. FRANCISCO J. OCHOA CARRILLO.

Presidente en Asociación Mexicana de la Lucha Contra el Cáncer, (AMLCC)

10:05-10:15 RECESO

MÓDULO DE CÁNCER DE ENDOMETRIO: COORDINADOR: DRA. DANIELLA GÓMEZ PUE

10:15-10:35 Marcadores séricos e inhibición mitocondrial de VPH

Dr. Leopoldo Gatica Galina

10:35-11:00 SLN en cánceres de endometrio de alto riesgo

Mario M. Leitao MD Jr.

11:00-11:25 Carcinoma de endometrio no dMMR: ¿Cuál es el manejo?

Dra. Denisse Lee Cervantes

11:25-11:50 Controversias sobre terapia adyuvante para cánceres de Endometrio

Dr. Kuarzin Alfonso Hernández Cisneros

11:50-12:15 Mesa de discusión: Todos los panelistas

12:15-12:35 RECESO

MÓDULO DE CÁNCER DE OVARIO COORDINADOR: DR. GUILLERMO MORENO FLORES

12:35-13:00 Aspectos relevantes de la última actualización del consenso mexicano de Cáncer epitelial de ovario

Dra. Flavia Morales Vásquez

13:00-13:25 Prevención, estrategias de reducción de riesgos y tratamiento de mujeres con predisposición hereditaria al cáncer de endometrio y ovario

Dra. Silvia Vidal Millán

13:25-13:50 Criterios de reseccabilidad en la evaluación pre quirúrgica del cáncer de ovario avanzado

Dra. Rosa Angélica Salcedo Hernández

13:50-14:15 Inhibidores del PARP en cáncer de ovario: Experiencia en mundo real

Dra. Patricia Cortes Esteban

14:15-14:30 Mesa de discusión: Todos los Panelistas

18:10-18:30 RECESO

MÓDULO DE CIRUGÍA GINECOLÓGICA ONCOLÓGICA COORDINADORA: DRA. PATRICIA ALANÍS LÓPEZ

18:30-19:00 Resección de metástasis de tórax en cáncer ginecológico

Dr. José Roberto Montes Ochoa

19:00- 19:30 Paneles genéticos para cáncer de mama y ginecológico

Dra. Coral Leyva Hernández

19:30 20:00 Mesa de discusión: Todos los panelistas

20:00-21:00 Asamblea y Cambio de Consejo Directivo

21:00-23:00 CENA CON PROFESOR MARIO M. LEITAO MD JR.

Programa académico

Sábado 16 de mayo 2025

07:00-08:50 Trabajos libres, carteles orales y videos

Coordinadores: Dr. Arnulfo Martínez Chapa
Dr. Guillermo Sidney Herbert Núñez
Acad. Dr. Víctor Manuel Vargas Aguilar

MÓDULO: SITUACIONES ASOCIADAS AL CÁNCER GINECOLÓGICO:

COORDINADORA: DRA. ARGELIA ELISA CAMARILLO QUESADA

08:55-9:20 ESGO-INCIP GPC en cánceres ginecológicos y embarazo

Dr. Alvaro Cabrera García

09:20-9:45 Papel de la sociedad médica en cáncer ginecológico

Dr. Santos Regino Uscanga Sánchez

10:00-10:25 Cáncer de endometrio de la genética a la inmunohistoquímica y morfología alternativas para Latinoamérica

Dr. Saulo Mendoza Ramirez

10:25-10:50 Tratamiento oncológico multidisciplinario en Cáncer de cuello uterino localmente avanzado

Dra. Lucely del Carmen Cetina Pérez

10:50-11:15 RECESO

MÓDULO: TRATAMIENTOS MÉDICOS EN CÁNCER GINECOLÓGICO:

COORDINADORA: DRA. AMELIA RODRÍGUEZ TREJO

11:15-11:40 Los cambios de paradigmas: Inmunoterapia/ Radioterapia en cáncer de cuello y cuerpo uterino

Dr. Jonathan Bueno Rosario

11:40-12:05 Manejo actual de los Cánceres Ginecológicos con Radioterapia

Dr. Federico Maldonado Magos

12:05-12:35 Cirugía GI/GU en oncología ginecológica

Mario M. Leitao Jr. MD

12:35-13:00 Mesa de discusión: Todos los panelistas

CONFERENCIAS ESPECIALES INTERNACIONALES

COORDINADOR: ACAD. DR. VÍCTOR MANUEL VARGAS HERNÁNDEZ

13:00-13:30 Resonancia magnética en la detección del Cáncer de mamá

Dra. Karina Pesce

13:30-14:00 La Meno-Oncogüía de la AEEM

Dr. Pluvio Jesús Coronado Martín

14:00-15:00 COMIDA LIBRE

MÓDULO: ASPECTOS GENERALES, IMAGENOLÓGICOS Y PATOLÓGICOS EN CÁNCER GINECOLÓGICO

COORDINADORA: DRA. MAGALY DENISE PEÑA ARRIAGA

15:00-15:20 Cómo mejorar la salud sexual durante y después del tratamiento de cánceres ginecológicos

Dra. Magaly Peña Arriaga

15:20-15:40 Manejo de los efectos de radioterapia en cáncer ginecológico (experiencia en México)

Dr. Isaac Melo Cerda

15:40-16:00 Manejo de complicaciones en cirugía de mínima invasión MIS

Dra. Denisse Acuña González

16:00-16:30 CONFERENCIA ESPECIAL

Acad. Dr. Francisco J. Ochoa Carrillo

16:30-16:45 Toma de protesta de nuevo Consejo Directivo

A cargo del Acad. Dr. Francisco J. Ochoa Carrillo

MÓDULO: SIMPOSIUM INTERNACIONAL

COORDINADOR: DR. ANTONIO POSADA DOMÍNGUEZ

16:45-17:15 Endometrial Cancer Surgery

Keiichi Fujiwara MD

17:15-17:35 La imagen molecular en la era de la medicina personalizada en cáncer ginecológico y mamario

Dr. Francisco Osvaldo García Pérez

17:35-18:10 Ganglio centinela en cáncer de endometrio

Marcela del Carmen Amaya MD

18:10-18:40 Procedimientos urológicos en oncología ginecológica

Roberto Angioli MD

18:40-19:00 La clasificación molecular cambiará el manejo del CCU

Dra. Patricia Piña Sánchez

19:00 Clausura Acad. Dr. Víctor Manuel Vargas Hernández

Casos clínicos

Centro Médico Nacional Siglo XXI
Hospital de Oncología

Resultados oncológicos de exenteración pélvica en cáncer ginecológico

Dr. Rodrigo Eduardo Ruiz Vazquez R3 GO, Dr. Argelia Elisa Camarillo Cuesada MB CMN SXXI,
Dr. Kennia Adliane Favela Preciado R3 GO, Dr. José Armando Eiji Yokoyama Carréon R3 GO

Introducción

Los exenteración pélvica en los cánceres ginecológicos representa una alternativa terapéutica, lo cual puede mejorar calidad de vida de las pacientes e incluso la supervivencia libre de enfermedad y supervivencia global hasta el un 40% a 50% a 3 años de acuerdo a la literatura reportada.

Objetivos

- General:**
Determinar resultados oncológicos
- Específicos:**
Determinar los factores asociados a la supervivencia global
Determinar los factores asociados a la supervivencia libre de enfermedad
Determinar los factores quirúrgicos asociados a la morbilidad y mortalidad

Material y métodos

Estudio retrospectivo, transversal, observacional y analítico.

Resultados

Tabla 1
Características de los pacientes. N=23

Característica	N (n%)
Tumor primario (%)	65.2 (67.0%)
Ovario	17 (60%)
Cérvix	3 (10%)
Endometrio	2 (7%)
Vagina	2 (7%)
Vulva	1 (4%)
Etapa (%)	5 (20%)
I	2 (8%)
II	1 (4%)
IV	2 (8%)
Recurrencia (%)	15 (60%)
Si	10 (40%)
No	5 (20%)
Tipo de recurrencia (%)	9 (36%)
Local	4 (16%)
A distancia	5 (20%)
No	6 (24%)
Tipo de cirugía (%)	17 (68%)
Primaria	9 (36%)
Recurrencia	8 (32%)
Tipo de exenteración (%)	23 (100%)
Total	4 (16%)
Intención (%)	17 (68%)
Curativa	9 (36%)
Paliativa	8 (32%)
Márgenes (%)	12 (48%)
Positivos	13 (52%)
Condición final (%)	4 (16%)
Si	21 (84%)
No	2 (8%)

Fortalezas y limitaciones

- Se realizó en un hospital de concentración con equipo multidisciplinario
- Morbilidad controlada
- Ante quimioterapia y radioterapia efectiva se limita este tipo de cirugías

Quimioterapia Previa (%)	
Si	18 (72%)
No	7 (28%)
Radioterapia Previa (%)	
Si	5 (20%)
No	20 (80%)
Quimioterapia Posterior (%)	
Si	17 (68%)
No	8 (32%)
Radioterapia Posterior (%)	
Si	2 (8%)
No	23 (92%)

Conclusiones

La exenteración pélvica es un procedimiento quirúrgico el cual puede ser la única opción de tratamiento curativo especialmente en tumores localmente avanzados o recurrentes, con buenos resultados incrementando la SG e incluso la calidad de vida de las pacientes.

Uno de los factores pronóstico más importantes es realizar una resección completa de la enfermedad, logrando márgenes negativos, como se pudo observar en este trabajo, donde las pacientes en las que se lograron márgenes negativos tuvieron una mayor SG a diferencia de las pacientes que se mantuvieron con márgenes positivos, independientemente del tipo de tumor o la etapa clínica.

Hospital Juárez de México

Carcinoma seroso de ovario derecho: reporte de caso y revisión de la literatura

Dr. José Manuel Velez Macias, Dr. Xicotencatl Jiménez Villanueva, Dra. Stephany de Luna Jiménez, Dr. Moisés Echazarrata Sosas, Dr. Alan Juárez Bahena, Dra. Adriana Jiménez Panfigo, Dr. Kerwin Mojca Vaca, Dr. Edgar Padilla Velázquez

Introducción

El carcinoma seroso de bajo grado del ovario es una neoplasia epitelial poco frecuente, que representa un reto diagnóstico y terapéutico debido a su progresión lenta y baja sensibilidad a la quimioterapia convencional. Se reporta un caso clínico que resalta la importancia del abordaje oportuno y multidisciplinario.

Reporte de caso

Paciente femenina de 45 años, sin antecedentes patológicos relevantes, con antecedente quirúrgico de ooforectomía izquierda hace 22 años. Consultó por dolor abdominal de intensidad 8/10 localizado en fosa iliaca derecha, acompañado de aumento progresivo de volumen en el mismo sitio. En la exploración física se identificó una masa abdominal mal delimitada de aproximadamente 10x10 cm. El ultrasonido pélvico mostró una lesión anexial derecha irregular, heterogénea y vascularizada, de 9x10 cm. Los marcadores tumorales revelaron un CA 125 de 910 U/mL.

Ante la alta sospecha de neoplasia ovárica maligna, se realizó laparotomía exploradora urgente. Durante el procedimiento se identificó una masa ovárica derecha de 15x15 cm con múltiples vegetaciones, y ganglios pélvicos derechos aumentados de tamaño. Se efectuó cirugía etapificadora. El estudio transoperatorio confirmó malignidad, y el análisis histopatológico final reportó carcinoma seroso de bajo grado del ovario derecho.

Discusión

El carcinoma seroso de bajo grado de ovario es raro y menos agresivo que el de alto grado, pero responde poco a la quimioterapia convencional [1]. El diagnóstico suele ser tardío por síntomas inespecíficos, como el dolor abdominal [2]. La cirugía citorreductora es el tratamiento principal y clave para el pronóstico [3]. Se están explorando terapias dirigidas como opción en enfermedad recurrente [4].

Conclusión

Este caso clínico resalta la importancia del reconocimiento oportuno de signos y síntomas en tumores ováricos, así como la necesidad de un abordaje integral y multidisciplinario. La cirugía continúa siendo el pilar del tratamiento en el carcinoma seroso de bajo grado, mientras que nuevas estrategias terapéuticas deben explorarse para mejorar el pronóstico en estos casos.

Casos clínicos

Instituto Nacional de
Cancerología

Tumor de Brenner maligno: caso clínico y revisión de literatura

Dr. David Solís Virzquez, Residente de 3er año Ginecología Oncológica
Dr. David Isais Ortiz, Jefe de Servicio de Ginecología
Dra Robin Shaw-Duán, Ginecóloga Oncóloga adscrita al Servicio de Tumores Mammares

Fecha de identificación Laboratorios Tomografía de abdomen y pelvis contrastada

·Femenino de 23 años
·G1 P1
·Menarca 14 años
·MPF DIU
·Motivo de consulta: postoperada de salpingooforectomía izquierda con reporte de patología: tumor de Brenner Maligno, por lo que es referida a nuestra institución.
·EF: Cérvix central eutrófico de 3x3 cm con área de eversión glandular sin lesión exofítica, se observan guías de DIU Mirena, no sangrado. No tumores abdominales palpables

·CA-125 9068
·HE4 38.2
·AFP 164
·GCH 107
·DHL 226

- Tumoración sólida heterogénea subdiafragmática izquierda que ocupa espacio esplenorenal, desplaza ángulo esplénico del colon, contacta cuerpo y cola de páncreas e hilio esplénico con volumen aproximado de 444cc.
- Nódulos sólidos pélvicos confluentes, en espacio vesicouterino, recto uterino, topografía de anexo izquierdo y paravesical derecho con estricción de la grasa mesentérica, en relación a carcinomatosis peritoneal. Ovario derecho impresiona de morfología y densidad normal. Cavidad uterina con presencia de DIU.

Revisión de literatura

- El tumor de Brenner es un **tumor raro epitelial del ovario** definido por los hallazgos de **células transcicionales**. La OMS describe un subtipo maligno aún menos común.
- Son mas comunes en la **sexta y séptima década** de la vida, con probable origen en los **restos de Walthard**, que son **cumulos celulares de morfología urotelial**.
- **Sintomas:** molestias gastrointestinales y urinarias difusas, sin hallazgos tomográficos específicos.
- Además no suelen incrementar marcadores tumorales, sin embargo, los más utilizados son el **CA-125, CA72-4 y SCC**

PATOLOGÍA

- Sensación normal por células transcicionales, con áreas irregulares de las células ciliadas y angio.
- Tumoración positiva para p16 y GATA3, negativos a focal para BR, BR, WT1.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Carcinoma seroso de alto grado, carcinoma de células escamosas, carcinoma endometrial, linfoma y carcinoma cervical metastásico.

TRATAMIENTO

- Paciente asintomática a cirugía **citoreducción con anexesectomía**.
- Cuidado de alto seguimiento, al momento con **ginecología y radioterapia** adyuvante de continuación.
- Se recomienda la **ginecología adyuvante** para los tumores de Brenner malignos, debido a que existen algunos casos de recurrencia.

Tabla 1. Características de los tumores de Brenner malignos (BM) en los diferentes tipos de tumores.

Característica	BM	Epitelio	Endometrio	Salpingooforitis	Epitelio
Edad	Mediana	Mediana	Mediana	Mediana	Mediana
Localización	Ovario	Ovario	Ovario	Ovario	Ovario
Grado de malignidad	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
Recurrencia	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta
Supervivencia	Baja	Baja	Baja	Baja	Baja

Conclusiones

El tumor de Brenner maligno es una entidad rara sin homogeneidad en el tratamiento en pacientes que no son candidatas a cirugía inicial.

En nuestro medio, ante la presentación inusual y la edad de la paciente se inicio con un tratamiento contra un tumor de células germinales.

Es evidente la poca respuesta al tratamiento con cualquier alternativa de quimioterapia, por lo que la cirugía con citorreducción completa sigue siendo el estándar de tratamiento.

Casos clínicos

Hospital de Ginecología y Obstetricia No.4

EMBARAZO DE TERMINO POST QTE NEOADYUVANTE CON TRAQUELECTOMIA EN CACU ETAPA IB2 (2-4cms)

JOSE MARTIN DIAZ GONZALEZ, MARIA CRISTINA LANUZA LOPEZ, GERMAN MAYTORENA
CORDOVA

Antecedentes

- El cáncer cervicouterino es de las neoplasias más frecuentes en la mujer a nivel mundial. En general, la mujer ha retrasado su fertilidad, por múltiples causas.
- En etapas tempranas (tumores hasta dos centímetros), está indicada la traquelectomía radical con intentos de preservar la fertilidad.
- En tumores mayores de 2 cm, está contraindicada la traquelectomía radical, dado que se incrementa la posibilidad de resultados oncológicos adversos.
- En ciertos grupos ginecooncológicos, un subgrupo de pacientes seleccionadas son candidatas a quimioterapia neoadyuvante, y las respondedoras, candidatas a traquelectomía radical post QT neo, con resultados similares a las de traquelectomía radical en tumores menores a 2 cm.

Presentación del caso

- Paciente femenino de 35 años, 51 kg, antecedente de tabaquismo a razón de 7 cigarrillos al día.
- Menarca: 12 años, ritmo 28x4 días escaso, solo primer día con dismenorrea discapacitante.
- Un año previo PIE positivo, con aborto de primer trimestre.
- G1 Aborto: 1
- FUR: 30 abril 2021
- Parche anticonceptivo por 3 meses. PAP: hace 1 año y medio negativo.

Padecimiento actual

- INicia en enero 2021, con sangrado vaginal intermenstrual, posteriormente sangrado postcoital y dolor tipo cólico intermitente en fosa iliaca derecha. Al momento, 2 días de evolución con sangrado vaginal.
- EF: Buena coloración e hidratación, no adenomegalias. Cérvix con tumor exofítico de aprox. 3.5 cm, parametrios y vagina libres.
- Especuloscopia: Lesión sangrante exofítica que abarca todo el exocérvix. Se toma biopsia.
- Se le explica a la paciente su diagnóstico y se solicita tomografía y paraclínicos.
- Paciente acude con TAC: tumor localizado en cérvix, aparentemente sin extensión regional. Sin adenopatías pélvicas ni retroperitoneales.
- Exploración endovaginal: tumor en cérvix de 3.5 x 1.5 x 2.5 cm.
- La paciente tiene deseos de fertilidad, por lo que se le explica la opción de quimioterapia neoadyuvante en valoración multidisciplinaria en conjunto con oncología médica y biólogo de la reproducción.
- La paciente acepta riesgos y firma consentimiento informado.
- 12 de agosto 2021
- 3 sesiones de quimioterapia gemcitabina/cisplatino, última QT el 26 de julio 2021
- A la EF: adecuada coloración
- TV: Cérvix irregular sin tumor definido, parametrios y vagina negativos, sin sangrado, con leucorrea no fétida.

Discusión

- Los resultados de los reportes de estos casos aportan evidencia adicional sobre la viabilidad y la posible seguridad oncológica de la quimioterapia neoadyuvante antes de la cirugía conservadora de fertilidad en pacientes con cáncer de cuello uterino sin afectación ganglionar >2 cm.
- La tasa de recurrencia es 2.5 veces mayor que para los tumores ≤2 cm.
- La tasa de embarazo del 72 % en mujeres tras la quimioterapia neoadyuvante antes de la cirugía conservadora de fertilidad es alentadora.

Conclusiones

EN PACIENTES CON TUMORES ENTRE 2-4 CMS, SIN EVIDENCIA DE AT EXTRACERVICAL, LA QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE CON BUENA RESPUESTA, SEGUIDAS DE TRAQUELECTOMIA RADICAL ES UNA OPCION VALIDA PARA CONSERVAR LA FERTILIDAD.

Casos clínicos

Persistencia más progresión locorregional de la enfermedad a cúpula y ganglios ilíacos, una posible alternativa a la exenteración pélvica con el uso de pembrolizumab

RESIDENTE DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA: ISAIAS RAMÍREZ DÁVILA
GINECÓLOGO ONCOLÓGICO: JOSÉ MIGUEL REYES GARITA

Reporte de caso

- Paciente de 35 años.
- Sin antecedentes heredo familiares oncológicos.
- Niega comorbilidades.
- Antecedentes Gineco Obstétricos.
- IVSA: 18 años
- NPS1
- PARA: 21011
- CCV OCT.2023 NEGATIVA

Exploración física

Abdomen blando, depresible, no doloroso, sin datos de irritación peritoneal, vulva y vagina sin alteraciones aparentes, a la especuloscopia, se observa tumor dependiente de cérvix de aproximadamente 6 cm, paramétrio derecho tomado, izquierdo negativo.

Noviembre del 2023, refiere dolor pélvico, secreción transvaginal ligeramente fétida. Se solicita TAC. Se realiza toma de biopsia de cuello uterino con reporte de Carcinoma escamoso invasor no queratinizante, moderadamente diferenciado.

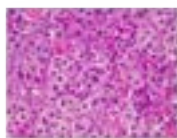
Evolución

- **Mayo 2023:** Se integra diagnóstico, CaCu EC IIB
- **Inicia tratamiento:** RT + QT, Cisplatino 4 ciclos (22.06.23-21.07.23), Braquiterapia 25 Gy en 50 Fracc. (finaliza 01.09.23)
- **Enero 2024:** TAC TAP SYC: Pared posterior de cérvix con lesión hipodensa de 16 x 14 x 14 mm, con reforzamiento homogéneo en fase arterial. Biopsia cervical: no se identifica neoplasia maligna invasora en este material.
- **Febrero 2024:** Biopsia cervical. No se identifica neoplasia maligna invasora en este material.
- **Mayo 2024:** Lesión indurada en fondo de saco de 2x3 cm. Ingles negativas, parametrios indurados, no valorables. Se manda RM. transvaginal. Reporte RM. Lesión cervical de 90x50x80 mm. Ganglios con pérdida de su hilio graso central y con realce de similares características con eje corto de 20 mm en cadena obturatriz derecha. Datos de recurrencia locorregional
- **Junio 2024:** Cistoscopia, sin datos de infiltración tumoral a vejiga o uretra. 17.06.24 PDL1: CPS 30.
- **QT Paliativa:** 05.07.2024 - 17.10.25. Pembrolizumab 200 mg + paclitaxel 350 mg + cisplatino 150 mg 6 ciclos.
- **Octubre 2024:** 10.24 TAC TAP: Desaparición de lesión diana. Respuesta radiológica completa.
- **09.12.24** Histerectomía complementaria.

Reporte histopatológico 16.12.2024

- Producto de histerectomía total y salpingo- ooforectomía derecha (60 gramos):
- sitio del tumor: cuadrante superior derecho (anterior); 9 a 12 horas del reloj- tamaño del tumor: 0.7 cm de eje mayor.
- tipo histológico: carcinoma de células escamosas (clasificación OMS 2020), con extensa necrosis.
- grado histológico: g3, poco diferenciado. Profundidad de invasión del estroma: superficial al primer tercio. Invasión estromal en extensión horizontal: al menos 0.3 cm, Invasión linfovascular: no identificada.

Estados de los márgenes quirúrgicos: todos los márgenes quirúrgicos negativos a carcinoma invasor. Ampliación de parametrio derecho: - negativo a carcinoma. Linfadenectomía pélvica derecha: ocho (8) ganglios linfáticos negativos a metástasis de carcinoma.



Discusión

Las guías de NCCN nos indican individualizar si RT externa +- QT concomitante, o resección +- radioterapia intraoperatoria, sin embargo, esta última opción nivel de evidencia categoría 3. Para enfermedad central exenteración pélvica o en pacientes cuidadosamente seleccionados, histerectomía radical.

Conclusiones

- Paciente con evidencia de progresión a cúpula y ganglios pélvicos derechos, tratada como una recurrencia con QT e inmunoterapia.
- Consecuentemente teniendo respuesta radiológica completa, las guías no establecen un modelo a seguir a partir de esto, y la información que hay en la literatura es escasa y poco alentadora.
- El reporte final de patología nos da como resultado una incógnita ya que no hay un parámetro de medición RCB (residual burden cancer) ya que la mayoría de veces el cáncer cervical en estos escenarios se opta por no cirugía.
- se dará un seguimiento habitual a la paciente para tener una evidencia de la supervivencia global y libre de enfermedad de este caso, así como, la probabilidad de ser una alternativa a la exenteración pélvica (ya que ésta tiene una tasa de supervivencia del 50%).
- Las nuevas terapias como en este caso la inmunoterapia, nos brindan un nuevo panorama y frontera que antes no se conocían.

Casos clínicos

Hospital de Ginecología y
Obstetricia No.4

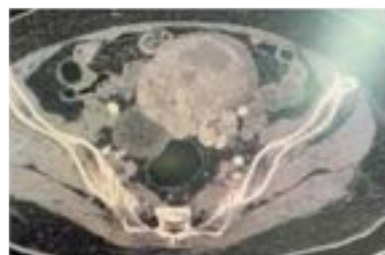
Tumor de ovario de predominio sólido. Abordaje laparoscópico

Rafael Valle Valdez, Omar Enrique Quintero Rodríguez, Enrique Alberto Cota Vizcarra, Germán Maytorena Gordova

El abordaje laparoscópico para los tumores anexiales, tiene su auge en los 80s-90s. Estas lesiones anexiales, eran abordadas en su mayoría por ginecólogos generales. Dado que en su mayoría eran benignas, la ruptura era el estándar, para poder extraerlos. En los 90s, se empezaron a reportar en la literatura, que cuando esa lesión anexial, resultaba maligna, una incidencia de recurrencia en puertos hasta del 32%, y empeoraba los resultados oncológicos. Recordar que los tumores anexiales, en el preoperatorio, no hay certeza de su conducta biológica. El diagnóstico definitivo de benigno o maligno, es hasta el reporte de patología, idealmente en un estudio transoperatorio por el patólogo. En los casos de lesiones con componente sólido, la dificultad técnica se eleva, ya que la posibilidad de malignidad se eleva.

Presentación del caso

- FEM 67 AÑOS
- G2, P1, C1
- HIPOTIROIDISMO, DM E HAS DE RECIENTE DX. APENDICECTOMIA, COLECISTECTOMIA E HISTERECTOMIA, IMC 38.
- EPOC CON SAOS CON CPAP POR LAS NOCHES.
- UN MES DE EVOLUCION CON DOLOR EN INCREMENTO EN HIPOGASTRIO.
- MARCADORES TUMORALES NORMALES.
- RESTO LABORATORIO NORMAL.
- US: TUMOR MIXTO DE PREDOMINIO SOLIDO, DE 17cms.



Tipo de procedimiento

Lateralidad:
Integridad del espécimen:
Tamaño del tumor:
Tipo histológico:
Neoplasia maligna:
Estado del líquido:

Otros hallazgos:

- Epiplón con congestión vascular moderada.

DIAGNÓSTICO

Resección de tumor de ovario con estudio transoperatorio más epiplón y líquido de tumor
Derecha
Previamente incidida
15.2 x 13.4 cm
Cistadenofibroma seroso
Ausente
Abundante material proteináceo y hemorragia reciente compatible con contenido de cistadenofibroma.

Casos clínicos

Hospital de Ginecología y Obstetricia No.4

Antecedentes de riesgo, características clínicas, histopatológicas y tratamiento en mujeres menores de 40 años con cáncer mama

Yoana Ortiz Reyes, Janett Caballero Jasso, Herminia del Socorro Arvelo Saavedra, German Maytonina Cordova

Introducción

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en las mujeres a nivel internacional y la primera causa de muerte por cáncer.

Cáncer de mama en mujeres jóvenes: A nivel mundial el 7% de las pacientes con cáncer de mama son diagnosticadas antes de los 40 años, siendo la principal causa de muerte por patología oncológica. En México el cáncer de mama en mujeres menores de 40 años es más frecuente: 13.3 %.

-Están en periodo- años reproductivos, vida familiar y carreras profesionales. los problemas clave se relacionan con la fertilidad y la planificación familiar, la genética, la imagen corporal y la salud sexual.

Objetivo

Describir los antecedentes de riesgo, las características demográficas, clínicas e histopatológicas, así como el tratamiento de un grupo de mujeres menores de 40 años con cáncer de mama.

Material y métodos

-Estudio observacional, descriptivo y transversal.

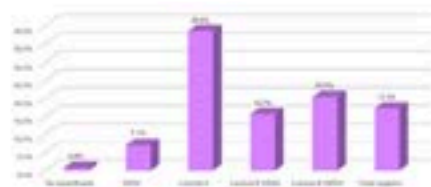
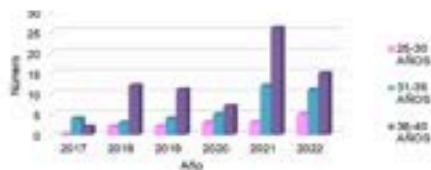
-Mujeres menores de 40 años que fueron diagnósticas con cáncer de mama.

-Tratadas en el servicio de oncología de mama en el periodo del: 1 de noviembre del 2017 al 31 de octubre de 2022.

-Consistió en obtener información del expediente clínico sobre:

- antecedentes de riesgo, características clínicas, histopatológicas y tratamiento.

Resultados



Fortalezas y limitaciones

- Se reporta experiencia en nuestra unidad, centro de tercer nivel
- No contamos con estadísticas, consenso a nivel nacional en este grupo de pacientes
- Estudio observacional, descriptivo
- No se reportó SG, SLE
- Tiempo de estudio

Conclusiones

El cáncer de mama en pacientes jóvenes representa una entidad única con presentación y características clínico patológicas de mayor agresividad, relacionado con un peor pronóstico.

Al momento del diagnóstico EC más frecuente fue LMA (IIIA 29.9%), G2, mayor porcentaje de histologías desfavorables (TN 17%).

El cáncer de mama en mujeres jóvenes implica consideraciones únicas en cuanto a tratamiento y supervivencia.

La fertilidad, la supresión de la función ovárica y la menopausia prematura son problemas importantes que deben abordarse.

Es necesario un Comité multidisciplinario específico para el abordaje de pacientes jóvenes tomando en cuenta sus características especiales respecto a fertilidad, embarazo, asociaciones genéticas y psicosociales.

Casos clínicos

Hospital de Ginecología y Obstetricia No.4

Linfoma de vulva

Dra. Monserrat Maya Mendoza (presenta), Dra. Cinthia Reyes López, Dra. Herminia del Socorro Arvelo Saavedra, Dr. Germán Mayrorena Córdoba

Introducción

- El linfoma cutáneo de vulva es un raro subtipo de linfoma extranodal, y que por su presentación conlleva a que el médico de primer contacto sea el ginecólogo.
- Los linfomas vulvares son enfermedades poco comunes y representan menos del 0,5% de los cánceres ginecológicos y el 1,5% de todos los NHL.
- Frecuentemente confunde con otras enfermedades, incluyendo patología benigna.
- Se presentan dos casos de linfoma de vulva, con enfoque predominantemente al diagnóstico.

Historia clínica

Caso 1: Paciente femenino de 45 años, obesidad (IMC:33), refiere pérdida de peso de 12 kg en 5 meses. Presenta lesión vulvar hiperemica, violacea, dolorosa, de evolución crónica, con tratamiento tópico, 2 años antes de su diagnóstico, sin mejoría. Múltiples tratamientos por servicios ginecológicos y colposcópico. Enviada a Hospital de 3er nivel como probable cáncer de vulva. La exploración física reveló una lesión hiperpigmentada, con piel indurada, afectando ambos labios y hasta región inguinal bilateral. En algunas zonas, lesiones ulcerativas entre 0.5 a 1.5 cm, con centro fibrinoso, bordes discretamente elevados. Especuloscopia cérvix de aproximadamente 3x3 cm, sin evidencia de sangrado travaginal, sin alteraciones.

Caso 2: Paciente femenino de 73 años, con obesidad (IMC:34), diabética e hipertensa de larga evolución, EPOC, hipotiroidismo e insuficiencia cardíaca. Histerectomía por miomatosis uterina hace 40 años. Inicia con dolor vulvar de 3 meses de evolución, que cede parcialmente a la ingesta de analgésicos, sin embargo continuando con sintomatología una semana posterior, por lo que acude con ginecólogo por medio privado el cual indica medicación tópica, desconoce medicamento, sin cursar con mejoría, además de pérdida de peso 5 kg en 4 meses.

Discusión

- En revisión de la literatura encontramos que a nivel histológico, los linfomas de células B son el tipo predominante, mientras que solo se han descrito unos pocos casos de linfoma de células T.
- En el 20% de los casos la localización de la enfermedad puede involucrar sitios extranodales (SNC, TGI, pulmón, tiroides, piel). La localización vulvar es atípica para linfomas cutáneos primarios, por lo que puede llegar a confundirse con otros diagnósticos como el carcinoma escamoso, dermatosis, infecciones crónicas u otras lesiones vulvares.
- El realizar una biopsia oportuna e inmunohistoquímica es esencial. El abordaje multidisciplinario permitió el diagnóstico integral en el primer caso. El segundo caso ilustra el potencial agresivo de estas lesiones.
- Se reportan menos de 15 casos similares en la literatura, lo que subraya la rareza de esta presentación.

Bibliografía

1. Magazzino F, et al. Lymphomas of the Vulva: A Review of the MITO Rare Cancer Group. *Cancers (Basel)*. 2024;16(11):2102. <https://doi.org/10.3390/cancers16112102>
2. Ortiz-Hidalgo C, Pina-Oviedo S. Primary Cutaneous Anaplastic Large Cell Lymphoma. *Cancers (Basel)*. 2023;15(16):4098. <https://doi.org/10.3390/cancers15164098>
3. Dougher MC, et al. Primary Cutaneous Anaplastic Large Cell Lymphoma With Rare Extracutaneous Disseminated Disease. *Am J Dermatopathol*. 2025;47(4):311–315.
4. *Clin Case Rep*. 2024 Nov 27;12(12):e9568. doi: 10.1002/ccr.59568. eCollection 2024 Dec. A Rare Case of Primary Vulvar Diffuse Large B-Cell Lymphoma: A Case Report. M Singh, S Ngakhusi, A Shrestha, P Subedi, K Khadka, H P Dhakal. *J Front Oncol*. 2024 Sep 26;14:1438812. doi: 10.3389/fonc.2024.1438812. eCollection 2024. Malignant primary female genital system lymphoid. Qucheng Jia, Humin Tang, Zhiyong Dong, Wanying Chen, Mengyue Chen, Wenwei Wei, Jiming Chen.
5. *Cancers (Basel)*. 2024 May 31;16(11):2102. doi: 10.3390/cancers16112102. Lymphomas of the Vulva: A Review of the MITO Rare Cancer Group.
6. Francescapala Magazzino J, Cinthia Aristei, Anna Passarelli, Antonio Pierini, Ugo De Giorgi, Ruby Martinello, Lavinia Domenici, Sandro Pignata, Giorgia Mangili, Gennaro Cormio. *J Clin Oncol*. 2016 Mar 9;34(8):1041. doi: 10.1097/JCO.0000000000001041. PMID: 26962826. PMCID: PMC4988907

Conclusiones

- El linfoma cutáneo primario con localización vulvar es una entidad extremadamente infrecuente, por lo que a menudo supone un reto diagnóstico si no se sospecha su existencia.
- Su diagnóstico oportuno requiere alta sospecha clínica y una intervención inmediata.
- El uso de estudios histopatológicos e inmunohistoquímicos permite diferenciarlo de otras patologías comunes en la región vulvar.

Casos clínicos

Seguridad oncológica de la preservación del complejo areola pezón en la mastectomía por cáncer de mama

Autor: Dr. Juan Carlos Pérez Gaspar
 Coautores: Dra. Eva Ruvalcaba Limón
 Dr. Felipe Villegas Garces

Introducción

•La preservación de la cosmesis es una demanda creciente en pacientes con cáncer de mama tratadas con cirugía.¹
 •“De un tratamiento máximo tolerado a un tratamiento mínimo efectivo” Preservar la imagen corporal sin comprometer el control local de la enfermedad.
 •Patrones oncológicos en la cirugía conservadora, mastectomía preservadora de piel y complejo areola pezón (CAP) con reconstrucción mamaria inmediata (RMI)²
 •Preservar la piel y el CAP es controversial por el riesgo de lesiones ocultas. Recurrencia local de 8.2% y recurrencia al CAP de 3.7% a 72 meses.³
 •Pérdida del CAP por necrosis de 3.3%.³

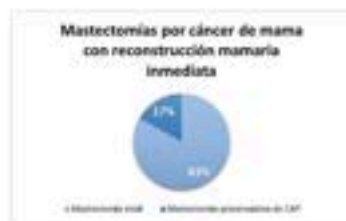
Objetivos

•Determinar la supervivencia global (SG) y la supervivencia libre de enfermedad (SLE) a 72 meses, en pacientes con cáncer de mama tratadas con mastectomía preservadora de piel y complejo areola pezón.
 •Determinar la incidencia de recurrencia local y al complejo areola pezón.
 •Determinar la incidencia de necrosis del complejo areola pezón.

Material y métodos

•Estudio de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo.
 •Pacientes con cáncer de mama in situ e invasor en etapa temprana, tratadas con mastectomía preservadora de piel y CAP] como manejo inicial o posterior a neoadyuvancia
 •Período de enero 2017 a diciembre 2020, en FUCAM A.C. Seguimiento completo registrado en expediente.
 La información se manejó en una base de datos excel. Las variables se analizaron con media, mediana y porcentajes

Resultados



293 pacientes
 Mastectomía + RMI.
 243 pacientes
 Mastectomía total + RMI.
 50 pacientes
 Mastectomía preservadora de CAP + RMI

	Ejecución Inicial		CAP	
Sexo	N	%	N	%
Mujer	293	100	243	83
Hombre	0	0	0	0
Edad	N	%	N	%
18-24	0	0	0	0
25-34	0	0	0	0
35-44	0	0	0	0
45-54	0	0	0	0
55-64	0	0	0	0
65-74	0	0	0	0
75-84	0	0	0	0
85-94	0	0	0	0
95-104	0	0	0	0
105-114	0	0	0	0
115-124	0	0	0	0
125-134	0	0	0	0
135-144	0	0	0	0
145-154	0	0	0	0
155-164	0	0	0	0
165-174	0	0	0	0
175-184	0	0	0	0
185-194	0	0	0	0
195-204	0	0	0	0
205-214	0	0	0	0
215-224	0	0	0	0
225-234	0	0	0	0
235-244	0	0	0	0
245-254	0	0	0	0
255-264	0	0	0	0
265-274	0	0	0	0
275-284	0	0	0	0
285-294	0	0	0	0
295-304	0	0	0	0
305-314	0	0	0	0
315-324	0	0	0	0
325-334	0	0	0	0
335-344	0	0	0	0
345-354	0	0	0	0
355-364	0	0	0	0
365-374	0	0	0	0
375-384	0	0	0	0
385-394	0	0	0	0
395-404	0	0	0	0
405-414	0	0	0	0
415-424	0	0	0	0
425-434	0	0	0	0
435-444	0	0	0	0
445-454	0	0	0	0
455-464	0	0	0	0
465-474	0	0	0	0
475-484	0	0	0	0
485-494	0	0	0	0
495-504	0	0	0	0
505-514	0	0	0	0
515-524	0	0	0	0
525-534	0	0	0	0
535-544	0	0	0	0
545-554	0	0	0	0
555-564	0	0	0	0
565-574	0	0	0	0
575-584	0	0	0	0
585-594	0	0	0	0
595-604	0	0	0	0
605-614	0	0	0	0
615-624	0	0	0	0
625-634	0	0	0	0
635-644	0	0	0	0
645-654	0	0	0	0
655-664	0	0	0	0
665-674	0	0	0	0
675-684	0	0	0	0
685-694	0	0	0	0
695-704	0	0	0	0
705-714	0	0	0	0
715-724	0	0	0	0
725-734	0	0	0	0
735-744	0	0	0	0
745-754	0	0	0	0
755-764	0	0	0	0
765-774	0	0	0	0
775-784	0	0	0	0
785-794	0	0	0	0
795-804	0	0	0	0
805-814	0	0	0	0
815-824	0	0	0	0
825-834	0	0	0	0
835-844	0	0	0	0
845-854	0	0	0	0
855-864	0	0	0	0
865-874	0	0	0	0
875-884	0	0	0	0
885-894	0	0	0	0
895-904	0	0	0	0
905-914	0	0	0	0
915-924	0	0	0	0
925-934	0	0	0	0
935-944	0	0	0	0
945-954	0	0	0	0
955-964	0	0	0	0
965-974	0	0	0	0
975-984	0	0	0	0
985-994	0	0	0	0
995-1004	0	0	0	0



Fortalezas y limitaciones

- Primer serie reportada de 50 casos en México.
- Seguimiento promedio de 72 meses.
- Inclusión de pacientes con CDIS e invasor en etapa temprana.
- Inclusión de portadoras de vBRCA2.
- Inclusión de pacientes post QTN.
- Tamaño de la muestra

Conclusiones

- La mastectomía preservadora de piel y CAP es una técnica que en pacientes seleccionadas con CDIS e invasor en etapa temprana, es oncológicamente segura a 72 meses y presenta una baja incidencia de necrosis del CAP.
- Debe ser considerada como estándar en pacientes no candidatas a cirugía conservadora, independientemente de la biología de la enfermedad y del empleo de neoadyuvancia.
- Preservar el CAP con RMI, se asocia a mejores resultados estéticos, beneficios psicológicos-sexuales y un mayor grado de satisfacción en las pacientes.
- No preservar el CAP, en casos seleccionados, resulta en un sobretreatmento.

Casos clínicos

Hospital de Ginecología y Obstetricia No.4

Prevalencia de cáncer de endometrio tipo endometriode grado histológico I, en mujeres de igual o mayor a 60 años en la UMAE No.4 “Luis Castelazo Ayala” en un periodo de 5 años

Dra Guadalupe López González, Dr Roberto I. Ruiz Antonio, Dra Shareni I. Corona Esquivel, Dr Enrique A. Cota Vizcarra, Dr Germán Maytorena Córdoba

Introducción

- El cáncer de endometrio es el cáncer ginecológico más común en países desarrollados.
- La mayoría se presenta en las mujeres posmenopáusicas.
- Este subgrupo de pacientes, en general se consideran de buen pronóstico.
- Conocer su comportamiento en cuanto a la evolución clínica y, por ende, la terapéutica empleada.

Objetivos

- Conocer la prevalencia de cáncer de endometrio tipo endometriode grado histológico I, en mujeres de igual o mayor a 60 años.

Material y métodos

- Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.
- Se revisaron los registros en la plataforma HISweb y expediente clínico electrónico desde enero del 2018 a diciembre del 2022 del servicio de AP y de laboratorio.

Resultados

Tabla 1. Edad promedio y grado histológico de la población de las pacientes con cáncer de endometrio tipo endometriode igual o mayor a 60 años.

Variable	N = 112
Grado histológico 1, n (%)	36 (31.8)
Grado histológico 2, n (%)	58 (50.17)
Grado histológico 3, n (%)	9 (7.9)
Edad media ± DS, años	73.75 ± 3.88

DS: desviación estándar, n, número.

Tabla 2. Invasión linfocascular en pacientes cáncer de endometrio igual o mayor a 60 años grado histológico 1.

Variable	N = 36
Invasión linfocascular presente n (%)	8 (22.2)
Invasión linfocascular ausente n (%)	28 (77.7)

n, número.

Figura 1. Etapa FIGO cáncer de endometrio tipo endometriode en pacientes igual o mayor a 60 años grado histológico 1.



Fortalezas y limitaciones

- Es un estudio que contribuye a la línea de investigación de cáncer de endometrio, por la tendencia poblacional que se inclina al incremento de las pacientes en este grupo etario.
- Por ser un estudio retrospectivo, una de las limitaciones es la calidad de la información, ya que depende de los registros realizados en la plataforma HISweb.
- A pesar de que se incluyeron todas las pacientes que cumplieron los criterios de selección, el tamaño muestral y tiempo de recolección fue reducido, lo que puede limitar la comparabilidad de estos datos con las referencias internacionales.

Conclusiones

- La prevalencia de cáncer de endometrio tipo endometriode GH 1 en pacientes de 60 años o más fue de 31.8%.
- De las variables que más se asociaron con factores pronósticos adversos conocidos como la ILV, fue el IMC menor a 30.
- El IMC podría orientarnos en las conductas terapéuticas en el futuro.

Casos clínicos

Hospital de Ginecología y Obstetricia No.4

Struma Ovarii Maligno y Benigno: Comparación Clínica, Histopatológica, Abordaje Diagnóstico y Tratamiento

Dra. Cynthia Reyes López, Dra. Montserrat Maya Mendoza, Dra. Carla Vanessa Morales Bernal,
Dr. Germán Maytorena Córdova

Introducción

- Struma ovarii (latín: bocio del ovario); teratoma maduro - monodérmico(>50% de tejido tiroideo) – OMS (2020).
- Representa 0.5–1% de tumores ováricos y 2–5% de teratomas.
- Clínica: tumor pélvico (45%), dolor abdominal, plenitud, síntomas GI, ± hipertiroidismo (5–8%), ascitis (15–20%), síndrome de Meigs (5%), patología tiroidea; 5–10% son malignos (papilar y folicular).
- Tratamiento según riesgo y fertilidad: ooforectomía, histerectomía, citoreducción (estrumosis), tiroidectomía, Iodo-131, supresión TSH.
- Factores pronósticos adversos: edad avanzada, invasión capsular (ruptura), ILV, tamaño >9 cm, histología no papilar, adherencias, ascitis >1l.

Objetivos

- ▶ Investigar la incidencia, prevalencia, diagnóstico y tratamiento quirúrgico del struma ovarii maligno y benigno, dando a conocer las principales características clínicas e histopatológicas.
- ▶ Hipótesis: El struma ovarii maligno presenta características patológicas y cuadro clínico más aberrante en comparación con su contraparte benigna, lo que justifica diferente enfoque diagnóstico y terapéutico.

Material y métodos

- Mujer 28 años, fertilidad no satisfecha.
- USG: masa heterogénea con componente sólido en ovario derecho (> 6CM).
- Cistectomía laparoscópica (cirugía no oncológica -27.06.24) → ETO: benigno.
- Histopatología definitiva: carcinoma papilar en struma ovarii, TTF-1 (+), con elementos teratomatosos maduros.
- Perfil tiroideo, USG tiroides y TAC TAP sin hallazgos.
- Tratamiento oncológico conservador (06.09.24): SOD + omentectomía + lavado peritoneal.

Resultados

- Struma ovarii maligno: entidad rara, (2–4%), > papilar (75%), con riesgo de metástasis y recurrencia (seguimiento: Clínico, PFT-Tg, USG tiroides, USG pélvico 6m-12m por 2-3 años, TAC TAP en sospecha recurrencia).
- Caso 1: Diagnóstico incidental, manejo inicial no oncológico.
- Se completó protocolo con imagenología y perfil tiroideo → cirugía conservadora por deseo de fertilidad.
- Caso 2: Struma ovarii benigno tratado correctamente desde inicio, sin complicaciones.
- Tumor maligno: menor tamaño pero con componente sólido y hallazgos histológicos de carcinoma.
- **TTF-1** útil como marcador diagnóstico en casos malignos.
- La inmunohistoquímica ayuda a confirmar origen tiroideo y guiar el manejo.

Fortalezas y limitaciones

Las fortalezas de este trabajo incluyen el enfoque comparativo clínico-patológico, la relevancia clínica de los hallazgos y una propuesta clara de ruta diagnóstica integral. Limitaciones: el tamaño muestral, la falta de seguimiento a largo plazo y la variabilidad inicial en el abordaje del caso maligno. Sin embargo, estos reflejan retos reales en la práctica clínica diaria.

Conclusiones

- Struma ovarii maligno es poco frecuente pero clínicamente agresivo (Recurrencia estrumosis 35%- general 15%- QX radical 5%).
- Diferencias clínicas e histológicas justifican un abordaje oncológico desde el inicio.
- El diagnóstico debe ser multidisciplinario: estudios de imagen, histopatología, PFT-Tg.
- Manejo quirúrgico individualizado: considerar tiroidectomía y seguimiento con tiroglobulina.
- El deseo reproductivo debe guiar la toma de decisiones quirúrgicas.

Casos clínicos

Hospital de Ginecología y Obstetricia No.4

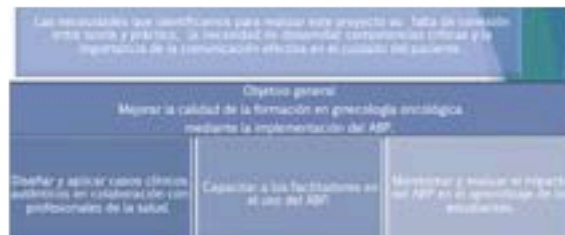
Aprendizaje Basado en Problemas y análisis de casos clínicos en educación médica de posgrado en ginecología oncológica.

Hermilia del Socorro Arvelo Saavedra, Dr. Omar Enrique Quintero Rodríguez, Dra. Delia Virginia Cruz Rodríguez, Dr. Alberto Enrique Cota Vizcarra, Dr. Augusto Rafael Valle Valdez, Dr. German Maytorena Córdova

Introducción

Revolucionar la formación en ginecología oncológica.
Integrando ABP con enfoque humano para transformar la atención del cáncer femenino.
Formamos profesionales que combaten la enfermedad con empatía, pensamiento crítico y rigor científico, salvando vidas desde el aula hasta el quirófano.

Descripción del problema



Metodología de la investigación



Resultados

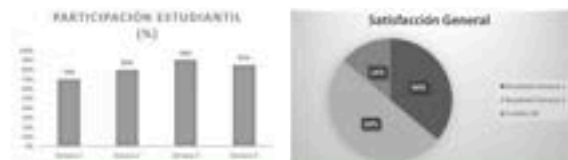
Participación Estudiantil: Existe un notable incremento en la participación activa de los estudiantes, que ha aumentado del 70% al 90%, evidenciando el impacto positivo de las metodologías implementadas.

Satisfacción General: Incremento en la satisfacción de los estudiantes, desde un 65% al 90%.

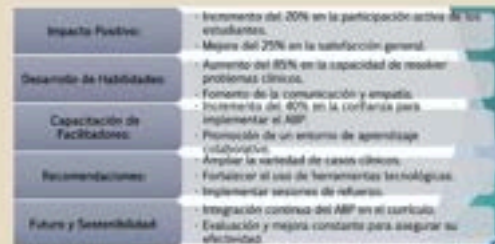
Desarrollo de Habilidades: Tuvimos una mejora en habilidades críticas y quirúrgicas, reflejada en las evaluaciones de desempeño, donde el 85% de los estudiantes se sintieron más preparados para enfrentar situaciones clínicas complejas.

Aplicación de Conocimientos Teóricos: Resalta que el 90% de los estudiantes sintieron que los casos clínicos les ayudaron a aplicar sus conocimientos en situaciones prácticas.

Confianza de los Facilitadores: Indica que la capacitación resultó en un 40% de incremento en la confianza de los facilitadores para implementar el ABP.



Conclusiones



Casos clínicos

Metaplasia sincital papilar asociada con la ruptura endometrial exhibe un resultado que se superpone con un adenocarcinoma endometrial

Dr. Helios Alberto Romero Ledesma, R4 de Ginecología y Obstetricia, Dr. Alfredo Montería García, Ginecólogo Obstetra, Ginecólogo Oncólogo, Dr. Erick Gutiérrez Quezada, Cirujano Oncólogo, Dr. Gabriel Cortez Verónica, Ginecólogo y Obstetra

Introducción

La metaplasia sincital papilar es un cambio histológico poco común que puede ocurrir en el endometrio.

Según un estudio, se encontró en el 17% (43 de 250) de las biopsias y curetajes endometriales, las características principales son:

1. Agregados sincitiales a papilares de células eosinofílicas en el epitelio superficial.
2. Suele ser focal, pero puede ser multifocal o extensa en algunos casos.
3. Se asocia consistentemente con sangrado endometrial activo, descomposición glandular y estromal, necrosis celular y presencia de neutrófilos.

Materiales y métodos

Estudio histopatológico:

- Biopsia de endometrio con lesiones encasillada para con cambios proliferativos y secretores, alteraciones adaptativas del endometrio no tumoral.
- Endometritis crónica, metaplasia compatible con metaplasia sincital papilar.
- Estudio negativo para malignidad.

Se realiza histerectomía total abdominal + salpingooforectomía bilateral con estudio transoperatorio a pesar de las características de la lesión en previa biopsia.

Discusión

- Su presencia no parece aumentar directamente el riesgo de malignidad. En algunos estudio se encontró que los carcinomas endometriales con metaplasia (incluyendo MSP) suele a ser bien diferenciados y carecían de invasión miometrial y metástasis en los ganglios linfáticos pélvicos.
- La metaplasia sincital papilar se asocia consistentemente con sangrado endometrial activo y descomposición del tejido, lo que sugiere que es más un marcador de alteración endometrial que un precursor de malignidad.
- Un estudio mostró que las células de la MSP tenían un índice proliferativo muy bajo (Ki-67 de 1.3%), en comparación con la hiperplasia atípica (15.8%) y el carcinoma endometrial (42.6%).

Objetivos

Dar a conocer los tipo de metaplasias endometriales que a pesar de ser en la mayoría de los casos una etiología benigna, rara vez suele superponerse a procesos neoplásicos.

Valorar la necesidad de realizar estudios transoperatorios en pacientes con alta sospecha.



Resultados



Conclusiones

Las metaplasias endometriales suelen presentar porcentajes variados de riesgo a malignidad, específicamente la MSP generalmente se sugiere benigna en la mayoría de las condiciones endometriales sin embargo la superposición con procesos oncológicos como es el caso del adenocarcinoma los cuales deben ser tratados y estadificados para un mejor pronóstico.

Casos clínicos

Controversias en el tratamiento adyuvante del cáncer de endometrio

Dr. Kusutzin Alfonso Hernández Cisneros
Especialista en Radio Oncología CMNSXXI, Título de Experto en SBRT y Radiocirugía por la Universidad Francisco de Vitoria, Madrid, España, Adscrito al HRAEI

Introducción

• A nivel mundial es la 5.ª causa de cáncer en la mujer y la 4.ª en México

Estadio/ riesgo	% de pacientes con indicación de radioterapia adyuvante
IA / bajo riesgo (grado 1-2, sin LVSI)	0-5%
IA o IB / intermedio (LVSI, o IB grado 1-2)	30-50%
IB / alto intermedio (grado 3 o IA con LVSI y grado 3)	50-70%
II	80-100%
III-IVA (alto riesgo)	90-100%

Objetivos

- Analizar las controversias actuales del tratamiento adyuvante en cáncer de endometrio.
- Enfatizar en la evidencia reciente en el manejo adyuvante con radioterapia.

¿EBRT O BQT?

- EBRT mejora el control locorregional, especialmente con factores moleculares desfavorables:
 - p53 mutado, L1CAM+, LVSI sustancial
 - No se asocia a mayor supervivencia global
- BQT sola es el tratamiento estándar en riesgo intermedio sin factores moleculares adversos.
- La estratificación molecular permite individualizar la adyuvancia.
- En entornos con recursos limitados, la BQT con dosis escalada es una alternativa válida y efectiva.

Conclusiones

Controversia	Conclusión clave
Estadios tempranos.	BQT escalada es suficiente en pacientes con riesgo intermedio sin factores moleculares adversos. EBRT mejora el LCR en pacientes con factores de mal pronóstico (p53abn, LVSI, L1CAM+), pero no mejora la OS.
Enfermedad localmente avanzada (estadios III-IV)	La radioterapia NO puede omitirse de forma general. La combinación EB+RT mejora la SR, especialmente en tumores p53abn, pero no impacta significativamente en la OS y el desarrollo de Metas a distancia y conlleva mayor toxicidad.
Perspectivas futuras	Estudios como ENGOT-14/RAINBO MARI-GREEN, junto con herramientas de radiogenómica e inteligencia artificial, permitirán decisiones más precisas. Se vislumbra un futuro de tratamientos más dirigidos y menos tóxicos.

Marcadores Séricos e Inhibición Mitochondrial del VPH

Leopoldo Enrique Gatica Galina
Ginecólogo Oncólogo

Enoxolona

El ácido glicirretínico es el principal componente activo de la raíz de regaliz, una planta utilizada ampliamente en la medicina tradicional china y japonesa.

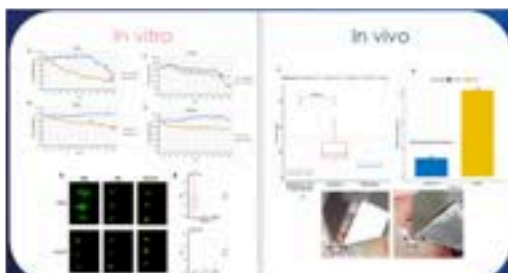
Este compuesto ha sido objeto de estudio debido a sus múltiples propiedades farmacológicas, que incluyen actividades antimicrobianas, antiinflamatorias, antivirales y antitumorales.

El ácido glicirretínico puede mejorar la actividad de otros fármacos, actuando como un sistema de liberación de medicamentos debido a su naturaleza lipofílica, lo que le permite formar complejos solubles en agua con una amplia gama de fármacos lipofílicos.

Favorece propiedades biofarmacéuticas.

Además, el ácido glicirretínico ha mostrado potencial en la regulación de reacciones alérgicas mediadas por IgE, actuando como un estabilizador de mastocitos y modulando la respuesta inmune.

En resumen, el ácido glicirretínico es un compuesto multifuncional con una amplia gama de aplicaciones terapéuticas, respaldado por su uso tradicional y por investigaciones modernas que exploran sus mecanismos de acción y potenciales beneficios clínicos.



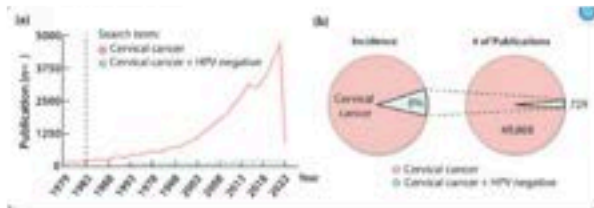
El formulario tiene un encabezado con botones de navegación. Incluye campos de entrada para 'Nombre', 'Apellido', 'Código postal', 'País', 'Teléfono', 'Correo electrónico', 'Fecha de nacimiento', 'Sexo', 'Profesión', 'Dirección', 'Código postal', 'País', 'Teléfono', 'Correo electrónico'. Hay botones de 'Buscar', 'Cancelar', 'Aceptar' y 'Volver'.

Casos clínicos

Características clínicas e histopatológicas de cáncer cervicouterino no asociado a VPH

C Padilla Aguilar Analiza, Yoana Ortiz Reyes, Leopoldo Santiago Sanabria, Guadalupe Lopez Gonzalez, Omar Enrique Quintero Rodriguez, German Maytorena Cordova.

Introducción



Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo y transversal. Biopsia de cérvix con reporte de adenocarcinoma endocervical no asociado a VPH.

Resultados

Se incluyeron a todas las pacientes atendidas en nuestra unidad en el periodo comprendido de enero 2023 a enero 2025 con cáncer cervicouterino que contaban con una biopsia de cérvix con reporte de adenocarcinoma endocervical no asociado a VPH. Se identificaron 4 pacientes. La mediana de edad fue de 63 años al momento del diagnóstico (21-72 años).

VARIABLE		% (n)
DIAGNÓSTICO	MEDIANA DE EDAD	63 AÑOS (21-72 AÑOS)
	TABAQUISMO	
	NEGATIVO	60% (3)
	POSITIVO	40% (2)
MEMARCA	MEDIANA DE EDAD	11 AÑOS (9-15AÑOS)
TVSA	SI	80% (4)
	NO	20% (1)

Fortalezas y debilidades

- Incidencia específica de nuestra población.
- Los hallazgos coinciden con la literatura descrita.
- Descripción de las características clínicas e histopatológicas.
- Estudio en un solo centro.
- Corto periodo de tiempo.
- Muestreo limitado.

Conclusiones

- VPH-negativo representa solo menos del 10% del total de casos de cáncer de cuello uterino.
- Las pacientes con cáncer de cuello uterino VPH-negativo muestran un estadio FIGO avanzado en el momento del diagnóstico y un peor pronóstico.
- Conocimiento sobre la etiología molecular y los mecanismos de progresión del cáncer de cuello uterino VPH-negativo es muy limitado, en gran medida debido a los escasos estudios de investigación centrados en este tipo de cáncer.
- Se necesita urgentemente el desarrollo de nuevos modelos de cáncer para estudios de investigación básica y traslacional.

Casos clínicos

Hospital de alta especialidad
Ixtapaluca

Doble primario (mama y ovario) metastásico y embarazo

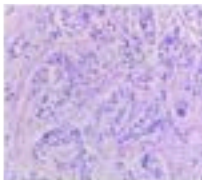
Autora: Dra. Diana A. Marín Sánchez, Co autores: Dr. Tito Lozada Ramírez, Dr. Víctor M. Vargas Aguilar, Dra. Xóchitl Ramírez, Dra. Rosa Morales

Informe de caso

- Paciente de 34 años, G4, P2, A1, niega crónicos y SIN antecedentes familiares de importancia.
- Con diagnóstico de adenocarcinoma invasivo en mama derecha, Luminal B Her2 (+) de 2 años de evolución, sin aceptar tratamiento previo.
- Se diagnostica embarazo a las 17.1 semanas de gestación (SDG), iniciando control prenatal en primer nivel.
- Fue referida a oncología con metástasis a hígado y pulmón recibiendo quimioterapia (QT) paliativa a las 21SDG con **capecitabina/lapatinib**, con progresión de la enfermedad a cerebro y hueso.
- Se inicio segunda línea de tratamiento (**Pertuzumab/Trastuzumab/Docetaxel**)
- Se realizo ultrasonido obstétrico de control a las 31SDG identificando oligohidramnios y restricción del crecimiento intrauterino, motivo por el que se envía a nuestra unidad hospitalaria para valoración por materno fetal.
- Durante la valoración inicial se diagnostica tumoración dependiente de ovario que ocupa hemiabdomen derecho.
- Se decide interrupción del embarazo, se realiza histerectomía obstétrica y tumorectomía a las 31.3 SDG.
- Hallazgos quirúrgicos: Femenino. Capurro 34sdg Peso 1400gr Talla 40cm APGAR 8/9 SA 2. Tumor de 35x30cm peso 2380grs
- Se continua RT/QT paliativa y se confirma neoplasia sincrónica por histopatología como disgerminoma de ovario
- Paciente con sobrevida a 14 meses, con desenlace fetal favorable.

Reporte histopatológico

Carcinoma de mama
invasivo, NST, G3 (40x)



Disgerminoma, ovario derecho (10x)



Disgerminoma, ovario derecho (40x)



Discusión

- Los tumores sincrónicos de mama y ovario son una patología poco frecuente y compleja, menos del 1% de los cánceres de mama presentan cáncer de ovario primario y viceversa aumentado la rareza, en el embarazo.
- La mayoría de los estudios han demostrado que los pacientes con primarios sincrónicos tienen un pronóstico malo en comparación con los que tienen primarios metacrónicos.
- Existe poca evidencia reportada que oriente sobre el manejo, sin embargo, algunos informes mostraron que el embarazo no tiene un efecto perjudicial en el pronóstico, y que puede preservarse siempre que sea posible tratar a las madres.
- En la práctica, es posible administrar quimioterapia a partir de las 14SDG con atención específica al cuidado prenatal, los efectos secundarios fetales más comunes han sido restricción del crecimiento intrauterino, oligohidramnios, prematuridad, toxicidad fetal y aborto espontáneo.

Conclusiones

- Aunque los tumores sincrónicos son infrecuentes, pueden presentarse de manera simultánea en pacientes embarazadas, lo que plantea un reto adicional tanto para el diagnóstico como para el tratamiento, con poca evidencia en la literatura.
- Este caso, enfatiza la relevancia de una estrategia terapéutica multidisciplinaria que considere tanto la salud materna como fetal, y la importancia de un enfoque integral en situaciones tan complejas.
- A pesar de las dificultades inherentes de tratar el cáncer durante la gestación, se puede ofrecer un enfoque terapéutico multidisciplinario para la madre preservando la salud fetal.

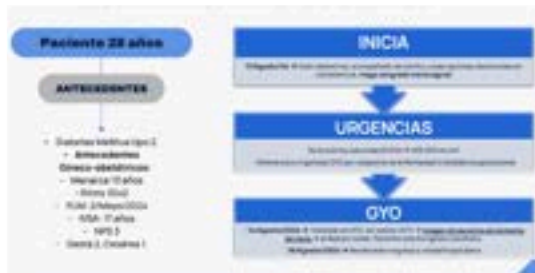
Casos clínicos

Hospital Regional de Alta Especialidad
Dr. Ignacio Morones Prieto

Tumor trofoblástico del sitio placentario

Dra. Astrid Urióstegui Jacobo
Dra. Myriam Nayeli Chávez Navaj

Presentación caso clínico



Tratamiento y seguimiento

Historia clínica	Agonía de un embarazo a término, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus.	
Examen físico	Agonía de un embarazo a término, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus.	
Exámenes de laboratorio	Examen de laboratorio de Subunidad Beta de HCG a 10 semanas de embarazo (10000 IU/L) y a 12 semanas (20000 IU/L). Elevación de Subunidad Beta de HCG a 10 semanas de embarazo (10000 IU/L) y a 12 semanas (20000 IU/L).	
Exámenes de imagen	Examen de imagen de ultrasonido de abdomen y pelvis a 10 semanas de embarazo (10000 IU/L) y a 12 semanas (20000 IU/L).	

Figuras

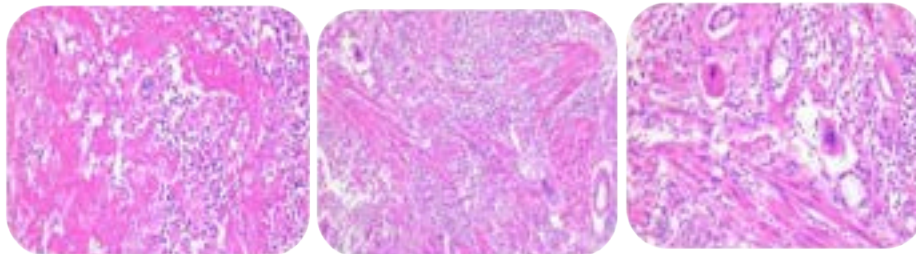


FIGURA 3. CRISTAS morfológicas del trofoblasto intermedio con citoplasma amplio eosinófilo, núcleo pleomórfico con atipia nuclear, invadiendo individualmente las fibras de músculo del miometrio, con presencia de necrosis.

Conclusiones

- Paciente con edad promedio de presentación, sin embargo, cuadro clínico atípico ya que la presentación clínica es prolongada, confinada al útero.
- PUNTO CLAVE: Posterior a evacuación uterina por sospecha de embarazo molar, persiste con elevación de Subunidad Beta de HCG → permite sospechar de una neoplasia trofoblástica gestacional.
- LIMITANTE: En unidad hospitalaria no se cuenta con inmunohistoquímica.
- Neoplasia en rango de buen pronóstico ya que se encuentra en Estado I de clasificación de FIGO, además de mostrar elevación discreta de Sub Unidad Beta de HCG y en el estudio histopatológico revelar invasión miometrial superficial.

Casos clínicos

Relación entre margen patológico libre de tumor y recurrencia de la enfermedad en cáncer de vulva en etapas temprana y localmente avanzada

Presenta: Karina Adriana Fariña Preciado
R7 Ginecología Oncológica

Introducción

Cáncer de vulva

Cuarto cáncer ginecológico más común. Representa hasta el 5% de los tumores malignos que afectan el tracto genital femenino.

El margen de resección ha sido considerado un importante factor pronóstico de recurrencia.

La falta de estandarización en su tratamiento con respecto al margen quirúrgico para disminuir la recurrencia local ha hecho que diversos estudios busquen el tamaño de margen ideal.

Objetivos

General:

Determinar la Sobrevida Libre de Recurrencia (SLR) en relación al tamaño del margen patológico libre de tumor en pacientes con cáncer de vulva en etapas temprana y localmente avanzada.

Específicos:

- Establecer un margen adecuado que impacte en la recurrencia de la enfermedad.
- Calcular la sobrevida global en función del margen libre de tumor.
- Conocer el periodo libre de recurrencia en relación al tamaño tumoral y la etapa patológica.
- Describir las características clínico-patológicas de las pacientes con cáncer de vulva que participaron en el estudio.

Material y métodos

Dependiente:

- Sobrevida libre de recurrencia
- Sobrevida global
- Frecuencia de recurrencia

Independientes:

- Edad
- Localización del tumor
- Tamaño del tumor
- Tipo de cirugía realizada
- Tamaño del margen libre de tumor
- Profundidad de invasión estromal
- Presencia de metástasis ganglionar
- Tratamiento adyuvante recibido

Resultados

Fortalezas y limitaciones

- Los resultados de este estudio proporcionan un escenario real y actual de las pacientes con cáncer de vulva atendidas en nuestra unidad.
- Los datos obtenidos son útiles para comprender la historia natural de la enfermedad.
- El tamaño muestral fue pequeño lo cual impide generalizar resultados.
- Estudio retrospectivo.
- La pérdida de seguimiento de aproximadamente el 25% de las pacientes puede impactar en la validez de los resultados.

Conclusiones

- Los resultados de este estudio no permiten establecer un tamaño de margen óptimo que se relacione con una menor recurrencia de cáncer de vulva, ya que no hubo diferencias significativas entre los 3 grupos de márgenes.
- Existe una tendencia de mayor recurrencia en pacientes con márgenes cercanos o estrechos ($< 3\text{ mm}$), lo cual indica que no debemos infratratar a este grupo de pacientes, debiendo ofrecer ampliación de márgenes siempre que sea posible o en su defecto radioterapia con incremento de dosis.
- Se deben considerar otros factores importantes además del margen libre de tumor que se asocian con aumento del riesgo de recurrencia como el tamaño del tumor, y la etapa patológica de la enfermedad donde hay afectación ganglionar.





Balance financiero

El colegio de médicos especialistas en ginecológica de México (COMEGOM) se ha destacado por la excelencia académica, con la realización de cursos de alta calidad, congresos, encuentros intercontinentales. con profesorado internacional y nacional líderes de la ginecología oncológica mundial, ha otorgado reconocimientos nacionales e internacionales al Acad Dr. Jaime Del de la Garza, ya Fallecido y al Dr. Gilberto Solorza Luna por su trayectoria en la oncológica mexicana; se ha realizado congresos anuales y el ultimo en mayo 2025 el cual tuvo un éxito rotundo donde dimos en reconocimiento como profesor distinguido al Mario Leitao MD.

Les presento el balance del 8º Congreso y las actividades realizadas durante mi gestión, así como el estado administrativo, contable y financiero. Es importante destacar que el inicio fue una verdadera odisea y requirió un arduo esfuerzo, ya que no contábamos con ningún recurso para comenzar. Gracias al trabajo en equipo y a la confianza de nuestros colegiados, la presidencia actual deja unas finanzas en estado saludable, listas para seguir impulsando nuestros objetivos y proyectos futuros. Espero que nuestro colegio logre consolidarse como un referente de la medicina en México, con infraestructura sólida, una sede propia y un equipo administrativo eficiente que nos permita seguir creciendo y sirviendo a la sociedad.



Balance financiero

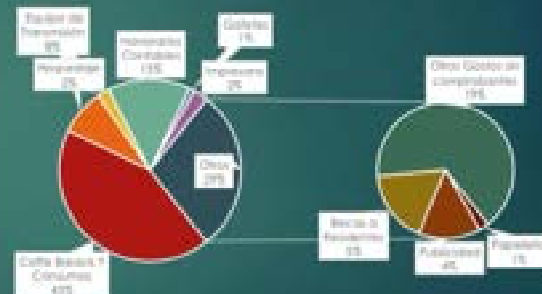
Resumen de Ingresos

Anualidad	139.500,75
Congreso	171.489,00
Stand	23.000,00
Total Ingreso	354.189,77



Resumen de Gastos

Cafe Break Y Consumo	131.327,58
Equipo de Transmision	25.000,00
Hospedaje	4.347,00
Honorarios Contables	44.827,59
Cafeteria	2.984,84
Impresora	7.999,00
Papelaria	2.016,18
Publicidad	13.000,00
Señales o Residentes	15.000,00
Gastos de Legales	57.556,29
Total Gastos	304.378,58



Balance financiero

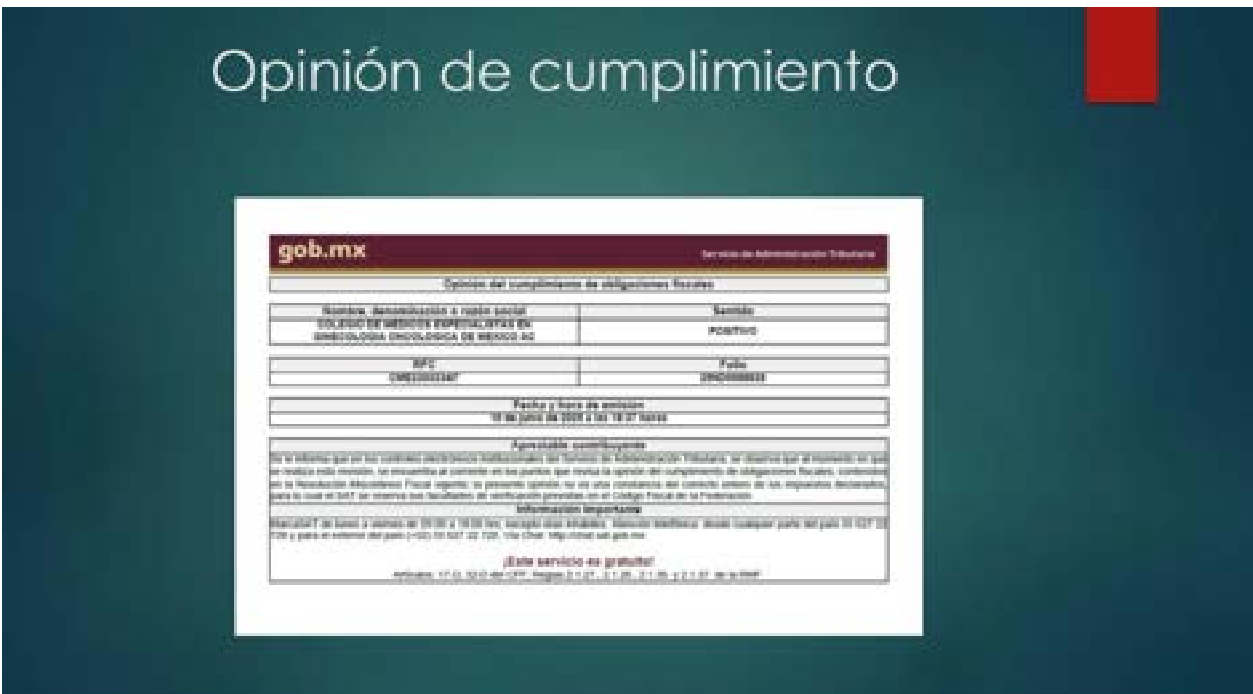


Foto Consejo Directivo 2025-2026



Colegiados vigentes

1. ACUÑA GONZALEZ DENISE
2. AGAEZ PÉREZ JESÚS EMMANUEL
3. AGUILAR ORDUÑO ERWIN JOSÉ
4. ALANIS LOPEZ PATRICIA
5. ALVAREZ CISNEROS JOSÉ ANTONIO
6. ANGOA ESPINOSA JORGE
7. ANGULO BUENO GLADYS FABIOLA
8. ARENAS OLVERA ALEJANDRO
9. ARREDONDO GALVEZ CARLOS GERMÁN
10. ARVELO SAAVEDRA HERMINIA DEL SOCORRO
11. BARAJAS PEDRAZA SERGIO
12. BARBERO IBAROLA MARIA ANDREA
13. BAÑUELOS RAMÍREZ JOSÉ LUIS
14. BUENO ZAMORA PEDRO
15. CAMARILLO QUESADA ARGELIA ELISA
16. CÁRDENAS AGUIRRE LAURA LIVIER
17. CAZARES URBINA GUILLERMO
18. CEBALLOS ACOSTA GERMÁN
19. CHÁVEZ NAVA MYRIAM NAYELI
20. CONTRERAS RAMIREZ JESSICA DE JESÚS
21. ENRÍQUEZ VÁZQUEZ ABEL
22. ESCALANTE SILVA WILLY TONATIUH
23. ESCORCIA GARCÍA EDGAR
24. ESPINOZA ROSALIA
25. FAVELA PRECIADO KENNIA ADILENE
26. FLORES CORPUS FILIBERTO
27. FRANCO CRUZ ANA LILIA
28. FRANCO PÉREZ SERGIO ARMANDO
29. GALLEGOS RÍOS VÍCTOR MANUEL
30. GARCÍA GONZÁLEZ AGUSTINA
31. GARCÍA ANDA JUAN
32. GARCÍA PARRA JUAN
33. GASPAS RESÉNDIZ ANGEL DANIEL
34. GONZÁLEZ INFANTE SERGIO HASLY
35. GUZMAN CORONA OSCAR HEBERTO
36. HERBERT LARA SERGIO ARMANDO
37. HERBERT NÚÑEZ GUILLERMO SIDNEY
38. HERNÁNDEZ GUZMÁN HÉCTOR JONATAN
39. HERNÁNDEZ LARA MARÍA DE LA CARIDAD
40. HERNÁNDEZ MALDONADO ROCIO AYDEE
41. HERNÁNDEZ PÉREZ CARLOS MARIO
42. HERNÁNDEZ SERVIN CARLOS ALBERTO
43. HINOJOSA GARCÍA LUZ MARIA
44. JIMÉNEZ ARROYO ELISA PAOLA
45. JUÁREZ ZUÑIGA MIRIAM
46. LARA HERNÁNDEZ MARIA DE LA CARIDAD
47. LOPEZ NARVAEZ RICARDO ALBERTO
48. MALDONADO HERNANDEZ FEDERICO
49. MARTÍNEZ CHAPA ARNULFO
50. MARTÍNEZ RAMÍREZ MARTHA ERICKA
51. MAYTORENA CORDOVA GERMAN
52. MELO CERDA ISAAC
53. MEDINA DOMÍNGUEZ ALVARO ALDO
54. MÉLENDEZ LÓPEZ OLGA LIDIA
55. MÉNDEZ RODRÍGUEZ CARLOS
56. MONROY FAUDO A ARMANDO
57. MORALES PALOMARES MIGUEL ANGEL
58. MORENO FLORES GUILLERMO
59. NAVARRO JORGE
60. OLIVA POSADA JUAN CARLOS
61. OSORIO ZAPATA HILDA JOSEFINA
62. PEÑA ARRIAGA MAGALY DENISE
63. PÉREZ MOLINARI CARLOS MARIO
64. PÉREZ QUINTANILLA MILAGROS
65. PLIEGO GONZÁLEZ GEANNY DEL PILAR
66. POL KIPPES GONZALO ESTEBAN
67. POSADA DOMÍNGUEZ ANTONIO
68. QUIRARTE ARTURO ALONZO
69. RADILLA ACEVEDO ANA KAREN
70. RAMIREZ SALADO DIANA PAOLA
71. REYES GARITA JOSÉ MIGUEL
72. RIVERA RAYON RAÚL
73. RODRÍGUEZ CAMACHO PABLO JUVENTINO
74. RODRÍGUEZ SUÁREZ DANIELA ITZEL
75. RODRÍGUEZ TREJO AMELIA
76. RUIZ VAZQUEZ RODRIGO EDUARDO
77. RUVALCABA LIMÓN EVA
78. SALAS AGUIRRE MARÍA DOLORES
79. SALINAS NIEVES MARIA EUGENIA
80. SIAÑEZ RODRÍGUEZ ISIDRO
81. SHAW DULIN ROBIN JENNIFER
82. SILLER NIETO JORGE
83. SOTELO FELIX EZEQUIEL
84. TABAREZ ORTIZ ADÁN RAUL
85. USCANGA SÁNCHEZ SANTOS REGINO
86. VALLE VALDEZ AUGUSTO RAFAEL
87. VARGAS AGUILAR VÍCTOR MANUEL
88. VARGAS HERNÁNDEZ VÍCTOR MANUEL
89. ZÁRATE SANTOS MARICELA ELVIA
90. ZAVALA RAMIREZ GISELLE