

INFORMACION AL PACIENTE CON CANCER: CONDUCTA DEL MEDICO. NOVEDADES ACTUALES

Autor:

*** DR. JOEL VELEZ CRESPO**

Coautor

**** DR. GUIDO MORENO CORDOVA**

* Cirujano General, Médico Devengante de Beca de Posto-Grado en Cirugía General.- Asociado a la Sala San Aurelio del H. Luís Vernaza.

** Cirujano de Planta del Hospital Abel Gilbert Pontón

RESUMEN

En el presente trabajo de revisión bibliografica se analizan los orígenes del cáncer, la evolución del mismo, los factores que influyen en los resultados del tratamiento, el cuadro clínico de aparición más frecuente, la información al paciente con cáncer y por último, el uso actual de la Laparoscopia en los pacientes con cáncer.

Palabras Claves: Orígenes del cáncer. Información al paciente con cáncer. Diagnóstico y tratamiento del cáncer.

SUMMARY

In the work present of bibliographical revision we analyzed the origin of cancer, its evolution, the factors that influent in the results of treatment, the clinical picture more frequent, the information to the patient with cancer and by last, the use of the laparoscopy in these patients

Key Words: Origins of cancer. Information to the patient with cancer. Diagnostic and treatment in the cancer.

El cáncer es el resultado de procesos variables de desarrollo y cuya etiología se debe a múltiples factores. Se describen en su evolución, a lo menos, tres etapas: la de iniciación, la de formación y la de progresión. La etapa de iniciación esta relacionada con cambios, más o menos permanentes, en el fenotipo de algunas células. La etapa de formación necesita de la exposición continuada a los agentes agresivos. La etapa de progresión es autogenerada y puede ser regulada por la manipulación dietética o por la acción de drogas o antibióticos.
(1)

El cáncer puede originarse en células epiteliales (carcinomas), células mesenquimatosas (sarcomas) y/o células hematopoyéticas (leucemias). El 80% de los cánceres que ocurren en el hombre son carcinomas, algunos de ellos pueden desarrollarse con un grado de malignidad bajo o alto (1,2)

Estudios en humanos y experimentales señalan que la mayoría de los cánceres se originan en una célula. Otras de las características de las células cancerosas son: crecimiento autónomo con respecto a las células normales; capacidad de

reproducirse permanentemente, fenómeno que se ha llamado de la inmortalidad; capacidad para invadir otros tejidos y diseminarse a diferentes partes del organismo, donde pueden reproducir nuevos tumores (metástasis) determinando la muerte del huésped; pueden ser altamente inestables en el tiempo, cambiando su sensibilidad a los diversos tratamientos; y además, tener poder antígeno propio. (1,3)

Debido a que la inmunoterapia es un tratamiento aún en vías de experimentación, los empleados más comunmente son la cirugía, radioterapia y quimioterapia. Existen numerosos factores que influyen en los resultados de los tratamientos en los distintos tipos de cáncer y la evaluación de los siguientes factores permite aventurar sobre el pronóstico: 1) **Sexo.**- se ha observado que la sobrevivida a 5 años es mayor en las mujeres que en los hombres; 2) **Edad.**- cánceres con crecimiento lento se han observado antes de la pubertad (melanoma y cáncer del tiroides), mientras que en las personas de mayor edad se han visto cánceres de crecimiento más rápido (melanoma, linfomas); 3) **Embarazo.**- Hay cánceres que crecen aceleradamente durante el embarazo, especialmente en el período inicial de él y en el puerperio (mama); 4) **Dependencia hormonal.**- Los cánceres de mama y próstata están estrechamente relacionados, en su crecimiento, con la dependencia hormonal; 5) **Grado histológico.**- Tiene importancia en relación al grado de inmadurez o desdiferenciación del tumor y a la capacidad de dar metástasis o de recidivar localmente (sarcomas); 6) **Tamaño.**- su importancia reside en que a mayor tamaño tumoral hay mayor posibilidad de dar metástasis a los ganglios regionales; 8) **Existencia de metástasis a distancia.**- La existencia de metástasis en órganos distantes, si bien es signo de mal pronóstico, no es tan dramático de acuerdo al órgano comprometido y a los resultados del tratamiento establecido; son de peor pronóstico

las localizadas en cerebro e hígado, mientras que aquellas ubicadas en piel, hueso o pulmón, no lo son tanto, pero dependiendo, a su vez, del tipo de tumor causante. (1,4)

El cáncer es hoy en día la segunda causa de mortalidad en los países occidentales y el diagnóstico precoz es el único medio que permite un tratamiento más eficaz, con supervivencia prolongada o curación. Actualmente se puede conseguir la curación en un gran número de casos de tumor de Wilms, coriocarcinoma, enfermedad de Hodgkin, cáncer de testículo, rabdomyosarcoma, leucemia linfoblástica aguda y sarcoma de Ewing. El médico general deberá, pues, estar al acecho de cualquier manifestación susceptible de guardar relación con un cáncer clínicamente silencioso. (5).

Las anomalías más frecuentes y sugerentes son: anemia, ascitis y adenopatías. Entre los signos menos frecuentes, aunque también importantes, cabe citar: dolores dorsolumbares, masas subcutáneas, hepatomegalia, esplenomegalia (aislada o asociada), convulsiones, cefaleas rebeldes, ronquera, ictericia, hematuria, adelgazamiento inexplicado, trastornos del tránsito intestinal, fiebre prolongada inexplicada, dolores abdominales rebeldes, nódulos pulmonares, derrames pleurales o infecciones persistentes o recidivantes. (5,6)

En muchos casos es posible identificar los agentes responsables del cáncer, al igual que la población de riesgo también se puede determinar. El Programa Europa contra el Cáncer asume que el 4% de las muertes por cáncer pueden ser atribuidas a factores ocupacionales. Cinco agentes cancerígenos laborales son responsables de exposiciones frecuentes: aminas aromáticas, benceno, cromo hexavalente, cloruro de vinilo y radiaciones ionizantes. Las líneas de prevención podrían dividirse en tres apartados: 1) Medidas de prevención técnicas

destinadas a modificar el proceso productivo, las materias primas utilizadas, los sistemas de ventilación, etc.; 2) Dispositivos de protección personal como mascarillas, ropa de trabajo adecuada, guantes, etc.; 3) el valor principal de los reconocimientos médicos al ingreso en el trabajo y periódicos, no es tanto el diagnóstico precoz de los cánceres sino el servir de control sobre la utilidad de las medidas técnicas de prevención adoptadas y de evaluación de las mismas. (2,7)

Los médicos que atienden a pacientes con cáncer siempre desean saber cuántas personas enferman, cuál es su sexo, a qué edad se presenta la enfermedad y en qué lugar anatómico aparece con más frecuencia. Cuanto más se profundice en estos análisis, mayor conocimiento se tendrá y superior puede ser la visión global, prestando por otra parte más atención al tema de las neoplasias, con lo cual se obtiene una prevención más generalizada, el diagnóstico precoz se verifica en abundancia y el tratamiento se torna inmediato, que son las bases fundamentales de la lucha contra el cáncer. (8,9)

No existe un acuerdo mundial sobre si debe o no informarse a los pacientes con cáncer su diagnóstico y pronóstico verdaderos. En España la información del diagnóstico de cáncer no está totalmente estipulada, mientras que en Italia oscila desde la total o parcial, a la ausencia de información o su substitución por diagnósticos alternativos. Mencionar (o sólo recordar) la palabra o posibilidad del cáncer provoca un impacto emocional de gran magnitud. Impacto que no ha decrecido en la actualidad pese a las campañas que muestran el aumento de las cifras de curación de muchos tipos de cánceres. Como enfermedad tabú el cáncer modifica acusadamente las relaciones normales médico-paciente, el papel de la familia y las opiniones y sentimientos de la población no enferma. Pero para progresar en el terreno de la información,

debemos precisar del concurso de psicooncólogos, y así se evitarán también las informaciones distintas, dobles, triples o incluso más numerosas, que sufre hoy en día, no pocas veces, el paciente que es diagnosticado en un departamento, tratado en otro y controlado en el de más allá. (10, 11, 12)

El afectado al recibir la noticia experimenta ira, negación o, con más frecuencia, depresión y abatimiento. En los Estados Unidos el 98% de los médicos suministra una información completa, frente al 30% en España. En el 74% de los casos informa el cirujano, en el 11% el médico de cabecera y, en los demás casos, diversos miembros del personal hospitalario. No hay que caer en la tentación de recurrir sistemáticamente al uso de antidepresivos y sedantes, si antes no se ha intentado una comunicación positiva. Una conversación relajada, humana, incluso con buen humor, sirve para consolidar la confianza del paciente en su médico. (11, 13)

En la última década hemos asistido a un enorme aumento de los adelantos tecnológicos en las ciencias biológicas. Estos incluyen procedimientos tales como la hibridación de células somáticas para la producción de anticuerpos monoclonales murinos y humanos, la tecnología recombinante para la producción de factores de crecimiento imposibles en la obtención de grandes cantidades en cultivos celulares, y la transferencia genética mediante retrovirus para la modificación genética celular. El costo de tales tratamientos, tanto económico como en términos de toxicidad, ha llevado a cuestionar su aplicación. (14, 15, 16)

A pesar de la introducción de la ecosonografía, de la tomografía axial computarizada (TAC) y de la resonancia magnética, el cirujano que debe tratar las neoplasias gastrointestinales se enfrenta a menudo con una amplia discrepancia entre el estadio

preoperatorio y el intraoperatorio. (17, 18). La laparoscopia puede aportar una valiosa información que conducirá a una valoración más exacta del estadio de las neoplasias gastrointestinales; permite la inspección y la "palpación" indirecta de la localización del tumor primario y de la cavidad abdominal en general (incluyendo a la transcavidad de los epiplones) para valorar tanto la extensión local como la peritoneal (19). Además permite la obtención de material citológico e histológico para la confirmación del diagnóstico primario, de la invasión de los ganglios linfáticos y de las metástasis hepáticas o peritoneales. Las limitaciones de la laparoscopia radica en la valoración de las lesiones malignas hepáticas y retroperitoneales menos evidentes (20)

En la actualidad, utilizando sondas ecográficas de alta resolución, es posible practicar la ecografía por vía laparoscópica, lo que permite la exploración tanto del parénquima hepático como del retroperitoneo. Las ventajas de la combinación de la laparoscopia con la ecosonografía son numerosas y pensamos que la técnica podría incluso llegar a sustituir a otras exploraciones radiológicas preoperatorias (17, 20)

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Arraztoa J: Historia Natural del Cáncer. Avances en Oncología 1989; 8 (1): 33-42
- 2.- Azpilicueta P: Cáncer ocupacional, el juego del escondite. Neoplasia, Oncología Multidisciplinaria 1991; 8 (3): 81-82
- 3.- Taub S: Síndrome carcinoide paraneoplásico. Tribuna Médica 1984; 13 (10): 8-9
- 4.- Sendino A, Martín C, Berges M, Barbado F: Masas en cuadrante abdominal inferior derecho. Gastroenterología y Hepatología 1993; 16 (2): 92 - 101
- 5.- Fischer D: Interrogantes a propósito de los cánceres inaparentes. Tribuna Médica 1983; 11 (122): 21
- 6.- Borda F, Igea F, Tuñón M, Arellano J, Laiglesia M: Patología tumoral múltiple gastroyeyunal en paciente oligosintomático. Gastroenterología y Hepatología 1991; 14 (8): 453-455

- 7.- Eberlein T, Wilson R: Principles of surgical oncology Clinical Oncology. American Cancer Society, 1991; pp: 25-34
- 8.- Zubiri A: Utilidad de los registros de tumores a nivel nacional y autonómico. Neoplasia, Oncología Multidisciplinaria 1991; 8 (4): 119 - 120
- 9.- Ramón J, Iglesias C, Benet J, Micheo C, Cerdó C: Estudio de las tendencias de mortalidad por tumores digestivos en España y Cataluña durante el periodo 1975 - 1985. Gastroenterología y Hepatología 1991; 14 (6) 297-302
- 10.- Estapé J: La información al paciente con cáncer. Neoplasia, Oncología Multidisciplinaria 1992; 9 (2): 38
- 11.- González M, Espinoza E, de la Gándara I, Poveda J: La información al paciente con cáncer, Concepto de verdad soportable y progresiva. Neoplasia, Oncología Multidisciplinaria 1993; 10 (1): 1-2
- 12.- Montoya J: Trastornos psiquiátricos en el paciente con cáncer avanzado, terminal o moribundo (I), Consideraciones generales. Neoplasia, Oncología Multidisciplinaria 1992; 9 (6): 187 - 194
- 13.- Ismail T, Angrisani L, Gunson B, Hubschner S, Buckels J: Tumores malignos hepáticos, el papel del trasplante hepático. The British Journal of Surgery (Ed. Esp.) 1990; 4 (6): 452 - 456
- 14.- Guillou P: La inmunoterapia en el cáncer. The British Journal of Surgery (Ed. Esp) 1992; 7 (2): 91
- 15.- Carrascosa D, Casado A, López M, de la Torre M, Ortiz D: Determinaciones séricas de alfafetoproteína (AFP) en procesos tumorales de distinta etiología. Neoplasia, Oncología Multidisciplinaria 1993; 10 (2): 44-46
- 16.- Cabezón C, Yazigi R: Perspectivas y avances en Oncología ginecológica. Avances en Oncología 1989; 8 (1): 246 - 253.
- 17.- Cuesta M: La laparoscopia en la valoración del estadio del cáncer del aparato digestivo. The British Journal of Surgery (Ed. Esp) 1992; 8 (3): 141
- 18.- Eastwood G, Avunduk C: Colonic polyps and cancer. Manual of gastroenterology, diagnosis and therapy. Little, Brown and Company Boston/Toronto 1988; First Edition, 36: 206-213
- 19.- Sackier J, Berci G, Paz-Partlow M: Elective diagnostic laparoscopy. The American Journal of Surgery 1991; 161 (3): 326-331.
- 20.- MacFadyen B, Ponsky J: Laparoscopia para el Cirujano General. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica 1992; 5.