

CURRICULUM VITAE

Dra. ANA KARINA PATANÉ

Indice

	Pág.
1. Datos personales.....	3
2. Antigüedad.....	8
3. Títulos.....	16
4. Cursos y Congresos afines al cargo.....	28
4.1 Cursos según carga horaria.....	29
4.2 Presidencia, coordinación o secretaría de congresos.....	36
4.3 Disertante en Congresos.....	44
4.4 Otros congresos y jornadas no incluidos en los puntos anteriores.	84
4.5 Trabajos Científicos.....	90
4.6 Libros registrados.....	120
5. Antecedente de otros Cargos.....	127
5.1 Cargo de conducción.....	127
5.2 Cargo de reemplazante.....	127
5.3 Reemplazante en el cargo que se concurra.....	127
5.4 Miembro de sociedades científicas.....	132
5.5 Actividad Docente universitaria.....	139
5.6 Actividad Docente no Universitaria	153
5.7 Premios y Becas	159

1-DATOS PERSONALES

(carátula con pestaña)

NOMBRE Y APELLIDO: Ana Karina Patané

DOMICILIO: Franklin Roosevelt 2827

LOCALIDAD: Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

CÓDIGO POSTAL: 1428 **TELÉFONO:** 45432469 / (15) 4569-8804

Correo electrónico: cirugiapulmon@gmail.com

INFORMACIÓN GENERAL

ESTADO CIVIL: Soltera **NACIONALIDAD:** Argentina.

D.N.I.: 22.432.472. **EDAD:** 46 años.

FECHA DE NACIMIENTO: 03-11-1971

LUGAR DE NACIMIENTO: Capital Federal. **PAÍS :** Argentina.

SERVICIO DE DESEMPEÑO: Cirugía torácica del Hospital de
Rehabilitación Respiratoria María Ferrer.

CUIL/CUIT: 27-22432472-9

MN 95234



ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS

CONSTANCIA DE INSCRIPCION

CUIT: 27-22432472-9
PATANE ANA KARINA

IMPUESTOS/REGIMENES NACIONALES REGISTRADOS Y FECHA DE ALTA

REG. INF. - REGIMEN INFORMATIVO DE COMPRAS Y VENTAS	06-2015
I.V.A.	08-2013
GANANCIAS PERSONAS FISICAS	08-2013
REG. TRAB. AUTONOMO Categoría T2 Cat II Ingresos desde \$20.001	08-2013

Contribuyente no amparado en los beneficios promocionales INDUSTRIALES establecidos por Ley 22021 y sus modificatorias 22702 y 22973, a la fecha de emisión de la presente constancia.

BENEFICIO EXIMICION DE RETENCIONES - PAGOS ELECTRONICOS (Fecha de alta: 01-11-2019)

Esta constancia no da cuenta de la inscripción en:

- Impuesto Bienes Personales y Exteriorización - Ley 26476: de corresponder, deberán solicitarse en la dependencia donde se encuentra inscripto.
- Impuesto a las Ganancias: la condición de exenta, para las entidades enunciadas en los incisos b), d), e), f), g), m) y r) del Art. 20 de la ley, se acredita mediante el "Certificado de exención en el Impuesto a las Ganancias" - Resolución General 2681.

ACTIVIDADES NACIONALES REGISTRADAS Y FECHA DE ALTA

Actividad principal: 869000 (P-883) SERVICIOS RELACIONADOS CON LA SALUD HUMANA N.C.P.	Mes de inicio: 11/2013
Secundaria(s): 862000 (P-883) SERVICIOS INMOBILIARIOS REALIZADOS A CAMBIO DE UNA RETRIBUCIÓN O POR CONTRATA N.C.P.	Mes de inicio: 09/2016
Mes de cierre ejercicio comercial: 12	

DOMICILIO FISCAL - AFIP

ROOSEVELT FRANKLIN D 2827 Piso:1 Dpto:B
1428-CIUDAD AUTONOMA BUENOS AIRES

Vigencia de la presente constancia: 18-03-2020 a 17-04-2020

Hora 11:50:18 Verificador 105242602787



Los datos contenidos en la presente constancia deberán ser validados por el receptor de la misma en la página institucional de AFIP www.afip.gob.ar

Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Secretaría de Gobierno



Profesión: **MD**
Apellido: **PATANE**
Nombres: **ANA KARINA**
Documento: **D.N.I.: 22432472**
Fecha de Nacimiento: **03/11/1971**

Matrícula N°: **95234**
Fecha de Matriculación: **14/05/1997**
Fecha de Vencimiento: **03/11/2025**



Firma del Titular

Datos Personales
MEDICO/A
Nacionalidad: **ARGENTINA**
Sexo: **F**
Titulo expedido por: **UBA**
Fecha de expedición del título: **24/03/1997**



Diego German Fernandez Leg: 116055



Firma del Funcionario Habilitante
Fecha: 06/12/2019
Registro Unico de Profesionales de la Salud

2-ANTIGÜEDAD

(carátula con pestaña)

1. **Fecha de Ingreso a la carrera:** Médica Cirujana de Planta en el Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer: 2007.
2. **Categoría:** titular
3. **Antigüedad asistencial en la profesión:** 22 años distribuidos en las siguientes actividades:

En el sistema de salud del GCBA:

- **Titular:** Cargo de residente en cirugía general hospital Argerich: 1996-2000 (pág. 10)
- Alumna de la carrera de Especialista en el Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer (ad honorem, sin nombramiento): 2002-2005 (pág. 11)
- Asistencia ad honorem al servicio: 2005-2007 (pág. 11)
- **Titular:** Médica cirujana de planta: 2007-2018 (Pág. 11)
- **Titular:** Jefa de Unidad Cirugía Endoscopía: 2018-2020.(pág 12-13)

Reemplazante en la unidad organizativa convocante::

- Jefa interina de Departamento clínico Quirúrgico en el Contexto de la pandemia SARS-COV2. (pág. 14-15)



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
 "2008 Año de la Democracia, el Estado de Derecho y Vigencia de los Derechos Humanos"

NOTA N° 57.425/DGARH-E/2.008.-

Buenos Aires, 23 de julio de 2008.-

MOTIVO: S/antigüedad agente PATANE, Ana, ficha 383.367.-

HOSPITAL DE REHABILITACION RESPIRATORIA "MARIA FERRER"

1. Me dirijo a Ud. a efectos de informar que por Nota N° 552/HRRMF/2008 se procedió a comunicar a la Dirección Liquidación de Haberes la antigüedad general y municipal de la persona de referencia al 08-02-2007 de 04 años.
2. Por otra parte, cabe señalar que se adjunta fotocopia de la nota antes mencionada a fin de mejor proveer.
3. Con lo expuesto, se remite a sus efectos.

gam
 P.
 gjs

Emilio Ruth Martín
 EMILIO RUTH MARTIN
 DIRECTORA ADMINISTRACION DE PERSONAL
 DIRECCION GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
 SECRETARIA DE HACIENDA Y FINANZAS

SECRETARIA DE HACIENDA Y FINANZAS
 23 JUL 2008
 HORA: *18*
 INICIAL: *MR*
 DIRECCION GENERAL DE RECURSOS HUMANOS

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
 Hospital de Rehabilitación Respiratoria
 "MARIA FERRER"
 - 4 AGO 2008
 REG. DE ENT. LIDA

DOCPE-2014-14847613- -HRRMF



GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES
MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE REHABILITACION RESPIRATORIA
"MARIA FERRER"

-----CERTIFICO que la Dra. Ana Karina PATANE, quién acredita su identidad con DNI N° 22.432.472, FC N° 383.367, presta servicios en este HOSPITAL DE REHABILITACION RESPIRATORIA "MARÍA FERRER", desde el 08 de febrero de 2007, como Médica de Planta Especialista en Cirugía Torácica, por Resolución 2361-MSy MH-2006 .-----

-----Se deja constancia que la Dra Patane, ha gestionada ante esta oficina de Recursos Humanos su antigüedad de Residencia en el Hospital Cosme Argerich, siendo la reconocida a partir del 01-06-1997, de 4 años.-----

-----Cabe agregar que la Dra, ha realizado el Curso Superior en Cirugía Torácica, desde 01-06-2002 al 31-05-2005, en este Hospital de Rehabilitacion Respiratoria Maria Ferrer, y desde el 01-06-2005 hasta la fecha de su Designación concurrió Ad honorem, al Servicio de Cirugía de este Hospital.-----

-----A pedido de la interesada y al solo efecto de ser agregado a su curriculum vitae, se expide el presente en la Ciudad de Buenos Aires, a los nueve días del mes de abril del año dos mil dieciocho.-----

amd.

MARCELO OSCAR GUSOT
Jefe Lta. Haberes
Hosp. Rehab. Resp. María Ferrer



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
"2018 - AÑO DE LOS JUEGOS OLÍMPICOS DE LA JUVENTUD"

Resolución firma conjunta

Número: RESFC-2018-791-MEFGC

Buenos Aires, Martes 7 de Agosto de 2018

Referencia: EX-2018-17906373- -MGEYA-DGAYDRH

VISTO: Las Leyes N° 471 y 2155 (Texto Consolidado por Ley N° 5666), el Decreto Reglamentario N° 308/08, la Resolución N° 5/MSGCyMMGC/13, el Expediente Electrónico N° 17.906.375/MGEYADGAYDRH/18, y

CONSIDERANDO:

Que por las precitadas normas, se faculta a los Directores de Hospitales, a dictar el acto administrativo pertinente de designación de personal, previa acreditación de los requisitos para la cobertura de la vacante en cuestión y de los procedimientos de selección establecidos en la normativa vigente, como así también se aprueban los "Procesos de Nombramientos de Efectores de Salud por Alta Nueva de Puesto";

Que como consecuencia de lo expresado, el Hospital de Rehabilitación Respiratoria "María Ferrer", del Ministerio de Salud, mediante Disposición N° 94/HRRMF/18, modificada por Disposición N° 95/HRRMF/18, designó con carácter interino a la Dra. Ana Karina Patane, D.N.I. 22.432.472, CUIL. 27-22432472-9, como Jefe Unidad Servicio Cirugía, con 40 horas semanales, de acuerdo con lo dispuesto en la Carrera Municipal de Profesionales de Salud, aprobada por Ordenanza N° 41455, reglamentada por Decreto N° 2745/87 y la Resolución N° 375/SSySHyF/06 y modificatorias, reteniendo sin percepción de haberes el cargo de Médico de Planta de Hospital Principal, del citado Hospital;

Que la Subsecretaría de Gestión de Recursos Humanos, del Ministerio de Economía y Finanzas, ha verificado la no existencia de incompatibilidad de la persona propuesta para la cobertura del cargo en cuestión, de acuerdo con lo normado por el artículo 7, de la Ley N° 471, y efectuado las observaciones pertinentes, en cada una de las distintas situaciones de revista, y realizado las altas que fueran necesarias, para incorporar a la misma;

Que por lo expuesto, procede realizar la pertinente norma legal, convalidando dicho acto administrativo.

Por ello, conforme lo determinado por Resolución N° 5/MSGCyMMGC/13, y los términos del Decreto N° 363/15 y sus modificatorios,

LOS MINISTROS DE SALUD Y DE ECONOMÍA Y FINANZAS

RESUELVEN

Artículo 1°.-Convalidase lo dispuesto por Disposición N° 94/HRRMF/18, modificada por Disposición N°

Artículo 2°.- Publíquese en el Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires, y para su conocimiento y demás efectos, remítase a las Direcciones Generales de Administración y Liquidación de Haberes, de Asuntos Laborales y Previsionales, de la Subsecretaría de Gestión de Recursos Humanos, del Ministerio de Economía y Finanzas y al Hospital de Rehabilitación Respiratoria "María Ferrer", del Ministerio de Salud, el que deberá practicar fehaciente notificación a la interesada, de los términos de la presente Resolución. Cumplido, archívese.

Digitally signed by Ana María Boku Pérez
Date: 2018.08.07 15:37:28 AEST
Location: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

ANA BOKU PÉREZ
Ministro
MINISTERIO DE SALUD

Digitally signed by Martín Meira
Date: 2018.08.07 17:40:47 AEST
Location: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

MARTÍN MEIRA
Ministro
MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS

Digitally signed by Comunicaciones
Oficiales
DN: cn=Comunicaciones Oficiales
Date: 2018.08.07 17:40:07 -0300



G O B I E R N O D E L A C I U D A D D E B U E N O S A I R E S

Disposición

Número: DI-2020-52-GCABA-HRRMF

Buenos Aires,

Miércoles 17 de Junio de 2020

Referencia: S/ tareas a cargo Departamento Clínico Quirúrgico

Visto, la declaración del coronavirus COVID-19 como una pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y el Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU 260/2020), y:

CONSIDERANDO:

QUE con el objeto de brindar una mejor atención, sería fundamental y esencial establecer personal a cargo del Departamento Clínico Quirúrgico, de este Hospital, para el mejor desarrollo de las tareas que se desarrollan en este sector.

QUE, es necesario modificar las obligaciones, responsabilidades y facultades que permitan continuar con el normal funcionamiento del Departamento Clínico Quirúrgico.

QUE el agente Ana Karina Patane, FC N° 383.367, CUIL N° 27-22432472-9, Jefe Unidad Cirugía, de este Hospital, reúne ampliamente las condiciones inherentes para el desempeño de las funciones del área en cuestión.

QUE la persona que se propicia, posee la idoneidad necesaria para desempeñarse como a Cargo del Departamento Clínico Quirúrgico, de este Hospital, permitiendo una mejor atención en las tareas que le son propias a este sector.

QUE durante este periodo además de estar a cargo del Departamento Clínico Quirúrgico, continuará desempeñándose en el cargo de Jefe Unidad Cirugía.

QUE una vez finalizada la pandemia declarada por coronavirus COVID-19, la Dra. Patane,

regresaría a sus funciones habituales.

QUE conforme a lo expresado precedentemente, resulta necesario dictar el acto administrativo pertinente.

**EL DIRECTOR DEL HOSPITAL DE REHABILITACION RESPIRATORIA
"MARIA FERRER"**

DISPONE:

ARTICULO 1°.- Asignase las funciones a cargo de Departamento Clínico Quirúrgico, a la Dra. Ana Karina Patane, FC N° 383.367, CUIL N° 27-22432472-9, hasta tanto finalice la pandemia declarada por coronavirus COVID-19, sin que ello signifique mayor retribución.

ARTICULO 2°.- Regístrase, para su conocimiento y notificación pertinente, cumplido, archívese.-

Digitally signed by Dora Lombardi
Date: 2020.06.17 11:31:48 ART
Location: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Dora Lombardi
Director Médico
HOSP DE REHABIL RESPIRATORIA MARIA FERRER
MINISTERIO DE SALUD

Digitally signed by Comunicaciones
Oficiales
DN: cn=Comunicaciones Oficiales
Date: 2020.06.17 11:31:48 -03'00'

3- TITULOS

(CARÁTULA CON PESTAÑA)

1. Carrera de Medicina, Facultad de Medicina, U.B.A. 1991-1996
TITULO OBTENIDO: *Médica*. MN 95234 (pág 18-19)
2. Diploma de Honor, Facultad de Medicina, U.B.A. 1991-1996. Otorgado 20 de febrero 2001 (pág 20)
3. Residencia completa en Cirugía General en el Hospital General de Agudos Cosme Argerich (1996 – 2000) certificada por la Secretaria de Salud GCBA (pág 10y 21)
4. **Título de Especialista en Cirugía General** expedido por la Asociación Argentina de Cirugía (2002). (pág 22)
5. Carrera de especialista en cirugía torácica, Facultad de Medicina, UBA.
TITULO OBTENIDO: *Médica Especialista en cirugía torácica de la UBA* (2005)
(pág 23-24)
6. Recertificación del Título de Especialista (UBA y AMM) (pág 25)
7. Maestría en efectividad clínica, Facultad de Medicina, UBA en cooperación con la Universidad de Harvard (en plan de defensa de Tesis de Maestría.) (pág 26)
8. Carrera docente universitaria, UBA, Facultad de Medicina. **TITULO OBTENIDO:**
Docente adscripta a la Facultad de Medicina de la UBA (27/05/2010). (pág 27)

REPÚBLICA

ARGENTINA



Universidad de Buenos Aires
Facultad de Medicina

El Rector de la Universidad y el Decano de la Facultad.

Por cuanto: Ana Carolina Patane,

natural de la ciudad de Buenos Aires, ha terminado el 19 de julio de 1996 los estudios correspondientes a la carrera de Medicina.

Por tanto: de acuerdo con lo dispuesto en las normas vigentes en esta Universidad se expide el presente título de Medicina.

[Signature]
LUIS NICOLÁS FERREIRA
SEGUNDO
CUSTINYO A. LANDINI
SEGUNDO
PRIMER ASESOR

Buenos Aires, 24 de marzo de 1997

[Signature]
ALBERTO A. BONERIE
PROCTOR

[Signature]
HELENA A. DE ALFARO
DIRECTORA
DE COMPROBACIÓN E IMPRESIONES

[Signature]
ALICIA B. T. GENTILETTI

REGISTRADO EN EL LIBRO GENERAL DE GRADOS N.º 127 FOLIO 71 CON EL N.º 11027



Comisión Nacional de Identidad nº 22.412.472.

MINISTERIO DE CULTURA Y EDUCACIÓN
DIRECCIÓN NACIONAL DE GESTIÓN ACADÉMICA
Cadastral de la Enseñanza Superior
Buenos Aires, 18 ABR 1997

DR. MARIA L. BIGNIBER
SUPERVISORA

El Ministerio del Interior
Certifica que la firma que aparece
en esta cédula es de
Dada en la ciudad de Buenos Aires, a los
veinte y tres días del mes de mayo de
1997.
Bn. Aa.
23 MAY 1997

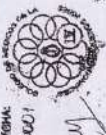


MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL
SISTEMA DE CONTROL DE LA FARMACIA
Buenos Aires, 14 MAY 1997

DR. J. C. COLOTTI
DIRECCIÓN DE FARMACIA Y REGISTRO DE
RECURSOS DE SALUD

COLEGIO DE FARMACÉUTICOS
DE LA
PROVINCIA DE BUENOS AIRES

INSCRIPCIÓN N° 441371 turno 2º NO. 375



Fecha: 20/5/97

REPÚBLICA

ARGENTINA

Universidad de Buenos Aires

Por tanto: la escuadra de la Facultad de Medicina,

Médica Ana Karina Patane

ha resultado ser por las calificaciones obtenidas en sus exámenes uno de los alumnos distinguidos del curso terminado en el año 1996.

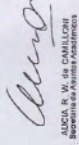
Por tanto: y en virtud de lo dispuesto en la ordenanza general universitaria le expeditos y firmamos el presente Diploma de Honor respaldado por las Secretarías respectivas y con las sellos de la Universidad y de la Facultad.

SE
SALOMÓN MACHUK
SECRETARIO



Buenos Aires, 20 de febrero de 2001.

SE
SALOMÓN MACHUK
SECRETARIO



ALICIA M. G. DE CAVALLONI
SECRETARIA

REPUBLICA ARGENTINA



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCION DE CAPACITACION

Por cuanto el/la
se ha desempeñado en
en
durante el período comprendido entre el al de de
en calidad de
de acuerdo con los términos de la Ordenanza N° se extiende el presente certificado.

Buenos Aires, de de de 2001.

Dr. SANTIAGO SAVELLIPPO
Director del Hospital
HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS

Dr. RUBÉN JAJLOVICH
Director de
DIRECCION DE CAPACITACION

Dr. EUSEBIO A. ZABALLUA
SUBSECRETARIO
SUBSECRETARIA DE SERVICIOS DE SALUD
SECRETARIA DE SALUD
GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
Secretaría de Salud

ASOCIACION ARGENTINA DE CIRUGIA

FUNDADA EL 16 DE JULIO DE 1930



Buenos Aires, 21 de octubre de 2002.-

La doctora *Ana Karina Patané*

Ha satisfecho los requerimientos de esta Asociación y por lo tanto, de acuerdo a la resolución N° 4081 del 5/12/78 y disposición N° 2550 del 27/4/87 (S.E.S.P.) del Ministerio de Salud y Acción Social, se le otorga el presente certificado de:

Especialista en Cirugía General

Dr. Jorge M. Merello Lardies
Mat. Nac. 48.102
Secretario General

Dr. Eduardo N. Saad
Mat. Nac. 30.180
Presidente

REPÚBLICA

ARGENTINA

Universidad de Buenos Aires
Facultad de Medicina

El Poder de la Universidad y el Decano de la Facultad

Resuelve: *Ana Karina Fabare*, excedente de esta Universidad, titular de la cátedra de Buenos Aires, ha terminado el 10 de noviembre de 2005 los estudios correspondientes a la carrera de *Médicos Especialistas en Cirugía Torácica*.

Por tanto, se accede con lo dispuesto en las normas vigentes en esta Universidad lo expuesto al presente título de *Médico Especialista en Cirugía Torácica*.

Buenos Aires, 16 de marzo de 2006

Carly
FABARE

Carly
FABARE

Carly
FABARE

Carly
FABARE

Carly
FABARE

Carly
FABARE

REPUBLICA ARGENTINA

SECRETARÍA DE ESTADO



Pres. de Stentidad 1º 22.432.472 -
Comisión para el estudio y la aplicación del 1º/1/85 -

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS Y TECNOLÓGICAS
DIRECCIÓN NACIONAL DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN LA ZONA DE INVESTIGACION CIENTÍFICA
BARRIO AMBROSIANO

25 ABR 2005
JUAN CARLOS GONZALEZ
DIRECTOR GENERAL DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS Y TECNOLÓGICAS



El Ministro del Interior
Certifica que el firma que aparece
en este documento y el
firmado en el presente es el mismo
y que coincide con la que obra en
nuestros registros 15 MAY 2005
B.A.B.

NICOLAS J. BELLAZI
MINISTRO DEL INTERIOR

00007



0872
INSTITUTO NACIONAL DE
PROTECCIÓN DE LA
PROPIEDAD INTELECTUAL



REPÚBLICA ARGENTINA

Universidad de Buenos Aires

Facultad de Medicina



Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires.

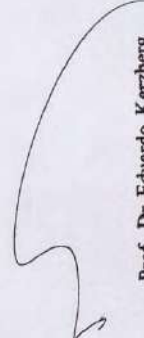
Por cuanto la médica Ana Karina Patane MP N° 95234 ha cumplido con los recaudos exigidos por las Resoluciones CD N° 1406/02 y C.S. N° 4471/04; en concordancia con el Convenio Marco de Colaboración y Convenio Complementario entre la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires y la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, Resoluciones CD N° 1430/10 y C.S. N° 2542/11.

Por lo tanto la Facultad de Medicina y la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires le otorgan el presente, que acredita que ha Recertificado su título de Médica Especialista en Cirugía Torácica.

Buenos Aires, 1 de Agosto de 2012


Dr. Jorge Gilardi
Presidente de la AMM


Prof. Titular Cons. Dr. Marcelo Luis Torino
Vicedecano de la Facultad de Medicina U.B.A.


Prof. Dr. Eduardo Kerzberg
Secretario de Relaciones Institucionales. Facultad de Medicina, U.B.A.

**PROGRAMA de
EFECTIVIDAD
CLÍNICA**



HOSPITAL
ITALIANO
de Buenos Aires

Certificamos que
PATANE ANA KARINA

ha aprobado los cursos correspondientes al
Programa de Efectividad Clínica
Abril 2006 - Diciembre 2007

programa conjunto de :
Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires
Hospital Italiano de Buenos Aires

E. Francis Cook, Sc. D.
Co-Director PEC
Harvard School of Public Health

Prof. Dr. Adolfo Rubinstein
Director PEC
Hospital Italiano de Buenos Aires



Facultad de Medicina Universidad de Buenos Aires

Por cuanto: *Medica. Patane, Ana Karina* ha cursado y aprobado la totalidad de los Módulos del Curso de Formación Docente Pedagógica en Ciencias de la Salud.

Por tanto, se la designa *Docente Adscripta*

por Res. (CDD) N° 0965 / 10 y se extiende el presente certificado que así lo acredita.

Buenos Aires, 27 de mayo 2010

Dr. Carlos C. Castellon
Secretario de Educación Médica

Prof. Dr. Marcelo L. Torino
Secretario de Desarrollo Docente

4- Cursos y Congresos

(carátula con pestañas)

4.1: Cursos (en orden decreciente de carga horaria)

CURSOS DE MÁS DE 500 HORAS CON EVALUACIÓN FINAL Y TÍTULO DE ESPECIALISTA UNIVERSITARIO

Carrera de especialista en cirugía torácica, Facultad de Medicina, UBA. **TITULO OBTENIDO:** Médica Especialista en cirugía torácica de la UBA (2005) (pág. 30)

Maestría en efectividad clínica, Facultad de Medicina, UBA. **TITULO OBTENIDO:** EGRESADA DEL PROGRAMA DE EFECTIVIDAD CLÍNICA (en plan de defensa de Tesis de Maestría). (pág. 31)

Carrera docente universitaria, UBA, Facultad de Medicina. **TITULO OBTENIDO:** Docente adscripta a la facultad de Medicina de la UBA. (pág. 32)

CURSOS DE MÁS DE 500 HORAS CON EVALUACIÓN FINAL Y TÍTULO DE ESPECIALISTA OTORGADO POR SOCIEDADES CIENTÍFICAS

Curso sobre Administración de Servicios de Salud, Administración Hospitalaria y Efectores periféricos, de 505 horas de duración, oficialmente reconocido por el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, otorgado por la Asociación de Médicos Municipales (pág. 33)

Curso de Formación Especializada en Ecografía, otorgado por la Sociedad Argentina de Ultrasonografía (SAEU) (pág 34)

CURSOS DE ENTRE 50 Y 99 HORAS CON EVALUACIÓN FINAL Y TÍTULO DE ESPECIALISTA OTORGADO POR SOCIEDADES CIENTÍFICAS

Curso de la asociación Argentina de Cirugía: Titulo: MAAC (Miembro de la Asociación Argentina de Cirugía) (pág. 35)

CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN Y MAESTRÍAS (pàg 18-27)

- Título de Especialista en Cirugía General otorgado por la Asociación Argentina de Cirugía (2002).
- Carrera de especialista en cirugía torácica, Facultad de Medicina, UBA. **TITULO OBTENIDO:** Médica Especialista en cirugía torácica de la UBA (2005)
- Maestría en efectividad clínica, Facultad de Medicina, UBA.en plan de defensa de Tesis de Maestría.) en cooperación con la Universidad de Harvard.
- Carrera docente universitaria, UBA, Facultad de Medicina. **TITULO OBTENIDO:** Docente adscripta a la Facultad de Medicina de la UBA (27/05/2010).



REPÚBLICA ARGENTINA

Universidad de Buenos Aires

Facultad de Medicina



Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires.

Por cuanto la médica Ana Karina Patane MP N° 95234 ha cumplido con los recaudos exigidos por las Resoluciones CD N° 1406/02 y C.S. N° 4171/04, en concordancia con el Convenio Marco de Colaboración y Convenio Complementario entre la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires y la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, Resoluciones CD N° 1430/10 y C.S. N° 2542/11.

Por lo tanto la Facultad de Medicina y la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires le otorgan el presente, que acredita que ha Recertificado su título de Médica Especialista en Cirugía Torácica.

Buenos Aires, 1 de Agosto de 2012

Prof. Dr. Eduardo Kerzberg
Secretario de Relaciones Institucionales, Facultad de Medicina, U.B.A.

Dr. Jorge Gilardi
Presidente de la AMM

Prof. Titular Cons. Dr. Marcelo Luis Torino
Vicedecano de la Facultad de Medicina U.B.A.

**PROGRAMA de
EFECTIVIDAD
CLÍNICA**



Certificamos que
PATANE ANA KARINA

ha aprobado los cursos correspondientes al
Programa de Efectividad Clínica
Abril 2006 - Diciembre 2007

programa conjunto de :

Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires
Hospital Italiano de Buenos Aires

E. Francis Cook, Sc. D.
Co-Director PEC
Harvard School of Public Health

Prof. Dr. Adolfo Rubinstein
Director PEC
Hospital Italiano de Buenos Aires



Facultad de Medicina Universidad de Buenos Aires

Por cuanto: *Medica. Patane, Ana Karina* ha cursado y aprobado la totalidad de los Módulos del Curso de Formación Docente Pedagógica en Ciencias de la Salud.

Por tanto, se la designa *Docente Adscripta*

por Res. (CDD) N° 0965 / 10 y se extiende el presente certificado que así lo acredita.

Buenos Aires, 27 de mayo 2010

Dr. Carlos C. Estrallon
Secretario de Educación Médica

Prof. Dr. Fulencio M. Pongola
Secretario de Desarrollo Docente

Prof. Dr. Marcelo L. Toranzo
Vicedecano



ASOCIACION DE MEDICOS MUNICIPALES DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
Instituto para el Desarrollo Humano y la Salud

Por cuanto el/la **DRA. ANA KARINA PATANÉ**

Aprobó el

Curso sobre Administración de Servicios de Salud, Administración Hospitalaria y Efectores Periféricos, de 505 horas de duración, oficialmente reconocido por el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

En fe de lo cual, se extiende el presente **CERTIFICADO**

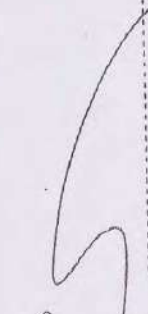
Buenos Aires, noviembre de 2010


Ministerio de Salud
GCBA

DR. GABRIEL E. NOVICK
SUBSECRETARIO
DE
PLANIFICACION SANITARIA
MINISTERIO DE SALUD - G.C.B.A.



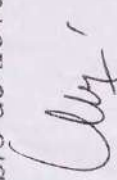
Dr. Camilo Giani
Coordinador IDHS



Dr. Eduardo Kerzberg
Sec. Educación y Asuntos
Universitarios AMM



Dr. Miguel Matzkin
Sec. General AMM



Dr. Jorge Gilardi
Presidente AMM



Sociedad Argentina de Ecografía y Ultrasonografía
Asociación Civil

Escuela de Graduados de la
Asociación Médica Argentina

Por cuanto el Dr. **Patane, Ana Karina**

*Ha cumplido con los requisitos formales correspondientes
al curso SUPERIOR DE FORMACION ESPECIALIZADA EN
ECOGRAFIA GENERAL Y ULTRASONOGRAFIA,
reconocido por el Ministerio de Salud y Acción Social (disposición 02/97), y la O.P.S.,
Auspiciado por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.*

*Por tanto se le extiende el presente
CERTIFICADO DE CAPACITACION*

En la Ciudad de Buenos Aires, a 12 días del mes de Abril de 2004


Presidente de la
Sociedad Argentina de Ecografía y Ultrasonografía


Director de la Escuela de Graduados de la
Asociación Médica Argentina

ASOCIACION ARGENTINA DE CIRUGIA
CURSO ANUAL
1999

Certificamos que

la doctora *Ana K. Patane*

ha cumplido con los requisitos del *Curso Anual de Cirugía General* realizado desde el 6 de abril hasta el 28 de septiembre, con un total de 50 horas de duración, habiendo aprobado la evaluación final correspondiente y presentado un trabajo científico.



Presidente
Comité de Educación Médica

Buenos Aires, 30 de septiembre de 1999



Presidente
Asociación Argentina de Cirugía



Secretario General
Asociación Argentina de Cirugía

4.2: Presidencia , coordinación o Secretaria de Congresos (en orden cronológico)

Presidente de congresos científicos

LUNG CANCER PRECEPTORSHIP ALEXANDER FLEMING INSTITUTE, 10 Y 11 DE ABRIL DEL 2014. **COORDINADORA Y DOCENTE (pág 37-39)**

LUNG CANCER PRECEPTORSHIP ALEXANDER FLEMING INSTITUTE, 10 Y 11 DE ABRIL DEL 2015. **COORDINADORA Y DOCENTE. (pág 40)**

PRECEPTORSHIP: CANCER DE MAMA, RIÑON Y PULMON, Buenos Aires, 21 de junio del 2016, en carácter de **COORDINADORA (pág 41)**

Secretaria de Congresos científicos

V JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN CIRUGÍA TORÁCICA: “CANCER DE PULMÓN”, en calidad de **SECRETARIA**, ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA, Buenos Aires, 23 de agosto 2013. (pág 42)

Integrante de mesas redondas

ROUND TABLE DISCUSSION. TOPIC: MESOTHELIOMA.
4° Latin American Conference on Lung cancer, 28-30 julio 2010, Bs As, Argentina. (pág 43)

LET'S LEARN

AGENDA

LUNG CANCER PRECEPTORSHIP ALEXANDER FLEMING INSTITUTE

INSTITUTO MEDICO ESPECIALIZADO ALEXANDER FLEMING
ABRIL 10 & 11/2014, BUENOS AIRES, ARGENTINA

CHAIRS of PRECEPTORSHIP

- Dr. Claudio Martín, Medical Oncologist, Chair of Thoracic Oncology Department Instituto Médico Especializado Alexander Fleming and Hospital María Ferrer
- Dr. Karina Patané, Thoracic Surgeon, Thoracic Surgery Department Instituto Médico Especializado Alexander Fleming and Hospital María Ferrer

FACULTY

- Dr. Reinaldo Chacón, Instituto Alexander Fleming
- Dr. Walter Astorino, Instituto Alexander Fleming
- Dra. Claudia Bagnes, Hospital Tornú
- Dr. Guiferno Bramuglia, Fundación Investigar
- Dr. Andrés Cardona, Fundación Santa Fé de Bogotá
- Dra. Carolina Chacón, Instituto Alexander Fleming
- Dr. Martín Fernández, Instituto Alexander Fleming
- Dra. Mariana Galli, Instituto Alexander Fleming
- Dra. Myriam Losanovscky, Clínica Suizo Argentina
- Dr. Gustavo Lyons, Hospital Británico de BsAs
- Dra. Gabriela Marechal, Fundación Investigar
- Dr. José Luis Morero, Instituto Alexander Fleming
- Dra. Yanina Pfügger, Instituto Alexander Fleming
- Dra. Claudia Polerí, Ex-Jefa de Patología Hospital María Ferrer
- Dra. Yanina Powazniak, Fundación Investigar
- Dra. Carmen Puparelli, Instituto Alexander Fleming
- Dr. Adolfo Rosales, Instituto Alexander Fleming-Hospital María Ferrer

LET'S WORK
EMPOWER PEOPLE. ENLIGHTEN IDEAS. INNOVATE.



LET'S LEARN

AGENDA DIA 1

LUNG CANCER PRECEPTORSHIP ALEXANDER FLEMING INSTITUTE

22 DE NOVIEMBRE	TÍTULO	DURACIÓN (MIN)	COADJUTOR (S)
8:30-9:15	BENVENIDA PRESENTACIÓN DE LA MODALIDAD DEL CURSO	45	Dr. Renato Chacón Dr. Claudio Martín
9:45	¿Qué información debe brindar el patólogo para la correcta categorización del cáncer de pulmón? Cómo optimizar el material para futuras determinaciones?	20	Dr. Walter Astorino
10:00	Presentación de caso clínico para discusión	10	
10:10	Fiberobronoscopia diagnóstica: cuándo y a quienes. Rol en la estadificación.	15	Dr. María Fernández
10:30	El escenario ideal de la estadificación. Estadificación no invasiva: qué métodos y a quienes. Estadificación invasiva: qué métodos y a quienes	15 15	Dr. José Luis Moreno Dra. Karina Patané
10:45	Presentación de caso clínico y discusión	15	
10:50	Café Break	30	
11:00	Video conferencia Mediastinoscopia tradicional Mediastinoscopia Videomediastinoscopia Videobroncoscopia para estadificación	5 5 5 5	Dr. Adolfo Rozales
11:30	Tratamiento del cáncer de pulmón resecable Lobectomía tradicional Lobectomía videoscópica Resecciones menores: cuándo y por qué	30	Dr. Rosenberg Dra. Karina Patané Dr. Adolfo Rozales
11:45	Presentación de caso clínico complejo	15	
12:10	Micorreferencia: evaluación funcional del paciente potencialmente resecable	10	Dra. Myriam Lozano-rocky
12:30	Almuerzo		
13:30-14:30	Estado I: ¿qué puede ofrecer la RT en pacientes no operables. Principios básicos de la RT SBRT Visita al centro de RT	20 20 20	Dra. Carolina Chacón Dra. Mariana Galí
14:30-15:45	Micorreferencia: Avanzar: ¿qué y a quién? Discusión: ¿qué hacer con el Paciente Estado I?	15 15	Dra. Carmen Pujariell Dra. Claudia Seghes
15:30-15:45	Café Break		
15:50-16:30	Cáncer de pulmón localmente avanzado: cómo se define Por qué sí a la cirugía. Rol de la neoadyuvancia Por qué no a la cirugía. QT-RT definitiva	10 20 20	Dr. Claudio Martín Dr. Lyons Dr. Claudio Martín
16:30	Discusión de casos clínicos Presentador 1: re-estadificación Presentador 2: tumor localmente avanzado	30	

LET'S LEARN

AGENDA DIA 2

LUNG CANCER PRECEPTORSHIP ALEXANDER FLEMING INSTITUTE

11 de Abril HORARIO	TEMA	DURACION (MIN)	
8:30-9:20	Pacientes con drivers oncogénicos Manejo del Material para estudios moleculares	20	Dra. Claudia Poleri
	Nuevas opciones en Mutados EGFR	35	Dr. Claudio Martin
09:25-09:45	Discusión: Preguntas habituales en el manejo del paciente oncológico	20	Dr. Martin/Dra. Patané
09:45-10:15	Actualidad y Futuro de los Inhibidores Nuevos y Próximos Targets	30	Dr. Andrés Cardona
10:15-10:45	Coffee Break	30	
10:45-11:15	Mi paciente no tiene mutación: qué hago?	30	Dr. Claudio Martin
11:15-11:45	Resistencia a terapias target: manejo Tiene utilidad la re biopsia?	30	Dr. Andrés Cardona
11:45-12:35	Presentación de caso clínico	50	
12:35-12:55	Manejo clínico de las toxicidades más frecuentes debidas a inhibidores del EGFR	20	Dra. Yanina Plufegger
12:55-13:15	Terapias de mantenimiento: quienes la deben recibir? Qué indicar?	20	Dra. Carmen Puparelli
13:15	Closing remarks	10	Dr. Claudio Martin
13:45-15	Almuerzo Hotel Savoy		Todos

Fundación Investigar/Argenomix

Horario	Tema	Duración	
15:00-16	Técnicas de biología molecular aplicadas a estudios en pacientes oncológicos. Terapias "target" dirigida	30	Dra Yanina Powazniak Dr Guillermo Bramuglia Dra Gabriela Marechal
		30	
16-17	Actividad práctica en el Laboratorio de Biología Molecular	60	Dra Yanina Powazniak

LET'S WORK
INSTITUTE FROM BOEHRINGER INGELHEIM





Alexander Fleming

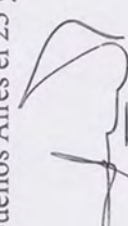
PRIMER INSTITUTO PRIVADO DE ONCOLOGIA

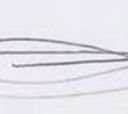
certifica que

Dra. Karina Patane

coordinó y asistió al preceptorship de cáncer de pulmón que se llevó a cabo
en la Ciudad de Buenos Aires el 23 y 24 de abril de 2015


Dr. Claudio Martín
DIRECTOR DE PRECEPTORSHIP
CÁNCER DE PULMÓN
INSTITUTO ALEXANDER FLEMING


Dr. Federico A. Coló
DIRECTOR MÉDICO
INSTITUTO ALEXANDER FLEMING


Dr. Reinaldo Chacón
DIRECTOR ACADÉMICO
INSTITUTO ALEXANDER FLEMING



Alexander Fleming

PRIMER INSTITUTO PRIVADO DE ONCOLOGIA

certifica que la

Dra. Ana Patané

ha sido coordinadora el 21 de junio en el “Preceptorship: Cáncer de Mama, Riñón y Pulmón”
realizado desde el 21 al 24 de junio de 2016.

Dr. Matias Chacón
Subjefe del Servicio de Oncología Clínica
INSTITUTO ALEXANDER FLEMING

Dr. Federico A. Coló
Director Médico
INSTITUTO ALEXANDER FLEMING

Con el apoyo de:

SOCIEDAD ARGENTINA DE CIRUGIA TORACICA



V JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN CIRUGÍA TORÁCICA

Certificamos que la Doctora

KARINA PATANÉ

ha participado en calidad de **SECRETARIA** de la

V JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN CIRUGÍA TORÁCICA: "CÁNCER DE PULMÓN" el
día 23 de agosto de 2013 en la Asociación Médica Argentina.

Dr. Gustavo A. Lyons
Director

V Jornadas de Actualización en Cirugía Torácica

Dr. Jorge A. Reilly
Presidente

Sociedad Argentina de Cirugía Torácica



CERTIFICATE OF ATTENDANCE ROUND TABLE DISCUSSION

This is to certify that

Karina Patane

Has participated in one of the Round Table Discussions at
the 4th Latin American Conference on Lung Cancer.

Date: Friday, 30 July 2010

Topic: Mesothelioma

Eduardo Richardet, LAELCA 2010 Conference Chair

4.3 Disertante en congresos

TUMORES CARCINOIDES: PRESENTACIÓN CLÍNICA, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y FACTORES PRONÓSTICOS. (pág 50)

32° Congreso Argentino de Medicina Respiratoria, Buenos Aires, 09 al 12 de Octubre del 2004.

TUMORES PRIMARIOS DE MEDIASTINO, (pág 51)

33° Congreso Argentino de Medicina Respiratoria, Mendoza, 11 de Octubre del 2005

TUMOR MEDIASTINAL DE LA VAINA NERVIOSA: PRESENTACIÓN CLÍNICA INUSUAL DE UN SCHWANOMA MALIGNO. (pág 52)

33° Congreso Argentino de Medicina Respiratoria, Mendoza, 11 de Octubre del 2005

34° Congreso Argentino de Cirugía, Buenos Aires, 14 al 17 de octubre 2006 en calidad de Disertante. (pág 53)

PREVALENCIA DE ESTENOSIS TRAQUEAL EN UN CENTRO DE REFERENCIA.

34° Congreso Argentino de Cirugía, Buenos Aires, 14 al 17 de octubre 2006. (pág 54)

CISPLATINO INTRAPERICÁRDICO EN EL TRATAMIENTO DEL DERRAME PERICÁRDICO MALIGNO.

Reunión de trabajos y actualización post asco, 3-4 de julio 2008(pág 55)

NEUMONECTOMÍAS POR CANCER DE PULMÓN: COMPLICACIONES Y SUPERVIVENCIA ALEJADA.

Reunión de trabajos y actualización post asco, 23-25 de junio 2010. (pág 56)

ROUND TABLE DISCUSSION. TOPIC: MESOTHELIOMA.

4° Latin American Conference on Lung cancer, 28-30 julio 2010, Bs As, Argentina. (en calidad de disertante) (pág 43)

CURSO DE EMERGENCIAS ONCOLÓGICAS. TEMA: TAPONAMIENTO CARDÍACO.(en calidad de disertante) (pág 57)

XVII Congreso Nacional de Medicina Interna, Buenos Aires, 09-12 de noviembre 2010

PROGNOSTIC FACTORS AND LONG TERM OUTCOME OF SURGICALLY TREATED CARCINOIDS TUMORS.

4° Latin American Conference on Lung cancer, 28-30 julio 2010, Bs As, Argentina. (PRESENTACIÓN DE POSTER) (pág 58)

PLÁSTICAS BRONQUIALES COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN LESIONES CENTRALES: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE NUESTRA EXPERIENCIA ASISTENCIAL.

38° Congreso argentino de Medicina respiratoria, Buenos Aires, 9 al 12 de octubre del 2010. (pág 59)

NEUMONECTOMÍAS POR CANCER DE PULMÓN: COMPLICACIONES Y SUPERVIVENCIA ALEJADA (pág 60)

38° Congreso argentino de Medicina respiratoria, Buenos Aires, 9 al 12 de octubre del 2010

UTILIDAD DEL CISPLATINO INTRAPERICÁRDICO EN EL TRATAMIENTO DEL DERRAME PERICÁRDICO MALIGNO.(pág 61)

38° Congreso argentino de Medicina respiratoria, Buenos Aires, 9 al 12 de octubre del 2010

FACTORES PRONÓSTICOS Y RESULTADOS A LARGO PLAZO DE TIMOMAS TRATADOS QUIRÚGICAMENTE EN UNA COHORTE DE PACIENTES ARGENTINOS.(pág 62)

Reunión de Trabajos y Actualización Post Asco 2011, 29 de junio al 01 de julio 2011.Buenos Aires.

JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN EN MIASTENIA GRAVIS: MIASTENIA GRAVIS: ¿CUANDO OPERAR? TÉCNICAS QUIRÚRGICAS CONVENCIONALES Y NO CONVENCIONALES.

Junio 2011, Buenos Aires, Argentina. (disertante)

JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN EN CANCER DE PULMÓN (presentadora de casos)

25 de abril 2012, Buenos Aires, Argentina.(pág 63)

VII CONFERENCIA ENFOQUE MULTIDISPLINARIO DEL CANCER DE PULMÓN: **COORDINADORA** DE LA CONFERENCIA “TUMORES DE MEDIASTINO”. Buenos aires, 10-12 mayo 2012. (pág 64)

JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CONTROL DEL TABAQUISMO Y EN LA PATOLOGÍA TORÁCICA, (en calidad de disertante) 30 de junio 2012 (pág 65)

TUMORES PRIMITIVOS TRAQUEALES. (pág 66)

40° Congreso Argentino de medicina respiratoria, Buenos Aires 5-8 de octubre del 2012.

TUMORES CARCINOIDES PULMONARES. IMPACTO DE LA 7° ESTADIFICACIÓN TNM. (pág 67)

40° Congreso Argentino de medicina respiratoria, Buenos Aires 5-8 de octubre del 2012

TUMOR ADENOQUÍSTICO DE CARINA DE LARGA EVOLUCIÓN. (pág 68)

40° Congreso Argentino de medicina respiratoria, Buenos Aires 5-8 de octubre del 2012

OSTEOCLASTOMA RECIDIVANTE DE ORIGEN COSTOVERTEBRAL (pág 69)

40° Congreso Argentino de medicina respiratoria, Buenos Aires 5-8 de octubre del 2012.

SIMPOSIO ASTRA ZÉNECA: OBTENCIÓN DE MUESTRAS EN CPNCP: QUÉ PROCEDIMIENTO UTILIZAR? (disertante)

ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO EN CANCER DE PULMÓN, Buenos Aires, 9 y 10 de mayo 2013.

II SIMPOSIO DE ENFERMEDADES DEL TÓRAX, en calidad de DISERTANTE, Buenos Aires, 14/15 de agosto 2013. (pág 71)

II CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN NEUMONOLOGÍA 2013, en calidad de disertante. Junín, 18 de octubre del 2013.(certificación presentada s en actividad docente no universitaria) (pág 156-157)

SIMPOSIO: ROL DE LA CIRUGÍA EN EL CANCER DE PULMÓN LOCALMENTE AVANZADO, ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO EN CANCER DE PULMÓN, Buenos Aires, 8-10 de mayo del 2014, en calidad de disertante.

SUMMIT LATINOAMERICANO DE VIDEOTORACOSCOPIA, Medellín, 29-30 de julio del 2014, en calidad de disertante.

1° CONGRESO INTERNACIONAL IBERO-PANAMERICANO DE MEDICINA INTERNA, Buenos Aires, 4-7 noviembre 2014, en calidad de disertante.

ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO EN CANCER DE PULMÓN, Buenos Aires, 7-8 de mayo del 2015, en calidad de **coordinadora de mesa**.(pág 72)

II ACTUALIZACION POST ESMO, en calidad de disertante de la conferencia NUEVAS CLASIFICACIONES 2015-TNM, Ciudad de Córdoba 29 y 30 de octubre del 2015.(pág 73)

NET TOUR 15: UN ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO PARA EL MANEJO DE TUMORES NEUROENDOCRINOS, Buenos Aires, 13 de Noviembre del 2015, en calidad de disertante.(pág 73)

THIRD INTERNATIONAL JOINT MEETING ON THORACIC SURGERY, Barcelona 18-20 de noviembre del 2015, en calidad de disertante de la conferencia resultados de la cirugía post tratamiento de inducción, en el congreso iberoamericano de cirugía torácica.(pág 74)

HIPERPLASIA DIFUSA DE CÉLULAS NEUROENDÓCRINAS PULMONARES. TUMORLETS. REPORTE DE TRES CASOS. (pág 75)
43°CONGRESO ARGENTINO DE MEDICINA RESPIRATORIA, Buenos Aires, 6-9 de diciembre del 2015.

RESOLUCIÓN TORACOSCÓPICA DE UN QUISTE MEDIASTINAL GIGANTE DE SEIS AÑOS DE EVOLUCIÓN.(pág 76)
43°CONGRESO ARGENTINO DE MEDICINA RESPIRATORIA, Buenos Aires, 6-9 de diciembre del 2015 en calidad de disertante de la conferencia.

ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO EN CANCER DE PULMÓN, Buenos Aires, 7-8 de mayo del 2017, en calidad de **coordinadora** de mesa.

V CURSO BIENAL CARDIOTORAX 2016, BUENOS AIRES, 23.24 DE JUNIO EN CARACATER DE DISERTANTE DEL TEMA: MANENJO ACTUAL DE LOS TUMORES CARCINOIDES. (pág 77)

OPORTUNIDAD DE DRENAJE PERICÁRDICO-PERICARDIECTOMÍA.
2º Congreso Internacional Iberoamericano de Medicina Interna, Buenos Aires, 1 al 4 de noviembre 2016.(pág 78)

CANCER DE PULMÓN: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PREVALENCIA HISTOLÓGICA. Congreso AAMR, noviembre 2018, Buenos Aires, Argentina. DISERTANTE. (Solo certificado de asistencia)

LA METAMORFOSIS: DOCUMENTO CIENTIFICO DE UNA KAFKIANA REALIDAD.
Congreso AAMR, noviembre 2018, Buenos Aires, Argentina. Coautora (solo certificado de asistencia)

LA MUJER ROTA: RESEÑA DE UNA PACIENTE VÍCTIMA ESTUPEFACTA DE DOS TUMORES INFRECIENTES.
Congreso AAMR, noviembre 2018, Buenos Aires, Argentina. DISERTANTE (solo certificado de asistencia)

TIMOMA INVASOR EN PACIENTE JOVEN: AMPLIANDO LOS LÍMITES DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO (solo certificado de asistencia)
Congreso AAMR, noviembre 2018, Buenos Aires, Argentina. DISERTANTE

CÁNCER DE PULMÓN OLIGOMETASTÁSICO. PRO Y CONTRA. DISERTANTE.
Congreso AAMR, noviembre 2018, Buenos Aires, Argentina. (Solo certificado de asistencia)

RESECCIÓN DE TUMOR EN VÍA AÉREA - COMBINACIÓN DE TRATAMIENTOS. (solo certificado de asistencia)
Congreso AAMR, noviembre 2018, Buenos Aires, Argentina.
Presentación de videos. Coautora

CÁNCER DE PULMÓN: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FRECUENCIA HISTOLÓGICA
Congreso de la AAOC, marzo 2019. Buenos Aires. DISERTANTE (pág 79)

TIMOMAS: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UNA COHORTE RETROSPECTIVA DE PACIENTES TRATADOS QUIRURGICAMENTE.
Congreso AAOC, marzo 2019, Buenos Aires. DISERTANTE, 6-10 mayo 2019. (pág 80)

JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN EN CÁNCER DE PULMÓN, GUALEGUAYCHÚ, 5-10 mayo del 2019. (pág 80)

P1.12 REAL WORLD CHARACTERIZATION AND TREATMENT PATTERNS OF PATIENTS WITH THYMIC CARCINOMA: LESSONS FROM A LATIN AMERICAN COLLABORATIVE STUDY (CLICAP-LATIMUS) (pág 81)

Presentación Poster, Congreso IASLC, Barcelona octubre 2019. Coautora

EP1.15-28 SURVIVAL OF THYMOMA IS EXTENSIVE IN LATIN-AMERICAN PATIENTS: RESULTS FROM OVER 10 YEARS OF EXPERIENCE (CLICAP-LATIMUS) (pág 82)

Presentación e-Poster, Congreso IASLC, Barcelona octubre 2019. Coautora

EP1.15-12 PREDICTIVE VALUE OF PERCENTAGE OF KI 67 EXPRESSION IN BRONCHOPULMONARY CARCINOID TUMORS (pág 83)

Presentación e-Poster, Congreso IASLC, Barcelona octubre 2019. DISERTANTE

32^o
Congreso de la AAMR

9 al 12 de Octubre, 2016 - Centro de Convenciones, Iquitos - Buenos Aires - Argentina

IV
Congreso de la ALAT

COMITÉ ORGANIZADOR

Junta Ejecutiva:

Presidencia:
Carlos M. Luna
Vicepresidencia:
Raúl Lisiani
Secretaría General:
Enrique C. Jolly
Prosecretaría General:
Alfredo Montevideo
Tesorería:
Joaquín García-Morato
Pro Tesorería:
Ricardo Gómez Tejeda
Secretaría de Actas:
Ricardo H. Ró
Prosecretaría de Actas:
María Cristina Borrero
Secretaría Científica:
Ricardo J. Gene
Prosecretaría Científica:
Cora G. Escarreta

Miembros

Antonio Arzuaga (EEUU)
Gloria Appelbaum (Argentina)
Ana Balazut (Argentina)
Rutana Berenguer (Argentina)
Gisela Blomme (Chile)
Oscar Cabalotto (Argentina)
Jorge Cánova (Argentina)
Abelardo Capdevila (Argentina)
Jorge Castagnino (Argentina)
Carlos Cepis (Argentina)
Margaret Dalcolmo (Brasil)
Eduardo De Vito (Argentina)
Hugo Esteva (Argentina)
Hebe González Pera (Argentina)
Pedro Grynblat (Argentina)
Cecilia Itzabal (Argentina)
José Jardim (Brasil)
Orlando López Jové (Argentina)
Juan M. Luna (Guatemala)
Juan A. Mazzi (Argentina)
Guillermo Monaldi (Argentina)
José Morero (Argentina)
Hugo Neffin (Argentina)
Escudé Nogueira (Argentina)
Camilo Osorio (Colombia)
Juan Osseo (Argentina)
Carlos Pappalardo (Argentina)
Togelio Pérez Padilla (México)
Tomás Palmieri (Argentina)
Ana Pultrone (Argentina)
Ileana Quirrelli (Argentina)
Leandro Ramondi (Argentina)
Juan Rodríguez Mucalvo (Argentina)
Inés Rosenberk (Argentina)
Matías Rossi (Argentina)
Escar Rizzo (Argentina)
Emiliano Sala (Argentina)
Inés Sivori (Argentina)
Lucía Scorsone (Argentina)
Miguelo Semerari (Argentina)
Cecilia Solé (Brasil)
Joaquín Teper (Argentina)
Ricardo Verra (Argentina)
Lucía Vespasich (Argentina)
Iris Zamboni (Brasil)

Secretarios

Lucía Aru (Argentina)
Ana Hebera (Argentina)

COMITÉ ASESOR:

Ricardo Albate (Argentina)
Monicé Celli (Brasil)
C. Figueroa Casas (Argentina)
Ricardo Glugno (Argentina)
Ricardo Maldonado (Colombia)
José López (Argentina)
María de Oca (Venezuela)
Cecilia Rodríguez (Uruguay)
Lucía Schizas (Argentina)
Tatiana Torres (Colombia)

Presentación oral: Cirugía

Lunes 11 de Octubre 10,30 hs.

Facilitadores: Oscar Rojas, Camilo Osorio, Joaquín García Morato

Por cuanto Dres. PATANE, ANA KARINA; MORALES, ANALIA

Han presentado el trabajo:

"TUMORES CARCINOIDES : PRESENTACIÓN CLÍNICA, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y FACTORES PRONÓSTICOS"

Se otorga el presente certificado

Prof. Dr. Enrique Jolly
Secretario General

Prof. Dr. Ricardo Gene
Secretario Científico

Prof. Dr. Carlos Luna
Presidente

Arenales 2557 1^o A - C1425BEA - Cdad. Autónoma de Buenos Aires - Argentina
tel: (+54-11) 4821-5929 - www.congresoneuro.org.ar - alat-aamr@congresoneuro.org.ar




33º Congreso Argentino de Medicina Respiratoria

Por cuanto PATANE, A; POLERI, C; OLMEDO, G; NIEVAS, B; ROSENBERG, M; ROJAS, O;
ABDALA, O
ha participado en calidad de AUTOR

En Trabajo Científico: "TUMORES PRIMARIOS DE MEDIASTINO"

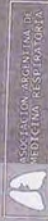
Mendoza, 11 de octubre de 2005.


Dr. Gustavo Torres
Servicio de Neumología


Dr. Jorge Canessa
Servicio de Neumología


Dr. Ramón Ogiliver
Servicio de Neumología


Dr. ...



33º Congreso Argentino de Medicina Respiratoria

Por cuanto PATANE, A; BERLOLOT, G; ROJAS, O; ROSENBERG, M; ABDALA, O; MORALES, A;
POLERI, C


ha participado en calidad de AUTOR

En Trabajo Científico: "TUMOR MEDIASTINAL DE LA VAINA NERVIOSA:
PRESENTACIÓN CLÍNICA INUSUAL DE UN SCHWANOMA
MALIGNO."

Mendoza, 11 de octubre de 2005.


Dr. Gustavo Torres
Secretario Científico


Dr. Jorge Cánave
Secretario Científico


Dr. Ramón Alcheparr
Secretario


Dr. Raúl Lisanti
Presidente

Del 14 al 17 de Octubre de 2006
respira buenos aires



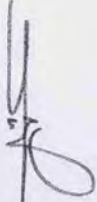
DRA. K. PATANE


Por cuanto
Ha participado en calidad de

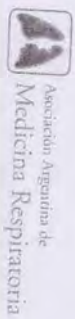
DISERTANTE

CIRUGIA DE TORAX

Se entrega el presente Certificado.


Dr. Adrián A. Suárez
Presidente del comité científico


Dr. Eduardo L. DeVito
Presidente del 34º congreso.



Del 14 al 17 de Octubre de 2006

respira buenos aires

15039



Congreso Argentino de
Medicina Respiratoria

PATANE, ANA K; MENGA, G; ROSALES, A; ROSENBERG, M; GRYNBLAT, P; ROJAS, O; ABDALA, O

Por cuanto

Ha participado en calidad de

Presentación de Poster

PREVALENCIA DE ESTENOSIS TRAQUEAL EN UN CENTRO DE REFERENCIA. HOSPITAL DE
REHABILITACIÓN RESPIRATORIA MARÍA FERRER.

Se entrega el presente Certificado.

Dr. Adrián A. Suárez
Presidente del comité científico

Dr. Eduardo L. DeVito
Presidente del 34º congreso.



Asociación Argentina de
Medicina Respiratoria

COMISIÓN DIRECTIVA
2010-2012

PRESIDENTE
Dr. Hannois Adrián

VICEPRESIDENTE
Dr. Romero Alberto

SECRETARIO GENERAL
Dr. Laspi José María

SECRETARIO ADJUNTO
Dra. Pezzzo Florencia

SECRETARIO DE ACTAS
Dr. Cubero Alberto

TESORERO
Dr. Cardoso Carlos

PROTESORERO
Dra. Lizaris Lidia

DIRECTOR DE PUBLICACIONES
Dr. Vilanova Manuel

SUBDIRECTOR DE PUBLICACIONES
Dr. Ivankovitch Gustavo

VOCALES TITULARES

Dr. Chacón Matías
Dr. Batagelj Emilio
Lic. Paz Haber
Dr. Torchinsky Daniel
Dra. Uranga Graciela
Dr. Galleano José
Dr. Grassi Sergio
Dra. Cuevas María Antonia
Dr. Fern Luis
Dra. Rafalovic Lusia
Dra. Widakovich Julia

VOCALES SUPLENTE

Dr. Machavelli Mario
Dr. Huertas Eduardo
Dr. Kirchuk Ricardo
Dra. Bagnos Claudia
Dr. Santos Ricardo
Dr. Matlewski Mario
Dra. Giacomi Nora
Dr. Toddi Edoardo
Dr. Bella Santiago
Dr. Raun Diego
Dr. Bonamassa Miquel
Dr. Cardoso Agustín

CONGRESO 2011

PRESIDENTE
Dra. Pallotta Guadalupe

SECRETARIA
Dra. Pezzzo Florencia

COMISIÓN REVISORA DE CUENTAS

TITULARES
Dr. Freue Mario
Dr. Broer Simón

SUPLENTE
Dr. Arico Amílcar
Dr. Bianchi Roberto

COMISIÓN CIENTÍFICA

Dr. Capelino Carlos
Dra. Pallotta Guadalupe
Dr. Escudero Miguel Ángel
Dr. Richardel Eduardo
Dr. Chacón Reinaldo

COMITÉ DE ÉTICA

Dra. Mictanvitz Elizabeth
Dr. Leone Bernardo
Dra. Martínez Justina
Dr. Pérez Juan
Dr. Rao Francisco

Personería Jurídica
N° 7804

XXX REUNIÓN ANUAL DE TRABAJOS Y ACTUALIZACIÓN POST-ASCO 2010

Por el presente se Certifica que

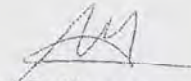
**PATANÉ, ANA KARINA; PEREZ, NATALIA;
MARTÍN, CLAUDIO; PUPARELI, CARMEN;
ROSALES, A; ROJAS, OSCAR; ROSENBERG, M**

han presentado el Trabajo de Investigación

**NEUMONECTOMÍAS POR CÁNCER DE PULMÓN:
COMPLICACIONES Y SOBREVIDA ALEJADA**

en la presente Reunión

Buenos Aires, 23, 24 y 25 de junio de 2010


Dr. Alberto Romero
Vicepresidente


Dr. Adrian Hannois
Presidente



CERTIFICATE OF ATTENDANCE ROUND TABLE DISCUSSION

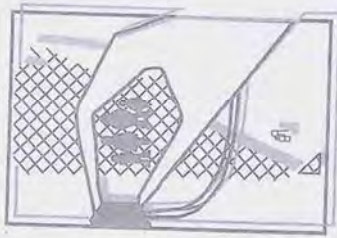
This is to certify that

Karina Patane

Has participated in one of the Round Table Discussion at
the 4th Latin American Conference on Lung Cancer.

Date: Friday, 30 July 2010
Topic: Mesothelioma

Eduardo Richardet, LALCA 2010 Conference Chair



Sociedad Argentina de Medicina


XVIII CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA

XXXV JORNADAS NACIONALES DE RESIDENCIAS DE MEDICINA CLINICA
II JORNADA INTERNACIONAL DE RESIDENCIAS DE MEDICINA INTERNA

Certificamos que el Dr/a. **Karina Patané**
ha participado en calidad de **Disertante**

Curso: Emergencias oncológicas. Taponamiento cardiaco

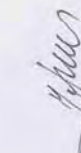
Buenos Aires, 9 al 12 de Noviembre de 2010



Dra. Milagro Federik
Presidente
XXXV Jornadas Nacionales
de Residencias de Medicina Interna


Eranislao Gomez
Presidente
XXXV Jornadas Nacionales
de Residencias de Medicina Interna


Dra. Natalia Franco
Presidente
II Jornada Internacional
de Residencias de Medicina Interna


Dr. Nicolás Panigada
Presidente


Dr. Hugo N. Catalano
Presidente


Dr. Luis A. Cámara
Presidente



CERTIFICATE OF POSTER PRESENTATION

This is to certify that

Ana Patané

Has presented a Poster at the 4th Latin American Conference on Lung Cancer.

Poster Number and Title:
P2.37: Prognostic factors and long term outcome of surgically treated carcinoids tumors.

Eduardo Richardet, LALCA 2010 Conference Chair



ASOCIACION ARGENTINA DE
MEDICINA RESPIRATORIA

38º CONGRESO ARGENTINO DE MEDICINA RESPIRATORIA

9 AL 12 DE OCTUBRE DE 2010 • BUENOS AIRES, ARGENTINA

Se certifica que el grupo integrado por:

A Patané, N Perez, C Martín, C Puparelli, A Rosales, O Rojas, M Rosenberg
ha presentado el trabajo N° 221

**“NEUMONECTOMÍAS POR CÁNCER DE PULMÓN: COMPLICACIONES Y
SOBREVIDA ALEJADA”**

en la Recorrida de Pósteres 07 “Cirugía torácica”

Buenos Aires, 12 de octubre de 2010

DRA. DORA LOMBARDI
Secretaria del Comité Científico

DR. GUILLERMO RAIMONDI
Presidente del Comité Científico

DR. GUILLERMO MENGA
Presidente del Comité Científico

DR. FEDERICO DANIEL COLODENCO
Presidente del Congreso



ASOCIACION ARGENTINA DE
MEDICINA RESPIRATORIA

38° CONGRESO ARGENTINO DE MEDICINA RESPIRATORIA

9 AL 12 DE OCTUBRE DE 2010 • BUENOS AIRES, ARGENTINA

Se certifica que el grupo integrado por:

AK Patané, A Rosales, P Grynblat, O Rojas, M Rosenberg
ha presentado el trabajo N° 6

**“PLÁSTICAS BRONQUIALES COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN LESIONES
CENTRALES: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE NUESTRA EXPERIENCIA ASISTENCIAL”**
en la sesión de Trabajos Libres Orales OR11 “Oncología - Cirugía torácica - Endoscopia”

Buenos Aires, 12 de octubre de 2010

DRA. DORA LOMBARDI
Secretaria del Comité Científico

DR. GUILLERMO RAIMONDI
Presidente del Comité Científico

DR. GUILLERMO MENGA
Presidente del Comité Científico

DR. FEDERICO DANIEL COLODENCO
Presidente del Congreso



38° CONGRESO ARGENTINO DE MEDICINA RESPIRATORIA

ASOCIACION ARGENTINA DE MEDICINA RESPIRATORIA

9 AL 12 DE OCTUBRE DE 2010 • BUENOS AIRES, ARGENTINA

Se certifica que el grupo integrado por:

AK Patané, C Pupareli, A Rosales, M Rosenberg, D Santos, N Gastaldello, M Zylberman
ha presentado el trabajo N° 234

“UTILIDAD DEL CISPLATINO INTRAPERICÁRDICO EN EL TRATAMIENTO DEL DERRAME PERICÁRDICO MALIGNO”
en la Recorrida de Pósteres 16 “Oncología”

Buenos Aires, 12 de octubre de 2010

DRA. DORA LOMBARDI
Secretaria del Comité Científico

DR. GUILLERMO RAIMONDI
Presidente del Comité Científico

DR. GUILLERMO MENGA
Presidente del Comité Científico

DR. FEDERICO DANIEL COLODENCO
Presidente del Congreso

XXXI REUNIÓN DE TRABAJOS Y ACTUALIZACIÓN POST-ASCO 2011

Por el presente se Certifica que

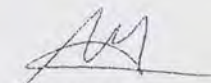
**Patané, Ana Karina; Rivero, Héctor; Rosenberg, M; Rosales, A;
Rayá, Mercedes; Poleri, C; Menga, G; Rojas, O**

han presentado el Trabajo de Investigación

**FACTORES DE PRONÓSTICO Y RESULTADOS A LARGO PLAZO DE
TIMOMAS TRATADOS QUIRÚRGICAMENTE EN UNA COHORTE DE
PACIENTES ARGENTINOS**

en la presente Reunión

Buenos Aires, 29 y 30 de junio y 1 de julio de 2011


Dr. Alberto Romero
Vicepresidente


Dr. Adrian Hannois
Presidente

**COMISIÓN DIRECTIVA
2010-2012**

PRESIDENTE
Dr. Hannois Adrián

VICEPRESIDENTE
Dr. Romero Alberto

SECRETARIO GENERAL
Dr. Lastiri José María

SECRETARIO ADJUNTO
Dra. Perazzo Florencia

SECRETARIO DE ACTAS
Dr. Chacón Matías

TESORERO
Dr. Cardoso Carlos

PROTESORERO
Dra. Lázara Graciela

**DIRECTOR DE
PUBLICACIONES**
Dr. Milanova Manuel

**SUBDIRECTOR DE
PUBLICACIONES**
Dr. Jankiewicz Gustavo

VOCALES TITULARES

Dr. Cutili Daniel
Dr. Batagelj Emilio
Lic. Piriz Babel
Dr. Toclimpy Daniel
Dra. Urzúa Graciela
Dr. Galleano José
Dr. Crasso Sergio
Dra. Cuevas María Andrea
Dr. Ferri Luis
Dra. Rafkiewicz Lidia
Dra. Wastrowich Julia

VOCALES SUPLENTE

Dr. Nachayevich Mario
Dr. Huertas Eduardo
Dr. Kirschlik Ricardo
Dra. Bagnos Claudia
Dr. Santos Ricardo
Dr. Malisewski Mario
Dra. Gacomi María
Dr. Taddei Eduardo
Dr. Bella Santiago
Dr. Igoen Diego
Dr. Benarriaga Miguel
Dr. Cardoso Agustín

CONGRESO 2011

PRESIDENTE
Dra. Pallotta Guadalupe

SECRETARIA
Dra. Perazzo Florencia

**COMISIÓN REVISORA
DE CUENTAS**

TITULARES
Dr. Frous Mario
Dr. Briner Simon

SUPLENTE
Dr. Areco Amilcar
Dr. Bianchi Roberto

COMISIÓN CIENTÍFICA

Dr. Capallego Carlos
Dra. Pallotta Guadalupe
Dr. Escudero Miguel Angel
Dr. Richardet Eduardo
Dr. Chacón Ronaldo

COMITÉ DE ÉTICA

Dra. Micikewicz Elizabeth
Dr. Leone Bernardo
Dra. Martínez Justina
Dr. Perez Juan
Dr. Rao Francisco

Personería Jurídica



**COMISIÓN DIRECTIVA
2010-2012**

PRESIDENTE

Dr. Hannois Adrián

VICEPRESIDENTE

Dr. Romero Alberto

SECRETARIO GENERAL

Dr. Lastini José María

SECRETARIO ADJUNTO

Dra. Perazzo Florencia

SECRETARIO DE ACTAS

Dr. Chacón Matías

TESORERO

Dr. Cardoso Carlos

PROTESORERO

Dra. Lázaris Clelia

**DIRECTOR DE
PUBLICACIONES**

Dr. Vilanova Manuel

**SUBDIRECTOR DE
PUBLICACIONES**

Dr. Janklevich Gustavo

VOCALES TITULARES

Dr. Cutuli Daniel

Dr. Batagelj Emilio

Lic. Piriz Isabel

Dr. Torchinsky Daniel

Dra. Uiranga Graciela

Dr. Galleano José

Dr. Grasso Sergio

Dra. Cuevas María Andrea

Dr. Fein Luis

Dra. Rafailovici Lusia

Dra. Widakovich Julia

VOCALES SUPLENTE

Dr. Machiavelli Mario

Dr. Huertas Eduardo

Dr. Kirchuk Ricardo

Dra. Bagnes Claudia

Dr. Santos Ricardo

Dr. Mathewjuk Mario

Dra. Giacomi Nora

Dr. Taddel Edgardo

Dr. Bellá Santiago

Dr. Kaen Diego

Dr. Bonamassa Miguel

Dr. Cardoso Agustín

CONGRESO 2011

PRESIDENTE

Dra. Pallotta Guadalupe

SECRETARIA

Dra. Perazzo Florencia

**COMISIÓN REVISORA
DE CUENTAS**

TITULARES

Dr. Freus Mario

Dr. Breier Simón

SUPLENTE

Dr. Areco Amílcar

Dr. Bianchi Roberto

COMISIÓN CIENTÍFICA

Dr. Capellino Carlos

Dra. Pallotta Guadalupe

Dr. Escudero Miguel Ángel

Dr. Richardet Eduardo

Dr. Chacón Reinaldo

COMITÉ DE ÉTICA

Dra. Mickiewicz Elizabeth

Dr. Leone Bernardo

Dra. Martínez Justina

Dr. Perez Juan

Dr. Rao Francisco

Personería Jurídica
Nº 7604

JORNADA DE ACTUALIZACIÓN BUENOS AIRES 2012

Por el presente se Certifica que

PATANE, KARINA

ha participado en carácter de

**PRESENTADORA DE DISCUSIÓN DE CASOS
DE CÁNCER DE PULMÓN**

en la presente Reunión

Buenos Aires, 25 de abril de 2012

Dra. Claudia Bagnes
Directora Jornada

Dr. Adrián Hannois
Presidente AAOC

Enfoque Multidisciplinario del Cáncer de Pulmón

VII Conferencia Buenos Aires
III Conferencia Latinoamericana


CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES 10 - 12 de mayo de 2012

Certificamos que el Dr. / Dra.

Dra. Karina Patané

Ha participado de la VII Conferencia **Enfoque Multidisciplinario del Cáncer de Pulmón**, llevada a cabo del 10 al 12 de mayo de 2012 en la Ciudad de Buenos Aires, en calidad de **Coordinador**

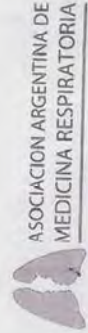
Tumores del Mediastino


Dr. Claudio Martin
Comité Científico


Dr. José A. Menéndez
Comité Científico


Dr. Enrique Aman
Comité Científico


Dra. Miryam Lasanovsky
Comité Científico



ASOCIACION ARGENTINA DE
MEDICINA RESPIRATORIA



Alejandro Fleming
INSTITUTO MEDICO ESPECIALIZADO

Certifican que

.....
DrA. KARINA PATANE

ha concurrido a la Jornada de actualización de enfermería
en el control del tabaquismo y en la patología torácica

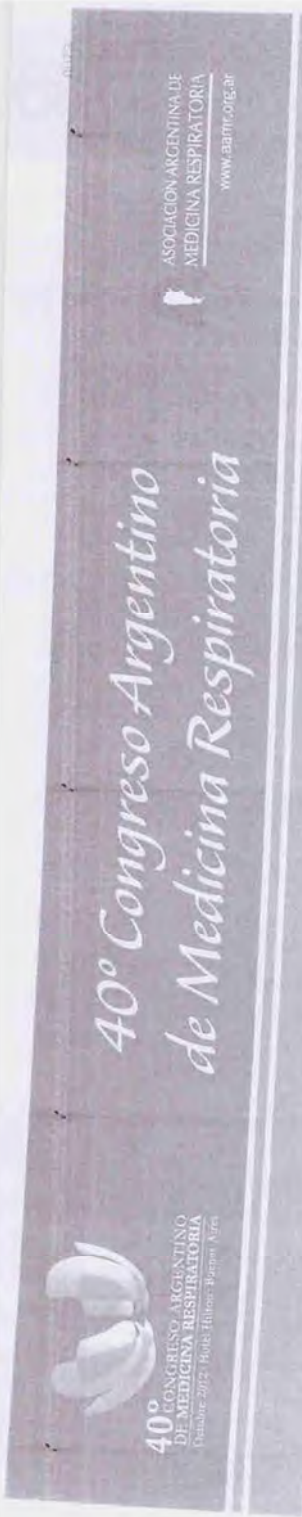
en calidad de
DISERTANTE

[Signature]
Lic. Claudia Oliver
COORDINADORA

[Signature]
Dr. Julio Kaplan
DIRECTOR

[Signature]
Dr. Fernando Veira
DIRECTOR

Buenos Aires, 30 de junio de 2012



5 al 8 de octubre de 2012 Hotel Hilton de Buenos Aires

Se certifica que el grupo integrado por:

M Rosenberg, AK Patané, C Poleri, M Rayá, A Rosales, O Rojas, G Olmedo
ha presentado el trabajo Nº 22

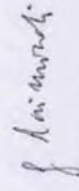
“TUMORES PRIMITIVOS TRAQUEALES”

en la sesión de Trabajos Libres Orales 04 “Cirugía Torácica - Endoscopia” .


Buenos Aires, 8 de octubre de 2012


Dr. Daniel Colodenco
Presidente
Comité Científico


Dr. Santiago Rossi
Presidente
Comité Científico


Dr. Guillermo Raimondi
Presidente
Comité Científico


Dr. Guillermo Menga
Presidente



40° CONGRESO ARGENTINO DE MEDICINA RESPIRATORIA
 Octubre 2012 - Hotel Hilton - Buenos Aires

40° Congreso Argentino de Medicina Respiratoria

ASOCIACION ARGENTINA DE MEDICINA RESPIRATORIA
www.aamr.org.ar

5 al 8 de octubre de 2012 Hotel Hilton de Buenos Aires


Se certifica que el grupo integrado por:

AK Patané, C Poleri, C Martín, C Pupareli, A Rosales, H Rivero, O Rojas, M Rosenberg


ha presentado el trabajo N° 66

“TUMORES CARCINOIDES PULMONARES TRATADOS QUIRÚRGICAMENTE. IMPACTO DE LA 7ª ESTADIFICACIÓN TNM”

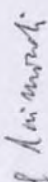
en la sesión de Trabajos Libres Orales 04 “Cirugía Torácica - Endoscopia”.




Dr. Daniel Colodenco
 Presidente
 Comité Científico



Dr. Santiago Rossi
 Presidente
 Comité Científico

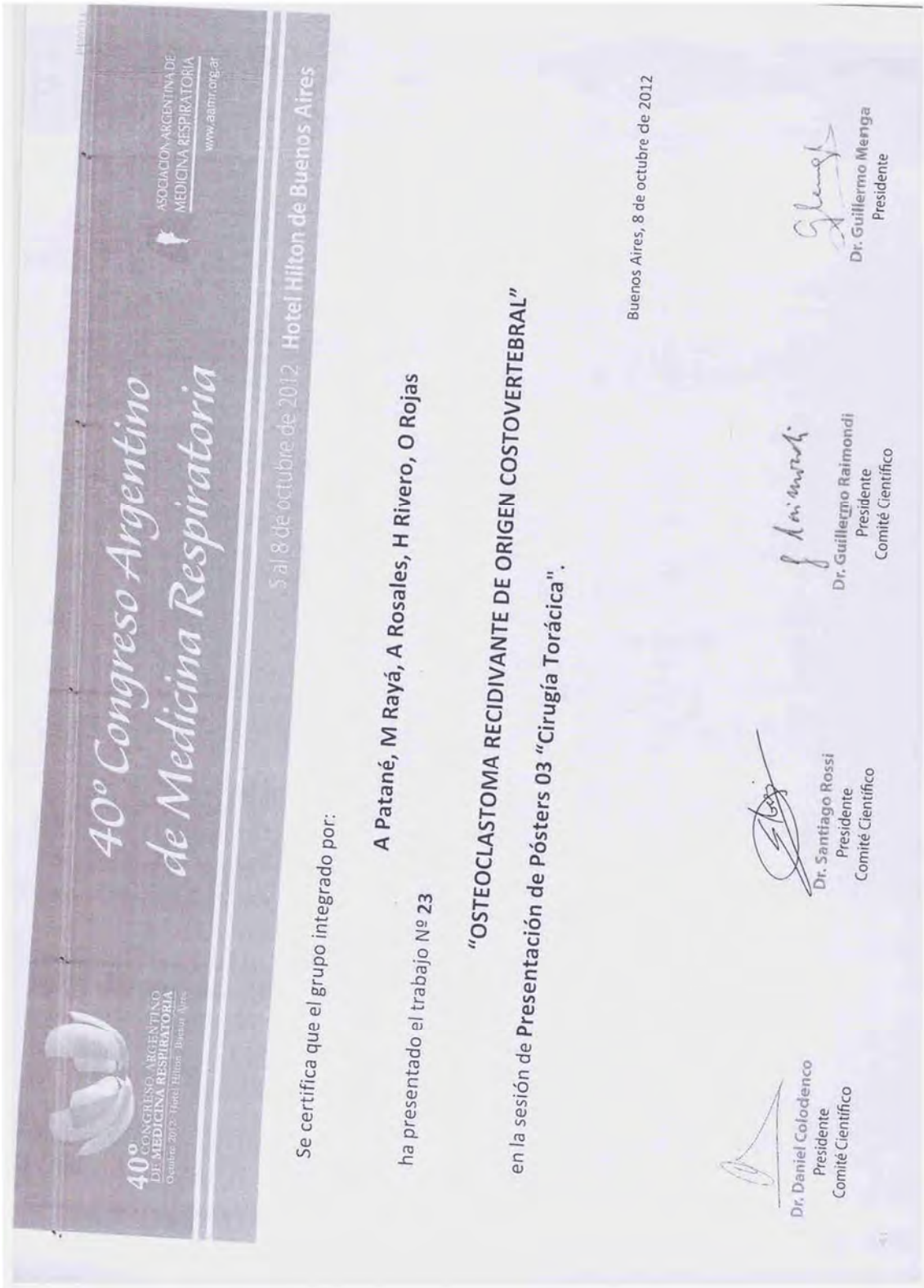


Dr. Guillermo Raimondi
 Presidente
 Comité Científico



Dr. Guillermo Menga
 Presidente

Buenos Aires, 8 de octubre de 2012



40° CONGRESO ARGENTINO DE MEDICINA RESPIRATORIA
Octubre 2012 - Hotel Hilton - Buenos Aires

40° Congreso Argentino de Medicina Respiratoria

ASOCIACION ARGENTINA DE MEDICINA RESPIRATORIA
www.aamr.org.ar

5 al 8 de octubre de 2012 Hotel Hilton de Buenos Aires

Se certifica que el grupo integrado por:


A Patané, M Rayá, A Rosales, H Rivero, O Rojas

ha presentado el trabajo Nº 23

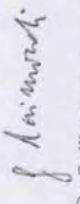
“OSTEOCLASTOMA RECIDIVANTE DE ORIGEN COSTOVERTEBRAL”

en la sesión de Presentación de Pósters 03 “Cirugía Torácica”.

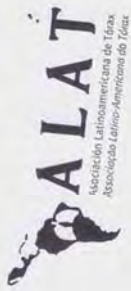
Buenos Aires, 8 de octubre de 2012


Dr. Daniel Colodenco
Presidente
Comité Científico


Dr. Santiago Rossi
Presidente
Comité Científico


Dr. Guillermo Raimondi
Presidente
Comité Científico


Dr. Guillermo Menga
Presidente



VIII Conferencia Buenos Aires
IV Conferencia Latinoamericana



ASOCIACION ARGENTINA DE
MEDICINA RESPIRATORIA

9 y 10 de mayo, 2013
Sheraton Buenos Aires
Hotel & Convention Center
Buenos Aires, Argentina

Enfoque Multidisciplinario del Cáncer de Pulmón

Certificamos que el Dr./Dra. **ANA KARINA PATANÉ**
ha participado de la **VIII Conferencia Enfoque Multidisciplinario de Cáncer de Pulmón**,
llevada a cabo el 9 y 10 de mayo de 2013 en la Ciudad de Buenos Aires,
en calidad de **DISERTANTE Y COORDINADORA**

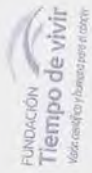
Dr. Claudio Martin
Comité Científico

Dr. José A. Menéndez
Comité Científico

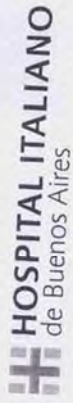
Dr. Enrique Aman
Comité Científico

Dra. Miryam Losanoff

Co-organizan:



Interdisciplinarias del Tratamiento
de la Patología Torácica de los Servicios de
Oncología y Cirugía Torácica y Trasplante



II SIMPOSIUM ENFERMEDADES DEL TÓRAX

14/15 de agosto de 2013
Hotel Meliá Buenos Aires

POR LA PRESENTE SE CERTIFICA QUE

PATANÉ, KARINA

HA PARTICIPADO EN CARÁCTER DE

DISERTANTE

EN EL PRESENTE SIMPOSIO.

Dr. David Smith
Director Simposio

Dra. Guadalupe Pallotta
Directora Simposio

II Actualización POST ESMO

De la Actualización Europea a la Práctica Oncológica en Argentina

Certificamos que

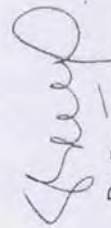
Karina Patané

ha participado en calidad de
Disertante en el simposio **Cáncer de Pulmón con la conferencia: Nuevas**

en la II Actualización POST ESMO realizada por la Asociación Argentina de Oncología Clínica los
Clasificaciones 2015 - TNM.

días 29 y 30 de octubre del 2015, en la ciudad de Córdoba.

AAOC
ASOCIACIÓN ARGENTINA
DE ONCOLOGÍA CLÍNICA


Dr. Santiago Bella
Secretario Adjunto AAOC


Dra. Florencia Perazzo
Presidente AAOC




NETour 15

Un Enfoque Multidisciplinario para el Manejo de los Tumores Neuroendocrinos

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

Se certifica que
PATANE, KARINA
ha asistido al NETour 2015 - Un enfoque Multidisciplinario para el Manejo de los
Tumores Neuroendocrinos - el 13 de Noviembre de 2015, en Ciudad Autónoma
de Buenos Aires, Argentina


Juan Manuel Connor

 **NOVARTIS**
ONCOLOGY

Third International
Joint Meeting on
**THORACIC
SURGERY**
Barcelona, 18th, 19th and 20th November, 2015
www.thoracicsurgery2015.org
Venue: Auditorio Foment del Treball Nacional
Via Laietana 34, 08003 Barcelona (Spain)



This is to certify that:

A. Patané (Argentina)

attended the AIACT Congress in the International Joint Meeting on Thoracic Surgery
as faculty with the presentation:

Resultados de la cirugía post tratamiento de inducción

At the

**THIRD INTERNATIONAL JOINT MEETING
ON THORACIC SURGERY**
Barcelona, 18th, 19th and 20th of November 2015

Laureano Molins
Organizing Committee

Ramón Rami-Porta
Organizing Committee

Dr. José Belda-Sanchis
Organizing Committee

Juan J. Rivas de Andrés
Organizing Committee



El Comité Científico del 43º Congreso Argentino de Medicina Respiratoria

certifica que el grupo integrado por

AK Patané, J Lucchelli, M Fernandez, J Morero, A Reginato, G Guman, M Rayá, C Martin, O Rojas

ha presentado el trabajo titulado

HIPERPLASIA DIFUSA IDIOPÁTICA DE CÉLULAS NEUROENDÓCRINAS PULMONARES/TUMORLETS. REPORTE DE TRES CASOS

en la sesión Cirugía torácica

Buenos Aires, 9 de diciembre de 2015

Dra. Dora Lombardi
COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Jorge O. Cánave
COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Daniel Schönfeld
PRESIDENTE



El Comité Científico del 43º Congreso Argentino de Medicina Respiratoria
 certifica que el grupo integrado por
AK Patané, H Rivero, S Otero, A Rosales, A Reginato, G Guma, M Rayá, O Rojas

ha presentado el trabajo titulado
RESOLUCIÓN TORACOSCÓPICA DE UN QUISTE MEDIASTINAL GIGANTE DE SEIS AÑOS DE EVOLUCIÓN
 en la sesión Cirugía torácica



Dra. Dora Lombardi
 COMITÉ CIENTÍFICO



Dr. Jorge O. Cánave
 COMITÉ CIENTÍFICO

Buenos Aires, 9 de diciembre de 2015

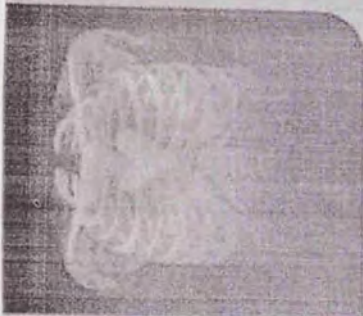


Dr. Daniel Schönfeld
 PRESIDENTE

CARDIOTORAX

V CURSO BIENAL
CENTRO DEL CORAZÓN HOSPITAL ALEMÁN

23 y 24 de Junio de 2016
UNIVERSIDAD CATOLICA ARGENTINA



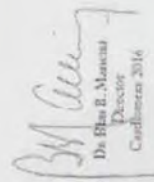
Mount Sinai The Mount Sinai Hospital

HA Hospital Alemán
Parish of the Hospital

Por el presente certificamos que **Dra. Ana Patané**
ha participado en carácter de **DISERTANTE**
del tema: **Manejo actual de los tumores carcinoides.**

C.A.B.A., 24 de junio de 2016.-


Dr. Martín Devoto
Director
Cardiología 2016


Dra. Ana R. Patané
Directora
Cardiología 2016

XXIV CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA.
V CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA HOSPITALARIA.
XLI JORNADAS NACIONALES DE RESIDENCIAS DE MEDICINA CLÍNICA.
VIII JORNADAS INTERNACIONALES DE RESIDENTES DE MEDICINA INTERNA.

POR CUANTO EL DR.
HA PARTICIPADO EN CARÁCTER DE


DRA. KARINA PATANÉ
DISERTANTE

OPORTUNIDAD DE DRENAJE PERICÁRDICO- PERICARDIECTOMIA

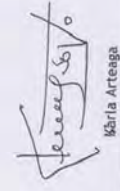
SE EXTIENDE EL PRESENTE CERTIFICADO.


Danilo Tombini
Presidente
XLI Jornadas Nacionales


Lucia Hauteceur
Presidente
XLI Jornadas Nacionales


Pascual Valdez
Presidente
Sociedad Argentina


Lucas Epstein
Presidente
VIII Jornadas Internacionales


María Arteaga
Presidente


Diego Brosio
Presidente


Héctor L. Luciardí
Presidente



**JUNTOS
HABLEMOS
DE CÁNCER**

**SEMANA
DEL 6 AL 10 DE MAYO
2019**

CERTIFICAMOS QUE

Dra. Karina Patane

DNI 22.432.472

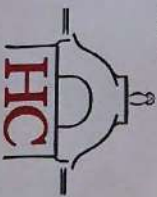
..... ha asistido en calidad de DISERTANTE en el/la

“Actualización en Cáncer de Pulmón”

..... actividad realizada en el marco de la “Semana
JUNTOS HABLEMOS DE CÁNCER 2019”, que se desarrolló desde el lunes 6 al viernes 10 de mayo y fue
organizada por el Servicio de Oncología del Hospital Centenario de Gualaguaychú.

Gualaguaychú, mayo de 2019

Dr. Héctor AROCENA
Jefe del Servicio de Oncología
Hospital Centenario Gualaguaychú



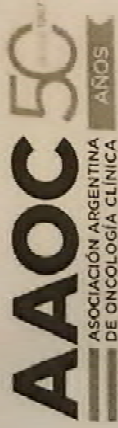
**Hospital
Centenario**
GUALEGUAYCHÚ



**Hospital
Bicentenario**
GUALEGUAYCHÚ

Dr. Hugo GORLA
Director
Hospital Centenario Gualaguaychú

XXXIX
REUNIÓN DE
TRABAJOS Y ACTUALIZACIÓN
POST CHICAGO
11 Y 12 • JULIO • 2019



Presentación de Trabajo Científico:

**CANCER DE PULMÓN: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PREVALENCIA
HISTOLÓGICA**

ha sido presentado por los autores

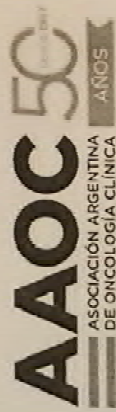
PATANÉ A K; GUMAN G; ASTORINO W; ROSALES A; ROSENBERG M

Dr. Martín Angel
DIRECTORES DEL CONGRESO

Dr. Roger Rodrigo Sánchez
DIRECTORES DEL CONGRESO

Dr. José María Lastiri
PRESIDENTE AAOC

XXXIX
REUNIÓN DE
TRABAJOS Y ACTUALIZACIÓN
POST CHICAGO
11 Y 12 • JULIO • 2019



Presentación de Trabajo Científico:

**TIMOMAS: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UNA COHORTE RETROSPECTIVA DE
PACIENTES TRATADOS QUIRÚRGICAMENTE**

ha sido presentado por los autores

**PATANÉ A K; VILA L; BASILE F; ASTORINO W; GUMAN G; RAYÁ M; POLERI C;
ROSENBERG M**

Dr. Martín Angel

Dr. Roger Rodrigo Sánchez

DIRECTORES DEL CONGRESO

Dr. José María Lastini
PRESIDENTE AAOC

115-172 (astro[1]). Conclusion: Survival in patients with thyroid cancer continues to be very low, especially in patients who receive inadequate local control. The benefit of adjuvant treatment in this setting remains unclear. **Keywords:** local control, adjuvant therapy, survival

P1.11
Multicenter Study of Histological Types Incidence and Pathological Features of Malignant Pseudo Mesothelioma (MPM) in BR

E. Falcón,¹ S. Acosta Basch,² N. Falcón,³ E. Gómez,⁴ L. Solari,⁵ A. Izzi,⁶ M.E. Martín,⁷ G. Olmedo,⁸ M. Roy,⁹ A. Rojas,¹⁰ A. Werbach,¹¹ S. Demello,¹² M.J. Labiano,¹³ L. Legido,¹⁴ M.F. Mora¹⁵
¹Centro de Patología Tiroidea, Ciudad de Buenos Aires/AR, ²Hospital Oncológico "María Cova", San Isidro, Provincia, Ciudad de Buenos Aires/AR, ³Patología, Hospital Prof. Dr. E. Álvarez, Hospital del Niño A. Góngola, Vicente López/AR, ⁴Patología, Hospital de Niños/Hospital Universitario María Ferrer, Ciudad de Buenos Aires/AR, ⁵Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires/AR, ⁶Patología, Hospital Botánico, Buenos Aires/AR, ⁷Patología, Hospital Gral. de Agudero Ferragut Torral, Ciudad de Buenos Aires/AR, ⁸Laboratorio Privado de Patología, Ciudad de Buenos Aires/AR, ⁹San Isidro Patológico, San Isidro/AR

Background: The pathological diagnosis of MPM allows to identify different biological aggressiveness contributing to therapeutic decisions. **OBJECTIVES:** Analyze the morphological and immunohistochemical profile of a series of MPM and describe incidence of their histological types. Recognize the transitional pattern proposed as an aggressive clinicopathological entity. **Method:** A retrospective and multicenter study was carried out by 15 Argentinian pathology laboratories. We review slides with MPM diagnosis (2009-2016) according the 2015 WHO criteria and 10th WHO recommendations. We described: type, necrosis, nuclear atypia and mitosis/10HPF. The transitional pattern was considered extensive or focal. **Results:** Cases: 260. Mean 59y, female 41%. median age 54 (24-91). Sexes: 78% surgical biopsies, 14.5% small biopsies; 2.5% from pleurocentesis and 3% from pleurocentesis/paracentesis. Histological types: 77% epithelial (E-MPM), 12% biphasic, 10% sarcomatous and 1% transitional. Patients >64 years had an E-MPM more than <64 (X², p=0.026).

Pathological features	EPITHELIOID (n=106)	NON EPITHELIOID (n=82)	p ¹
STROMA			
Desmoplastic	97	51	
Mixed	38	3	p<0.001
Fibrotic	129	24	
NCS	47	14	
NECROSIS			
present	61	18	p<0.001
absent	245	24	
MITOSIS/10-HPF			
0-1	193	29	p<0.001
2-4	81	48	
≥5	32	15	
NUCLEAR ATYPIA			
mild	91	8	p<0.001
moderate	166	29	
severe	49	25	
SCORE NUCLEAR			
Grade I	184	22	p<0.001
Grade II	98	61	
Grade III	24	8	

Predominant patterns of E-MPM were: 36.5% tubular/acinar, 30% solid, 11% trabecular, 15% papillary, 16 pleomorphic, 1%, micro-papillary, 2% adenomatous and one case not described. We highlight that 59% of the E-MPM presented a second pattern: papillary (34%), solid (15%), tubular (11%), tubular (7.5%) and micro-papillary (7%). Immunohistochemistry. There were no differences in Calretinin expression between E-MPM and no E-MPM. The E-MPM had cytokeratin 5 expression in 91% of the cases and WT-1 in 96% vs E-MPM in 48% and 78% (p<0.001). Transitional morphological features were found in 12 surgical samples: 4 cases extensive and 8 cases focal (5 biphasic, 3 sarcomatous and 1 epithelial solid predominant). 3/4 extensive cases were ≥ 66 years old, 4/4 had necrosis and nuclear score II and III. **Conclusion:** The findings show the intra-tumoral heterogeneity of MPM and that the variability of composite grading can be analyzed in resected cases. Standardizing immunohistochemical queries for MPM diagnosis is mandatory. Detailed histopathological diagnosis can help to select the appropriate treatment for each patient. **Keywords:** mesothelioma, pathology

P1.12
Real World Characterization and Treatment Patterns of Patients with Thyroid Carcinoma: Lessons from a Latin American Collaborative Study (CLICAP-LATINUS)

L. Mao,¹ A.K. Ponce,² G. Arrieta,³ T. Serra,⁴ A.F. Cardenas,⁵ C. Martín,⁶ A. Ruiz-Pattin,⁷ R. Ross,⁸ P. Rojas,⁹ S. Locans,¹⁰ L. Zatarain Barrios,¹¹ F. Barrón,¹² M. Cornejo,¹³ M. Frutos,¹⁴ F.C. Cordeiro De Lima,¹⁵ L. Carrasco-Rodriguez,¹⁶ C. Esteban,¹⁷ J. Rodriguez,¹⁸ L. Riquarte,¹⁹ J. Javila,²⁰ B. Mayorga,²¹ M. Brava,²² P. Archilla,²³ J. Otero,²⁴ H. Carranza,²⁵ C. Vargas,²⁶ R. Scahill,²⁷ J. Roman²⁸
¹Nacional Cancer Institute (INER), Lima/PE, ²Hospital de Especialidades María Ferrer, Buenos Aires/AR, ³Thoracic Oncology Unit, Instituto Nacional de Cancerología, México City/MX, ⁴Hospital Oncológico SIDA, Quito/EC, ⁵Clinical and Translational Oncology Group, Clínica del Country, Bogotá/CO, ⁶Medical Oncology Department, Carlos Fleming, Buenos Aires/AR, ⁷Foundation for Clinical and Applied Cancer Research (FACAR), Bogotá/CO, ⁸Unidad Patológica de Oncología Tiroidea Instituto Nacional de Cancerología, México City/MX, ⁹Instituto Nacional de Cancerología, México City/MX, ¹⁰Hospital de Oncología, San Paulo/BR, ¹¹Georgia Cancer Clinic, San Paulo/BR, ¹²CONCI - CCIS, San José/CR, ¹³Cancer Biology And Precision Medicine Program, Genitex Institute of Oncology, Barcelona/ES, ¹⁴Hospital del Cáncer, Barcelona/ES

Background: Thyroid carcinoma is a rare tumor that represents a clinical challenge, especially in resource limited settings. The objective of the present study was to characterize patients who presented this disease in Latin America. **Method:** From 2014 until 2018, a multinational Latin-American cooperative retrospective cohort study was performed. Patients with histologically confirmed thyroid carcinoma were included. Clinical, pathological and treatment variables were collected across 7 participating nations. **Results:** A total of 31 patients were included. Median age at diagnosis was 58 years old (34-89), 48% (n=15) of individuals were women with all but 1 patient (6.5%) suffering an ECOG performance score <2. All patients diagnosed with Stage 0 disease, 24 patients (66%, [95%CI 62-92%]) at stage Ix and 7 at stage Ivs (21%, [95%CI 7-37%]) with a median LNH level of 396.5 U/L (150-1529 U/L) and a median of 2 metastatic sites (1 [4.1%, [95%CI 25-59%]) patients received preoperative treatment consisting of chemotherapy (n=0, 0%) and chemotherapy (n=3, 10%). Among these patients only 4 (12.9%) were subjected to surgery, two of which underwent a total thyroidectomy and 2 a thyroidectomy. 28 (90%, [95%CI 79.9-100%]) received palliative chemotherapy either with metastatic (n=7, 25%) or systemic agents. Median overall survival (OS) was reached at 30.2 months (95%CI 19-54 months). Patients who received preoperative treatment had a significantly prolonged OS (17h vs 26

University Hospital Medical Center, Harjoto-2, JP; ³Thoracic Surgery, Tokyo Medical University Hospital, Shinjyuku-Ku, JP

Background: Primary mucinous adenocarcinoma of the thyroid is extremely rare neoplasm. Most thyroid carcinomas metastasize to the mediastinal lymph node, pleura, pericardium and diaphragm. And distant metastasis to the retroperitoneal organs such as liver, brain or kidney is considered rare. In this case, mucinous carcinoma of the thyroid caused bone marrow metastasis and multiple lung metastasis is very rare. **Method:** Case report. **Result:** A 51-year-old man. He was found out liver vessel tumor positive by medical checkup, and he was diagnosed the sigmoid colon cancer. After undergoing surgery for colon cancer, he was admitted to our hospital for treatment of mediastinal tumor. An anterior mediastinal tumor was pointed out by pre-operative examinations. Computed tomography (CT) showed a tumor with maximum diameter of 55mm at the anterior mediastinum, including calcification and contrast effect and swollen lymph node. Thyroxine or thyroid cancer were suspected, so we suggested resection of mediastinal tumor and lymph node dissection were performed. Result of frozen section diagnosis was adenocarcinoma with mucinous component. Pathological findings showed that most of the tumor was a mucin component, and apical cells with a small dark terminal nuclei in the nuclei, apical ring cells were found. Immunohistochemistry, the neoplastic cells were positive for CK7 and CK20. Based on these features, diagnosis of this tumor was mucinous adenocarcinoma of thyroid. Pathological stage was T1N1M0 stage II. Two months after operation, radiation was performed at anterior mediastinum, and one week after radiation compression fracture of lumbar vertebra was present. And five months after operation, parotidopnea was present. Examination of bone marrow aspiration biopsy was performed, and the cancer cells were detected. Bone marrow metastasis originated from thyroid cancer was diagnosed as a result of measuring pathological features of the colon cancer and thyroid cancer. Primary thyroid adenocarcinoma is very rare and about 2.7% of all thyroid carcinomas. Furthermore, only 16 cases have been reported and there have been no reported cases of thyroid mucinous carcinoma caused bone marrow metastasis. **Conclusion:** In this paper, we report a very rare and valuable case with consideration of some features tumor. **Keywords:** mucinous adenocarcinoma, bone marrow metastasis, thyroid carcinoma

Medicine Program, Graduate Thesis / Paper Science Inst., Graduate Institute of Oncology (for Radiology), Shinjyuku-KU; ²Hospital Fujii Institute, Shinjyuku-KU

Background: Thyrotoxicosis is a group of rare symptoms of the auto-immune dysfunction. Due to their low incidence, large cooperative studies are required to evaluate outcomes. The objective of this study is to present the results and experience in treatment of this pathology in Latin America. **Method:** A retrospective multicenter cohort study was conducted by The Latin-American Consortium for the Investigation of Lung Cancer (CLICAP). Patients with histologically proven thyrotoxicosis between 1997 and 2018 were included in the analysis. Variables including clinical, pathological and therapeutic outcomes were registered in a controlled manner. **Result:** A total of 185 patients were included. Median age at diagnosis was 74 years old (24-94), and 54% (n = 101) of the included patients were female. Only 14% (n = 27) of the patients had an ECOG performance score >1. Twenty-four patients (12.9%, 95%CI 14.8-36.9) presented with pulmonary or distant metastatic involvement with a median of 2 metastatic sites. Furthermore, 21.6% (n = 41, 95%CI 22.9-24.8%) concurrently presented myasthenia gravis. Surgery was performed in 51 patients (27.5%, 95%CI 42.8 - 41.9%), comprising of 15 total thyroidectomies, 37 thyroidectomies and 5 lobectomies achieving an RR resection rate of 70% (95%CI 67.1-89.1%). Adjuvant treatment in the form of either chemotherapy, radiotherapy or both was offered to 2(5%), 7(12.7%) and 5(9%) patients, respectively. Disease progression was documented in 10 cases (9%, 95%CI 6-11.1%) of which 4 (40%) were locoregional, 1 (10%) distant progression and 5 (50%) both locoregional and distant. Median overall survival (OS) was estimated at around 119.5 months (95%CI 96.1-144). Cox regression indicated that OS was significantly improved by resection (139.5 vs 25.7 months, HR 4.17 (95%CI 1.26-17.8 months)). **Conclusion:** Survival in patients with thyrotoxicosis continues to be very desirable, especially in patients who receive adequate local control. The benefit of adjuvant treatment in this setting remains unclear. **Keywords:** THYROID

EPI-15-18

Survival of Thyrotoxicosis is Extensive in Latin American Patients: Results from Over 10 Years of Experience (CLICAP-LATREUS)

L. Mos,¹ A. Pataño,² O.G. Arrieta,³ T. Sorio,⁴ A.F. Cardoso,⁵ C. Martín,⁶ A. Ruiz-Palacios,⁷ L.L. Rojas,⁸ R. Ruiz,⁹ P. Rojas,¹⁰ S. Lozano,¹¹ E.L. Estarain Barrón,¹² H. Carrasco,¹³ H. Freitas,¹⁴ V. Cordeiro De Lima,¹⁵ L. Corrales,¹⁶ L. Sotelo,¹⁷ J. Rodríguez,¹⁸ L. Ricuarte,¹⁹ J. Avila,²⁰ R. Mayorga,²¹ H. Brava,²² P. Archila,²³ J. Otero,²⁴ H. Carranza,²⁵ C. Vargas,²⁶ R. Rosell,²⁷ J. Rosano²⁸
¹Nacional Cancer Institute Peru, Lima/PE; ²Thoracic Surgery, Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer / Instituto Médico Alexander Fleming, Buenos Aires/AR; ³Instituto Nacional de Cancerología, Mexico City/MX; ⁴Oncology Department, Hospital Oncológico Solís, Quito/EC; ⁵Clínica Del Cancer, Bogotá/CO; ⁶Department of Oncology, Instituto Alexander Fleming, Buenos Aires/AR; ⁷Molecular Oncology and Biologic Systems Research Group (FOS-G), Universidad El Bosque, Bogotá/CO; ⁸Oncology Department, Clínica Colónias, Bogotá/CO; ⁹Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima/PE; ¹⁰Hospital de Cancer, San Pablo/BR; ¹¹Clinical Research Unit, Ar. Colónias Cancer Center, San Paulo/BR; ¹²Hospital San Juan de Dios, San José/CR; ¹³Fundación Para La Investigación Clínica Y Molecular Aplicada Del Cáncer-Fonoc, Bogotá/CO; ¹⁴Medical Oncology, Hospital-Fundación Para La Investigación Clínica Y Molecular Aplicada Al Cáncer, Bogotá/CO; ¹⁵Cancer Biology & Precision

EPI-15-19

Real World Characterization and Treatment of Patients with Thyroid Carcinoma: Lessons from a Latin American Study (CLICAP-LATREUS)

L. Mos,¹ A. Pataño,² O.G. Arrieta,³ T. Sorio,⁴ A.F. Cardoso,⁵ C. Martín,⁶ A. Ruiz-Palacios,⁷ L.L. Rojas,⁸ R. Ruiz,⁹ P. Rojas,¹⁰ S. Lozano,¹¹ E.L. Estarain Barrón,¹² H. Carrasco,¹³ H. Freitas,¹⁴ V. Cordeiro De Lima,¹⁵ L. Corrales,¹⁶ L. Sotelo,¹⁷ J. Rodríguez,¹⁸ L. Ricuarte,¹⁹ J. Avila,²⁰ R. Mayorga,²¹ H. Brava,²² P. Archila,²³ J. Otero,²⁴ H. Carranza,²⁵ C. Vargas,²⁶ R. Rosell,²⁷ J. Rosano²⁸
¹Nacional Cancer Institute Peru, Lima/PE; ²Thoracic Surgery, Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer / Instituto Médico Alexander Fleming, Buenos Aires/AR; ³Instituto Nacional de Cancerología, Mexico City/MX; ⁴Oncology Department, Hospital Oncológico Solís, Quito/EC; ⁵Clínica Del Cancer, Bogotá/CO; ⁶Department of Oncology, Instituto Alexander Fleming, Buenos Aires/AR; ⁷Molecular Oncology and Biologic Systems Research Group (FOS-G), Universidad El Bosque, Bogotá/CO; ⁸Oncology Department, Clínica Colónias, Bogotá/CO; ⁹Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima/PE; ¹⁰Hospital de Cancer, San Pablo/BR; ¹¹Clinical Research Unit, Ar. Colónias Cancer Center, San Paulo/BR; ¹²Hospital San Juan de Dios, San José/CR; ¹³Molecular Oncology and Biologic Systems Research Group (FOS-G), Universidad El Bosque, Bogotá/CO; ¹⁴Cancer Biology & Precision Medicine Program, Graduate Thesis / Paper Science Inst., Graduate Institute of Oncology (for Radiology), Shinjyuku-KU; ¹⁵Hospital Fujii Institute, Shinjyuku-KU

EPI.15-12

Predictive Value of Percentage of Ki-67 Expression in Bronchopulmonary Carcinoid Tumors



A. Pizzani,¹ G. Giacca,² W. Antonini,¹ M. Rosenzweig,¹ ¹Thoracic Surgery, Ospedale di Anichini, Azienda Ospedaliera Niguarda, Università Milano Bicocca, Milano, Italy; ²Thoracic Surgery, Ospedale di Anichini, Azienda Ospedaliera Niguarda, Università Milano Bicocca, Milano, Italy

Background: Introduction The determination of Ki-67 has not been shown to be useful in the diagnostic discrimination between typical (CT) and atypical (CA) carcinoid tumors. However, the biological behavior of these tumors is not homogeneous. Objective to establish a Ki-67 cut-off point for surgical tumors and to determine its prognostic importance in overall survival and disease-free survival in both histological subtypes. **Method:** Material and methods: retrospective cohort on 146 patients with diagnosis of carcinoid tumor (106S, 161S) surgically treated. The % of cells expressing Ki-67 was determined manually by two pathologists specialized in the use of a rabbit monoclonal antibody produced anti Ki-67 (Clone MIB-1). Ki-67-positive nuclei were quantified in 2000 consecutive tumor cells in the areas of highest activity (HAT 5%) at a magnification of 40X. The comparison of continuous variables was made according to its distribution and the categorical variables with the Chi2 test or Fisher's exact test. To evaluate the association between Ki-67 expression and the occurrence of events, logistic regression analysis was performed and ROC curves were constructed to evaluate global predictive capacity as per histological subtype, identifying the best cut-off point using the Youden index. Once this point was identified, the regression analysis was repeated using Ki-67 as a dichotomous variable (equal or greater than the cut-off point versus lower). All tests are two-tailed and a value of $p < 0.05$ was considered statistically significant. The analysis was carried out with the program R: A Language and Environment for Statistical Computing version 3.5.1 (Vienna, Austria). **Result:** The data of Ki-67 were available in 63/146 patients (43.1%), 40 (63.4%) CT and 23 (36.6%) CA. The 48.3% ($n = 30$) were women, the average age was 41.7 (SD 15.4) years, 15 (28.8%) were smokers. The median of Ki-67 was 0.66 (IQR 0.58 - 1.25). The presence of lymph node metastasis (12.8% vs 34.3%, $p = 0.065$), recurrence rate (2.7% vs 19%, $p = 0.044$) and mortality (9 vs 28.4%, $p = 0.065$) were significantly higher in the group of the CA. The median of Ki-67 between the CTs was 0.63 (IQR 0.44 - 1.93) vs 2.08 (IQR 0.65 - 4.68) in CA ($p = 0.005$). The Ki-67 value was not significantly associated to mortality ($p = 0.946$), nor to rate of relapse, analyzing the entire population ($p = 0.489$), nor by histological subtype (CT $p = 0.677$ vs CA $p = 0.202$). The best cut-off point of Ki-67 on the ROC curve in patients with CA was 1.18. Using this value as a predictive variable, there was no significant association between Ki-67 and mortality ($p = 0.077$), but a marginal association with the frequency of relapses ($p = 0.054$). **Conclusion:** Although we have not been able to demonstrate predictive association between Ki-67 and mortality, this could be due to the small number of observed events. In the AC sub-group, the marginal association between relapse frequency and Ki-67 values > 1.18 presents clinical relevance and future analyses are required to determine the real predictive value of this variable. **Keywords:** carcinoid tumor, Ki-67, prognostic value

EPI.15-13

Prognosis of Colorectal Cancer Cases That Underwent Lung and Liver Metastasectomy and Therapeutic Outcomes of Brain Metastases



T. Fujita, M. Komatsu, K. Nishimori, H. Okutani, K. Watanabe, H. Kawai, S. Maeda, Surgery, Obihiro University General Hospital, Obihiro, JP

Background: The resectability is often debated in cases of lung and liver metastasis. Further, we had reported previously that the incidence of brain metastasis is significantly higher in colorectal cancer with lung metastases than cases with liver metastases (lung, 1.7%, liver, 1.6%). We compared and investigated the therapeutic outcomes of cases of lung, liver and brain metastases. **Method:** Between 2002 and 2011, we retrospectively studied the prognosis of 90 cases of colorectal cancer cases that underwent lung metastasectomy, and 148 cases that underwent liver metastasectomy. The course of treatment in 4 cases of subsequent brain metastases was also evaluated. **Result:** The 5-year survival rate (5-SR) for 90 cases of lung metastasectomy overall was 64.7%. 63 cases were initial metastases and the 5-SR was 66.7%. Out of these, there were 7 cases of synchronous metastases with a 5-SR of 57.1%, and 56 cases of metachronous metastases with a 5-SR of 63.9%, indicating no significant difference. The regions of secondary recurrence after lung resection were as follows: lung, 28 (cases), liver, 7, brain, 3, mediastinal lymph nodes, 5, other, 5. The 5-SR for 148 cases of liver metastasectomy overall was 54.7%. 141 cases were initial metastases and the 5-SR was 55.3%. Cases who underwent lung metastasectomy had a significantly higher survival rate ($p = 0.0066$). Out of these, 70 cases were synchronous metastases with a 5-SR of 35.7%, and 71 cases were metachronous metastases with a significantly higher 5-SR of 67.9% ($p = 0.011$). The regions of secondary recurrence after liver resection were as follows: lung, 47 (cases), liver, 64, brain, 3, abdominal lymph nodes, 9, dissemination, 6, other, 7. While there were 5 cases of subsequent brain metastases after lung resection, no subsequent brain metastases was found after liver resection. All but one of the 11 cases of brain metastases after lung resection were treated with surgery or CyberKnife. The total survival period was 1144 - 3940 days (median 1912.5 days), and the survival period after detection of brain metastases was 15 - 852 days (median 401 days). In addition, all cases were experiencing associated symptoms when brain metastases was detected, and only one patient was undergoing regular examination to detect brain metastases. **Conclusion:** While appropriate surgical intervention is recommended in cases of lung metastases and metachronous liver metastases, it is debatable in cases of synchronous liver metastases. Cases of lung metastases should give attention to brain metastases and receive early detection and intervention. **Keywords:** lung metastases of colorectal cancer, liver metastases, brain metastases

EPI.15-14

Mediastinal Lymph Node Dissection Through Median Sternotomy in Thyroid Carcinoma



Y. Yamada,¹ J. Maeda,¹ T. Haruhiko,¹ T. Yokota,¹ T. Ueno,¹ S. Noda,² ¹Thoracic Surgery, Akita General Hospital, Taiyoh, JP; ²Thoracic Surgery, St. Marianna Hospital, Taiyoh, JP

Background: Recurrent cervical and mediastinal lymph node metastasis after the surgery of thyroid carcinoma is frequently reported. Generally, surgery is the best treatment further, it still an established standard surgical procedure. In our hospital, we perform the operation through median sternotomy. **Method:** Surgical procedure for recurrent cervical and mediastinal lymph node metastasis after thyroid carcinoma under the guidance of each barium. Recently, reports of the usage of VATs in these cases are increasing. We report 2 recurrent cases of cervical and mediastinal lymph node metastases after thyroid cancer which underwent dissection through median sternotomy. **Result:** A 69-year-old Japanese man underwent left thyroid lobectomy for poorly differentiated thyroid cancer in September 2014. The follow-up CT in 2014 showed a multiple mediastinal lymph node metastases. Therefore, the patient underwent mediastinal lymph node dissection through median sternotomy. Pathological findings showed metastases in 24 of the 41 lymph nodes. During outpatient follow-up, CT revealed a recurrent mass lesion in the vicinity of the right subclavian artery and common carotid artery. Although ICI was administered, the mass did

4.4 Otras jornadas y congresos no contempladas en los puntos anteriores

6th Annual Enets Conference for the Diagnosis and Treatment of Neuroendocrine Tumor Disease, Granada, marzo 2009.

Multidisciplinary Approach: NETour & GIST GOLS: Global Opinion Leader Summit, 24-25 April 2009, San Pablo, Brasil.

IV Conferencia Enfoque multidisciplinario del cancer de pulmón, 8-9 mayo 2009, Buenos Aires, Argentina

World lung cancer conference, San Francisco, 31 jul- 4 agost 2009, USA.

ROUND TABLE DISCUSSION. TOPIC: MESOTHELIOMA.

4º Latin American Conference on Lung cancer, 28-30 julio 2010, Bs As, Argentina.

CURSO DE EMERGENCIAS ONCOLÓGICAS. TEMA: TAPONAMIENTO CARDÍACO.(en calidad de disertante)

V Conferencia enfoque multidisciplinario en cáncer de pulmón, mayo 2010, Buenos Aires.

XX Reunión anual de trabajos y post-ASCO, Asociación argentina de Oncología Clínica, Bs As, 23-25 de junio 2010

XVII Congreso Nacional de Medicina Interna, Buenos Aires, 09-12 de noviembre 2010

38º Congreso Argentino de Medicina Respiratoria, 9-12 de octubre 2011, Buenos Aires, Argentina

XXI Reunión anual de trabajos y post-ASCO, Asociación argentina de Oncología Clínica, Bs As, 29 de junio al 01 de julio 2011.

JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN EN MIASTENIA GRAVIS: MIASTENIA GRAVIS: ¿CUANDO OPERAR? TÉCNICAS QUIRÚRGICAS CONVENCIONALES Y NO CONVENCIONALES.

Junio 2011, Buenos Aires, Argentina.

JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN EN CANCER DE PULMÓN (presentadora de casos)

25 de abril 2012, Buenos Aires, Argentina.

VII CONFERENCIA ENFOQUE MULTIDISPLINARIO DEL CANCER DE PULMÓN: COORDINADORA DE LA CONFERENCIA “TUMORES DE MEDIASTINO”. Buenos aires, 10-12 mayo 2012.

JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CONTROL DEL TABAQUISMO Y EN LA PATOLOGÍA TORÁCICA, (en calidad de disertante) 30 de junio 2012

III Curso Bienal Cardiororax 2012, Buenos Aires, 30-31 de agosto del 2012

II Curso Indoors: Cáncer de pulmón, estrategias y tratamiento interdisciplinario, 6 y 7 de septiembre del 2012, Sofitel Cardales, Buenos Aires, Argentina (asistente)

40° Congreso Argentino de Medicina Respiratoria, 5 al 8 de octubre2012, Hotel Hilton , Buenos Aires, en calidad de asistente

VIII CONFERENCIA ENFOQUE MULTIDISPLINARIO DEL CANCER DE PULMÓN. Buenos aires, 9 y 10 de mayo 2013

SIMPOSIO ASTRA ZÉNECA: OBTENCIÓN DE MUESTRAS EN CPNCP: QUÉ PROCEDIMIENTO UTILIZAR? (disertante)
ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO EN CANCER DE PULMÓN, Buenos Aires, 9 y 10 de mayo 2013.

TUMORES CARCINOIDES PULMONARES. IMPACTO DE LA 7° EDICIÓN TNM (autora principal)
REUNIÓN DE TRABAJOS Y ACTUALIZACIÓN POST ASCO, Buenos Aires 22-23 julio 2013

II SIMPOSIO DE ENFERMEDADES DEL TÓRAX, en calidad de DISERTANTE, Buenos Aires, 14/15 de agosto 2013.

V JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN CIRUGÍA TORÁCICA: “CANCER DE PULMÓN”, en calidad de SECRETARIA, ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA, Buenos Aires, 23 de agosto 2013.

II CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN NEUMONOLOGÍA 2013, en calidad de disertante. Junín, 18 de octubre del 2013.

LUNG CANCER PRECEPTORSHIP ALEXANDER FLEMING INSTITUTE, 10 Y 11 DE ABRIL DEL 2014. COORDINADORA Y DOCENTE.

SIMPOSIO: ROL DE LA CIRUGÍA EN EL CANCER DE PULMÓN LOCALMENTE AVANZADO, ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO EN CANCER DE PULMÓN, Buenos Aires, 8-10 de mayo del 2014, en calidad de disertante.

SUMMIT LATINOAMERICANO DE VIDEOTORACOSCOPIA, Medellín, 29-30 de julio del 2014, en calidad de disertante.

CURSO DE ONCOLOGÍA TORÁCICA, AGOSTO 2013 A OCTUBRE 2014, DE 150 HS DE DURACIÓN, ORGANIZADO POR LA AAMR, en calidad de DOCENTE.

1° CONGRESO INTERNACIONAL IBERO-PANAMERICANO DE MEDICINA INTERNA, Buenos Aires, 4-7 noviembre 2014, en calidad de disertante.

LUNG CANCER PRECEPTORSHIP ALEXANDER FLEMING INSTITUTE, 10 Y 11 DE ABRIL DEL 2015. COORDINADORA Y DOCENTE.

ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO EN CANCER DE PULMÓN, Buenos Aires, 7-8 de mayo del 2015, en calidad de coordinadora de mesa.

16 World Lung Cancer Conference, 4-9-de septiembre del 2015, Denver, Colorado

II ACTUALIZACION POST ESMO, en calidad de disertante de la conferencia NUEVAS CLASIFICACIONES 2015-TNM, Ciudad de Córdoba 29 y 30 de octubre del 2015.

NET TOUR 15: UN ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO PARA EL MANEJO DE TUMORES NEUROENDOCRINOS, Buenos Aires, 13 de Noviembre del 2015, en calidad de disertante.

THIRD INTERNATIONAL JOINT MEETING ON THORACIC SURGERY, Barcelona 18-20 de noviembre del 2015, en calidad de disertante de la conferencia resultados de la cirugía post tratamiento de inducción, en el congreso iberoamericano de cirugía torácica.

43° CONGRESO ARGENTINO DE MEDICINA RESPIRATORIA, Buenos Aires, 6-9 de diciembre del 2015 en calidad de asistente.

43° CONGRESO ARGENTINO DE MEDICINA RESPIRATORIA, Buenos Aires, 6-9 de diciembre del 2015 en calidad de disertante de la conferencia

Preceptorship: "Cáncer de Mama, Riñón y Pulmón", Buenos Aires, 21 de junio del 2016, en carácter de coordinadora.

V Curso Bienal Cardiorax 2016, Buenos Aires, 23-24 de junio en carácter de disertante del tema: Manejo actual de los tumores carcinoides.

ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO EN CANCER DE PULMÓN, Buenos Aires, 7-8 de mayo del 2017, en calidad de coordinadora de mesa.

Integrante de Mesas redondas o paneles

ROUND TABLE DISCUSSION. TOPIC: MESOTHELIOMA.

4° Latin American Conference on Lung cancer, 28-30 julio 2010, Bs As, Argentina. (en calidad de disertante)

CURSO DE EMERGENCIAS ONCOLÓGICAS. TEMA: TAPONAMIENTO CARDÍACO.(en calidad de disertante)

XVII Congreso Nacional de Medicina Interna, Buenos Aires, 09-12 de noviembre 2010

JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN EN MIASTENIA GRAVIS: MIASTENIA GRAVIS: ¿CUANDO OPERAR? TÉCNICAS QUIRÚRGICAS CONVENCIONALES Y NO CONVENCIONALES.

Junio 2011, Buenos Aires, Argentina. (disertante)

JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN EN CANCER DE PULMÓN (presentadora de casos)

25 de abril 2012, Buenos Aires, Argentina.

VII CONFERENCIA ENFOQUE MULTIDISPLINARIO DEL CANCER DE PULMÓN: **COORDINADORA** DE LA CONFERENCIA “TUMORES DE MEDIASTINO”. Buenos aires, 10-12 mayo 2012.

JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CONTROL DEL TABAQUISMO Y EN LA PATOLOGÍA TORÁCICA, (en calidad de disertante) 30 de junio 2012

SIMPOSIO ASTRA ZÉNECA: OBTENCIÓN DE MUESTRAS EN CPNCP: QUÉ PROCEDIMIENTO UTILIZAR? (disertante)

ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO EN CANCER DE PULMÓN, Buenos Aires, 9 y 10 de mayo 2013.

II SIMPOSIO DE ENFERMEDADES DEL TÓRAX, en calidad de DISERTANTE, Buenos Aires, 14/15 de agosto 2013.

II CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN NEUMONOLOGÍA 2013, en calidad de disertante. Junín, 18 de octubre del 2013.

SIMPOSIO: ROL DE LA CIRUGÍA EN EL CANCER DE PULMÓN LOCALMENTE AVANZADO, ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO EN CANCER DE PULMÓN, Buenos Aires, 8-10 de mayo del 2014, en calidad de disertante.

SUMMIT LATINOAMERICANO DE VIDEOTORACOSCOPIA, Medellín, 29-30 de julio del 2014, en calidad de disertante.

CURSO DE ONCOLOGÍA TORÁCICA, AGOSTO 2013 A OCTUBRE 2014, DE 150 HS DE DURACIÓN, ORGANIZADO POR LA AAMR, en calidad de **DOCENTE**.

1° CONGRESO INTERNACIONAL IBERO-PANAMERICANO DE MEDICINA INTERNA, Buenos Aires, 4-7 noviembre 2014, en calidad de disertante.

ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO EN CANCER DE PULMÓN, Buenos Aires, 7-8 de mayo del 2015, en calidad de **coordinadora de mesa**.

II ACTUALIZACION POST ESMO, en calidad de disertante de la conferencia NUEVAS CLASIFICACIONES 2015-TNM, Ciudad de Córdoba 29 y 30 de octubre del 2015.

NET TOUR 15: UN ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO PARA EL MANEJO DE TUMORES NEUROENDOCRINOS, Buenos Aires, 13 de Noviembre del 2015, en calidad de disertante.

THIRD INTERNATIONAL JOINT MEETING ON THORACIC SURGERY, Barcelona 18-20 de noviembre del 2015, en calidad de disertante de la conferencia resultados de la cirugía post tratamiento de inducción, en el congreso iberoamericano de cirugía torácica.

43° CONGRESO ARGENTINO DE MEDICINA RESPIRATORIA, Buenos Aires, 6-9 de diciembre del 2015 en calidad de asistente.

43° CONGRESO ARGENTINO DE MEDICINA RESPIRATORIA, Buenos Aires, 6-9 de diciembre del 2015 en calidad de disertante de la conferencia.

V CURSO BIENAL CARDIOTORAX 2016, BUENOS AIRES, 23.24 DE JUNIO EN CARACATER DE **DISERTANTE** DEL TEMA: MENJO ACTUAL DE LOS TUMORES CARCINOIDES.

ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO EN CANCER DE PULMÓN, Buenos Aires, 7-8 de mayo del 2017, en calidad de **coordinadora** de mesa.

CANCER DE PULMÓN: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PREVALENCIA HISTOLÓGICA. Congreso AAMR, noviembre 2018, Buenos Aires, Argentina. **DISERTANTE.**

LA METAMORFOSIS: DOCUMENTO CIENTIFICO DE UNA KAFKIANA REALIDAD. Congreso AAMR, noviembre 2018, Buenos Aires, Argentina. **Coautora**

LA MUJER ROTA: RESEÑA DE UNA PACIENTE VÍCTIMA ESTUPEFACTA DE DOS TUMORES INFRECIENTES. Congreso AAMR, noviembre 2018, Buenos Aires, Argentina. **DISERTANTE**

TIMOMA INVASOR EN PACIENTE JOVEN: AMPLIANDO LOS LÍMITES DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Congreso AAMR, noviembre 2018, Buenos Aires, Argentina. **DISERTANTE**

CÁNCER DE PULMÓN OLIGOMETASTÁSICO. PRO Y CONTRA. **DISERTANTE.** Congreso AAMR, noviembre 2018, Buenos Aires, Argentina.

RESECCIÓN DE TUMOR EN VÍA AÉREA - COMBINACIÓN DE TRATAMIENTOS. Congreso AAMR, noviembre 2018, Buenos Aires, Argentina. Presentación de videos. **Coautora**

CÁNCER DE PULMÓN: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FRECUENCIA HISTOLÓGICA Congreso de la AAO, marzo 2019. Buenos Aires. **DISERTANTE**

TIMOMAS: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UNA COHORTE RETROSPECTIVA DE PACIENTES TRATADOS QUIRURGICAMENTE.

Congreso AAOC, marzo 2019, Buenos Aires. **DISERTANTE**

P1.12 REAL WORLD CHARACTERIZATION AND TREATMENT PATTERNS OF PATIENTS WITH THYMIC CARCINOMA: LESSONS FROM A LATIN AMERICAN COLLABORATIVE STUDY (CLICAP-LATIMUS)

Presentación Poster, Congreso IASLC, Barcelona octubre 2019. **Coautora**

EP1.15-28 SURVIVAL OF THYMOMA IS EXTENSIVE IN LATIN-AMERICAN PATIENTS: RESULTS FROM OVER 10 YEARS OF EXPERIENCE (CLICAP-LATIMUS)

Presentación e-Poster, Congreso IASLC, Barcelona octubre 2019. **Coautora**

EP1.15-12 PREDICTIVE VALUE OF PERCENTAGE OF KI 67 EXPRESSION IN BRONCHOPULMONARY CARCINOID TUMORS

Presentación e-Poster, Congreso IASLC, Barcelona octubre 2019. **DISERTANTE**

4.5: Trabajos científicos (en orden cronológico)

(Fueron incluidos sólo los trabajos publicados en este ítem)

DE INVESTIGACIÓN INDIVIDUAL

EOPS: Rastreo de cáncer de pulmón. Evid. actual. pr-ct. ambul; 10(3): 92-94, may-jun.2007. (pág 93)

DE INVESTIGACIÓN EN COLABORACIÓN

- **Previos a la Jefatura de Unidad**

TUMORES CARCINOIDES DE PULMÓN: DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y FACTORES PRONÓSTICOS.

Revista Argentina de Cirugía, 92(1/2):44-54, ene.-feb. 2007

Trabajo presentado en la Academia Argentina de Cirugía, Abril 2006. (pág. 94)

TUMORES PRIMARIOS DE MEDIASTINO. (pág. 95)

Revista Argentina de Medicina Respiratoria, agosto 2006; 1:47-50. (Autora principal)

UTILIDAD DE LA MEDIASTINOCOPIA SISTEMÁTICA EN EL DIAGNÓSTICO Y LA ESTADIFICACIÓN DEL CÁNCER DE PULMÓN

Revista Argentina de Medicina Respiratoria, agosto 2006; 1:51-53. (Coautora) (pág. 96)

SCREENING DE CANCER DE PULMÓN

Evid. Actual Práct. ambul; 10 (3):92-94. mayo - junio 2007. (pág. 97)

CISPLATINO INTRAPERICÁRDICO EN EL TRATAMIENTO DEL DERRAME PERICÁRDICO MALIGNO.

Rev Argent Cardiol 2010;78: 114-117.(pág. 98)

STERNAL METASTASIS OF BREAST CANCER: EX VIVO HYPOTHERMIA AND REIMPLANTATION.

Ann Thorac Surg 2011; 91:584-6 (coautora) (pág 99)

NEUMONECTOMÍAS POR CÁNCER DE PULMÓN: COMPLICACIONES Y SOBREVIDA ALEJADA. (autora principal) Revista de la Asociación Argentina de Oncología Clínica 2011, 16 (4):111-118 (pág.100)

PLÁSTICAS BRONQUIALES COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN LESIONES CENTRALES. (autora principal) Revista Americana de Medicina Respiratoria, 2011, 4: 176-182. (pág 101)

FACTORES DE PRONÓSTICO Y RESULTADOS A LARGO PLAZO DE TIMOMAS TRATADOS QUIRÚRGICAMENTE EN UNA COHORTE DE PACIENTES ARGENTINOS, (autora principal) (pág 102)

Revista de Oncología Clínica, 2012; 17(1):1-8. (pág. 103)

TUMOR FIBROSO SOLITARIO PLEURAL DE LENTA EVOLUCIÓN, (autora principal)

Rev Am Med Res 2012; 4:166-169. (pág. 103)

TUMOR ADENOQUÍSTICO DE CARINA DE LARGA EVOLUCIÓN (autora principal)

Revista de Oncología Clínica, 2012, vol 17(4): 169-171. (pág. 104)

TUMORES PRIMITIVOS TRAQUEALES (coautora)

Rev Am Med Resp 2013; 1:19-25. (pág 105)

OSTEOCLASTOMA RECIDIVANTE DE ORIGEN COSTOVERTEBRAL (autora principal)

Revista de Oncología Clínica, 2013; 18 (1): 24-26 (pág. 106)

QUILOPERICARDIO Y QUILOTÓRAX BILATERAL EN UNA MUJER CON CÁNCER DE MAMA (co-autora)

Medicina (Buenos Aires) 2014; 74: 62-63 (pág. 107)

TIMOMA Y MIASTENIA GRAVIS: ALGUNAS REFLEXIONES

(autora principal)

RAMR 2014, 1:87-89 (pág. 108)

TUMORES CARCINOIDES PULMONARES TRATADOS QUIRÚRGICAMENTE: VALOR PRONÓSTICO DE LA 7ª ESTADIFICACIÓN TNM

(autora principal)

Medicina (Buenos Aires) 2014; 74:437-442. (pág. 109)

DROGAS DE ALTO COSTO EN EL TRATAMIENTO DEL CANCER DE PULMÓN AVANZADO, Guía de práctica Clínica, Buenos Aires, Argentina, Noviembre 2015

<http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000829cnt-68-cancer-de-pulmon.pdf> (pág 110)

ACUTE CARDIOVASCULAR COMPLICATIONS IN A CARDIO-ONCOLOGY UNIT.

M. de Abreu, E. Zadei, N. Romagnoli, D. Santos, R. Chacón, C. Tajer, A. Patané, M Zylberman. Copenague, Supportive Care in Cancer, Vol 23 , Suplemento 1, Junio 2015. (poster) (pág 111)

CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES LOCALMENTE INVASIVO EN TRAQUEA. TRATAMIENTO ONCOLÓGICO Y POSTERIOR TRAQUEOPLASTIA POR DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS TRAQUEAL.

Santiago Zunda, Karina Patané, Inés Califano, Matías Calabretta y Ezequiel Lupo. Rev Argent Endocrinol Metab. 2016;53(2):73-76 (pág 112)

- **Posteriores a la jefatura de Unidad**

PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA SARS-COVID 19. La gaceta de la AAMR, abril 2020. Autora principal . Publicado en página web de ERS (pág. 113)

<https://www.ersnet.org/covid-19-guidelines-and-recommendations-directory>.

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE CORONAVIRUS: INDICACIONES DE TRAQUEOSTOMÍA Coautora (pág 114) Publicado en pág web ERS
<https://www.ersnet.org/covid-19-guidelines-and-recommendations-directory>

CASUÍSTICA TRANSMOGRIFICACIÓN PLACENTARIA DE PULMÓN. PRESENTACIÓN ATÍPICA DEL ENFISEMA BULLOSO. Coautora. (pág. 115)
Medicina 2020; 80: 570-573.

MINIMAL INVASIVE SURGERY IN LOCALLY ADVANCED N2 NON-SMALL CELL LUNG CANCER. Autora principal
Translational Lung Cancer Research. March 2020. doi.org/10.21037/tlcr.2020.03.27 (pág. 116)

CARCINOMAS TÍMICOS: DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS
La Gaceta de la AAMR. Juntio 2019. Autora principal (pág 117)

RECOMMENDATIONS FOR DETECTION, PRIORITIZATION, AND TREATMENT OF THORACIC ONCOLOGY PATIENTS DURING THE COVID-19 PANDEMIC: THE THOCOOP COOPERATIVE GROUP. Coautora.
June 2020 Critical Reviews in Oncology/Hematology 153. (pág 118)
DOI: 10.1016/j.critrevonc.2020.103033

MEDIASTINAL GERM CELL TUMOUR: COHORT OF PATIENTS WITH THIS RARE ENTITY. Coautora
Mediastinum. 10.21037/med-20-55 (*en prensa*) Se adjunta prueba de Galera. (pág. 119)

BRONCOPLASTIAS Y TRAQUEOPLASTIA VATS MONOPORTAL, ES LA EVOLUCIÓN NATURAL DE LA TÉCNICA ABIERTA? Coautora
Revista de la SACT (*en prensa*) Se adjunta prueba de Galera (pág 120)

Eops: Rastreo de cáncer de pulmón

Lung Cancer screening

Karina Pataré*

Pataré K. Rastreo de cáncer de pulmón. Evid. actual. práct. ambul; 10(3): 92-94, may-jun.2007.

Escenario

Un cirujano torácico recibe en consulta a un paciente de 65 años cuyo hermano había sido intervenido quirúrgicamente hace cuatro meses, con diagnóstico de adenocarcinoma de pulmón, falleciendo un tiempo después. El mismo le expresa su preocupación, porque si bien abandonó el hábito tabáquico desde que empezó la enfermedad de su hermano, desea saber si es posible la detección temprana de esta enfermedad con algún estudio diagnóstico.

Se ha estado postulando a la tomografía de baja dosis como posible método de rastreo de cáncer de pulmón en población de riesgo, pero no existe una aplicación masiva del método.

Pregunta que generó el caso

En pacientes tabaquistas, mayores de 60 años, con alto riesgo de cáncer de pulmón (población), ¿realizar un rastreo tomográfico anual (intervención) vs no realizarlo (comparación), mejora la sobrevida a 5 y 10 años? (resultado a valorar).

Introducción al problema

El cáncer de pulmón es la principal causa de muerte por cáncer en hombres y mujeres en los EE.UU. Se estima que en el año 2001 se han diagnosticado 169.500 nuevos casos, de los cuales 157.400 han muerto, es decir que la incidencia y la mortalidad a causa de la enfermedad casi se igualan. Más norteamericanos mueren de cáncer de pulmón cada año, que de cáncer de mama, próstata y colon juntos.

El tabaquismo es el agente causal principal de desarrollo de cáncer de pulmón (otras causas conocidas son: radiación, asbesto, contaminación ambiental, etc.). Entre fumadores el riesgo de enfermedad se incrementa en forma directamente proporcional con el número de cigarrillos/día y con el tiempo de fumador activo. Por lo tanto, aquellos que se inician más tempranamente en este hábito tienen más posibilidades de desarrollar cáncer de pulmón y a edades más tempranas. Si bien el cese del tabaquismo es benéfico a cualquier edad, luego de 40 años de cese tabáquico, el riesgo sigue siendo mayor para los ex-fumadores, que para los no fumadores y los fumadores pasivos tienen un 30 % más probabilidades de desarrollar cáncer que los no expuestos a humo del tabaco. Por otro lado, las mujeres tienen un riesgo mayor que los hombres de desarrollar cáncer de pulmón, con el mismo nivel de tabaquismo. La sobrevida global a 5 años es del 14%. Considerando los estadios, la sobrevida a 5 años para los Estadios I es del 75%, para los Estadios II es del 35% y para los Estadios III es de sólo el 15%. De ahí el esfuerzo en encontrar un método de rastreo que permita detectar más pacientes en Estadio I de la enfermedad, de modo de lograr un resultado favorable en la sobrevida.

Han sido utilizados con tal fin la citología de esputo, la radiología seriada y ambos métodos combinados, con poco impacto en la sobrevida. En estos últimos tiempos ha surgido interés acerca del uso de la tomografía computada de baja dosis, y algunos resultados parecen ser alentadores (ver artículo en página 77).

Estrategia de búsqueda y resultados

Se realizó una búsqueda en Medline empleando como palabras clave " screening" AND "lung cancer" AND " low dose CT". Se limitó la búsqueda a artículos en inglés, español o italiano, publicados en los últimos tres años, y preferentemente revisiones sistemáticas y meta-análisis del tema.

Con estos límites se obtuvo un solo artículo que reunía esas características:

Diederich, S; Wormanns, D; Heindel, W: Lung cancer screening with low dose CT, European Journal of Radiology 45(2003) 2-7.

Sin embargo, ampliando la búsqueda a trabajos publicados en el último año, aunque no fueran ECCAs o revisiones sistemáticas, hay al menos dos trabajos interesantes al respecto, el primero por el número de pacientes enrolados y el segundo por el análisis de costo efectividad del rastreo tomográfico en pacientes de riesgo:

1) ELCAP; Survival of patients with stage I lung cancer detected on CT screening, NENOL D MEI, Oct 2006; 355:1763-1771.

2) Kishor Ganti, A; Mulshine, J; Lung Cancer screening, The Oncologist, 2006;11:481-487.

Resumen de la evidencia

Diederich, S; Wormanns, D; Heindel, W: Lung cancer screening with low dose CT, European Journal of Radiology 45(2003) 2-7.

Este artículo publicado en el 2003, revisa las investigaciones disponibles hasta el momento acerca de este ítem. Resume al menos 4 trabajos, entre ellos los resultados preliminares del que discutiré abajo, todos con escaso número de pacientes (hasta ese momento) y todos observacionales. Con esos datos concluye que sólo un ensayo clínico puede responder el interrogante acerca del rastreo tomográfico en cáncer de pulmón. Cabe destacar que hace hincapié en todos los posibles sesgos de un método de rastreo: lead-time bias, length-time bias, sesgo del voluntario y sesgo de sobrediagnóstico (pacientes con cáncer de pulmón que mueren por otras causas y por lo tanto no alteran la mortalidad global de la enfermedad).

ELCAP; Survival of patients with stage I lung cancer detected on CT screening, NENOL D MEI, Oct 2006; 355:1763-1771.

Objetivo: y Material y métodos: ver artículo pág. 77

Características de los participantes

Línea de base

- 31567 participantes
- Mediana de la edad: 61(rango 40-85)
- Historia de tabaquismo: mediana 30 p/y
- Exposición laboral (asbesto, berilio, uranio o radón)
- Fumadores pasivos

Rastreo anual

- 21456 participantes.
- Mediana de la edad: 62 años(41-86)
- Mediana de paquetes/año: 35.

*Departamento de Cirugía. Hospital María Ferrer. Buenos Aires

TUMORES CARCINOIDES DE PULMÓN: DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y FACTORES PRONÓSTICOS

M. Rosenberg MAAC, A. Patané, G. Olmedo, C. Roleri, O. Rojas, O. Abdala MAAC, C. Rodríguez

DEL HOSPITAL DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA MARÍA FERRER, BUENOS AIRES, ARGENTINA

RESUMEN

Antecedentes: Los tumores carcinoides pertenecen al grupo de neoplasias neuroendocrinas de pulmón.

Objetivos: Determinar su forma más frecuente de presentación clínica, el método diagnóstico más seguro y el éxito del tratamiento quirúrgico ofrecido a estos pacientes, evaluando factores pronósticos en relación a hallazgos anatomopatológicos.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de todos los tumores carcinoides pulmonares operados desde enero de 1975 hasta agosto del 2005, incluyendo ambos tipos histológicos: típicos y atípicos.

Resultados: De los 47 pacientes operados, 27 fueron mujeres y 18 hombres, con un promedio de edad de 39 ± 15 años. La sintomatología de comienzo de la enfermedad fue tos, hemoptisis e infección respiratoria. El método diagnóstico más frecuentemente utilizado fue la fibrobroncoscopia (FBC) con toma de biopsia. Se realizaron 6 neumectomías, 22 lobectomías y 19 plásticas bronquiales seguidas o no de resecciones pulmonares. La histología demostró 43 carcinoides típicos y 4 carcinoides atípicos. Entre los primeros, en 12 pacientes el tamaño del tumor fue mayor de 3 cm, se halló metástasis ganglionar en el nivel N2 en 3 y permeación linfática, afectación de la grasa periganglionar e invasión vascular en 9 casos, habiéndose observado supervivencia del 100% a 5 y 10 años.

Conclusiones: Los tumores carcinoides típicos son lesiones de buen pronóstico. Para los carcinoides atípicos la evolución es marcadamente diferente y la supervivencia de estos enfermos pareciera estar relacionada con la extensión local de la enfermedad.

SUMMARY

Background: Carcinoid tumors are rare neoplasms that belong to the neuroendocrine group.

Objectives: To determine the most frequent clinical presentations, the safer diagnostic procedures and to analyze the success of surgical treatment, evaluating prognostic factors and pathologic findings.

Methods: The clinical record of 47 patients with diagnosis of carcinoid tumor (typical or atypical) treated from January 1975 to August 2005 were reviewed.

Results: 29 patients were female and 18 were male, median age was 39 ± 15 years. The most frequent symptoms were cough and haemoptysis, followed by airway infections (including repetitive pneumonia). Fiberoptic bronchoscopy with biopsy sampling was the preferred diagnostic procedure. At surgery 6 pneumonectomies, 22 lobectomies and 19 bronchoplastic procedures with or without lung resection were performed. Forty three patients had typical carcinoid and 4 had the atypical variant. Tumor size was greater than 3 cm in 12 patients with typical carcinoids, nodal metastases were found in 3, and lymphatic permeation, perinodal tissue involvement and vascular invasion in 9 cases. However survival rate was 100% after 5 and 10 years of follow up.

Conclusions: Typical carcinoids tumours have a good prognosis in spite of several histologic features analyzed. Atypical carcinoids have a different evolution pattern and the survival of these patients seems to be related to the local spread of the disease.

Palabras clave: bronquio - carcinoides - broncoplastia - supervivencia
Rev. Argent. Cirug., 92 (1-2): 44-54

Dirección
Ana Karina Patané
Las Heras 1717 Villa Maipú, San Martín (1650)
Teléfono 154-569-8804 / 4753-8048
E-mail karina_patane@ciudad.com.ar

Tumores Primarios de Mediastino

Autores Ana Karina Patané, Claudia Poleri, Gloria Olmedo, Beatriz Nieva, Moisés Rosenberg, Oscar Rojas, Oscar Abdala
Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer

Resumen

Objetivo presentar la serie de lesiones mediastínicas primarias en pacientes adultos de nuestra institución.

Material y métodos se revisaron retrospectivamente los registros de todos los pacientes operados con diagnóstico de patología mediastinal desde enero de 1972 hasta diciembre del 2004, excluyéndose del grupo aquellas lesiones originadas en tiroides, paratiroides, esófago, vías aéreas superiores y pulmón. Clasificamos a las lesiones de acuerdo a su localización y tipo histológico.

Resultados se reunió un total de 482 casos correspondiendo 178 de éstos a lesiones malignas y 304 a lesiones no neoplásicas de distinta histología: 374 (77,5%) correspondieron a lesiones tímicas, 33 a enfermedades granulomatosas, 29 (6%) a linfomas, 23 (4,7%) a tumores de origen mesenquimático, 14 (2,9%) a tumores germinales, 7 (1,5%) a lesiones quísticas y 35 (7,2%) a otras lesiones. Prevalen la patología tímica, benigna y maligna, seguida en frecuencia por las lesiones granulomatosas ganglionares (infecciosas o no) y los linfomas y esto explica que el 80% de los casos analizados se encuentren localizados en el mediastino anterior. Exceptuando los tumores epiteliales tímicos y los linfomas, con hallazgos radiológicos característicos, el resto de las lesiones tuvieron diagnóstico histológico definitivo posterior a la cirugía.

Conclusiones las lesiones mediastínicas primarias, tumorales y no tumorales, constituyen una entidad infrecuente (3% de las lesiones torácicas) y un grupo histopatológico heterogéneo, dada la diversidad de estructuras que se encuentran en el mediastino. Debido al alto número de pacientes atendidos con diagnóstico de Miastenia Gravis, las lesiones más frecuentemente halladas corresponden a patología tímica, seguidas en frecuencia por los linfomas y en tercer lugar por los tumores de origen mesenquimático.

Utilidad de la mediastinoscopia sistemática en el diagnóstico y la estadificación del cáncer de pulmón

Autores Fernando Abdala, Oscar Abdala, Claudia Poleri, Karina Patané, Oscar Rojas, Moisés Rosenberg

Introducción

La mediastinoscopia es un procedimiento que permite evaluar el mediastino superior bilateralmente para diagnosticar o estadificar pacientes con cáncer de pulmón sospechado o conocido. Desde su introducción por Carlsens² en 1959, la mediastinoscopia es el método estándar para comparar los resultados de otras técnicas de evaluación del mediastino. Distintos estudios han demostrado su eficacia en la estadificación preoperatoria del cáncer de pulmón y en el diagnóstico de lesiones mediastinales^{5, 8, 10, 14, 15}. No obstante, mientras que algunos autores la consideran esencial en la evaluación del mediastino, otros la encuentran muy invasiva con excesiva morbilidad y, aunque poco frecuente, mortalidad. El desarrollo de métodos diagnósticos por imágenes como la tomografía por emisión de positrones (PET) contribuye a la controversia⁷.

El objetivo de este estudio es evaluar la seguridad y eficacia de la mediastinoscopia sistemática preoperatoria y definir su utilidad en pacientes con sospecha o diagnóstico de cáncer de pulmón.

Material y método

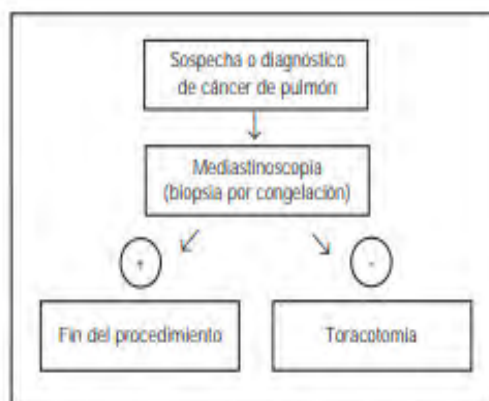


Figura 1: Algoritmo utilizado en la evaluación de pacientes con cáncer de pulmón sospechado o conocido.

toracotomía en el mismo acto operatorio realizando muestreo ganglionar sistemático (Fig. 1). Para la clasificación de los ganglios obtenidos se utilizó la última revisión de la ATS¹¹.

Se analizó la eficacia de la mediastinoscopia para diagnosticar compromiso mediastinal (N2 y N3) en los pacientes con cáncer de pulmón no pequeñas células (Tabla 1) evitando otros procedimientos invasivos y su seguridad (morbilidad y mortalidad).

Utilidad del cisplatino intrapericárdico en el tratamiento del derrame pericárdico maligno

MARCELO ZYLBERMAN^{1,2}, CARMEN PUPARELI³, ADOLFO ROSALES⁴, MOISÉS ROSEMBERG^{1,2}, DANIEL SANTOS⁴, NATALIO GASTALDELLO⁵, ANA K. PATANÉ¹

Recibido: 05/11/2009

Aceptado: 02/12/2009

Dirección para correspondencia:

Dr. Marcelo Zylberman
Crumer 1180
(1426) Ciudad Autónoma de
Buenos Aires
e-mail: mzyberman@
alexanderfleming.org

RESUMEN

Introducción

El derrame pericárdico maligno recidiva en hasta el 62% de los pacientes luego de una pericardiocentesis. Debido a ello, se ha intentado completar el tratamiento con la instilación intrapericárdica de drogas luego del drenaje de la cavidad. El cisplatino ha demostrado que es útil y seguro para ese propósito.

Objetivo

Presentar la experiencia en nuestra institución del uso del cisplatino intrapericárdico en el tratamiento del derrame pericárdico maligno.

Material y métodos

Se incluyeron los pacientes ingresados en el Instituto Alexander Fleming entre enero de 2005 y mayo de 2009 con diagnóstico de taponamiento cardíaco o de derrame pericárdico grave tratados con drenaje percutáneo e instilación de cisplatino intrapericárdico (10 mg en 20 ml de solución fisiológica por 5 días). Se requirió: a) confirmación citológica de malignidad o b) hallazgo ecocardiográfico de lesiones compatibles con invasión neoplásica del saco pericárdico y c) poca expectativa de respuesta a un tratamiento sistémico.

Resultados

Se incluyeron 9 pacientes (6 hombres y 3 mujeres), edad media 60 años (51-69). El tumor primario fue pulmonar (n = 4), de mama (n = 1), de vejiga (n = 1), de esófago (n = 1), de riñón (n = 1) y de próstata (n = 1). La citología fue positiva en 6 casos. El tiempo de permanencia del catéter fue de 7 días. Hubo efectos adversos en tres casos: dolor, fiebre y fibrilación auricular. Un solo paciente tuvo recidiva del derrame al mes. Ocho pacientes fallecieron (tiempo medio a la muerte: 50 días (7-83)) y uno vive.

Conclusiones

El cisplatino intrapericárdico resulta factible de realizar, se tolera bien y se observa un porcentaje bajo de recidivas, lo cual cumple con el objetivo del tratamiento.

REV ARGENT CARDIOL. 2010;78:114-117.

Palabras clave > Cisplatino - Quimioterapia - Pericardio - Metástasis

Sternal Metastasis of Breast Cancer: Ex Vivo Hypothermia and Reimplantation

Moisés Rosenberg, PhD, Aldo Castagno, MD, Jorge Nadal, MD, Adolfo Rosales, MD, Erik Pebe Pueyrredon, MD, and Ana K. Patané, MD

Departments of Thoracic Surgery, Traumatology and Orthopedic Surgery, and Oncology, Instituto Fleming, Buenos Aires, Argentina

Breast cancer frequently metastasizes to the bone. When the sternum is involved, it usually presents as a solitary lesion. In such cases, resection is indicated, including with the intention to cure. This case report describes a technique for a complete exeresis of the sternum, ex vivo repair under hypothermia, and reimplantation. Cryosurgery is a well-known technique to resect bone metastases and was the procedure used in our patient. The follow-up after 2 years shows no evidence of tumor recurrence, with excellent results on aesthetic levels.

(Ann Thorac Surg 2011;91:584–6)

© 2011 by The Society of Thoracic Surgeons

Breast cancer commonly metastasizes to bone [1]. When the sternum is involved, the metastasis is usually single and evolves along extended periods of time. When the disease is stable, there are no other metastases, and no other disease is present, sternal resection is a reasonable option [2]. Multiple techniques are available to reconstruct the chest wall after sternal resection. However, when the sternal manubrium or the whole sternum is involved, there is concern about the extent of the resection because the stability of the shoulder girdle may be compromised.

Cryosurgery is a well-known technique to resect bone metastases [3] and was the procedure used in the patient presented in this report. We performed complete resection of the sternum, the ex vivo curettage of the metastasis, and its treatment by immersion in liquid nitrogen, followed by reimplantation.

A 58-year-old woman with a history of stage IIb breast carcinoma was initially treated with a left radical mastectomy on April 2002. The histopathology revealed a 4.5-cm Nottingham grade II, estrogen receptor- and progesterone receptor-positive, ductal invasive carcinoma with 1 of 13 lymph nodes involved. Adjuvant chemotherapy was with six cycles of cyclophosphamide, doxorubicin, and 5-fluorouracil, followed by tamoxifen, for 5 years.

In February 2008, she complained of mild sternal pain. A technetium 99 radionuclide bone scan and an integrated positron emission tomography-computed tomography scan confirmed a lytic lesion involving manu-

brium and body of the sternum, without other lesions. A needle biopsy specimen was positive for ductal carcinoma (Fig 1).

The patient was informed of the resection technique and that it was our first case. She provided written consent, and we also received approval from the institutional ethics committee.

The procedure took place in April 2008, during which:

1. A horizontal incision was made along the clavicles and a vertical incision from the manubrium to the xiphoid.
2. The anterior wall of the sternum, the costal cartilages, and the medial segments of the ribs were exposed. The internal mammary arteries were preserved. The pleural space was not entered.
3. The entire sternum was removed, along with the medial segments of 4 ribs on the right and 3 on the left to allow for subsequent reattachment.
4. The site of the metastasis was curetted ex vivo, but the preserved bone was left intact (Fig 2).
5. The entire specimen was immersed in liquid nitrogen for 20 minutes. Then, it was kept at room temperature and immersed in saline solution for 20 minutes. The bone defect created after curettage was filled with bank bone consisting of trabecular bone from femur heads with HA-BOND (Baumer S.A., Sao Paulo, Brasil) alloplastic composites.
6. The sternum was reimplanted and fixed to the clavicles with stainless steel and to the ribs with titanium plaques (Fig 3).

The patient had an uneventful recovery and was discharged on postoperative day 8. As adjuvant treatment, she received six cycles of docetaxel, followed by exemestane. Two years after resection, the patient remains free of disease and maintains her normal activities, with only minor discomfort in the anterior chest wall that does not require any medication. Present images of the sternum are similar to those taken shortly after the operation.

Comment

Breast cancer tends to metastasize to bones, and multiple metastases are frequent [1]. The isolated sternum involvement can be explained by the lack of blood vessel communication with the paravertebral plexus, venous drainage of the sternal area is not through the paravertebral plexus, or as a locoregional recurrence. The lesion can be resected with curative intent or to effectively palliate the symptoms.

The procedure, consisting of sternal removal, ex vivo tumor excision, immersion in liquid nitrogen, and further reimplantation, has two main advantages over other techniques: it preserves the uninvolved sternal bone, which is used to restore the function and the aesthetics of the chest wall with no additional prosthetic material or muscle flaps, and it eliminates the potential residual cancer cells at the resection margins or scattered in the remaining bone.

Accepted for publication Aug 16, 2010.

Address correspondence to Dr Rosenberg, Department of Thoracic Surgery, Instituto Fleming, Cramer 1180, 1453 AMZ Buenos Aires, Argentina; e-mail: mrosenberg@arnet.com.ar.

© 2011 by The Society of Thoracic Surgeons
Published by Elsevier Inc

0003-4975/\$36.00
doi:10.1016/j.athoracsur.2010.08.029

NEUMONECTOMÍAS POR CÁNCER DE PULMÓN: COMPLICACIONES Y SUPERVIVENCIA ALEJADA

Ana Karina Patané^{1,2}, Natalia Pérez¹, Claudio Martín¹, Carmen Puparelli¹, Adolfo Manuel Rosales¹,
Oscar Ricardo Rojas¹, Moisés Rosenberg^{1,2}

¹Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer, ²Instituto Médico Especializado Alejandro Fleming, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Dirección postal: Dra. Ana Karina Patané, Las Heras 1717, 1650 Villa Maipú, San Martín, Provincia de Buenos Aires, Argentina

e-mail: cisugiapalman@gmail.com

Resumen

El rol de la neumonectomía en el tratamiento del cáncer de pulmón es discutido. El objetivo es analizar la supervivencia alejada, tasa de complicaciones y mortalidad operatorias asociadas a la neumonectomía por cáncer de pulmón. Desde enero de 1997 hasta diciembre del 2008 se realizaron 17 neumonectomías sobre 419 resecciones pulmonares por cáncer de pulmón. Los diagnósticos histológicos fueron: carcinoma epidermoide (10), adenocarcinoma (5), carcinoma mucoepidermoide de bajo grado (1) y carcinoma bronquioloalveolar (1). Se practicaron 8 (47%) neumonectomías izquierdas, 6 (35%) derechas y 3 (18%) neumonectomías ampliadas. Se realizó neoadyuvancia en 6/17 pacientes (35%), obteniéndose respuesta completa en uno de ellos (16%). La morbilidad postoperatoria fue del 47% en la primer semana y del 23% al mes. El 75% de las complicaciones tempranas y el 100% de las tardías ocurrieron en las neumonectomías izquierdas ($p = 0.05$), y el tiempo de internación fue significativamente mayor en los pacientes que las presentaron (15 vs. 7 días, $p = 0.043$ y 20 vs. 8 días, $p = 0.032$ respectivamente). No se observó una tasa mayor de complicaciones tempranas (33% vs. 55%, $p = 0.402$) o tardías (16.7% vs. 27%, $p = 0.622$) entre los pacientes que recibieron neoadyuvancia. La supervivencia a 5 años fue del 23% y la supervivencia libre de enfermedad a 3 años fue del 15%. La neumonectomía representa un procedimiento con mayor riesgo de complicaciones y una mortalidad aceptable si se practica en centros especializados. Debe considerarse la utilidad de QT de inducción para mejorar las posibilidades de resección en pacientes potencialmente quirúrgicos.

Palabras clave: neumonectomía, cáncer de pulmón

Abstract

The role of pneumonectomy in lung cancer treatment is controversial. The aim is to analyze the complication

performed over 419 lung cancer resection. The histologic diagnostic were squamous cell carcinoma (10), adenocarcinoma (5), low-grade mucoepidermoid carcinoma (1) and bronchoalveolar carcinoma (1). Eight left (47%), 6 right (35%) and 3 extended pneumonectomies were performed. Neoadjuvant treatment was performed in 6/17 patients (35%), with complete response in one of them (16%). Postoperative morbidity was 47% in the first week, and reach 27% at month. 75% of early and 100% of late complications occurred in the left pneumonectomy group ($p = 0.05$), and the hospitalization time was significantly higher in the patients who had it (15 vs. 7 days, $p = 0.043$ and 20 vs. 8 days, $p = 0.032$ respectively). There was no difference in the rate of early (33% vs. 55%, $p = 0.402$) and late complications (16.7% vs. 27%, $p = 0.622$) among patients with or without neoadjuvant therapy. The 5-year survival was 23% and the disease-free survival was 15% at 3 years. Pneumonectomy is a procedure with a greater risk of complications and acceptable mortality if is performed in referral centers. The utility of neoadjuvant chemotherapy to improve the chance of surgical resection should be considered.

Key words: pneumonectomies, lung cancer

Introducción

El rol de la neumonectomía en el tratamiento del cáncer de pulmón, si bien presenta indicaciones precisas, continúa siendo controvertido debido a la mayor morbi-mortalidad asociada a este procedimiento. Es sin dudas más alto el porcentaje de complicaciones y mortalidad postoperatorias sin un beneficio oncológico real frente a resecciones menos agresivas, cuando ello es factible. Por otro lado, en la mayoría de

Correspondencia

Ana Karina Patané
Domicilio Postal: Las Heras 1717 Villa Maipú San Martín.
(1650) Argentina
Correo electrónico: cirugiapulmon@gmail.com
Teléfono: 054-11-1545698804 / 054-11-1532098050

Recibido: 15.07.2011
Aceptado: 04.10.2011

Plásticas bronquiales como alternativa terapéutica en lesiones centrales

Autores: Ana Karina Patané^{1,2}, Moisés Rosenberg^{1,2}, Adolfo Manuel Rosales^{1,2}, Oscar Ricardo Rojas¹

¹Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer

²Instituto Médico Especializado Alexander Fleming

Resumen

Introducción: Los procedimientos broncoplásticos son útiles en lesiones de localización central. El objetivo es describir la serie de plásticas bronquiales realizadas por el mismo equipo quirúrgico en dos centros de Argentina.

Pacientes y métodos: 54 plásticas bronquiales realizadas desde enero de 1978 hasta diciembre del 2009 fueron analizadas. Las lesiones fueron categorizadas como benignas, de bajo y alto grado de malignidad para el análisis.

Resultados: Se practicaron 29 lobectomías asociadas a plástica bronquial (54%), 21 resecciones en manguito (39%) y 4 lobectomías asociadas a plástica bronquial y arterial (7%). El promedio de edad de los pacientes con lesiones de bajo grado de malignidad es significativamente menor (34 años vs 53 $p=0.0025$), mientras que la prevalencia del sexo masculino (37.5% vs 75%, $p=0.051$), el antecedente de tabaquismo (31% vs 75%, $p=0.002$) y el número de plásticas vasculares (2.5% vs 37.5%, $p=0.002$) fue mayor entre los carcinomas. El riesgo de muerte fue 9 veces mayor entre los carcinomas (HR 8.64, IC 95% 1.6-47.7, $p=0.013$), sin diferencias significativas en la supervivencia a 5 años y 10 años entre los dos grupos.

Conclusiones: los procedimientos broncoplásticos permiten una resección oncológica viable con preservación de parénquima pulmonar sin afectar la supervivencia alejada.

Palabras clave: carcinoma broncogénico-procedimientos broncoplásticos

FACTORES DE PRONÓSTICO Y RESULTADOS A LARGO PLAZO DE TIMOMAS TRATADOS QUIRÚRGICAMENTE EN UNA COHORTE DE PACIENTES ARGENTINOS

Ana Karina Patané, Héctor Rivero, Moisés Rosenberg, Adolfo Rosales, Mercedes Rayá, Claudia Polerí, Guillermo Menga, Oscar Rojas

Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Dirección postal: Dra. Ana Karina Patané, Las Heras 1717, 1650 Villa Maipú, San Martín, Provincia de Buenos Aires, Argentina

e-mail: cirugiaguilmon@gmail.com

Resumen

Los timomas representan el tumor más frecuente del mediastino anterior. El objetivo del trabajo es presentar las características clínico patológicas de los timomas tratados quirúrgicamente desde enero de 1971 hasta diciembre del 2008 en el Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer, e investigar los factores que afectan la supervivencia. De los 131 casos analizados, 11 fueron perdidos de seguimiento (6%); de los restantes 120, 26 se hallaban fallecidos al final del estudio (21.7%). Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, síntomas de miastenia *gravis* al momento del diagnóstico, estadificación de Masaoka (1994) del tumor original, clasificación histológica de la OMS (1999), radioterapia postoperatoria y evolución clínica de la miastenia *gravis* según la clasificación modificada de Osserman. Fueron analizados 66 hombres (54%) y 56 mujeres (46%), con una mediana de edad de 48 años (rango 13-78); 78 presentaban miastenia *gravis* al momento del diagnóstico (64%), y el 97% de ellos persistían sintomáticos luego del tratamiento quirúrgico. En el análisis univariado, la presencia de miastenia *gravis* al momento del diagnóstico (HR 0.527, IC 95% 0.243 - 1.141, $p = 0.10$), la evolución clínica de la enfermedad (HR 18.81, IC 95% 4.070 - 86.886, $p = 0.000$) y el estadio de Masaoka (HR 2.044, IC 95% 0.934 - 4.474, $p = 0.074$) se asociaron significativamente con la frecuencia de la muerte en pacientes con timoma. En el análisis multivariado, ese valor resultó ser casi 7 veces mayor en timomas invasores que en los estadios I y II (HR 7.272, IC 95% 2.19 - 24.11, $p = 0.001$), mientras que la radioterapia adyuvante disminuyó en un 79% este riesgo en nuestra población (HR 0.214 IC 95% 0.0648 - 0.7085, $p = 0.12$). Los timomas con estadios tempranos de Masaoka y el tratamiento postoperatorio adyuvante en lesiones avanzadas son factores independientes de buen pronóstico.

these patients during the follow-up time. All patients with diagnostic of thymoma surgically treated were included. A total of 131 cases were analyzed, 11 of which were lost to follow-up (6%); of the remaining 120, 26 were dead at the end of the study (21.7%). The following variables were analyzed: age, gender, symptoms of myasthenia gravis at the time of diagnosis, staging of Masaoka (1994) of the original tumor, the 1999 WHO classification, postoperative radiotherapy treatment and clinical course of myasthenia gravis defined by the modified Osserman classification. Out of the 120 patients studied, 66 were men (54%) and 56 female (46%), with a median age of 48 years old (range 13-78); 78/120 had myasthenia gravis at the time of diagnosis (64%), and 97% of them had persistent symptoms after surgical treatment. In univariate analysis, symptoms of myasthenia gravis at the time of diagnosis (HR 0.527, 95% CI 0.243 - 1.141, $p = 0.10$), clinical course of myasthenia according to the Osserman classification (HR 18.81, CI 95% 4.070 - 86.886, $p = 0.000$) and staging of Masaoka (HR 2.044, 95% CI 0.934-4.474, $p = 0.074$) showed a significant association with the frequency of death in patients with thymoma. In multivariate analysis, the risk of death in patients with invasive thymomas proved to be almost 7 times higher than in stages I and II (HR 7.272, 95% CI 2.19 - 24.11, $p = 0.001$), whereas the postoperative adjuvant therapy decreased 79% this risk in our population (HR 0.214, 95% CI 0.0648 - 0.7085, $p = 0.12$). The presence of myasthenia gravis at the time of diagnosis of non invasive thymomas (Masaoka early stages) and adjuvant postoperative treatment in advanced lesions are independent factors of good prognosis.

Key words: thymomas, surgical treatment

Introducción

Correspondencia:

Ana Karina Patané
Domicilio Postal: Domicilio Las Heras 1717
Villa Maipú San Martín - (1650) Argentina
Email: cirugiapulmon@gmail.com
Tel: 054111545698804 / 054111532096050

Recibido: 06.02.2012
Aceptado: 02.11.2012

Tumor fibroso solitario pleural de lenta evolución

Autores: Ana Karina Patané¹, Mercedes Rayá², Adolfo Rosales¹, Hector Rivera¹, Oscar Rojas¹

¹Servicio de Cirugía Torácica, ²Servicio de Anatomía Patológica
Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer

Resumen

El tumor fibroso solitario pleural es una neoplasia infrecuente originada en las células submesoteliales de la superficie pleural. Generalmente se manifiesta como una masa exofítica que crece hacia dicho espacio comprimiendo estructuras adyacentes. Su diferencia con el mesotelioma pleural maligno no sólo yace en su origen histológico, sino también en los antecedentes epidemiológicos y el curso clínico de la enfermedad. Presentamos el caso de un paciente con una masa pleural gigante de 11 años de evolución, los inconvenientes suscitados con el diagnóstico y, finalmente, la resolución quirúrgica definitiva.

Palabras clave: tumor fibroso solitario, cirugía

Abstract

Giant solitary fibrous tumour of the pleura of slow evolution

The solitary fibrous tumor of the pleura is a rare neoplasm originating from submesothelial cells of the pleural membrane. Its usual manifestation is as an exophytic mass that grows into the pleural cavity compressing adjacent structures. The difference with malignant pleural mesothelioma does not only lie in its histological origin, but also in the epidemiological history and clinical course of the disease. We report a patient with a giant pleural mass of 11 years of evolution, the problems arising for the diagnosis, and finally the definitive surgical treatment.

Key words: solitary pleural fibrous tumor, surgery

TUMOR ADENOQUÍSTICO DE CARINA DE LARGA EVOLUCIÓN

Ana K. Patané¹, Santiago Rossi², Mercedes Rayá¹, Adolfo Rosales¹, Héctor Rivero¹, Oscar Rojas¹

¹Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferret, ²Centro de Diagnóstico Dr. Enrique Rossi, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Dirección postal: Dra. Ana Karina Patané, Las Heras 1717, 1650 Villa Maipú, San Martín, Buenos Aires, Argentina
e-mail: cirugiapulmon@gmail.com

Resumen

Los tumores primitivos de la tráquea son lesiones neoplásicas benignas o malignas, originadas en los tejidos traqueales. Son tumores extremadamente infrecuentes, representan el 2% de las enfermedades malignas de la vía aérea superior y se caracterizan por un largo período de síntomas hasta el momento del diagnóstico. Si bien la broncoscopia rígida cumple un rol importante en el alivio de los síntomas de las lesiones altamente obstructivas, sólo la cirugía es el tratamiento curativo. Presentamos el caso clínico de un varón de 19 años de edad con un tumor adenoquístico de carina, resecado endoscópicamente, que recayó cinco años después, momento en el cual se le practicó la cirugía.

Palabras clave: tumores traqueales, carcinoma adenoidequístico

Abstract

Primary tracheal tumours are benign or malignant neoplastic lesions, originating from tracheal tissues. Are extremely uncommon and comprises only 2% of the neoplastic pathology of the airway. While rigid bronchoscopy plays an important role in highly obstructive lesions, surgery is the only curative treatment. We report a case of a 19 year old male with adenocystic carcinoma of carina resected endoscopically, which relapsed five years later, at which time he underwent surgery.

Key words: tracheal tumours, adenocystic carcinoma

Introducción

Los tumores primitivos de la tráquea son lesiones

Caso clínico

Varón de 19 años que consulta a nuestro centro por dificultad respiratoria de 6 meses de evolución. Refiere haber debutado hace 5 años con episodios de obstrucción respiratoria, accesos de tos y enfisema subcutáneo, siendo tratado como asmático en aquella oportunidad. Ante la persistencia de los síntomas se solicita TAC de tórax hallándose una masa ocupante en la carina traqueal, la cual es resecada mediante broncoscopia rígida sin otro tratamiento ulterior. Permanece asintomático hasta este año, momento en el cual refiere nuevamente una grave dificultad respiratoria, tos, roncus y sibilancias. En la tomografía computarizada se constata la presencia de una masa que compromete la luz de la carina y el nacimiento de ambos bronquios fuentes, con crecimiento intra y extraluminal y sin claro plano de clivaje con el esófago (Fig. 1A y 1B). Los datos de la espirometría fueron: VEF1 0.48 l (11%), FVC 1.60 l (33%), mientras que los gases en sangre demostraron moderada hipercapnia e hipoxemia (pH 7.38, PCO₂ 40.8, PO₂ 68.1, HCO₃ 23.7, EB -0.8, Sat. O₂ 84.3% con FiO₂ 0.21).

Dada la corta edad del paciente y la alta tasa de recidiva de estos tumores, se decide el tratamiento quirúrgico, planteándose la estrategia de una plástica carinal utilizando como táctica de abordaje

Correspondencia:
Dr. Moisés Rosenberg
Domicilio: Avenida Las Hircas 2963 1°B
Tel. (0541)1544704688 (0541)48043422
Mail: mrosenberg@unimst.com.ar

Recibido: 23.10.2012
Aceptado: 22.02.2013

Tumores primitivos traqueales

Autores: Moisés Rosenberg^{1,2}, Ana K. Patané^{1,2}, Claudia Poleri¹, Mercedes Rayá¹, Adolfo Rosales^{1,2}, Oscar Rojas¹, Gloria Olmedo¹

¹Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer
²Instituto Médico Especializado Alexander Fleming

Resumen

Antecedentes: Los tumores primitivos de la tráquea son infrecuentes y el éxito del tratamiento quirúrgico depende de la precisa indicación y selección de pacientes.

Objetivos: Evaluar los factores histopatológicos y quirúrgicos que pudieran influir en la supervivencia de una serie de pacientes con tumores primarios de tráquea tratados quirúrgicamente.

Material y métodos: Se estudiaron todos los pacientes con diagnóstico de tumor primitivo traqueal desde enero del 1971 hasta junio del 2011. Dieciséis de estos pacientes fueron motivo de una publicación previa. Las variables analizadas fueron: edad, tipo histológico, longitud de la resección y presencia de enfermedad en márgenes de resección. Para el análisis de supervivencia se utilizó el log rank test y las curvas de Kaplan Meier utilizando el paquete estadístico STATA 9.0. Los datos están expresados en medianas, rangos, IC 95% y porcentajes. El número de casos por grupo invalida realizar análisis multivariado.

Resultados: Fueron estudiados 54 pacientes: 22 hombres (41%) y 32 mujeres (59%). Mediana de edad: 50 años. El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma adenoide-quístico (41%), seguido por el carcinoma epidermoide (19%), los tumores carcinoides (7.4%), adenocarcinomas (7.4%), el carcinoma mucopidermoide de bajo grado (6%) y el fibrosarcoma (6%); el resto (13.2%) correspondió a lesiones benignas. La mediana de seguimiento para todos ellos fue de 2 años (rango 1-26 años). Al analizar separadamente los tumores adenoquísticos (22) y epidermoides (10), encontramos que la edad mayor a 50 años (HR 3.27, IC 95% 1.24-8.67, $p = 0.017$), el diagnóstico de carcinoma epidermoide (HR 12.29, IC 95% 3.18-47.49, $p = 0.00$), la presencia de márgenes de resección positivos (HR 5.78, IC 95% 1.42-23.64, $p = 0.015$) y las resecciones mayores a 6 cm (HR 11.86, IC 95% 3.31-42.44 $p = 0.00$) fueron factores asociados significativamente a menor tiempo de supervivencia.

Conclusiones: En esta serie de tumores traqueales observamos que los pacientes mayores a 50 años, el carcinoma epidermoide, las resecciones extensas y los márgenes insuficientes fueron factores de mal pronóstico. Estos factores deben tenerse en consideración al establecer la estrategia terapéutica en cada paciente.

Palabras clave: tumores primitivos de tráquea, cirugía

OSTEOCLASTOMA RECIDIVANTE DE ORIGEN COSTOVERTEBRAL

Ana Karina Patané¹, Mercedes Rayá², Adolfo Rosales¹, Héctor Riveror¹, Oscar Rojas¹

¹Servicio de Cirugía Torácica, ²Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Dirección postal: Dra. Ana Karina Patané, Las Heras 1717, 1660 Villa Maipú, San Martín, Buenos Aires, Argentina
e-mail: cirugiapulmon@gmail.com

Resumen

El tumor de células gigantes u osteoclastoma es una lesión benigna, aunque con comportamiento agresivo, puesto de manifiesto por la posibilidad de recidivar, invadir estructuras adyacentes y vasculares y posibilidad de desarrollar metástasis. Sin embargo, no responde a ningún tratamiento sistémico. Presentamos el caso de una mujer joven con varias recaídas locales de un tumor de células gigantes de origen costovertebral, con metástasis pulmonar única contralateral, y su tratamiento.

Palabras clave: tumor de células gigantes, cirugía

Abstract

The giant cell tumour is a benign condition, but with aggressive behavior, as evidence by the ability to recur, present vascular invasion and possibility of metastasis. There is no role to systemic treatment for these tumours. We report the case of a young woman with several local relapses of giant cell tumour, with contralateral lung metastases and its treatment.

Key words: giant cell tumours, surgery

Introducción

El tumor de células gigantes (TCG) es una lesión benigna, con tendencia a presentar un comportamiento agresivo. Fue descrita por primera vez por Jaffe y col en 1940, quienes supusieron que dicha neoplasia pertenecía al linaje de células osteoclasticas, debido

marcadores metabólicos o tumorales que permitan el seguimiento y diagnóstico de estas lesiones, así como tampoco su pronóstico¹.

Caso clínico

Una mujer de 32 años de edad consulta por toracodinia e hipoestesia en hemitórax izquierdo de 6 años de evolución. Luego de varias consultas se realizó una tomografía de tórax hallándose una lesión de características osteolíticas en la columna dorsal, con nacimiento en la unión costovertebral, la cual fue punzada con diagnóstico de osteoclastoma. Fue intervenida quirúrgicamente en varias oportunidades, debiéndose realizar fijación de columna con resección del tumor, cuyo diagnóstico histológico en todos los casos correspondió a un tumor de células gigantes. Recibió en forma adyuvante radioterapia con poca respuesta y hace 18 meses inició tratamiento con ácido zoledrónico con alivio de la sintomatología, pero con progresivo crecimiento del tumor, consultando a nuestro hospital luego de haber sido descartado el tratamiento quirúrgico en otras instituciones.

Al examen físico se constató abombamiento del hemitórax izquierdo y una masa renitente en hipocostria izquierda que correspondía a protrusión de viscera hueca. No presentó en ningún momento

CASUÍSTICA

Quilopericardio y quilotórax bilateral en una mujer con cáncer de mama

Marcelo Zylberman, Federico Losco, Carla Nicolini, Sebastián Halac, Karina Patane, Fernando Petracchi

Instituto Alexander Fleming, Buenos Aires, Argentina

Dirección postal: Dr. Marcelo Zylberman, Instituto Alexander Fleming, Crámer 1180, 1426 Buenos Aires, Argentina

Fax: (54-11) 6323-2999 e-mail: mzylberman@alexanderfleming.org

Resumen

El quilopericardio no traumático suele deberse a enfermedades infecciosas, congénitas o ne mediastinales, alteran el flujo linfático normal y acumulan quilo en la cavidad pericárdica. Se aproximadamente, un 3% de los casos. Se presenta el caso de una paciente de 52 años con ingresa con derrame pleural bilateral y signos ecocardiográficos de taponamiento cardíaco. Mediastino. El dosaje de triglicéridos en líquido pleural fue 372 mg/ dl. Por pericardiocentesis: triglicéridos de 984 mg/dl y colesterol 90 mg/dl. Se modificó el esquema terapéutico. Se revisó diagnósticos y el tratamiento de esta rara entidad.

Palabras clave: Quilopericardio; Quilotórax; Cáncer de mama

Timoma y miastenia gravis: algunas reflexiones

Autores: Aeri Karina Patané¹, Guillermo Menga¹, Héctor Rivera¹, Adolfo Rosales^{1,2}, Mercedes Rajá¹, Oscar Rojas¹, Moisés Rosenberg^{1,2}

Correspondencia:
Aeri Karina Patané
E-mail: chupapatin@gmail.com

¹Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer
²Instituto Médico Especializado Alexander Fleming

Al Editor:

En el Vol 13, N° 3 de la Revista Americana de Medicina Respiratoria se publica un ateneo sobre **Timectomía en paciente con Miastenia Gravis** que nos merece algunos comentarios:

A. Manejo clínico

La miastenia gravis es un desorden autoinmune cuyo espectro de síntomas abarca desde la debilidad ocular hasta la depresión respiratoria. Por tanto, debe tratarse como tal asociando corticoides e inmunosupresores, de ser necesario, a los fines de obtener estabilidad clínica al momento del procedimiento quirúrgico. Ello es independiente de la presencia o no de un timoma. La paciente presentaba síntomas bulbares (afectación de músculos orofaríngeos y fonatorios), perteneciendo al menos a un **estadio IIb** de la clasificación Clínica de Osserman¹, lo que implicaba que tal vez las condiciones clínicas en las cuales fue llevada a cirugía no fueron las más adecuadas, y pudieron motivar las complicaciones posteriores. Desde la publicación de Papatestas y col² en el año 1987 se hace hincapié en la estabilidad clínica de la miastenia como marcador pronóstico de mortalidad postoperatoria. En dicho trabajo, sobre 2062 pacientes intervenidos quirúrgicamente desde 1951 a 1985, sobre los cuales se practicaron 962 timectomías (226 de las cuales fueron por timoma), se analizaron diversos resultados como: remisión de los síntomas, presencia de neoplasias extratorácicas y mortalidad. Las conclusiones más interesantes con respecto a los factores que influenciaron favorablemente la remisión de los síntomas post resección quirúrgica fueron: las **formas leves de la enfermedad**, la ausencia de timoma, un período de duración de los

nóstico relevante al momento de lograr la remisión sintomática y disminuir la tasa de complicaciones y mortalidad postoperatoria. Con respecto a la presencia de un tumor tímico, cabe mencionar que la mayoría de los timomas diagnosticados son asintomáticos y debería ser práctica habitual solicitar la determinación de ACRA debido a que también en ellos la causa principal de mortalidad postoperatoria se debe a complicaciones derivadas de la miastenia gravis.

En la experiencia del Hospital María Ferrer, sobre 1535 pacientes con diagnóstico de miastenia gravis, se realizaron 463 timectomías, 23% de las cuales correspondieron a pacientes con diagnóstico de timoma. La tasa de remisión global de los síntomas fue del 20%.

B. Tratamiento quirúrgico

El rol fundamental de la cirugía consiste en reseccionar no sólo el tumor, sino **toda la glándula tímica, con la grasa periglandular y cualquier tejido mediastinal invadido (ej pericardio)**. Esto se debe a la caprichosa distribución anatómica del tejido tímico, pudiendo hallarse el mismo en cualquier sector del mediastino anterior desde la región cervical hasta el diafragma (Fig 1). Es por esta razón que se debe ser extremadamente cauteloso a la hora de decidir el abordaje quirúrgico, el cual debe satisfacer ciertas premisas oncológicas a saber:

- Deben reseccionarse el timoma, la glándula tímica y la grasa mediastinal.
- Deben disecarse y visualizarse la vena innominada y ambos nervios frénicos.
- Debe reseccionarse el tumor en bloque, sin perforación de la cápsula y evitando la exposición del tejido tumoral.

TUMORES CARCINOIDES PULMONARES TRATADOS QUIRÚRGICAMENTE VALOR PRONÓSTICO DE LA 7ª ESTADIFICACIÓN TNM

ANA K. PATANÉ^{1,2}, CLAUDIA POLERI¹, CLAUDIO MARTÍN^{1,2}, CARMEN PUPARELI^{1,2}, ADOLFO ROSALES^{1,2},
HÉCTOR RIVERO¹, OSCAR ROJAS¹, MOISÉS ROSENBERG^{1,2}

¹Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer, ²Instituto Médico Especializado Alexander Fleming,
Buenos Aires, Argentina

Resumen Con el objetivo de evaluar el valor pronóstico de la 7ª estadificación TNM se analizaron 43 mujeres (61%) y 28 hombres (39%) con diagnóstico de tumor carcinoide tratados quirúrgicamente desde enero/1975 hasta diciembre/2011. Mediana de edad: 38 años (13-67). Presentaron carcinoide típico (CT) 63 (89%) pacientes y 8 (11%) carcinoide atípico (CA). Mediana de seguimiento: 4 años (1 - 24 años). Los estadios correspondientes a CT fueron: IA = 33 (52%), IB = 10 (16%), IIA = 2 (3%), IIB = 2 (3%), IIIA = 12 (19%) y IIIB = 2 (3%); para los CA fueron: IA = 1 (12.5%), IIB = 1 (12.5%), IIIA = 2 (25%) y IIIB = 4 (50%). No hubo diferencia estadísticamente significativa en la supervivencia global a cinco años en el análisis estratificando por estadios ($p = 0.689$), ni analizando separadamente cada tipo histológico (CT $p = 0.547$; CA $p = 0.592$). El intervalo libre de enfermedad fue significativamente menor (CT: 3 años vs CA: 2 años, $p = 0.000$) y las recaídas más frecuentes en el grupo de carcinoides atípicos (CA: 50% vs CT: 2%, $p = 0.000$). Los pacientes con CT presentaron buena evolución aun en estadios avanzados, mientras que los que tuvieron CA presentaron menor tiempo de supervivencia e intervalo libre de enfermedad, y mayor frecuencia de recurrencia. El subtipo histológico resultó un factor significativo de pronóstico, mientras que la 7ª estadificación TNM no contribuyó en predecir la supervivencia en los tumores carcinoides.

Palabras clave: tumores carcinoides, estadificación TNM

Abstract *Surgically treated bronchopulmonary carcinoid tumours. Prognostic value of TNM staging 7th edition.* We analyzed 43 women (61%) and 28 men (39%) surgically treated for carcinoid tumors from Jan/1975 to Dec/2011. Median age: 38 years (13-67). Typical carcinoid (TC) appeared in 63 (89%) patients, 8 (11%) suffered from atypical carcinoid (AC). Median follow-up: 4 years (1-24). TC stages were: IA = 33 (52%), IB = 10 (16%), IIA = 2 (3%), IIB = 2 (3%), IIIA = 12 (19%) and IIIB = 2 (3%); AC stages were: IA = 1 (12.5%), IIB = 1 (12.5%), IIIA = 2 (25%) and IIIB = 4 (50%). TNM classification did not show significant differences on 5-years survival period by stage ($p = 0.689$), even according to histological type (TC: $p = 0.547$; AC: $p = 0.592$). The disease-free survival rate was significantly lower (TC: 3 years vs. AC: 2 years, $p = 0.000$) and relapses were more frequent in AC (AC: 50% vs. TC: 2%, $p = 0.000$). The 7th TNM staging was not influential in estimating survival from carcinoid tumors in our population. The histological subtype was a better prognostic factor.

Key words: carcinoid tumors, TNM staging

CÁNCER DE PULMÓN: TRATAMIENTO DE ALTO COSTO EN ENFERMEDAD AVANZADA

Guía de Práctica Clínica

Revisión | 2015



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

Declaración de conflictos de interés del Panel de expertos

Nombre Apellido	Especialidad	Institución	DECLARA CONFL INTERES
Abal Mariana	Oncólogo	Henry Moore	Ninguno
Agusto Silvia	Oncóloga	B DE DROGAS	Ninguno
Alfie Margarita	ANMAT	ANMAT	Ninguno
Aman Enrique	Oncólogo	SWIS MEDICAL	
Bagnes Claudia	Oncóloga	Hospital Tornú. Representante AAOC	Roche, Pfizer, Boehringer Ingelheim, Astra Zeneca
Castro Mónica	Oncóloga, investigadora	Instituto Roffo	Ninguno
Cundom Juan	Oncólogo	Fundación Favalaro	Ninguno
Kirchuk Ricardo	Oncólogo	Hospital Roffo. OSDE	Beca asistencia a congresos: Roche, Boehringer Ingelheim, Astra Zeneca. Honorarios expositor Boehringer Ingelheim
Lyons Gustavo	Cirujano torácico	Hospital Británico	Honorarios expositor Pfizer
Martin Claudio	Oncólogo	IAF. Representante AAOC	Becas asistencia congresos Boehringer Ingelheim. Honorarios expositor Astra Zeneca
Olleary Karina	Oncóloga	Duran	Ninguno
Patane Karina	Cirujana torácica	Ferrer	Ninguno
Tomadoni Adriana	Oncóloga	Htal Posadas	Ninguno
Vidal Rosario	Oncóloga		Ninguno
Zerviño Ignacio	Representante ONG	ACIAPO	Ninguno
Anastasio Juan José	Cirujía torácica	Tucumán	Ninguno
Anton Andres	Oncólogo	Bariloche	Beca asistencia congreso Pfizer
Blajman César	Oncólogo	Santa Fé	Remuneración por protocolo de investigación por Bristol-Myers Squibb ensayo CA184024
Fein Luis	Oncólogo	Rosario. Grupo GAICO	Remuneración por protocolo de investigación EGF 108949 (GlaxoSmithKline, Bristol, MSD); Conferencias/Ad Board (Roche, MSD, Bristol)
Ferraris Gustavo	Radioterapia	Córdoba	Ninguno
Juarez Collados Marina	Oncóloga	Formosa	Ninguno
Iruarte Carolina	Oncóloga	Jujuy	Pfizer participación LAMMTO case octubre 2015
Lirussi Mauricio	Oncólogo	San Juan	Ninguno
Magri Ignacio	Oncólogo	Córdoba	Ninguno
Ortiz Eduardo	Oncólogo	La Pampa	Investigador principal protocolo Roche, case 2014
Romero Pablo	Oncólogo	Río Negro	Ninguno
Rusz Maidana Cristina	Oncóloga	Santiago de Estero	Ninguno

ACUTE CARDIOVASCULAR COMPLICATIONS IN A CARDIO-ONCOLOGY UNIT

M. de Abreu¹, E. Zaidel¹, N. Romagnoli¹, D. Santos¹, R. Chacón², C. Tajer¹, A. Patane², M. Zylberman²

¹*Cardiooncology, Alexander Fleming Institute, CABA, Argentina*

²*Oncology, Alexander Fleming Institute, CABA, Argentina*

Introduction

Prolonged survival have been achieved with advances in cancer treatment, but also more complications related to progression disease or secondary to treatment were seen. Due to the importance of cardiovascular (CV) complications in cancer patients, it have been developed specific cardiovascular care units in oncological institutions.

Objectives

To describe the causes of admission and clinical course of cancer patients hospitalized due to serious cardiovascular complications in a cardio-oncology unit (COU).

Methods

Observational, prospective study. Patients diagnosed with solid or hematological cancer, requiring admission to the COU between July 2011 and January 2014 in Alexander Fleming Institute, Buenos Aires, Argentina.

Results

A total of 74 patients were admitted. Median age 63 years (53 – 72). Male: 38 %. Primary tumours: lung 15 (20.3 %), breast 14 (18.9 %), hematologic 11 (14.8 %), gynecologic 8 (10.8 %), gastrointestinal 7 (9.5 %), prostate 2 (2.7 %), melanoma 2 (2.7 %), other cancer 15 (20.3 %). The CV events were: heart failure: 19 (25.7 %) (2 of them Takotsubo syndrome.), acute coronary syndromes: 15 (20.3 %), 5 of them vasospasm by 5-FU, arrhythmias: 12 (16.2 %), cardiac tamponade: 11 (14.9 %), thromboembolic events: 10 (13.5 %), hypertensive crisis: 6 (8.1 %) and syncope due to cardiac metastases 1 (1.3 %). The global mortality was 10, 8 % (8 patients). Four of them in heart failure, 2 in coronary syndrome, 1 in thromboembolism and 1 in the arrhythmia group.

Conclusions

A number of cancer patients develop cardiovascular complications, affecting their prognosis. Supportive care should include a group of experts in cardiovascular disease. A group of patients will require this type of attention.



REVISTA ARGENTINA DE ENDOCRINOLOGÍA Y METABOLISMO

www.elsevier.es/raem



Caso clínico

Carcinoma papilar de tiroides localmente invasivo en tráquea. Tratamiento oncológico y posterior traqueoplastia alejada por dehiscencia de anastomosis traqueal



Santiago Zund^{a,*}, Karina Patané^b, Inés Califano^c, Matías Calabretta^d y Ezequiel Lupo^e

^a Departamento de Cirugía de Cabeza y Cuello, Instituto de Oncología Ángel H. Roffo, Buenos Aires, Argentina

^b Servicio de Cirugía Torácica, Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer, Buenos Aires, Argentina

^c Servicio de Endocrinología, Instituto de Oncología Ángel H. Roffo, Buenos Aires, Argentina

^d Servicio de Endocrinología, Hospital Interzonal de Agudos Dr. Luis Güemes, Buenos Aires, Argentina

^e Servicio de Anatomía Patológica, Instituto de Oncología Ángel H. Roffo, Buenos Aires, Argentina

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 8 de febrero de 2016

Aceptado el 20 de mayo de 2016

On-line el 12 de julio de 2016

Palabras clave:

Cáncer tiroideo

Invasión traqueal

Cirugía tiroidea

Traqueoplastia

RESUMEN

Introducción: El objetivo del tratamiento del carcinoma diferenciado de tiroides con invasión traqueal es resear satisfactoriamente la enfermedad conservando las funciones.

Caso clínico: Mujer de 27 años, con masa tiroidea con compromiso traqueal evidenciado por tomografía computarizada. Se efectuó tiroidectomía total, linfadenectomía central y selectiva n-v bilateral, resección segmentaria y anastomosis traqueal. En el postoperatorio presentó dehiscencia de la anastomosis, requiriendo traqueostomía. Posteriormente, se efectuó traqueoplastia con evolución favorable.

Discusión: La resección traqueal segmentaria es de elección en casos de compromiso local sin enfermedad a distancia. La traqueoplastia permite obtener un resultado funcional satisfactorio en estos casos en centros de alto volumen.

© 2016 Sociedad Argentina de Endocrinología y Metabolismo. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Locally invasive papillary thyroid carcinoma with tracheal invasion. Oncological treatment and subsequent remote tracheoplasty due to tracheal anastomotic dehiscence



Country / region

Argentina

- [Recomendaciones para el Manejo No Invasivo e Invasivo de la Insuficiencia Respiratoria Hipoxémica de Novo Covid-19 – Asociación Argentina de Medicina Respiratoria \(AAMR\) \[Spanish\]](#)
- [Recomendaciones para el laboratorio de función pulmonar en la era COVID-19 – AAMR \[Spanish\]](#)
- [Cáncer de pulmón en el contexto de la pandemia SARS-COVID 19 – AAMR \[Spanish\]](#)
- [Información importante sobre coronavirus \(COVID-19\) – Sociedad Argentina de Cirugía Torácica \(SACT\) \[Spanish\]](#)

Asia-Pacific

- [COVID-19 Information Sheet – Asia Pacific Cities Alliance for Tobacco Control and NCDs Prevention \(APCAT\) \[English\]](#)

Australia

- [Australian guidelines for the clinical care of people with COVID-19 – National COVID-19 Clinical Evidence Taskforce \[English\]](#)

Austria

- [Stellungnahme der ÖGP zum Management von akuten SARS-CoV-2 Infektionen und zum Management von chronischen Lungenerkrankungen während der SARS-CoV-2 Pandemie – Austrian Society for Pneumology \(ÖGP\) \[German\]](#)

Brazil



ASOCIACIÓN ARGENTINA DE MEDICINA RESPIRATORIA

CÁNCER DE PULMÓN EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA SARS-COVID 19

19 abril, 2020 | uv5617 | La Gaceta de Abril 2020. LAS SECCIONES CIENTÍFICAS NOS CUENTAN

APORTE: Sección Oncología. **Coordinador:** Dr. Sergio Benitez.

AUTORES: Dra. Ana Karina Patané, Dr. Héctor Rivero, Dra. Lillan Vila, Dr. Claudio Martín. **Servicio de cirugía:** Servicio de Oncología del Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer. **Miembros de la Sección Oncología de la AAMR.**

En la actualidad, la pandemia originada por el COVID-19 nos enfrenta a profundos desafíos con respecto a la salud pública mundial. Varios datos confirman que los pacientes de mayor edad y con comorbilidades (otras enfermedades) tienen especial susceptibilidad a presentar una evolución más grave. Pero ¿qué pasa con los pacientes que padecen cáncer?

BUSCAR ...

ENTRADAS RECIENTES

CARTA A TODOS LOS SOCIOS DE NUESTRA PRESIDENTA

¡NUEVO VICEPRESIDENTE Y VOCALES! FINALIZÓ LA ELECCIÓN DE AUTORIDADES 2020

Votá a los nuevos coordinadores de las secciones científicas

¿YA TE ANOTASTE EN EL 48º CONGRESO AAMR?

EL PRIMER CONGRESO VIRTUAL AAMR ESTÁ CADA VEZ MÁS CERCA

TRANSMOGRAFIZACIÓN PLACENTARIA DE PULMÓN. PRESENTACIÓN ATÍPICA DEL ENFISEMA BULOSO*

LILIANA VILA¹, ATRILIO REGIATTO², HÉCTOR RIVERO², MERCEDES RAYÁ,
GABRIELA GUMA¹, ANA KARINA PATANE¹

¹Servicio de Cirugía Torácica, ²Servicio de Anatomía Patológica,
Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer, Buenos Aires, Argentina

Resumen: La transmigración placentaria del pulmón es una lesión anatómicamente infrecuente, asociada al enfisema buloso gigante y considerada por algunos autores una variante histológica del enfisema buloso gigante unilateral. Su etiología aún es desconocida y representa un desafío tanto para el diagnóstico clínico como anatómopatológico. Presentamos el caso de un paciente joven, que consulta con síntomas de un año de evolución, y cuyo diagnóstico postoperatorio incluye esta rara entidad.

Palabras clave: transmigración placentaria pulmonar

Abstract: Placental transmigrification of the lung. Atypical presentation of the bulous emphysema. Placental transmigrification of the lung is an extremely rare lesion, associated with giant bulous emphysema and considered by some authors to be a histological variant of unilateral giant bulous emphysema. Its etiology is still unknown and represents a challenge for both clinical and pathological diagnosis. We present the case of a young patient, who consults with dyspnea of one year of evolution, and whose postoperative diagnosis includes this rare entity.

Key word: placental transmigrification of the lung

El término transmigración significa transformación a una forma extraña, y es la capacidad de cambiar de aspecto a cualquier forma ya sea vegetal, animal, mineral o humana. La transmigración placentaria del pulmón (PTL) es una lesión benigna y extremadamente infrecuente¹. Si bien se asocia al enfisema buloso gigante y por algunos autores es considerada una variante histológica del enfisema buloso gigante unilateral, su etiología aún es desconocida²⁻⁴. Fue descrita por primera vez en 1979 por Mc Cheaney⁵⁻⁷. Debido a la semejanza histológica que presentaba con vellosidades intralobulares de la placenta, el término "placentoide" podría ser el más adecuado para describir sus caracteres tanto histológicos como microscópicos. La microscopía muestra de manera característica estructuras papilares revestidas por mesocitos hiperplásicos que asemejan vellosidades placentarias⁸. Histológicamente la PTL muestra principalmente cambios bulosos y muy raramente se presenta como quistes o císticas⁹. Debido a la rareza de la entidad, presentamos el caso de un paciente joven, que consultó con síntomas

de un año de evolución, y cuyo diagnóstico postoperatorio incluye esta rara entidad.

Caso clínico

Hombré de 38 años de edad, no tabaquista y sin otros antecedentes clínicos de relevancia, quien consultó por síntomas progresivos de un año de evolución. En la radiografía de tórax simple se observaba vena pulmonar radió lucida, bases con áreas de condensación y desplazamiento del mediastino hacia el pulmón contralateral. Se realizó tomografía computarizada de tórax en la que se evidenciaron múltiples bullas en pulmón derecho con predominio en el lóbulo superior y resto del parénquima homolateral condensado, con desplazamiento mediastinal y compresión del pulmón contralateral (Fig. 1). No había antecedentes de infecciones respiratorias o neoplasia, ni trastorno en la fertilidad que hicieran suponer algún trastorno en la motilidad ciliar de carácter, al menos, autosómico recesivo. Los estudios para la evaluación de la función pulmonar incluyeron: perfusión de perfusión, test de caminata, espirografía espontánea con estudio de difusión de monóxido de carbono (DLCO) y consumo de oxígeno (VO₂). En el caminograma de perfusión, el pulmón derecho aportaba el 11% de la perfusión total, en el test de mezcla alcanzó los 465 ml/min sin desaturación, el espirograma fue normal y los valores de la espirometría: -VEP: 1,84 (43%), FVC 2,34 (45%), DLCO 24,3 (72%), y consumo de oxígeno (VO₂) 82%, habilitan la resección quirúrgica. Se realizó test del sudor para descartar enfermedad fibroquística (FQ) con resultado negativo. Asumiendo que la causa de su disnea era

Recibido: 9-V-2020

Aceptado: 17-VI-2020

Dirección postal: Ana Karina Patane, Rosendo 2827, 1608 Buenos Aires, Argentina

e-mail: karinapatane@gmail.com

Minimal invasive surgery in locally advanced N2 non-small cell lung cancer

Ana Karina Petani

Department of Thoracic Surgery, Hospital Dr. Roberto A. Roques, Montevideo, Uruguay

Correspondence to: Ana Karina Petani, Department of Thoracic Surgery, Hospital Dr. Roberto A. Roques, Montevideo, Uruguay. Email: karinapetani@gmail.com

Abstract: Locally advanced lung cancer, defined by nodal involvement in upper mediastinal stations (N2) (stage IIIA–N2), includes a wide spectrum of patients with multiple therapeutic alternatives. Such heterogeneity is explained, at least in part, by tumor size and magnitude of mediastinal-nodal involvement. In this setting, many variables can influence the prognosis, such as the specific nodal station compromised, the burden of mediastinal disease, and the presence of skip metastasis. In the surgical field, the advent of minimally invasive techniques, including video-assisted thoracoscopic and robotic surgery, have revolutionized the management of early-stage lung cancer, but implementations of these approaches in the locally advanced setting have been erratic. This review attempts to highlight the most relevant scientific data of the surgical management of locally advanced lung cancer patients, analyzing not only the medical evidence but also the cost-effectiveness and accessibility.

Keywords: Non-small cell lung cancer (NSCLC); N2 disease; minimally invasive approach; VATS surgery; induction therapy

Submitted Feb 19, 2023. Accepted for publication May 11, 2023.

doi: [10.21037/jtd.2023.01.27](https://doi.org/10.21037/jtd.2023.01.27)

View this article at: <http://dx.doi.org/10.21037/jtd.2023.01.27>

Introduction

In the last decade, tremendous advances in cancer treatments have improved the management of locally and advanced non-small cell lung cancer (NSCLC). In the surgery field, minimally invasive surgery (MIS), specially video-assisted thoracoscopic (VATS), has emerged as a completely non-rib spreading technique with long-term outcomes and overall oncologic efficacy equivalent to the traditional open thoracotomy (1–4). Growing experience with this technique, together with the improvement in video technology and instrumentation, has allowed the VATS to evolve from early-stage to locally advanced NSCLC (stage IIIA–N2) (5–7). VATS has demonstrated multiple advantages compared to open thoracotomy, such as reduced postoperative pain, shorter hospital stays, diminished inflammatory responses, early onset of patients' usual activities, and better tolerance to postoperative chemotherapy (8). Since the 1990s, the emergence of the

minimally invasive approach has gained ground in the surgical field for the treatment of multiple pathologies. As for early-stage lung cancer surgery, this technique went from being a subtle suggestion to a strong recommendation in clinical practice guidelines. However, the use in the advanced setting is still variable (9). The main reasons for the resistance of this new technology include the increased risk of intraoperative accidents (bleeding and vascular injury), and most importantly, the doubt of not being able to perform a radical oncologic resection compared to standard thoracotomy (8). Additionally, there is a lack of a clear consensus on what features constitute an “operable” stage IIIA–N2 NSCLC, which leads to multiple controversial issues, such as single nodal metastasis versus multi-station involvement, suspected limited versus bulky disease, and induction chemotherapy versus resection (10). For all these reasons, the aim of this review is to provide a comprehensive overview of two of the most controversial topics in NSCLC surgical treatment: mediastinal N2 lymph

CARCINOMAS TÍMICOS: DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS

17 mayo, 2020  uv5617  Sin categoría 



ENTRADAS RECIENTES

CARTA A TODOS LOS SOCIOS DE NUESTRA PRESIDENTA

¡NUEVO VICEPRESIDENTE Y VOCALES! FINALIZÓ LA ELECCIÓN DE AUTORIDADES 2020

Votó a los nuevos coordinadores de las secciones científicas

¿YA TE ANOTASTE EN EL 48º CONGRESO AAMR?

EL PRIMER CONGRESO VIRTUAL AAMR ESTÁ CADA VEZ MÁS CERCA.

ARCHIVOS

noviembre 2020

octubre 2020

septiembre 2020

APORTE: Sección Oncología. Coordinador: Dr. Sergio Benitez.

AUTORA: Dra. Ana Karina Patané. Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer.

"Para mi papá, de quien heredé la vocación por mi profesión, la pasión por el trabajo y la virtud de la honradez".

Las neoplasias tímicas son los tumores más comunes del mediastino anterior, generalmente tienen un curso indolente, y la mayoría de los pacientes sobreviven durante muchos años¹. Sin embargo, un pequeño porcentaje de estos tumores son carcinomas tímicos (CT), los cuales generalmente se diagnostican en estadios avanzados, y presentan un comportamiento agresivo, con tasas de supervivencia a 5 años que oscilan entre el 28% al 67%^{2,3}.

Se desconoce su incidencia exacta pero puede estimarse en alrededor de 1 a 3 casos por cada 10 millones de habitantes⁴⁻¹⁰. Hsu et al estudiaron la incidencia de tumores epiteliales tímicos (TET) en los Estados Unidos, utilizando la base de datos del Instituto Nacional del Cáncer (SEER) y el Programa Nacional de Registros de Cáncer (NPCR) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. De los 13.586 pacientes diagnosticados con TET, 2772 (20.4%) tenían diagnóstico de CT¹¹.

Según los datos epidemiológicos publicados por ITMIG en el artículo de Ahmad et al, la edad promedio de la población con esta afección es de 56 años y el 39% de los casos son mujeres¹². Existe un incremento sostenido en la incidencia global de esta patología, aún en el análisis por subgrupo de género. La tasa estandarizada por edad de cáncer de timo se incrementó entre 2001 y 2006, con un cambio porcentual anual (CPA) de 4.9% (p <0.05); la tasa estandarizada por edad de CT en hombres aumentó de 0.28 / 100,000 en 2001 a 0.35 / 100,000, con un CPA de 1.0% (p <0.05), y la de cáncer de timo en mujeres también aumentó de 0.18 / 100,000 en 2001 a 0.26 / 100,000, con un CPA de 1.7% (p

abril 2020

marzo 2020

febrero 2020

diciembre 2019

noviembre 2019

octubre 2019

septiembre 2019

agosto 2019

julio 2019

junio 2019

mayo 2019

abril 2019

marzo 2019

febrero 2019

noviembre 2018

octubre 2018

agosto 2018

julio 2018



Contents lists available at ScienceDirect

Critical Reviews in Oncology / Hematology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/critrevonc



Recommendations for detection, prioritization, and treatment of thoracic oncology patients during the COVID-19 pandemic: the THOCOoP cooperative group



Oscar Arrieta^{a,*}, Andrés F. Cardona^{b,c}, Luis Lara-Mejía^d, David Heredia^e, Feliciano Barrón^f, Zyanya Lucia Zatarain-Barrón^g, Francisco Lozano^h, Vladimir Cordetro de Limaⁱ, Federico Maldonado^j, Francisco Corona-Cruz^k, Maritza Ramos^l, Luis Cabrera^m, Claudio Martínⁿ, Luis Corrales^o, Mauricio Cuello^p, Marisol Arroyo-Hernández^q, Enrique Aman^r, Ludwig Bacon^s, Renata Baez^t, Sergio Benítez^u, Antonio Bolero^v, Mauricio Burotto^w, Christian Caglevic^x, Gustavo Ferraris^y, Helano Freitas^z, Diego Lucas Kaen^{aa}, Sebastián Lamoi^{ab}, Gustavo Lyons^{ac}, Luis Mas^{ad}, Andrea Mata^{ae}, Clarissa Mathias^{af}, Alvaro Muñoz^{ag}, Ana Karina Patane^{ah}, George Obillas^{ai}, Luis Pino^{aj}, Luis E. Raetz^{ak}, Jordi Remon^{al}, Leonardo Rojas^{am}, Christian Rolfo^{an}, Alejandro Rutz-Paillof^{ao}, Suraj Samant^{ap}, Lucia Viola^{aq}, Santiago Viteri^{ar}, Rafael Rosell^{as}

- ^a Instituto Nacional de Cancerología, México City, México
- ^b Instituto Oncology Clinic, Ciudad del Country, Bogotá, Colombia
- ^c Hospital General de Cardiología y Cirugía Oncológica, Bogotá, Colombia
- ^d Hospital General de Oncología Clínica - A.C. Country Cancer Clinic, San José, Costa Rica
- ^e Instituto Oncology Clinic, Ciudad del Country, Bogotá, México, D.F., Argentina
- ^f Hospital General de Cardiología y Cirugía Oncológica, Bogotá, Argentina
- ^g Hospital General de Cardiología y Cirugía Oncológica, Bogotá, Argentina
- ^h Hospital General de Cardiología y Cirugía Oncológica, Bogotá, Argentina
- ⁱ Hospital General de Cardiología y Cirugía Oncológica, Bogotá, Argentina
- ^j Hospital General de Cardiología y Cirugía Oncológica, Bogotá, Argentina
- ^k Hospital General de Cardiología y Cirugía Oncológica, Bogotá, Argentina
- ^l Hospital General de Cardiología y Cirugía Oncológica, Bogotá, Argentina
- ^m Hospital General de Cardiología y Cirugía Oncológica, Bogotá, Argentina
- ⁿ Hospital General de Cardiología y Cirugía Oncológica, Bogotá, Argentina
- ^o Hospital General de Cardiología y Cirugía Oncológica, Bogotá, Argentina
- ^p Hospital General de Cardiología y Cirugía Oncológica, Bogotá, Argentina
- ^q Hospital General de Cardiología y Cirugía Oncológica, Bogotá, Argentina
- ^r Hospital General de Cardiología y Cirugía Oncológica, Bogotá, Argentina
- ^s Hospital General de Cardiología y Cirugía Oncológica, Bogotá, Argentina
- ^t Hospital General de Cardiología y Cirugía Oncológica, Bogotá, Argentina
- ^u Hospital General de Cardiología y Cirugía Oncológica, Bogotá, Argentina
- ^v Hospital General de Cardiología y Cirugía Oncológica, Bogotá, Argentina
- ^w Hospital General de Cardiología y Cirugía Oncológica, Bogotá, Argentina
- ^x Hospital General de Cardiología y Cirugía Oncológica, Bogotá, Argentina
- ^y Hospital General de Cardiología y Cirugía Oncológica, Bogotá, Argentina
- ^z Hospital General de Cardiología y Cirugía Oncológica, Bogotá, Argentina
- ^{aa} Hospital General de Cardiología y Cirugía Oncológica, Bogotá, Argentina
- ^{ab} Hospital General de Cardiología y Cirugía Oncológica, Bogotá, Argentina
- ^{ac} Hospital General de Cardiología y Cirugía Oncológica, Bogotá, Argentina
- ^{ad} Hospital General de Cardiología y Cirugía Oncológica, Bogotá, Argentina
- ^{ae} Hospital General de Cardiología y Cirugía Oncológica, Bogotá, Argentina
- ^{af} Hospital General de Cardiología y Cirugía Oncológica, Bogotá, Argentina
- ^{ag} Hospital General de Cardiología y Cirugía Oncológica, Bogotá, Argentina
- ^{ah} Hospital General de Cardiología y Cirugía Oncológica, Bogotá, Argentina
- ^{ai} Hospital General de Cardiología y Cirugía Oncológica, Bogotá, Argentina
- ^{aj} Hospital General de Cardiología y Cirugía Oncológica, Bogotá, Argentina
- ^{ak} Hospital General de Cardiología y Cirugía Oncológica, Bogotá, Argentina
- ^{al} Hospital General de Cardiología y Cirugía Oncológica, Bogotá, Argentina
- ^{am} Hospital General de Cardiología y Cirugía Oncológica, Bogotá, Argentina
- ^{an} Hospital General de Cardiología y Cirugía Oncológica, Bogotá, Argentina
- ^{ao} Hospital General de Cardiología y Cirugía Oncológica, Bogotá, Argentina
- ^{ap} Hospital General de Cardiología y Cirugía Oncológica, Bogotá, Argentina
- ^{aq} Hospital General de Cardiología y Cirugía Oncológica, Bogotá, Argentina
- ^{ar} Hospital General de Cardiología y Cirugía Oncológica, Bogotá, Argentina
- ^{as} Hospital General de Cardiología y Cirugía Oncológica, Bogotá, Argentina

*Corresponding author.
E-mail address: oscararrieta@icic.com (O. Arrieta).

<https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2020.103032>
Received 28 May 2020; Accepted 13 June 2020
Available online 20 June 2020
0940-8428/ © 2020 Elsevier B.V. All rights reserved.

Mediastinal germ cell tumors: cohort of patients with this rare entity

Florencia Belén Basile¹, Ana Karina Patané¹, Adolfo Romales^{1,2}, Matías Rosenberg¹

¹Thoracic Surgery, María Ferrer Respiratory Rehabilitation Hospital, Buenos Aires, Argentina. ²Thoracic Surgery, Alexander Fleming Specialized Medical Institute, Buenos Aires, Argentina

Contributions: (I) Conception and design: All authors; (II) Administrative support: All authors; (III) Provision of study materials or patients: All authors; (IV) Collection and assembly of data: All authors; (V) Data analysis and interpretation: All authors; (VI) Manuscript writing: All authors; (VII) Final approval of manuscript: All authors.

Correspondence to: Florencia Belén Basile, Franchini 899, Federal Capital, Buenos Aires, Argentina. Email: Flo_basile@hotmail.com

Background: Extragonadal germ cell tumors are infrequent and represent between 1–10% of all mediastinal tumors. It presents differences to those of gonadal location in terms of clinical presentation, behavior and prognosis which is poor even with treatment.

Methods: Retrospective and descriptive cohort study on 18 patients with diagnosis of mediastinal germ cell tumor surgically treated at María Ferrer Respiratory Rehabilitation Hospital and Alexander Fleming Specialized Medical Institute.

Results: Nine men and 7 women were analyzed over a period of 10 years. The median age was significantly lower among men (22 vs. 34 years, $P=0.01$). The most common initial symptom was pain in 40.77%. Chest radiography was the diagnostic method used in 13 patients (81.21%). Tumor marker levels were raised in 7 patients (41.71%), and decreased after surgery. All women had a mature teratoma, however, no statistically significant difference was found at the histological distribution by gender ($P=0.196$). The median tumor size was 7.02 centimeters. The most frequent surgical approach was sternotomy. No woman in the study received treatment before or after surgery, while 85.90% of men received chemotherapy treatment for tumor or intransient contact with neighboring structures ($P=0.001$). Chemotherapy was indicated in 11.00% of the male population due to relapse. The median follow-up was 36 months (range, 1–93 months). No statistically significant differences were observed in the median follow-up ($P=0.950$), the percentage of relapses ($P=0.001$) and overall survival by gender ($P=0.315$). Overall survival was 77%.

Conclusions: Tumors were predominantly primary and not synchronous. Multimodal treatment was a useful tool to improve the chances of resection and overall survival. There was a percentage of women higher than the published literature, teratomas predominated in them, and surgery was the only necessary treatment.

Keywords: Mediastinum, tumor, prognosis

Received: 07 August 2020 / Accepted: 19 October 2020

doi: 10.2197/med.20-11

View this article at <https://dx.doi.org/10.2197/med.20-11>

1 Introduction

Extragonadal germ cell tumors are uncommon, were first described by Woodruff in 1953 (1) and represent between 1–10% of all mediastinal tumors (2–3). It presents similar characteristics to those of gonadal location with regard to histology, tumor markers, and genetic abnormalities; but

also presents differences in terms of clinical presentation, behavior and prognosis, which is poor even with treatment (2–5). For this reason, they are studied as a separate entity, although due to the few series reported, there is still no consensus on the therapeutic strategy (4). Mediastinal germ cell tumors are more frequent in young men, with

Broncoplastias y traqueoplastia VATS monoportal, es la evolución natural de la técnica abierta?

Autores: Rivero Héctor^{1,2,3}; Bondulich Gustavo^{2,4} Cirujano de Tórax; ^{1,5}Rosales Adolfo; ¹Patané Karina, Jefa del Servicio de Endoscopia y Cirugía Torácica Hospital de Rehabilitación Respiratoria Maria Ferrer

¹Hospital de Rehabilitación Respiratoria Maria Ferrer, ²Clínica San Camilo, ³Sanatorio Finochietto;

⁴ Hospital Tornú ; ⁵ Instituto Alexander Fleming.

Introducción

La broncoplastia como alternativa para conservación de parénquima pulmonar con resección y reconstrucción bronquial lleva más de 50 años. Con el refinamiento de la técnica y el conocimiento anatómico se ha logrado evitar la neumonectomía, procedimiento que para el cual se ha reportado una mortalidad operatoria del 5 a 20% en los primeros 30 días.

Inicialmente llevada a cabo en neoplasias de bajo grado, tumores carcinoides o patologías granulomatosas con secuelas en los bronquios (la más común tuberculosis o traumatismos que asientan con más frecuencia en el bronquio fuente izquierdo por disposición anatómica) las broncoplastias ganaron terreno como la indicación quirúrgica de neoplasias más invasoras. Su implementación en el tratamiento de tumores centrales ha demostrado mejor supervivencia y menor tasa de complicaciones posoperatorias tempranas y tardías con respecto a las neumonectomías. La extensión de la resección debe permitir la reconstrucción posterior y la indicación tiene que tener en cuenta una correcta evaluación desde el punto de vista del funcional cardiorespiratorio y oncológico, y para ello es fundamental el manejo multidisciplinario del paciente.^{1;2;3}

Evolución histórica

Las primeras publicaciones sobre esta técnica versaron sobre aislados reportes de casos. Fueron Grillo y colaboradores quienes en la década del 80 describieron la resección carinal y bronquial en

4.6 Libros registrados

Tratado de Cirugía Torácica, Cap 137 Traumatismos cerrados de tórax, págs 2121-2139, SEPAR 2010. (pág 121)

Colodenco, D.; Giugno, E; Menga, G; Rossi, S, Casos Clínicos en Medicina respiratoria. Cap 1, páginas 9-16, GlaxoSmithKline, Marzo 2011. (pág 122-124)

Colodenco, D.; Giugno, E; Menga, G; Rossi, S, Casos Clínicos en Medicina respiratoria. Cap 2, páginas 17-24, GlaxoSmithKline, Marzo 2011(pág 122-124)

Claudio Mazia, Miastenis Gravis y problemas relacionados, Cap21, Páginas 289-301, Editorial Inter Médica, 2017. (pág 125-127)

En prensa: Tratamiento quirúrgico de las estenosis traqueales

Tumores de Mediastino anterior para Tratado de cirugía Torácica

Mesotelioma pleural maligno para Tratado de cirugía Torácica.

Guías de práctica clínica para el tratamiento del mesotelioma pleural maligno (Academia Nacional de Medicina) 2020. Coautora

Capítulo 137

TRAUMATISMOS CERRADOS DEL TÓRAX

Moisés Rosenberg Guelerman, Andrés Carlos Colombatti,
Ana Karina Patané Schiavone, Carlos Horacio Spector

INTRODUCCIÓN

Las colisiones por vehículos automotores son las principales causas de los traumatismos cerrados de tórax, especialmente en personas menores de 40 años¹. Muchos de los pacientes más gravemente afectados fallecen poco después de llegar al centro de salud a causa de retrasos en el diagnóstico y el tratamiento oportunos, a pesar de que en la mayoría de las veces se requieren procedimientos y técnicas que están al alcance de cualquier médico y teniendo en cuenta que apenas menos del 10 % de los traumatismos cerrados son pasibles de toracotomías.

Es de interés mencionar a los efectos comparativos entre los factores causales, que el 70% de los traumatismos cerrados se originan en accidentes de tránsito, 10% en caídas, 10% en aplastamientos o derrumbes y el 10% restante debido a golpes varios². Los de escasa magnitud, tales como las fracturas costales simples, por lo general, no generan cuadros sistémicos sino solamente síntomas y signos focales. En cambio los cuadros más graves suelen manifestarse por una tríada característica integrada por hipoxia, hipercapnia y acidosis³. La hipoxia tisular resulta de un inadecuado aporte de oxígeno a los tejidos, consecuencia de un transporte deficitario debido tanto a hipovolemia, a una alteración en la relación ventilación-perfusión, como a la ocupación del espacio pleural por hemotórax o neumotórax a tensión. La hipercapnia es debida a los mismos factores o a ventilación insuficiente, además de la depresión de la consciencia que

ocurre en aquellos pacientes con lesiones asociadas. Por último, la acidosis es producto de una hipoperfusión tisular. Se ha observado que la incidencia de ocupación del espacio pleural por aire o sangre, las complicaciones respiratorias y el riesgo de muerte debido a ellas, es directamente proporcional al número de fracturas costales¹.

PRINCIPIOS GENERALES DE LA ATENCIÓN INICIAL DE PACIENTES TRAUMATIZADOS

Los traumatismos torácicos puros tienen por lo general un buen pronóstico y elevadas posibilidades de supervivencia. En cambio, su asociación con otras lesiones incrementa no sólo la probabilidad de complicaciones respiratorias sino también la mortalidad, debido sobre todo al compromiso neurológico que con frecuencia acompaña a estos cuadros. El inmediato tratamiento con gestos imprescindibles para el sostenimiento inicial del paciente politraumatizado grave es condición para lograr la superación progresiva de los desequilibrios orgánicos¹.

La denominada revisión primaria tiene por objeto detectar las situaciones que ponen en peligro la vida y por consiguiente adoptar las medidas para revertirlas a la brevedad. Para ello, han de sistematizarse los gestos con foco en: 1) la vía aérea, para percibir posibles signos sugestivos de su compromiso a los efectos de asegurar la permeabilidad, 2) la respiración

Casos clínicos en medicina respiratoria

Dr. Daniel Colodenco

Dr. Eduardo Giugno

Dr. Guillermo Menga

Dr. Santiago Rossi



Colaboradores

Dra. Lilian Cano

Médica del Hospital Dr. Antonio Cetrángolo

Dr. Fabián M. Caro

Jefe de Residentes del Hospital María Ferrer

Dr. Marcelino de Vega

Médico Neumólogo

Dr. Martín Fernández

Residente del Hospital María Ferrer

Dr. Nicolás Itcovici

Médico Residente del Hospital Dr. Antonio Cetrángolo

Dra. Diana Lancellotti

Jefa de Residentes del Hospital Dr. Antonio Cetrángolo

Dra. Dora Lombardi

Jefa de Clínica del Hospital María Ferrer

Dra. Joaquina López Moras

Médica del servicio de tomografía - resonancia del Centro Dr. Enrique Rossi

Dra. Gloria Olmedo

Ex Jefa de Anatomía Patológica del Hospital María Ferrer

Dra. Karina Patané

Médica Cirujana del Hospital María Ferrer y del Instituto Alexander Fleming

Dra. Natalia Pérez

Médica Cirujana del Hospital María Ferrer

Dr. Daniel Pérez Chada

Jefe de Neumología del Hospital Austral

Dra. Ana Putruele

Jefa de la Sección TBC del Hospital de Clínicas José de San Martín

Dr. Oscar Rojas

Jefe de Cirugía Torácica del Hospital María Ferrer

Dr. Adolfo Rosales

Médico Cirujano del Hospital María Ferrer

Dr. Moisés Rosenberg

Ex Director del Hospital María Ferrer

Jefe Cirugía Torácica del Instituto Alexander Fleming

Dr. Wenceslao Sánchez de la Vega

Médico Alergista

Dr. Sergio Scigliano

Médico del Centro Respiratorio del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez

Dra. Gabriela Tabaj

Médica del Hospital Dr. Antonio Cetrángolo

Dra. Patricia Vujacich

Jefa de Endoscopia Respiratoria del Hospital de Clínicas José de San Martín

INDICE

>>	1	Cuando la carina no es fina ni móvil...	Pág. 9
>>	2	El secreto de sus labios	Pág. 17
>>	3	Un caso de bronquiectasias	Pág. 25
>>	4	Un caso de asma con infiltrados pulmonares	Pág. 33
>>	5	Una joven fumadora con disnea	Pág. 41
>>	6	Un paciente con demasiadas neumonías	Pág. 49
>>	7	Un paciente con broncorrea	Pág. 61
>>	8	Un caso de neumonías a repetición	Pág. 71
>>	9	Un paciente con disnea atribuida a estrés	Pág. 81
>>	10	¿Una neumonía de lenta resolución?	Pág. 91
>>	11	Un paciente con neumonías desde la infancia	Pág. 97
>>	12	Una mujer con sinusitis a repetición	Pág. 107
>>	13	Un caso de EPOC inusual	Pág. 121
>>	14	Una paciente con un neumotórax reciente	Pág. 129
>>	15	Un caso de neumonía viral	Pág. 141
>>	16	Una asmática con neumonías recurrentes	Pág. 153

CLAUDIO MAZIA

Miastenia Gravis y problemas relacionados

Más de 20 años
INTERmedica
Editores
Formando profesionales

CAPÍTULO 21

Tratamiento quirúrgico de la miastenia gravis

Karina Fatare, Oscar Rojas y Moisés Rosenberg

INTRODUCCIÓN

La miastenia gravis (MG) es un trastorno autoinmune cuyo espectro de síntomas abarca desde debilidad ocular hasta depresión respiratoria. Por razones no bien dilucidadas, el timo desempeña un rol en la patogénesis de la enfermedad.¹

El tratamiento quirúrgico de la MG comenzó, como muchos otros procedimientos, de forma empírica y halló sustento científico varios años después. Los trabajos de investigación logran definir no sólo el beneficio de la cirugía, sino los candidatos ideales para ella. La razón de la timectomía en los pacientes con MG se relaciona con el hecho de que muchos de ellos presentan hiperplasia tímica o timoma y los síntomas miasténicos mejoran luego de la resección quirúrgica.

Este capítulo aborda los dos grandes escenarios en los cuales la cirugía cumple un rol protagónico: el tratamiento quirúrgico de la MG y la cirugía de los timomas en pacientes con MG o sin ella.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Si bien el síndrome clínico había sido descrito con antelación por Erb (1879), los primeros correlatos anatómicos entre la glándula tímica y la MG se deben a los hallazgos de autopsia de Oppenheim en 1889 y Weigert en 1901. Ambos hallaron tumores tímicos en pacientes con MG.

Los estudios radiológicos de tórax recién estuvieron disponibles en la primera mitad del siglo XX, momentos a partir del cual se pudo demostrar el aumento del tamaño glandular en los pacientes afectados por esta patología. Sin embargo, la primera cirugía por MG fue realizada por Sauerbruch, en 1911, a un paciente joven, de 19 años. La vía de abordaje fue cervical y, tras la extracción de 49 g de masa tímica, se observó una notable mejoría clínica en el posoperatorio. Pese a este hallazgo inicial, existen pocos reportes acerca de la utilización de este tratamiento, el cual no alcanzó aplicación masiva.

Recién en 1936, debido a la sustancial mejoría de los síntomas de un paciente miasténico, portador de un timoma, a quien Blalok le había realizado una timectomía por esternotomía, se sugirió la hipótesis de que existía una relación entre el aumento del tamaño del timo y la fisiopatogénesis de la MG y se propuso la exploración sistemática del mediastino anterior de todos los pacientes con esta enfermedad, tuviesen o no un tumor. Siguiendo esta hipótesis, en 1944, Blalok ya había reportado una serie de 20 casos, todos con hiperplasia tímica reseca y notable mejoría de los síntomas. A partir de ese momento, se inició una nueva era en el tratamiento quirúrgico de la MG.¹

En los siguientes 58 años, se incrementó la indicación de la timectomía en los pacientes con timoma o sin él y este procedimiento pasó a ser el estándar de oro del tratamiento de la MG en los individuos sin riesgo prohibitivo de cirugía. Para reforzar esta hipótesis, en 1976, Boockingham

5. Antecedentes de otros cargos

5.1.CARGOS EN CONDUCCIÓN TITULAR DENTRO DE LA CARRERA MUNICIPAL DE PROFESIONALES DE LA SALUD

Jefa de Unidad Cirugía Torácica y Endoscopía Respiratoria del HRRMF (2018 a la fecha)

5.2.CARGO DE CONDUCCIÓN REEMPLAZANTE DENTRO DE LA CARRERA MUNICIPAL DE PROFESIONALES DE LA SALUD

Conducción interina, reemplazante y/o a cargo del Servicio de Cirugía torácica del Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer en los períodos:

Período: 28/07/2010-02/08/2010

Período: 18/11/2010-01/12/2010

Período: 22/12/2010- 17/01/2011

Período: 20/11/2012-30/11/2012

5.3. REEMPLAZANTE DEL CARGO QUE SE CONCURSA

Conducción interina de la jefatura de Departamento clínico Quirúrgica durante la pandemia SARS-COV 2, desde el 17 de junio 2020 a la fecha (pág 22-23)

5.4. OTROS CARGOS

CARGOS NACIONALES, MUNICIPALES, PROVINCIALES

Cirujana de guardia, día martes, Hopital “Eva perón”, Merlo (años 2001 a 2003)

Cirujana de guardia, día viernes, hospital oñativia, rafael calzada (año 2003 hasta 2006).

Cirujana de planta, Hospital Oñativia, Rafael Calzada (año 2005-2007) .

Buenos Aires, 22 de diciembre de 2010

Al Sr Jefe del Dpto. CLINICO QUIRURGICO

Dr. GUILLERMO MENGA

S _____ / _____ D

De mi consideración:

Por la presente tengo el agrado de dirigirme a Ud. a fin de ponerle en conocimiento que durante mi ausencia por Licencia Anual quedará, en carácter de Subrogante, como Jefa de la Unidad de Cirugía la Dra. ANA KARINA PATANÉ, Ficha Municipal 383367. El período se extiende desde el día de la fecha hasta el 17 de enero de 2010

atentamente.

Sin otro particular aprovecho para saludarle



Dr. OSCAR RICARDO ROJAS
Jefe de Unidad de CIRUGIA

Buenos Aires, 22 de diciembre de 2010

Al Sr Jefe del Dpto. CLINICO QUIRURGICO

Dr. GUILLERMO MENGA

S _____ / _____ D

De mi consideración:

Por la presente tengo el agrado de dirigirme a Ud. a fin de ponerle en conocimiento que durante mi ausencia por Licencia Anual quedará, en carácter de Subrogante, como Jefa de la Unidad de Cirugía la Dra. ANA KARINA PATANÉ, Ficha Municipal 383367. El período se extiende desde el día de la fecha hasta el 17 de enero de 2010

atentamente.

Sin otro particular aprovecho para saludarle



Dr. OSCAR RICARDO ROJAS
Jefe de Unidad de CIRUGIA

Buenos Aires, 22 de diciembre de 2010

Al Sr Jefe del Dpto. CLINICO QUIRURGICO

Dr. GUILLERMO MENGA

S _____ / _____ D

De mi consideración:

Por la presente tengo el agrado de dirigirme a Ud. a fin de ponerle en conocimiento que durante mi ausencia por Licencia Anual quedará, en carácter de Subrogante, como Jefa de la Unidad de Cirugía la Dra. ANA KARINA PATANÉ, Ficha Municipal 383367. El período se extiende desde el día de la fecha hasta el 17 de enero de 2010

atentamente.

Sin otro particular aprovecho para saludarle



Dr. OSCAR RICARDO ROJAS
Jefe de Unidad de CIRUGIA

Buenos Aires, 19 de Noviembre de 2012.

Al Sr, Jefe de Departamento

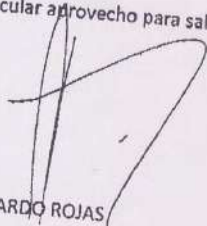
CLINICO QUIRURGICO

Dr. GUILLERMO MENGA

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. a fin de poner en su conocimiento que por motivo de tomar Licencia Ordinaria 2010, desde el 20 de Noviembre al 30 del Noviembre, queda en mi función, en carácter de Subrogante, la Dra. ANA KARINA PATANÉ.

Sin otro particular aprovecho para saludarle atentamente.



Dr. OSCAR RICARDO ROJAS
Jefe de Unidad de CIRUGIA ✓

5.4 Miembro titular de sociedades científicas

- a) Miembro de la Asociación argentina de Cirugía (MAAC) (pág 134)
- b) Miembro de la Asociación Argentina de Medicina Repiratoria (pág 135)
- c) Miembro de la sección Oncología de la AAMR
- d) Miembro de la sección Cirugía Torácica de la AAMR
- e) Miembro de la Asociación Argentina de Oncología Clínica (AAOC)
- f) Miembro de la Sociedad Argentina de Cirugía Torácica (pág 136)
- g) Miembro de la Asociación Iberoamericana de Torax
- h) Miembro de la IASLC (International Association for the Study of Lung Cancer)
(pág 137-138)
- i) Miembro de ITMIG (Internatonal Thymic Malignant Interest group) (pág 138)
- j) Coordinadora de la sección oncología de la AAMR (elecciones finalizadas 30 de noviembre 2020)

ASOCIACION ARGENTINA DE CIRUGIA

FUNDADA EL 16 DE JULIO DE 1930



La doctora ANA KARINA PATANÉ
ha sido designada MIEMBRO TITULAR de esta Asociación

Buenos Aires, 21 de octubre de 2002. -

*Dr. Jorge M. Morello Bardiés
Secretario General*

*Dr. Eduardo N. Saad
Presidente*

*Asociación de Argentina
de Medicina Respiratoria*

Por cuanto **Ana Karina Pataté**

ha cumplido con los requisitos estatutarios, se expide el presente que lo acredita como **Miembro desde 2003...**

Buenos Aires, **16... de Noviembre** **2003**


Secretario General
Dr. Enrique Jolly


Presidente
Dr. Carlos M. Luna

SOCIEDAD ARGENTINA DE CIRUGIA TORACICA



Certificamos que la doctora

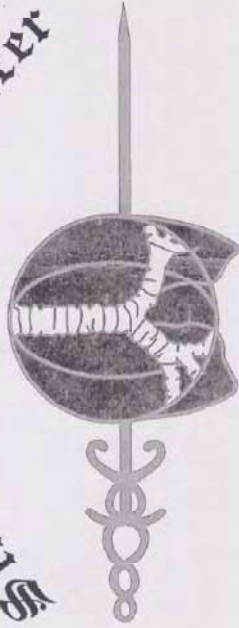
KARINA PATANÉ

ha sido designado "Miembro Adherente" de esta entidad con fecha 11 de Diciembre de 2013.-

Dr. Claudio A. Ruiz
Secretario General

Dr. Roberto H. Lamy
Presidente

The International Association for the
Study of Lung Cancer



Founded in 1974 by an International Group of Physicians
to Promote the Study of Lung Cancer hereby declares that

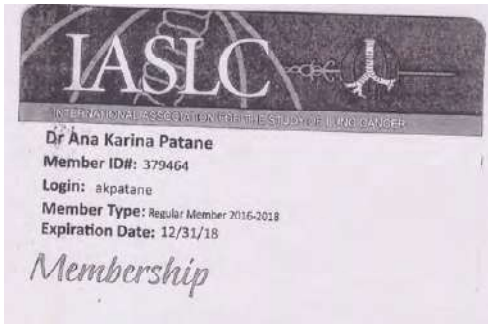
Ana Karina Patane MD

Is a member of good standing as of April 1, 2010.



Paul A. Stein, MD
Executive Director

Shubin
President



International Thymic Malignancy Interest Group

Hello Karina Patané

What is ITMIG? - About Thymoma - Committees - Collaboration - Education - [Pay Membership Dues](#) - [facebook](#)

Karina Patané / Karina Patane

Karina Patané

View

First name:
Ana Karina

Last name:
Patané

Title:
Dr

Institution:
Instituto Alexander Fleming/ Hospital Maria Maria Ferrer

Specialty:
Thoracic Surgery

Interests: focus :
Physician

Telephone:
05411-45432469

Address Line 1:
054111545698804

5.5 Actividad Docente Universitaria

DOCENTE ADSCRIPTA A LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UBA.

AYUDANTE DE CÁTEDRA (AD HONOREM) DE LA CARRERA DE ESPECIALISTA EN CIRUGÍA TORÁCICA, UBA, AÑOS 2006-2009.HOSPITAL MARÍA FERRER.

VICEDIRECTORA DE LA CARRERA DE ESPECIALISTA EN CIRUGÍA TORÁCICA DE LA UBA, 21 DE JUNIO DEL 2011 A LA FECHA (pág 140)

DIRECTORA DE LA CARRERA DE ESPECIALISTA EN CIRUGÍA TORÁCICA DE LA UBA, SEDE HOSPITAL DE REHABILITACION RESPIRATORIA MARÍA FERRER (pág 143)

PARTICIPACIÓN DOCENTE UNIVERSITARIA (DOCENTE LIBRE)

DOCENTE CARRERA DE MEDICO ESPECIALISTA EN NEUMONOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES, CLASE TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN ESTADÍOS TEMPRANOS. 09 de abril del 2009 (pág 144)

DOCENTE CARRERA DE MEDICO ESPECIALISTA EN NEUMONOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES, CLASE MEDIASTINOSCOPIA. 15 de abril del 2009 (pág 145)

DOCENTE CARRERA DE MEDICO ESPECIALISTA EN NEUMONOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES, CLASE TRAQUEOSTOMÍA, CIRUGIA DE LA TRAQUEA, 18 DE MARZO DEL 2015. (pág 146)

DOCENTE CURSO SUPERIOR DE NEUMONOLOGPIA DE LA UBA, SEDE PIROVANO: CONFERENCIA CIRUGÍA DE LA TRAQUEA, 27 DE JUNIO 2011.(pág 147)

DOCENTE CURSO SUPERIOR DE NEUMONOLOGPIA DE LA UBA, SEDE PIROVANO: CONFERENCIA CIRUGIA DE REDUCCIÓN DE VOLUMEN, 23 DE MAYO 2011.(pág 148)

DOCENTE CURSO SUPERIOR DE NEUMONOLOGPIA DE LA UBA, SEDE PIROVANO: CONFERENCIA CIRUGÍA DE LA TRAQUEA, 27 DE JUNIO 2014.(pág 149)

CONFERENCIA SOBRE: CIRUGIA DE LA TRAQUEA, EN EL CONTEXTO DE LA CARRERA DE MÉDICO ESPECIALISTA EN NEUMONOLOGÍA DE LA UBA, HOSPITAL PIROVANO, 22 DE JULIO DEL 2011. (pág 150)

CONFERENCIA SOBRE: CIRUGIA DEL ENFISEMA, EN EL CONTEXTO DE LA CARRERA DE MÉDICO ESPECIALISTA EN NEUMONOLOGÍA DE LA UBA, HOSPITAL PIROVANO, 22 DE JULIO DEL 2011. (pág 151)

DOCENTE DE CIRUGÍA, CARRERA DE MEDICINA DE LA UBA, HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS “COSME ARGERICH”.(pag 152)

DOCENTE DE CIRUGÍA, CARRERA DE MEDICINA DE LA UBA , HOSPITAL “ARTURO OÑATIVIA “ , RAFAEL CALZADA.(pág 153)



Universidad de Buenos Aires
Facultad de Medicina

CARRERA DE MEDICO ESPECIALISTA EN
-UNIDAD ACADEMICA "HOSPITAL DE RE
FERRER"-

Me dirijo a usted con e
su conocimiento copia de la res
Directivo.-

Saludo a usted atentament

C/Adj.- 957

F. de M.
-consejo-
EB

Al señor Director



CUDAP:
EXP-UBA: 0013.750/2011

Universidad de Buenos Aires
Facultad de Medicina

SESION DEL CONSEJO DIRECTIVO DEL DIA 09 DE JUNIO DE 2011

VISTO: que en las presentes actuaciones el Doctor Eduardo Armando SCHIAVI, Director del Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer, solicita a fojas 1 la renovación de designación del Doctor Oscar Ricardo ROJAS, como Director de la Carrera de Médico Especialista en CIRUGIA TORACICA y la renovación de designación de la Doctora Ana Karina PATANE, como Subdirectora de la misma carrera y sede; y

CONSIDERANDO:

Que a fojas 3 obra la solicitud de designación de Docente Libre de los mencionados profesionales y se adjuntan los antecedentes académicos de los mismos.

Que a fojas 16 obra lo informado por la Dirección General de Postgrado.

Que a fojas 17 la Secretaría de Educación Médica aconseja dar curso favorable a las designaciones propuestas.

Que se aprueba el dictamen de la Comisión de Postgrado y Residencias Médicas.

Que el Estatuto Universitario en su artículo 113°, faculta a este Cuerpo para el dictado de la presente.

Por ello,

EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

RESUELVE:

ARTICULO 1º.-Renovar la designación del Doctor Oscar Ricardo ROJAS, en el cargo de Director de la Carrera de Médico

Prof. Dr. Roberto D. Pittaluga
SECRETARIO GENERAL



CUDAP:
EXP-UBA: 0013.750/2011

Universidad de Buenos Aires
Facultad de Medicina

Especialista en CIRUGIA TORACICA, Sede "Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferre".

ARTICULO 2º.-Designar al Doctor Oscar Ricardo ROJAS, en carácter de Docente Libre para la Carrera de Médico Especialista en CIRUGIA TORACICA, pudiendo dictar Asignaturas, Cursos, Seminarios, Ateneos o Ciclos de Conferencias en el Ciclo de Postgrado.

ARTICULO 3º.-Renovar la designación de la Doctora Ana Karina PATANE, en el cargo de Subdirectora de la Carrera de Médico Especialista en CIRUGIA TORACICA, Sede "Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferre".


ARTICULO 4º.-Designar a la Doctora Ana Karina PATANE, en carácter de Docente Libre para la Carrera de Médico Especialista en CIRUGIA TORACICA, pudiendo dictar Asignaturas, Cursos, Seminarios, Ateneos o Ciclos de Conferencias en el Ciclo de Postgrado.


ARTICULO 5º.- REGISTRESE; comuníquese al Doctor Oscar Ricardo ROJAS y por su intermedio, tome conocimiento la Doctora Ana Karina PATANE, Director y Subdirectora de la mencionada Carrera y Sede; pase a la Dirección General de Postgrado para su conocimiento; dése a las Direcciones de Personal y de Mesa de Entradas y Archivo General a los fines de agregar copia de la presente en los legajos correspondientes; cumplido, archívese.

RESOLUCION Nº 957

Fecha de Protocolización: 21 JUN 2011

FMed
EB
73787
176
51230


Prof. Dr. Roberto D. Pittaluga
SECRETARIO GENERAL


Prof. Emérito Alfredo BUZZI
Decano

<p>Correo: Ana Karina Patané - Qvill</p> <p>Recibidos (17) - cingiapujimon@</p> <p>fmed.uba.ar/carreras-de-especialistas/ofertas-de-carreras-de-especializacion</p> <p>Ofertas de Carreras de Especializ. x</p> <p>Descargar archivo iLovePDF x</p> <p>Aplicaciones</p> <p>Calálogo</p> <p>Ingresar a SADE</p> <p>STIGAF Sistema Int...</p> <p>BAC - Sistema de c...</p> <p>LOGIN SIGEHOS</p> <p>Iniciar sesión Drupal</p> <p>Iniciar sesión en la... Google</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ U.D.H. HTAL. BRITANICO DIRECTOR: MEDICO DOMINGO JAVIER CHIMONDEGUY NO ABRE PARA CICLO 2020. ▪ U.D.H. HTAL. DURAND DIRECTOR: DR. MIGUEL GALMES ▪ U.D.H. HTAL. MARIA FERRER DIRECTOR: DR. ANA PATANÉ NO ABRE PARA EL CICLO LECTIVO 2020. ▪ U.D.H. HTAL. RAMOS MEJÍA DIRECTOR: DR. NORBERTO LUCILLI ▪ UDH HTAL. MILSTEIN (ex Francés) DIRECTOR: DR. MAXIMILIANO LO TARTARO ▪ U.D.H. DE CLÍNICAS DIRECTOR: DR. EDUARDO ARRIBALZAGA
--	---

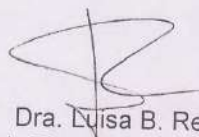
Buenos Aires, 08 de 04 de 2009

Estimado Dra. Karina Patane

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. para agradecerle su participación como colaborador Docente con la Carrera de Médicos Especialistas en Neumología que se dicta en el Hospital de Rehabilitación Respiratoria "María Ferrer", Unidad Académica de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Buenos Aires, en el tema:

TRATAMIENTO DEL CANCER DE PULMON ESTADIO TEMPRANO

Sin otro particular, y esperando contar con su valioso aporte en el futuro, lo saluda con el mayor afecto.



Dra. Luisa B. Rey
Sub Director de la Carrera Buenos Aires

Hospital de Rehabilitación Respiratoria "María Ferrer"
Dr. E. Finochietto 849 - (1272) Buenos Aires - Argentina
TE: (54-11) 4307-6738 Fax: (54-11) 4307-2567
Mail: mariaferrer_direccion@buenosaires.gov.ar

Buenos Aires, 15 de 04 de 2009

Estimado Dra. Karina Patane

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. para agradecerle su participación como colaborador Docente con la Carrera de Médicos Especialistas en Neumonología que se dicta en el Hospital de Rehabilitación Respiratoria "María Ferrer", Unidad Académica de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Buenos Aires, en el tema:

MEDIASTINOSCOPIA

Sin otro particular, y esperando contar con su valioso aporte en el futuro, lo saluda con el mayor afecto.



Dra. Lujisa B. Rey
Sub Director de la Carrera Buenos Aires

Hospital de Rehabilitación Respiratoria "María Ferrer"
Dr. E. Finochietto 849 - (1272) Buenos Aires - Argentina
TE: (54-11) 4307-6738 Fax: (54-11) 4307-2567
Mail: mariaferrer_direccion@buenosaires.gov.ar



Universidad de Buenos Aires



Facultad de Medicina

HOSPITAL DE CLINICAS JOSE DE SAN MARTIN

-----En mi carácter de Coordinador del Comité de Selección y Evaluación de la Carrera de Médico Especialista en Neumonología de la Universidad de Buenos Aires, dejo constancia que la Dra. Ana Karina Patané se presentó a disertar la clase de "Traqueostomía. Cirugía de la Tráquea", correspondiente al Mód. "Prácticas Invasivas", llevado a cabo en el Hospital de Clínicas José de San Martín.-----

-----A los dieciocho días del mes de marzo de dos mil quince se extiende la presente constancia, para ser presentada ante quién corresponda.-----

Prof. Reg Tit. Carlos M. LUNA
Coordinador del Comité Selec. y Eval.
CME- Neumonología



Universidad de Buenos Aires

CARRERA DE MEDICO ESPECIALISTA EN NEUMONOLOGÍA

Buenos Aires, 22 de julio de 2011.

Dra. Karina Patane

Presente

Me dirijo a Vd. con el objeto de agradecer su colaboración con esta Carrera, desarrollando en el día de la fecha una Conferencia sobre:

" CIRUGÍA DE LA TRAQUEA "

Le saluda con la consideración mas distinguida

Prof. Consulto Dr. Isidoro Hasper
Director



Universidad de Buenos Aires

CARRERA DE MEDICO ESPECIALISTA EN NEUMONOLOGÍA

Buenos Aires, 13 de mayo de 2011.

Dra. Karina Patane

Presente

Me dirijo a Vd. con el objeto de agradecer su colaboración con esta Carrera, desarrollando en el día de la fecha una Conferencia sobre:

“ CIRUGÍA DE REDUCCIÓN DE VOLUMEN ”

Le saluda con la consideración mas distinguida

Prof. Consulto Dr. Isidoro Hasper
Director



Universidad de Buenos Aires
Facultad de Medicina

CARRERA DE MEDICO ESPECIALISTA EN NEUMONOLOGÍA

Buenos Aires, 27 de junio de 2014.

Dra Karina Patané

Me dirijo a Vd. con el objeto de agradecer su colaboración con esta Carrera, desarrollando en el día de la fecha una Conferencia sobre:

"CIRUGIA DE TRAQUEA"

Le saluda con la consideración mas distinguida

Prof. Consulto Dr. Isidoro Hasper
Director carrera especialista Htal Pirovano



Universidad de Buenos Aires
Facultad de Medicina

CARRERA DE MEDICO ESPECIALISTA EN NEUMONOLOGÍA

Buenos Aires 16 de Junio de 2017.

Dra. Ana Karina Patané

Me dirijo a Vd. con el objeto de agradecer su colaboración con esta Carrera, desarrollando en el día de la fecha una Conferencia sobre:

"CIRUGIA DE LA TRAQUEA "

Le saluda con la consideración mas distinguida

Prof. Consulto Dr. Isidoro Hasper Director carrera especialista Htal Pirovano



Universidad de Buenos Aires
Facultad de Medicina

CARRERA DE MEDICO ESPECIALISTA EN NEUMONOLOGÍA

Buenos Aires 23 de Junio de 2017.

Dra. Ana Karina Patané

Me dirijo a Vd. con el objeto de agradecer su colaboración con esta Carrera, desarrollando en el día de la fecha una Conferencia sobre:

"CIRUGIA DEL ENFISEMA "

Le saluda con la consideración mas distinguida

Prof. Consulto Dr. Isidoro Hasper Director carrera especialista Htal Pirovano


HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS
Dr. Cosme Argerich
Cirugía General

Buenos Aires, 01 de octubre de 2003

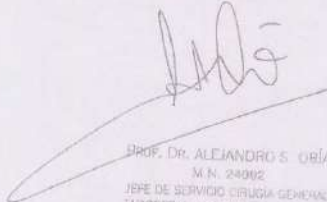
Se deja constancia que la Dra. KARINA PATANE, MN 95 234, se ha desempeñado como Docente en las cursadas de marzo y agosto del 2003 de CIRUGIA GENERAL dictadas para la U.D.H Argerich .

Siendo los temas tratados "Manejo del espacio pleural"

Para ser presentado ante quien corresponda.



DR. NESTOR MATATO
JEFE TRABAJOS PRACTICOS
U.D.H. Argerich



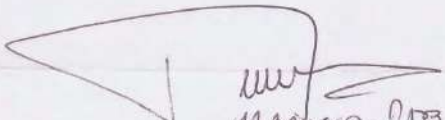
PROF. DR. ALEJANDRO S. ORÍA
M.N. 24902
JEFE DE SERVICIO CIRUGIA GENERAL
HOSPITAL ARGERICH G.C.B.A

HOSPITAL ZONAL GENERAL DE
AGUDOS
"Dr. Arturo Oñativia"
Dr. Ramón Carrillo 1339 - Rafael Calzada
TEL. 4219-5040/44 FAX 4219-5049



Rafael Calzada 15 de junio de 2005

Certifico que la Dra Karina Patané se desempeñó como docente en la U.D.H de este hospital, desarrollando el módulo de patología torácica de la cursada de clínica quirúrgica de la U.B.A del corriente año


MARCELO PATRO.
Decano de la U.B.A.

5.6 Actividad Docente no Universitaria

DIRECTOR, COORDINADOR O SECRETARIA DE CURSOS DE MENOS DE 50 HS NETAS (documentación presentada previamente en ítem 4.2)

V JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN CIRUGÍA TORÁCICA: “CANCER DE PULMÓN”, en calidad de **SECRETARIA**, ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA, Buenos Aires, 23 de agosto 2013.

LUNG CANCER PRECEPTORSHIP ALEXANDER FLEMING INSTITUTE, 10 Y 11 DE ABRIL DEL 2014. **COORDINADORA Y DOCENTE**

LUNG CANCER PRECEPTORSHIP ALEXANDER FLEMING INSTITUTE, 10 Y 11 DE ABRIL DEL 2015. **COORDINADORA Y DOCENTE.**

PRECEPTORSHIP: CANCER DE MAMA, RIÑON Y PULMON, Buenos Aires, 21 de junio del 2016, en carácter de **COORDINADORA**

DOCENTE LIBRE

DOCENTE CURSO DE ENDOSCOPIA INTERVENCIONISTA PERORAL, DE 500 HS, HOSPITAL MUÑIZ, BUENOS AIRES, 2017.(pág 155)

CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN NEUMONOLOGÍA, DE 50 HS DE DURACIÓN, EN CALIDAD DE DOCENTE, JUNÍN 18 DE OCTUBRE DEL 2013.(pág 156-157)

DOCENTE CURSO SUPERIOR DE KINESIOLOGÍA RESPIRATORIA, UNSAM, 2010 -2011-2012 a la fecha (pág 158)

AYUDANTE DE PRIMERA (AD HONOREM) DE LA CARRERA DE ESPECIALISTA EN CIRUGÍA TORÁCICA, UBA, AÑOS 2006-2009.

DOCENTE DE LA ESCUELA DE INSTRUMENTADORAS DEL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS “COSME ARGERICH” DESDE 1998 AL 2000.

DOCENTE DEL CURSO DE TERAPIA INTENSIVA, HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS “COSME ARGERICH”



Hospital de Infecciosas
Francisco J. Muñiz



Endoscopia Per Oral

1^a Curso Neumonología Intervencionista 2017

Curso teórico-práctico
Carga horaria 500 hs.
Evaluación final

Dra. Ana Karina Patané
Presente.-

Por la presente nos dirigimos a Ud. a los efectos de agradecer su valiosa colaboración y participación como disertante en la clase abierta: "**Manejo de la vía aérea central en la estenosis traqueal benigna. De la endoscopia a la cirugía. Compartiendo experiencias**". La misma integra el módulo: Endoscopia per oral terapéutica del curso **Neumonología Intervencionista del Servicio de Endoscopia Per Oral del Hospital de Infecciosas Francisco J. Muñiz**

Sin otro particular saludamos a Ud. muy atentamente.

Buenos Aires, 28 de Junio de 2017

Dr. Roberto Dure

Director Curso

Neumonología Intervencionista

Dr. Oscar Valentino

Director Comité

Docencia e Investigación



Junín, 18 de Octubre de 2013.-

Profesora Doctora
KARINA PATANÉ
S _____ / _____ D

De nuestra mayor consideración:

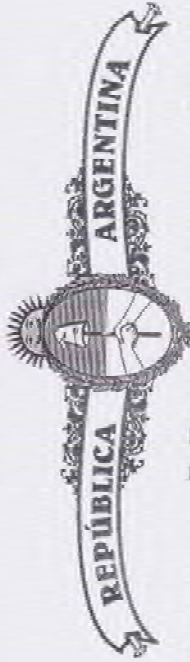
Por la presente queremos expresarle nuestro agradecimiento por participar como Disertante del "Curso de Actualización en Neumonología 2013", llevado a cabo en Junín el 18 de Octubre de 2013.

Con su participación ha colaborado con el compromiso de la Escuela Superior de Educación Médica (E.S.E.M.) en la tarea de la formación Médica continua de los Profesionales de todo el Distrito.

Distinguido Colega, quedamos a su disposición y nos despedimos saludándolo muy atentamente.-

Dr. Jorge A. Quatrini
Coordinador Gral. E.S.E.M.

Dr. Jorge O. Lusardi
Presidente



COLEGIO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA
DE BUENOS AIRES
DISTRITO VI

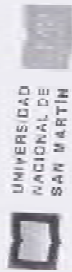


ESCUELA SUPERIOR DE EDUCACIÓN MÉDICA

Certifican que la Dra. — **KARINA PATANÉ** — ha participado en calidad de DISCIPULADA en el **“2º CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN NEUMONOLOGÍA**
de 60 horas, con evaluación.-

Tema: Manejo de Patología Pleural.-

[Handwritten Signature]
JUNÍN, 18 de O



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE
SAN MARTÍN


CURSO DE POSGRADO EN REHABILITACION RESPIRATORIA

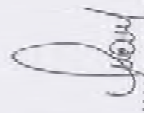
Por cuanto la **Dra. Karina Patane**, DNI 22.432.472

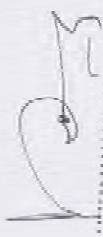
Há participado como **Docente** en el curso anual de **Post Grado en Rehabilitación Respiratoria**, en el ICR y M de la Universidad Nacional de San Martín.

Por tanto, se extiende el presente **CERTIFICADO**.


.....
Lic. Marcela Saadía
Directora


.....
Lic. Ignacio Capparelli
Coordinador


.....
Lic. Juan Carlos Basatonna
ICR y M
Secretario Académico


.....
Dr. Hugo Rodríguez Isarn
ICR y M
Decano

Buenos Aires 12 de noviembre de 2012

5.7: Premios y Becas (en orden cronológico)

Premios Otorgados por sociedades

Premio a la excelencia en investigación sobre cáncer de pulmón para naciones en vías de desarrollo, otorgado por la IASLC por el trabajo *THYMOMAS: SURVIVAL AND PROGNOSTIC FACTORS*, San Francisco, 4 de agosto 2009. (pág.160)

Premio “Dr Aquiles Roncoroni” al mejor trabajo de investigación clínica: *TUMORES CARCINOIDES DE PULMÓN: IMPACTO DE LA 7º ESTADIFICACIÓN TNM* (autora principal)

40º Congreso Argentino de Medicina Respiratoria, 5-8 de octubre 2012 (pág 161)

Premio “Dra Alicia de la Canal” al mejor Case Report: *PIONEUMOTORAX, EMPIEMA PLEURAL Y MEDIASTINITIS CON RESCATE DE CANDIDA GLABRATA. REPORTE DE UN CASO (presentación poster –coautora)*

40º Congreso Argentino de Medicina Respiratoria, 5-8 de octubre 2012 (pág 162)

3º MENCIÓN AL MEJOR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN A PREMIO: *TUMORES CARCINOIDES DE PULMÓN: IMPACTO DE LA 7º ESTADIFICACIÓN TNM (autora principal)*

XXXIII REUNIÓN DE TRABAJOS Y ACTUALIZACIÓN POST ASCO 2013, 22 Y 23 DE JULIO

RESECCIÓN DE TUMOR EN VÍA AÉREA - COMBINACIÓN DE TRATAMIENTOS.

Congreso AAMR, noviembre 2018, Buenos Aires, Argentina. Coautora (pág 163)

PREMIO AL MEJOR TRABAJO CIENTÍFICO, DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA TORÁCICA DE LA ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE TORAX: CÁNCER DE PULMÓN: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FRECUENCIA HISTOLÓGICA.

Congreso ALAT, a ser llevado on- line 8-12 diciembre 2020. (pág 164)

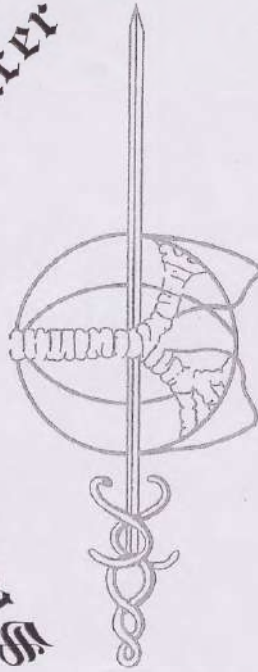
Becas (en orden cronológico)

Rotación de 3 meses por el servicio de cirugía torácica y trasplante de pulmón del complejo hospitalario Santa Casa, Porto Alegre (2004) (pág 165)

Beca parcial otorgada por el Instituto de Efectividad Clínica, para la Maestría en Efectividad Clínica, de la UBA (años 2006/2007) (pág 166)

Beca para el congreso de la ALAT y Congreso de la Sociedad europea de Medicina Respiratoria con motivo de un trabajo premiado por la asociación latinoamericana de torax. (2020-2021) (pág 164)

The International Association for the
Study of Lung Cancer



Proudly Presents
The 2009 IASLC IASLC
Developing Nation Travel Award

to

Dr. Ana Patané



Paul A. Bunn, Jr., MD

Executive Director

[Signature]

President



40° CONGRESO ARGENTINO
DE MEDICINA RESPIRATORIA
Octubre 2012 - Hotel Hilton - Buenos Aires

40° Congreso Argentino de Medicina Respiratoria

ASOCIACION ARGENTINA DE
MEDICINA RESPIRATORIA
www.aamr.org.ar

5 al 8 de octubre de 2012 Hotel Hilton de Buenos Aires

Premio "Dr. Aquiles Roncoroni" al Mejor Trabajo de Investigación Clínica

Se otorga el Primer Premio al Trabajo:

**"TUMORES CARCINOIDES PULMONARES TRATADOS QUIRÚRGICAMENTE.
IMPACTO DE LA 7ª ESTADIFICACIÓN TNM"**

Autores: AK Patané, C Poleri, C Martín, C Pupareli, A Rosales, H Rivero, O Rojas, M Rosenberg.

Buenos Aires, 8 de octubre de 2012.

Dr. Daniel Colodenco
Presidente
Comité Científico

Dr. Santiago Rossi
Presidente
Comité Científico

Dr. Guillermo Raimondi
Presidente
Comité Científico

Dr. Guillermo Menga
Presidente



40° CONGRESO ARGENTINO DE MEDICINA RESPIRATORIA
 Octubre 2012 - Hotel Hilton - Buenos Aires

40° Congreso Argentino de Medicina Respiratoria

ASOCIACION ARGENTINA DE MEDICINA RESPIRATORIA
 www.aamr.org.ar

5 al 8 de octubre de 2012 Hotel Hilton de Buenos Aires

Premio "Dra. Alicia de la Canal" al Mejor Case Report

Se otorga el Primer Premio al Trabajo:

"PIONEUMOTÓRAX, EMPIEMA PLEURAL Y MEDIASTITIS CON RESCATE DE CANDIDA GLABRATA. REPORTE DE UN CASO"

Autores: JM Lucchelli, ME Fernandez, S Auteri, P Maynard, D Lombardi, AK Patané, MJ Gallego.

Buenos Aires, 8 de octubre de 2012



Dr. Daniel Colodenco
 Presidente
 Comité Científico



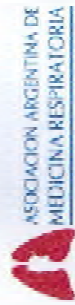
Dr. Santiago Rossi
 Presidente
 Comité Científico



Dr. Guillermo Raimondi
 Presidente
 Comité Científico



Dr. Guillermo Menga
 Presidente



El Comité Científico del 46° Congreso Argentino de Medicina Respiratoria otorga
el

**PREMIO AL MEJOR VIDEO, DE ENDOSCOPIA CATEGORÍA
COMBINACIÓN DE TÉCNICAS**

En reconocimiento al video titulado

**RESECCIÓN DE TUMOR EN VÍA AÉREA - COMBINACIÓN DE
TRATAMIENTOS**

De los autores

LUCCHELLI J.M., GRYNBLAT P., GALINDEZ F., PATANÉ K.
Hospital María Ferrer, Bs. As.



Dr. Miguel Angel Bergna
Comité Científico
46° CONGRESO



Dr. Gabriel García
Presidente
46° CONGRESO



Ana Karina Patané

Es muy grato informarle que su trabajo de investigación Nro 373, que lleva por título “**CÁNCER DE PULMÓN: Características clínicas y frecuencia histológica**” ha sido uno de los ganadores del Departamento de **Cirugía torácica** de la ALAT y seleccionado por el Comité Científico para ser presentado on-line en el 13 Congreso ALAT 2020 Virtual.

Día: 11 de diciembre 2020 Horario: 13:00 - 15:00

Usted dispondrá de un tiempo de 7 minutos para la presentación de su trabajo y 3 minutos para preguntas y discusión de su trabajo. Le rogamos respetar el tiempo de la presentación.

Como reconocimiento se le otorgará una inscripción sin cargo para acceder al 13º Congreso ALAT Virtual.

Le recordamos que las dos mejores presentaciones serán premiadas con becas para el próximo Congreso de ERS 2021.

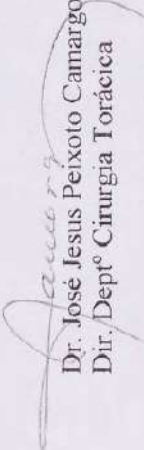
Su código de inscripción liberada es: **PREM*34F9A2**

PAVILHÃO PEREIRA FILHO
Serviço de Doenças Pulmonares do Complexo Hospitalar
Santa Casa de Porto Alegre - Brasil

CERTIFICADO

Certificamos, para os devidos fins, que **ANA KARINA PATANÉ** estagiou no SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA do PAVILHÃO PEREIRA FILHO - Serviço de Doenças Pulmonares da Santa Casa de Porto Alegre, no período de 1º/04/2004 a 30/06/2004 com excelente aproveitamento

Porto Alegre, 30 de Junho de 2004.


Dr. José Jesus Peixoto Camargo
Dir. Deptº Cirurgia Torácica

PROGRAMA de
EFECTIVIDAD
CLÍNICA



Buenos Aires, Marzo de 2007

Estimada Dra. Ana Karina Patane

El Consejo Directivo de la Maestría en Efectividad Clínica – UBA conjuntamente con las autoridades correspondientes de la Fundación MF y el Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, han evaluado la solicitud de renovación de beca parcial presentada por Ud. oportunamente.

La beca parcial que le fue otorgada en el año 2006, será renovada para el año 2007, dado que durante el cursado del primer año de la maestría, usted ha alcanzado los objetivos académicos requeridos.

Lo saludamos atentamente,

Consejo Directivo
Maestría en Efectividad Clínica - UBA

Sede Académica – Escuela de Salud Pública Facultad de Medicina
Marcelo T. de Alvear 2202 – Primer Piso - C1122AAJ – Buenos Aires Argentina
Tel/Fax: (011) 4966-0082. E-mail: grisel.jordan@hospitalitaliano.org.ar
www.pec.org.ar
