

ONCOLOGÍA

REVISTA TRIMESTRAL DEDICADA AL CÁNCER Y ENFERMEDADES AFINES PUBLICADA POR SOLCA.
ÓRGANO OFICIAL DE COMUNICACIÓN DE LA
SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER DEL ECUADOR - SOLCA - MATRIZ GUAYAQUIL

DIRECTORIO de SOLCA • Sociedad de LUCHA CONTRA el CÁNCER del ECUADOR

DR. JUAN TANCA CAMPOZANO
PRESIDENTE DEL CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL

DR. JOSÉ MODESTO APOLLO
VICEPRESIDENTE DEL CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL

DR. ÁNGEL DUARTE VALVERDE
SÍNDICO

ING. COM. JUAN A. GONZÁLEZ PORTÉS
SECRETARIO DEL CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL

SR. JOSÉ GONZÁLEZ - ARTIGAS VÁSQUEZ
SUBSECRETARIO

MIEMBROS DEL CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL

ING. CARLOS ANDRADE GONZÁLEZ
DR. JOSÉ BAQUERIZO MALDONADO
ING. SIXTO CUESTA COMPÁN
ING. EDUARDO CRESPO DEL CAMPO
ING. FERNANDO JIMÉNEZ CARBO
ING. JOSÉ JOUVIN VERNAZA
DR. OSWALDO MOLESTINA ZAVALA
SR. JUAN PAULSON ANDRADE
DR. LUIS PLAZA FEBRES-CORDERO

DR. JUAN DIEGO PEÑA CARRASCO
DR. HÉCTOR ROMERO PARDUCCI
SRA. MARÍA DEL CARMEN YÉPEZ DE VELÁSQUEZ
(PRESIDENTA DEL COMITÉ DE DAMAS DE SOLCA)
DR. RAMÓN VILLACRESES PEÑA
ING. JOSÉ ANTONIO MACCHIAVELLO ALMEIDA
DR. GABRIEL ROYAYO VERA
DR. JHONNY REAL COTTO
(REPRESENTANTE DEL SR. MINISTRO DE SALUD)

MIEMBROS de MATRIZ GUAYAQUIL

PRESIDENTE: DR. JUAN TANCA CAMPOZANO
INSTITUTO ONCOLÓGICO DR. JUAN TANCA MARENGO
DIRECTOR TÉCNICO: DR. CARLOS MARENGO BARQUERIZO

MIEMBROS de los NÚCLEOS de SOLCA

NÚCLEO de AZUAY
PRESIDENTE: DR. ALEJANDRO SERRANO AGUILAR
INSTITUTO DEL CÁNCER
DIRECTOR TÉCNICO: DR. RAÚL ALVARADO CORRAL

NÚCLEO de LOJA
PRESIDENTE: ING. VINICIO SUÁREZ BERMEJO
HOSPITAL ONCOLÓGICO
DIRECTOR TÉCNICO: DR. JOSÉ MOLINA MANZANA

NÚCLEO de MANABÍ
PRESIDENTE: DR. DENNIS GUILLÉN MENDOZA
INSTITUTO ONCOLÓGICO DR. JULIO VILLACRESES COLMONT
DIRECTOR TÉCNICO: DR. BAYRON LANDÍVAR FIGUEROA

NÚCLEO PICHINCHA
PRESIDENTE: GRAL. SOLÓN ESPINOSA AYALA
HOSPITAL ONCOLÓGICO SOLÓN ESPINOSA AYALA
DIRECTOR TÉCNICO: DR. RAMIRO HIDALGO

NÚCLEO de MACHALA
PRESIDENTE: ING. EDMUNDO VEJAR BELTRÁN
HOSPITAL ONCOLÓGICO
DIRECTOR TÉCNICO: DR. ROQUE RODRÍGUEZ BORJA

PRESIDENTES de las UNIDADES ONCOLÓGICAS

RIOBAMBA-CHIMBORAZO: SR. WILSON NAVAS
AMBATO-TUNGURAHUA: ING. WILSON SANTANA ÁLVAREZ
SANTA ELENA: EC. LEONOR GONZÁLEZ DE AMADOR

DIRECTORES de los CENTROS HOSPITALARIOS

AMBATO: DR. NALO MARTÍNEZ
RIOBAMBA: DR. FAUSTO ANDRADE YÁNEZ
GUARANDA: DR. VINICIO CAMPANA BAUX
SANTA ELENA: DR. CELSO CHÉRREZ BETANCOURT

ONCOLOGÍA

REVISTA TRIMESTRAL Dedicada al Cáncer y enfermedades afines publicada por SOLCA.
Órgano Oficial de Comunicación de la
Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador - SOLCA - Matriz Guayaquil

CONSEJO EDITORIAL

DIRECTOR/EDITOR NACIONAL
DR. CARLOS GARCÍA CRUZ

SUBDIRECTOR NACIONAL
DR. RAÚL ALVARADO CORRAL

DIRECTOR EMÉRITO
DR. JUAN TANCA CAMPOZANO

ASISTENTE DEL DIRECTOR/EDITOR NACIONAL
DRA. EVELYN FRÍAS TORAL

COMITÉ EDITORIAL NACIONAL

GUAYAS
DR. JOFFRE LARA
DR. IVÁN NIETO
DR. GUIDO PANCHANA

PICHINCHA
DR. FABIÁN CORRAL
DR. MARCO ROMERO

EL ORO
DR. GEOVANNY SAMANIEGO
DR. HUGO SÁNCHEZ
DR. ENRIQUE ORTÍZ

AZUAY
DR. LEONCIO CORDERO
DR. HUMBERTO QUITO
DR. JORGE UGALDE

LOJA
DR. RAÚL PINEDA
DR. HERNÁN GARRIDO

MANABÍ
DR. DANIEL ALARCÓN
DR. XAVIER KON

COMITÉ EDITORIAL INTERNACIONAL

DR. CARLOS LUÍS ARTEAGA (EE.UU. /ECU)
DR. HERNÁN BAQUERIZO C. (EE.UU. /ECU)
DR. ANDRÉ BARUCHEL (FRANCIA)
DR. LUÍS CAMPUTARO (ARGENTINA)
DR. JUAN CASSOLA S. (CUBA)
DR. JORGE CERVANTES (MÉXICO)
DR. JUAN EDUARDO CONTRERAS (CHILE)
PROF. GERAD CHAMPAULT (FRANCIA)
DR. JOSÉ RAMÓN DÍAZ M (CUBA)
DR. GERAD FCHAISSON (FRANCIA)
DR. LUÍS KOWALSKI (BRASIL)
PROF. DR. E. LANZÓS GONZÁLES (ESPAÑA)
DR. JOSÉ LUÍS GUERRA MESA (CUBA)
DR. ADEMAR LÓPEZ (BRASIL)
DR. RENÉ GUARNALUCE B (CUBA)
DR. RAFAEL JURADO V (EE.UU. /ECU)
DR. PHILIPPE LASER (FRANCIA)

DR. JOE LEVY (EE.UU. /ECU)
DR. HUGO MARSIGLIA (FRANCIA)
PROF. JEAN MICHEL ZUCKER (FRANCIA)
PROF. JEAN MICHON (FRANCIA)
DR. ANDRÉS MORAL G (EE.UU. /ECU)
DR. MANUEL PENALVER (EE.UU. /ECU)
DR. ALEJANDRO PRETI (EE.UU. /ECU)
DR. CHARLES SMART (EE.UU. /ECU)
DR. SAUL SUSTER (EE.UU. /ECU)
DR. SERGIO RODRÍGUEZ CUEVAS (MÉXICO)
DR. HÉCTOR RODRÍGUEZ CUEVAS (MÉXICO)
DR. PAÚL MAYERS (EE.UU.)
DR. ALFREDO DIE GOYANES (ESPAÑA)
DR. AARÓN TORRES (MÉXICO)
DR. PAULO KASAB (BRASIL)
DR. ERNESTO SOSA (EE.UU.)
DR. JORDI CRAVEN BARTLE (ESPAÑA)

ONCOLOGÍA (ISSN 1390-0110)

Vol. 20 • Nº 1 - 4 • ENERO - DICIEMBRE, 2010

Fundada en Julio de 1993

Publicada TRIMESTRALMENTE por la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador, SOLCA. Matriz Guayaquil.

Dirección para información, suscripción, órdenes y cambios de domicilio:
Revista Oncología SOLCA, Av. Pedro J. Menéndez Gilbert (Junto a la Ciudadela Atarazana)
Tells.: (593-4) 2288-088 ext (218) - Fax: (593-4) 2294697 - Apt. Postal 5255 ó 3623 - Guayaquil - Ecuador

PARA RECIBIR ARTÍCULOS POR CORREO ELECTRÓNICO (INTERNET / E-MAIL):
REVISTA@SOLCA.MED.EC / REVISTAONCOLOGIA@GMAIL.COM / Website: WWW.SOLCA.MED.EC

Esta publicación NO puede ser reproducida, transmitida total o parcialmente en ninguna forma ya sea electrónica, mecánica o de fotocopia sin el permiso del editor.

Esta publicación está listada en:
EXCERPTA MÉDICA-EMBASE
ÍNDICE LATINO AMERICANO
IMBIOMED
CICH-UNAM Periódico.
Con el aval de la Facultad de Ciencias
Médicas de la Universidad de Guayaquil.

IMPRESO EN  **Senefelder**
Fundador 1802

vol. **20**
01-02-03-04



ISSN 1390-0110

Esta publicación está listada en:
EXCERPTA MÉDICA-EMBASE
ÍNDICE LATINO AMERICANO
IMBIOMED
CICU-UNAM Periódico.

Con el aval de la Facultad de Ciencias
Médicas de la Universidad de Guayaquil.

ONCOLOGÍA

Órgano oficial de comunicación de la sociedad de lucha contra el cáncer del Ecuador Solca.



Vol. 20
Nº 1 - 2
ENERO - JUNIO 2010

CONTENIDO

PÁGS.

EDITORIAL

VIGENCIA DE LA REVISTA ONCOLOGÍA EXTENT OF THE ONCOLOGY JOURNAL

Revista Oncología - ION - Solca Guayaquil - Ecuador
Dr. Carlos García Cruz

6

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

ANCIANIDAD Y TUMORES MALIGNOS Old AGE AND MALIGNANT TUMORS

Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología - La Habana - Cuba.
Dr. Pablo Cruz González, Dr. José Ramón Díaz Martínez.

7

ARTÍCULOS ORIGINALES

INCIDENCIA DEL CÁNCER EN GUAYAQUIL 2003 - 2006 INCIDENCE OF CANCER IN GUAYAQUIL 2003 - 2006

Departamento de Registro de Tumores - Solca Guayaquil - Ecuador
Dr. Juan Tanca Campozano, Dr. Carlos Arreaga Salazar

15

TUMOR PAPILAR SÓLIDO QUÍSTICO DE PÁNCREAS Solid papillary cystic PANCREAS TUMOR

Servicio de Cirugía y Patología - Solca Guayaquil - Ecuador
Dr. Guido Panchana, Dr. Germán Reyes, Dr. Carlos García, Dra. Evelyn Frías, Dr. Gaetano Leone,
Dr. Juan Carlos Garcés, Dra. Ma. Elena Zamora, Dra. Daniela López.

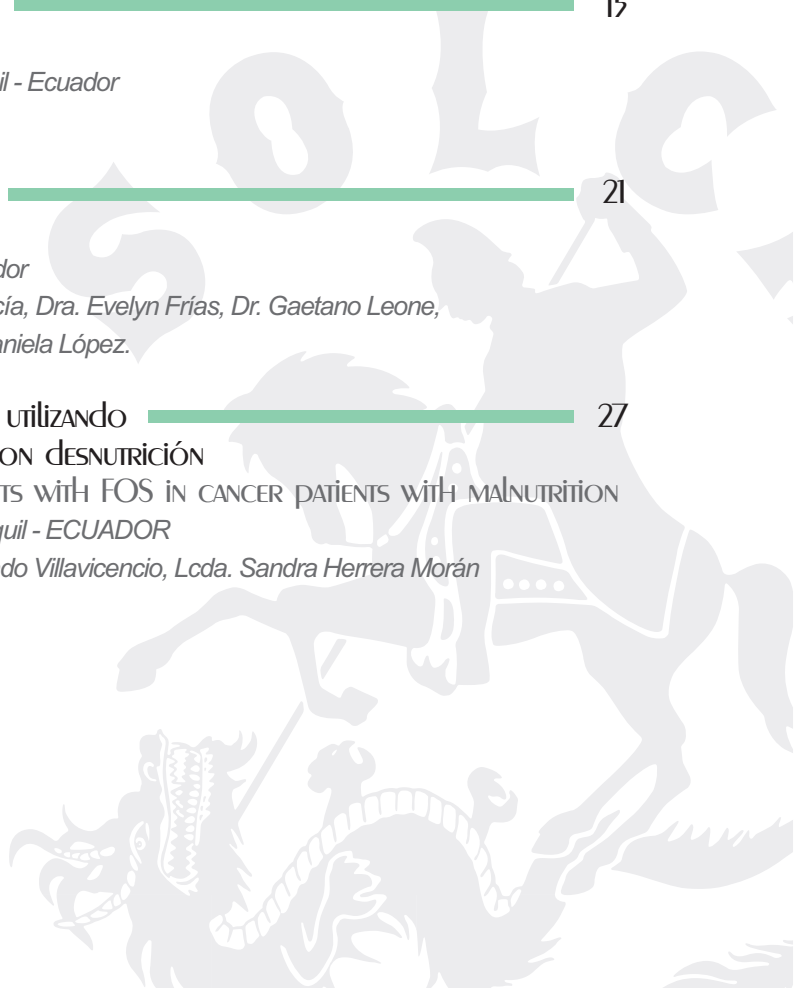
21

ALIMENTACIÓN ORAL FRACCIONADA VS. NO FRACCIONADA UTILIZANDO SUPLEMENTOS CON FOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON DESNUTRICIÓN

FRACTIONAL VS NON FRACTIONAL INTAKE USING SUPPLEMENTS WITH FOS IN CANCER PATIENTS WITH MALNUTRITION

Servicio de Nutrición Clínica y Dietética - SOLCA Guayaquil - ECUADOR
Dra. Dolores Rodríguez Veintimilla, Dra. Marisol Maldonado Villavicencio, Lcda. Sandra Herrera Morán

27



CÁNCER PRIMARIO DE HÍGADO. ESTUDIO DE 65 CASOS	33
PRIMARY HEPATIC CANCER. REPORT OF 65 CASES	
<i>Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología - La Habana - Guba.</i>	
<i>Dr. José Ramón Díaz Martínez, Dr. Iván Cuevas Veliz, Dr. Juan Carlos Collado.</i>	

MORTALIDAD POR TUMORES MALIGNOS MÁS FRECUENTES EN EL ADULTO MAYOR	39
PLAZA DE LA REVOLUCIÓN. 2004 - 2008	
MORTALITY FROM MOST COMMON MALIGNANT TUMORS IN THE ELDERLY	
PLAZA DE LA REVOLUCIÓN. 2004 - 2008	
<i>Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología - La Habana - Cuba.</i>	
<i>Dr. José Ramón Díaz Martínez, Dr. Pablo Cruz González</i>	

CÁNCER DE MAMA EN MUJERES MENORES DE 35 AÑOS	47
BREAST CANCER IN WOMEN UNDER 35 YEARS	
<i>Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología - La Habana - Cuba</i>	
<i>Dr. Humberto Games Oliva, Dra. Inés Pérez Brajo, Dra. María Caridad Rubio Hernández,</i>	
<i>Dr. José Ramón Díaz Martínez, Dr. Ronald Rodríguez Díaz, Dra. Ivon Chon</i>	

CASOS CLÍNICOS

EXPERIENCIA EN LAS PRIMERAS DUODENOPANCREATECTOMÍAS O CIRUGÍA	51
DE WHIPPLE REALIZADAS TOTALMENTE POR LAPAROSCOPÍA	
FIRST EXPERIENCE IN PANCREATODUODENECTOMY OR WHIPPLE SURGERY PERFORMED TOTALLY LAPAROSCOPIC	
<i>Postgrado de Cirugía - Universidad Central del Ecuador - Quito - Ecuador</i>	
<i>Dr. Fernando Flores, Dr. Ramiro Guadalupe, Dr. Leopoldo Garcia, Dr. Eduardo Pilatuña</i>	

ANGIOSARCOMA HEPÁTICO. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA	57
HEPATIC ANGIOSARCOMA. A CASE REPORT AND REVIEW OF LITERATURE	
<i>Departamento de Diagnóstico por Imágenes - Solca - Guayaquil - Ecuador</i>	
<i>Dr. Xavier Delgado Camba, Dra. Elena Mariño Parra, Dra. Marcela Veloz Escudero</i>	

MELANOMA MALIGNO PRIMARIO DE LA VAGINA	61
PRIMARY MALIGNANT MELANOMA OF THE VAGINA	
<i>Hospital Universitario "Manuel Ascunce Doménech" - Camagüey - Cuba</i>	
<i>"Dr. Rafael Pila Pérez, Dr. Pedro Rosales Torres, Dr. Rafael Pila Peláez,</i>	
<i>Dr. Víctor Holguín Prieto, Dr. Etelivar Torres Vargas</i>	

HAMARTOMA HEPÁTICO: REPORTE DE UN CASO	65
HEPATIC HAMARTOMA: A CASE REPORT	
<i>Departamento de Diagnóstico por Imágenes - Solca Guayaquil - Ecuador</i>	
<i>Dra. Marcela Veloz Escudero, Dra. Elena Mariño Parra, Dr. Mario Veloz Guzmán.</i>	

ARTÍCULO ESPECIAL

REFLEXIONES SOBRE LA TOMA DE DECISIONES FRENTE AL ENFERMO TERMINAL	69
REFLECTIONS ON THE DECISIONS FACING THE TERMINALLY ILL	
<i>Solca Quito - Ecuador</i>	
<i>Dr. Marco Romero Pinos</i>	

VIGENCIA DE LA REVISTA ONCOLOGÍA

En esta única edición del volumen 20 de la revista Oncología, que abarca los 4 números del año 2010, nos ponemos al día con las ediciones periódicas que el Órgano oficial de comunicación científica de los distintos centros que constituyen la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) del Ecuador venía manteniendo y que se vieron interrumpidas por la larga enfermedad y luego prematura desaparición de su Editor fundador, Dr. Jaime Sánchez Sabando. Es un esfuerzo que se ha podido realizar gracias al apoyo incondicional de las autoridades de nuestra querida Institución, quienes están convencidas de la importancia que debe darse a la investigación del cáncer en nuestro medio y a la difusión de cómo prevenir y tratar este mal, considerando que la mejor manera de conocer nuestra realidad y de aportar con nuestro grano de arena para poder cambiarla en beneficio de la sociedad en general, es a través de este medio.

Queremos agradecer a los diferentes autores, tanto nacionales como internacionales, por su continua dedicación y esmero en desarrollar las publicaciones que aquí les presentamos, las cuales son una manifestación de la entrega y el tesón que ponen en el trato del día a día con sus pacientes.

En esta edición contamos con temas tan importantes como la Incidencia de cáncer en la ciudad Guayaquil, la publicación del primer Whipple laparoscópico en nuestro país, pasando por interesantes temas como la mortalidad por cáncer en el adulto mayor e investigaciones sobre cáncer de mama; de estómago, así también sobre el cáncer de cuello uterino y su relación con el virus del Papiloma Humano; entre muchos otros que les aseguro les servirán en su práctica diaria.

Finalmente, queremos estimular desde éstas líneas a todos los médicos, sea en formación o ya especialistas a seguir aumentando su producción científica contribuyendo con artículos de revisión, originales o casos clínicos, puesto que ésta igualmente, es una manera más de seguir luchando contra este terrible mal que continúa azotando a la humanidad.

Dr. Carlos García Cruz
Director - Editor
Revista Oncología

CORRESPONDENCIA:

Dpto. de Revista Oncología - ION – SOLCA Guayaquil. Teléfono: (593-2) 2288088 ext. 218 - e-mail: revista@solca.med.ec

ARTÍCULO DE REVISIÓN

ANCIANIDAD y TUMORES MALIGNOS

INSTITUTO NACIONAL DE ONCOLOGÍA y RADIOTERAPIA
LA HABANA - CUBA

Dr. José Ramón Díaz Martínez ^(a), Dr. Pablo Cruz González ^(b)

^(a) Especialista de 1er. y 2do. Grado en Oncología, Profesor Auxiliar, Jefe del Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello. Instituto Nacional de Oncología. La Habana.

^(b) Especialista de 1er. y 2do. Grado en Oncología.

RESUMEN

El desafío de una ancianidad saludable ha dejado de ser una excepción y privilegio para convertirse en una oportunidad en muchos países.

La declinación gradual de las condiciones de salud física y mental que acompañan al proceso de envejecimiento individual, la reducción resultante de la esperanza de vida activa y saludable, la reducción o cesación completa de participación en la vida laboral y la mayor dependencia de transferencias de ingresos de fuentes públicas y privadas, determinan que el crecimiento de la población más vieja debe conducir a una creciente demanda de servicios de atención de salud. Dado que la mayoría de las condiciones de salud de las personas mayores son crónicas en vez de agudas, y progresivas en lugar de regresivas, esta demanda también podría implicar un marcado aumento de los costos de atención de la salud.

Palabras clave.- Tumores malignos, ancianidad, cáncer pulmón, mama, próstata.

ABSTRACT

The challenge of a healthy old age is no longer an exception nor a privilege but has become an opportunity in many countries.

The gradual decline of the physical and mental health conditions that goes with the individual's aging process, the resulting loss of an active and healthy life expectancy, the reduction or complete cessation of participation in working life and the greater reliance on income transfers from public and private sources, determine that the growth of the older population should lead to an increasing demand for health care services. Since most health conditions of the elderly are chronic rather than acute and progressive rather than regressive, this demand could also cause an important increase in the costs of the health care.

Key words.- Malignant tumors, old age, lung cancer, breast cancer, prostate cancer.

INTRODUCCIÓN

En el 2004, el 77,7% de las defunciones se presentaron en personas mayores de 60 años, incrementándose a 80,5% en el 2008, según datos provisionales del Anuario Estadístico del Ministerio de Salud Pública.¹

Las principales causas de muerte en este grupo poblacional se corresponden con las afecciones propias de las edades avanzadas. Las tres primeras causas por orden consecutivo son: Enfermedades del corazón, tumores malignos y las enfermedades cerebrovasculares, que agrupan el 62,5 % del total de las defunciones a estas edades.

Se observa sobremortalidad masculina para

CORRESPONDENCIA:

Dr. Pablo Cruz González - Calle 29 no. 207. apt. # 2 entre B y C. Vedado - Ciudad de La Habana. Cuba.
Teléfono. 537-8314565 - e-mail: jrdiaz@infomed.sld.cu

las causas seleccionadas, excepto para las enfermedades cerebrovasculares donde los niveles de mortalidad son ligeramente superiores en las mujeres, al igual que acontece para otros grupos de edad.²

El aumento de la susceptibilidad de las personas ancianas a los padecimientos infecciosos y a las neoplasias malignas puede ser consecuencia de la decadencia inmunológica lo que se ha atribuido en gran parte a la atrofia que se produce en el timo relacionada con la termorregulación, la osmorregulación y la actividad de los barorreceptores, lo que hace a estas personas propensas a la hipotermia, a las deshidrataciones y a la hipotensión ortostática.^{3,4}

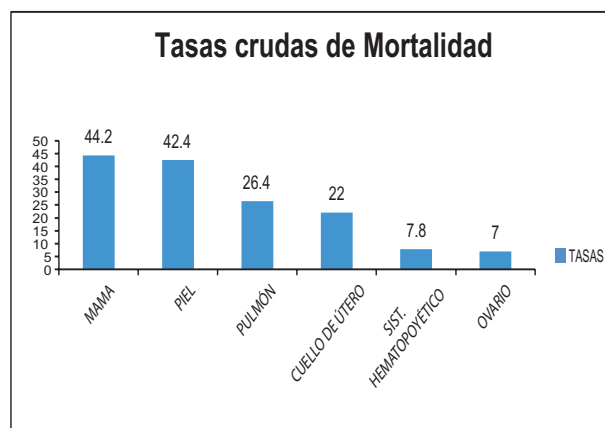
Cuba cuenta en la actualidad con un 16,6% de su población envejecida (1'771.912 adultos mayores) colocando a nuestro país en la cuarta y última fase de la transición demográfica y para el 2025, con un cuarto de su población con 60 años y más, será el país más envejecido de América Latina y el Caribe.⁵ Alrededor de los años 1950-55 se estimaba para Cuba una expectativa de vida al nacer de 59,6 años, para esa fecha el conjunto de los países desarrollados tenían una esperanza de vida al nacer de 66,1 años, es decir 6,5 años más que los cubanos. Para el período 2005-2007, Cuba tenía una expectativa de vida al nacer de 77,97 años, superior en 1,2 años a la que se estima para el conjunto de países desarrollados (76,7 años) en el quinquenio 2003- 2007.⁶ Así en la actualidad Cuba se ubica entre los 25 países de mayor esperanza de vida al nacer en el mundo.⁷

El cambio más notable y más trascendente en la población cubana ha ocurrido en la estructura por edades y tiene que ver con el llamado proceso de envejecimiento de la población, que se produce por la propia dinámica del movimiento demográfico, caracterizada por muy bajos niveles de fecundidad y de mortalidad.^{8,9}

DESARROLLO

Los tumores malignos son la segunda causa de muerte de los ancianos y aumenta con la edad.¹⁰ De forma general las tasas de muerte por edad para las neoplasias se han elevado de 30 a 50 % entre los hombres desde el año 1950 y han disminuido en 10 % entre las mujeres.¹¹ En Cuba las tasas de defunción por tumores malignos en este grupo de edad fueron de 955,3 en el año 1988 y 1085,4 en el año 2008 (por 100.000 habitantes) y el pulmón fue el órgano más afectado, seguido del colon, y

la próstata en hombres y mama en mujeres. (Fig. 1). Las tasas crudas de mortalidad presentan un comportamiento ascendente de 108,4 defunciones por 100.000 mujeres en 1990 a 156,3 en el 2007 para un 44,2 % de incremento en el período.¹²



Fuente: Anuario Estadístico de Salud. 2008. República de Cuba

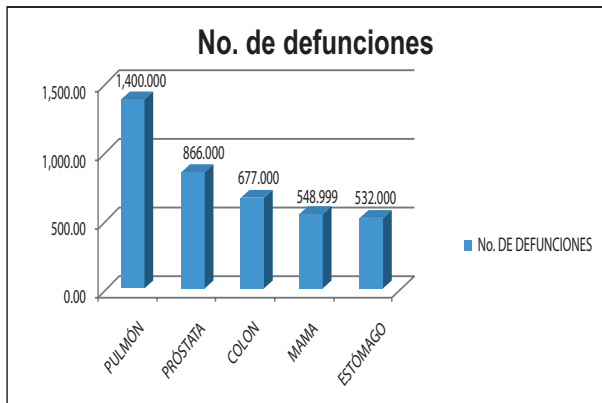
Fig. 1.- Tasas de defunción por tumores malignos. Cuba 2008. Tasas crudas de mortalidad por 100.000 mujeres.

Sin duda, la práctica oncológica no ha sido especialmente planificada considerando los principios y cuidados geriátricos. Resultaría necesario que los oncólogos y geriatras colaborasen en estudios prospectivos y que los esfuerzos futuros sean más que una colaboración ocasional.¹³

Datos del Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos revelan que el 60% de todos los tumores malignos aparece en personas que ya han superado los 65 años de edad; aproximadamente la mitad de ellos se presentan una vez cumplidos los 70, y hasta una sexta parte, en los ancianos mayores de 80 años. Estos mismos datos ponen de relieve que la probabilidad de que un varón de entre 60 y 79 años desarrolle un cáncer invasivo es de una de cada tres, mientras que para las mujeres es de una de cada cinco. En la Unión Europea, el 58% de todos los cánceres y el 69% de los fallecimientos por esta causa se producen en el grupo de población mayor de 65 años.¹⁴ Sin embargo, no se ha dedicado la suficiente atención a este colectivo en Oncología. De hecho, desde el inicio de la década de los noventa se han producido llamadas de alerta en la literatura médica sobre el poco estudio de los ancianos con cáncer.¹⁵

Estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirman que el cáncer es la principal causa de mortalidad a nivel mundial. Se le atribuyen 7,9 millones de defunciones (o aproximadamente el 13% de las defunciones mundiales) ocurridas en 2007. Los principales tipos de cáncer que

contribuyen a la mortalidad general anual por cáncer son los siguientes:¹⁶ pulmón, próstata, colon, mama y estómago. (Fig. 2).



Fuente. Organización Mundial de la Salud. 2007.

Fig. 2.- Principales tipos de cáncer que contribuyen a la mortalidad general anual.

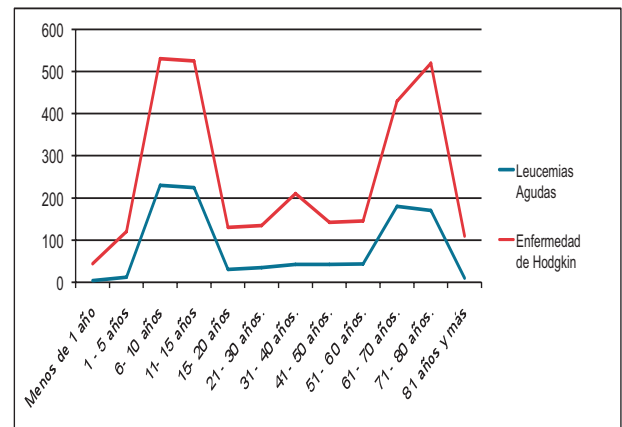
Experimentalmente se ha observado que la sensibilidad a los carcinógenos cambia con los años. Durante las primeras semanas de vida, antes de la organogénesis, las células son resistentes a los carcinógenos. Sin embargo, conforme se produce la maduración de los tejidos, aumenta su sensibilidad.

Con la senectud, la sensibilidad de los cultivos de tejido a los carcinógenos se modifica. Disminuye en tejidos como el mamario, el del intestino delgado y grueso, el tiroideo o el del epitelio folicular del ovario. Aumenta en el tejido celular subcutáneo, cérvix y vagina, y permanece estable en el pulmón y en el tejido hematopoyético.¹⁷ Sin embargo, esas variaciones que se observan experimentalmente no reflejan lo que ocurre en el ser vivo. Por ello, además de los cambios en la sensibilidad a los carcinógenos existen otros factores que contribuyen a aumentar la susceptibilidad del anciano a padecer un cáncer¹⁸.

También se ha sugerido que con la senectud aparecen cambios en el medio interno que facilitan las condiciones para que surja el cáncer. Las funciones hepática y renal se reducen, con lo que la metabolización y excreción de los productos carcinógenos se realiza más despacio y se prolonga su estancia en el organismo. En los ancianos se han descrito diversas carencias dietéticas, entre las que figura el descenso en la ingesta de zinc y de selenio. Se conoce que el déficit de zinc se asocia a un deterioro de la función del sistema inmunitario y que la carencia de selenio favorece el desarrollo de neoplasias. Con la edad, el timo involuciona y se produce un declinar progresivo en las funciones de los linfocitos T (producción de linfocinas, respuesta a

mitógenos y a la estimulación antigénica). También disminuye la formación de anticuerpos frente a antígenos extraños y aumenta la dirigida hacia los antígenos propios. Estas modificaciones de la inmunidad tienen una doble importancia: favorecen la aparición de tumores y alteran su agresividad.¹⁹

La incidencia del cáncer de pulmón presenta un patrón especial, con aumento progresivo a partir de los 40 años, que es máximo a los 70 años, para descender posteriormente. Este descenso final puede estar, en parte, relacionado con la resistencia a emplear procedimientos diagnósticos agresivos en los ancianos.²⁰ Es probable que todas estas variaciones reflejen los cambios que se producen en los tejidos con la edad en lo referente a su sensibilidad y al grado de exposición a los carcinógenos. Las leucemias agudas y la enfermedad de Hodgkin poseen curvas bimodales, con picos en la edad infanto-juvenil y en la vejez. (Fig. 3).



Fuente. Anuario Estadístico de Salud. 2008. República de Cuba

Fig. 3.- Incidencia de las Leucemias Agudas y la Enfermedad de Hodgkin en la República de Cuba. 2008.

Tradicionalmente se ha considerado que las neoplasias que se desarrollan en el anciano son menos agresivas que las que se diagnostican en personas más jóvenes.

Sin embargo, las evidencias que permiten sostener esta afirmación son más experimentales que clínicas.^{21,22} De hecho, no se ha podido demostrar que la supervivencia de los enfermos con cáncer mejore con la edad.

Se conocen diversos factores del huésped que varían a lo largo de la vida y que pueden influir en el crecimiento y diseminación del tumor. Con los años se reduce la secreción hormonal y, en consecuencia, el crecimiento de los tumores hormonosensibles se vuelve más lento. Se modifican los hábitos

alimentarios, lo que experimentalmente se ha demostrado que influye en el crecimiento tumoral.²³ En el plano histológico, el estroma también cambia con la edad. Se produce un entrecruzamiento gradual de las fibras de colágeno, que dificulta la migración de las células y aumenta la resistencia de la matriz frente a las enzimas degradativas. Estos cambios reducen la capacidad invasiva del tumor.²⁴

En algunas neoplasias experimentales, como el melanoma B16, se observa que aumenta la fibrosis con el envejecimiento.²⁵ Además, se sabe que el sistema inmune también interviene en la regulación del crecimiento tumoral. La disminución de las funciones de los linfocitos T, que se observa con la edad, puede frenar el crecimiento de ciertas neoplasias.

Se ha sugerido que el cáncer puede bloquear la inmunidad antitumoral a través de los linfocitos T supresores. Dado que en el anciano la actividad de estos linfocitos está reducida, el bloqueo inmunitario sería menor y el crecimiento tumoral más lento. Además, con la edad disminuye la producción de ciertos factores segregados por los linfocitos como el factor inductor de la angiogénesis y otras linfocinas.²⁶

La supervivencia, como se mencionaba antes, tampoco varía con la edad. Por ello, con independencia de las anécdotas personales que reflejan la heterogeneidad del comportamiento del cáncer en los ancianos, no existen evidencias clínicas que permitan afirmar que el cáncer es menos agresivo en ellos.²⁷

Dificultades en el diagnóstico del anciano con cáncer.

A menudo existen problemas cuando se plantea un diagnóstico histológico y de extensión en un paciente anciano con cáncer. Por desgracia, no solo la población anciana, sino también gran parte de los familiares e incluso del personal sanitario que les atiende tienen una escasa formación oncológica y conservan la visión del cáncer como una enfermedad intratable e irremediamente fatal. Esto hace que el anciano o sus familiares planteen rechazo a la realización de biopsias diagnósticas y a sus exploraciones encaminadas a la estadificación de la enfermedad.

Con respecto a los servicios de detección precoz del cáncer en los ancianos se deben considerar una serie de características particularmente relevantes: La presencia de síntomas de diversas enfermedades crónicas pueden enmascarar las manifestaciones tempranas de las neoplasias malignas.

En muchos casos, los ancianos no reciben todos los beneficios de los programas de detección precoz. Las razones que explican esta situación son variadas y se refieren tanto a aspectos sociopolíticos como a elementos culturales.

Así, la insuficiencia de los sistemas de salud para cubrir las acciones diagnósticas de pesquiasaje, la existencia de políticas de salud más centradas en la terapéutica que en la prevención, el aislamiento del individuo anciano y la inadecuada educación sanitaria pueden ser algunas de ellas.

El paciente de edad avanzada presenta una serie de rasgos en la estructura, organización y función de su organismo que pueden constituir una limitación en el tratamiento de la enfermedad:

Los cambios psicológicos como los cuadros depresivos y disociativos, los estados sensoriales deficitarios, las pérdidas de memoria y las dificultades de concentración dificultan la disposición del paciente para un tratamiento oncológico cuya toxicidad sea considerable.

CÁNCER BRONCOPULMONAR

El cáncer de pulmón es la primera causa de muerte por cáncer. El cáncer de pulmón no microcítico representa entre el 80-85% de todos los cánceres; el carcinoma microcítico representa el restante 15-20%.²⁸ Más del 50% de los pacientes con cáncer de pulmón tienen más de 65 años al diagnóstico.

La historia natural desde la exposición inicial al humo del tabaco hasta su presentación clínica acostumbra a ser de 15 a 20 años, aunque se debe recordar que el abandono del tabaco reduce la mortalidad por cáncer de pulmón a cualquier edad.²⁹

El carcinoma escamoso es el tipo histológico más frecuente en ancianos, y representa del 40 al 50% del cáncer de pulmón diagnosticado en mayores de 65 años. Le sigue el tipo adenocarcinoma (30-35%), el cual suele tener peor pronóstico que el primero, a excepción de las lesiones en estadio I.³⁰

En los tumores de células pequeñas hay una respuesta muy buena a la quimioterapia y a la radioterapia, por lo que la cirugía es un tratamiento de apoyo. La mayoría de los pacientes de edad avanzada con cáncer de pulmón fallecen de esta enfermedad.³¹

CÁNCER DE PRÓSTATA

En los últimos años han aumentado considerablemente los casos de cáncer de próstata en el anciano. La mejora en las técnicas analíticas y radiológicas para su detección ha hecho que se optimice el diagnóstico. Es en la población anciana donde con mayor frecuencia se diagnostica esta enfermedad. Uno de cada 7 hombres mayores de 75 años desarrollará cáncer de próstata.³²

La edad es el principal factor de riesgo para el desarrollo de esta patología siendo más frecuente en la raza negra. No existen evidencias científicas de la relación del cáncer de próstata con otros factores de riesgo como la existencia de vasectomía o la actividad sexual.³³

Gracias a los estudios de pesquaje con determinación del PSA (Prostate Specific Antigen), la incidencia de diagnóstico de cáncer de próstata sigue en aumento, con la particularidad que hoy el 91% de los cánceres de próstata se diagnostican en un estadio local o locoregional, para los cuales la supervivencia a los 5 años es alta.³⁴

El cáncer de próstata, representa el 3% de todas las muertes en hombres mayores de 55 años. En Estados Unidos es la segunda causa de muerte por cáncer en hombres, mientras que en la Unión Europea, ocupa el tercer lugar.³⁵ El 90% de los casos aparecen en mayores de 65 años, y producen la muerte a una edad superior a los 75 años, siendo sus tasas de mortalidad considerablemente inferiores a su incidencia. Es la causa principal de muerte por cáncer en españoles mayores de 80 años. La supervivencia relativa estimada en España a los 5 años es del 65%.³⁶

El cáncer de próstata es considerado como una enfermedad del anciano, ya que el 75% de los casos se producen en varones mayores de 65 años. Aunque actualmente la incidencia en varones más jóvenes ha crecido notablemente, esta patología sigue siendo considerada como “enfermedad del viejo” y existen numerosos prejuicios por parte de los médicos a la hora de tratar a un individuo de la tercera edad.³⁷ Igualmente, es importante considerar que en el proceso de envejecimiento resultan más determinantes los factores biológicos que el aspecto cronológico como tal, y por ello, la vejez tiene características particulares en cada individuo, lo cual debe considerarse a la hora de evaluar, el estado funcional de un anciano enfermo de cáncer.³⁸

El entorno social y el familiar pueden resultar desfavorables a la hora de afrontar el tratamiento de la enfermedad y su toxicidad. Los fenómenos de segregación familiar, la soledad y el abandono, la viudez, la reclusión en instituciones para ancianos y otras situaciones similares, deben ser aliviados y modificados en función de las necesidades específicas de cada caso.³⁹

La falta de información de los ancianos enfermos de cáncer sobre los recursos de ayuda a los que pueden acceder y el hecho de que los profesionales sanitarios, médicos y psicólogos infravaloren sus necesidades psicosociales son barreras significativas a la hora de que los enfermos de cáncer de próstata puedan recibir los servicios de apoyo psicológico.⁴⁰

CÁNCER DE COLON

Este cáncer es el más frecuente del tubo digestivo en el anciano. Aparece en proporciones parecidas al cáncer de pulmón en el hombre y al de mama en la mujer. El tratamiento por excelencia es la cirugía si el tumor es resecable. También se usa la quimioterapia como tratamiento coadyuvante, eligiéndose de forma individualizada en cada caso.⁴¹

La incidencia y prevalencia del cáncer de colon están directamente relacionadas con la edad. Otros factores de riesgo son la historia familiar de cáncer o pólipo adenomatoso (sobre todo antes de los 60 años), la enfermedad inflamatoria intestinal y dietas pobres en fibra y verduras, una ingesta abundante de grasas, alcohol o café y derivados del calcio. Existen una serie de enfermedades familiares que se caracterizan por la existencia de pólipos en el colon que en muchos casos pueden derivar en cáncer.⁴²

La detección del cáncer de colon es una de las principales intervenciones con elevado índice de eficiencia que pueden realizarse en prevención secundaria en el anciano. Los sistemas de detección precoz incluyen el tacto rectal (barato pero sólo detecta el 10% del cáncer colorrectal), el estudio de sangre oculta en heces fecales (positivo en el 1 al 5% de la población del cual menos de un 10% tendrá cáncer y más del 30% pólipos adenomatosos) y la colonoscopia. La sensibilidad de los estudios de sangre oculta en heces aumenta con la edad de los individuos por lo que se hace rentable en el anciano. En diversos estudios se ha disminuido la mortalidad de los cánceres detectados en un 33%.⁴³

El tratamiento del cáncer de colon, al igual que su

diagnóstico, se ha caracterizado por ser menos agresivo que en el paciente más joven, con una tasa de cirugía del 70-73% en el anciano, frente al 85% en pacientes más jóvenes.

CÁNCER DE MAMA

Cada 30 segundos, se diagnostica cáncer de mama en millones de mujeres de diversas partes del planeta y fallece por ese motivo una mujer cada 11 minutos, según informes de la Organización Mundial de la Salud. Esta enfermedad hunde cada año a unos 100 millones de personas por debajo del umbral de la pobreza.⁴⁴

La frecuencia del cáncer de mama aumenta con la edad y dada la mayor expectativa de vida en los países desarrollados nos encontraremos con esta patología cada vez con mayor frecuencia. Las tasas de incidencia son más altas en los países desarrollados (excepto Japón) y Estados Unidos presenta la mayor incidencia.⁴⁵

En Cuba constituye la primera causa de muerte por tumores malignos en el sexo femenino con un aumento considerable de la incidencia, pero un comportamiento lineal de la mortalidad para dicha enfermedad.⁴⁶ A finales de los años 80 se creó el programa de diagnóstico precoz de Cáncer de mama, que es de vital importancia en la detección de las etapas tempranas de la enfermedad lo que conlleva a un mejor pronóstico y a una mayor sobrevida a 5 años y mejor calidad de vida.⁴⁷

Anualmente son diagnosticados en Cuba 1.700 casos nuevos, para una tasa de 24,2 por 100.000 habitantes mujeres en el 2008, es también la primera causa de muerte por cáncer en el sexo femenino con 1.356 defunciones el pasado año.⁴⁸ Su incidencia en las mujeres aumenta con la edad, llegando a un pico a los 80 años, con estabilización de los 80 a 85 años, y descendiendo a partir de los 85 años. En el sexo masculino es raro y sólo representa el 1% del total de cáncer de mama y también aumenta con la edad.⁴⁹ Entre los factores de riesgo se encuentran: la edad, la historia personal o familiar de neoplasia de mama, el tratamiento sustitutivo con estrógenos, la obesidad abdominal, la menarquía precoz, la menopausia tardía, la ausencia de embarazo o embarazo tardío y las radiaciones ionizantes, entre otras.⁵⁰

Las características biológicas del cáncer de mama suelen ser más benignas que en las mujeres más jóvenes. Los tumores suelen tener un índice de proliferación menor y receptores hormonales

positivos (más del 85% de los casos). El tumor es por ello más hormonodependiente y susceptible de ser tratado con hormonoterapia lo cual constituye un factor de buen pronóstico. Respecto al tipo histológico suelen ser más frecuentes los tipos menos agresivos, como el tipo mucinoso (6% de las pacientes) y el papilar (1%).⁵¹

La evolución clínica de los tumores hormonosenesibles en mujeres mayores es más benigna con un desarrollo clínico lento e insidioso. Las recidivas locales y regionales también parecen ser menores con la edad. El aumento del beneficio en supervivencia global es de un 10% en mujeres con edad inferior a 50 años y de un 4% en mujeres entre 50 a 89 años. La supervivencia relativa ajustada al estadio tumoral es similar a las más jóvenes, siendo peor en las mayores de 85 años.⁵²

En muchos países, los métodos de screening como son la exploración mamaria y la mamografía se suelen usar con menos frecuencia en las mujeres con cáncer de mama con el único argumento de la edad avanzada. Asimismo en la anciana se usan con menor frecuencia tratamientos, que en las jóvenes con un mismo estadiamiento del tumor, ofertando así en muchas ocasiones una menor esperanza de curación.⁵³

La mamografía anual parece menos eficaz para disminuir la mortalidad por cáncer de mama en mayores de 65 años y las mujeres con densidad mamaria elevada son un subgrupo de alto riesgo entre ellas. No hay ningún motivo para no recomendar la mamografía anual en este grupo de mujeres mientras gocen de buena salud general y sean candidatas a cirugía y tratamiento hormonal.⁵⁴

CONCLUSIONES

Desde el punto de vista de los pacientes ancianos con cáncer, los datos confirman un importante crecimiento de la mortalidad en las principales localizaciones lo que junto al progresivo envejecimiento de la población determinará un crecimiento del número anual de casos diagnosticados que generarán un aumento de demanda de distintos servicios relacionados con la atención de los pacientes oncológicos en la tercera edad.

Sería deseable conseguir una educación sanitaria y una mentalización de la sociedad acerca de la importancia de las pruebas para el diagnóstico precoz y para el correcto diagnóstico histológico y de extensión en los enfermos ancianos con cáncer.

Bibliografía

- Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud. 2008. Dirección Nacional de Estadísticas. República de Cuba. La Habana. [En línea] 2009. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/dne/anuario_2008_3e.pdf. Consultado Junio 8, 2009.
- Torres Vidal R M, Gran Álvarez M A. Panorama de la salud del adulto mayor en Cuba. *Rev Cub Salud Púb.* 2005; 31(2):23- 29.
- Balducci L. Recomendaciones para el tratamiento del cáncer en el anciano: implicaciones para la calidad de vida. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2004; 39: 270- 275.
- Terret C. Management and geriatric assesment of cancer in the elderly. *Expert Rev Anticancer Ther.* 2004 Jun; 4 (3): 469- 475.
- Anuario estadístico de América latina y el Caribe. CEPAL [En línea]. Disponible en: <http://www.eclac.org/cgi-bin/get>. Consultado Junio 8, 2009.
- Malagón Y, Guevara A. Brenes L. El envejecimiento demográfico y la atención al Adulto Mayor en Cuba. Año 2005. GEROINFO. RNPS. [Seriada en línea] 2007; 2(2). Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/envejecimiento_demografico.pdf. Consultado Junio 18, 2009.
- Human Development Report 2006. Statistics in the Human Development Report. [Seriada en línea] Disponible en: <http://hdr.undp.org/hdr2006/statistics/> Consultado Julio 3, 2009.
- Malagón Y, Guevara A. Enfoques de la Situación de Salud del Adulto Mayor. Cuba. [Seriada en línea] 2005. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/gericuba/temas>. Consultado Julio 8, 2009.
- González Rego R A, Montiel Rodríguez S. La Habana: Transformaciones en sus variables demográficas. *Scripta Nova.* 2001; 98: 741- 798.
- Balducci L, Extermann M. Cancer and aging: An evolving panorama. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2000; 14: 1- 16.
- Balducci L. Geriatric Oncology. *Clin Rev Oncol Hematol.* 2003; 46: 211-20.
- Felipe Ramos A M, Martínez Morales M A, Torres Vidal R M, Alonso Alomá I. 10 primeras causas de muerte por grupos de edad y sexo en el adulto mayor. Cuba 2007. Nacional de Estadística. *Revista Temas Estadísticos de Salud.* [Seriada en línea] 2008. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/dne/adulto_mayor_10_1eras_causas_e.pdf. Consultado Julio 4, 2009.
- Pérez Manga G, Khosravi P, Pérez Cañón E. Epidemiología y prevención del cáncer en el anciano. *Cancer* 2007; 21: 207- 215.
- Balducci L, Extermann M. Cancer and Aging: an evolving panorama. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2000; 14: 1- 16.
- Boya-Cristiáa M J, Alonso-Babarrob A. ¿Reciben un tratamiento adecuado los pacientes ancianos con cáncer? *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2005; 40(6): 371- 377.
- The global burden of diseases 2007. Update. Geneva: World Health Organization. [Seriada en línea] 2008. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional/en/index.html Consultado Junio 24, 2009.
- Kaesberg PR, Ershler WB. The impodance of immunosenescence in the incidence and malignant properties of cancer in host of advanced age. *J Gerontol.* 1989; 44: 63- 66.
- Ershler W B, Longo DL. Oncología. Geriatric Review Syllabus. 4th ed. American Geriatrics Society. Madrid: Nueva Sidonia; 2001; p. 359-367.
- Tsuda T, Kim YT, Siskind GW. Role of the thymus and T-cells in slow growth of B16 melanoma in old mice. *Cancer Res.* 1987; 47: 3097- 3100.
- Holmes F F, Hearne E. Cancer stage-to-age relationship: Implications for cancer screening in the elderly. *J Am Geriatr Soc.* 1981; 29: 55- 57.
- Garcia Jordá E. Cancer and aging. *Clin Transl Oncol.* 2006; 8: 547- 549.
- Kaesberg P R, Ershler W B. The change in tumor aggressiveness with age: Lessons from experimental animals. *Semin Oncol.* 1989; 16: 28- 33.
- Ingram S S, Seo P H, Martell R E, Clipp E C, Doyle M E, Montana G S, et al. Comprehensive assesment of the elderly cancer patient: the feasibility of self-report methology. *J Clin Oncol.* 2002; 20: 770- 775.
- Naeim A, Reuben D. Geriatric syndromes and assesment in older cancer patients. *Oncol.* 2001; 15: 1567- 1577.
- Ershler W B, Stewart J A, Hacker M P. B16 and aging-slower growth longer survival in older mice. *JNCI.* 1984; 72: 161-164.
- Marinovic MA. Cambios en la Función Inmune con la Edad. *Reumat.* 2004; 20(2): 51-52.
- Gonzalez Montalvo, Gonzalez Baron. Cáncer. En: Beers MH, Berkow R, editores. *Manual Merck de Geriatria.* 2º ed. Madrid: Harcourt; 2001; p. 714- 724.

28. Schurump D S, Altorki N K, Henschke C L (Section 2): Non-Small Cell Lung Cancer. Murren J R, Turrisi A T, Pass H I (Section 3): Small Cell Lung Cancer. In De Vita VT, Hellman S, Rosenberg, editores. *CANCER Principles & Practice of Oncology*. SA. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2005; p. 753- 841.
29. Ebbert JO, Yang P, Vachon CM, Vierkant RA, Cerhan JR, Folsom AR, et al. Lung cancer risk reduction after smoking cessation: observations from a prospective cohort of women. *J Clin Oncol*. 2003; 21: 921- 926.
30. Sánchez de Cos Escuín J, Disdier Vicente C, Corral Peñafiel J, Riesco Miranda J A. Supervivencia global a largo plazo en el cáncer de pulmón. Análisis de una serie de 610 pacientes no seleccionados. *Arch Bronconeumol*. 2004; 40(6): 268- 274.
31. Bener A, Ayub H, Kakil R, Ibrahim W. Patterns of lung cancer incidence among the population of Qatar: a worldwide comparative study. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2008 Jan-Mar; 9(1): 19- 24.
32. Jemal A, Siegel R, Ward E, Murray T, Xu J, Thun MJ. Cancer statistics. *CA Cancer J Clin*. 2007; 57: 43- 66.
33. Carrera I, Balducci L, Extermann M. Cancer in the older person. *Cancer Treat. Rev*. 2005; 31: 380- 402.
34. Bossard N, Velten M, Remontet L, Belot A, Maarouf N, Bouvier AM, et al. Survival of cancer patients in France: a population-based study from The Association of the French Cancer Registries (FRANCIM). *Eur J Can*. 2007; 43: 149- 160.
35. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Health conditions and trends. Chapter 2. En: *Health in the Americas*, 2007. Washington, DC: OPS; 2007; p. 58- 207.
36. Gómez Portilla C, Martínez de Lecea I, Cendoya I, Olabarría E, Martín L. Prevalencia y tratamiento de la patología oncológica en el anciano. El reto que se avecina. *Rev Esp Enferm*. 2008; 100 (11): 706- 715.
37. Yancik R, Ries LA. Cancer in older persons: magnitude of the problem how do we apply what we know? *Cancer*. 1994. 74: 195- 203.
38. Borrás J, Galcerán J, Rubio J, Láinez N. Epidemiología del cáncer en el anciano. En: Pérez-Manga G, editor. *Oncología Geriátrica* 2º ed. Madrid: Nueva Sidonia; 2002; p. 13- 30.
39. Balducci L. Management of cancer in the elderly. *Oncol*. 2006; 20(2): 135-143.
40. Sabatés Llerandi T, Arnot Silvera R, Fragas Suárez O. Importancia de la proyección de la oncología en la comunidad. *Medisur*. 2007; 5(3): 145- 160.
41. Corte MG. Características, patrón de manejo y pronóstico del cáncer colorrectal. *Medifam*. 2003; 13: 151- 158.
42. Repetto L, Comandini D, Mammoliti S. Life expectancy, comorbidity and quality of life: The treatment equation in the older cancer patients. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2001; 37: 147- 152.
43. Yancik R. Population aging and cancer: a cross-national concern. *Cancer J*. 2005 Nov-Dec; 11(6): 437- 441.
44. Coleman MP, Quaresma M, Berrino F, Lutz JM, De Angelis R, Capocaccia R; CONCORD Working Group. Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). *Lancet Oncol*. 2008 Aug; 9(8):730- 756.
45. La salud en los objetivos de desarrollo del milenio. Organización Mundial de la Salud. [Seriada en línea] 2009. Disponible en: <http://www.who.int/mdg/goals/> Consultado Junio 25, 2009.
46. Torres Vidal RM, Gran Álvarez MA. Panorama de salud de la mujer cubana. *Rev Cub Salud Púb*. 2003 Sep; 29(3):43 -66.
47. Cuba. Ministerio Nacional de Salud Pública. Programa Nacional de Reducción de la Mortalidad por Cáncer. Ciudad Habana. 2002.
48. Herrera Alcázar V, Torres Vidal R M. Algunos componentes del estado de salud de la mujer cubana. *Rev Cub Salud Púb*. 2009; 35(1). 135 - 190.
49. Lozano Ascencio. Tendencias del cáncer de mama en América Latina y el Caribe. *Salud Púb Méx*. 2009; 51(2): 47- 56.
50. Torres Mejia G, Ángeles Llerena A. Factores reproductivos y cáncer de mama: principales hallazgos en América Latina y el mundo. *Salud Púb Méx*. 2009; 51 (2): 66 – 74.
51. Knaul F, Nigenda G, Lozano R, Arreola-Ornelas H, Langer A, Frenk J. Breast cancer in Mexico: a pressing priority *Reprod Health Matters*. 2008;16(32): 1-11.
52. Feliu J, Rodríguez Aizcorbe JR, Ordóñez A. Ancianos con cáncer: los marginados de la oncología. *Med Clin*. 1992; 98: 505- 509.
53. Torres P, Guerra M, Galán Y, García M, Lezcano M, Fernández L. Incidencia y mortalidad por cáncer en la mujer cubana. Trienio 2000-2002. *Rev Cub Med*. 2007; 46(2):56- 65.
54. Bray F, McCarron P, Parkin DM. The changing global patterns of female breast cancer incidence and mortality. *Breast Cancer Res*. 2004; 6: 229- 239.

ARTÍCULO ORIGINAL

INCIDENCIA DEL CÁNCER EN GUAYAQUIL 2003 - 2006

Dr. Juan Tanca Campoazano^(a), Dr. Carlos Arreaga Salazar^(b)

^(a)Presidente de SOLCA

^(b)Jefe del Dpto. de Registro de Tumores

Agradecimiento especial a la Ing. Leyda Jaramillo, Asistente del Dpto. de Registro de Tumores, quien colaboró en la elaboración del presente informe.

RESUMEN

Introducción.- El Registro de Tumores de SOLCA Guayaquil es considerado como la fuente de epidemiología descriptiva del cáncer, por dar a conocer y monitorizar la tendencia de esta terrible enfermedad. El objetivo del estudio fue determinar la incidencia de cáncer en la ciudad de Guayaquil.

Material y Métodos.- Estudio retrospectivo y descriptivo, en el cual se recolectaron los casos nuevos de cáncer en residentes de la ciudad de Guayaquil del 2003 al 2006. Para el análisis de datos y el cálculo de las tasas de incidencia se utilizó el Sistema Informático de Gestión Hospitalaria, propiedad de SOLCA.

Resultados.- En Guayaquil, del 2003 al 2006 se registraron 9.647 casos nuevos de cáncer, el 40.4% hombres y 59.6% mujeres. El cáncer de cuello uterino ocupa el primer lugar, en mujeres con 28%, en promedio se diagnosticaron 400 casos nuevos al año, seguido por cáncer de mama con 17%. El de próstata ocupa el primer lugar en hombres con 20,1%; el cáncer de piel el segundo con 13,9% y en mujeres ocupa el tercero con 9,0%. El cáncer de estómago en hombres ocupa el tercer lugar con 12,2%, en mujeres el cuarto con 6%. El cáncer del pulmón, afecta principalmente a hombres, una relación 1,6/1. El cáncer de tiroides está en aumento, en promedio al año se diagnostican 188 casos nuevos de cáncer en mujeres y 10 en hombres. Las Leucemias, ocupan el primer lugar en niños y niñas de 0 a 14 años de edad, 46,8% y 44,5% respectivamente.

ABSTRACT

Introduction.- The Tumor Registry of SOLCA - Guayaquil is considered the source of the descriptive epidemiology of cancer, to raise awareness and monitor the trend of this terrible disease. The study aimed to determine the incidence of cancer in the city of Guayaquil.

Material and Methods.- Retrospective and descriptive study, which collected new cancer cases in residents of the city of Guayaquil from 2003 to 2006. Data analysis and calculation of incidence rates were done by the Hospital Management System, owned by SOLCA.

Results.- In Guayaquil, from 2003 to 2006 there were 9.647 new cases of cancer, 40.4% men and 59.6% women. Cervical cancer ranks first in women with 28%, in average 400 new cases were diagnosed per year, followed by breast cancer with 17%. Prostate cancer ranks first in men with 20.1%; skin cancer ranks second with 13.9% and in women ranks third with 9.0%. Stomach cancer in men is third with 12.2% and in women fourth with 6%. Lung cancer mainly affects men, a ratio 1.6 / 1. Thyroid cancer is increasing yearly, on average 188 new cancer cases are diagnosed cancer in women and 10 men. Leukemias, rank first among children aged 0 to 14 year old, 46.8% and 44.5% respectively.

CORRESPONDENCIA:

Registro de tumores Solca Guayaquil - Teléfono (593-4) 2288088 ext.463 -464
e-mail: rtguayaquil@solca.med.ec

Conclusiones.- Se incrementó en un 27,6% los casos nuevos de cáncer en Guayaquil. El cáncer más frecuente en mujeres es el de cuello uterino, mientras que en hombres, es el de próstata y en niños leucemias. En promedio cada año se diagnostican 1.438 casos nuevos de cáncer en mujeres y 974 en hombres. La razón hombre/mujer del cáncer es 0,7/1.

Palabras clave.- Cáncer, registro, frecuencia, defunciones, incidencia

Conclusions.- Cases of cancer increased by 27.6% in Guayaquil. The most frequent cancer in women is the cervix, while in men is prostate cancer and leukemia in children. On average each year 1438 new cases of cancer in women and 974 in men are diagnosed. The male / female cancer is 0.7 / 1.

Key words.- Cancer Registry, frequency, deaths, incidence.

INTRODUCCIÓN

El cáncer constituye una de las enfermedades que más morbilidad y mortalidad causa en todo el mundo. A nivel mundial, en el año 2005, la mortalidad por cáncer fue de 6.7 millones de muertes y la incidencia de 10.9 millones de casos, debido en parte al crecimiento demográfico y al envejecimiento de la población. Aproximadamente 24.6 millones de personas vivas sufren algún tipo de cáncer y se estima que para el 2020, habrá más de 30 millones.¹

En el Ecuador, para el año 2006, los tumores malignos fueron la tercera causa de muerte después de las enfermedades del sistema circulatorio y causas externas de morbilidad y mortalidad. La tasa de mortalidad por cáncer en el Ecuador se ha incrementado progresivamente durante el 2004 al 2006, situándose para el 2006 en 61 x 100.000 habitantes².

El cáncer es una enfermedad que está irrumpiendo el panorama epidemiológico en el país y convirtiéndose en un problema de salud pública a nivel mundial no solo por sus grandes manifestaciones clínicas y su alta letalidad, sino también por la gran variedad de factores de riesgo individuales y ambientales con los que se asocia.

El mejor control del cáncer se logrará en gran medida gracias a las estrategias de prevención y a programas de detección temprana, para lo cual el sistema de vigilancia desempeña una función crucial en la formulación de un plan de control del cáncer, así como el monitoreo en la incidencia.

Durante los últimos 60 años en SOLCA, el concepto de vigilancia del cáncer ha evolucionado y se centra en el registro de tumores de la ciudad de Guayaquil, como un componente básico de la estrategia de control del cáncer.

El Registro de Tumores (RT) de SOLCA, es un registro de población cuyo ámbito es el sector urbano de Guayaquil. Fue creado por la Sociedad de Lucha contra el Cáncer del Ecuador SOLCA Guayaquil en 1990, lleva funcionando cerca de 20 años, aportando en este tiempo con 5 publicaciones. Estas comprenden períodos de estudios de: 1990 a 1996, 1997 a 2000, 2001 a 2002 y está última de 2003 a 2006. Actualmente se tiene en la base registrados 33.059 casos nuevos de cáncer, de los cuales el 38,6% son hombres y 61,4% mujeres.

La ciudad de Guayaquil, capital de la provincia del Guayas, localizada en la costa del Pacífico en la Región Litoral del Ecuador, se divide en 16 parroquias urbanas y 5 rurales. Es la ciudad con mayor densidad poblacional en el Ecuador 2'366.902³ habitantes que ocupan un aproximado de 344,5 km² de superficie.

La investigación observacional de carácter epidemiológico que el Registro realiza determina con exactitud la residencia del caso investigado. El presente estudio, tiene como objetivo determinar la incidencia del cáncer en Guayaquil en su población urbana del 2003 al 2006 y conocer el impacto de esta terrible enfermedad a través de las defunciones reportadas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC del año 2006.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y retrospectivo, de pacientes diagnosticados por cáncer en Guayaquil en su población urbana. Los datos de incidencia de cáncer proceden del Registro de Tumores (RT) de SOLCA del año 2003 al 2006.

El RT tiene una cobertura aproximadamente del 60% de la provincia del Guayas, abarcando una población promedio de 2'120.000 habitantes (censo de población INEC 2001)³. El RT dispone de datos para todas las localizaciones tumorales, los datos de mortalidad por cáncer proceden de la Dirección Provincial de Salud del Guayas y de los certificados

de defunciones del INEC del período en estudio.

Las fuentes de información son más de 100, entre laboratorios anatomopatológicos, Instituciones Públicas y Privadas, revisión de los egresos hospitalarios y certificados de defunción. Todos los datos obtenidos de las fuentes antes citadas conllevan un proceso de recopilación, depuración, codificación, validación, análisis e interpretación de los datos sobre personas con cáncer de forma continua y sistemática.

Para la fase de recolección de los casos nuevos de cáncer, se utilizó un formulario que consta de tres partes: identificación del paciente, datos clínicos y datos del diagnóstico. La fase de depuración refiere a la confrontación de los casos recolectados versus los que están registrados en la base de datos del RT. En la fase de codificación, se utiliza la Clasificación de Enfermedades para Oncología 2da. Edición⁴, para codificar la localización topográfica y morfológica del tumor.

El análisis de la información se la realizó a través de las medidas epidemiológicas: razón, proporción, porcentaje, promedio. Para cada tipo de tumor se calcularon las tasas crudas (TC), las tasas estandarizadas, ajustadas por edad a la población mundial estándar (TE) y las tasas truncadas, aplicadas a los grupos de edad entre 35 a 64 años de edad (TT).

La población utilizada para el cálculo de las tasas de incidencia, se ha obtenido de las proyecciones de poblaciones según provincia y cantón, correspondiente a cada año en estudio, publicadas por el INEC.⁵ El procesamiento de los datos y las pruebas de validez interna, se realizaron en el sistema informático del RT que se llama Sistema de Gestión Hospitalaria.

RESULTADOS

En el periodo 2003 a 2006 en Guayaquil, se registraron 9.647 casos nuevos de cáncer, 3.895 (40.4%) hombres y 5.752 (59.6%) mujeres. El promedio anual de casos nuevos por cáncer es 1.438 mujeres y 974 hombres. Por cada 100.000 residentes de Guayaquil, 132 mujeres y 94 hombres son diagnosticados de cáncer. La razón hombre/mujer es de 0,7/1. (Fig. 1).

El grupo de edad con mayor incidencia de cáncer corresponde a pacientes mayores a 60 años de edad (50%). La incidencia de cáncer es generalmente superior en mujeres entre los 25 a 59 años de edad

(54%), a partir de los 60 años hay mayor predominio de cáncer en los hombres (63%). (Fig. 2).

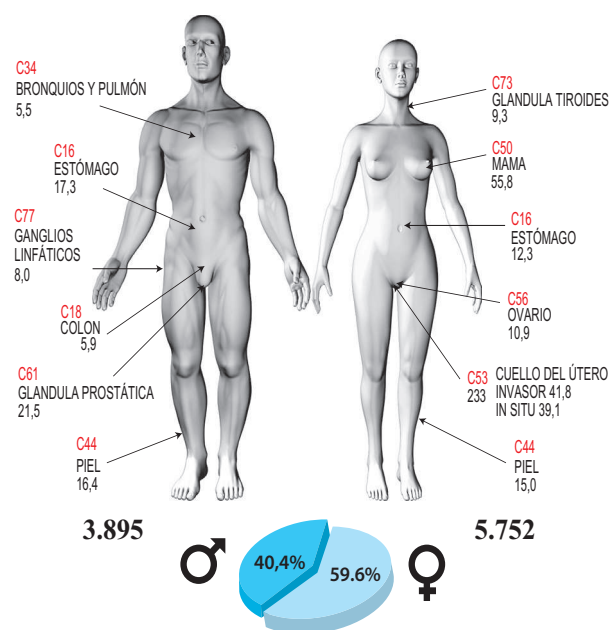


Fig. 1.- Localizaciones más frecuentes de cáncer y Tasas Estandarizadas por 100.000. Residentes en Guayaquil para el periodo 2003 – 2006

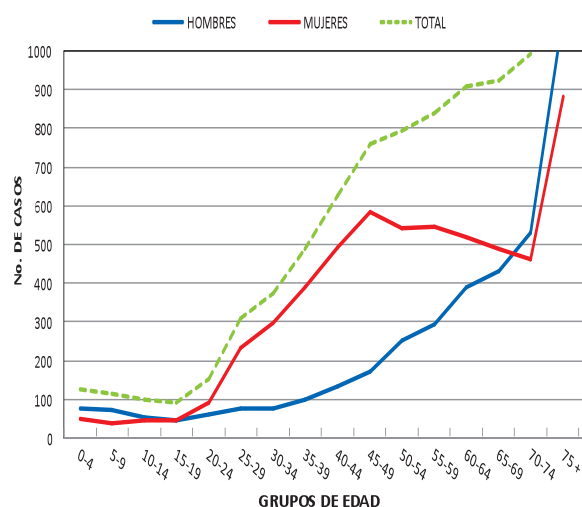


Fig. 2.- Distribución de los casos de cáncer por grupos de edad y sexo en residentes de Guayaquil para el periodo 2003 - 2006

Las localizaciones de cáncer más frecuentes, en mujeres el cáncer de cuello del útero ocupa el primer lugar con un 28% incluye in situ e infiltrante, siendo en mayor porcentaje el infiltrante, le sigue el cáncer de mama con el 17%, piel con el 9% y estómago un 6% (Fig. 3).

En hombres el cáncer de próstata ocupa el primer lugar con un 20,1%, le sigue el cáncer de piel con el 13,9%, estómago con el 12,2% y sistema hematopoyético con el 6,1%. (Fig. 4).

LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA

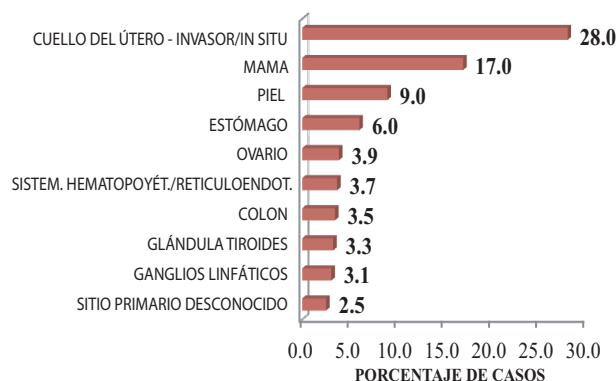


Fig. 3.- Distribución porcentual de las diez localizaciones más frecuentes de cáncer en mujeres residentes en Guayaquil para el periodo 2003 – 2006

LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA

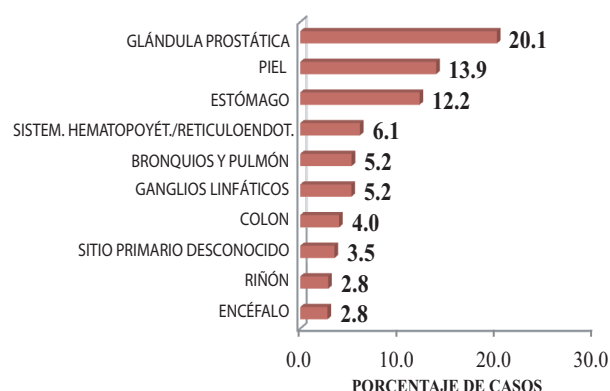


Fig. 4.- Distribución porcentual de las diez localizaciones más frecuentes de cáncer en hombres, residentes en Guayaquil para el periodo 2003 - 2006

Las principales localizaciones de cáncer para el periodo estudiado, según estimaciones de las tasas estandarizadas por 100.000 habitantes en hombres, son: próstata 21.5, estómago 17.3, piel 16.4, ganglios linfáticos 8.0, colon 5.9 y pulmón 5.5. En mujeres son: mama 55.8, cuello del útero invasor 41.8 e in situ 59.1, piel 15.0, estómago 12.3, ovario 10.9, glándula tiroides 9.0. (Fig. 1).

La base de diagnóstico del tumor corresponde al método más certero para diagnosticar la neoplasia. Esta variable informa sobre el grado de calidad con la que se han establecido los diagnósticos de malignidad. Las bases de diagnóstico más frecuentes son la histología del tumor primario 84,5% y clínica 6,2%.

En conjunto el 89% de los diagnósticos de neoplasia tienen una confirmación anatomopatológica, en forma de citología, hematología e histología.

Respecto a la extensión clínica de la enfermedad, en hombres el 25.6% de los casos de cáncer se encontraban en estadio localizado al momento del diagnóstico, seguido de un 15.8% extensión directa, el 38.4% de los casos no aplicaba este sistema de estadificación. En mujeres el 25.6% fue extensión directa, seguido de 23.4% localizada y el 24% los casos que no aplican.

Las localizaciones más frecuentes de cáncer en niños entre 0 a 14 años de edad, está en primer lugar con el 46.8% sistema hematopoyético, seguido con el 14.8% encéfalo y 13.8% ganglios linfáticos. En niñas es igual con porcentajes de 43.9%, 18.7% y 12.2% respectivamente (Ver Tablas 1 y 2).

Tabla 1: Las diez localizaciones más frecuentes de cáncer en niños de 0 a 14 años de edad, residentes en Guayaquil para el periodo 2003 – 2006.

CIE-O	LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA	No.	%	PROMEDIO ANUAL
C42	SISTEMAS HEMATOPOYÉTICO Y RETICULOENDOTELIAL	95	46,8%	32
C71	ENCÉFALO	30	14,8%	10
C77	GANGLIOS LINFÁTICOS	28	13,8%	9
C49	TEJIDOS CONJUNTIVO, SUBCUTÁNEO Y OTROS TEJIDOS BLANDOS	9	4,4%	3
C64	RIÑÓN	8	3,9%	3
C40	HUESOS, ARTICULACIONES Y CARTÍLAGOS ARTICULARES DE LAS EXTREMIDADES	5	2,5%	2
C62	TESTÍCULOS	5	2,5%	2
C44	PIEL	5	2,5%	2
C69	OJOS Y ANEXOS	5	2,5%	2
C41	HUESOS, ARTICULACIONES Y CARTÍLAGOS ARTICULARES DE OTROS SITIOS Y LAS NO ESPECIFIC.	2	1,0%	1
	OTROS	11	5,4%	0
TODOS LOS CASOS INFANTILES		203	100%	64

Tabla 2: Las diez localizaciones más frecuentes de cáncer en niñas de 0 a 14 años de edad, residentes en Guayaquil para el periodo 2003 – 2006.

CIE-O	LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA	No.	%	PROMEDIO ANUAL
C42	SISTEMAS HEMATOPOYÉTICO Y RETICULOENDOTELIAL	61	43,9%	20
C71	ENCÉFALO	26	18,7%	9
C77	GANGLIOS LINFÁTICOS	17	12,2%	6
C56	OVARIO	9	6,5%	3
C69	OJOS Y ANEXOS	5	3,6%	2
C49	TEJIDOS CONJUNTIVO, SUBCUTÁNEO Y OTROS TEJIDOS BLANDOS	3	2,2%	1
C22	HÍGADO Y VÍAS BILIARES INTRAHEPÁTICAS	3	2,2%	1
C64	RIÑÓN	3	2,2%	1
C80	SITIO PRIMARIO DESCONOCIDO	2	1,4%	1
C18	COLON	2	1,4%	1
	OTROS	8	5,8%	0
TODOS LOS CASOS INFANTILES		139	100%	44

En niños entre 0 a 14 años de edad, en promedio se diagnostican al año 64 casos nuevos de cáncer y en mujeres 44.

Con respecto a la mortalidad, en el Ecuador el cáncer es la tercera causa de mortalidad en hombres (12.2%) y la segunda en mujeres (16.9%). Las provincias con mayor porcentaje de mortalidad por cáncer son Guayas 27.9% y Pichincha 21.9%.

DISCUSIÓN

Las transiciones demográficas, epidemiológicas y nutricionales, nos demuestran que las personas viven más, que se enferman de patologías crónicas degenerativas y que los cambios alimenticios crean un campo propicio para que las enfermedades como el cáncer sigan en aumento. Esto coincide en Guayaquil, en el periodo de estudio los casos de cáncer incrementaron un 15% en hombres y 12% en mujeres con respecto al periodo 1999 – 2002, sin embargo estos incrementos son menores a los que reporta el registro de cáncer de Quito⁶.

En América del Sur, la tasa de incidencia estandarizada por cáncer fue 187 casos por 100.000 hombres y 163 por 100.000 mujeres, según datos de GLOBOCAN 2008, al compararlas con Guayaquil hombres y mujeres, la tasa estandarizada es de 110 y 146 respectivamente, observamos que son inferiores, pero son mayores de las que reporta Bolivia (101 - 142)⁷.

Las tasas estandarizadas de cáncer de cuello uterino invasor / in situ son inferiores a las de Colombia.^{7,8} Este cáncer es curable si se detecta a tiempo, sin embargo, la mortalidad por este cáncer ocupó el segundo lugar del total de mortalidad por cáncer en el país en el año 2006, 724 muertes, una tasa de mortalidad 10,8.^{9,10} Este hecho obliga a replantear la situación de las campañas de prevención que el sector salud realiza, ampliando su cobertura e implementando estudios cualitativos, que permitan conocer la idiosincrasia de las mujeres y su entorno. De tal forma que se pueda realizar campañas de prevención más efectivas y disminuir la mortalidad por este tipo de cáncer.

Por otro lado, el cáncer de cuello uterino tiende a ocurrir a la edad de 35 años y un poco antes, la mayoría de los casos se encuentran en mujeres mayores de 45 años, aunque resulta poco común en mujeres menores de 25 años. Muchas mujeres de edad avanzada no se dan cuenta que el riesgo de cáncer de cuello uterino aún existe a medida que

envejecen⁸, casi 25% de las mujeres con cáncer de cuello uterino son diagnosticadas cuando tienen más de 65 años². Por eso es importante que las mujeres de edad avanzada se sigan haciendo las pruebas de Papanicolaou regularmente.⁸

El cáncer de mama, está en aumento, en el periodo 1999 - 2002, ocupaba el segundo lugar con un 16%, en el periodo en estudio ocupa el primer lugar con un 17%, a diferencia de las publicaciones de otros registros de cáncer del país, que se mantiene, segundo lugar en Quito⁶ y tercero en Machala⁹. En las estadísticas de defunciones año 2006, el cáncer de mama ocupa el tercer lugar del total de mortalidad por cáncer en el Ecuador, 405 muertes, alrededor del 10%. De cada 100.000 muertes que ocurren en el país 6 se deben al cáncer de mama^{2,10}.

El cáncer de próstata ocupa el primer lugar en las neoplasias malignas del sexo masculino con el 20.1%. El 90 % de estos casos de cáncer de próstata se presentan en hombres mayores de 60 años y en estadio temprano, es decir enfermedad locorregional. En las estadísticas nacionales de mortalidad^{2,10} del año 2006 se reportan en el Ecuador, 707 defunciones por cáncer de próstata, ocupando el segundo lugar después del cáncer de estómago. De cada 100.000 muertes que ocurren en el país 11 se deben al cáncer de próstata. Esta información orienta a insistir en campañas de prevención y la detección oportuna.

El cáncer de estómago, disminuyó con respecto al periodo 1999 – 2002, ocupó el segundo lugar en hombres y cuarto en mujeres con un 16% y 8% respectivamente, en cambio en el periodo de estudio ocupa el tercer lugar en hombres (12%) y quinto en mujeres (6%), esto amerita llevar un control y vigilancia de las variaciones que se observe en estudios posteriores acerca del cáncer de estómago.

El riesgo de una persona de padecerlo en el transcurso de su vida es ligeramente mayor en los hombres que en las mujeres. Las estadísticas de mortalidad por cáncer en el Ecuador, reportan al cáncer de estómago como primera causa de mortalidad en el año 2006, tanto en hombres y mujeres, 868 (22%) y 728 (17%) respectivamente,^{2,10} esto se debe a que el diagnóstico de la enfermedad se lo realiza en estadios avanzados, extensión directa o metástasis a distancia. Así, este tipo de cáncer es mucho más común a escala mundial. Particularmente en países menos desarrollados esta neoplasia maligna es una causa principal de fallecimientos tanto en el Ecuador como en el

mundo⁸.

El cáncer de pulmón ocupa el noveno lugar de frecuencia en el periodo 1990 a 2006, con un 3,4%. En hombres ocupa el cuarto lugar con un 5,7% y en mujeres el onceavo lugar con un 2,0%. Existe más afectación de cáncer de pulmón en hombres que en mujeres, una relación hombres/mujeres de 1,1/1 en el periodo presentado.

En el Ecuador el cáncer de pulmón es la cuarta causa de mortalidad en hombres en el año 2006, 396 muertes (10%) con respecto al total de defunciones por cáncer.

El cáncer de la glándula tiroides, ocupa el doceavo lugar de frecuencia en el periodo 1990 a 2006, con un 2,8% en el total de cánceres en hombres y mujeres. Se observó en el periodo en estudio, en mujeres, un incremento del 74% de casos de cáncer de tiroides con respecto al período 1999 – 2002, esto incentiva a las autoridades de salud a investigar a profundidad, los factores de riesgos que conllevan este tipo de cáncer.

En general, el riesgo de cáncer de tiroides es mayor en las mujeres que en los hombres en proporción de 2 en 10, pero no es causa principal de fallecimientos en el Ecuador.

CONCLUSIONES

1. Las tasas de incidencia por cáncer en la ciudad de Guayaquil están en aumento, de ahí la importancia del trabajo realizado por los Registros de Tumores del país, quienes llevan de forma continua y sistemática un sistema de control y vigilancia de esta enfermedad.
2. La identificación de las localizaciones más frecuentes de cáncer en hombres y mujeres de Guayaquil en el periodo 2003 al 2006, permitirá a las autoridades competentes de salud planificar, orientar y mejorar los programas de prevención y detección oportuna de cáncer.
3. Se hace necesario rediseñar un registro para el cáncer pediátrico, con el fin de conocer, incidencia, mortalidad, situación de tratamiento y sobrevivencia, información importante para el diseño de políticas de salud en prevención y promoción del cáncer en niños.

4. La difusión permanente de las estadísticas de cáncer de este estudio, a las autoridades de salud, con el fin de instruir a la población sobre la necesidad y la importancia de la detección oportuna del cáncer, que no solo tiene impacto económico, sino también psico-social.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud y de la Unión Internacional Contra el Cáncer, 2005. Acción Mundial contra el cáncer. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/media/AccionMundialCancerfull.pdf>
2. Registro de Tumores SOLCA - Guayaquil. Cáncer en Guayaquil 2003-2006. Guayaquil: Eduquil; 2011.
3. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador (INEC). VI Censo de Población y V de Vivienda. Quito; 2001.
4. Percy C, Van Holten V, Muir C. (editores) International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O), 2do. Ed. Geneva: World Health Organization (WHO). 1999.
5. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador (INEC-CEPAL). Ecuador: Proyecciones de población por provincias, cantones, áreas, sexo, y grupos de edad. Periodo 2001-2010. Quito; 2004.
6. Registro Nacional de Tumores SOLCA - Quito. Epidemiología del Cáncer en Quito 2003 – 2005. Quito: AH/Editorial; 2009.
7. GLOBOCAN 2008. International Agency for Research on Cancer (IARC). Disponible en: <http://www-dep.iarc.fr/>
8. American Cancer Society. Información sobre el cáncer y la prevención, 2011. Disponible en: www.cancer.org/Espanol/cancer/Cancerdecuellouterino/
9. Registro de Tumores SOLCA - Machala. Comité Amigos SOLCA Machala. Incidencia de Cáncer en el cantón Machala 1999 – 2004. Incidencia de Cáncer en la provincia de El Oro 2002-2004. Machala; 2007.
10. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador (INEC). Anuario de Estadísticas Vitales. Nacimientos y defunciones año 2004 - 2006. Quito.

ARTÍCULO ORIGINAL

TUMOR PAPILAR SÓLIDO - QUÍSTICO DE PÁNCREAS: NUESTRA EXPERIENCIA

Dr. Guido Panchana^(a), Dr. Germán Reyes^(a), Dr. Carlos García^(b), Dra. Evelyn Frías^(c), Dr. Gaetano Leone^(d), Dr. Juan Carlos Garcés^(e), Dra. Ma. Elena Zamora^(f), Dra. Daniela López^(f)

^(a)Médico Tratante del Departamento de Cirugía Oncológica, ^(b)Médico Tratante del Departamento de Terapia Intensiva,

^(c)Asistente del Departamento de Investigación y Docencia, ^(d)Jefe del Departamento de Patología,

^(e)Médico Tratante del Departamento de Patología.

Hospital Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo" - Solca Guayaquil

^(f)Médicos Rurales del Ministerio de Salud Pública del Ecuador

RESUMEN

Introducción.- El tumor sólido pseudopapilar del páncreas es una neoplasia incierta, de etiología desconocida y de baja frecuencia, con predominio en el sexo femenino, de escasa sintomatología y buen pronóstico tras la cirugía radical. El objetivo del presente estudio es reportar la experiencia en 8 casos de esta patología de muy rara frecuencia y comparar los hallazgos de nuestra serie con lo reportado por la literatura consultada.

Material y métodos.- Se realizó una revisión de 8 casos de pacientes mayores de 12 años con diagnóstico de Tumor Papilar Sólido-Quístico de Páncreas que recibieron tratamiento quirúrgico en el Servicio de Cirugía Oncológica del Instituto Oncológico Nacional SOLCA Guayaquil. Los datos de seguimiento y supervivencia a largo plazo fueron obtenidos por la revisión de la historia clínica y control en consulta ambulatoria de los pacientes operados. Se usaron medidas de tendencia central para el análisis estadístico.

Resultados.- La edad promedio fue de 30 años con predominio al sexo femenino. El cuadro clínico fue inespecífico, pero el síntoma más reportado fue dolor abdominal difuso. TAC y RNM revelaron masa sólida quística de páncreas con predominio en cola (3/8). El

ABSTRACT

Introduction.- Solid pseudopapillary tumor of the pancreas is an uncertain neoplasm of unknown etiology, of low-frequency, predominantly female sex, poor symptomatology and good prognosis after radical surgery. The aim of this study is to report the experience in 8 cases of this rare pathology and compare the findings of our study with that reported in the literature.

Material and methods.- We reviewed 8 cases of patients over 12 years with a diagnosis of solid-cystic papillary tumor of the pancreas surgically treated at the Department of Surgical Oncology National Cancer Institute SOLCA Guayaquil. The monitoring data and long-term survival were obtained by reviewing medical records and outpatient control of surgical patients. We used central tendency measures for the statistical analysis.

Results.- The mean age was 30 years predominantly female. The symptomatology was nonspecific, but the most reported symptom was diffuse abdominal pain. CT and MRI revealed cystic pancreatic solid mass with predominance in tail (3 / 8). In 50% of the patients pancreaticoduodenectomy was performed,

CORRESPONDENCIA:

Dr. Guido Panchana - Servicio de Cirugía Digestiva - Jefe de Docencia e Investigación - ION Solca - Guayaquil - Ecuador
Teléfono: 2288088 - ext. 148 - 218 e-mail: docencia@solca.med.ec

50% se realizó Duodenopancreatectomía, resultando en una mortalidad del 0%.

Conclusión.- Se trata de una patología rara, más frecuente en mujeres y de etiología incierta. Se caracteriza por ser masas bien encapsuladas con calcificaciones y áreas de hemorragias. El diagnóstico va a depender de su histología. La resección quirúrgica es generalmente curativa.

Palabras clave.- Neoplasia sólido-quística papilar de páncreas, tumor de Frantz.

resulting in a 0% of mortality.

Conclusions.- This is a very rare pathology, more common in women and unknown etiology. It is characterized by well delimited tumours with calcifications and hemorrhages areas. The diagnosis is due to its histology. The surgical removal is normally curative.

Key Words.- Solid-cystic papillary tumor of the pancreas, Frantz Tumors

INTRODUCCIÓN

El tumor sólido pseudopapilar del páncreas es una neoplasia incierta, de etiología desconocida y de baja frecuencia, pertenece al 3 % de los tumores quísticos de páncreas y al 1% de las neoplasias de este órgano.¹⁻³

Se presenta principalmente en mujeres jóvenes (edad media de 30 años) siendo la relación hombre:mujer 1:9.^{4,5} Su forma de presentación más frecuente es el dolor abdominal y/o masa abdominal palpable debido al gran tamaño que pueden alcanzar. Se han descritos otros signos y síntomas como dispepsia, náuseas, vómitos, amilaseemia elevada, ictericia o por hallazgos incidentales.^{4,5}

Descrito por primera vez por Frantz en 1959, durante toda su historia ha recibido diferentes nombres entre los que se mencionan neoplasia papilar epitelial, carcinoma papilar y quístico, tumoración sólida y quística, neoplasia papilar quística debido a sus dos elementos histológicos más importantes: las áreas sólidas y pseudopapilares; tumor papilar de bajo grado y finalmente tumor de Frantz. La OMS le asignó su nombre actual en 1996 y fue clasificada dentro del grupo de tumores del páncreas exócrino tipo borderline (de incierto potencial maligno).^{1,6}

El tumor sólido pseudopapilar de páncreas es de comportamiento benigno, que compromete de manera local el área peripancreática pero además posee la potencialidad de malignizarse (aproximadamente 12-15 % de los casos) por lo que la resección quirúrgica ha sido el estándar en el manejo de estos tipos de tumores; sin embargo, la extensión de la resección varía, por la edad del paciente y la localización de la masa.^{2,5}

El objetivo de este estudio es reportar la experiencia en 10 años de esta patología de muy rara frecuencia y comparar los hallazgos de nuestra casuística con

lo reportado por la literatura consultada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión de 8 casos de pacientes mayores de 12 años con diagnóstico de Tumor Papilar Sólido – Quístico de Páncreas que recibieron tratamiento quirúrgico en el Servicio de Cirugía Oncológica del Instituto Oncológico Nacional SOLCA Guayaquil. Las historias clínicas fueron revisadas y se determinaron datos demográficos, características clínico-patológicas, exámenes realizados, cirugía realizada, diagnóstico histopatológico, morbilidad y mortalidad postoperatoria y supervivencia a largo plazo.

La mortalidad postoperatoria fue definida como muerte en los primeros 30 días postoperatorios o antes del alta hospitalaria. Las complicaciones fueron clasificadas y definidas como: Colecciones o abscesos intra-abdominales (necesitando drenaje y con resultados positivos al cultivo bacteriano); infección de herida; sangrado postoperatorio; fístula biliar o pancreática; complicaciones generales (cardíacas o respiratorias). Los datos de seguimiento y supervivencia a largo plazo fueron obtenidos por la revisión de la historia clínica y control en consulta ambulatoria de los pacientes operados. Se usaron medidas de tendencia central para el análisis estadístico.

RESULTADOS

Nuestro equipo ha resuelto quirúrgicamente 8 Casos de Tumor Papilar Sólido – Quístico de Páncreas en el Servicio de Cirugía Oncológica del Instituto Oncológico Nacional SOLCA Guayaquil. La edad promedio de la serie de casos revisados fue de 30 años, comprendidas entre un rango de 14 a 69 años. Todos los casos estudiados fueron

mujeres. Solo una paciente tenía Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial y otra tenía un antecedente de Hepatitis, mientras el resto no presentaba antecedentes personales de relevancia.

Se revisaron las características del cuadro clínico manifestado por las pacientes, el mismo que fue inespecífico. Algunas de ellas eran asintomáticas al momento de su primera consulta pero 3 pacientes presentaban masa abdominal prominente.

Otras referían náuseas, vómitos, dispepsia, disfagia, pero de aparición esporádica. Principalmente el síntoma más reportado fue dolor abdominal difuso aunque en 3 pacientes éste se localizaba en mesogastrio y uno en epigastrio. Y en todos los casos los exámenes de laboratorio se encontraban dentro de los parámetros de la normalidad. Salvo la paciente diabética que presentó una hiperglicemia de 222mg/dL al momento de ser evaluada en su consulta al Departamento de Cirugía.

Dentro de los exámenes de gabinete empleados, los que más información aportaron fueron la Ecografía, Tomografía Axial Computarizada (TAC) y la Resonancia Magnética (RMN), los cuales reportaban masas heterogéneas como se aprecia en la Figura 1.



Fig. 1.- TAC abdominal que muestra presencia de lesión hipodensa en cabeza y cola de páncreas que deforma el contorno anterior con mínima dilatación del conducto de Wirsung.

De acuerdo a estos estudios, los tumores tuvieron diferentes localizaciones como se muestra en la Figura 2, siendo la ubicación más frecuente en la cola del páncreas (37%).

En la Figura 3 se muestran los diferentes procedimientos quirúrgicos realizados, de los cuales el 50% correspondía a Duodenopancreatectomía corpórea. (Fig. 4).

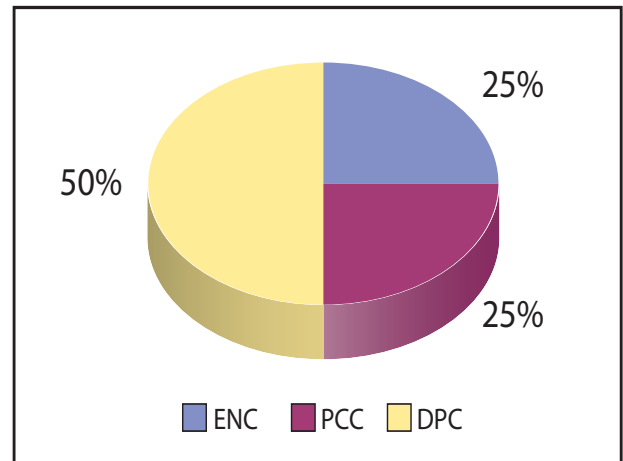
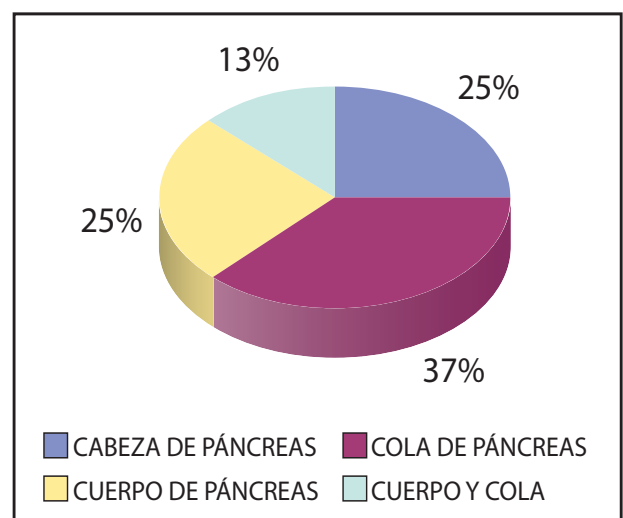


Fig. 2.- Distribución de pacientes estudiados de acuerdo a la localización de la lesión.



ENC: Enucleación; PCC: Pancreatectomía corporeocaudal; DPC: Duodenopancreatectomía cefálica

Fig. 3.- Distribución de pacientes de acuerdo a procedimiento quirúrgico realizado.

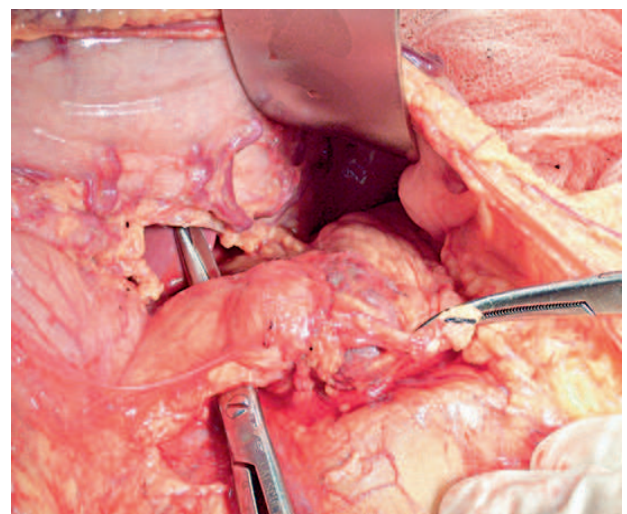


Fig. 4.- Túnel quirúrgico retropancreático en lesión de cuerpo y cola de páncreas.

Dentro de las complicaciones (Tabla 1) se presentaron 2 fístulas pancreáticas en pacientes de resección de cola de páncreas (con un débito mayor a 1.000 cc./día durante los primeros 10 días de su presentación).

Tabla 1: Distribución de pacientes de acuerdo a las complicaciones presentadas.

COMPLICACIONES		No. PCTES.	% (n:8)
FISTULAS	PANCREATICAS	2	25%
	BILIARES	0	0%
COLECCIONES ABSCEOS INTRAABDOMINALES		1	13%
HEMORRAGIAS		0	0%

De éstas, una se autolimitó bajo control del dren dejado en el acto operatorio y la otra presentó una colección subesplénica que necesitó un drenaje externo, el cual debió permanecer 2 meses, hasta el control definitivo de la fístula pancreática. En el presente estudio se empleó la Somatostatina en estos pacientes para el control de la mencionada fístula pancreática. Todos los estudios histopatológicos reportaron Tumor Epitelial Papilar Sólido-Quístico de Páncreas.

Todos los pacientes continúan vivos sin enfermedad con una sobrevida a 5 años del 100% en aquellos pacientes que completaron dichos controles, pues el rango máximo es 92 meses. Sin embargo, todos los pacientes se encuentran vivos hasta la fecha de su último control.

DISCUSIÓN

El tumor sólido pseudopapilar de páncreas (TSPP) es una neoplasia muy poco frecuente y de patogénesis incierta. Desde la primera descripción elaborada por Frantz en 1959 solo se habían informado poco más de 400 casos en la literatura mundial para 1997, 452 casos para 2004 en la literatura inglesa, y 629 para 2006 en 178 series.¹ En nuestro estudio se reportaron 8 casos de predominio en el sexo femenino con una edad media de 30 años, comprendidas entre un rango de 14 a 69 años, que cursaron con escasa sintomatología y buen pronóstico tras la cirugía radical.

La estadística española, argentina y colombiana concuerdan que la incidencia del TSPP corresponde del 0,2% al 2,7% de todos los cánceres de páncreas⁷⁻¹⁰, presentándose según frecuencia en cabeza y cuello, cuerpo, cola y proceso uncinado¹¹. En nuestro reporte la localización sólido-quística de

la neoplasia se ubicó en cola, cabeza y cuerpo de páncreas en 7/8 pacientes.

A pesar que la etiología del TSPP no se encuentra del todo clara, varios estudios han coincidido en dos teorías básicas: exócrino por sus papilas, ductos y acinos; y endócrino por sus gránulos neurosecretores. La Revista médica de Bogotá afirma estas teorías por la evidencia de marcadores exócrinos de tripsina y quimiotripsina y endócrinos de sinaptofisina.¹¹ Así también se describe el origen neuroendócrino por la reacción positiva que algunos presentan a la enolasa neuronal específica y en la ocasional positividad a los polipéptidos pancreáticos como somatostatina, glucagón e insulina.

No obstante, Cerdán, Barranco y colaboradores, cirujanos chilenos, afirman que estos tumores reaccionan negativamente a marcadores neuroendócrinos más específicos como la sinaptofisina o la cromogranina A14. La fuerte reactividad positiva focal de estos tumores a la alfa-1-antitripsina ha sugerido a otros autores un posible origen en las células acinares pancreáticas.⁸ El origen genético tampoco ha sido descartado, ya que se cree que se debe a alteraciones relacionadas con la vía del oncogén APC - beta catenina.

Debido a que la mayoría de los tumores presentan mutaciones del exon-3 de la beta catenina, como consecuencia se produce el acúmulo anormal que forma complejos grandes proteicos, junto con las ligandinas de ADN. Este complejo se fija a la región promotora de ciclina D1, encargada de regular la transición del ciclo celular de G1 a S y su sobreexpresión se encuentra comprobada en el tumor sólido pseudopapilar de páncreas¹¹. Sin embargo no se descartan otras hipótesis que guían al origen de esta neoplasia. La evidencia inmunohistoquímica positiva para marcadores melanocíticos, como la proteína S100, el melanoma negro humano 45 (HMB45) y el antígeno de melanoma reconocido por células T1 (MART1), junto con la presencia de gránulos de premelanosomas y melanosomas en las células tumorales por microscopía electrónica, sugieren que el origen tumoral puede ser neural.

Otra hipótesis es que el tumor sólido pseudopapilar se origina de células pancreáticas pluripotenciales o de alguna cadena de células relacionadas a las ováricas, que pudieran haberse adjuntado al parénquima pancreático durante la embriogénesis temprana.⁹

La mayor frecuencia de esta neoplasia en mujeres jóvenes adolescentes, como ocurrió con la serie presentada en este estudio, ha sugerido también una participación hormonal en su génesis, relacionándose con los receptores estrogénicos o

progesterónicos,⁸ encontrándose niveles elevados de receptores de progesterona en ausencia de receptores de estrógenos. Por lo que estos tumores pueden aumentar su volumen durante el período reproductivo, y el hallazgo de necrosis y hemorragia se asocia con una disminución en los niveles de progesterona.¹⁰

En cuanto a la sintomatología la mayoría de los casos reportan dolor en epigastrio o hipocondrio izquierdo, acompañado de dispepsia, náuseas y vómitos. Cuando se inicia con dolor suele relacionarse con traumatismo abdominal. Eventualmente podría palparse una tumoración en la porción superior del abdomen, la cual se confirma solo por diagnósticos de imágenes. Sin embargo existen casos que cursan con presentación asintomática, como la mayoría de los pacientes reportados en este estudio, y otros que se diagnostican como hallazgos incidentales. La presencia de ictericia es rara, incluso en pacientes con lesiones que afectan la cabeza pancreática.⁷⁻¹¹

La ecografía, tomografía axial computarizada (TAC) y resonancia magnética son los métodos esenciales para establecer un diagnóstico preoperatorio, encontrándose una lesión mixta con componentes sólido y quísticos en la mayoría de los casos, sin embargo esta neoplasia se cataloga en tres distintas formas de presentación: Sólida, mixta (sólida quística) o quística.¹⁰ La resección completa del tumor es el tratamiento de elección, preservando la mayor cantidad de tejido pancreático que sea posible.^{7,8,10} Mediante Duodenopancreatectomía cefálica, pancreatectomía corporeocaudal o enucleación. (Fig. 3) El pronóstico es muy bueno y la sobrevida a 5 años es de 93%. En más del 90% de los casos los pacientes son tratados solo con cirugía. Cuando se presentan metástasis, éstas comprometen uno o más de estos órganos: ganglios linfáticos, hígado, bazo, colon, mesocolon y carcinomatosis generalizada.

Entre otras complicaciones pueden ser la formación de fístulas pancreáticas, colecciones intraabdominales, pseudoquistes, muerte por coagulopatía, colangitis y shock séptico.¹²

CONCLUSIONES

1. El tumor sólido pseudopapilar del páncreas es una patología rara, más frecuente en mujeres y de etiología incierta.
2. Se caracteriza por ser masas bien encapsuladas con calcificaciones y áreas de hemorragias.
3. El diagnóstico va a depender de su histología. La resección quirúrgica es generalmente curativa.

Bibliografía

1. Camacho J, Romero C, Valenzuela A. Tumor sólido pseudopapilar de páncreas. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Cir Ciruj*. 2010;78:73-78
2. Aretxabala X, Rencoret G, Maluenda F. Tumor sólido pseudopapilar del páncreas. *Rev Chile Cirug*. 2008 Junio; 60(3):241-245
3. Lada P, Rosso F, Ochoa S, Canavoso L, Barboza F, Massa M. Tumor sólido pseudo papilar de páncreas. *Kirurg*. [Seriada en línea] 2007 [Citado 2010May 5]; 1:[4 páginas]. Disponible en: <http://www.sc.ehu.es/scrwwwsr/kirurgia/20071/lada2.htm>
4. Martínez A, Echeveste J, Toledo G. Tumor sólido pseudopapilar de páncreas simulador de pseudoquiste pancreático: Descripción de un caso y revisión de la literatura. *Rev Esp Patol*. 2006;39 (3):184-189.
5. Acuña R, Soto P, Muñoz V. Tumor sólido pseudopapilar de páncreas, reporte de un caso. *Rev Chil Pediatr*. 2008;79 (4): 404-408
6. Licham M, Sanchez J, Zapata C. Tumor sólido pseudopapilar de páncreas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. *Rev gastroenterol Perú*. 2008 Oct – Dic; 28(4): 356-361.
7. Gastón B, Audisio J, Labat E. Tumor pseudopapilar sólido del páncreas. Reporte de un caso. *Rev argent radiol*. 2010 May – Abr; 74(1): 59-62.
8. Cerdán R, Barranco J, Cantín S. Tumor de Frantz. Presentación de un caso. *Rev Chile Cirug*. 2007; 59 (2):145-149.
9. Targarona J, Poggi L, Garatea R. Tumores Sólidos Pseudopapilares de Páncreas: reporte de 7 casos y revisión de la Literatura. *Rev gastroenterol Perú*. 2007; 27(2):185-190.
10. Hidalgo M, Ferrero E. Solid-cystic papillary epithelial neoplasm of the pancreas. A diagnostic and therapeutic challenge. *Rev Esp Enferm Dig*. 2006 Nov; 98 (11):801-808.
11. Tróchez A, Peña R, Gómez M. Tumor de Frantz: Reporte de casos. *Rev Fac Med*. Bogotá. 2009;17(2):280-285.
12. Carrión M. Neoplasia epitelial sólida quística y papilar del páncreas. Presentación de un caso y revisión de la literatura. Documentos del VI Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica; 2004 marz; Azuay, Ecuador.



**Sociedad de Lucha
Contra el Cáncer del Ecuador**

Visite nuestro portal

www.solca.med.ec

**Todo lo relacionado con el
Instituto Oncológico Nacional.**

ARTÍCULO ORIGINAL

ALIMENTACIÓN ORAL FRACCIONADA VS. NO FRACCIONADA

UTILIZANDO SUPLEMENTOS CON FOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON DESNUTRICIÓN

Dra. M.Sc. Dolores Rodríguez Veintimilla^(a), Dra. Marisol Maldonado Villavicencio^(b), Lcda. Sandra Herrera Morán^(b)

^(a) Jefe del Servicio de Nutrición Clínica y Dietética – ION – SOLCA Guayaquil

^(b) Nutricionistas de ION – SOLCA Guayaquil

RESUMEN

Introducción.- La Desnutrición es frecuente en pacientes oncológicos, por esta razón el soporte nutricional durante el tratamiento produce una respuesta favorable y disminuye las complicaciones. El objetivo de la investigación fue determinar si la suplementación oral fraccionada administrada a un primer grupo de 30 pacientes en riesgo o con desnutrición, podía mejorar el estado nutricional, comparándola con un segundo grupo de 30 pacientes que recibió suplementación administrada en forma no fraccionada.

Material y Métodos.- Investigación descriptiva en la cual se determinó el estado nutricional de pacientes ambulatorios en el Servicio de Nutrición Clínica de SOLCA-Guayaquil de Febrero a Julio del 2010 suplementándolos por vía oral con fórmulas poliméricas. Para la evaluación de datos se utilizó el programa Excel y la prueba de Chi cuadrado.

Resultados.- Se evaluaron 60 pacientes oncológicos, cuya edad promedio fue 66 años, correspondió 51% al género masculino, y 49% al femenino. El Cáncer gástrico fue el más frecuente en 25% de los casos. El 43,3 % del total de pacientes presentaron riesgo de desnutrición, 16,6% desnutrición de primer grado, 21,6% desnutrición de segundo grado y 18,3% desnutrición de tercer grado. Con la administración del suplemento en forma fraccionada mejoraron su estado nutricional, 23 (76,6%) de pacientes del primer grupo versus 12 (40%), del segundo grupo con alimentación oral no fraccionada, con un valor p asociado de 0,002 que fue estadísticamente significativo.

ABSTRACT

Introduction.- Malnutrition is common in cancer patients, therefore nutritional support during treatment produces a favorable response and reduces complications.

The objective of this research was to determine whether oral supplementation administered in fractions to a first group of 30 patients at risk or malnourished, could improve nutritional status, compared with a second group of 30 patients who received supplementation administered completely.

Material and Methods.- Descriptive study in which we determined the nutritional status of outpatients at the Clinical Nutrition Service-Guayaquil SOLCA from February to July 2010 oral supplementing them with polymeric formulas. For data evaluation software was used Excel and Chi square test

Results.- We evaluated 60 cancer patients, whose average age was 65.7 years old, accounted for 51% male and 49% female. Stomach cancer was more frequent in 25% of cases. 43.3% of all patients for risk of malnutrition, 16.6% of first-degree malnutrition, 21.6% second-degree malnutrition and 18.3% third-degree malnutrition.

The administration of the supplement in installments improved their nutritional status, 23 (76.7%) of patients in the first group versus 12 (40%), the second group, with associated p value of 0.002 was statistically significant.

CORRESPONDENCIA:

Dolores Rodríguez Veintimilla.MD, MSc. - Jefe del Servicio de Nutrición Clínica y Dietética. ION-SOLCA Guayaquil. Teléfono (593-4) 2288088 ext.152-155 - e-mail: dra.rodriquezv@yahoo.com

Conclusiones.- Se comprobó que existe un impacto positivo en los pacientes del grupo que recibió suplementación oral fraccionada al mejorar su estado nutricional. Además que presentaron una mejor tolerancia a la fórmula administrada.

Palabras clave: Suplementación Oral, Desnutrición

Conclusions.- Positive impact on patients in the group receiving oral supplementation in fractions improving their nutritional status. In addition they showed a better tolerance to the formula given

Keywords.- Oral supplementation, malnutrition.

INTRODUCCIÓN

Las necesidades nutricionales de los pacientes con cáncer son diferentes de la población saludable porque presentan: Hipermetabolismo, alteración de las funciones orgánicas, incremento de la pérdida de nutrientes y malnutrición relacionada a la terapia.¹

Los pacientes a menudo tienen incrementados sus requerimientos de macro y micronutrientes, los cuales deben ser cubiertos para evitar la desnutrición, que ocasiona las siguientes alteraciones: ²

1. Disminución de la función muscular.
2. Disminución de la respuesta a la quimioterapia.
3. Aumento del riesgo de toxicidad secundaria a la quimioterapia.
4. Inmunocompetencia disminuida.

La mayor parte de los pacientes oncológicos se presentan con pérdida de peso antes del diagnóstico³ y se ha reportado que 45% de los pacientes con cáncer han perdido más del 10% del peso habitual al ser diagnosticados,⁴ lo que afecta su calidad de vida. Por esta razón es muy importante realizar una valoración nutricional completa antes de que el paciente inicie el tratamiento para el cáncer, registrando los datos clínicos, antropométricos (peso, talla, IMC, pliegues cutáneos) y bioquímicos (albúmina, prealbúmina, transferrina) que permiten realizar el diagnóstico del estado nutricional.⁵

Entre las medidas antropométricas se destaca el peso, debido a que la pérdida del mismo es un indicador pronóstico. Así en pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente, éste produce un aumento en la incidencia de complicaciones.⁶

El índice: Porcentaje (%) de pérdida de peso = $\frac{\text{peso habitual} - \text{peso actual}}{\text{peso habitual}} \times 100$, indica que la pérdida de peso mayor al 2% en una semana, al 5% en un mes, más del 7,5% en 3 meses o más del 10% en 6 meses corresponden a datos de desnutrición severa.⁶ Se puede utilizar el Índice de Masa Corporal ($\text{peso}/\text{talla}^2$) como un indicador del estado nutricional, y cuando es menor a $20 \text{ kg}/\text{m}^2$, el riesgo de muerte se incrementa.⁷

Después de realizar el diagnóstico nutricional de los pacientes, si ellos no pueden satisfacer sus requerimientos diarios con alimentos, puede realizarse la suplementación oral siempre y cuando sea posible, con la finalidad de superar las deficiencias nutricionales como lo sugiere La Sociedad Española de Nutrición Básica Aplicada (SENBA).⁷ La utilización de suplementos por vía oral en comparación al cuidado rutinario habitual en pacientes con cáncer pretende incrementar la ingesta oral de energía y de diversos nutrientes, tales como proteínas, vitaminas, minerales o elementos traza, con la finalidad de prevenir los efectos adversos relacionados con un estado nutricional deficitario.⁸ En pacientes oncológicos los objetivos de la suplementación nutricional son:

1. Prevenir o corregir las deficiencias nutricionales.
2. Minimizar los efectos secundarios del tratamiento antineoplásico.
3. Mejorar la tolerancia al tratamiento.
4. Mejorar la calidad de vida.
5. Ayudar a conseguir el peso corporal óptimo.
6. Educar al paciente/familia sobre las necesidades nutricionales especiales.

Existen criterios para prescribir apropiadamente suplementos nutricionales como son: ingesta oral insuficiente, haber recibido previamente consejo dietético y/o tener alteraciones en la deglución, capacidad de absorción de nutrientes alterada o circunstancias sociales que hagan difícil una modificación dietética.⁸ El suplemento nutricional debe ser adaptado a la situación de cada paciente, así la fórmula enteral "ideal" debe tener: Mayor densidad calórica, mayor proporción de lípidos y menor de carbohidratos, de lo recomendado habitualmente, puesto que el tejido tumoral consume principalmente carbohidratos y metaboliza los lípidos de forma ineficaz. Finalmente debe tener mayor proporción de proteínas debido a la intensa proteólisis muscular y al descenso en la síntesis de proteínas.⁹

Existen diferentes tipos de fórmulas disponibles, entre ellas las que contienen Fructooligosacáridos (FOS) considerados como prebióticos que actúan mejorando la respuesta inmunológica y alteraciones

intestinales como diarrea o estreñimiento,¹⁰ que son comunes en pacientes Oncológicos.^{11, 12} Se ha reportado también que alrededor del 50% de los pacientes oncológicos presentan saciedad temprana por lo que la alimentación debe ser preferiblemente fraccionada.¹³

Por todo lo expuesto anteriormente, nos planteamos como objetivo: Determinar si la suplementación oral mediante fórmula enriquecida con FOS y administrada en forma fraccionada a un primer grupo de pacientes oncológicos en riesgo o con desnutrición, podían mejorar el estado nutricional y como efecto paralelo la saciedad temprana y estreñimiento comparándola con un segundo grupo de pacientes oncológicos que recibieron también una fórmula enriquecida con FOS pero administrada en forma no fraccionada.

MATERIAL Y MÉTODO

El tipo de estudio fue aleatorio, intervencional y prospectivo de pacientes, que acudían al Servicio de Consulta Externa de Nutrición Clínica y Dietética de SOLCA - Guayaquil, desde Febrero hasta Julio del 2010. La población estudiada fue de 60 pacientes. Los criterios de Inclusión fueron: pacientes mayores de 10 años de edad, con diagnóstico de cáncer, en riesgo de desnutrirse o con desnutrición de primero, segundo o tercer grado. Se excluyeron los pacientes menores de 10 años, sin diagnóstico de cáncer, con estado nutricional normal, sobrepeso u obesidad, y los que tuvieran edema, ascitis y Diabetes.

La hipótesis planteada fue comprobar si la forma de administración del suplemento mejora el estado nutricional del paciente, siendo la hipótesis nula que el estado nutricional y la forma de administración del suplemento son independientes. Para contrastar la hipótesis nula, se aplicó la prueba estadística Chi-cuadrado. La población fue heterogénea en cuanto a diagnóstico, estadio de la enfermedad, tipo y tiempo de tratamiento pero tenían en común que estaban en riesgo o con desnutrición.

Los pacientes fueron evaluados utilizando la clasificación de la Organización Mundial de la Salud del estado nutricional de acuerdo con el índice de Masa Corporal que relaciona peso en Kg /altura en metros² en el cual se considera que valores de 18,50 a 24,99 como estado nutricional normal, de 18,49 a 17 desnutrición de primer grado, de 16,99 a 16 desnutrición de segundo grado y valores menores a 16 desnutrición de tercer grado. De acuerdo a estudios realizados por Beck y Ovensen para los pacientes mayores de 65 años el rango normal de IMC es de 24 a 29.

En este estudio se consideró que los pacientes estaban en riesgo de desnutrirse cuando presentaban uno o varios de los siguientes criterios: IMC de 20 o menos ⁽⁷⁾, cáncer de localización en tubo digestivo, pulmón o cerebro y de acuerdo al estudio de Harn se debe considerar también, edad mayor a 65 años.

A los pacientes se les registró su ingesta calórica diaria, y fueron asignados en forma aleatoria a dos grupos, al primero se le asignó el suplemento A y al segundo grupo el suplemento B. Los dos suplementos son fórmulas poliméricas, similares en su composición proporcionan 1 Kcal/ml y tienen fructooligosacáridos. El suplemento A, de presentación en envases líquidos de 237 ml con aporte calórico por porción de 250 Kcal, con 8,8 g. de proteínas, 42 g. de carbohidratos, 6,1 g. de lípidos y 1,1 g. de FOS. El suplemento B de presentación en polvo, el cual se prepara con 4 medidas de 14,2 gramos cada una, en 200 ml. de agua y con aporte calórico por porción de 255 Kcal, con 9 g. de proteínas, 36 g. de carbohidratos, 9 g. de lípidos y 2 g. de FOS.

A los pacientes con riesgo de Desnutrición, Desnutrición de primero y segundo grado se les suplementó con 250 Kcal/día de uno de los dos suplementos, y se indicó plan nutricional de acuerdo a las necesidades de cada paciente. A los pacientes con Desnutrición grado 3 se los suplementó con 500 Kcal/día, más el plan nutricional personalizado. La forma de administración para los pacientes a los que se les dio el suplemento A y necesitaban 250 Kcal/día, fue de 60 ml en 4 tomas diarias, y si necesitaban 500 Kcal, se les administró 120 ml en 4 tomas diarias,. Mientras que a los pacientes que recibieron el suplemento B se les indicó como prepararlo, y que lo tomaran en porciones no fraccionadas de 200 ml de acuerdo a sus requerimientos nutricionales en una o dos tomas diarias.

Los pacientes fueron citados cada semana para control de peso, para lo cual se utilizó una balanza digital Health O Meter. Se registró también si tomaban o no el suplemento, y si ingerían o no alimentos de acuerdo a la dieta sugerida. Al cabo de 4 semanas se registró la diferencia entre el peso inicial y el peso final. Los datos obtenidos fueron analizados para su procesamiento con el programa EXCEL y se realizó análisis con el método de Chi. Cuadrado.

Resultados

La investigación se realizó con una población de 60 pacientes, el grupo más numeroso fueron pacientes

mayores de 50 años, lo cual coincide con el riesgo de padecer cáncer a edades más avanzadas. (Fig.1)

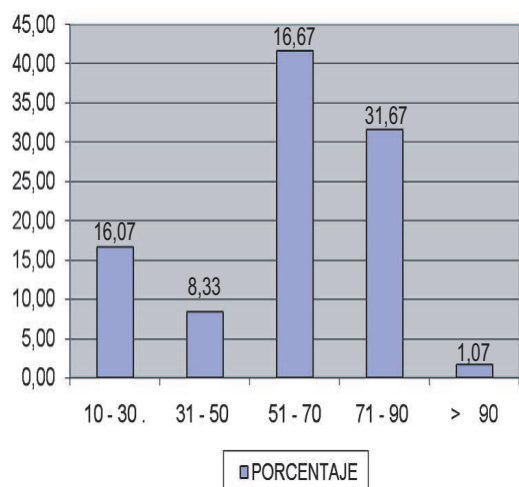


Fig. 1: Distribución etárea de pacientes incluidos en el estudio.

En la distribución por género, hubo un ligero predominio del género masculino 51% sobre el género femenino 49%. El cáncer gástrico fue el más frecuente con 25% (15 pacientes), seguido de cáncer de mama con 16,6% (10 casos) y de cuello de útero en 6,6% (4 casos).

Valorar el estado nutricional de los pacientes tiene suma importancia para decidir si necesitan o no intervención nutricional, de tal manera que luego de registrar los datos de edad, tipo de cáncer, antropometría, IMC, recordatorio de ingesta alimentaria de 24 horas, se encontró que muchos pacientes estaban en riesgo de desnutrirse o con desnutrición. (Fig. 2). Los cánceres que tuvieron mayor frecuencia de Desnutrición fueron en orden decreciente: Gástrico, mama y cérvix uterino en 15, 6 y 5% de los casos respectivamente.

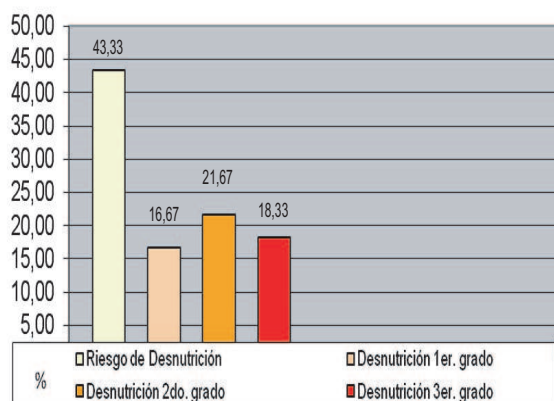


Fig. 2: Distribución de acuerdo al estado nutricional de pacientes oncológicos

Se encontró además que 50% de los pacientes (15 casos) que fueron asignados al grupo que recibió el suplemento A, tenían síntomas de saciedad temprana y para los pacientes que recibieron el suplemento B, fue del 43,3% (13 casos). 63,3% de pacientes del grupo A (19 casos) y 53,3% (16 casos) del grupo B, tenían estreñimiento.

A los 60 pacientes se los dividió al azar en dos grupos de 30 pacientes cada uno, al grupo 1 se le administró el suplemento A de forma fraccionada y al grupo 2 se le administró el suplemento B de forma no fraccionada.

Mejoraron su estado nutricional, 23 (76.7%) de pacientes del grupo 1, a quienes se les administró el suplemento de forma fraccionada versus 12 (40%) del grupo 2, a los que se administró el suplemento de forma no fraccionada (Tabla 1).

Tabla 1: Variación de peso según forma de administración del suplemento.

VARIACIÓN DE PESO	GRUPO 1: SUPLEMENTO A		GRUPO 2: SUPLEMENTO B		TOTAL	SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA
	No.	% GRUPO	No.	% GRUPO		
AUMENTO	23	76.67	12	40.0	35	P: 0,002
DISMINUCIÓN	5	16.67	18	60.0	23	
IGUAL	2	6.67	0	0.0	2	
TOTAL	30	100.0	30	100.0	60	

Al aplicar la prueba de Chi cuadrado considerando como variables las variaciones de peso de los pacientes y la forma de administración del suplemento se encontró un valor p asociado de 0.002 menor al nivel de significancia 0.05, por lo que se rechazó la hipótesis nula, que se planteó al inicio de la investigación.

Esto significa que las diferencias encontradas entre los pacientes que mejoraron su estado nutricional según la forma de administración del suplemento fueron estadísticamente significativas.

El síntoma de saciedad temprana mejoró con la forma de administrar el suplemento en forma fraccionada, de 4 tomas diarias, con una cantidad administrada que oscilaba entre 60 y 120 ml, ante lo cual los pacientes refirieron mejoría de la sensación de llenura. Lo que representó un cambio de un 50% al 30 % para el grupo que recibió el Suplemento A. (Tabla 2)

Tabla 2: Modificación de la saciedad temprana y estreñimiento en los pacientes con suplementación oral.

SÍNTOMAS	SUPLEMENTO A		SUPLEMENTO B	
	Inicio de la Suplementación	Final de la Suplementación	Inicio de la Suplementación	Final de la suplementación
SACIEDAD TEMPRANA	50% (15 casos)	30% (10 casos)	43,3% (13 casos)	56,6% (17 casos)
ESTREÑIMIENTO	63,3% (19 casos)	53,3% (16 casos)	53,3%(16 casos)	43,3% (13 casos)

El estreñimiento es frecuente en los pacientes oncológicos, y los suplementos administrados contenían fructooligosacáridos que produjeron una mejoría para ambos grupos. (Tabla 2)

DISCUSIÓN

Stratton y colaboradores, en su revisión destacan que a pesar de los problemas de desnutrición en las neoplasias y el uso de soporte nutricional como parte del tratamiento de estos pacientes, existe muy poca información sobre la eficacia de los suplementos orales.¹⁴

Se recomienda utilizar suplementos nutricionales cuando la ingesta es menor al 75% de las necesidades diarias, sin embargo existe controversia al respecto. Kral y colaboradores describen que al incrementar porciones pequeñas con alta densidad energética se incrementa el consumo calórico sin promover la saciedad temprana, no sólo en ese tiempo de comida sino en lo subsecuente.^{15,16}

Por su parte Rolls y colaboradores describen que una dieta con densidad energética alta disminuye el consumo energético ad libitum durante aproximadamente dos días.¹⁷ Cabe mencionar que estos estudios se realizaron en personas sanas, por lo que no se describen los mecanismos que pudieran intervenir en el consumo energético del paciente oncológico.

Debido a las controversias existentes sobre la densidad energética de las fórmulas y a que no disponemos de fórmulas Hiperproteicas con FOS, considerados como prebióticos favorables a la salud.

Además, entre sus ventajas está la de mejorar el estreñimiento que es muy frecuente en los pacientes oncológicos decidimos optar por dos tipos de fórmulas similares: poliméricas, isocalóricas (1 Kcal

/ml), con Fructooligosacáridos, para utilizarlas en pacientes oncológicos en riesgo o con desnutrición, y observar que si un grupo la tomaba en forma fraccionada podía representar la ventaja de que los pacientes incrementaran peso y disminuyeran la sensación de saciedad, en relación al otro grupo que la tomaba en forma no fraccionada.

El resultado fue favorable para la forma de suplementación oral fraccionada ya que de 30 pacientes del grupo 1, después de registrarse los pesos al inicio y al final del tratamiento, luego de un periodo de cuatro semanas se encontró que, 76.7% incrementaron peso, en relación al incremento de peso del 40% de los pacientes del grupo 2 que recibieron la fórmula en forma no fraccionada. No se ha encontrado datos de estudios similares.

Por otra parte, Planas y colaboradores en su estudio titulado “Contribución del Soporte Nutricional a combatir la Caquexia cancerosa”, concluyen que no existe ningún estudio bien diseñado que investigue el impacto de los suplementos orales en un grupo específico de pacientes y que ninguno evalúa resultados funcionales.¹⁸

La saciedad temprana en el grupo que tomó el suplemento fraccionado disminuyó del 50% al 30%, por el contrario en el grupo que tomó el suplemento en porciones no fraccionadas aumentó de 43,3% a 56,6%. En la literatura médica Huhmann y colaboradores han reportado que alrededor del 50% de los pacientes oncológicos refieren saciedad temprana.

El proceso de saciedad se desarrolla aproximadamente 30 minutos después de haber iniciado la comida. En condiciones normales la ingesta de alimentos está regulada por el Hipotálamo.

En los pacientes oncológicos hay pérdida del apetito y saciedad temprana, de tal manera que un aspecto importante del tratamiento nutricional es la densidad energética (energía contenida por peso de comida).

Debido a que los pacientes disminuyen considerablemente la ingestión calórica, se debe promover que con poco volumen, se tenga un mayor aporte energético,¹³ lo cual apoya la forma de administración realizada para el presente estudio.

En lo referente al estreñimiento en los dos grupos hubo mejoría, lo cual puede atribuirse a las propiedades ya conocidas de los Fructooligosacáridos de disminuir el tiempo de tránsito intestinal.¹⁰

CONCLUSIONES

1. Se diagnosticó un alto porcentaje de pacientes en riesgo de desnutrición, lo cual permite reforzar el concepto de que los pacientes conjuntamente con el diagnóstico de cáncer deben tener el diagnóstico de su estado nutricional.
2. Se demostró que la suplementación oral fraccionada es mejor tolerada por los pacientes oncológicos contribuyendo al incremento de peso en mayor proporción que la no fraccionada.
3. La suplementación oral fraccionada contribuyó a disminuir la saciedad temprana.
4. Deben realizarse estudios prospectivos de mayor duración sobre la influencia de los suplementos orales en la evolución clínica y funcional en los distintos grupos de pacientes oncológicos.

Bibliografía

1. Van Bokhorst. Nutritional support strategies for malnourished cancer patients. Eur J Oncol Nurs. 2005; 9 Supl2:S74-83
2. Van Cutsem E, Arends J. The causes and consequences of cancer-associated malnutrition. Eur J Oncol Nurs. 2005; 9 Supl 2:S51-63.
3. Dewys Wd, Begg C, Lavin PT. Prognostic effect of weight loss prior to chemotherapy in cancer patients. Am J Med. 1980;69:491-7
4. Von Meyenfeldt M. Cancer-associated malnutrition: An introduction. Eur J Oncol Nurs. 2005;9 Supl 2:S33-4
5. Luengo LM. Valoración del estado nutricional del paciente oncológico. Rev Oncol. 2004;6 Supl 1:11-8
6. Marín- Caro M, Gómez-Candela C, Castillo R, Lourenco T, García M, Kohen V, et al. Evaluación del riesgo nutricional e instauración del soporte nutricional en pacientes oncológicos según el protocolo del grupo español de Nutrición y Cáncer. Nutr Hosp. 2008; 23 (5):458-468
7. Barendregt K, Soeters PB, Allison SP, Kondrup J. Diagnosis of malnutrition: screening and assessment. En: Sobotka L, editor. Basics in clinical nutrition. 3ra. ed. Praga: Galen; 2004; p.11-8
8. Planas M, Puiggrós C, Redecillas S. Contribución del soporte nutricional a combatir la caquexia cancerosa. Nutr Hosp.2006; 21 Supl 3:27-36
9. Martin M, De Paz R, Hernández-Navarro F. Recomendaciones Nutricionales en el paciente oncohematológico. Nutr Hosp. 2006; 21 (3): 379-385
10. Madrigal L, Sangronis E. La Inulina y derivados como ingredientes claves en alimentos funcionales. Arch Latinoamer de Nutr. 2007;57 (4): 387-396
11. Marín- Caro M, Laviano M, Pichard C, Gómez-Candela C. Relación entre la intervención nutricional y la calidad de vida en el paciente con cáncer. Nutr Hosp. 2007; 22 (3): 337-50
12. García-Luna P. Causas e impacto clínico de la Desnutrición y Caquexia en el paciente oncológico. Nutr Hosp. 2206; 21 (3): 10-6
13. Sánchez-Lara K, Sosa-Sánchez R, Green-Rener D. Estrategias nutricionales para evitar la saciedad temprana en pacientes oncológicos. Rev de Endoc y Nutr. 2008; 16 (2):83-91
14. Stratton RJ, Green CJ, Elia M. Consequences of disease-related malnutrition: an evidence based approach to treatment. Cambridge:CABI Publishing; 2003; p.113-55
15. García- Paris P. Estrategia nutricional en el paciente oncológico. Rev Oncol. 2004; 6 Supl 1:40-5
16. Kral TV, Roe LS, Rolls BJ. Combined effects of energy density and portion size on energy intake in women. Am J Clin Nutr. 2004; 79: 962-8
17. Rolls BJ, Roe LS, Meengs JS. Reductions in portion size and energy density of foods are additive and lead to sustained decreases in energy intake. Am J Clin Nutr. 2006; 83
18. Planas, M. Puiggròs, C. Redecillas, S. Contribución del soporte nutricional a combatir la caquexia cancerosa. Nutr Hosp. 2006;21 Supl 3: 27-36

ARTÍCULO ORIGINAL

CÁNCER PRIMARIO DE HÍGADO

ESTUDIO DE 65 CASOS. INSTITUTO NACIONAL DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA - LA HABANA - CUBA

Dr. José Ramón Díaz Martínez^(a), Dr. Iván Cuevas Veliz^(b), Dr. Juan Carlos Collado^(c)

^(a)Especialista de 1er y 2do. Grado en Oncología / Jefe del Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello. Profesor Auxiliar.

^(b)Especialista de 1er y 2do. Grado en Oncología / Profesor Instructor.

^(c)Especialista de 1er Grado en Cirugía / Jefe del Servicio de Cirugía de Cirugía. Profesor Auxiliar.

RESUMEN

Introducción.- El cáncer de hígado constituye una grave afección de dicho órgano. Su frecuencia de aparición es muy elevada en lugares como África Occidental y Asia. También se presenta en Francia y Estados Unidos aunque con evidencia menor. En Cuba, en el año 2008, ocupaba el 8vo lugar, en incidencia junto al de vías biliares, entre todos los cánceres de nuestro país. Se persigue como objetivo conocer la incidencia de esta patología, según edad, sexo y raza, los síntomas más frecuentes, complicaciones, pronóstico, los diagnósticos complementarios más utilizados, así como establecer el índice de mortalidad en el periodo analizado.

Material y Métodos.- Se revisaron 65 historias clínicas de pacientes portadores de carcinoma hepatocelular, atendidos en el Servicio de Cirugía, en el Instituto Nacional de Oncología, en el periodo 1998 - 2003.

Resultados.- Hubo predominio del sexo masculino, la mayor parte de la casuística estaba comprendida entre los 50 y 80 años, la raza predominante fue la blanca, y el síntoma más frecuente, fue la hepatomegalia dolorosa.

Conclusiones.- La limitada efectividad de los recursos terapéuticos actuales contra el carcinoma hepatocelular y su diagnóstico tardío, hace que las tasas de supervivencia global, para estos pacientes sean muy bajas.

Palabras clave.- Cáncer de Hígado, quimioterapia, radioterapia.

ABSTRACT

Introduction.- Liver cancer is a serious condition that organ. Its incidence is very high in places like West Africa and Asia. It also occurs in France and the United States but with less evidence. In Cuba, in 2008, occupied the 8th place, with the incidence of bile duct cancer among all of our country. It pursues the objective determine the incidence of this disease, by age, sex and race, the most common symptoms, complications, prognosis, diagnosis most commonly used complementary and establish the mortality rate in the period analyzed.

Material and Methods.- We reviewed medical records of 65 patients with hepatocellular carcinoma treated at the Surgery Department at the National Cancer Institute in the period 1998 to 2003.

Results.- There was a predominance of males, most of casuistry was between 50 and 80, the predominant race was white, and the most frequent symptom was painful hepatomegaly.

Conclusions.- The limited effectiveness of current therapeutic resources against hepatocellular carcinoma and its late diagnosis, causes the overall survival rates for these patients are very low.

Key words.- Liver Cancer, chemotherapy, radiation therapy.

CORRESPONDENCIA:

Dr. José Ramón Díaz Martínez - Instituto Nacional de Oncología.

Calle 29 y E. Vedado - C.P. 10400 - Ciudad Habana. Cuba - e-mail: jrdiaz@infomed.sld.cu



INTRODUCCIÓN

El cáncer primario de hígado, es la quinta neoplasia más común en el mundo y la tercera causa de muerte relacionada con cáncer; en la gran mayoría de estos pacientes, tienen como antecedente un hígado cirrótico. En zonas de África y del sudeste asiático, el cáncer primario de hígado, es más frecuente que el metastásico y constituyen, además, una causa importante de muerte. En estas zonas, hay una elevada prevalencia de infecciones crónicas causadas por el virus de la hepatitis B, lo que aumenta el riesgo de cáncer primario de hígado, en más de 100 veces.

El carcinoma hepatocelular, es el cáncer primario, más frecuente del hígado y uno de los cánceres más frecuentes en el mundo. Generalmente se desarrolla en hígados afectados por enfermedades crónicas, especialmente la cirrosis, aunque también puede verse en hígados, aparentemente sanos.

La infección crónica de hepatitis C, también aumenta el riesgo de carcinoma hepatocelular. Finalmente, ciertas sustancias que provocan el cáncer, carcinógenos, dan lugar a la aparición de cáncer primario de hígado. En las regiones subtropicales, donde el carcinoma hepatocelular, es frecuente, los alimentos están a menudo contaminados con carcinógenos llamados aflatoxinas, sustancias que son producidas por ciertos tipos de hongos.

En cambio, en América del Norte, Europa y otras zonas del mundo en donde este carcinoma, es menos frecuente, la mayor parte de las personas con este tipo de tumor son alcohólicos que llevan años padeciendo de cirrosis hepática.¹

Mientras ningún paciente sobrevivía más de un año en las series antiguas, la supervivencia a 5 años actualmente en pacientes quirúrgicos puede exceder el 70%, mostrando el gran impacto que tiene el diagnóstico temprano en la mortalidad.

La patogénesis del carcinoma hepatocelular, es multifactorial y compleja; la hepatitis viral, las infecciones crónicas asociadas a hepatitis B o C y la cirrosis, son factores que favorecen la aparición del carcinoma hepatocelular.²

Las mejores supervivencias logradas son, con trasplante hepático porque a pesar de que la resección se considera tratamiento radical, la

supervivencia a largo plazo disminuye por la tasa de recurrencias de 70% a 5 años. Se ha demostrado que la supervivencia de los pacientes con enfermedad temprana puede ser modificada por el tratamiento, pero en estadios más avanzados, es más difícil.³

Hay controversia en cuanto a si la quimioembolización transarterial presenta beneficios para la supervivencia comparada con la terapia conservadora. Aquellos con enfermedad intermedia tienen una supervivencia de 6 a 16 meses y los que tienen enfermedad terminal por lo general es menor a 3 meses; la mayoría de los pacientes se diagnostican en esta última etapa.⁴

Un estudio controlado aleatorizado de tamizaje en pacientes cirróticos, mostró beneficios en la supervivencia para aquellos a quienes se les hizo seguimiento cada 6 meses con ecografía y niveles de alfafetoproteína.⁵

La extrema gravedad de la afección, su diagnóstico tardío y su aparición en ocasiones en el curso de otras enfermedades, que por sí sola son realmente graves, además de los pocos recursos terapéuticos actuales contra el carcinoma hepatocelular y de su limitada efectividad, ensombrece el pronóstico de los pacientes.

Todos estos hechos nos motivaron a realizar este trabajo. El objetivo del cual fue, describir la supervivencia en un hospital de máximo nivel de atención en nuestro medio y mostrar la importancia de la tamización para un diagnóstico temprano y cómo puede influir ésta, en el pronóstico de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Nuestra muestra quedó constituida por 65 pacientes portadores de carcinoma hepatocelular, atendidos en el Servicio de Cirugía, del Instituto Nacional de Oncología de la Habana, en el período comprendido entre los años 1998 y 2003.

Se desecharon 23 historia clínicas, de pacientes que no pudieron realizar el tratamiento planificado o que una vez concluido el mismo, descontinuaron el seguimiento, y en los cuales no pudo ser evaluada correctamente la respuesta al mismo.

Se realizó un análisis descriptivo a través de frecuencia y porcentaje para variables cuantitativas, presentando los datos en forma estratificada por

medio de tabla cruzada y prueba de Chi-Cuadrado. Valorado y revisado este material se siguió el método estadístico de análisis retrospectivo, para determinar los grupos de pacientes más afectados en nuestro medio de acuerdo a la edad, sexo y raza; analizar la importancia de los antecedentes patológicos personales en estas neoplasias; conocer la sintomatología más frecuente así como los estudios complementarios más utilizados y las complicaciones de estos pacientes.

Resultados

Comenzamos el análisis de cada caso, por la incidencia, según los grupos etáreos formados para realizar dicho análisis. Debemos destacar que el paciente afectado con menor edad, tenía sólo 31 años y el de mayor edad, 88 años. (Tabla 1).

Tabla 1: Distribución de pacientes con Carcinoma Hepatocelular por grupos etarios para el periodo 1998 - 2003.

Edad	No. de Casos	%
30-40	5	6.6
41-50	3	4.7
51-60	13	20
61-70	24	37.8
71-80	17	26.2
81-90	3	4.7
Total	65	100

En nuestra casuística, encontramos que de los 65 pacientes, 41 correspondieron al sexo masculino y 24 al femenino.

El antecedente más significativo de los recogidos en la historia clínica fue la cirrosis hepática en 20 casos. (Tabla 2).

Tabla 2: Distribución de pacientes con Carcinoma Hepatocelular según los antecedentes patológicos para el periodo 1998 - 2003.

Antecedentes Patológicos Personales	No. de casos	%
Cirrosis hepática	20	30.7
Alcoholismo	4	6.2
Operados de hepatocarcinomas	2	3.2
Hepatocarcinomas	6	9.2
Absceso hepático	1	1.5
Operados de fístula hepática	1	1.5
Operados de litiasis vesicular	4	6.2
Neoplasia maligna del recto	1	1.5
Sin antecedentes de interés	26	40.0
Total	65	100

Los síntomas que presentaron los pacientes fueron muy diversos, como hecho significativo uno de los pacientes, tuvo como debut un hemoperitoneo por necrosis y hemorragia tumoral. (Tabla 3).

TABLA 3: Distribución de pacientes con Carcinoma Hepatocelular según signos y síntomas presentados durante el periodo 1998 - 2003.

Síntomas y Signos	No. de casos	%
Hepatomegalia	54	83.1
Dolor	39	60.0
Astenia, anorexia y pérdida de peso	37	56.9
Esplenomegalia	13	20.0
Ictericia	12	18.5
Ascitis	9	13.8
Edema en miembros inferiores	9	13.8
Diarrea	8	12.3
Hematemesis y melena	7	10.8
Toma de la conciencia	6	9.2
Fiebre	6	9.2
Coluria	6	9.2
Circulación colateral	5	7.7
Adenopatias	1	1.5
Total	212	---

En cuatro de los enfermos el diagnóstico de carcinoma hepatocelular, se realizó de forma casual, al practicar laparotomías exploradoras con los siguientes diagnósticos:

1. Ictericia obstructiva.
2. Apendicitis aguda.
3. Sangrado digestivo alto.
4. Ileo biliar.

Desde el punto de vista macroscópico, la forma multinodular fue la más frecuente, 21 casos, (32,3%), seguida por la forma difusa, en 13 casos, (20,1%) y la masiva, 7 casos, (10,7%).

La afección en ambos lóbulos fue la más frecuente, 23 casos, es decir el 35%. (Fig. 1).

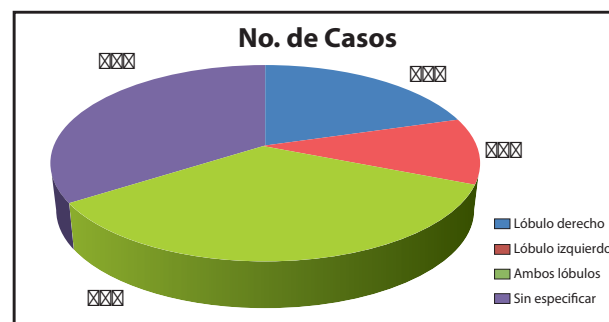


Fig. 1.- Distribución de pacientes con Carcinoma Hepatocelular según la localización del tumor para el periodo 1998 - 2003.

El tratamiento, de modo general fue sintomático, para aliviar las dolencias de los pacientes. Ninguno de los pacientes fue tratado quirúrgicamente. La quimioterapia con 5 - Fluorouracilo, como monoquimioterapia, se empleó en 9 pacientes.

Las complicaciones más frecuentes fueron las metástasis, 20 casos y el sangrado digestivo alto, en 7 casos.

Como dato de interés, es destacable que en las necropsias de uno de los pacientes se encontró que éste era portador de:

1. Hepatocarcinoma bien diferenciado.
2. Adenocarcinoma bien diferenciado de recto
3. Adenocarcinoma bien diferenciado de sigmoides.
4. Adenocarcinoma bien diferenciado de próstata.

El mayor número de fallecidos corresponde a las edades de 71 a 80 años. El intervalo libre de enfermedad, fue del 40,07 % a 3 años y de 28,52 % a 5 años, La sobrevida global, fue del 23,15 % a 3 años y de 20,25 % a 5 años. (Fig. 2)

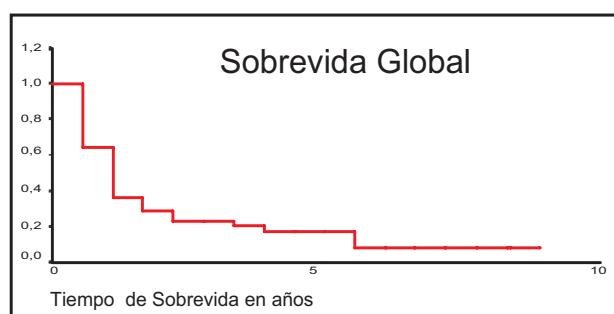


Fig. 2.- Sobrevida Global de los pacientes con Carcinoma Hepatocelular según el Intervalo Libre de Enfermedad para el periodo 1998 – 2003.

DISCUSIÓN

Solo una minoría de los pacientes diagnosticados con carcinoma hepatocelular, tienen un tumor que pueda ser tratado con terapia potencialmente curativa y por eso el diagnóstico en etapas tempranas del tumor tiene importantes implicaciones. El pronóstico de estos pacientes todavía es muy sombrío por razones ampliamente conocidas, y tarde o temprano, lamentablemente, los sorprenderá la muerte a consecuencia del daño hepático provocado por el tumor, o por las complicaciones que puedan surgir

en el curso de la enfermedad.

La resección parcial es el tratamiento de elección para el carcinoma hepatocelular, que ocurre en ausencia de enfermedad hepática crónica. Solo el 30% de los pacientes con cáncer primario de hígado, puede recibir tratamiento radical para tumores tempranos. Sin embargo, la supervivencia ha aumentado porque se ha mejorado el tiempo de diagnóstico y la eficacia terapéutica.⁶

En el análisis de la edad, la mayor incidencia se presentó entre los 50 y los 80 años y dentro de éstos los comprendidos de 60 a 70 aportaron las cifras más altas, hecho que coincide con el señalado por otros autores.⁷

Los antecedentes patológicos personales, siguen siendo una adecuada herramienta para tamizar a pacientes en riesgo y a los que han sido tratados para definir si hay recurrencia, pero menos útil para el seguimiento, especialmente en Occidente.⁷

En nuestra casuística, la cirrosis, fue el antecedente recogido, en el mayor número de pacientes. Este es un hecho de extraordinaria importancia, ya que reafirma que esta afección juega un papel importantísimo en la génesis del cáncer hepático. Otro hecho importante fue que 8 de los pacientes, tenían el antecedente de ser portadores de carcinoma hepatocelular, y 2 de ellos habían sido operados de dicha afección.

El propósito principal de la vigilancia de pacientes con riesgo de carcinoma hepatocelular, es disminuir la mortalidad por este carcinoma; para lograrlo es necesario definir qué poblaciones son de riesgo y dentro de éstas se encuentran: aquellos con enfermedad hepática asociada al virus B, especialmente los varones asiáticos mayores de 40 años y las mujeres mayores de 50 años; los que tengan diagnóstico establecido de cirrosis hepática; si existe historia familiar de carcinoma hepatocelular y en los pacientes de raza negra mayores de 20 años; si los pacientes no son cirróticos y tienen infección crónica por el VHB, se deben vigilar.⁸

Si apreciamos nuestros resultados, se destaca que en el 60% de los pacientes, existieron enfermedades que ameritaban seguimiento estrecho y de esa manera lograr diagnósticos en etapas más tempranas y que tuvieran opciones terapéuticas con posibilidades curativas, más que paliativas.

La presencia de metástasis se diagnosticó en

20 pacientes y se produjeron en los lugares más disímiles de la economía. La literatura refiere que estos tumores pueden generar metástasis en cualquier lugar del cuerpo.⁷

En un estudio controlado de distribución aleatoria de tamización en pacientes cirróticos, se demostró beneficios en la supervivencia a quienes se les hizo seguimiento cada 6 meses con ecografía y niveles de alfafetoproteína.

La tasa de mortalidad por cáncer primario de hígado, fue menor en el grupo con tamización comparado con el control, con una diferencia estadísticamente significativa (83,2 por 100.000 vs. 131,5 por 100.000 respectivamente RR 0,63 IC 0,41-0,98). Esto coincide con otros estudios en los cuales se concluye que el tamizaje para el carcinoma hepatocelular, es costo-efectivo beneficioso, en los estadios tempranos.⁹ La sobrevida global, en nuestra serie fue del 20,25 % a 5 años.

Desde el punto de vista anatomopatológico macroscópico, el cáncer primario de hígado, adopta tres formas:

- a) Tumor masivo solitario o monolobular.
- b) Multinodular, que casi no puede diferenciarse de las metástasis en la viscera.
- c) Difusa infiltrante, cuyo diagnóstico diferencial con la cirrosis subyacente es muy difícil.

No se ha dilucidado si los nódulos múltiples corresponden a diseminación de un foco primario o si tienen origen multicéntrico. En ocasiones hay reacción fibroblástica del estroma, que origina la llamada cirrosis carcinomatosa.

El tumor tiene frecuentemente color amarillo o blanquecino, o presenta coloración verde variable. El carcinoma hepatocelular, suele acompañarse de pigmentación biliar, lo cual no ocurre en el colangiocarcinoma, pues el epitelio de las vías biliares no produce bilis, aunque en ocasiones produce éstasis biliar, por destrucción de los conductos, pero la pigmentación es irregular y menos intensa que en el carcinoma hepatocelular.¹⁰

El carcinoma hepatocelular, puede producir metástasis a prácticamente todos los lugares de nuestra economía y no se conoce aún si las múltiples lesiones similares que se encuentran dentro del hígado, son expresión de la propagación

de metástasis intrahepática.

Mohnike,¹¹ en Magdeburg, Alemania, evaluó 83 pacientes con carcinoma hepatocelular, en los cuales el tratamiento realizado fue, braquiterapia con Iridium-192, con una media de seguimiento de 19,4 meses, obteniendo una sobrevida de 94% al año y de 65% a los 3 años. Muy superior a la de nuestra serie, en la que la sobrevida fue del 23,15 % a 3 años. En nuestros pacientes, no fue utilizada la radioterapia, en ninguno de los casos evaluados.

CONCLUSIONES

1. El antecedente de cirrosis hepática, es el más importante encontrado, en relación con la génesis del cáncer primario de hígado.
2. La tamización y el seguimiento son las únicas estrategias que puedan potencialmente disminuir la mortalidad relacionada al cáncer primario de hígado, porque pueden detectarlo en un estadio temprano, cuando se puedan aplicar terapéuticas con intención curativa.
3. La limitada efectividad de los recursos terapéuticos actuales contra el carcinoma hepatocelular y su diagnóstico tardío, hace que las tasas de Sobrevida Global, para estos pacientes sean muy bajas.

Bibliografía

1. Ruggieri A, Barbati C, Malorni W. Cellular and molecular mechanisms involved in hepatocellular carcinoma gender disparity. *Int J Cancer*. 2010; 127(3): 499- 504.
2. Mazzocca A, Giannelli G, Antonaci S. Involvement of ADAMs in tumorigenesis and progression of hepatocellular carcinoma: Is it merely fortuitous or a real pathogenic link? *Biochim Biophys Acta*. 2010; 1806(1): 74- 81.
3. Koom WS, Seong J, Han KH, Lee do Y, Lee JT. Is local radiotherapy still valuable for patients with multiple intrahepatic hepatocellular carcinomas? *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2010; 77(5): 1433- 1440.
4. Llovet JM, Real MI, Montaña X, Planas R, Coll S, Aponte J, et al. Arterial embolisation or chemoembolisation versus symptomatic treatment in patients with unresectable

- hepatocellular carcinoma: a randomized controlled trial. *Lancet*. 2002; 359: 1734- 1739.
5. Bruce MG, Bruden D, McMahon BG, Christensen C, Homan C, Sullivan D, et al. Clinical significance of elevated alpha-fetoprotein in Alaskan Native patients with chronic hepatitis C. *J Viral Hepat*. 2008; 15(3): 179- 187.
 6. Rasool Aljabiri M, Lodato F, Burroughs AK. Surveillance and Diagnosis for Hepatocellular Carcinoma. *Liver Transpl*. 2007; 13(Suppl 2): 2- 12.
 7. Masayoshi I, Takayama T, Matsumura M, Shiratori Y, Omata M, Makuuchi M. Fetoprotein mRNA in the Circulation as a Predictor of Postsurgical recurrence of Hepatocellular Carcinoma: A Prospective Study. *Hepatol*. 2002; 35: 853- 860.
 8. Santa C, María Ortiz M, Hoyos S, Guzmán C, Mena A, Jairo Zuleta J, et al. Pronóstico de pacientes con diagnóstico de carcinoma hepatocelular, en un hospital de máximo nivel de atención. *Rev Col Gastroenterol*. 2009; 24 (2): 128- 133.
 9. Bruix J, Llovet JM. Prognostic Prediction and Treatment Strategy in Hepatocellular Carcinoma. *Hepatol*. 2002; 35(3): 519- 524.
 10. Quinteros Diaz M. Hemoperitoneo agudo como inicio clínico de un carcinoma hepático: Diagnóstico Laparoscópico. *Rev Cub Med*. 1975; 14(3): 369-375.
 11. Mohnike K, Wieners G, Schwartz F, Seidensticker M, Pech M, Ruehl R, et al. Computed tomography-guided high-dose-rate brachytherapy in hepatocellular carcinoma: safety, efficacy, and effect on survival. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2010; 78(1): 172- 179.

El cáncer es curable

si se lo diagnostica a tiempo...

ayúdenos a descubrirlo.



**Sociedad de Lucha
Contra el Cáncer del Ecuador**

**GUAYAQUIL - QUITO - CUENCA - PORTOVIEJO
MACHALA - LOJA - RIOBAMBA - AMBATO**

ARTÍCULO ORIGINAL

MORTALIDAD POR TUMORES MALIGNOS
MÁS FRECUENTES EN EL ADULTO MAYORINSTITUTO NACIONAL DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA
LA HABANA - CUBA - PLAZA DE LA REVOLUCIÓN. 2004 - 2008Dr. Pablo Cruz González^(a), Dr. José Ramón Díaz Martínez^(b)^(a) Especialista de 1er. y 2do. Grado en Oncología.^(b) Especialista de 1er. y 2do. Grado en Oncología, Profesor Auxiliar. Jefe del Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello. Instituto Nacional de Oncología. La Habana

RESUMEN

Introducción.- Al aumentar la expectativa de vida de la población, y disminuir la mortalidad por enfermedades infectocontagiosas, el cáncer se sitúa entre las principales causas de muerte en los países desarrollados, y Cuba no escapa a esa propensión. Por lo que nos propusimos caracterizar la mortalidad por los tumores malignos más frecuentes en el adulto mayor del municipio Plaza de la Revolución durante el quinquenio 2004-2008.

Material y métodos.- Se realizó un estudio descriptivo con el objetivo de caracterizar el comportamiento de la mortalidad por los tumores malignos más frecuentes en el adulto mayor del municipio Plaza de la Revolución durante el quinquenio 2004-2008. Se consideraron las variables: localización anatómica, sexo, edad y área de salud. El procesamiento de la información se realizó mediante la base de datos creada utilizando el programa SPSS 16.0 para Microsoft Windows. Las medidas estadísticas utilizadas fueron los porcentajes, razones, proporciones y tasas.

Resultados.- Las localizaciones que ocuparon los primeros lugares como causa de muerte, en hombres fueron: pulmón, 294.8 por 100.000 habitantes y próstata, 254.1 por 100.000 habitantes; en mujeres pulmón 116.5 por 100.000 habitantes y mama 112.1 por 100.000 habitantes. Según la edad, el grupo de 75 años y más, fue el más afectado en ambos sexos.

ABSTRACT

Introduction.- With increasing life expectancy of the population and reducing mortality from infectious diseases, cancer is among the leading causes of death in developed countries, and Cuba is no exception to this tendency.

Therefore we set out to characterize the mortality from most common malignant tumors in the elderly of the municipality of Plaza de la Revolution during the five years between 2004 and 2008.

Material and methods.- We performed a descriptive study to characterize the behavior of mortality from most common malignant tumors in the elderly of the Plaza de la Revolution during the five years 2004-2008. Variables were considered: Anatomical location, sex, age and health area. The data processing was performed using the database created using SPSS 16.0 for Microsoft Windows. Statistical measures used were percentages, ratios, proportions and rates.

Results.- The locations that occupied the top cause of death in men were lung, 294.8 per 100,000 habitants and prostate, 254.1 per 100,000 habitants, in women 116.5 per 100,000 habitants for lung and breast 112.1 per 100,000 habitants. Depending on age, 75 and over, was the most affected in both sexes.

CORRESPONDENCIA:

Dr. José Ramón Díaz Martínez - Instituto Nacional de Oncología. Calle 29 y E. Vedado - CP. 10400. Ciudad La Habana - Cuba. Teléfono. 537-8382591. e-mail: jrdiaz@infomed.sld.cu

Conclusiones.- Las localizaciones anatómicas de tumores malignos que más muerte causaron en adultos mayores del municipio Plaza de la Revolución en el quinquenio 2004-2008, fueron pulmón y próstata, en hombres y pulmón y mama en mujeres. En ambos sexos, con predominio por encima de los 75 años.

Palabras clave: Cáncer de mama, pulmón, adulto mayor.

Conclusions.- The anatomical sites of malignant tumors that caused more deaths in adults over the Plaza de la Revolución in the period 2004-2008, were lung and prostate in men and lung and breast cancer in women. In both sexes, with prevalence over 75 years.

Key words.- Breast cancer, lung, elderly.

INTRODUCCIÓN

En Cuba, los tumores malignos constituyen la segunda causa de muerte en los adultos mayores. Actualmente el 16.6% de los cubanos excede los 60 años y se estima que para el 2015 más del 20% de la población del país esté representada por este grupo.¹ Una de las características relevantes del proceso de envejecimiento en el mundo es la rapidez con que se ha producido. Mientras que un país como Francia necesitó casi 200 años para duplicar la población de 60 años y más, en uno como Cuba este mismo proceso ocurrió en menos de 40 años.²

Apesar de los avances de las diferentes modalidades terapéuticas que han hecho que la sobrevida libre de enfermedad sea cada vez mayor, así como la calidad de vida de estos enfermos, la mortalidad por cáncer aumenta cada año y se espera que se mantenga con ese ritmo ascendente.

En la población de la tercera edad, los mayores niveles de mortalidad por tumores malignos para ambos sexos durante el año 2008, correspondieron al de tráquea, bronquios y pulmón, seguidos por el de próstata y colon en el caso de los hombres y en el caso de las mujeres por el de colon y mama.³

Algunos tumores malignos han ascendido rápidamente como causa de mortalidad en la población adulta mayor, lo cual está asociado a cambios de estilo de vida entre otras múltiples causas. Ejemplo de ello, lo constituye el cáncer de pulmón y el hábito de consumo de tabaco cada vez mayor; el cáncer de mama y hábitos dietéticos adquiridos por la mujer que contribuyen a incrementar el riesgo de esta entidad.

De igual forma el cáncer de colon relacionado con exposiciones a dietas pobres en fibras dietéticas, sobre todo en poblaciones de posición socio-económica bajas, así como múltiples factores ambientales e infecciosos que han propiciado un aumento de la morbilidad y la mortalidad por tumores malignos.⁴

Las áreas de poblaciones más envejecidas, con una mayor carga de individuos a partir de la sexta década de la vida, son poblaciones que exhiben las más altas tasas de incidencia de cáncer ajustadas por edades.

Es bien conocido que el cáncer es una enfermedad muy vinculada al envejecimiento. El 67% de las muertes afecta a personas mayores de 60 años.⁵ Como el riesgo de desarrollar cáncer se incrementa con la edad, la proporción de sujetos con más de 60 años de edad es un buen indicador del número probable de cánceres esperados en una comunidad.⁶

A pesar de la importancia del problema del cáncer en las personas mayores, la oncología tradicionalmente se ha olvidado de él. Se ha extendido la idea de que el anciano es incapaz de tolerar los tratamientos antineoplásicos y se considera que el comportamiento del cáncer en ellos es menos agresivo.

Estos planteamientos erróneos dan lugar a que estos enfermos reciban un tratamiento insuficiente y se rechacen alternativas eficaces para prolongar la vida con una buena calidad o, incluso, para alcanzar la curación.

Es por esta razón que nos motivamos a realizar este estudio, con el objetivo de determinar el comportamiento de la mortalidad por los tumores malignos, en adultos mayores, del municipio Plaza de la Revolución, en el período 2004-2008.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, donde se estudiaron las características de las defunciones más frecuentes en el adulto mayor, registradas en el período 2004-2008, en el municipio Plaza de la Revolución, a causa de Tumores Malignos.

Los datos de las defunciones se obtuvieron de las bases de datos de mortalidad de la Dirección

Nacional de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública y de los certificados médicos de defunción.

El procesamiento de la información se realizó mediante la base de datos creada utilizando el programa SPSS 16.0 para Microsoft Windows. Las medidas estadísticas utilizadas fueron los porcentajes, razones, proporciones y tasas.

Resultados

Entre los años 2004 y 2008, se registraron en el municipio Plaza de la Revolución, 883 defunciones de adultos mayores de 60 años, con causa básica de muerte en el certificado médico de defunción por Tumores Malignos localizados en pulmón, colon, próstata o mama.

Estas defunciones quedaron distribuidas a través de los años estudiados como se observa en la figura 1.

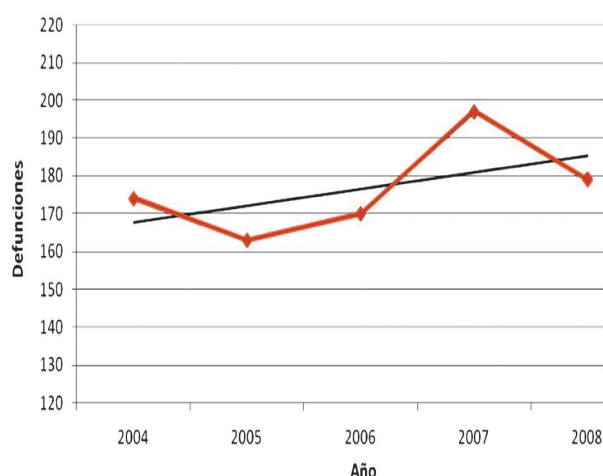


Fig. 1.- Fallecidos por Tumores Malignos de pulmón, colon, próstata y mama por año en Adultos Mayores del Municipio Plaza de la Revolución, periodo 2004- 2008.

La tendencia de la mortalidad por los tumores malignos más frecuentes es ascendente en el transcurso de los cinco años estudiados. El 2007 fue el año en que hubo mayor número de defunciones producto de las causas estudiadas, 197 para un 18.8%, marcando una tendencia hacia el ascenso.

La distribución de la mortalidad proporcional por los Tumores Malignos estudiados se comportó según sexo, de manera heterogénea en el caso de las localizaciones para ambos sexos, o sea, pulmón y colon, ya que el de próstata es netamente masculino por su localización y el de mama sólo se reportaron casos en el sexo femenino en el municipio durante el período en estudio. De estas defunciones, el 57.2% fueron hombres. (Fig. 2)

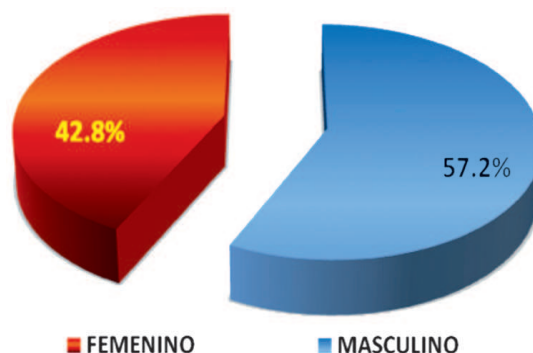
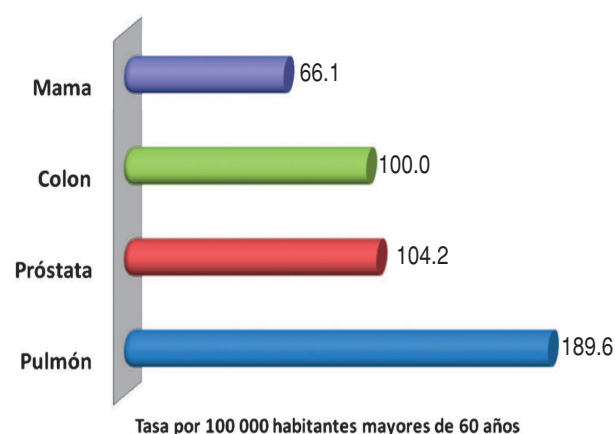


Fig. 2.- Fallecidos por sexos de Tumores Malignos de pulmón, colon, próstata y mama según sexo en Adultos Mayores del Municipio Plaza de la Revolución, periodo 2004- 2008.

La edad media de muerte por los tumores malignos estudiados en el municipio Plaza de la Revolución fue de 75 años. Las mujeres murieron a edades más tardías con un promedio de edad de defunción de 76 años, un año más que los hombres, pero con edad extrema superior de 101 años, con dos centenarias con causa de defunción por cáncer de colon y cáncer de mama, respectivamente. En el municipio Plaza, la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón, resultó la más alta de los cánceres reportados en hombres, tal y como ocurre en el país, aunque por debajo de la cifra nacional de 273.9 por 100.000 habitantes del sexo masculino mayores de 60 años. Para un mejor análisis de la mortalidad por las cuatro localizaciones anatómicas más frecuentes de los tumores malignos en la población mayor de 60 años del municipio Plaza de la Revolución, se refleja en la Fig. 3, las tasas para cada localización.



Nota: En próstata la tasa es por 100.000 habitantes mayores de 60 años del sexo masculino y en mama del sexo femenino.

Fig. 3.- Tasas Específicas de Mortalidad por Tumores malignos según principales localizaciones en adultos mayores del Municipio Plaza de la Revolución, periodo 2004- 2008.

En general, los tumores malignos que mayor número de muertes ocasionaron en los adultos mayores del municipio Plaza fueron los localizados en pulmón. En segundo lugar estuvieron los tumores malignos localizados en próstata, con una tasa de 104.2 por 100.000 habitantes.

Al analizar el riesgo de muerte por tumores malignos por grupos de edades, de 60 a 74 años y de 75 años y más, las tasas se comportaron como se observa en la figura 4.

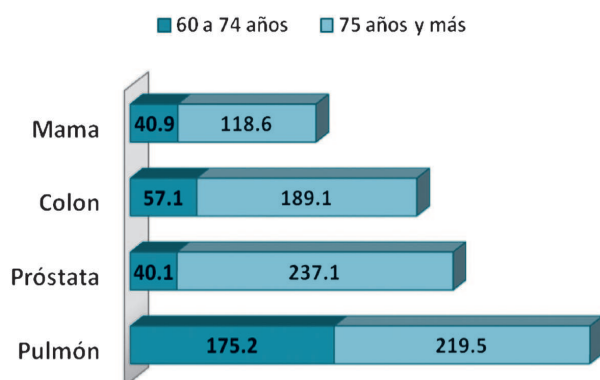


Fig. 4.- Tasas Específicas de Mortalidad por Tumores malignos según grupos de edad y principales localizaciones en Adultos Mayores del Municipio Plaza de la Revolución, periodo 2004-2008.

Se ha comprobado que un 50 por ciento de todos los cánceres se presenta en personas mayores de 70 años. Además, en algunas localizaciones, como son el colon y recto, aumenta la proporción de los pacientes que tienen más de 70 años y lo mismo sucede en los carcinomas de próstata.

En el municipio Plaza, el riesgo de morir fue notablemente mayor, en el grupo de 75 años y más, a una razón 2,4 veces superior que en el grupo de 60 a 74 años. Sin embargo, en los tumores malignos localizados en pulmón, esta diferencia en ambos grupos etáreos es menor, lo cual queda explicado porque a pesar de los esfuerzos para encontrar terapias efectivas, la sobrevida a los cinco años es de sólo el 15%.

DISCUSIÓN

Para comprobar el efecto de la estructura por edades en la mortalidad capitalina, se realizó un ejercicio teórico, en el cual se aplicó como patrón de menor mortalidad las Tasas Específicas de Mortalidad del

país en 1994 a la estructura por edades de la capital en esa fecha, obteniéndose como resultado el hecho de que si Cuba tuviera una estructura etárea similar a la de La Habana, su tasa de mortalidad sería 1.13 veces mayor que la de ese año, 7.2 vs 8.18, lo que comprueba el efecto de la estructura por edades en el comportamiento de la mortalidad capitalina y así mismo del municipio Plaza de la Revolución, municipio más envejecido, siempre con comportamientos superiores a la media provincial.⁷

En este grupo de edad, el metabolismo y la excreción de fármacos se reducen. Cuando un anciano enferma es habitual que se produzca un fallo multiorgánico, que se denomina fenómeno en cascada. Consiste en que los órganos cuya función se ha reducido con la edad se mantienen en un precario equilibrio, aunque cumplen con su misión mientras la persona está sana. Sin embargo, cuando se lesionan, se vuelven incapaces de desempeñar su cometido, lo que da lugar a que se altere el funcionamiento de los otros órganos. De ellos, el sistema nervioso central, es el más propenso a lesionarse.⁸

Si se analizan los datos del período 1998-2008, se evidencia que los valores de las tasas de mortalidad general han mantenido una tendencia creciente al igual que el comportamiento para el país.³ Sin embargo, sus valores son superiores al promedio nacional, situación debida en gran medida al continuo proceso de envejecimiento de la población capitalina que lleva implícito el desgaste físico lógico de la edad y las secuelas de los sucesos ambientales ocurridos a lo largo de sus historias de vida.

De estas defunciones, el 57,2% fueron hombres, lo cual se corresponde con los hallazgos en la bibliografía consultada donde el sexo masculino es preponderante en la mortalidad general por tumores malignos.⁹⁻¹² En el municipio Plaza de la Revolución, a diferencia del comportamiento nacional, el índice de masculinidad (índice demográfico que expresa la razón de hombres frente a mujeres en un determinado territorio, y que se calcula usando la fórmula, hombres / mujeres x 100), presenta una preponderancia del sexo femenino. Este fenómeno del predominio de mujeres sobre los hombres se comenzó a manifestar entre los años 40 y 50 con algunas variaciones en su intensidad en los

períodos subsiguientes pero con una tendencia total al descenso del número de hombres. De manera que en la actualidad en mayores de 60 años es de 0.68 en contraste con el índice nacional de 0.89 en dicho grupo de edad. Esto significa que en el municipio en estudio hay 68 hombres por cada 100 mujeres de 60 años o más en el 2008.

La tasa de mortalidad por tumores malignos de colon en el municipio Plaza, 100 por 100.000 habitantes, resultó no obstante, superior a la tasa nacional la cual se reportó en 88.8 por 100.000 habitantes. En general, el índice de masculinidad presenta un comportamiento descendente de la proporción de hombres sobre mujeres en la medida que aumenta la edad de la población, dado fundamentalmente por la influencia de la mayor mortalidad masculina.

Si se analiza cómo se comporta esta situación para el municipio Plaza de la Revolución, se pueden plantear que éste también es un fiel reflejo del proceso de envejecimiento de la población capitalina, así como de la influencia de los procesos migratorios hacia la misma, con un mayor número de inmigrantes del sexo femenino y de emigrantes masculinos.¹³

Rao¹⁴ evaluó la edad de supervivencia al cáncer en algunos tumores malignos, encontrando que de los supervivientes por cáncer a largo plazo, 65% son mayores de 65 años, y de ellos 22% por cáncer de mama, 17% por cáncer de próstata, 11% por cáncer colorrectal y 10% por cáncer ginecológico. El número de años de sobrevida también es superior en el cáncer de mama, seguido por el de colon.

En general, la tasa de mortalidad por las cuatro principales localizaciones fue de 459.9 por 100.000 habitantes en adultos mayores del municipio Plaza; dicha tasa es menor que la reportada a nivel nacional en el 2008 según el Anuario Estadístico de Salud, cuya cifra alcanzó 477.3 por 100.000 habitantes en adultos mayores de todo el país.³

El cáncer de pulmón tiene una sobrevida más baja pues se ha comprobado su alta letalidad; este resultado contrasta con lo observado en Estados Unidos, en donde la mortalidad por este cáncer ha mostrado reducción en los últimos años, situación condicionada al avance de los programas de control del consumo de tabaco.¹⁵

Gray,¹⁶ presentó un estudio longitudinal realizado con 83 pacientes de cáncer de próstata sometidos a prostatectomía radical que son entrevistados en momentos previos a la cirugía, 8-10 semanas después de la intervención y 11-13 meses, tras la cirugía. Los datos muestran que muchos pacientes con cáncer de próstata evitan revelar su enfermedad y subrayan la importancia de continuar con su vida normal.

El carcinoma latente de próstata es común, sobre todo en las edades avanzadas, y tales cánceres son a menudo diagnosticados accidentalmente en los exámenes histológicos de una glándula prostática extraída por presentar una hipertrofia benigna de próstata, o, tras una autopsia. Muchos registros de cáncer siguen estos tumores y esto hace que la incidencia de cáncer de próstata pueda estar influida por la frecuencia con la que se realizan prostatectomías, para la enfermedad benigna de próstata.¹⁷

Por otro lado, el riesgo de morir por tumores malignos de pulmón fue mayor en el sexo masculino, tal y como se reporta en la literatura consultada.¹⁸ Esta diferencia se le atribuye a un predominio del sexo femenino en el municipio Plaza, aunque también puede estar ligada la amplia expansión del hábito de fumar entre las mujeres cubanas y las capitalinas en especial.⁷ No obstante, internacionalmente esta relación entre sexos, es más marcada hacia el masculino como se puede comprobar en estudios realizados donde se mostró que en la Unión Europea la relación varones/mujeres es de 3.6; en España de 9; reflejando el retraso en la adquisición del hábito tabáquico y el menor riesgo laboral de las mujeres europeas, en especial las españolas.¹⁹

El cáncer pulmonar sigue siendo más proclive al sexo masculino lo que no sorprende pues al menos 28 países desarrollados lo tienen como un gran problema de salud.²⁰

Su frecuencia y la mortalidad por su causa comenzaron a aumentar en grado notable durante el decenio de 1920 y se afirma que en el mundo seguirá siendo un importante problema de salud durante el siglo XXI, dado el incremento del tabaquismo, así como la exportación de estos productos a países subdesarrollados. Todo lo cual trae aparejado un incremento en su incidencia y en

su mortalidad, dadas las dudosas esperanzas de cambiar significativamente su letalidad.²¹

Según informes de la OMS, la mortalidad por cáncer de colon ha aumentado en todos los grupos etarios en las mujeres y en los hombres a partir de los 55 años, en congruencia con el análisis de la mortalidad por cáncer en el adulto mayor del municipio Plaza de la Revolución, en el que se aprecia cómo la mortalidad por este cáncer se ubicó entre los primeros lugares de frecuencia en ambos sexos.

Cabe fortalecer el diagnóstico temprano de esta enfermedad y de las estrategias poblacionales dirigidas al control de los factores de riesgo que comparte con varios tipos de cáncer, como una dieta inadecuada, pobre en fibras dietéticas, inactividad física y consumo excesivo de alcohol.²²

Por su parte, la mortalidad por cáncer de colon es mayor entre mujeres con una relación hombre/mujer en el municipio Plaza de la Revolución, calculada a partir de la razón de tasas de ambos sexos, hecho justificado por la distribución por sexos de la población del municipio con predominio femenino.³

Por esta neoplasia murieron en Plaza, 192 pacientes de ambos sexos durante el quinquenio estudiado. Es importante tener presente que para el diagnóstico y tratamiento oportuno en este tipo de tumor es necesaria la disponibilidad de recursos para realizar estudios endoscópicos y contrastados a personas en riesgo. Estos recursos a pesar de los grandes esfuerzos realizados por el país, estuvieron en déficit en el período estudiado, que coincidió con el recrudescimiento del bloqueo norteamericano contra el país.

En mama, la tasa de mortalidad por tumores malignos de 112.1 encontrada en el municipio Plaza, solamente correspondió a la población femenina ya que en el período estudiado, no se reportaron casos en hombres, aunque hay referencias que reportan hallazgos de un 1% en hombres. No obstante, fue superior a la tasa para este tumor maligno a nivel nacional que en el 2008 fue 89.2 por 100.000 mujeres mayores de 60 años.¹⁸

Si bien las tasas de mortalidad por cáncer de mama en Plaza son inferiores a las de otros países Latinoamericanos como Chile, Argentina y Estados

Unidos, incluso en los latinos residentes en ese país. La tasa de mortalidad se encuentra por encima de la estimada para Cuba y otros lugares del mundo como Colombia, *hecho preocupante que hace prever el aumento en la mortalidad por este cáncer en años siguientes*, especialmente teniendo en cuenta los cambios poblacionales mencionados referentes al envejecimiento.¹⁴

Para finalizar, se enfatiza en los cuatro enfoques principales del control del cáncer en todas las edades: Prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento y cuidado paliativo. La prevención, considerado el enfoque más costo-efectivo a largo plazo en la lucha contra el cáncer, es de especial relevancia en los cánceres de próstata, colon y pulmón debido a la efectividad que ha demostrado.

En los tumores malignos de mama, en los que el enfoque preventivo no se considera tan efectivo, sí lo son el diagnóstico temprano y el tratamiento. En todos los cánceres, además, el enfoque paliativo es de suma importancia, ya que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias, de manera ideal debe aplicarse tan temprano como sea posible en el transcurso de la enfermedad.

CONCLUSIONES

Las localizaciones anatómicas de tumores malignos que más muerte causaron en adultos mayores del municipio Plaza de la Revolución en el quinquenio 2004-2008, fueron pulmón y próstata en hombres y pulmón y mama en mujeres. En ambos sexos con predominio por encima de los 75 años.

BIBLIOGRAFÍA

1. Malagón Cruz Y, Guevara González A. Enfoques de la situación de salud del adulto mayor. Cuba. 2004. GERICUBA. [Seriada en línea] 2006 [citado 8 Jul 2009]; 2(2). Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/enfoques_de_la_situacion_de_salud_del_am.pdf.
2. Martínez Almanza L, Menéndez Jiménez J, Cáceres Manso E, Baly M, Vega García E. Las personas de edad en Cuba. Principales

tendencias demográficas y morbilidad. Resumed. 1999; 12(2): 77- 90.

3. Ministerio de Salud Pública (MINSAP). Anuario Estadístico de Salud. 2008. Dirección Nacional de Estadísticas. República de Cuba. La Habana: 2009. [citado 1 Jun 2009] Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/dne/anuario_2008_3e.pdf
4. Torres Vidal R M, Gran Álvarez MA. Impacto del cáncer de colon en la morbilidad y la mortalidad de la población cubana. 1979-2003. Dirección Nacional de Estadística. Rev Temas Estadísticos de Salud. [Seriada en línea] 2005. [citado 30 Jun 2009] 1(1) Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/dne/nro1_cancer_colon.pdf
5. Pérez Manga G, Khosravi P, Pérez Cañón E. Epidemiología y prevención del cáncer en el anciano. Cancer. 2007; 21: 207- 215.
6. Curado M P, Edwards B, Shin H R, Storm H, Ferlay J, Heanue M, et al. Age gap brings cancer inequality UK. Cancer/Oncology/ News [seriada en línea]. [citado 27 Jun 2009]; Disponible en: <http://www.medicalnewstoday.com/medicalnews.php?newsid=9585>
7. González Rego R A, Montiel Rodríguez S. La Habana: transformaciones en sus variables demográficas. Scripta Nova. 2001; 98: 741- 798.
8. Irvine R E. Sickness and health in old age. En: Caird FI, Brewin TB, editors. Cancer in elderly. Cambridge: Butterworth & Co Ltd; 1990; p. 3- 8.
9. González Barón M, González Montalvo JI, Feliu Batlle J. Cáncer en el anciano. Madrid: Masson; 2001.
10. Borrás J, Galcerán J, Rubio J, Laínez N. Epidemiología del cáncer en el anciano En: Pérez-Manga G, editor. Oncología Geriátrica. 2da ed. Madrid: Nueva Sidonia; 2002; p. 13-30.
11. Walter L C, Covinsky K E. Cancer screening in elderly patients: a framework for individualized decision making. JAMA. 2001; 285: 2750- 2756.
12. U.S. Department of Health and Human Services. Health, United States, 2007. 2nd ed. Washington, DC: US Government Printing Office; 2007.
13. CEE-ONE. Censo de población y viviendas 2002. Provincia de Ciudad de La Habana. Vol. 3 La Habana: CEE –ONE; 2002; p. 320.
14. Rao A V, Demark-Wahnefried W. The older cancer survivor. Crit Rev Oncol Hematol. 2006; 60: 131- 143.
15. Edwards B K, Brown M L, Wingo P A, Howe H L, Ward E, Ries L G, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2002, featuring population-based trends in cancer treatment. J Natl Cancer Inst. 2005; 97: 1407- 1427.
16. Gray RE, Fitch M, Phillis C, Labreque M, Fergus K. To tell or not to tell: Patterns of disclosure among men whit prostate cancer. Psycho-Oncol. 2000; 9: 273- 282.
17. Naeim A, Reuben D. Geriatric syndromes and assessment in older cancer patients. Oncol. 2001; 15: 1567- 1567.
18. Malagón Y, Guevara A. Enfoques de la Situación de Salud del Adulto Mayor. Cuba. Nombre de la revista [Seriada en línea]; 2005 [citado: 15 junio de 2009]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/gericuba/temas.php?idv=6836>
19. Gómez Portilla C, Martínez de Lecea I, Cendoya I, Olabarria E, Martín L. Prevalencia y tratamiento de la patología oncológica en el anciano. El reto que se avecina. Rev Esp Enferm. 2008; 100 (11): 706- 715.
20. Sosa M I, Harwicks PS. Causas de muerte en la mujer y su tendencia en los últimos 23 años en la Argentina. Rev Argent Cardiol. 2006; 74: 297- 303.
21. Balducci L, Extermann M. Cancer and aging: An evolving panorama. Hematol Oncol Clin North Am. 2000; 14: 1-16.
22. Donoso E, Cuello M. Mortalidad por cáncer en la mujer chilena. Análisis comparativo entre los años 1997 y 2003. Rev Chil Obstet Ginecol. 2006; 71: 10-16.

Del Editor:

CESIÓN - ASIGNACIÓN DE LOS DERECHOS DE AUTOR

A la Sociedad de Lucha contra el Cáncer del Ecuador, SOLCA

La revista “ONCOLOGÍA” requiere de la firma de todos los autores y coautores como evidencia de transferencia, asignación y de traspaso de la posesión de los derechos de autor, exclusivamente a la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador, SOLCA.

En caso de que uno de los coautores se haya cambiado de domicilio, usted puede reproducir una copia de este formulario para que dicho coautor firme por separado. Favor enviar una copia de ésta página a nuestra oficina. El envío oportuno de este formulario con todas las firmas nos permitirá programar su artículo para su publicación.

Sr. Dr.
Carlos García Cruz
Director - Editor de la Revista Oncología
Ciudad.-

De mis consideraciones.

Los suscriptos autores del artículo _____, declaramos haber leído y aprobado dicho manuscrito, a la vez que cedemos los derechos de autoría en exclusiva a favor de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer y su Revista “Oncología”, como evidencia de la transferencia, asignación y traspaso de posesión de la información contenida en el mencionado artículo.

Nombre: _____	FIRMA: _____
Nombre: _____	FIRMA: _____
Nombre: _____	FIRMA: _____
Nombre: _____	FIRMA: _____
Nombre: _____	FIRMA: _____

Fecha de Cesión: _____

Datos del autor responsable: _____

Dirección: _____

Teléfonos: _____

E-mail: _____

Nota: Sírvase escribir los nombres en caracteres de imprenta.

Revista “ONCOLOGÍA”

Av. Pedro Menéndez Gilbert

Apt. Postal No. 555/ ó 3623

Guayaquil - Ecuador

Fax: (593-4) 2293-366 / 2287-151 / 2294-697

E-mail: revista@solca.med.ec

revistaoncologia@gmail.com

ARTÍCULO ORIGINAL

CÁNCER DE MAMA EN MUJERES MENORES DE 35 AÑOS

Dr. Humberto Games Oliva^(a), Dra. Inés Pérez Brajo^(b), Dra. María Caridad Rubio Hernández^(a), Dr. José Ramón Díaz Martínez^(b), Dr. Ronald Rodríguez Díaz^(c), Dra. Ivon Chon^(d)

^(a)Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

Especialista de Primer Grado en Oncología.

^(b)Especialista de 1er. y 2do. Grado en Oncología
Profesor Auxiliar.

^(c)Especialista de Primer Grado en Cirugía.

^(d)Especialista de Primer grado en Oncología.

RESUMEN

Introducción.- El cáncer de Mama en mujeres menores de 35 años, presenta un reto particular, pues son tumores biológicamente más agresivos y se asocia con factores pronósticos desfavorables comparado con la enfermedad en pacientes de mayor edad. La mayoría son tumores poco diferenciados (alto grado), alta fracción de proliferación y mayor invasión vascular.

Material y Métodos.- Se realizó un estudio observacional descriptivo con el objetivo de caracterizar este grupo de pacientes. Para esto se estudiaron las menores de 35 años, inscritas en el INOR con diagnóstico de cáncer de mama en el período de 1996-2000. Se analizaron factores pronósticos y se relacionaron con la recaída.

Resultados.- La mayoría de las pacientes eran nulíparas (56.1%), el 40,4% de las pacientes presentaron recaídas, el estado ganglionar y el tamaño tumoral influyeron en la recaída. El carcinoma ductal infiltrante fue la variedad más frecuente. La supervivencia global fue de 84.6 % y 73.1% a 3 y 5 años respectivamente.

Conclusiones.- El cáncer de mama en la mujer joven ha aumentado en los últimos años. Las pacientes con tumores más grandes y ganglios positivos presentaron más recaídas. El carcinoma ductal infiltrante fue la variedad histológica más frecuente, aunque el carcinoma mucinoso, presentó el mayor número de recaídas.

Palabras Clave.- Cáncer de mama, menores de 35 años, tratamiento, sobrevida.

ABSTRACT

Introduction.- Breast cancer in women under 35 years becomes a particular challenge because they are biologically more aggressive tumors and are associated with more adverse prognostic factors compared to the disease in older patients. Most tumors are poorly differentiated (higher risk), high proportion of vascular invasion and higher proliferation.

Material and Methods.- We conducted a descriptive study aimed to characterize this group of patients, women younger than 35 years old were studied, and they were enrolled in the INOR diagnosed with breast cancer in the period 1996-2000. Prognostic factors were analyzed and related to relapse.

Results.- Most patients were nulliparous (56.1%), 40.4% of patients relapse, nodal status and tumor size influenced relapse, infiltrating ductal carcinoma was the most frequent variety. The overall survival was 84.6 and 73.1 at 3 and 5 years respectively.

Conclusions.- Breast cancer in young women has increased in recent years. Patients with larger tumors and positive lymph nodes had more relapse. Infiltrating ductal carcinoma was the most frequent histological subtype, although the mucinous carcinoma had the highest number of relapses.

Key words.- Breast cancer, women under 35 years old, treatment, survival.

CORRESPONDENCIA:

Dr. Humberto Gámez Oliva - Calle Maceo No 104 Santa Cruz de los Pinos.
San Cristóbal. Pinar del Río. Cuba - e-mail: jrdiaz@infomed.sld.cu

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama continúa siendo una de las neoplasias malignas más frecuentes en Cuba y el mundo. La existencia de programas de detección precoz mediante la pesquisa activa en mujeres sanas, ha elevado la proporción de casos que se diagnostican en estadios 0 y I, especialmente en países desarrollados, considerándose por tanto un cáncer prevenible y curable.

La reducción de la mortalidad, particularmente en mujeres, depende del diagnóstico lo más temprano posible, donde el examen clínico anual y el autoexamen mamario tienen un papel importante, pero sin dudas la mamografía como método de pesquisa activa junto al tratamiento correcto de los casos son determinantes. El estadiamiento de los casos, basado en la evaluación clínica y especialmente en la información que aporta el estudio anatomopatológico convencional riguroso, así como la determinación de la expresión de receptores hormonales y HER-2 en los tumores por técnicas de inmunohistoquímica son fundamentales para la decisión terapéutica correcta.

Hoy es posible aplicar esquemas terapéuticos, basados en el empleo de técnicas quirúrgicas no mutilantes, complementadas con eficaces tratamientos locorregionales y sistémicos (radio, quimio y hormonoterapia). Simultáneamente, se ha modificado la conducta en el tratamiento de estadios avanzados. Numerosas investigaciones preclínicas, clínicas y epidemiológicas, continúan llevándose a cabo de manera integrada, intentando encontrar y establecer nuevos y más efectivos métodos de prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.

Hay estudios que plantean que esta neoplasia, en raras ocasiones ocurre en pacientes jóvenes (2% en pacientes menores de 35 años), la forma de presentación de la enfermedad, su pronóstico y tratamiento varía con respecto a series más viejas. Son tumores biológicamente más agresivos y se asocia con factores pronósticos desfavorables comparado con la enfermedad en pacientes de mayor edad. La mayoría son tumores poco diferenciados (alto grado), alta fracción de proliferación y mayor invasión vascular.¹ Los receptores de estrógeno, progesterona y el HER2, son importantes marcadores en el manejo del cáncer de mama, tanto desde el punto de vista terapéutico como pronóstico, por lo cual se realizan en la actualidad, múltiples estudios, que tratan de evaluar la importancia de estos marcadores, como predictores en la aparición de recidivas y metástasis

a distancia, en los pacientes tratados.²

El problema de Salud que representa el Cáncer de mama para este sector tan importante de la población nos motivó a la realización del presente trabajo, teniendo como principal objetivo la evaluación de determinadas características clínicas y epidemiológicas que influyen en la supervivencia de estas pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo en el grupo de pacientes menores de 35 años inscritas en el INOR con el diagnóstico de cáncer de mama durante el periodo de 1996-2000. Se revisaron un total de 142 historias clínicas, seleccionando 114 pacientes para el estudio, 28 pacientes fueron excluidos por haber sido tratadas anteriormente en otro centro. Los datos fueron procesados utilizando el sistema estadístico SPSS. Se estimó la supervivencia global utilizando el método Kaplan Meier.

RESULTADOS

De los 114 pacientes incluidos en nuestro estudio, observamos una mayor incidencia del cáncer de mama en el grupo de 30 a 35 años, existiendo además un incremento del diagnóstico con el cursar de los años. (Tabla 1).

Tabla 1: Incidencia del cáncer de mama en menores de 35 años. Periodo 1996-2000

	Grupos etáreos			
	Menores 30		30 ó mas	
Año diagnóstico	No.	%	No.	%
1996	4	3,1	20	17,3
1997	5	4,4	11	9,2
1998	5	4,4	21	18,4
1999	3	2,9	20	17,3
2000	4	3,1	21	18,4
Total	21	18,4	93	81,6

La Tabla 2, muestra el número de embarazos y partos de las pacientes con carcinoma mamario, observamos que más de la mitad de las pacientes eran nulíparas y no había tenido embarazos.

Tabla 2: Frecuencia de embarazos y partos en pacientes con cáncer de mama en menores de 35 años. Periodo 1996-2000

	Partos		Embarazos	
	No.	%	No.	%
Ninguno	61	53,6	64	56,2
Uno	13	11,4	5	4,4
Dos ó mas	40	35,0	45	39,4
Total	114	100,0	114	100,0

En la tabla 3 y la figura 1 se muestran el tipo y frecuencia de recaídas, podemos observar que 46 pacientes (40.4%) presentaron recaídas de éstas el 63% fueron a distancia y el 20% locorregionales, un 17% presentaron ambos tipos de recaídas.

Tabla 3: Distribución por Frecuencia de las recaídas en pacientes con cáncer de mama menores de 35 años. Periodo 1996-2000

	Frecuencia	%
No Recaída	67	58,7
Recaída	46	40,4
Progresión	1	0,9
Total	114	100

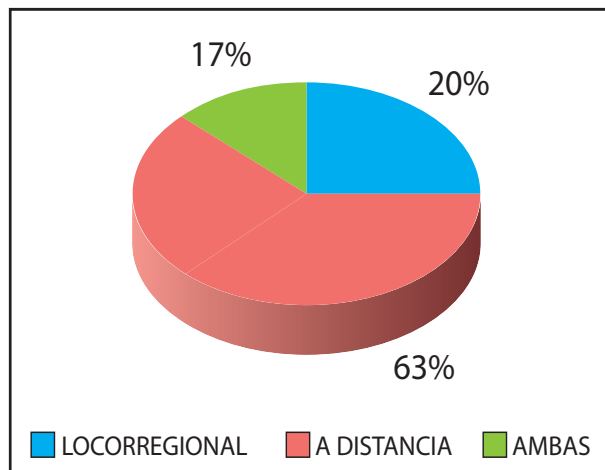


Fig. 1.- Distribución por Tipo de las recaídas en pacientes con cáncer de mama en menores de 35 años. Periodo 1996-2000

En la Tabla 4, se relaciona la recaída según el TNM en las pacientes estudiadas. Podemos observar que la mayor parte de las pacientes diagnosticadas eran T1cN0M0 (22.2%) seguido por tumores T2. De forma general fue más frecuente la etapa II.

Tabla 4: Recaídas según TNM de pacientes con cáncer de mama menores de 35 años. Periodo 1996-2000

	TNM		Recaídas	
	Frecuencia	%	No.	%
TisN0M0	1	0,9		
T1bN0M0	1	0,9		
T1cN0M0	24	22,2	6	13,04
T2(<3cm)N0M0	22	19,8	8	17,41
T2(>3cm)N0M0	7	6,1	2	4,34
T1N1M0	13	11,4	3	6,52
T2(<3cm)N1M0	19	16,7	13	28,26
T2(>3cm)N1M0	2	1,8	1	2,17
T3N0M0	2	1,8	1	2,17
T3N1M0	11	9,6	5	10,87
T4bN1M0	5	4,4	3	6,52
T4dN1M0	3	2,6	2	4,35
Cualquier T N2M0	2	1,8	2	4,35
Total	114	100	46	100

La supervivencia global a 3 años, fue del 84.65% y una supervivencia estimada a 5 años de 73.11%.

DISCUSIÓN

Nuestro resultado en el número de embarazos y partos de las pacientes con carcinoma mamario, se asemeja a lo planteado por la literatura que plantea la nuliparidad y el número de embarazos como factor de riesgo, por lo que las pacientes se van a encontrar expuestas a niveles elevados de estrógenos que disminuyen con el embarazo y la lactancia.^{3,4} En nuestro estudio, encontramos que 46 pacientes (40.4%) presentaron recaídas. Este porcentaje de recaídas esta dado porque en este grupo de pacientes la enfermedad se muestra más agresiva, son tumores indiferenciados y se asocian a factores pronósticos desfavorables.^{5,6}

Cuan Martínez,⁷ evaluó 150 pacientes con cáncer de mama, de las cuales 50 presentaban edades por debajo de los 40 años, reportó como la variedad histológica encontrada con mayor frecuencia el carcinoma ductal infiltrante, al evaluar la clasificación clínica; el 65% de estas mujeres fueron diagnosticadas en etapas tempranas de la enfermedad, lo que coincide con los resultados de nuestra casuística.

En cuanto a las recaídas presentaron mayor número de recaídas las pacientes con ganglios positivos y con

mayor tamaño tumoral coincidiendo con lo reportado por la literatura que señalan el estado ganglionar y el tamaño tumoral como factores determinantes en la recaída y que a su vez influyen en la supervivencia.⁸ Al evaluar la relación de los diferentes tipos histológicos y la recaída, observamos que el carcinoma ductal infiltrante (CDI) fue el más frecuente con un 66.7%.lo que coincide con la literatura.^{9,10}

El estado de los receptores hormonales (RH), grado nuclear (GN) y el Bloom Richardson (BR) y su relación con la recaída, encontrado en nuestro estudio, coincide con lo revisado en la literatura que plantean que el cáncer de mama en la mujer joven es más frecuente RH negativo y GN II/III⁹⁻¹² La supervivencia a 3 años de 84.65% y una supervivencia estimada a 5 años de 73.11%, son resultados similares a los que se reportan por otros autores.¹³

CONCLUSIONES

1. El cáncer de mama en la mujer joven ha aumentado en los últimos años. El 53.6% de las pacientes eran nulíparas y el 56.2% no habían tenido embarazos.
2. Se presentó recaída en el 40.4% de las pacientes, siendo más frecuente en aquellas que presentaban, tumores grandes y ganglios positivos.
3. El carcinoma ductal infiltrante fue la variedad histológica más frecuente, aunque el mayor porcentaje de recaídas fue para el carcinoma mucinoso.
4. La supervivencia global fue de 84.65% y 73.11% a 3 y 5 años, respectivamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Colleoni M, Rotmens N, Robertson C, Orlando L, Viale G, Renne G, et al. Very young women (<35 years) with operable breast cancer: Features of disease at presentation. *Ann Oncol*. 2002 Feb; 13(2): 273- 285.
2. Idirisinghe P K, Thihe AA, Cheek PY, Tse GM, Lui PC, Fook-Chong S, et al. Hormone receptor and c-ERBB2 status in distant metastatic and locally recurrent breast cancer. Pathologic correlations and clinical significance. *Am J Clin Pathol*. 2010 Mar; 133(3): 416- 429.
3. Whelan T, Mackenzie R, Julian J. Randomized trial of breast irradiation schedule after lumpectomy for women with lymph node-negative breast cancer. *J Nat Cancer Inst*. 2002; 94(15): 1143- 1150.
4. Van Dongen J A, Voogd A C, Fentiman IS. Long-term results of a randomized trial comparing breast-conserving therapy with mastectomy. European Organization for Research and Treatment of Cancer Trial 10801. *J Nat Cancer Inst*. 2000; 92(10): 1143- 1150.
5. Bernstein L;Herderson BE and Hanisch R, Sullivan-Halley J, Ross RK. Physical exercise and reduced risk of breast cancer in young women. *J Nat Canc Inst*. 1994; 86(18): 1403-1408.
6. Byeong-Woo Park, Seung -Il Kim, Woo-Ick Yang. Impact of patient age on the outcome of primary breast carcinoma. *Journal of Surg Onc*. 2002 May; 90(15): 1155- 1160.
7. Cuan Martínez JR, Mainero Ratchelous FE, Aguilar Gallegos IU, Bernechea Miranda A, Buenrostro Pineda MA, Burgos Portillo I, et al. Comparative study of clinical and pathological features of breast cancer in women with 40 years old and younger vs. 70 years old and older. *Ginecol Obstet Mex*. 2008; 76(6): 299-306
8. Qinghua X; Valero V; Kau V. Female patients with breast carcinoma age 30 years and younger have a poor prognosis. *Cancer* 2001, 92(10): 2523-2527.
9. Bollet MA, Sigal-Zafrani B, Mazeau V, Savignoni A, de la Rochefordière A, Vincent-Salomon A, et al. Age remains the first prognostic factor for loco-regional breast cancer recurrence in young (<40 years) women treated with breast conserving surgery first. *Radiother Oncol*. 2007; 82(3): 272- 280.
10. Anderson BO. Breast conservation therapy (BCT); Surgery as the cornerstone of multispecialty care. *Breast Cancer* 2000; 7(4): 273- 275.
11. -Colleoni M, Rotmensz N, Peruzzotti G, Maisonneuve P, Orlando L, Ghisini R, et al. Role of endocrine responsiveness and adjuvant therapy in very young women (below 35 years) with operable breast cancer and node negative disease. *Ann Oncol*. 2006; 17(10): 1497- 1503.
12. De Cesped J, Tartter PI, Gajdos N. When not to give radiation therapy after breast conservation surgery for breast cancer. *J Surg Oncol*. 2000; 74(4): 273- 277.
13. Coleman RE. Current and future status of adjuvant therapy for breast cancer. *Cancer*, 2003 Feb, 27(3): 880- 887.

CASO CLÍNICO

EXPERIENCIA EN LAS PRIMERAS
DUODENOPANCREATECTOMÍAS O
CIRUGÍA DE WHIPPLE

REALIZADAS TOTALMENTE POR LAPAROSCOPÍA

Dr. Fernando Flores^(a), Dr. Ramiro Guadalupe^(a), Dr. Leopoldo García T^(b), Dr. Eduardo Pilatuña^(b)^(a) Médicos Tratantes Hospital Enrique Garcés.^(b) Médicos Postgradistas de Cirugía de la Universidad Central del Ecuador.

RESUMEN

En esta última década los avances y la utilidad de la laparoscopia han sido muy satisfactorios para los cirujanos, sin embargo la pancreatoduodenectomía o Técnica de Whipple, era considerada como un procedimiento fuera de las posibilidades de la laparoscopia por la mayoría de los cirujanos. El presente estudio descriptivo, es llevado desde el mes de Agosto a Noviembre del 2010, operándose 2 pacientes por abordaje Laparoscópico, el primero fue diagnosticado de Adenoma Tubulovelloso y el otro caso fue un Adenocarcinoma Tubular, ambos de la Ampolla de Vater, en ningún caso se requirió de conversión a técnica abierta, no hubo mortalidad postoperatoria, los tiempos operatorios fueron de 420 y 360 minutos respectivamente. En los dos pacientes tuvimos fistulas que fueron manejadas conservadoramente, el tiempo de hospitalización medio fue de 25 días. Actualmente los pacientes no presentan evidencia de actividad tumoral y el índice de satisfacción por parte de los pacientes fue calificado como excelente.

Palabras clave.-

Laparoscopia, Pancreatoduodenectomía - Operación de Whipple, Fístula.

ABSTRACT

In the last decade the advances and the usefulness of laparoscopy have been very good for surgeons, however pancreaticoduodenectomy or Whipple procedure, was considered as a procedure beyond the means of laparoscopy by most surgeons. This descriptive study is carried from the month of August to November 2010, to perform surgery on two laparoscopic patients, the first was diagnosed as tubulovillous adenoma of Vater's ampulla and the other case was a tubular adenocarcinoma of Vater's ampulla, none of these cases required conversion to open surgery, there was no postoperative mortality, surgery time was 420 and 360 minutes respectively. The two patients had fistulas that were managed conservatively; the average of hospital stay was 25 days. Currently, patients have no evidence of tumor activity and the level of satisfaction by patients was rated as excellent.

Key words.-

Laparoscopic, Pancreatoduodenectomy - Whipple Operation, Fistula

CORRESPONDENCIA:Dr. Leopoldo García Torres - Telf: 099769384 - Universidad Central Ecuador
e-mail: leopgar@yahoo.com

INTRODUCCIÓN

La primera descripción de este procedimiento es dada por Allen O. Whipple, profesor de la Universidad de Columbia de New York en el año 1935.¹ Se ha considerado hasta la actualidad a la Pancreatoduodenectomía como el tratamiento ideal de la patología tumoral de la ampolla de Váter. Anteriormente tenía una mortalidad que llegaba al 35%, y en la actualidad ésta ha disminuido a menos de un 5%.² Pero su morbilidad sigue siendo alta, cercana al 30-40%.³⁻⁴

Por otra parte la laparoscopia, que despusa a partir de los 90, ha tenido un crecimiento magnifico y la cirugía pancreática se ha visto beneficiada también por la cirugía mínimamente invasiva. De esta forma, es útil comúnmente para la estadificación del cáncer de páncreas, enucleación de tumores neuroendócrinos, manejo de complicaciones tardías de la pancreatitis aguda, y resección de tumores del cuerpo y cola.⁵⁻⁷

Pero la pancreatoduodenectomía había sido considerada un procedimiento fuera de las posibilidades de la cirugía laparoscópica por la mayoría de los cirujanos generales y cirujanos oncológicos.

Se había reportado que en 1992 Gagner y Pomp, demostraron por primera vez la factibilidad técnica de la pancreatoduodenectomía por vía laparoscópica, sugiriendo que sus resultados son comparables a los de los de la técnica abierta realizada frecuentemente.⁸⁻¹⁰

CASO CLÍNICO

El primero de nuestros casos fue un paciente de sexo masculino de 46 años, que presentó ictericia paulatina, sin dolor abdominal, prurito generalizado, acolia y coluria. El segundo caso fue un paciente masculino de 45 años, con signos y síntomas clínicos característicos de patrón obstructivo colestásico, con ictericia, coluria, acolia y prurito intenso generalizado, además de pérdida de peso en los últimos meses.

A ambos se les realizaron exámenes de laboratorio y estudios de imágenes como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1: Exámenes de Laboratorio y Estudios Complementarios realizados en los casos presentados.

Exámenes de Laboratorio	CASO 1	CASO 2
Bilirrubina total	12,4 mgr/dl	8,4 mg/dl
Bilirrubina directa	8,5 mg/dl	6,5 mg/dL
PA	1345 U/L	1500 U/L
GGT	544 U/L	300 U/L
ECOGRAFIA	Dilatación de vías biliares intra y extrahepáticas	
*CPRE	Si	Si
TOMOGRAFIA	No evidencia de Metástasis	
Cirugía realizada	Pancreatectomía laparoscópica con preservación pilórica	
Biopsia	Adenoma Tubulovelloso	Adenocarcinoma
Tiempo quirúrgico	420 minutos en Agosto 2010	360 minutos en Septiembre 2010

*CPRE: Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.

PA: Fosfata Alcalina

GGT: Gammaglutamil Transferasa

Es destacable mencionar que ambos pacientes se les realizó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y se tomó muestra de biopsia. (Fig. 1)

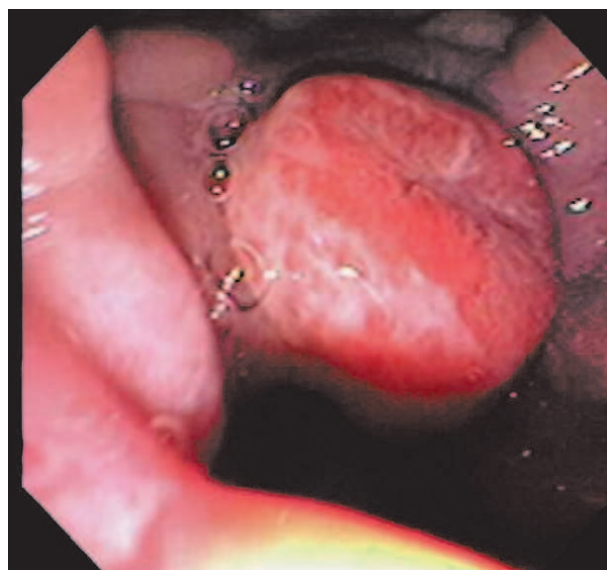


Fig. 1.- Imagen de la CPRE: Ampuloma.

Procedimiento quirúrgico

1. El paciente es colocado en posición de Lloyd - Davis y Trendelenburg invertido, con el cirujano entre las piernas del paciente y el ayudante a la derecha de éste.¹¹⁻¹² (Fig. 2)



Fig. 2.- Paciente en posición de Lloyd-Davis y Trendelenburg Invertido.

2. Se ingresa a la cavidad peritoneal y se obtiene un neumoperitoneo a 15 mm Hg mediante un trócar óptico de 10 mm, insertado 2 - 5 cm sobre el ombligo y 2 cm a la derecha de la línea media. Se insertan 4 trócares adicionales de 10 mm: uno en el flanco derecho a nivel de la línea axilar anterior, 1 - 2 cm bajo el trócar inicial, otro en el flanco izquierdo a nivel de la línea medio clavicular, 1 - 2 cm por sobre el trócar inicial, y otro subcostal derecho a nivel de la línea medioclavicular y un cuarto a nivel subxifoideo para el separador hepático.¹³⁻¹⁴ Se realiza una exploración cuidadosa de toda la cavidad abdominal. Se utilizan como instrumentos de disección el bisturí armónico para la oclusión de vasos sanguíneos de mayor calibre; además, se utilizaron clips y Hemoblock.
3. Se realiza primero la apertura y sección del ligamento gastrocólico, hasta identificar y seccionar los vasos gastroepiploicos derechos. Se continúa con la disección a través del ligamento hepatoduodenal y el pedículo hepático con gancho, aislando arterias hepática común, gastroduodenal, pilórica y hepática propia, para luego disecar y seccionar vía biliar distal.
4. Se libera el borde superior del duodeno, seccionando la arteria pilórica con bisturí armónico y se realiza la sección de la primera porción del duodeno 1 cm distal al píloro, con carga azul para preservación pilórica. Se continúa con la liberación de la tercera y cuarta porción duodenal y del mesocolon transversal. Se secciona el yeyuno a 10 cm del ángulo de

Treitz y seguidamente se realiza una disección roma por debajo del cuello pancreático y encima de la vena mesentérica superior (VMS), tallando un túnel con salida suprapancreática. Se rodea el cuello pancreático con un separador esofágico (Fig. 3).

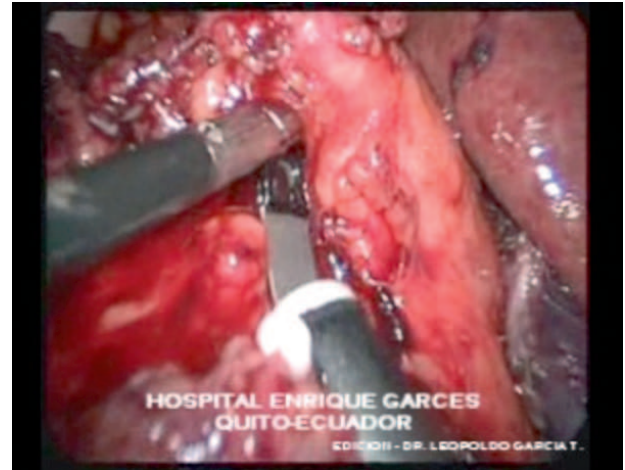


Fig. 3.- Separador pasando a través de cuello posterior de páncreas.

5. Posteriormente se realizan unos puntos intracorpóreos de Vicryl 3-0 a cada ángulo del cuerpo del páncreas y se secciona con bisturí armónico (Fig. 4).

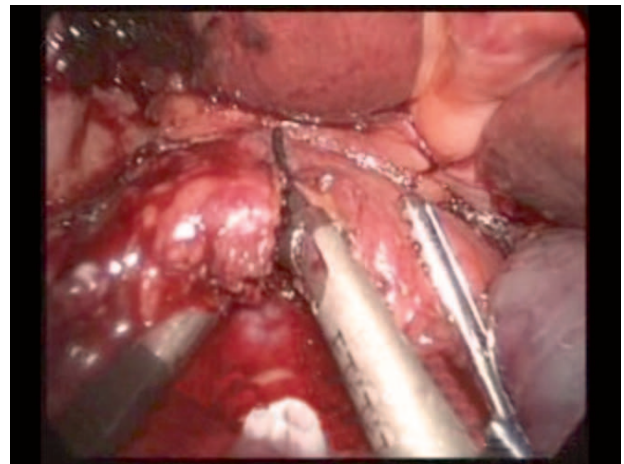


Fig. 4.- Corte de cuello de páncreas con Bisturí Armónico.

6. Se realiza una reconstrucción ascendiendo el yeyuno proximal por el ángulo de Treitz y se realiza la primera anastomosis pancreaticoyeyunal en dos planos.
7. Se continúa con una hepático-yeyuno-anastomosis con sutura continua en dos planos y posteriormente se realiza una gastro-yeyuno anastomosis latero-lateral. (Fig. 5)

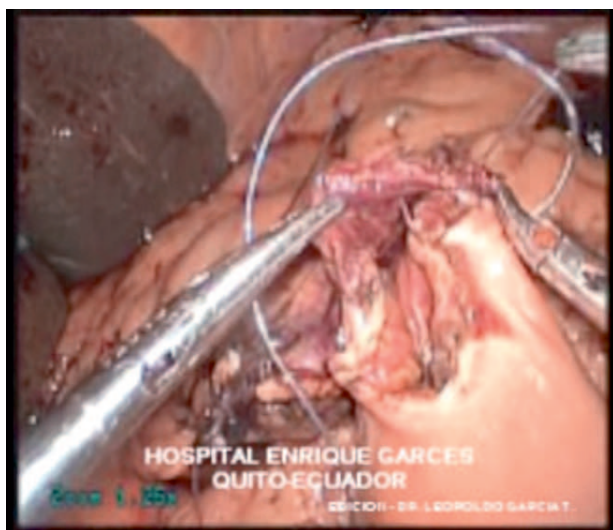


Fig. 5.- Anastomosis Gastroyeyunal.

8. Se debe realizar una colecistectomía con técnica habitual para luego introducir dos drenajes aspirativos Jackson-Pratt, uno subhepático y otro adyacente a la anastomosis pancreática, los que se extraen por los orificios de los trócares de ambos flancos. La pieza quirúrgica se extrae por una incisión infraumbilical de 4 cm.

El primer paciente evolucionó el postoperatorio inmediato en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) favorablemente. Luego pasa al área de hospitalización de cirugía, donde presenta un íleo postoperatorio prolongado y comienza a presentar débitos elevados por los drenajes.

Se realizó estudio del líquido de los drenajes que reportó compatible con fístula pancreática. Requerió para su manejo soporte nutricional parenteral total y antibióticos endovenosos, lográndose controlar adecuadamente la fístula. Estas acciones, permitieron la realimentación progresiva y una evolución favorable para ser dado de alta a los 29 días postoperatorios.

El estudio anátomo-patológico finalmente mostró la presencia de un Adenoma Tubulovelloso de la Ampolla de Vater de 2 cm de diámetro sin invasión y con bordes quirúrgicos negativos, sin compromiso de los ganglios resecados.

El segundo paciente evoluciona favorablemente en el postquirúrgico inmediato en la UCI, y al 4to. día en el piso presentó eliminación de líquido biliar a través de los drenajes catalogándose como

fístula biliar. Se manejó conservadoramente y ésta fue autolimitándose. El paciente comenzó su realimentación al 7mo. día de su cirugía tolerando progresivamente la dieta; fue dado de alta a los 21 días. El estudio anátomo-patológico demostró un Adenocarcinoma Tubular de la Ampolla de Vater de 1.5 cm, sin invasión de tejidos adyacentes, sin compromiso de los márgenes de resección, ni de ganglios resecados.

Discusión

El Whipple totalmente laparoscópico es una técnica quirúrgica de alta complejidad, que requiere de experiencia en laparoscopia avanzada principalmente en cirugía hepatobiliar y el manejo de un equipo multidisciplinario de cirujanos e intensivistas.^{11,12}

Actualmente hay muy pocos centros quirúrgicos del mundo que realizan este procedimiento. En el Ecuador aún no se ha reportado en la literatura nacional ni se conoce que alguien lo haya podido realizar, por lo que es una experiencia muy interesante vivida por nosotros en el manejo quirúrgico de esta patología. Se ha reportado experiencias similares en Chile por Jarufe¹⁵, con resultados similares a los presentados, con 3 pacientes operados, con manejo exitoso y sin mortalidad en sus pacientes.

Sin embargo tuvieron en dos de ellos complicaciones de fistulas que tampoco requirieron nueva intervención quirúrgica, el tiempo operatorio medio de ellos fue de 330 minutos, con un tiempo medio de hospitalización de 25 días.

Sin embargo, otros autores han presentado experiencias alentadoras, coincidiendo en la necesidad de realizar una adecuada selección de pacientes y contar con un buen entrenamiento del equipo quirúrgico en cirugía hepatobiliar y laparoscópica avanzada, para poder ofrecer un procedimiento seguro y aprovechar los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva.¹⁶

Es así que nuestra pequeña serie inicial no está lejos de los resultados obtenidos con la técnica abierta en general. Sin embargo, se destaca el escaso dolor postoperatorio y la poca repercusión sistémica del trauma quirúrgico que suele acarrear esta cirugía.

CONCLUSIONES

Los dos casos expuestos nos han hecho vivir una experiencia muy importante, nueva y diferente y comenzamos ya a mejorar nuestra experiencia como se nota en el menor tiempo quirúrgico utilizado, menores morbilidades postoperatorias presentadas y menores días de hospitalización.

Además al momento de esta publicación nuestros pacientes se encuentran vivos, muy satisfechos, sin recidivas tumorales y nosotros como equipo quirúrgico muy entusiasmados en seguir con nuestra técnica quirúrgica laparoscópica, para todos los casos de ampulomas y neoplasias del páncreas que sean resecables.

Bibliografía

1. Drede M, Schwall G, Saeger HD. Survival after pancreatoduodenectomy. 118 consecutive resections without an operative mortality. Ann Surg. 1990; 211: 447-458.
2. Winter JM, Cameron JL, Campbell KA, Arnold MA, Chang DC, Coleman J, et al. 1423 pancreaticoduodenectomies for pancreatic cancer: A single-institution experience. J Gastrointest Surg. 2006; 10: 1199-1210.
3. Cameron JL, Riall TS, Coleman J, Belcher KA. One thousand consecutive pancreaticoduodenectomies. Ann Surg. 2006; 244: 10-15.
4. Turaga K, Kaushik M, Forse RA, Sasson AR. In hospital outcomes after pancreatectomies: An analysis of a national database from 1996 to 2004. J Surg Oncol. 2008; 98: 156-160.
5. Whipple AO, Parsons WB, Mullins CR. Treatment of Carcinoma of the Ampulla of Vater. Ann Surg. 1935; 102: 763-7797.
6. Melvin WS. Minimally invasive pancreatic surgery. Am J Surg. 2003; 186: 274-278.
7. Cameron JL, Pitt HA, Yeo CJ, Lillemoe KD, Kaufman HS, Coleman J. One hundred and forty-five consecutive pancreaticoduodenectomies without mortality. Ann Surg. 1993; 217: 430-435.
8. Gagner M, Pomp A. Laparoscopic pylorus-preserving pancreatoduodenectomy. Surg Endosc. 1994; 8: 408-410.
9. Dulucq JL, Wintringer P, Mahajna A. Laparoscopic pancreaticoduodenectomy for benign and malignant diseases. Surg Endosc. 2006; 20: 1045-1050.
10. Yeo CJ, Cameron JL, Lillemoe KD. Pancreaticoduodenectomy for cancer of the head of the pancreas: 201 patients. Ann Surg. 1995; 221(6):721-3311.
11. Gumbs AA, Gayet B. The laparoscopic duodenopancreatectomy: The posterior approach. Surg Endosc. 2008; 22: 539-540.
12. Pugliese R, Scandroglio I, Sansonna F, Maggioni D, Costanzi A, Citterio D, et al. Laparoscopic pancreaticoduodenectomy: A retrospective review of 19 cases. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2008; 18: 13-18.
13. Palanivelu C, Jani K, Senthilnathan P, Parthasarathi R, Rajapandian S, Madhankumar MV. Laparoscopic pancreaticoduodenectomy: technique and outcomes. J Am Coll Surg. 2007; 205: 222-230.
14. Conlon KC, Klimstra DS. Long-term survival after curative resection for pancreatic ductal adenocarcinoma: clinicopathologic analysis of 5-year survivors. Ann Surg. 1996; 223: 273-9.
15. Jarufe CN, Fernández JI, Boza C, Navarrete F, Escalona A, Funke R, et al. Pancreatoduodenectomía totalmente laparoscópica: Técnica quirúrgica y experiencia inicial. Rev Chilena de Cirugía. 2009 Feb; 61(1):33-38.
16. Schouten JT. Operative therapy for pancreatic carcinoma. Am J Surg. 2008 May; 151(5): 626-30.

Centro Privado de Diagnóstico Precoz del Cáncer



**Sociedad de Lucha
Contra el Cáncer del Ecuador**

Instituto Oncológico Nacional
Dr. Juan Tanca Marengo
Solca

Consultas Previa Cita: 2288088 - 2289038
Guayaquil - Ecuador

CASO CLÍNICO

ANGIOSARCOMA HEPÁTICO

REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA

Dr. Xavier Delgado Camba ^(a), Dra. Elena Mariño Parra ^(b), Dra. Marcela Veloz Escudero ^(c)

^(a) Médico Imagenólogo del Departamento de Imágenes del ION Solca Guayaquil

^(b) Médico Postgradista del Departamento de Imágenes del ION Solca Guayaquil

^(c) Médico Postgradista del Departamento de Imágenes del ION Solca Guayaquil

RESUMEN

El angiosarcoma hepático conocido como sarcoma de Kupffer, es una neoplasia maligna infrecuente, con una incidencia del 0.2 al 2 % de todos los tumores hepáticos. Se caracteriza por un crecimiento rápido, con una infiltración extensa de las células anaplásicas que se derivan de los vasos sanguíneos. Metastatiza tempranamente a pulmón y bazo. Presenta una edad pico entre los 60 y 70 años, con una relación hombre mujer 4:1. Se ha relacionado con la exposición al cloruro de vinilo y con el Thorotrast, productos químicos usados en la fabricación de plásticos y medios de contraste intravenosos. La sobrevida usualmente es menor de 6 meses después del diagnóstico, debido a su alta tasa de recidiva. Presentamos el caso de una paciente femenina de 76 años considerando que el diagnóstico es complejo por la clínica y las pruebas de imágenes, las cuales suelen ser inespecíficas.

Palabras clave.- Angiosarcoma, Sarcoma de Kupffer, Thorotrast.

ABSTRACT

The hepatic angiosarcoma also known as Kupffer sarcoma is an uncommon neoplasm, with an incidence of the 0.2 to 2% of all the hepatic tumors. It is characterized by an accelerated growth, with an extensive infiltration of the anaplastic cells that are derived from blood vessels. It metastasizes to lung and spleen. It presents an age pick between the 60 and 70 years, with a male-female ratio of four to one. The risk has been related with the exposure to chloride of vinyl and with the Thorotrast. Both chemical products used in the production of plastics and in medical intravenous examination respectively. The patient usually has an overlife of 6 months or less after the diagnosis. We present a case of a 76 year-old female patient. We consider presenting this case based on the complexity of its diagnosis for the clinic and the findings image which are usually unspecific.

Key words.- Angiosarcoma, Kupffer Sarcoma, Thorotrast.

INTRODUCCIÓN

El angiosarcoma hepático es una neoplasia poco frecuente que se desarrolla a partir de las células de Kupffer y endoteliales que revisten a los vasos sanguíneos hepáticos, razón por la cual consideramos importante esta publicación. La función normal de las células de Kupffer es filtrar bacterias y moléculas extrañas de la sangre.

En esta patología se encuentra usualmente hiperplasia hepatocitaria, dilatación sinusoidal, crecimiento de células endoteliales y pleomorfismo e hiper cromatismo nuclear, con exceso de trama reticular y fibrosis portal y subcapsular.¹ Las células endoteliales normalmente actúan como una barrera semipermeable. Este tumor puede ser de difícil diagnóstico debido a otros trastornos de disfunción hepática y puede progresar con rapidez. La mayoría se diagnostican *post mortem*.²

CORRESPONDENCIA:

Dr. Xavier Delgado Camba - Médico Imagenólogo - ION Solca - Guayaquil
Cel. 091020239 e-mail: xadelca@hotmail.com

Los factores de riesgo son exposición previa a cloruro de vinilo monomérico o arsénico inorgánico, usados en las industrias de fabricación de plásticos y de neumáticos. El cloruro de vinilo también puede encontrarse en insecticidas, propulsores de aerosoles comerciales para el cabello, y humo de cigarrillos.

El período de latencia entre exposición a cloruro de vinilo y la aparición del tumor varía de nueve hasta treinta años. Otros factores de riesgo conocidos son exposición a compuestos radiactivos (radio, óxido de torio), medios de contraste como el Thorotrast, ya en desuso. También se habla de la influencia de esteroides anabólicos androgénicos, cobre y los anticonceptivos orales. Se ha visto mutación en Kras 2 y P 53 y la inactivación del P16.³

Se habla de una incidencia a nivel mundial de aproximadamente 0.2 % de los tumores hepáticos (dos por 10 millones en todo el mundo); la proporción entre varones y mujeres es de 4:1. Puede tratarse mediante extirpación quirúrgica aunque la resección es imposible en la mayoría de los casos. Este tratamiento es viable si la enfermedad está limitada a un solo lóbulo del hígado. La quimioterapia no provee mayor beneficio y ha resultado ser resistente a radioterapia.⁴ Debido a que estos tumores se diseminan rápidamente, la esperanza de vida promedio es de seis meses después del diagnóstico; los individuos con tumores bien definidos que se tratan quirúrgicamente pueden sobrevivir uno a tres años.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 76 años, la cual acude al Instituto por presentar cuadro clínico de epigastralgia, pérdida de peso y decaimiento de dos semanas de evolución. Refiere antecedentes patológicos personales de tabaquismo, diabetes mellitus, hipertensión, diverticulosis colónica.

Al examen físico la paciente presenta palidez generalizada, masa en hipocondrio derecho de consistencia dura y dolorosa a la palpación. Presentando enzimas hepáticas alteradas, marcadores tumorales elevados, como alfafetoproteína, Ca 125, Ca 19.9, Ca 15.3.

En la ecografía abdominal se observa el hígado de aspecto heterogéneo, aumentado de tamaño a predominio del lóbulo derecho, de contornos

lobulados, evidenciándose una masa sólida heterogénea, de bordes irregulares, que mide 24 x 13 cm. aproximadamente. Presencia de moderada cantidad de líquido perihepático. Las vías biliares intra y extrahepáticas son de diámetro y trayecto normal. No se visualiza vesícula biliar en esta exploración. En los cortes de la Tomografía Axial Computada (TAC) se observa tumor hipodenso en lóbulo derecho que tras la administración de contraste intravenoso presenta captación marcada de aspecto nodular, en las fases arterial, venosa y portal. (Fig. 1A-C)



Fig. 1A.- TAC simple, donde se observa hígado de aspecto heterogéneo, lobulado.

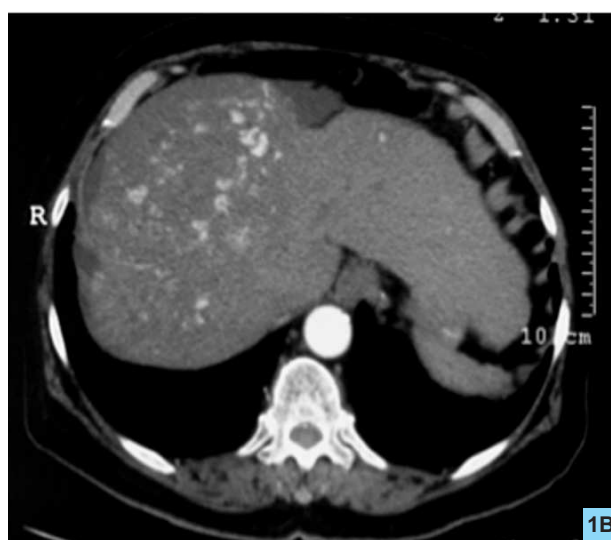


Fig. 1B.- TAC contrastada, que muestra masa tumoral intrahepática de aspecto micronodular que resalta con el medio de contraste.



Fig. 1C.- TAC en fase venosa tardía, escasa cantidad de líquido perihepático.

En las imágenes por Resonancia Magnética Nuclear (RMN) se observa imágenes hiperintensas en T1 y T2, al administrar contraste paramagnético, se observa imágenes heterogéneas que captan contraste en fase arterial y venosa, con captación progresiva en fases tardías.(Fig. 2A-D)

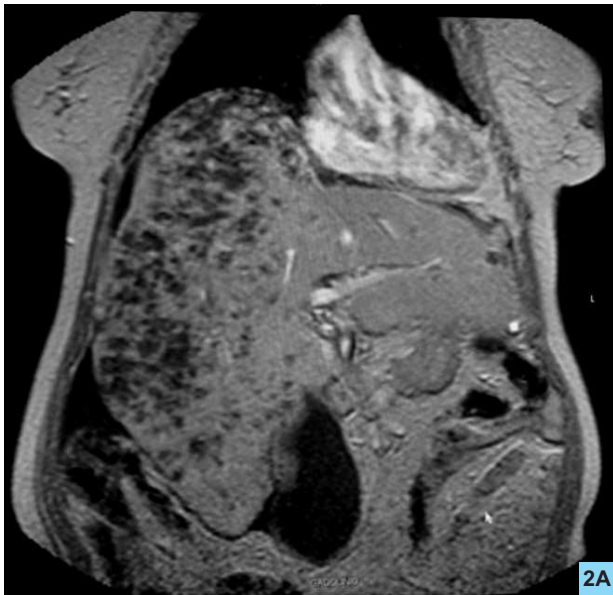


Fig. 2A.- RMN simple en corte sagital que muestra hepatomegalia y la lesión tumoral extensa a predominio del lóbulo derecho.

Posterior a estos resultados se programa paciente para biopsia a cielo abierto, donde se confirma el diagnóstico por patología. La paciente fallece días después por complicaciones debido a progresión de su enfermedad.



Fig. 2B.- RMN simple en corte axial.

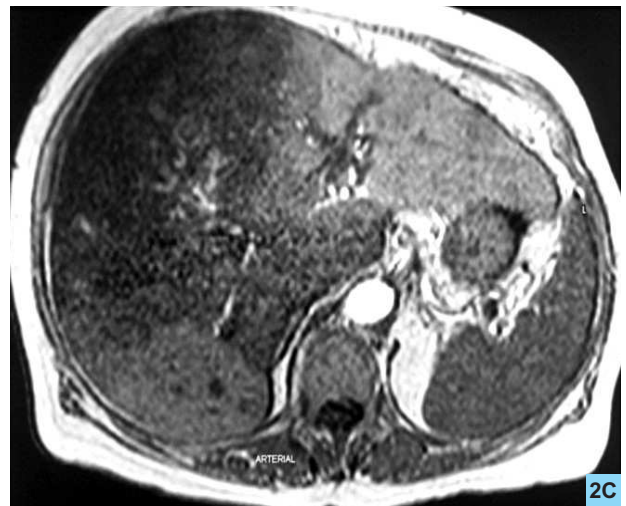


Fig. 2C.- RMN en fase arterial, mostrando realce de las lesiones nodulares.

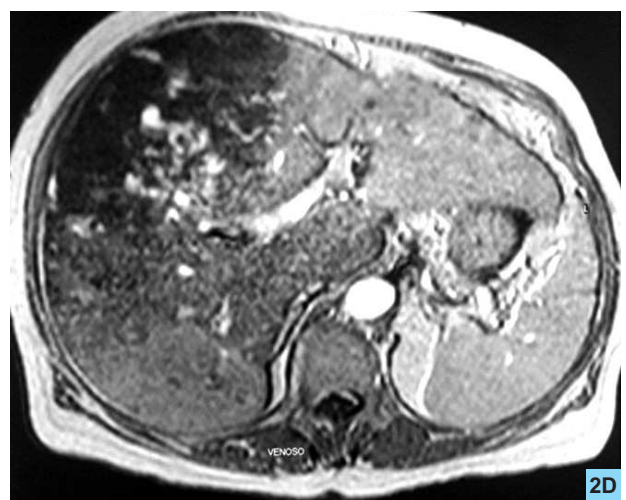


Fig. 2D.- RMN en fase venosa donde persisten las imágenes nodulares en el lóbulo derecho.

DISCUSIÓN

Debido a que el angiosarcoma es la primera patología sarcomatosa del hígado, consideramos importante la publicación de este evento. Los pacientes usualmente presentan síntomas inespecíficos, tales como debilidad, dolor abdominal, fatiga, anorexia, pérdida de peso, también alteraciones de laboratorio, tales como anemia, trombocitopenia, modificaciones de las enzimas hepáticas y aumento de alfafetoproteína. Las metástasis son comunes al momento del diagnóstico, en pulmón y bazo.⁵

Radiológicamente este tumor presenta cuatro tipos de patrones: multinodular, masa, mixto, infiltración difusa y micronodular.

La RMN nos ayuda a distinguir esta patología del hepatocarcinoma y de las metástasis hipervasculares por la heterogénea arquitecturalización así como por las áreas focales de altas densidades observadas en T2 y rodeadas de áreas de baja intensidad.⁶⁻⁷

En este caso particular la paciente no tiene antecedentes conocidos de exposición a sustancias cancerígenas, ni cirrosis, ni metástasis. Además, la presentación radiológica de las lesiones y su evolución eran muy sugestivas del angiosarcoma hepático.

El diagnóstico final usualmente se logra con biopsia percutánea guiada por TAC, pero en este caso las condiciones críticas de la paciente llevaron a la biopsia cielo abierto. Lamentablemente la paciente fallece días después de este procedimiento.

CONCLUSIONES

El diagnóstico temprano del angiosarcoma hepático constituye un reto, tanto para el clínico como para el radiólogo. La correcta protocolización de los estudios de imagen, así como su rápida comprobación patológica, nos llevará a implantar el tratamiento precoz de esta patología infrecuente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hruban R, Wilentz R. Neoplasias. En: Kumar V, Abbas A, Fausto N, editores. Patología estructural y funcional. 7ma. Ed. Madrid: Elsevier; 2006; p. 881-2.
2. Sanz García C, Mantilla A, Nogales O. Angiosarcoma hepático. Gastroenterol Hepatol. 2006;28:9:555-57.
3. Withers C, Wilson S. Hígado. En: Rumack C M, editor. Ecografía Diagnóstica. México: Marban; 2006; p. 127-8.
4. Bernardos L, García A, Valcárcel C. Angiosarcoma hepático. Rev esp enferm dig. 2009;100:12:804-6.
5. Suárez C, Díaz V, Jaramillo L. Angiosarcoma hepático. Rev fac med unal. 2002;43:12:20-2.
6. Heiken J, Menias C, Elsayes K. Hígado. En: Lee J, editor. Body TC y RM. Madrid: Marban; 2007; p. 881.
7. Egea J, López M, Pérez F. Angiosarcoma Hepático: Presentación de dos casos. Rev esp enferm dig. 2009;101:6:430-37.

Del Editor

OBJETIVOS Y ALCANCES DE ONCOLOGÍA

“ONCOLOGÍA” es una revista que publica temas inéditos de oncología clínica, epidemiología del cáncer y afines en forma de:

- Artículos o trabajos originales
- Revisiones bibliográficas
- Reportes de casos clínicos
- Temas de actualidad y/o reseña histórica
- Cartas al editor

Todos los trabajos enviados a la revista, serán sometidos al proceso de arbitraje editorial.

CASO CLÍNICO

MELANOMA MALIGNO PRIMARIO DE LA VAGINA

HOSPITAL UNIVERSITARIO "MANUEL ASCUNCE DOMENECH".
CAMAGÜEY - CUBA

Dr. Rafael Pila Pérez^(a), Dr. Pedro Rosales Torres^(b), Dr. Rafael Pila Peláez^(c), Dr. Víctor Holguín Prieto^(d), Dr. Etelivar Torres Vargas^(e)

(a) Especialista de II grado en Medicina Interna. Profesor Titular y Consultante.

(b) Especialista de I grado en Anatomía Patológica. Profesor Instructor.

(c) Especialista de II grado en Medicina Interna. Profesor Asistente.

(d) Especialista de I grado en Medicina Interna.

(e) Residente de 2º año en Medicina Interna.

RESUMEN

El melanoma maligno es una neoplasia de melanocitos o de las células que se desarrollan de éstos. Es una rara neoplasia con un agresivo comportamiento que le confiere un mal pronóstico. Se presenta el caso de una paciente de 50 años que consulta por la presencia de una tumoración vaginal asociada a sangrado y a una adenopatía de 2 - 3 cm en la región inguinal derecha. La citología por aspiración con aguja fina del ganglio fue positiva para melanoma. La paciente es sometida a tratamiento quirúrgico. La histología informa un ganglio positivo y un melanoma de 5 - 6 cm de la pared vaginal, ulcerado. Se administra interferón alfa 2 recombinante. Tras un seguimiento de 32 meses, la paciente permanece libre de enfermedad. Aunque la cirugía es el tratamiento electivo, la inmunoterapia adyuvante debe considerarse en aquellos pacientes con enfermedad no localizada.

Palabras clave.- Melanoma, vagina, neoplasias vulvovaginales.

ABSTRACT

Malignant melanoma is a neoplasm of melanocytes or of the cells that develop from melanocytes. Primary malignant melanoma of the vagina is a very rare neoplasm with aggressive biological behavior and bad prognosis. A case of a 50-year-female patient with the diagnosis of malignant melanoma of the vagina is presented. A vaginal tumor with bleeding and inguinal lymph node are found on physical exam. The fine-needle aspiration cytology of the lymph node is positive for diagnosis of melanoma. A wide surgical excision of the lesion with a margin of normal skin and therapeutic lymphadenectomy are performed. The results of histological examination identify a malignant melanoma with ulceration of 10 mm of depth and one metastatic node. Interferon α -2b is administrated. The patient is free of symptoms after 32 months of follow-up. Although, surgical management is treatment of choice, adjuvant therapy that complements surgery is needed to prolong disease-free survival and improve the cure rate.

Key words.- Melanoma, vagina, vulvovaginal neoplasm.

CORRESPONDENCIA:

Dr. Rafael Pila Pérez., General Gómez #452. CP: 70100
Camagüey. Cuba. e-mail: vadolfo@finlay.cmw.sld.cu

INTRODUCCIÓN

El melanoma maligno primario de mucosas es mucho menos frecuente que el melanoma maligno cutáneo. Están descritos melanomas en las mucosas respiratoria, urogenital y digestiva¹. El comportamiento biológico del melanoma maligno en las mucosas es diferente y es mal estudiado debido a la escasa frecuencia. El melanoma de la mucosa urogenital presenta además un problema por las dificultades que comporta la decisión terapéutica².

El melanoma maligno del tracto genital femenino es un proceso poco común que representa aproximadamente el 3% de todos los melanomas malignos diagnosticados en mujeres, solo el 0,1% al 0,3% se localiza específicamente en la vagina³.

En este trabajo se presenta un caso de una paciente con un melanoma primario maligno de la vagina el cual constituye el primero reportado en nuestro hospital y en nuestra provincia.

CASO clínico

Paciente de 50 años que refería vulvodinia, dispareunia y sangrados vaginales desde hace más o menos 2 meses, al principio en forma de pequeñas gotas, pero en los últimos 20 días se agudizó, por lo que acude al servicio de urgencias. La historia ginecológica era de 5 embarazos, sin abortos espontáneos o provocados, menarquía a los 12 años y menopausia a los 46 años.

Al examen físico llamaba la atención la afección de estado general, adelgazamiento no controlado, discreta palidez de piel y mucosas. Además presentaba una adenopatía inguinal derecha de 2-3 cm de diámetro, pétrea, dolorosa, adherida a planos profundos.

En la exploración ginecológica se encontró una lesión de aspecto tumoral que comienza en el introito vaginal y se extendía por la pared lateral derecha de la vagina hasta los 2/3 anteriores de la misma de 4 - 5 cm de diámetro mayor, nodular, de color negro, y ulcerada en la porción media donde se observa discreta hemorragia.

El estudio analítico estaba dentro de la normalidad, excepto la velocidad de sedimentación globular en 101 mm/1^a h y la LDH en 655 U/l. La radiografía

de tórax, ecografía abdominal, tomografía axial computarizada (TAC) abdomino-pélvica, retroperitoneal y mediastínica no evidenciaban enfermedad metastásica a distancia. Rectoscopia: normal. La citología por aspiración con aguja fina (CAAF) de la adenopatía derecha reportó una lesión compatible con afección metastásica de melanoma. Se realiza vaginectomía parcial con linfadenectomía inguinal bilateral.

El estudio histológico de la pieza quirúrgica confirma la existencia de un melanoma maligno de tipo nodular (Fig. 1) con índice de Breslow de 10 mm y un ganglio inguinal con infiltración metastásica (Fig. 2 y 3); la estadificación del tumor fue establecida como un melanoma primario de vagina en estadio IIIb (T₄N₁M₀). El postoperatorio cursó sin complicaciones y fue egresada a los 12 días de la intervención quirúrgica.

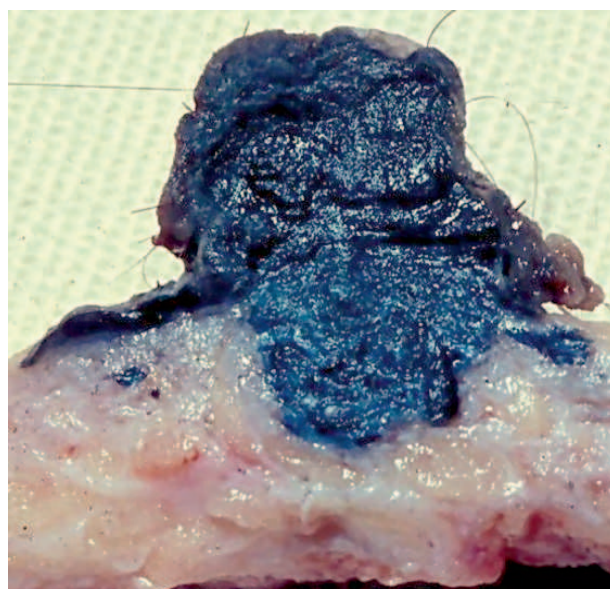


Fig. 1.- Cara interna de un fragmento de introito vaginal y tercio anterior de la vagina. Obsérvese la lesión polipoidea y nodular con gran edema de la mucosa vaginal en su porción inferior. Nótese la presencia de nódulos satélites, todos con la típica pigmentación.

Tras el tratamiento quirúrgico se administra terapéutica complementaria con altas dosis de alfa interferón-2b (20 millones de U/m² de superficie corporal/día, EV, 5 días a la semana, durante 4 semanas), para continuar después con 10 millones U/m² de superficie corporal, administrados por vía subcutánea 3 veces por semana durante 48 semanas. Tras un seguimiento y chequeo periódico de 32 meses la paciente permanece libre de enfermedad.

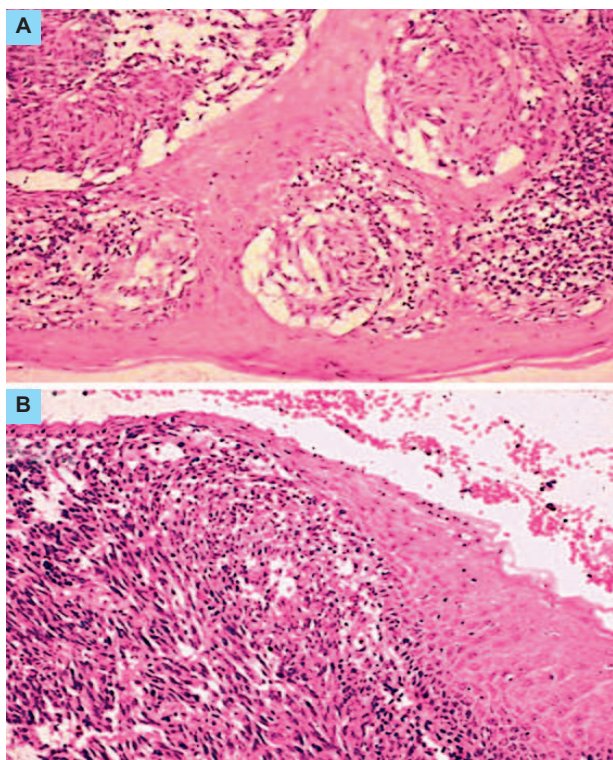


Fig. 2A) Microfotografía, obsérvese la infiltración nodular que eleva la mucosa con aspecto polipoides o exofítico nodular (H/E 20x). 2B) Corte histológico de un fragmento de la vagina. Obsérvese la lesión nodular que adelgaza el epitelio mucoso con presencia de células alargadas fusocelulares y epitelioides (H/E 40x).

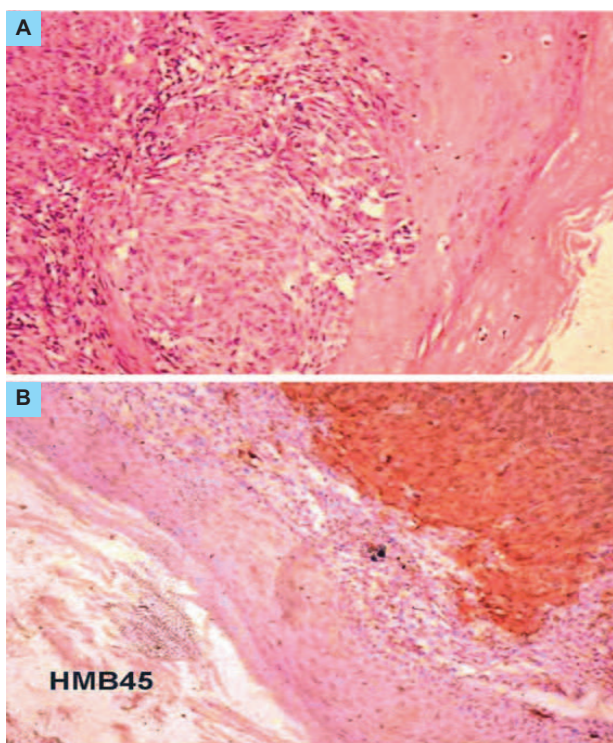


Fig. 3A) Obsérvese la presencia de nódulos infiltrando y elevando el epitelio mucoso con presencia de abundante pigmento melánico (H/E 40x). 3B) Microfotografía panorámica de un fragmento de la vagina mostrando la reacción intensamente positiva al HMB-45 (40x).

DISCUSIÓN

A pesar de que la mayoría de los melanomas se originan en la piel, también pueden crecer en las superficies mucosas o en otros lugares en los cuales las células de la cresta neural hayan migrado.⁴ Ocurre generalmente en adultos y más de la mitad de los casos en áreas de la piel que son aparentemente normales.⁴ Se han señalado melanomas en mucosas, que incluyen: Mucosa oral, esófago, conjuntiva, mucosa nasal, uretra, vejiga, pene, vulva, cérvix y vagina.²⁻⁵

Las lesiones melanocíticas primarias de la vagina, fueron inicialmente cuestionadas hasta que se demostró la presencia de melanocitos en la capa basal del epitelio de la mucosa vaginal normal en 3 de 100 mujeres examinadas en autopsias.^{6,7} Estos procesos pueden ocurrir en forma de melanos, lentigo, nevus pigmentado, nevus azul, melanoma maligno, o bien, nevus azul maligno.⁷

El melanoma vulvovaginal es una neoplasia rara y representa entre el 3 y el 5% de los cánceres vulvares.⁴ El melanoma de vagina es mucho más raro y por tanto menos frecuente que el vulvar; pero la mayoría de los vulvares se extienden a la vagina.⁸ Puede presentarse como un melanoma extensivo superficial o nodular;⁶ nuestro caso se presentó con forma nodular. Éste se presenta como un nódulo elevado y pigmentado,⁵ como se pudo apreciar en nuestra paciente, y el diagnóstico se realiza por biopsia.⁴⁻⁸ La profundidad de invasión es uno de los factores pronósticos más importantes. Existen muchos sistemas de estadificación, pero probablemente el de Breslow sea el más empleado,³ existiendo una relación directa entre profundidad de invasión y sobrevida.⁸

El melanoma de vagina afecta a mujeres mayores de 60 años,⁹ nuestra paciente sólo tenía 50 años. Los tumores vaginales, en sentido amplio, están representados por un conjunto de lesiones heterogéneas, lo cual dificulta la propuesta de una clasificación correcta. Los tumores malignos primitivos de vagina son muy raros, incluso menos que las localizaciones secundarias pero presentan una gran variedad histológica: Carcinoide, sarcoma, melanoma maligno, entre otros.³⁻⁵

El tratamiento primario del melanoma es la resección quirúrgica local amplia con margen de por lo menos 1 cm,¹⁰ para una profundidad mayor el margen debe ser de más de 2 - 3 cm habiendo controversia sobre el valor de la linfadenectomía.^{10,11}

Hay quienes postulan que los ganglios positivos, tienen poco valor en el pronóstico,⁸ la principal razón para realizar la linfadenectomía es pronóstica.¹¹ En enfermos con enfermedad recurrente o avanzada se utiliza el interferón siguiendo el régimen de Kirkwood et al,¹² siendo utilizado principalmente para lesiones mayores de 4 mm de profundidad o en aquellos con compromiso ganglionar.

Nuestra paciente fue sometida a procedimiento quirúrgico e inmunoterapia siendo el resultado satisfactorio después de 32 meses de seguimiento en consulta. Estos tumores son considerados radorresistentes y la quimioterapia ha sido inefectiva a pesar de la combinación con el Tamoxifén.⁸

CONCLUSIONES

El melanoma maligno del tracto genital femenino es una entidad poco común que representa aproximadamente el 3% de todos los melanomas malignos diagnosticados en mujeres.

Aunque la cirugía es el tratamiento de elección, la inmunoterapia adyuvante debe considerarse en aquellos pacientes con enfermedad no localizada para prolongar su supervivencia y mejorar las tasas de curación.

Bibliografía

1. Más López X, Plá Comós J, Moreno Carazo A, Planas Domingo J. Melanoma maligno anorrectal. Presentación de dos casos. Rev Esp Enferm Apar Dig. 1986 Mar;69(3):259-262.
2. Bañón Pérez VJ, Server Pastor G, Valdelvira Nadal P, Nicolás Torralba JA, Lopez Cubillana P, Martínez Barba E, et al. Melanoma maligno del

pene. Arch Esp Urol. 2001 Oct;54(8):828-30.

3. Heller D, Moonjy M, Koulos J, Smith D. Vulvar and vaginal melanoma: a clinicopathologic study. J Reprod Med. 1994 Dec;39(12):945-48.
4. Gupta D, Malpica A, Daeveris T, Silva EG. Vaginal melanoma: a clinicopathologic and immunohistochemical study of 26 cases. Am J Surg Pathol. 2002 Nov;26 (11):1450-57.
5. Raber G, Mempel V, Jackisch C, Hundeiker M, Heinecke A, Kurzl R, et al. Malignant melanoma of the vulva. Report of 89 patients. Cancer. 1996;78:2353-8.
6. Piris A, Rosai J. Pigmented lesion in unusual anatomic sites. Surg Diag Pathol. 2003;20:249-59.
7. Cerez-Pham H, Bertrand G, Tigori J, Simard C. Association of a malignant vaginal melanoma with vaginal melanosis and a blue nevus of the cervix. Apropos of a case. Arch Anat Cytol Pathol. 1984;32:48-51.
8. Irvin WP JR, Legallo R, Stoler M, Rice L, Taylor P, Anderson W. Vulvar melanoma: a retrospective analysis and literature review. Gynecol Oncol. 2001;83(3):457-65.
9. Verschraegen C, Benjapibal M, Supakrapongkul W, Levy L, Ross M, Atkinson E, et al. Vulvar melanoma at the M.D. Anderson Cancer Center: 25 years later. Int J Gynecol Cancer. 2001;11(5):359-64.
10. Veronesi U, Cascinelli N. Narrow excision (1-CM Margin): a safe procedure for thin cutaneous melanoma. Arch Surg. 1991;126 (4):438-41.
11. Veronesi U, Cascinelli N, Adamus J. Thin stage I primary cutaneous malignant melanoma: comparison of excision with margins of 1 or 3 cm. N Engl J Med. 1988;318(18):1159-62.
12. Kirwood J, Ibrahim J, Sondak V. High and low dose interferon alfa-2b in high risk melanoma: first analysis of intergroup trial E 1690/S9111/C9190. J Clin Oncol. 2000;18(12):2444-58.

CASO CLÍNICO

HAMARTOMA Hepático

Reporte de un caso

Dra. Marcela Veloz Escudero ^(a), Dra. Elena Mariño Parra ^(a), Dr. Mario Veloz Guzmán ^(b)

^(a) Médico Residente de Diagnóstico por Imágenes

^(b) Jefe del Departamento de Diagnóstico por Imágenes

Hospital Oncológico Nacional "Juan Tanca Marengo" SOLCA Guayaquil

RESUMEN

Los hamartomas hepáticos son tumoraciones raras, apenas 200 casos registrados a nivel mundial. Son más comunes en varones de 18 a 24 meses de edad, infrecuentes en adultos. Surgen del mesénquima de la tríada portal. Es característico el crecimiento abdominal lento y progresivo. Por su carácter benigno es importante diferenciarlas radiológicamente de otras masas hepáticas. Los exámenes de laboratorio son normales excepto por la alfafetoproteína, que puede elevarse y confundir el diagnóstico. Si el tumor alcanza gran tamaño produce efecto de masa, dificultad respiratoria y edema de extremidades inferiores. El tratamiento es quirúrgico y su pronóstico es favorable. Presentamos este caso debido a que es una patología poco frecuente, que a menudo puede pasar desapercibida y debe ser considerada dentro del diagnóstico diferencial de masas abdominales.

Palabras Clave.- Hamartoma hepático, tumores hepáticos.

ABSTRACT

Mesenchymal hamartoma of the liver (MHL) is an oncological benign entity. Fewer than 200 cases have been reported. It usually occurs in children under 2 years of age and slightly more common in boys, although older patients have been described. It arises from portal triad mesenchyme. Patients typically present with an asymptomatic abdominal mass. Radiological differentiation from other hepatic masses is important because of its benignity and potential for surgical cure. Sometimes alpha-fetoprotein (AFP) is elevated, confusing the diagnosis. When tumor is bulky, mass effect may cause distress and lower extremities edema. Surgery is the treatment of choice with a good prognosis. MHL is an extremely rare benign liver tumor that must be considered as an abdominal mass differential diagnosis.

Key words.- Mesenchymal hamartoma, hepatic tumor.

INTRODUCCIÓN

La mayoría de las masas hepáticas en la infancia son tumores metastásicos.¹ Le siguen en frecuencia las neoplasias primarias malignas, siendo los tumores benignos relativamente raros. Los hamartomas se caracterizan por estar compuestos de tejidos primitivos: mesénquima y endodermo. Son poco frecuentes, apenas 200 casos registrados a nivel

mundial. Aproximadamente constituyen el 5% de todos los tumores primarios pediátricos hepáticos.²

Su caracterización radiológica es importante por su benignidad y porque el tratamiento quirúrgico suele ser curativo. Por tomografía computada (TC) se presenta como una masa compleja con áreas interiores de baja atenuación separadas por septos y estroma, que realzan con la administración de medio de contraste.

CORRESPONDENCIA:

Dra. Marcela Veloz Escudero - Av. Pedro Menéndez Gilbert S/N y Av. Atahualpa Chávez.

Teléfono: 5934 - 2288088 - e-mail: marce_veloz@hotmail.com

El diagnóstico definitivo es histopatológico. Se recomienda punción con aguja fina (PAAF), siendo difícil la diferenciación con tejido hepático normal. El tratamiento quirúrgico consiste en tumorectomía o hepatectomía. Se han reportado casos de regresión espontánea.³ El pronóstico es muy bueno con resección completa.⁴

El propósito de la presentación de este caso es mostrar las características clínicas y morfológicas del hamartoma hepático en virtud de su manifestación infrecuente, logrando aproximación diagnóstica precisa y tratamiento adecuado.

Caso clínico

Paciente femenina, de 1 año de edad, cuadro clínico de 2 meses de evolución caracterizado por dolor y distensión abdominal rápida y progresiva, anorexia, alza térmica intermitente y deposiciones líquidas.

Al examen físico se palpa masa en hemiabdomen derecho, con extensión a la línea media, no dolorosa, con leve circulación colateral. Fue valorada en hospital pediátrico donde se solicitó ultrasonido (US) reportándose masa dependiente de hígado, y TC de abdomen observándose masa que involucra casi todo el parénquima hepático, por lo cual es derivada a esta unidad hospitalaria.

A su ingreso se realizó US doppler hepático donde se observó imagen tumoral mal definida en el lóbulo derecho de 13 x 10 cm de diámetro, con escaso flujo vascular. La TC de abdomen y pelvis reportó extensa masa, con densidad de tejidos blandos involucrando los segmentos V y VI del lóbulo hepático derecho, extendiéndose hasta la sínfisis del pubis (Fig. 1).

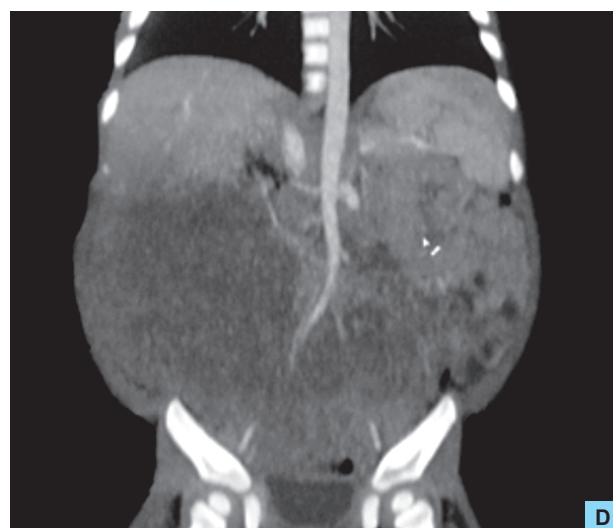
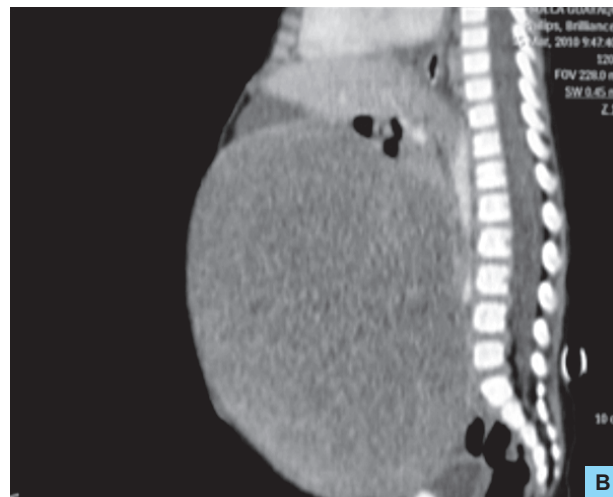
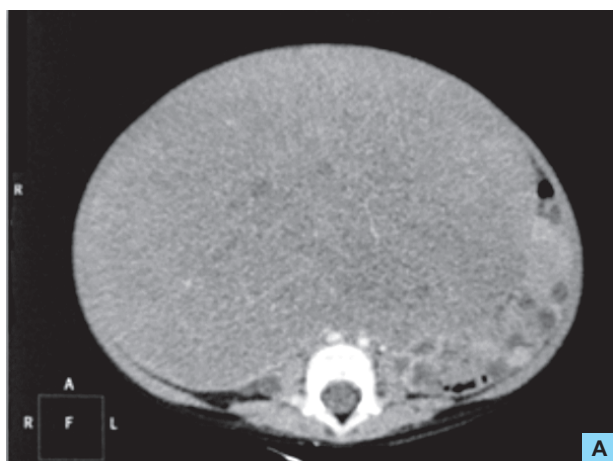


Fig. 1 A-D). TC multicorte de abdomen: presencia de extensa masa de aproximadamente 13.8 x 11.7cms, que involucra a los segmentos V y VI; extendiéndose hasta la sínfisis del pubis.

Los exámenes de laboratorio: hemograma, química sanguínea y función hepática fueron normales. Los niveles de alfafetoproteína (AFP) estaban elevados en 7.500 UI. La impresión diagnóstica inicial fue hepatoblastoma.

Se realizó PAAF por congelación que reportó hamartoma mesenquimatoso. Se decide iniciar quimioterapia como hepatoblastoma. Paciente recibió 2 ciclos de quimioterapia con Cisplatino y Carboplatino/Adriamicina, con lo cual los niveles de AFP disminuyeron a 996 UI.

Posteriormente, presenta dificultad respiratoria e ileo pseudob obstructivo por efecto de masa, se realiza nueva TC observándose gran masa de aspecto heterogéneo, de aparente origen retroperitoneal con infiltración hepática y mesenterio, sin observarse adenopatías regionales.

Se consulta con el servicio de Cirugía, quienes realizan resección de tumoración con segmentectomía hepática anterior derecha con márgenes amplios. El informe histopatológico definitivo indicó Hamartoma Mesenquimatoso con bordes quirúrgicos libres, con una pieza tumoral de 1500 g de peso. El paciente evolucionó favorablemente posthepatectomía.

DISCUSIÓN

Los tumores hepáticos en el niño constituyen un desafío diagnóstico y terapéutico. Frente a un tumor semejante es necesario diferenciar entre hepatomegalia no neoplásica, neoplasia benigna o maligna.⁵

Los hamartomas mesenquimales hepáticos se caracterizan por el marcado sobrecrecimiento del tejido conectivo y mesenquimatoso, de madurez variable y tendencia quística.⁶ (Fig. 2). La arquitectura lobular se mantiene. Afectan más frecuentemente el lóbulo hepático derecho,⁴⁻⁷ como se observó en nuestra paciente.

Suelen ser asintomáticos debutando con masa abdominal del cuadrante superior derecho, de días o meses de evolución, dificultad respiratoria, fiebre y elevación de hemidiafragma derecho.⁸ Los análisis sanguíneos usualmente se mantienen dentro de

los límites normales, aunque algunos refieren niveles altos de AFP por lo que puede pensarse en una neoplasia maligna.⁹ En el caso presentado se observaron niveles elevados de AFP, por tanto inicialmente se trató como hepatoblastoma iniciando quimioterapia.

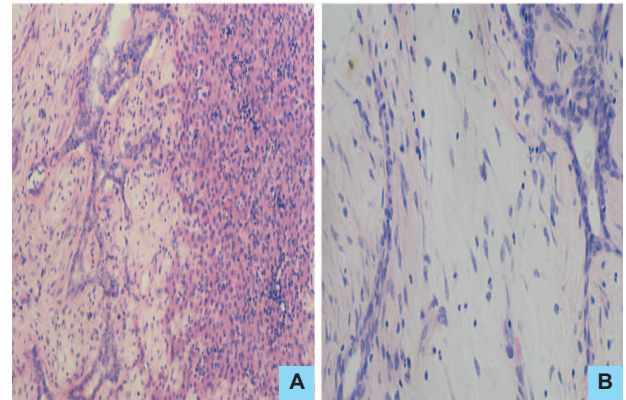


Fig. 2. Anatomía Patológica (microscopía). 2A) Se observa hepatocitos y ductos biliares anormales rodeados de tejido conectivo y mesenquimatoso laxo, edematoso. (HE, 10x). 2B) Proliferación de ductos biliares con abundante estroma que distorsiona la arquitectura hepática. (HE, 40x).

Los exámenes diagnósticos más útiles son el US y la TC. Pueden ser útiles la gammagrafía hepática y las imágenes por resonancia magnética. Los hallazgos ultrasonográficos incluyen imágenes de múltiples quistes ecogénicos con septos delgados.¹⁰ Por TC sin realce tienen una apariencia heterogénea.

Los elementos estromales son hipoatenuantes y los componentes quísticos tienen densidad de agua. La apariencia general depende del componente predominante. En la TC contrastada se observa masa multiquística con áreas centrales de atenuación importante y con marcado realce periférico. El diagnóstico definitivo es histopatológico.¹¹

El tratamiento es quirúrgico, con cuatro opciones de abordaje individualizadas para cada caso: a) enucleación, b) marsupialización de los quistes, c) escisión del hamartoma con márgenes amplios de tejido hepático normal y d) lobectomía hepática.²⁻⁸

En nuestra paciente se realizó segmentectomía hepática anterior derecha en los segmentos V y VI, encontrándose gran tumoración que fue resecada totalmente con buenos márgenes.

CONCLUSIONES

El Hamartoma Hepático es una tumoración benigna a considerar como diagnóstico diferencial en niños con masas abdominales. La adecuada correlación radiológica, patológica y quirúrgica permite el diagnóstico y tratamiento definitivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Srouji MN, Chaten J, Schulman WM, Ziegler MM, Koop CE. Mesenchymal hamartoma of the liver in infants. *Cancer*. 1978; 42: 2483-2489.
2. De Maioribus C, Lally K, Sim K, Isaacs H, Mahour G. Mesenchymal hamartoma of the liver. A 35 year review. *Arch Surg*. 1990; 125: 598-600.
3. Barnhart DC. Conservative management of mesenchymal hamartoma of the liver. *J Pediatr Surg*. 1997; 32: 1495-1498.
4. Locham K, Bal M, Kapila A, Singh M. Cystic Mesenchymal Hamartoma of Liver. *Indian Ped*. 1999; 36: 931-935.
5. Tubino P, Alves E, Archer R, Xavier S, Rocha M, Lassance P. Hamartoma mesenquimático del hígado en niños. *Rev Cir Infant*. 1997; 7: 165-70.
6. Von Schweinitz D, Dammeier BG, Gluer S. Mesenchymal hamartoma of the liver: new insight into histogenesis. *J Pediatr Surg*. 1999; 34: 1269-71.
7. Martinez-González M, Mondragón R, Brunner G. Hamartoma mesenquimatoso de hígado: Informe de un Caso. *Ciruj Gen*. 2005; 27: 229-232.
8. Raffensperger JG, González-Curssi F, Skeehan T. Mesenchymal hamartoma of the liver. *J Pediatr Surg*. 1983; 18:585-587.
9. Ito H, Toda T, Kishikawa T. Hepatic mesenchymal hamartoma of an infant. *J Pediatr*. 1984; 19: 315-317.
10. Patriquin HB. Hígado y bazo pediátricos. En: Rumack C, Wilson S, Charboneau W, editores. *Diagnóstico por Ecografía*. 2da ed. Madrid: Editorial Marban; 2006; p. 1455.
11. Ros PR. Mesenchymal hamartoma of the liver. *Radiologic-Patologic Correlation*. *Radiology* 1986; 158:619- 624.

Del Editor

INVITACIÓN A MANUSCRITOS

La revista “ONCOLOGÍA” está dirigida a médicos afines al manejo de pacientes oncológicos. Se invita a los médicos a enviar artículos originales e inéditos que presenten conocimiento nuevo y relevante en el área de la Oncología. El editor estará gustoso de conversar con autores potenciales sobre tópicos o artículos a ser enviados para su publicación. Los manuscritos se aceptan en español (con abstracto en inglés) o en inglés. Las instrucciones para el autor aparecen en los números de junio y diciembre de cada año o pueden ser solicitadas por escrito al editor.

Dirección para información, suscripción, órdenes y cambios de domicilio:
Revista Oncología SOLCA, Av. Pedro J. Menéndez Gilbert (Junto a la ciudadela Atarazana)
Telfs.: (593-4) 2288-088 ext (218) - Fax: (593-4) 2294697 - Apt. Postal 5255 ó 3623 - Guayaquil - Ecuador

Para recibir artículos por correo electrónico (Internet / e-mail):
revista@solca.med.ec / revistaoncologia@gmail.com / Website: www.solca.med.ec

ARTÍCULO ESPECIAL

REFLEXIONES SOBRE LA TOMA
DE DECISIONES

FRENTE AL ENFERMO TERMINAL

Dr. Marco Romero Pinos^(a)^(a)Cirujano Oncólogo / Ex Presidente del Comité Hospitalario de Bioética de Solca Núcleo de Quito

RESUMEN

Documento tendiente a ayudar al personal médico que labora en un Hospital Oncológico y que se ve, con frecuencia, ante la difícil circunstancia de tomar decisiones frente al enfermo en estado terminal. Es producto de reflexiones en el seno del Comité Hospitalario de Bioética de SOLCA Núcleo de Quito y una revisión de la literatura mundial sobre el tema.

Palabras clave.- Enfermo terminal, manejo, ética.

ABSTRACT

This article aims to help physicians from cancer hospitals, which frequently deal with difficult circumstances to make decisions for their terminally ill patients. It is the result of reflections within the Institutional Review Board from SOLCA Quito and a review of world literature on the subject.

Key words.- Terminally Ill, treatment, ethics.

En un Hospital Oncológico como el nuestro dedicado en forma exclusiva a la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer, enfermedad por definición grave, en muchas ocasiones mortal, con relativa frecuencia nos vemos abocados a manejar pacientes en "Estado Terminal".

El Comité Hospitalario de Bioética del Hospital Oncológico Solón Espinosa Ayala de SOLCA Núcleo de Quito, consciente de su responsabilidad y preocupado por la serie de conflictos que se derivan de la condición de incurabilidad y de la dolorosa etapa de transición de la vida a la muerte que afecta al paciente, a su familia, así como a los médicos y al personal de salud involucrados en el cuidado de estos enfermos, decidió elaborar este documento de reflexión y de consulta, con la

intención de ayudar en la toma de decisiones que más convengan a cada uno de los pacientes que están atravesando esta difícil circunstancia. De esta forma se evitará, en lo posible, el abandono de los pacientes y las "órdenes de no resucitar" tomadas unilateralmente por los médicos. Se lo ha realizado en base a las experiencias personales de los miembros del Comité y a la revisión de la Literatura Médica Mundial sobre este tema.

En nuestra opinión, el paciente en "Estado Terminal" es aquel que, a la luz de los conocimientos científicos actuales, de manera documentada y certera se le considera críticamente enfermo e incurable. En consecuencia, marcha irreversiblemente hacia la muerte, en un plazo que nunca puede ser definido con exactitud pero que se considera será en fecha cercana.

CORRESPONDENCIA:

Dr. Marco Romero Pinos – Solca Núcleo de Quito - Dirección: Av. Eloy Alfaro y Los Pinos
Teléfono: 099844111 – 2272493 - e-mail: romerom1949@hotmail.com

Algunos de los criterios objetivos que apoyan esta definición son:¹

- Mal estado general (Escala de Karnofsky).
- Insuficiencia de órganos definida por clínica y exámenes de laboratorio.
- Ineficacia comprobada de los tratamientos disponibles.
- Irreversibilidad.
- Pérdida de la esperanza de recuperación.

Se debe tener en cuenta la diferencia entre “enfermo terminal” (muerte inevitable a corto plazo) y “enfermo incurable” quien pese a tener una enfermedad incurable (p.e. VIH-SIDA, Alzheimer o una tetraplegia) pueden experimentar sobrevidas prolongadas.¹

Es conveniente erradicar terminologías ambiguas como: paciente añoso, paciente abandonado, paciente con retardo mental. Se debe analizar el dilema (económico) del paciente terminal frente a la utilización óptima de insumos y recursos terapéuticos limitados.

¿Quién o quiénes definen la condición de “enfermo terminal”?

Creemos que esta responsabilidad debe ser asumida por el Médico Tratante de cada paciente, en base al diagnóstico establecido, la historia natural del tumor en ciernes, estadio clínico, respuesta a los tratamientos establecidos o propuestos, valoración objetiva y precisa de la condición actual del enfermo observando siempre la norma de “Lex Artis adhoc” (Tratamientos posibles a la luz de los conocimientos médicos actuales)^{2,3}

En todos o en la mayoría de los casos será recomendable contar con la opinión de los demás miembros del equipo multidisciplinario del tratamiento de cáncer y de los especialistas calificados que amerite la situación específica de cada paciente. (Oncólogo Clínico, Cirujano Oncólogo, Intensivista, Neurólogo, Nefrólogo, entre otros).

De la misma manera y con objeto de dar la mayor fuerza científica y moral a una decisión tan importante como ésta, será deseable contar con las resoluciones de la Junta Médica y con el consejo del Comité Hospitalario de Bioética, cuando las circunstancias logísticas y de tiempo lo permitan.

¿Cómo comunicar al paciente y a la familia?

La evolución del estado del paciente y las decisiones terapéuticas que se adopten, deben ser permanentemente comunicadas al paciente y a la familia. Hasta llegar si es el caso, a la determinación de “paciente en estadio terminal” y manejo paliativo; es decir, la comunicación acerca del pronóstico y expectativas, es un proceso⁴ y no un evento solitario y aislado. Sabiendo por otro lado que es muy difícil mantener el secreto profesional por circunstancias como:

- Información almacenada en computadores a los que tienen acceso todo el equipo multidisciplinario que trata al paciente, los Médicos Residentes, las Enfermeras y algún personal administrativo.
- Estudiantes en práctica.
- Requerimientos de información por parte de compañías aseguradoras o Tribunales de Justicia.
- Excepciones al secreto por normas sanitarias o legales cuando está en juego un bien mayor.

Durante este proceso las guías y acciones importantes deberán incluir:

- Mantener la perspectiva profesional de manejo del paciente.
- El Profesor Norteamericano Oster enseñaba a sus alumnos que “La mejor manera de examinar y tratar a un paciente es colocándose en el lugar de él. Comprender al máximo posible el estado mental del paciente, entrar en sus sentimientos y auscultar con suavidad sus deseos”⁵
- Entender la naturaleza del sufrimiento.
- El sufrimiento es un concepto complejo que Cassel la ha definido como “el estado de severo malestar asociado con eventos que amenazan la integridad de la persona”. Involucra aspectos físicos y psicosociales que necesitan ser integralmente discutidos con el paciente y la familia, teniendo siempre en mente la cercanía de la muerte.⁶
- Evaluar la condición del paciente y la familia.
- Discutir ampliamente con ellos para establecer con claridad los objetivos paliativos más prioritarios y realistas que queremos lograr con el manejo a instaurarse en cada caso en particular. Este “plan de acción” debe ser

enseñado y difundido entre el personal de salud al cuidado del enfermo, la familia ampliada y los amigos cuando éstos tengan injerencia sobre el paciente.^{4,7}

- Establecer las responsabilidades del médico, del paciente y de la familia.
- El papel del médico implica un compromiso de cuidar personalmente al paciente, examinarlo y dirigir su tratamiento.⁴ La obligación incluye el ser médicamente competente para proveer ayuda, bienestar y consuelo.
- Las obligaciones del paciente se refieren a solicitar atención médica; someterse sin miedo al examen físico y los exámenes de laboratorio y gabinete que sean pertinentes; cooperar con el cumplimiento de las indicaciones médicas; manifestar en un ámbito de confidencialidad sus personales pensamientos y sentimientos.^{2,8}
- Según el científico mexicano Ignacio Chávez Rivera, “la relación médico-paciente es la relación entre una confianza (del paciente) y una conciencia (del médico)”.
- Sin embargo siempre será necesario considerar las circunstancias de la enfermedad, la personalidad del médico y del paciente y las experiencias vividas por cada uno de ellos.^{2-4,7}

La mayoría de reportes sobre manejo del “paciente terminal” son anecdóticos, por lo que siempre será deseable contar con un Especialista en Cuidados Paliativos, formado mediante la aprobación de un currículo organizado, capaz de llegar a conclusiones basadas en la evidencia.⁹

Aún persiste el interrogante sobre si la honestidad es la mejor política.⁴ En nuestra cultura no se acostumbra a hablar con la gente acerca de su muerte. En muchas ocasiones los familiares solicitan al médico que no informe a su ser querido sobre su condición de enfermo terminal con el argumento de que esto quitará toda esperanza y aceleraría el desenlace fatal.⁷ Esta opción, generalmente, confina al paciente a una condición de aislamiento y sufrimiento en soledad. Algunos médicos, sobretudo Oncólogos, piensan que es beneficioso, en base a utilización del “privilegio terapéutico”, ocultar un diagnóstico terminal o incluso pintar un cuadro optimista, con el razonamiento de que “después de todo, qué tan bueno es dar a conocer una condición terminal, si no hay nada que hacer”.⁴ Sin embargo las experiencias demuestran que informar con claridad y “dar sentido a la esperanza sin crear falsas expectativas”, lo que se ha denominado

como “verdad soportable,” ayuda a disminuir la ansiedad.^{1,7}

Una situación muy particular y difícil es cuando se trata de un paciente médico con cáncer, que demanda ser informado de su situación. El médico tratante debe sin duda informar apelando a sus principios de ética, pues de otra manera no podría justificar ante el paciente medidas terapéuticas necesarias para un correcto manejo paliativo.⁷

No de manera absoluta, pero si mayoritariamente, los consejos bioéticos van por el camino de:^{2-4,7,10}

- Respetar la autonomía del paciente, su derecho legal y moral a la información. Hablar con él sobre asuntos referidos al final de la vida de una manera clara y transparente. Utilizando su lengua materna o con la ayuda de un intérprete calificado que asegure un correcto entendimiento. Empleando una terminología comprensible y permitiendo un diálogo franco tendiente a satisfacer todas las inquietudes del paciente.²
- Proporcionar un cuidado paliativo de calidad, con diferentes opciones que deben ser escogidas por el paciente en base a la información dada.⁹
- Considerar que muchos pacientes, realísticamente quieren conocer la verdad para tener la oportunidad de discutir sobre el final de la vida antes de volverse completamente inconscientes o físicamente incapacitados.
- Observar el principio bioético de “No maleficencia” que podría estar representado por prácticas como la Eutanasia*, el acto médico inútil** o el ensañamiento terapéutico.^{***}

Se deberá también considerar la existencia, esporádica en nuestro medio, de las voluntades anticipadas o “testamento vital”. Es un documento a través del cual una persona sana manifiesta la forma en la que le gustaría ser tratada al final de su vida, con el objetivo de optimizar el manejo y tratamientos

**Etimológicamente del griego “eu” bien y “thanatos” muerte. Buena muerte, bien morir. Su aceptación, legalización, modalidades y formas de aplicarla son objeto de intenso debate en todo el mundo.*

***Acto médico ejecutado, a pesar de que, la evidencia ha demostrado que no beneficiaría al paciente.*

****Practicar intervenciones quirúrgicas o procedimientos invasivos que lesionan la integridad física y psicológica del enfermo sin una clara evidencia de utilidad, y que, por el contrario ocasiona dolor y sufrimiento en el paciente y su familia.*

que los médicos puedan ofrecerle.

Este es un documento legal que debe hacerse ante un Notario con la presencia de 3 testigos; debe estar basado en el consentimiento informado; que no puede estar en contra de la Ley ni de los principios de “Buena Práctica Clínica” y debe incorporarse a la Historia Clínica.¹

En la Práctica, las voluntades anticipadas se condicionan a diferentes circunstancias como edad de la persona, estado mental, raza, cultura, libertad, realidades de cada país, etc. Estas circunstancias variables a lo largo de la vida, muchas veces hacen que los pacientes cambien de opinión.

Con el escogitamiento del mejor esquema de manejo paliativo, debe tenerse siempre presente el concepto de “calidad de vida”, difícil de definir, pero ya inducido por la OMS al definir la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad y dolencia”

Autores como Mckkaewn, Schipper y Villamizar, han apoyado la definición de la OMS al decir que la calidad de vida es la objetivación del bienestar físico, psicológico, social y ocupacional del individuo, es decir, la satisfacción que le produce la manera como se desarrolla su vida.^{2,10}

Otro aspecto muy difícil es la determinación de indicadores útiles de la calidad de vida, puesto que involucra elementos que no pueden ser medidos u objetivados por terceros sino únicamente por el propio paciente. Sin embargo, según Villamizar, se trata de evaluar cuatro grandes áreas:¹⁰

Estado de desempeño ocupacional: A nivel vocacional (Profesión) y de las actividades básicas cotidianas.

Estado psicológico: Grados de ansiedad, depresión y temores que perturban al paciente.

Interacción social: Capacidad de establecer, desarrollar y mantener relaciones interpersonales tendientes a satisfacer las necesidades de socialización del ser humano.

Estado de su ser físico: Directamente relacionado con el avance de la enfermedad, la presencia del dolor y otros síntomas físicos.

El objetivo del manejo del “paciente terminal” es procurarle los cuidados paliativos que permitan el

advenimiento de una muerte libre de sufrimientos y tan digna como sea posible.^{2,9,10}

Verwoerat escribió: “El concepto de muerte adecuada implica la extinción gradual de la vida humana en forma tal que la declinación biológica es relativamente armoniosa, y el equilibrio psicológico y la dignidad personal se mantienen; lográndose el consenso entre médico, paciente y familia, de que todo lo posible ha sido hecho en beneficio del enfermo, pero la muerte luce inevitable, es un ideal al cual todos aspiramos, pero que muy pocos logramos”.⁷

El propósito de este documento es fomentar las debidas reflexiones sobre este tema más que definir cierto número de conclusiones.

Bibliografía

1. Ford PJ, De Marco JP. End Stage. Clinical Oncology News. 2007 Aug.
2. Silva M. El Paciente Terminal: Reflexiones éticas del médico y la familia. RFM. 2006 Jun; 29 (1):49-53
3. Bryan CS. “Aequanimitas” Redux: Willam Osler on detached concern versus humanistic empathy. Prospect Biol Md.2006; 49:384-392
4. Cassel EJ. The Nature of suffering and the goals of medicine. N Engl J Med. 1982; 306: 639-645
5. Bejarano P, Jaramillo I. Morir con dignidad. Bogotá: Fundación Omega; 1992.
6. García Banderas A, Estévez M E. Temas de Bioética y Genética. Quito, Ecuador: Imprenta Terán; 2006.
7. Astudillo Alarcón W, Mendinueta Aguirre C, Astudillo Alarcón E. Cuidados del Enfermo en Fase Terminal y Atención a la Familia. Quito: Editorial de la Universidad Central del Ecuador;1995.
8. Primeras Jornadas Internacionales de Bioética. Quito: 17-19 Julio del 2008.
9. Villamizar E. Sufrimiento o Calidad de vida. Los derechos del enfermo terminal. En: Bejarano P, Jaramillo I, editores. Morir con Dignidad. Bogotá: Fundación Omega. 1992.
10. Pessini L, Butachine L: Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. Acta Bioética. 2006; 12 (2): 231-242