

1º CONGRESO DE
PACIENTES
CON **CÁNCER**

Las grandes historias comienzan aquí...

Escuela técnica
SUPERIOR DE
ARQUITECTURA
MADRID

16-18
noviembre
de 2018



Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer UROLÓGICO

VEJIGA y RIÑÓN

Carmen González Enguita

Madrid 18 de Nov 2018





Hematuria





- . Emisión simultánea en la micción de **sangre y orina**
- . Es la manifestación exterior de una hemorragia abierta a las vías excretoras
- . Es el signo revelador de una alteración orgánica
- . Lo mas importante es detectar su punto de procedencia y la enfermedad que lo produce

Microscópica

Presencia de mas de 5 hematies/campo

La causa mas frecuente en ambos sexos la litiasis

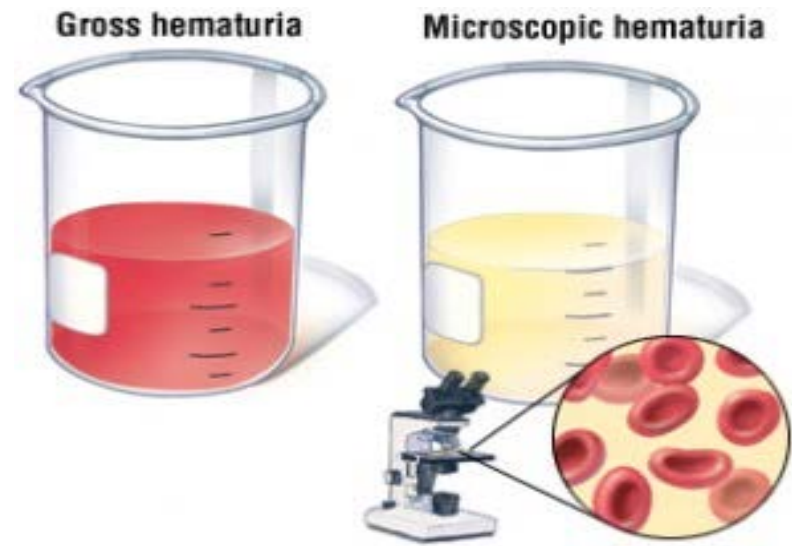
En el varón HBP

Macroscópica

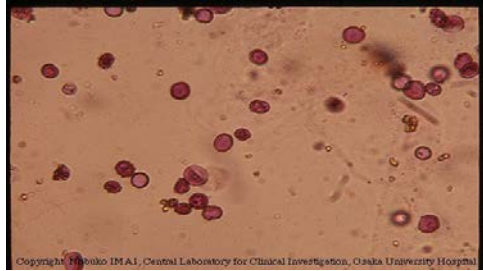
Orina de aspecto rojizo (a simple vista)

Mas de 50 hematies/campo

- . **TOTAL**: Prueba de las tres copas (la orina esta teñida en las tres)
Procede del riñón y del uréter (menos intensa y frecuente)
- . **TERMINAL**: De origen vesical
La orina se tiñe más al finalizar la micción



Microscópica



Macroscópica



Causas de origen Nefrológico/UROLÓGICO

Hematuria glomerular

- Glomerulonefritis aguda
- Glomerulonefritis rápidamente progresiva
- Nefropatías glomerulares primitivas (nefropatía mesangial IgA, glomerulonefritis mesangiocapilar)
- Nefropatías glomerulares secundarias (endocarditis bacteriana, sepsis viscerales, lupus eritematoso sistémico, púrpura de Schönlein-Henoch, vasculitis necrosantes, síndrome de Alport, síndrome urémico-hemolítico, crioglobulinemia)
- Idiopática (nefropatía con membranas finas)

Hematuria no glomerular

De origen renal

- Tumores (hiper nefroma, nefroblastoma)
- Quistes ('poliquistosis', quistes simples, espongirosis renal)
- Tuberculosis
- Traumatismos
- Necrosis papilar
- Embolia renal
- Nefritis intersticial aguda*

De origen en la vía urinaria

- Infecciones
- Tumores
- Obstrucciones
- Tuberculosis
- Litiasis
- Traumatismos
- Cuerpos extraños

De origen sistémico

- Alteraciones de la hemostasia
- Ciclofosfamida

- ITU
- Litiasis
- Tumores
- Traumatismo

ORINAS coloreadas SIN SANGRE



- **Orina FEBRIL:** de color intenso, que semejan hematuria ligera
- **HEMOGLOBINURIA:** Coloración roja de la orina por la presencia de Hb pero no hay hematies
- **PORFINURIA:** Tinte rojo oscuro. Se diferencia de la hemoglobinuria por análisis químico o espectroscópico
- **Pigmentos ALIMENTICIOS:** Antocianina, Robomicina,..
- **Orina coloreada** por:
 - . cristales de **Ác Úrico** son orinas color ladrillo (anaranjadas)
 - . ciertas **Ictericias**
 - . ciertos **Fármacos** (Fenacetina, L-Dopa, Rifampicina, Diaminopirimidina, ...)



ORINAS con SANGRE de la uretra o no procedente del Ap. Urinario

- **URETRORRAGIA:** Sangrado de la uretra anterior al esfínter externo

Generalmente gotea fuera de la micción, pero también puede colorear la orina emitida

El sangrado de la uretra posterior refluye a la vejiga y se mezcla con la orina

- **HEMATOSPERMIA:** Presencia de sangre en el semen que puede colorear ligeramente la orina

- **SANGRADO de VAGINA o del RECTO**

Tumor de VEJIGA

Clínica

- ▶ **Hematuria macroscópica** monosintomática, hallazgo mas frecuente 75%
- ▶ La microhematuria en estudios de cribado solo se asocia con enfermedad en el 2% de casos
- ▶ **Sintomatología miccional irritativa** especial asociación con Ca in situ
- ▶ Uropatía obstructiva alta con dolor lumbar, localización en orificio ureteral.
- ▶ **Dolor pélvico.**
- ▶ Edemas de MMII (afectación linfática secundaria)



Tumores de urotelio

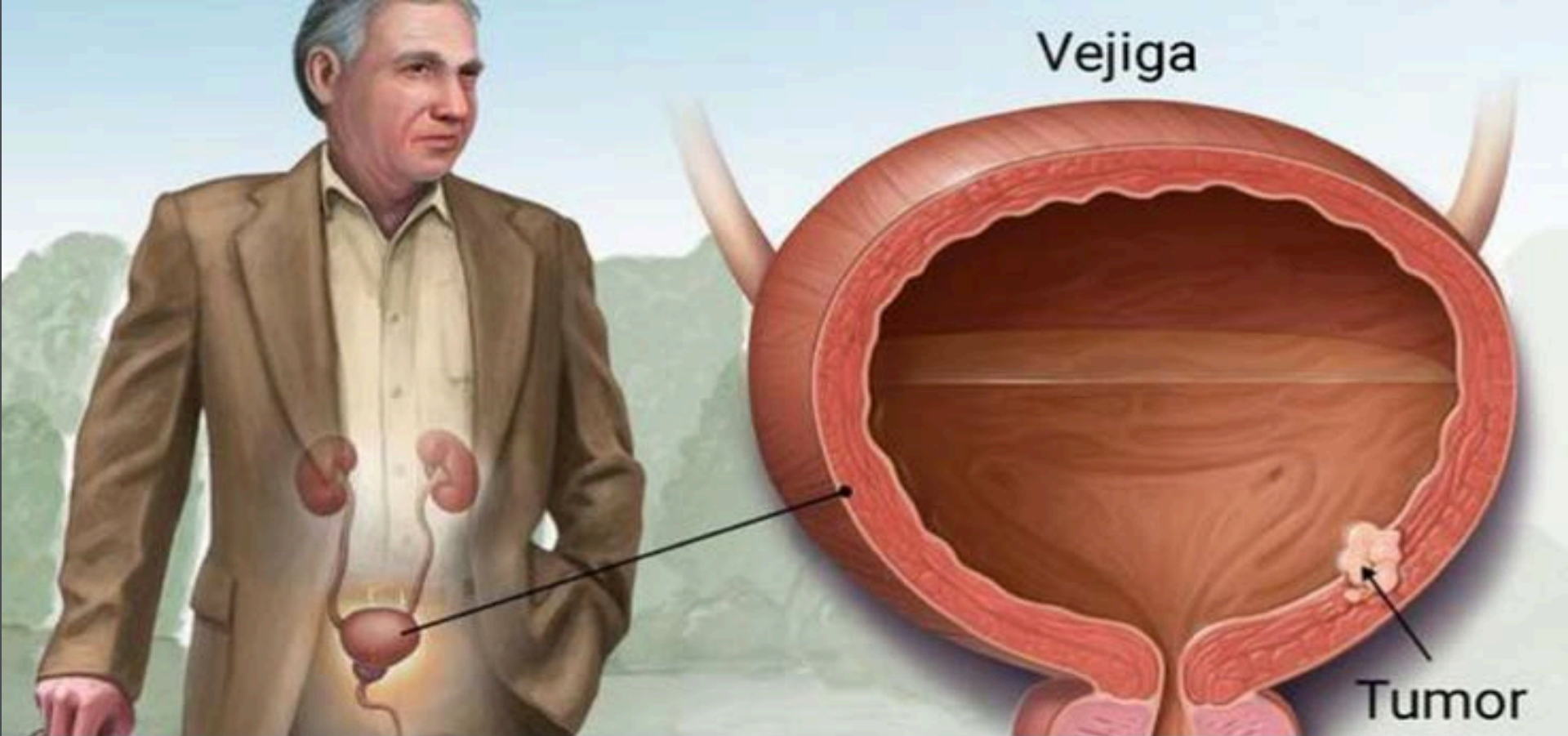
- ▶ Los tumores uroteliales se originan en las **células epiteliales de la mucosa de revestimiento** del aparato urinario
- ▶ Según su localización anatómica se clasifican en caliciales o piélicos, ureterales, vesicales o uretrales.
- ▶ El **90% son vesicales**, el 8% piélicos y el 2% ureterales .
- ▶ Se clasifican en Ca vesicales o tumores de urotelio superior (uréteres, pelvis renal o cálices)
- ▶ Al ser la misma enfermedad todos cursan como síntomas comunes con hematuria y citologías de orina positivas

Tms. de urotelio superior

- ▶ 2-5% de los tumores uroteliales son de urotelio superior
- ▶ Incidencia anual 1-2 casos/100000 habitantes
- ▶ Localización mas frecuente **pelvis y cálices**.
- ▶ Tipo histológico mas frecuente **Ca de células transicionales**.
 - ▶ Mismos grados celulares que en la vejiga
- ▶ Factores etiológicos: Mismos que en la vejiga
 - ▶ **Abuso de analgésicos** (fenacetina)
 - ▶ **Nefropatía de los balcanes**
- ▶ Síntoma mas frecuente: **hematuria**, seguido de **dolor cólico** por obstrucción ureteral



Vejiga



Epidemiología

- ▶ Segunda neoplasia urológica en frecuencia
- ▶ Mas frecuente en varones (2-3:1)
- ▶ Mas frecuente en raza blanca
- ▶ Edad de máxima incidencia 60-70 años
- ▶ Mortalidad en hombres 13,2% y en mujeres 6,7%
- ▶ **Fuerte asociación con el humo del tabaco**



TABAQUISMO.

Un camino al Cáncer

Fumar acorta tu vida. Estás a tiempo.

- Consumir tabaco, en especial, cigarrillos.
- Tener antecedentes familiares de cáncer de vejiga.
- Tener ciertos cambios en los genes que se relacionan con el cáncer de vejiga.
- Estar expuesto a pinturas, tintes, metales o derivados del petróleo en el sitio de trabajo.
- Haber recibido tratamiento con radioterapia dirigida a la pelvis o con ciertos medicamentos contra el cáncer, como la ciclofosfamida o la ifosfamida.
- Consumir *Aristolochia fangchi*, una hierba china.
- Tomar agua de pozo con concentraciones altas de arsénico.
- Tomar agua tratada con cloro.
- Tener antecedentes de infecciones de vejiga, como las producidas por *Schistosoma haematobium*.
- Usar catéteres urinarios por un período prolongado.

La edad avanzada es un factor de riesgo para la mayoría de los cánceres. La posibilidad de presentar cáncer aumenta a medida que envejece.

Factores de riesgo

- ▶ **Tabaquismo**

- ▶ Riesgo 2-4 veces mayor
- ▶ Aumenta a partir de 10 cigarrillos/día
- ▶ Mayor en consumidores de tabaco negro.

- ▶ **Aminas aromáticas:** Industria del tinte, cuero y caucho.

- ▶ **Edulcorantes artificiales**

- ▶ **Yatrogénico:** ciclofosfamida, radioterapia

- ▶ **Infección por Schistosoma Haematobium:** Mayor incidencia de Ca escamoso de vejiga, infección crónica de vejiga, catéter vesical permanente.

- ▶ **Cistitis glandular, Extrofia vesical:**
Adenocarcinoma



► **Tipos histológicos:**

- Células transicionales: 90%
- Carcinoma de células escamosas: 5%
- Adenocarcinoma: 3%
- Otros: Microcítico, neuroendocrino...: 2%

► **Formas de presentación:**

- tumores papilares de crecimiento principalmente endocavitario y frente de invasión único, bajo grado histológico 70%.
- sólidos, con invasión tentacular en profundidad y extensión linfática y vascular temprana, alto grado histológico 10%.
- Formas mixtas 20%.

T - Tumor primario

- TX No se puede evaluar el tumor primario
- T0 Ausencia de datos de tumor primario
 - Ta Carcinoma papilar no invasor
 - Tis Carcinoma *in situ*: "tumor plano"
- T1 El tumor invade el tejido conjuntivo subepitelial
- T2 El tumor invade el músculo
 - T2a El tumor invade el músculo superficial (mitad interna)
 - T2b El tumor invade el músculo profundo (mitad externa)
- T3 El tumor invade el tejido perivesical:
 - T3a Microscópicamente
 - T3b Macroscópicamente (masa extravesical)

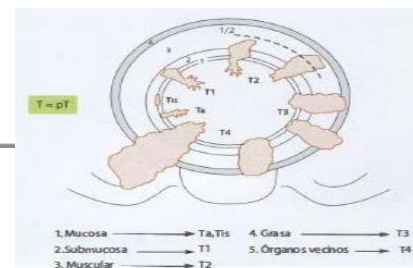
- T4 El tumor invade cualquiera de las estructuras siguientes: próstata, útero, vagina, pared de la pelvis, pared abdominal
 - T4a El tumor invade la próstata, el útero o la vagina
 - T4b El tumor invade la pared de la pelvis o la pared abdominal

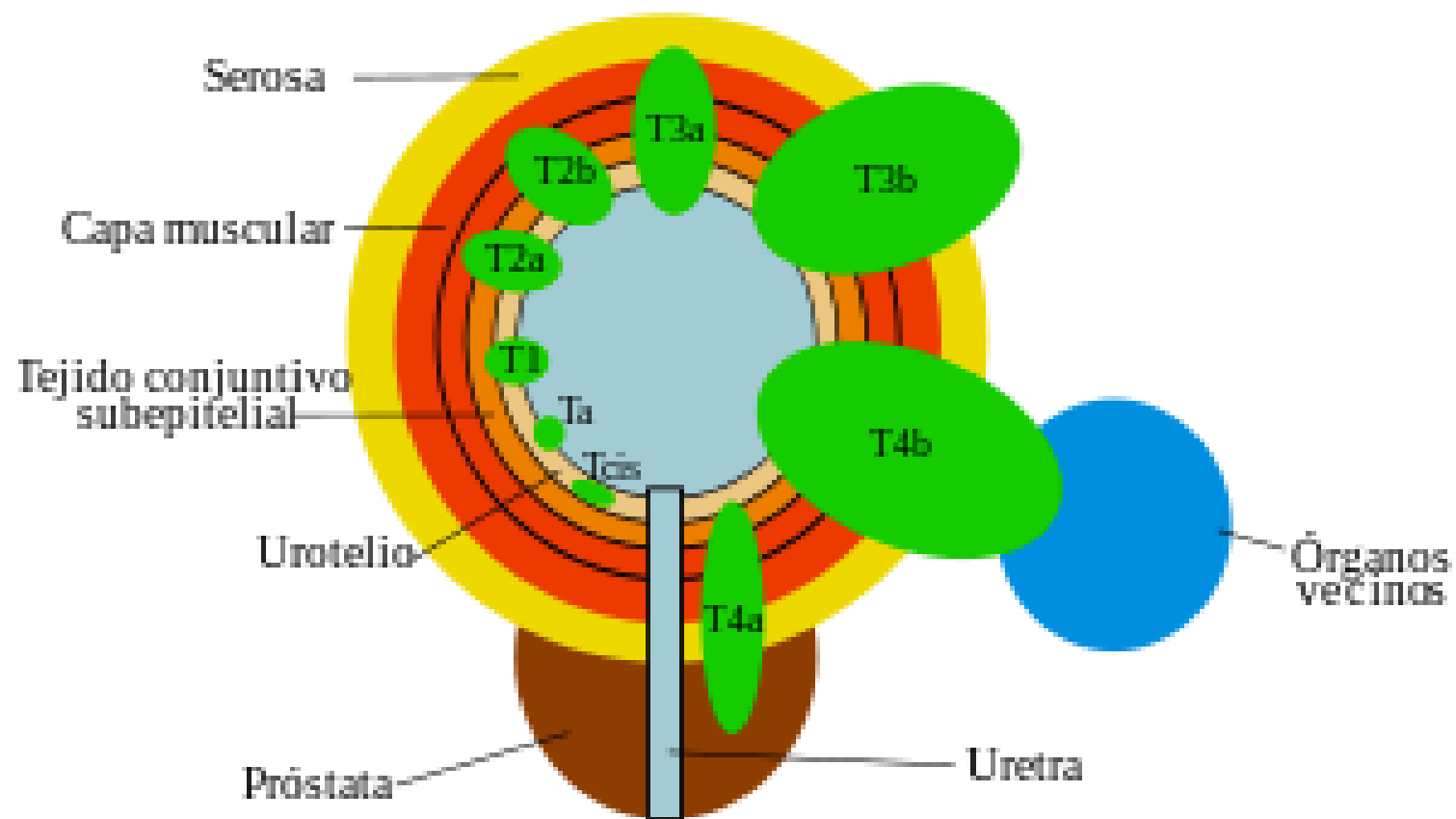
N-Ganglios linfáticos

- TX No se puede evaluar el tumor primario
- NX No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales
- N0 Ausencia de metástasis ganglionares regionales
- N1 Metástasis en un sólo ganglio linfático de 2 cm o menos en su eje mayor
- N2 Metástasis en un solo ganglio regional mayor de 2 cm, pero sin superar los 5 cm, en su eje mayor, o varios ganglios regionales, ninguno de ellos mayor de 5 cm en su eje mayor
- N3 Metástasis en un ganglio linfático mayor de 5 cm en su eje mayor

M-Metástasis a distancia

- MX No se pueden evaluar las metástasis a distancia
- M0 Ausencia de metástasis a distancia
- M1 Metástasis a distancia

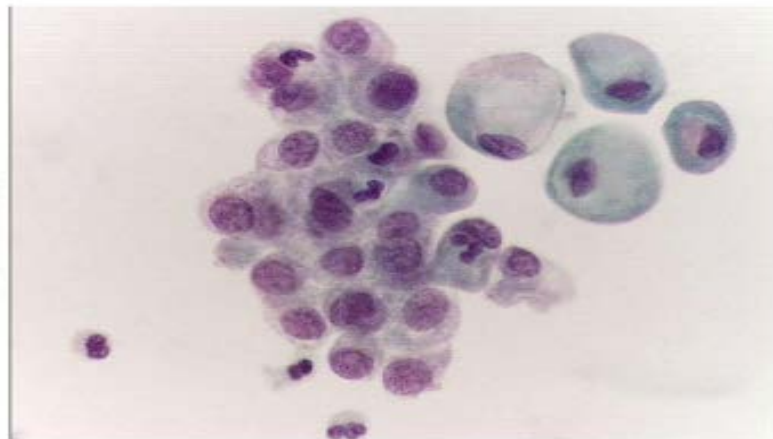




Historia natural

- ▶ El 70% son **tumores vesicales superficiales** endocavitarios, cuya principal característica es la recurrencia 50-75%
 - ▶ 25% recurrirán y progresarán en grado y estadio
 - ▶ 15% desarrollarán un tumor infiltrante y metastásico.
- ▶ 75% de **los tumores infiltrantes** son organoconfinados al diagnóstico
 - ▶ 50% desarrollarán mtx a distancia a pesar de tratamiento.
 - ▶ 20-25% Extensión ganglionar o metastásica de inicio
- ▶ Los mixtos hacen referencia especialmente al **Ca in situ**
 - ▶ Confinado en vejiga
 - ▶ Células desdiferenciadas con displasia grave.
 - ▶ Alta tasa de recidiva y progresión (50-75%)
 - ▶ Multifocal
 - ▶ Asociación con tumores de bajo y alto grado.

Diagnostico



► Citologías urinarias:

- Se debe hacer en todos los enfermos con hematuria
- Mas sensible cuando mas alto es el grado de diferenciación
 - Mas rentable que eco, TC, urografía o biopsia múltiple
 - Sensibilidad en torno al 75-11% en tumores de alto grado o Ca in situ
 - Especialmente útil en seguimiento de tumor vesical en combinación con cistoscopia

‣ **Pruebas de imagen:**

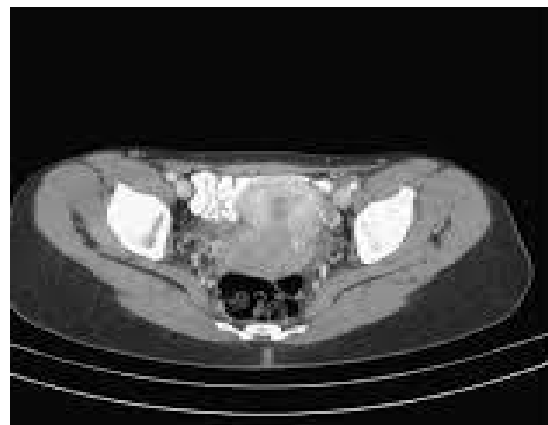
- Ecografía: Sensibilidad 80%, poco útil para diagnóstico de tumores de urotelio superior
- UIV: Sensibilidad del 60%, signos directos e indirectos de tumor de urotelio superior y de vejiga

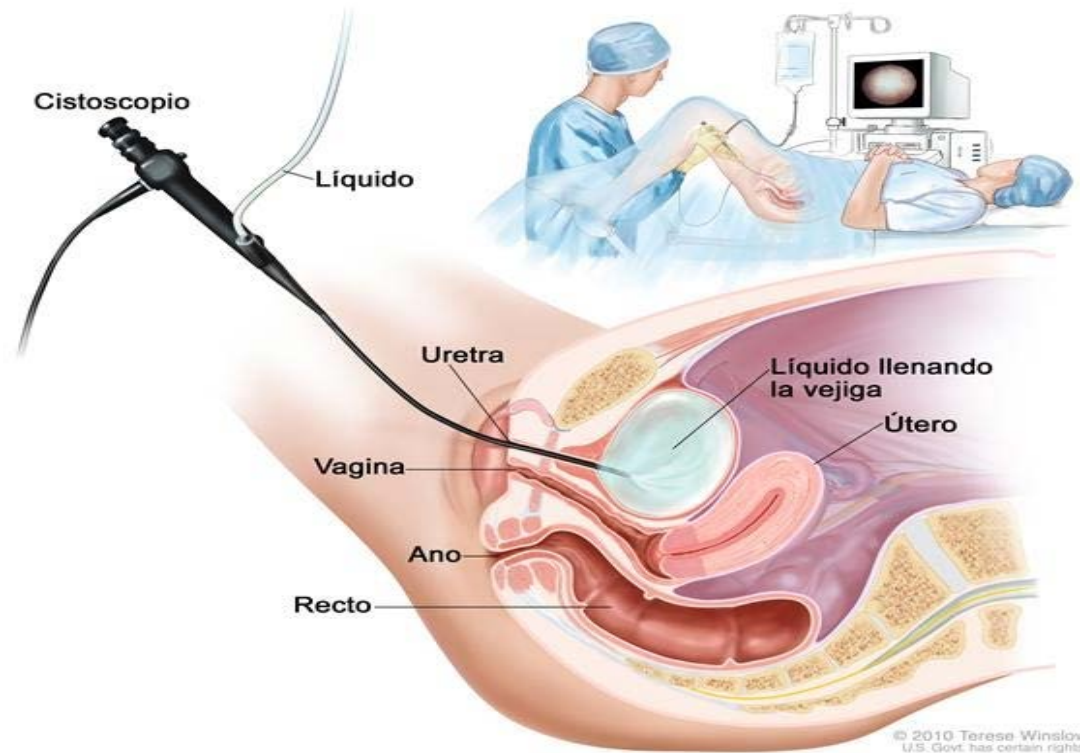


Diagnostico

Estadiaje

- ▶ **Pruebas de imagen:**
 - ▶ Pielografía retrógrada (tracto urinario superior),
 - ▶ En el momento de la cistoscopia cateterización del uréter y opacificación con contraste radiológico
 - ▶ permite además recoger citologías selectivas del uréter.
 - ▶ TAC: Estadificación de la enfermedad infiltrante.
 - ▶ RMN: Mejores imágenes sobre todo de la cúpula vesical pero no aporta mas información.



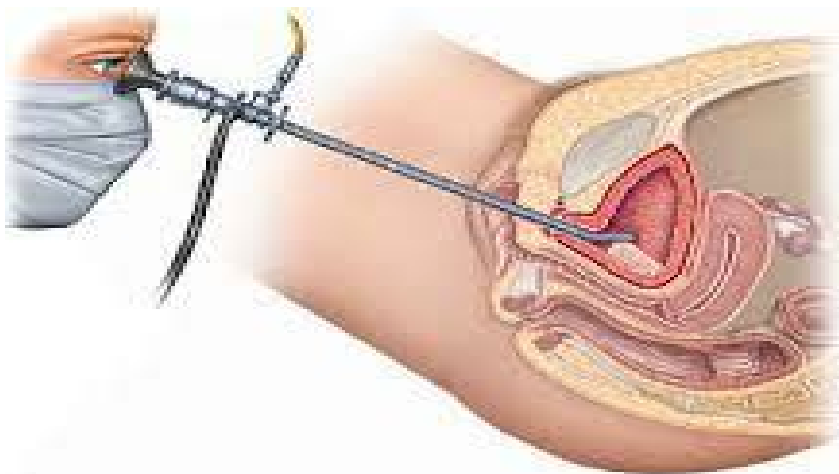


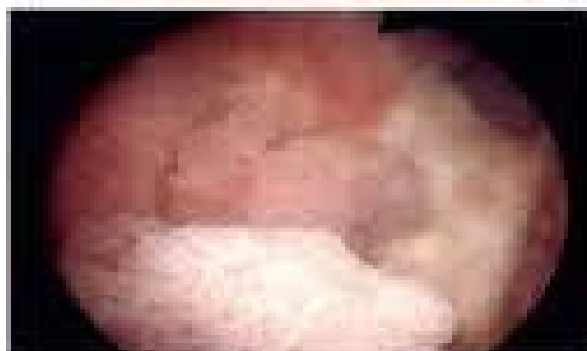
Cistoscopia. Se introduce un cistoscopio (instrumento delgado similar a un tubo, con una luz y una lente para observar) a través de la uretra y hacia la vejiga. Se usa líquido para llenar la vejiga. El médico observa una imagen de la pared interna de la vejiga en el monitor de una computadora.

► **Cistoscopia:**

► **Valoración endoscópica de la vejiga**

- Rígida o flexible
- 10% de las cistoscopias con citología positivas no se encuentra tumor
- **Causas:** tumores de urotelio superior, Ca i situ o Ca dustal de próstata
- **¡Falsos positivos de la citología!:** Inflamación concomitante de la mucosa vesical: infección, litiasis.....

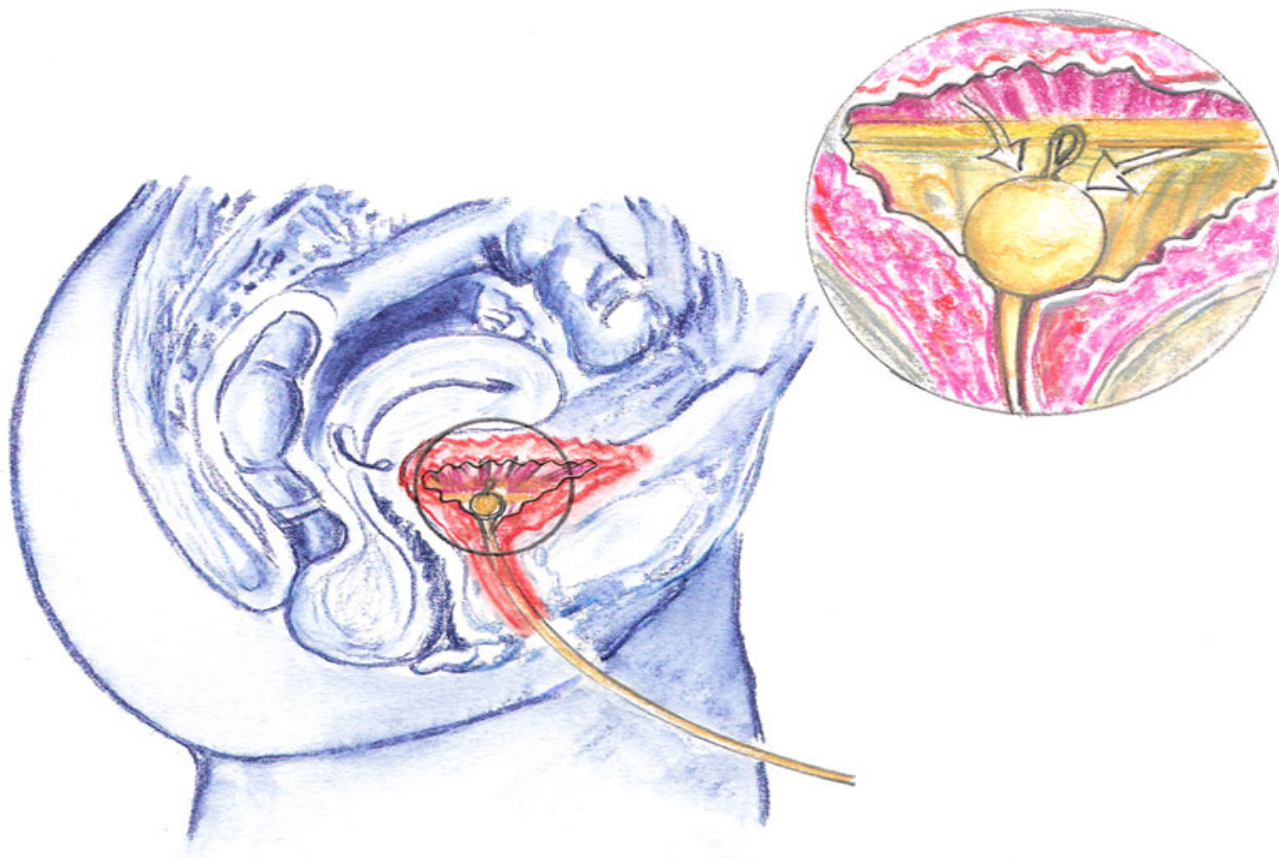




Tms. de urotelio superior. Diagnostico

- ▶ Sistemática diagnóstica **básicamente igual que para el tumor vesical.**
- ▶ **Citología urinaria:** Mas rentable si se coge de forma selectiva con cateterización ureteral
- ▶ **Eco:** Hidronefrosis en el riñón del tumor
- ▶ **UIV:** Defectos de replección en cálices, pelvis o uréter o anulación funcional del riñón
- ▶ **TAC:** Estadificación.
- ▶ **Ureterorenoscopia/Biopsias por cepillado:** Permite el tratamiento en el mismo acto de tumores pequeños y de aspecto superficial
- ▶ **Cistoscopia:** Para descartar tm vesical asociado.

Tratamiento



Tratamiento

- ▶ **Resección transuretral vesical**
 - ▶ Primer gesto tras el diagnóstico clínico.
 - ▶ **Permite extirpar el tm hasta la capa muscular de la vejiga**
 - ▶ Establece un diagnóstico histológico
 - ▶ Permite el estadiaje local del tumor
 - ▶ Es el tratamiento definitivo de los tumores de vejiga superficiales con independencia de que posteriormente precisen de quimioterapia vesical adyuvante
 - ▶ Riesgos de hematuria incohercible o perforación vesical



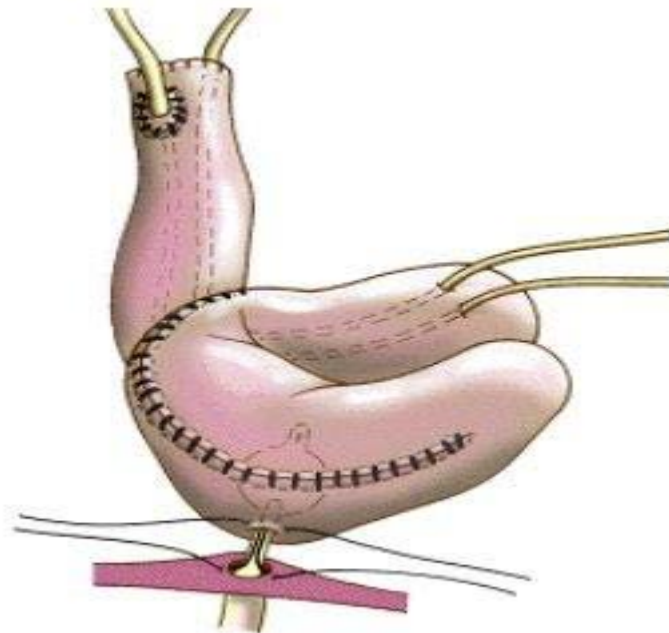
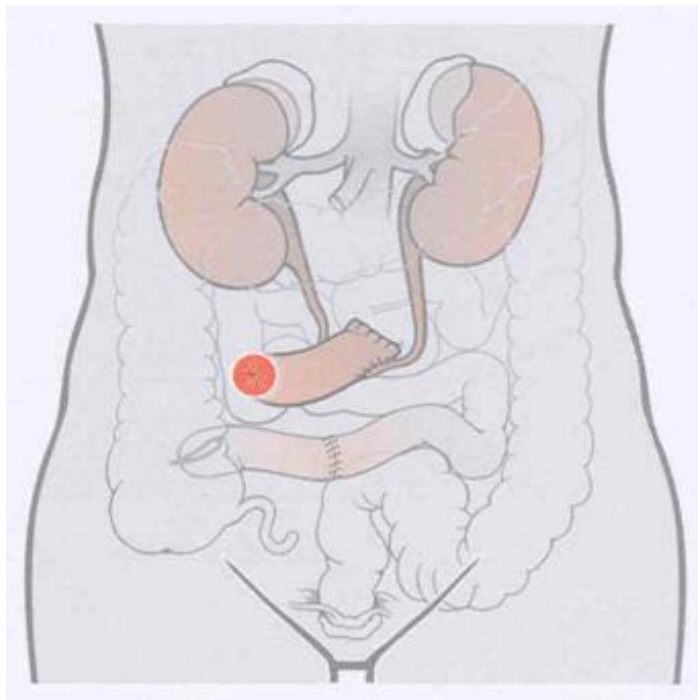
Ttos. intravesicales

- ▶ **Quimioterapia intravesical posterior a la RTU:**
 - ▶ Mitomicina (prácticamente el único que se utiliza), doxorubicina, adriamicina, epirubicina
 - ▶ **Indicados para disminuir la frecuencia de recidivas (20%) de tumores de bajo grado histológico**
 - ▶ Acción irritativa sobre el urotelio vesical.
- ▶ **Inmunoterapia endovesical:**
 - ▶ BCG (Bacilo de Calmette-Gerin) atenuado 12 meses
 - ▶ **Indicado para disminuir la frecuencia de recurrencia y progresión en tumores de alto grado (40%)**
 - ▶ Es el tratamiento de elección para el Ca in situ vesical, respuestas del 70%
 - ▶ Mas efectos secundarios: cuadros pseudogripales, cistitis febril, prostatitis granulomatosa, neumonitis o fallecimiento

Ttos. de los TMs infiltrantes

- ▶ Tras la RTU vesical y una vez establecido que el tumor es infiltrante ($\geq$ PT₂), el tratamiento es la **Cistectomía radical**.
 - ▶ Procedimiento habitual en varones: Cistoprostatectomía radical + Linfadenectomía iliobturatriz e iliaca ampliada + Derivación urinaria.
 - ▶ Procedimiento habitual en mujeres: Cistectomía radical + +Histerectomía+Linfadenectomía iliobturatriz e iliaca ampliada + Derivación urinaria
 - ▶ Derivaciones urinarias (se usa prácticamente siempre el intestino):
 - ▶ Heterotópicas: Bricker ; Ortotópicas: Studer
 - ▶ Complicaciones precoces: Fístulas urinarias o digestivas y/o uropatía obstructiva del TUS por estenosis
 - ▶ Comp. tardías: Acidosis metabólica, infecciones y litiasis urinaria
 - ▶ **Morbilidad 50%, mortalidad 1%.**

.Derivaciones urinarias



Tms. de urotelio superior. Tratamiento.

- ▶ El tratamiento estándar es la **nefroureterectomía con extirpación de rodete perimeático vesical**.
 - ▶ Tendencia a la recidiva tumoral
- ▶ Planteable los **tratamientos conservadores** en caso de tumores papilares, únicos, superficiales y de pequeño tamaño.
 - ▶ Fulguración con laser
 - ▶ Ureterectomía segmentaria
- ▶ En casos diseminados **QT basada en cisplatino**.
- ▶ **Seguimiento posterior de la vejiga y riñón contralateral**
 - ▶ 20-30% Tumor vesical metacrónico
 - ▶ 2% Tumor metacrónico en urotelio superior contralateral

Ttos.con QMT sistematica

- ▶ **Basadas en Cisplatino:**
 - ▶ **MVAC:** Metrotexate, Vinblastina, Adriamicina, cisplatino
 - ▶ **Indicado en enfermos en los que existe afectación ganglionar o metastásica**
 - ▶ Quimioterapia neoadyuvante, mismos protocolos previos a la cirugía, con resultados no claramente mejores que la cirugía aislada.
 - ▶ Respuestas completas 15-30%
 - ▶ Respuestas parciales 30-40%

Factores pronósticos

- ▶ Invasión profunda de la pared de la vejiga
- ▶ **Grado patológico del tumor**
- ▶ **Presencia / Ausencia de Ca in situ**
- ▶ Tumores vesicales superficiales (mortalidad muy baja)
 - ▶ Número de tumores
 - ▶ Tamaño del tumor
 - ▶ Invasión de la lámina propia
 - ▶ Tasa de recidiva
- ▶ Tumores vesicales infiltrantes (**supervivencia media 14 meses**):
 - ▶ Estado general
 - ▶ Metástasis viscerales

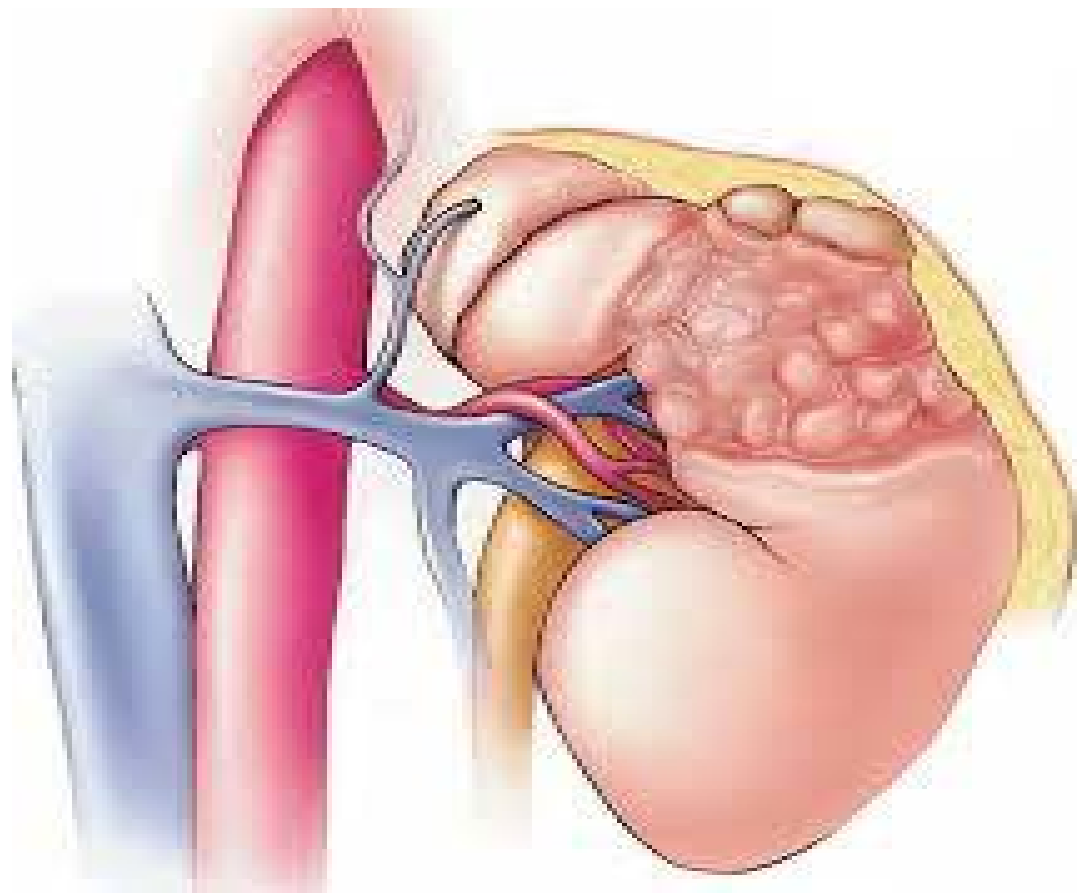


Escuela técnica
SUPERIOR DE
ARQUITECTURA
MADRID

16-18
noviembre
de 2018



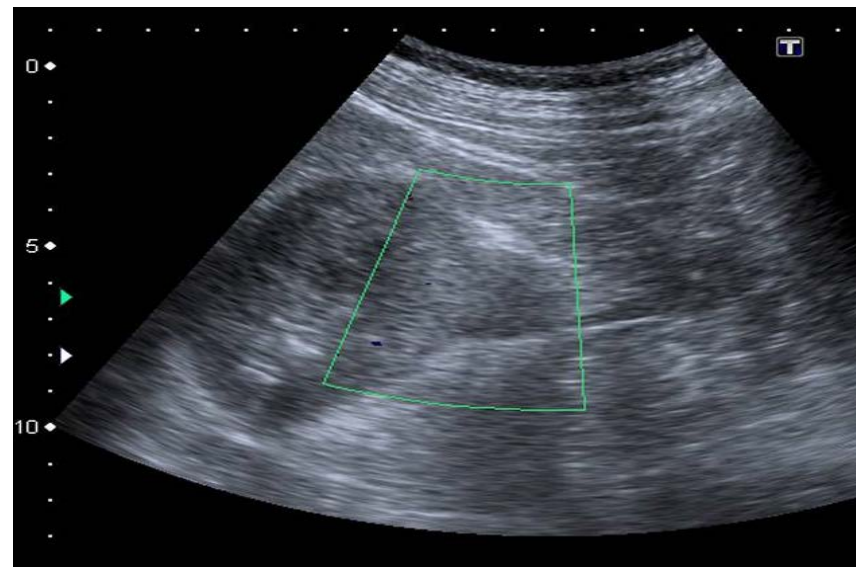
Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer UROLÓGICO RIÑÓN





Cáncer de riñón. Incidencia y epidemiología

- ▶ Incidencia: 12 nuevos casos/100.000 habitantes y año
- ▶ Incidencia en aumento (ECOGRAFIA) y mortalidad también en aumento (¿tabaco, factores dietéticos, carcinógenos...?)
- ▶ Edad de presentacon: 6^a-7^a décadas de la vida
- ▶ Mas frecuente en varones excepto la variedad cromófoba.
- ▶ Esporádico mayoritariamente y 2-3% de casos familiar.
- ▶ Formas familiares como el síndrome de Von-Hippel-Lindau y la esclerosis tuberosa suelen dar formas múltiples y bilaterales.
- ▶ Incidencia aumentada asociada a riñón poliquístico y en la enfermedad quística adquirida de la diálisis.



► **Formas infantiles:**

- **Tumor de Wilms mucho más frecuente que el CCR (tumor GU más frecuente en niños). Importante su asociación con formas congénitas (Beckwith-Wiedeman, Aniridia, WAGR, Dennys-Drash)**
 - masa abdominal
 - HTA
 - Hematuria
 - Policitemia
 - en segunda década, tumor de Wilms = CCR
- Histología : Mas favorable células epiteliales y elementos del estroma, mas desfavorable el anaplásico
- Tratamiento cirugía parcial o radical+QT neo y adyuvante

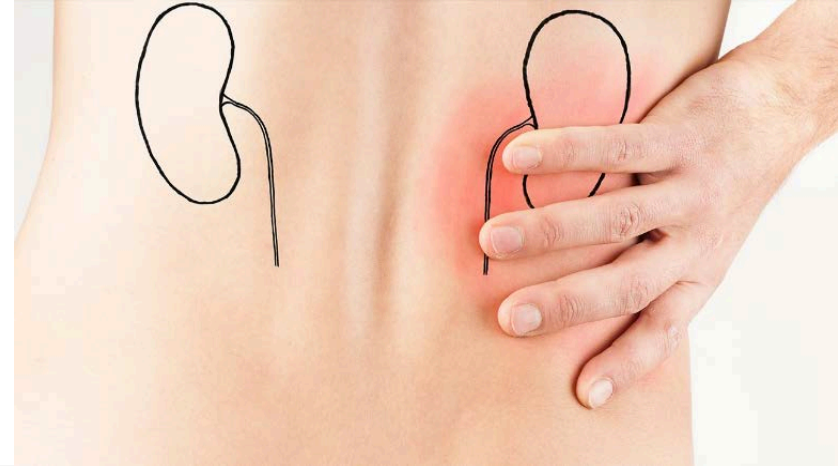
Variedades histológicas



- ▶ Carcinoma de células renales (CCR) convencional (70-80%): el más común
- ▶ Carcinoma papilar (10-15%): tendencia a la multicentricidad
- ▶ Carcinoma cromóforo (3-5%): peor pronóstico que el CCR
- ▶ Los tumores renales metastásicos (pulmón, mama, melanomas o infiltración por linfoma)

Clínica

Sintomatología



- 50% **asintomáticos**
- **Tríada** (dolor, masa palpable y hematuria) < 10%
- Dolor (35%), hematuria (60%), pérdida de peso (30%)
- Síndrome paraneoplásico, *gran simulador, tumor del internista...* (20%): hipercalcemia, policitemia, amiloidosis, anemia, caquexia y síndrome febril, HTA, disfunción hepática (síndrome de Stauffer, nefropatía, hiperglucemia, síndrome de Cushing, neuromiopatía...
- 30% Metástasis al diagnóstico.
- Varicocele izquierdo repentino por invasión de la vena renal izquierda

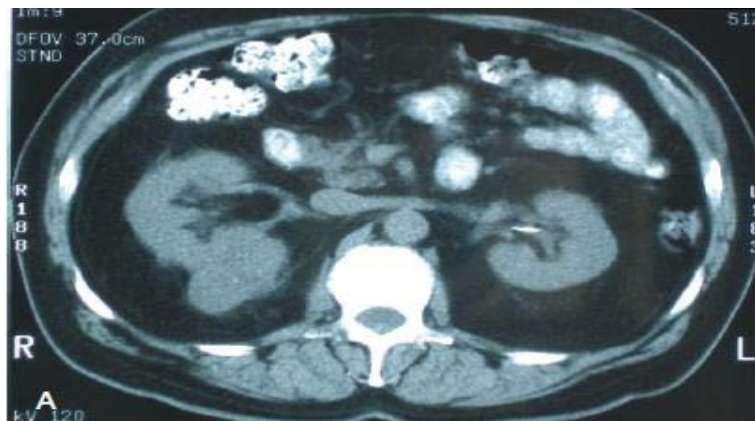
Factores de riesgo



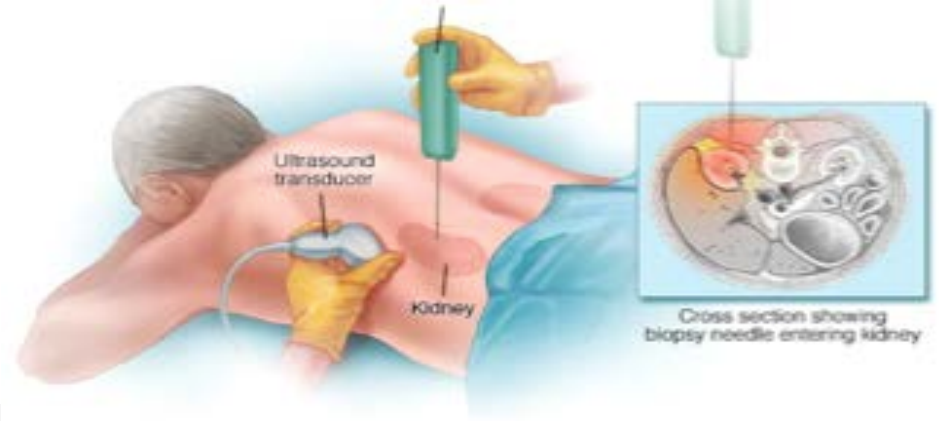
- ▶ Tabaco:
 - $RR = 1,4-2,5$ en relación a controles no fumadores
 - en niños pequeños, tumor de Wilms mucho más frecuente que el CCR
 - en segunda década, tumor de Wilms = CCR
- ▶ Obesidad
 - $RR = 1,07$ por cada unidad extra de IMC
- ▶ Hipertensión arterial
- ▶ Cadmio
- ▶ Agregación familiar, contrastes radiológicos, tóxicos, radioterapia...

Diagnostico

- ▶ **ECO:** lesión sólida o hipoecoica, el quiste (anecoica) no hace necesario mas exploraciones.
- ▶ **RX abdomen:** efecto masa, elevación del diafragma, calcificaciones, metástasis óseas...
- ▶ **TC:** cualquier masa que realza más de 15-20 UH.
Mejor método de evaluación que proporciona información sobre la presencia de mtz o invasión de órganos vecinos
- ▶ **RMN:** alérgicos. Masa heterogénea hipo o hiperintensos en T2. Se utiliza para ver la vena renal en enfermos con sospecha de afectación venosa.
- ▶ **Arteriografía renal:** Casos dudosos, riñones únicos, o planificación nefrectomía parcial compleja.
- ▶ **PET:** específico pero poco sensible.
- ▶ **GGO:** afectación ósea. En pacientes con síntomas



Biopsia



El valor predictivo positivo de los estudios de imagen es tan alto que **una biopsia negativa no altera el enfoque terapéutico**

- **Indicaciones:**

- sospecha de absceso renal
- quiste infectado
- diagnóstico diferencial entre CCR, metástasis y linfoma renal
- tratamiento ablativo

Estadificación

TX: No se puede evaluar el tumor primario

T0: No hay evidencia de tumor primario

T1: El tumor está limitado al riñón y mide 7 cm o menos

T1a: ≤ 4 cm

T1b: 4-7 cm

T2: El tumor está limitado al riñón, >7 cm

T2a: 7-10 cm

T2b: >10 cm

T3: El tumor se ha diseminado a la vena renal o a los tejidos perirrenales (tejido adiposo). No ha invadido la glándula suprarrenal ni sobrepasa la fascia de Gerota

T3a: afectación de la vena renal o del tejido adiposo perirrenal sin sobrepasar la fascia de Gerota

T3b: afectación de la vena cava infradiafragmática

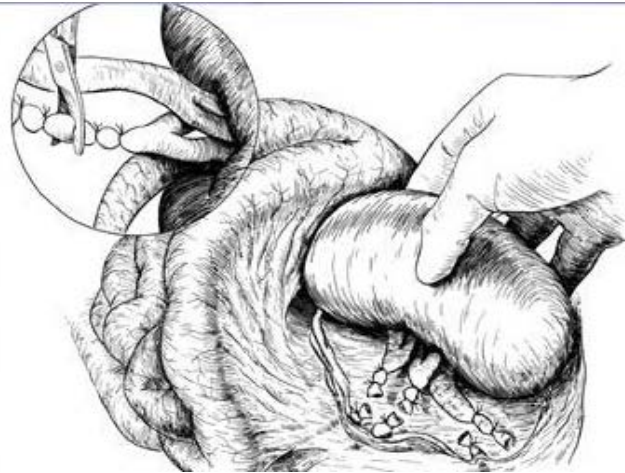
T3c: afectación de la vena cava supradiafragmática

T4: El tumor se ha diseminado a zonas más allá de la fascia de Gerota y llega a la glándula suprarrenal

Tratamiento

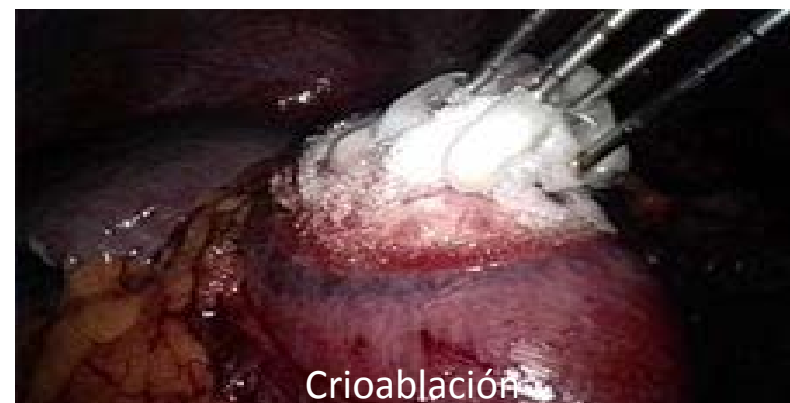
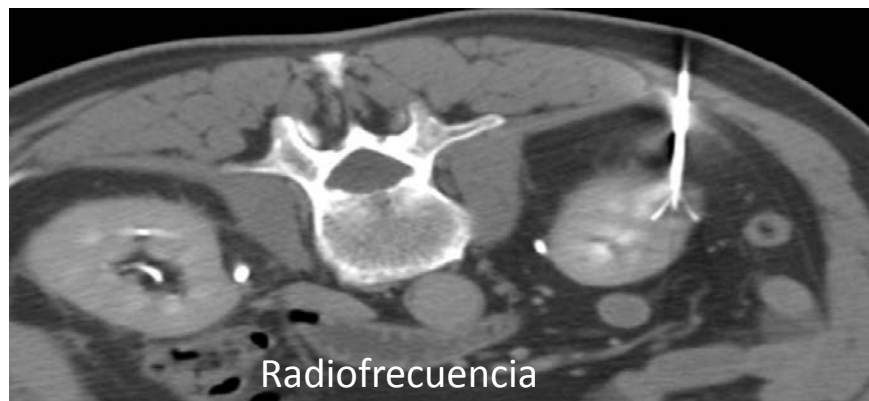
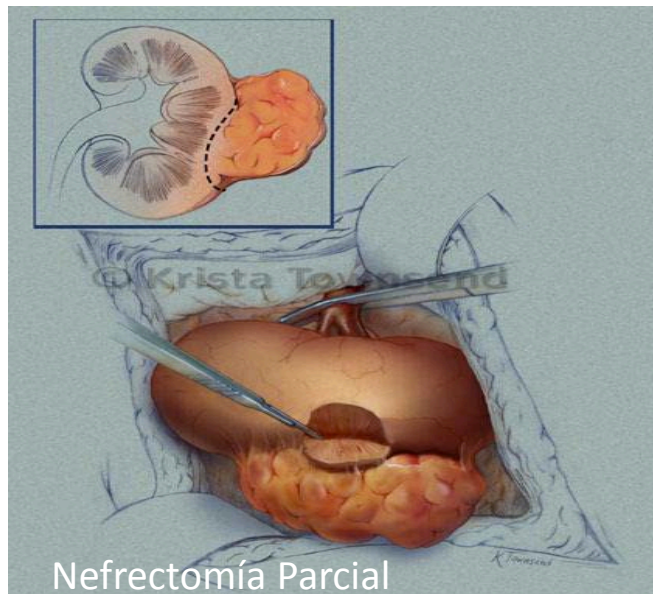
Enfermedad organo - confinada:

- Nefrectomía radical: Tratamiento de elección clásico.
 - linfadenectomía: ganglios positivos valor estadificador, no terapéutico
 - suprarrenalectomía: polo superior y > 7 cm
- Nefrectomía parcial: Nuevo patrón de referencia
 - IRC, bilateralidad, riñón único
 - tumores < 7 cm
 - Tasas de recidiva similares a Nx radical
- Vigilancia activa
 - tumores < 3 cm en pacientes con comorbilidad
- Terapias ablativas
 - criocirugía o radiofrecuencia: $< 3,5$ cm, comorbilidad



Tratamiento

- ▶ Enfermedad localmente avanzada y diseminada:
 - Nefrectomía radical
 - Nefrectomía citorreductora: escasa enfermedad metastásica
 - Resección de metástasis: lesión pulmonar única tras SLE larga (contraindicada en metástasis múltiples, hepáticas u óseas o con SLE breve)
 - Inmunoterapia
 - Antiangiogénicos. Inhibidores mTOR



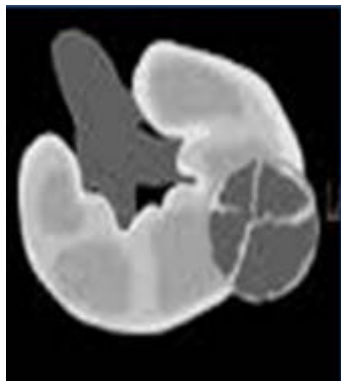
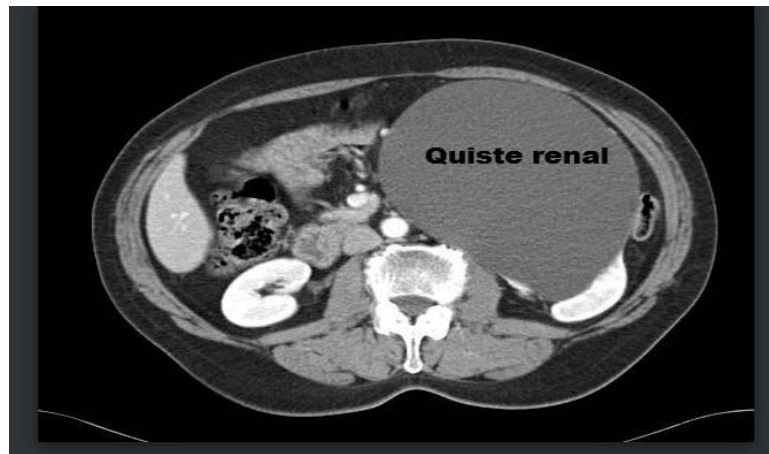
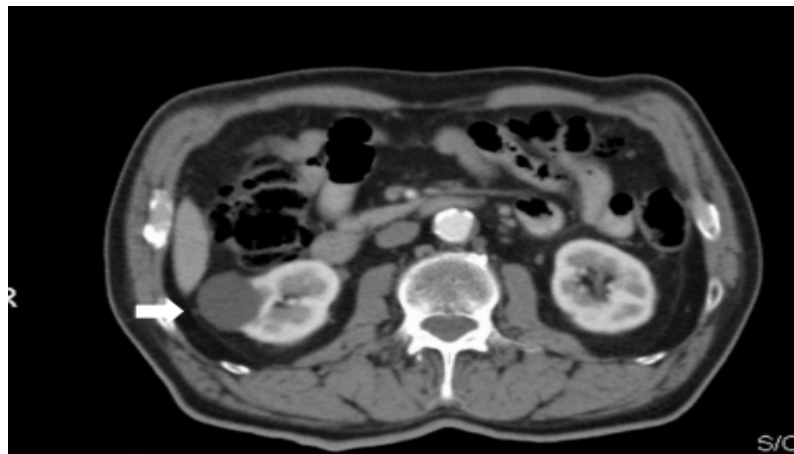
Pronostico

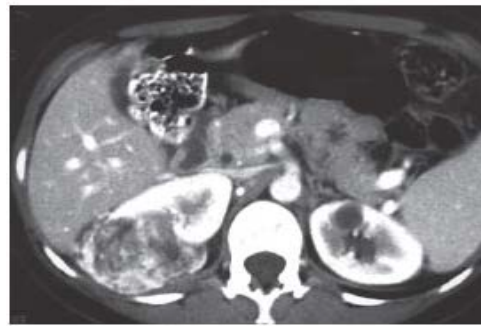
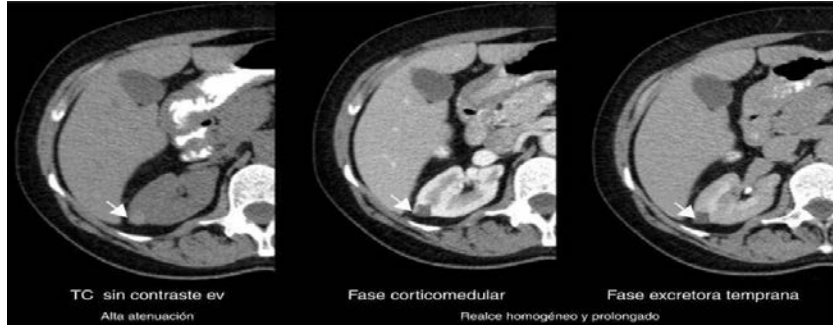
- ▶ Organoconfinado: 70-100%
- ▶ S/renal o grasa perirrenal: 0-40%
- ▶ Afectación venosa: <25%
- ▶ Extensión más allá de la fascia de Gerota: <20%
- ▶ Metástasis a distancia: < 20%

Otros procesos expansivos renales



- **Quistes renales:** Contenido líquido
 - masa renal más común (25% de las personas > 55 años)
 - clasificación de Bosniak (I-II-IIF-III-IV)
 - Los Bosniak 1, no precisan seguimiento
 - Los 3 y 4 son diagnósticos de masa renal maligna
- **Oncocitoma renal** (3-7%) de los tumores sólidos
 - imagen en rueda de carro





- ▶ **Angiomiolipoma:** 13/1000 ecografías
 - asintomático
 - asociado al 50% de los casos de esclerosis tuberosa
 - raramente (10%), hemorragia retroperitoneal (sd.Wunderlich)
 - tratamiento: cirugía o embolización si > 4cm
- **Adenomas corticales**
- **Nefroma mesoblástico:** Tumor benigno mas frecuente en recién nacidos y lactantes



THANK YOU

GRACIAS
ARIGATO
SHUKURIA
JUSPAXAR
DANKSCHEEN
TASHAKKUR ATU
SUKSAM
EKMET
MEHRBANI
PALDIES
BOLZİN
MERCİ
BIYAN
SHUKRIA
TINGKI
YAQHANYELAY
TASHAKKUR ATU
SUKSAM
EKMET
MEHRBANI
PALDIES
BOLZİN
MERCİ
GRACIAS
ARIGATO
SHUKURIA
JUSPAXAR
DANKSCHEEN
TASHAKKUR ATU
SUKSAM
EKMET
MEHRBANI
PALDIES
BOLZİN
MERCİ
BIYAN
SHUKRIA
TINGKI
YAQHANYELAY
TASHAKKUR ATU
SUKSAM
EKMET
MEHRBANI
PALDIES
BOLZİN
MERCİ

carmen@gonzalezenguita.com