SOLCA
Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador
1951

eISSN: 2661-6653

ONCOLOGÍA

Volumen 34 • Número 1 • Abril - Julio, 2024

EDITORIAL

El tabaquismo, un mal hábito que enferma
Smoking: a bad habit that makes people sick
Cano Pazmiño 1

ARTÍCULOS

Analizando el protocolo SPIKES desde la perspectiva del paciente oncológico
Further exploring the SPIKES protocol from the perspective of oncology patients in terms of personality traits
Solana López et al. 4

Supervivencia en pacientes con cáncer de mama estadio IV con manejo sistémico y quirúrgico
Survival in patients with stage IV breast cancer with systemic and surgical management
Bravo et al. 21

Caracterización epidemiológica del Linfoma de Hodgkin en pacientes atendidos en el hospital de SOLCA - Guayaquil
Epidemiological characterization of Hodgkin lymphoma in patients treated at the SOLCA - Guayaquil Hospital
Real Cotto et al. 36

CASOS CLÍNICOS

Pseudotumor fibroso calcificante de cuello en una paciente adolescente: reporte de caso
Calcifying fibrous pseudotumor of the neck in a teenager female patient: case report
Bombón y Criollo 44

Schwannoma gástrico. Reporte de un caso
Gastric Schwannoma: A Case Report
Montes et al. 52

SOLCA
Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador
1951

eISSN: 2661-6653

REVISTA ONCOLOGÍA (ECUADOR)

Volumen 34 • Número 1, 2024

La Revista ONCOLOGÍA (Ecuador), de periodicidad cuatrimestral, es la publicación científica oficial de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer de Ecuador (SOLCA). Busca mejorar la calidad investigativa, docente, clínica y teórica de los temas relacionados con el área de la oncología.

La Revista se encuentra bajo la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0. Sigue estrechamente las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), para la uniformidad de manuscritos enviados a revistas biomédicas.

DIRECTORA

Dra. Katherine García Matamoros
Departamento de Oncología, SOLCA- Guayaquil, Ecuador
revistaoncologia@gmail.com

JEFE DE EDITORES DE SECCIÓN

Dra. Evelyn Valencia Espinoza
Departamento de Hematología, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona - España
evelyn.valencia.es@gmail.com

Dra. Lorena Sandoya Onofre
Departamento de Docencia e Investigación, SOLCA-Guayaquil, Ecuador.
revista@solca.med.com

CONSEJO EDITORIAL

Dr. Guillermo Paulson Vernaza
Coordinador del Postgrado de Oncohematología, Universidad de Guayaquil, Ecuador

Dr. Carlos Ubeda de la Cerda
Director de la JOHAMSC (Journal of Health and Medical Sciences), Universidad de Tarapacá, Chile.

Dr. Saul Suster
Departmento de Patología, The Medical College of Wisconsin, Estados Unidos.

Dr. Amado Xavier Freire Torres
Departamento de Medicina, UTHSC COM at Memphis Division of Pulmonary, Critical Care, and Sleep Medicine, Estados Unidos.

Dr. Luis E. Fayad
Departamento de Linfomas, Division of Cancer Medicine, The University of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston, TX, Estados Unidos.

Dr. Harry E Fuentes-Bayne
Departamento de Oncología – Mayo Clinic College of Medicine and Science, Rochester, Minnesota, Estados Unidos.

Dr. Roberto A León Ferre
Departamento de Oncología – Mayo Clinic College of Medicine and Science, Rochester, Minnesota, Estados Unidos.

Dr. Luis Alberto Mas Lopez
Departamento de Oncología, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Perú

Dra. Carolina Bernabé Ramirez
Departamento de Oncología, Albert Einstein College of Medicine, Estados Unidos.

Dr. Carlos E. Velasco Terán
Vicepresidente de la Junta de revisión interna de estudios de Investigación Humana, Baylor Health Care System, Estados Unidos.

Dr. Luís Tamariz Amador
Hematólogo Clínico, Clinica Universitaria de Navarra, España.

DIRECTOR ÉMERITO

Dr. Juan Tanca Campozano
SOLCA - Guayaquil, Ecuador

CONSULTAR LA REVISTA
https://roe.solca.med.ec/index.php/johs/index

ENVIAR UN ARTÍCULO
https://roe.solca.med.ec/index.php/johs/user/register

INDEXACIONES

LILACS-Ecuador: EC104.1
CROSSREF: 10.33821
LATINDEX: folio 11231
DOAJ: 2661-6653

SOPORTE TÉCNICO

Journals & Authors

ONCOLOGÍA

ISSN: 2661-6653

DOI: https://doi.org/10.33821/741
Editorial / Editorial

El tabaquismo, un mal hábito que enferma

Smoking: a bad habit that makes people sick

Dr. Fernando Cano Pazmiño*

Servicio de Neumología SOLCA - Guayaquil, Miembro de la ATS, ACCP, ALAT, ERS y de la SETET Staff Clínica Kennedy, Guayaquil, Ecuador

Recibido: 05/02/2024
Aceptado: 12/03/2024
Publicado: 30/04/2024

De acuerdo con la Real Academia Española [1], un *hábito* se define como un "modo especial de proceder o conducirse, adquirido por repetición de actos iguales o semejantes u originados por tendencia instintiva". Los hábitos pueden ser provechosos o perjudiciales para nuestra salud. En esta línea, el tabaquismo es considerado un hábito perjudicial que genera adicción y que causa enfermedades.

Se puede definir entonces el tabaquismo como una enfermedad inflamatoria crónica y adictiva, fácilmente prevenible y que acorta la vida de las personas, pues les genera discapacidades y puede resultar en muerte prematura, sobre todo en los fumadores a largo plazo por la aparición de patologías crónicas e irreversibles.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, en el mundo hay 1300 millones de consumidores de tabaco, mata a ocho millones de personas cada año, de las cuales siete millones son fumadores activos y un millón son fumadores pasivos. La esperanza de vida de los fumadores es de 10 años menos en comparación con los no fumadores. La mortalidad atribuible al consumo de tabaco en la región de las Américas representa el 24 % por cáncer y el 45 % por enfermedades crónicas respiratorias. El tabaco es el único producto de consumo legal que mata a la mitad de sus usuarios. La mitad de los fumadores morirá por una enfermedad causada por el tabaco, y perderá un promedio de 10 a 15 años de vida. Los niños y adolescentes que utilizan cigarrillo electrónico tienen al menos el doble de probabilidades de fumar cigarrillo más tarde en su vida [2].

En el 2020, la prevalencia del consumo de tabaco en adolescentes de 13 a 15 años en las Américas fue de 11,3 %. Para el 2016, la prevalencia del consumo de tabaco en adolescentes en el Ecuador fue del 4,60 %. En el 2017, la prevalencia del consumo de tabaco en adultos en las Américas fue del 15,2 %, más alta en hombres. La buena noticia es que la tendencia del consumo de tabaco está declinando en las personas de 15 años y más [3]. Con relación al consumo de cigarrillos electrónicos, la situación es diferente. Entre los niños de 13 a 15 años las tasas se han duplicado y hasta triplicado en los últimos cinco años.

Antes de entender cómo el tabaquismo causa enfermedades respiratorias no transmisibles y cancerígenas, es necesario saber que el humo del cigarrillo es un aerosol que resulta de la combustión incompleta del tabaco y que está compuesto de más de 7000 sustancias que son farmacológicamente activas, citotóxicas, mutagénicas y 70 son reconocidas como carcinogénicas, responsables del 30 % de los cánceres. El cigarrillo tiene una corriente de

*** Autor de correspondencia:** Dr. Fernando Cano Pazmiño, fcano50@icloud.com

Cómo citar: Cano Pazmiño F. El tabaquismo, un mal hábito que enferma. Oncología (Ecuador). 2024;34(1): 1-3. https://doi.org/10.33821/741

© 2024 Revista Oncología Ecuador. Publicado por la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, Ecuador. Este es un artículo de acceso abierto publicado bajo una licencia CC BY-NC-SA (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

humo principal y una lateral. La principal, que es 95 % gaseosa, contiene billones de partículas con un tamaño de 0,2 a 0,5 micras y que, por lo tanto, son respirables. Además, son las altas concentraciones de radicales libres reactivos en cada inhalada las que causan los efectos sobre el sistema respiratorio [4]. Así, los dos principales efectos que produce el humo de tabaco sobre el tracto respiratorio y que generan enfermedades son la inducción a la inflamación y los mutagénicos carcinogénicos, ayudados por infecciones por alteración del aclaramiento mucociliar, lo que da origen a patologías como enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfisema, bronquitis crónica, asma, enfermedades pulmonares intersticiales, fibrosis pulmonar y cáncer de pulmón [4].

Respecto al cigarrillo electrónico o váper, este inicialmente se propuso como una medida alternativa y más segura que el cigarrillo o tabaco tanto en su consumo como método para dejar de fumar, aunque la evidencia actual indica que no es así. Tanto la Organización Mundial de la Salud como los consensos o guías de las Sociedades Científicas Respiratorias indican que no hay pruebas científicas que demuestren que el cigarrillo electrónico es seguro, ya que este puede contribuir al desarrollo de enfermedades respiratorias obstructivas de la vía aérea, inflamatorias severas pulmonares como injuria pulmonar aguda asociada al váper o cigarrillo electrónico (EVALI) y por sus productos químicos tóxicos liberados en el vapor pueden dar origen al cáncer. Tampoco hay pruebas científicas que indiquen que el cigarrillo electrónico sea un método eficaz para la cesación tabáquica, por el contrario, aumenta el consumo de tabacos por su contenido de nicotina, sobre la cual se sabe que es una sustancia adictiva y en muchos casos los fumadores terminan consumiendo los dos productos [5,6].

Entonces, frente a la pregunta de cómo se puede ayudar a los fumadores, la respuesta es a través de la cesación tabáquica, que es un programa que combina el apoyo psicológico con el apoyo farmacológico. Sin embargo, este programa no es efectivo en un 100 %, porque hay factores individuales o genéticos y de mayor o menor sensibilidad en las personas que modifican su respuesta a los métodos científicamente establecidos para dejar de fumar [7].

En el documento de posición de la Asociación Latinoamericana del Tórax (ALAT) [8], se destaca la importancia de fortalecer el control del tabaco y cigarrillos electrónicos en Latinoamérica, implementando regulaciones más estrictas, educación a la comunidad, aumentando los impuestos, promoviendo la cesación tabáquica incluyendo nuevas opciones terapéuticas como la citisina y seguir combatiendo la influencia de la industria tabacalera en la formulación de políticas de salud (p. 5).

Se puede concluir entonces que el tabaquismo es una enfermedad adictiva crónica que puede dar origen a patologías de alta morbimortalidad no curativas que demandan costos importantes en su manejo, y si bien es cierto que existe una disminución en el consumo de tabaco en jóvenes y adultos, no pasa lo mismo con el consumo del cigarrillo electrónico o váper, el cual va en aumento en niños, adolescentes y jóvenes que no fumaban previamente; incluso, están incrementando los riesgos para su salud.

1. Abreviaturas

EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

EVALI: Injuria pulmonar aguda asociada al vaping o cigarrillo electrónico

ALAT: Asociación Latinoamericana del Tórax

2. Información administrativa

2.1. Archivos adicionales

Ninguno declarado por el autor.

2.2. Agradecimientos

No aplica.

2.3. Contribuciones de los autores

Conceptualización, análisis formal, investigación, redacción del borrador original: Dr. Fernando Cano Pazmiño.

2.4. Financiamiento

Ninguno.

2.5. Declaraciones

2.5.1. Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Diccionario de la lengua española. Hábito. [Internet]. 23.ª ed. Real Academia Española; 2014. [Consultado el 8 de marzo de 2024]. Disponible en: https://dle.rae.es/hábito?m=form
2. Organización Panamericana de la Salud. Control del tabaco, 2018. [Internet]. [Consultado el 8 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/control-tabaco
3. Organización Panamericana de la Salud. Uso del tabaco, 2020. [Internet]. [Consultado el 8 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.paho.org/en/enlace/tobacco-use
4. Behr J, Nowak D. (2002). Tabaco y enfermedad respiratoria. Eur Respir Mon. 2002;21:161-179. Disponible en: https://www.ers-education.org/lr/show-details/?idP=36236
5. Asociación Argentina de Medicina Respiratoria, Asociación Latinoamericana de Tórax, Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía del Tórax, European Respiratory Society. Cigarrillo electrónico y demás ENDS. Posición de las Sociedades Científicas Respiratorias. 2019, 26 de enero. [Internet]. Disponible en: https://alatorax.org/es/actividades/cigarrillo-electronico-y-demas-ends
6. Mughal MS, Dalmacion DLV, Mirza HM, Kaur IP, Cruz MAD, Kramer VE. E-cigarette or vaping product use associated lung injury, (EVALI)-A diagnosis of exclusion. Respir. Med. Case Rep. 2020;31:1011174. https://doi.org/10.1016/j.rmcr.2020.101174
7. Rábade-Castedo C, Jiménez-Ruiz CA, de Granada-Orive JI. SEPAR Guidelines for pharmacological treatment of tobacco dependence 2023: New contributions in daily clinical practice. Open Respiratory Archives. 2024;6:100285. https://doi.org/10.1016/j.opresp.2023.100285
8. Borrajo C, Luhning S, Pessoa L, Díaz G, Bendig I, Corvalán MP, Cohen M, Pacheco M. Documento de posición ALAT sobre el control del tabaco en Latinoamérica. Respirar. 2024;15(3):152-156. https://doi.org/10.55720/respirar.15.3.1

ONCOLOGÍA

BY-NC-SA

ISSN: 2661-6653

DOI: https://doi.org/10.33821/736
Artículo / Article

Analizando el protocolo SPIKES desde la perspectiva del paciente oncológico Estudio prospectivo basado en cuestionarios

Further exploring the SPIKES protocol from the perspective of oncology patients in terms of personality traits Prospective questionnaire-based study

Irene Solana López*, Manuel Meilan Uzcategui, Elia Martínez Moreno, Ignacio Juez Martel, David Gutiérrez Abad, Elena Lahoz León, Olga Mateo Rodríguez, Jaime Martínez Moreno, Carlos de Zea Luque, Ana Manuela Martín Fernández de Soignie, Fátima Escalona Martín, Isabel Santana Gómez y Juan Antonio Guerra Martínez

Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid (Spain)

Recibido: 05/02/2024
Aceptado: 08/03/2024
Publicado: 30/04/2024

RESUMEN

Introducción: Establecer una adecuada comunicación forma parte del proceso terapéutico y del abordaje integral del paciente oncológico. El protocolo SPIKES emite una serie de recomendaciones generales destinadas a facilitar este proceso. No existe hasta la fecha un cuestionario que permita personalizar de una manera sistematizada la comunicación de malas noticias. Existen estudios que apoyan la hipótesis de que la personalidad influye en los modos comunicativos. Por ello, el objetivo de este trabajo fue intentar establecer matices en el protocolo SPIKES con base en los rasgos de personalidad.
Materiales y métodos: Estudio unicéntrico, observacional, prospectivo, descriptivo y correlacional, realizado sobre una muestra de 51 pacientes oncológicos con base en un cuestionario de personalidad y un cuestionario de comunicación, el cual se basa a su vez en el protocolo SPIKES. **Resultados:** Las puntuaciones registradas en todos los dominios del cuestionario de comunicación fueron elevadas. Ninguna correlación con los dominios del cuestionario de personalidad resultó significativa. **Conclusiones:** Existen determinadas necesidades tendentes a la universalidad en torno a la comunicación de malas noticias que el protocolo SPIKES recoge adecuadamente, por lo que puede considerarse el *gold standard*. No se pueden establecer matices en este cuestionario en función de los rasgos de personalidad con base en los resultados de este trabajo. En la fase de estrategia, conviene prestar atención a la planificación vital y familiar en el seno de la enfermedad oncológica.

Palabras Clave: protocolo SPIKES, comunicación de malas noticias, psicooncología, medicina personalizada, relación médico-paciente.

ABSTRACT

Background: Establishing adequate communication is part of the therapeutic process and of the integral approach to the oncology patient. The SPIKES protocol issues a series of general recommendations aimed at facilitating this process. To date, there is no questionnaire that makes it possible to personalize the communication of bad news in a systematized way. There are studies that support the hypothesis that personality influences the communicative modes. Therefore, the aim of this work is to try to establish nuances in the SPIKES protocol based on personality traits. **Methods:** Single-center, observational, prospective, descriptive and correlational study, conducted on a sample of 51 oncology patients based on a personality questionnaire and a communication questionnaire (based on the SPIKES protocol). **Results:** The scores recorded in all domains of the communication questionnaire were high. No correlation with the personality questionnaire

*** Autor de correspondencia:** Irene Solana López, irene.solana@salud.madrid.org

Cómo citar: Solana Lopez I, Meilan Uzcategui M, Martinez Moreno E, Juez Martel I, Gutierrez Abad D, Lahoz León E, Mateo Rodríguez O, Martinez Moreno J, de Zea Luque C, Martín Fernández de Soignie AM, Escalona Martín F, Santana Gómez I, Guerra Martinez JA. Análisis del protocolo SPIKES desde la perspectiva del paciente oncológico. Estudio prospectivo basado en cuestionarios. Oncología (Ecuador). 2024;34(1): 4-20. https://doi.org/10.33821/736

© 2024 Revista Oncología Ecuador. Publicado por la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, Ecuador. Este es un artículo de acceso abierto publicado bajo una licencia CC BY-NC-SA (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

domains was significant. **Conclusions:** There are certain needs tending towards universality in the communication of bad news that the SPIKES protocol adequately reflects. It can be considered the gold standard. It is not possible to establish nuances in it according to personality traits based on the results of this work. In the strategy phase, attention should be paid to life and family planning in the context of oncologic disease.

Keywords: SPIKES protocol, communication of bad news, psicooncology, individualized medicine, physician-patient relations.

1. Introducción

El protocolo SPIKES se considera actualmente el *gold standard* para la comunicación de información clínica sensible en el ámbito de la oncología. Este protocolo consta de seis pasos o dominios que se desarrollan cíclicamente y que, atendiendo a sus siglas en inglés, son S: *setting* (entorno), P: *perception* (percepción), I: *invitation* (invitación), K: *knowledge* (conocimiento), E: *empathy and emotions* (empatía y emociones) y S: *strategy and summary* (estrategia y resumen). Sus autores emitieron una serie de recomendaciones generales para ejecutar cada paso, y sentaron así las bases del buen devenir del acto comunicativo [1].

El protocolo SPIKES fue desarrollado por el oncólogo y psicólogo canadiense doctor Buckman, R. y el psiquiatra doctor Baile, W.F. Fue publicado por primera vez en el año 2000 en la revista *Oncologist*, y surgió ante la necesidad de facilitar la comunicación de malas noticias en el campo oncológico [1].

Tras la realización de una encuesta a los oncólogos asistentes a la reunión anual de 1998 de la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO), que evaluó las actitudes y prácticas de los asistentes respecto a la comunicación de malas noticias, los autores se basaron en su experiencia clínica y en una revisión de la literatura publicada desde 1985 para la creación del protocolo [2]. Se trata, por tanto, de un protocolo diseñado desde la perspectiva de los oncólogos, que sigue vigente sin haber sufrido modificaciones hasta la fecha [1].

En el año 2020, von Blanckenburg et al. [3] intentaron dar un giro de 180° al protocolo SPIKES al aplicarlo desde la perspectiva del paciente. Esto se tradujo en la creación de una escala llamada MABBAN, que permitiría conocer la opinión de los pacientes acerca de los ítems del protocolo SPIKES. Sin embargo, esta escala no se ha llegado a implementar en la práctica clínica diaria, en parte debido a su longitud y a los tiempos asistenciales que se manejan diariamente en consulta.

En el campo de los cuidados paliativos, está emergiendo con fuerza en los últimos años el concepto de *planificación compartida de la atención* (PCA) o *planificación compartida de cuidados* [4,5].

La PCA es el proceso por el cual el personal sanitario promueve y acompaña al paciente en la reflexión sobre su enfermedad desde su propia escala de valores y prioridades, para poder tomar las decisiones de atención más adecuadas y adaptadas a cada momento de su enfermedad [4,5].

Este proceso, que emana de la medicina paliativa, pero que sería beneficioso poder extender al ámbito de la oncología, exige la generación de un vínculo terapéutico basado en la confianza, en el que la comunicación se postula como elemento fundamental [6].

En este ámbito, numerosas investigaciones del campo de la psicooncología y la piscología del lenguaje están siendo llevadas a cabo con el fin de poder individualizar al máximo el proceso de PCA.

Existe un modelo comunicativo aplicable a la PCA que se denomina *modelo DICS* (dominante, influyente, sincero y consciente). Este modelo establece, a través de patrones de personalidad, cuatro modos comunicativos y emite recomendaciones para adaptar el discurso con base en ellos. Su fundamento se encuentra relacionado con la idea de que determinados rasgos de personalidad, que son identificables, establecen patrones en la emisión del lenguaje —tanto interno (del individuo consigo mismo) como externo (del individuo con el entorno)—. A su vez, esto repercute en cómo el individuo necesita recibir de vuelta el mensaje para potenciar su comprensión [7]. Dicho con otras palabras, al identificar los rasgos de personalidad predominantes, el personal sanitario podría adaptar su discurso o modo comunicativo para potenciar y facilitar el intercambio de información.

El modelo DICS establece cuatro campos comunicativos [7]:

1) El de las personas analíticas (racionales e introvertidas, caracterizadas por la orientación al seguimiento de normas, procesos y procedimientos).

2) El de las personas dominantes (racionales y extrovertidas, caracterizadas por la orientación a los retos y consecución de resultados).
3) El de las personas influenciables (extrovertidas y emocionales, caracterizadas por la orientación al trato, interacción e influencia con otras personas).
4) El de las personas seguras (emocionales e introvertidas, orientadas a mantenerse en la situación actual).

Con base en la aplicabilidad de este modelo, emerge la cuestión de la vigencia actual del protocolo SPIKES, y surge la pregunta de si debería ser revisado y adaptado a los diferentes patrones de personalidad.

En el campo de la identificación de rasgos de personalidad, Cook-Briggs y Briggs-Myers, citadas en Murray [8] y autoras del cuestionario de personalidad de Myers-Briggs, sostenían que la personalidad se podía delimitar, en líneas generales, con base en ocho rasgos agrupados en cuatro categorías contrapuestas. Así, la personalidad quedaría definida por la combinación de cuatro de los siguientes rasgos: introversión-extroversión, realismo-intuición, pensamiento-previsión, sentimiento-espontaneidad y juicio-percepción [8].

El diseño de estas categorías fue producto de veinte años de investigación por parte de las autoras y se realizó con el siguiente sentido interpretativo [8]:

1) La categoría introversión-extroversión explora adónde y cómo dirige el individuo su atención y energía.
2) La categoría realismo-intuición explora cómo se prefiere tratar la información.
3) La categoría pensamiento-sentimiento explora el modo en el que el individuo toma sus decisiones.
4) La categoría juicio-percepción explora la interacción con el mundo exterior.

Si bien el cuestionario de Myers-Briggs no se encuentra exento de crítica en cuanto a su capacidad de categorizar la personalidad y muchos autores sostienen que se trata de un modelo simplista que no alcanza a sistematizar adecuadamente la complejidad que la personalidad entraña, muchos autores y muchos estudios se han basado en este cuestionario para intentar relacionar los rasgos de personalidad con el lenguaje [9]. Por ejemplo, Lee C. et al. [10] encontraron correlaciones significativas entre las respuestas en el cuestionario de Myers-Briggs y el uso del lenguaje en una muestra de 80 estudiantes coreanos. En otro estudio, Keh et al. [11] emplearon algoritmos basados en este cuestionario para el diseño de lenguaje artificial (*chat-bots*).

Con el objetivo de identificar patrones de personalidad que permitan establecer matices en la aplicación del protocolo SPIKES, el Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario de Fuenlabrada diseñó y validó dos cuestionarios:

1) El primero, de personalidad, basado en el cuestionario de Myers-Briggs [8].
2) El segundo, de deseos y percepciones del paciente respecto a la comunicación de información clínica sensible, basado en la escala MABBAN [3] y en el protocolo SPIKES [1].

2. Materiales y métodos

Estudio unicéntrico, observacional, prospectivo, descriptivo y correlacional, basado en cuestionarios y realizado sobre una cohorte de pacientes oncológicos con tumores de origen digestivo y de origen desconocido. Los pacientes fueron seleccionados por orden de llegada a primera consulta de oncología hasta completar un tamaño muestral de N = 51 desde octubre del 2022 hasta marzo del 2023. Debían cumplir los siguientes criterios de inclusión: 1) ser mayor de 18 años; 2) tener tumores colorrectales, pancreáticos, gástricos, biliares y de origen desconocido; 3) cualquier estadiaje al diagnóstico; 4) estar en tratamiento neoadyuvante, adyuvante o de primera línea de enfermedad irresecable (localmente avanzada o metastásica); 5) firmar el consentimiento informado para la participación en el estudio y la publicación de datos. El reclutamiento se completó en marzo del 2023. El Comité de Ética del Hospital Universitario de Fuenlabrada aprobó el estudio.

Se diseñaron, adecuaron lingüísticamente y validaron dos cuestionarios. El primero, de personalidad, basado en el cuestionario de Myers-Briggs [8]. El segundo, de deseos y percepciones del paciente respecto a la comunicación de información clínica sensible, basado en la escala MABBAN [3] y en el protocolo SPIKES [1]. Como parte de la fase de estrategia de este segundo cuestionario se incluyeron preguntas dirigidas a explorar el deseo de los pacientes respecto a la intervención del oncólogo para favorecer la normalización de la enfermedad en el núcleo familiar. Lo cual es inusual ya que esta esfera no se contempla como parte de las recomendaciones especificadas en el protocolo SPIKES [1]. Cabe señalar, además, que los pasos "percepción" e "invitación" del protocolo SPIKES se fusionaron en un mismo dominio en el cuestionario de esta investigación. Los cuestionarios, así como el análisis estadístico de validación, se pueden consultar en el material adicional asociado a este artículo (Anexos 1 y 2).

Los cuestionarios se diseñaron según el modelo de pregunta cerrada y respuesta en forma de escala tipo Likert del 1 al 5. Se diseñaron en forma de pregunta y contrapregunta para mejorar la validez interna. Las respuestas se recogieron, de forma anónima, mediante un código de identificación de seis dígitos, en formularios de Google.

Además, de cada paciente se registraron los siguientes datos: edad, sexo, nivel de estudios, rama de estudios, tipo de tumor diagnosticado, estadio tumoral al diagnóstico, afectación del sistema nervioso central (SNC) metastásica al diagnóstico, contacto previo con un servicio de oncología —por proceso oncológico propio previo o por enfermedad oncológica en el núcleo familiar— y patología psiquiátrica previa.

Se realizó, en primer lugar, un análisis descriptivo de la muestra global y de las respuestas de los cuestionarios empleando el programa IBM-SPSS versión 25.0.

La puntuación de los cuestionarios se agrupó a posteriori en porcentajes por dominios (cuestionario 1: extroversión-introversión, realismo-intuición, previsor-espontáneo, fiel a sus ideas-complaciente; cuestionario 2: entorno, percepción-invitación, conocimiento, emociones, estrategia), con base en la siguiente fórmula:

$$x = \frac{(\sum(\textit{puntuación preguntas del dominio}) - \sum(\textit{puntuación contrapreguntas del dominio}))}{(\textit{Puntuación máxima obtenible}) \times 100}$$

Por ello, se empleó una escala del 100% (puntuación máxima en las preguntas) al -100% (puntuación máxima en las contrapreguntas), representando el 0% a las personas con rasgos mixtos de personalidad o la indiferencia en los ítems del protocolo SPIKES.

Los porcentajes por dominios se correlacionaron, en segundo lugar, mediante el test de Spearman para distribución no paramétrica, en base a los resultados obtenidos en la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

3. Resultados

Se reclutó una muestra de 51 pacientes oncológicos: 60,8 % hombres, 39,2 % mujeres; media de edad 62 ± 10 años; el 60,8 % con estudios básicos, 21,6 % medios, 10 % superiores; el 7,8 % con antecedentes de patología ansioso-depresiva. Todos presentaban tumores gastrointestinales o de origen desconocido: 17,6 % localizados, 37,3 % localmente avanzados, 45,1 % metastásicos. Ninguno de los pacientes presentó metástasis en el SNC en el diagnóstico. Al momento del reclutamiento, 29 pacientes (56,9 %) se encontraban en primera línea de tratamiento, 17 (33,3 %) en adyuvancia y 5 (9,8 %) en neoadyuvancia. Por último, el 23,5 % (12 pacientes) había tenido contacto previo con el Servicio de Oncología por un antecedente oncológico personal y el 37,3 % (19 pacientes) por enfermedad oncológica en el núcleo familiar. Los demás (39,2 %, 20 pacientes) no habían acudido nunca a un servicio de oncología.

En el cuestionario de personalidad, la población objeto de estudio se consideró predominantemente extrovertida (51 % de los pacientes), realista (54,8 %) y previsora (49 %). En torno a un 30 % de los pacientes consideró que su personalidad presentaba rasgos mixtos: extroversión-introversión (29,4%) realismo-intuición (39,2 %), previsión-espontaneidad (33,3 %). En el cuarto dominio, sin embargo, el 49 % de los pacientes consideraron que presentaban rasgos mixtos entre la fidelidad a las ideas propias y la complacencia hacia sus allegados. El 33 % se definió como "complaciente".

En el cuestionario de deseos y percepciones respecto a la comunicación de información clínica sensible, la mayor parte de los pacientes obtuvo una puntuación alta en todos los ítems del protocolo SPIKES. El 78,3 % de los pacientes obtuvo más de un 50 % de puntuación en el dominio "entorno", el 23,6 % en el dominio "percepción-invitación ", el 64,7 % en el dominio "conocimiento", el 86,2 % en el dominio "emociones" y el 76,4 % en el dominio "estrategia".

Puntuaron negativamente, entre el -33,3 % y el -0,1 %, dos pacientes (3,9 % del total de pacientes) en cada dominio ("entorno", "emociones", "conocimiento", "estrategia"); excepto en el dominio "percepción-invitación ", en el que cuatro (7,8 %) puntuaron entre -33,3 % y -0,1 % y 2 (3,9 %) puntuaron entre -100 % y -33,3 %. Así mismo, para cuatro pacientes (7,8 %) el dominio "percepción-invitación " resultó indiferente (puntuación: 0 %) y para un paciente (2 %), también el dominio "conocimiento".

Las correlaciones entre los dominios del cuestionario de personalidad y los dominios del cuestionario basado en el protocolo SPIKES no resultaron significativas ($p > 0,05$). Tampoco se encontró correlación entre los rasgos basales de la población objeto de estudio y las respuestas en los cuestionarios ($p > 0,05$). Cabe destacar que no se encontró correlación entre el estadiaje de la enfermedad al diagnóstico y los resultados obtenidos en los cuestionarios.

Se realizó un subanálisis exploratorio de correlación, entre los dominios del cuestionario de personalidad y las preguntas individuales del segundo cuestionario. Se observó correlación entre el grado de previsión y las preguntas *entorno 1*: "Deseo que el oncólogo me informe en un ambiente tranquilo y sin interrupciones" (coeficiente de correlación de Spearman (rs) = 0,34, p = 0,02) y *entorno 2*: "Deseo que me informe siempre el mismo oncólogo" (rs = 0,27, p = 0,05). También se observó correlación entre el grado de espontaneidad y las preguntas *emociones 2*: "Agradezco que el oncólogo haga pausas durante el proceso de información y respete mis silencios" (rs = -0,39, p = 0,004) y *emociones 3*: "Deseo que el oncólogo me pregunte abiertamente acerca de mis emociones. Tras ello, yo decidiré si quiero compartirlas o no" (rs = -0,29, p = 0,003). Así mismo, cabe destacar que no se encontró ninguna correlación entre los dominios de personalidad y las preguntas relativas a la normalización de la enfermedad en el núcleo familiar.

4. Discusión

La comunicación efectiva entre pacientes, familiares y personal sanitario es crucial para brindar una atención integral y mejorar la calidad de vida de los pacientes [12]. Permite detectar tempranamente y abordar miedos y ansiedades, así como acompañar en otras cuestiones psicoespirituales que son inherentes a las enfermedades graves y crónicas, como lo es la enfermedad oncológica. Está demostrado que una comunicación efectiva mejora la aceptación y adaptación a la enfermedad [13,14]. Además, permite potenciar la planificación anticipada de cuidados y disminuir las tasas de duelo patológico [4,15].

Aunque se dispone de múltiples cuestionarios de valoración relativos al proceso oncológico, como cribados de nutrición, escalas del paciente anciano, cuestionarios de salud psicológica, entre otros, no existe un cuestionario formalmente implantado en la práctica clínica que permita adecuar el proceso de comunicación de malas noticias a las necesidades y los deseos individuales de cada paciente [15,16].

Partiendo de la hipótesis de que la personalidad influye en los modos del lenguaje, este trabajo ha intentado encontrar matices en los seis pasos del protocolo SPIKES estandarizables con base en los rasgos de personalidad, sin éxito. Esto puede guardar relación con los siguientes puntos.

En primer lugar, los rasgos de personalidad de los pacientes participantes en este estudio resultaron relativamente homogéneos y tendentes hacia la extroversión, el realismo, la previsión y la neutralidad respecto a la complacencia versus la fidelidad a las ideas propias. En segundo lugar, el análisis estadístico se realizó con base en cuatro dominios de personalidad, a su vez basados en los ocho rasgos contrapuestos, y no con base en las 16 categorías de personalidad que definen Myers-Briggs y que surgen de las diferentes combinaciones de los ocho rasgos. Este análisis se realizó así por motivos de tamaño muestral, representatividad de la muestra y potencia estadística [8].

En segundo lugar, los dominios del segundo cuestionario, que se correlacionaban a su vez con los pasos del protocolo SPIKES [1], resultaron en líneas generales valorados positivamente; un porcentaje muy escaso de pacientes, tal y como se describe en el apartado de resultados, puntuó de forma indiferente o negativa. Estos resultados llevan a conclusiones en favor de la tendencia a la universalidad de determinadas necesidades en torno a la comunicación de malas noticias, por lo que se puede afirmar que el protocolo SPIKES las recoge adecuadamente [1].

El acierto fundamental de este protocolo consiste en emitir una serie de directrices generales que dejan espacio al arte interpersonal individual del profesional sanitario que participa en el acto de comunicación. Así, su generalidad lo hace amoldable a las diferentes personalidades tanto de los pacientes como de los propios profesionales sanitarios. Además, el propio protocolo está diseñado de tal forma que el paso previo garantiza el correcto devenir del paso siguiente. Por ello, parte de lo más sencillo, buscar un ambiente sereno, hacia lo más complejo, comunicar la información y plantear una estrategia, pero no sin antes haber preguntado qué información y cuánta información desea saber el paciente y haber validado las emociones que surgen en torno al proceso de comunicación de malas noticias [1].

Aunque no se cumplió el objetivo principal que era diseñar un algoritmo que permitiera individualizar, a través de los rasgos de personalidad, el proceso de comunicación de información clínica sensible, existen algunos hallazgos destacables.

En primer lugar, se exploró la opinión de los pacientes sobre abordar la esfera familiar como parte de la fase de estrategia. Esto se realizó mediante dos preguntas, y sus respectivas contrapreguntas, que fueron las siguientes: "Deseo que el oncólogo me ayude a normalizar mi enfermedad en el núcleo familiar" y "Deseo que me enseñen herramientas para normalizar la enfermedad oncológica con mis hijos". En ambas preguntas, la mediana de puntuación, recogida en forma de escala Likert del 1 al 5, fue 4 IC95 % (3,6-4). Por ende, aquellos profesionales que ejercemos en el campo de la oncología deberíamos prestar atención con mayor frecuencia a esta esfera que en ocasiones tiende a quedar relegada a un segundo plano por la estrategia terapéutica y los aspectos puramente clínicos. Lograr el adecuado entendimiento y aceptación de la enfermedad por el núcleo familiar facilita el acompañamiento y soporte del paciente por parte de sus allegados, redunda en mejores tasas de cumplimiento terapéutico, favorece una detección más precoz de las complicaciones y genera mayor bienestar emocional que a su vez influye en el bienestar físico [16].

En segundo lugar, al desglosar por preguntas el análisis de la fase de estrategia, se encuentran dos bloques claros. El primero, denominado B*loque de planificación terapéutica,* está formado por dos preguntas, la primera sobre el deseo de recibir información terapéutica, y la segunda sobre el deseo de participar en la toma de decisiones clínicas. El segundo, denominado *Bloque de planificación vital*, está formado por tres preguntas, las dos anteriormente mencionadas sobre la esfera familiar y una tercera dirigida a la planificación de otras circunstancias vitales. Se agrupó la puntuación obtenida en estos bloques del 0 al 100 %. En el bloque de planificación terapéutica, el 43,1 % puntuó entre 75 %-100 %. Sin embargo, en el bloque de planificación vital, el 78,4 % se encontraba en dicho rango de puntuación, lo cual supone casi el doble de pacientes. Estos resultados llevan a concluir que existe una preocupación predominante en los pacientes respecto a las consecuencias colaterales que pueda tener su enfermedad en su día a día [12]. Esta preocupación está por encima, en muchos casos, de la preocupación por las cuestiones más puramente clínicas de la enfermedad, según los resultados de este trabajo.

Este estudio abordó un campo de estudio subjetivo. Dicha subjetividad dificulta la sistematización del objeto a estudio, por lo que se puede afirmar que en ella reside la principal limitación de este trabajo. Sin embargo, se debe conceder una importancia primordial a la disminución del impacto emocional y al soporte integral, y prestar atención al entorno social del paciente, lo cual es percibido por los pacientes positivamente en términos de calidad asistencial [12, 16].

5. Conclusiones

Establecer una adecuada comunicación forma parte del proceso terapéutico y del abordaje integral del paciente oncológico. Las altas puntuaciones registradas en todos los dominios del Cuestionario de deseos y percepciones del paciente respecto a la comunicación de malas noticias sustentan que el protocolo SPIKES continúa siendo, hasta la fecha, el *gold standard* en este ámbito. No se pueden estandarizar matices en el protocolo SPIKES con base en los rasgos de personalidad en función de los resultados de este trabajo. Dentro de la fase de estrategia, el 78,4 % de los pacientes participantes en este estudio obtuvo entre el 75 y el 100 % de puntuación en el denominado *Bloque de planificación vital*. Esto se traduce en una elevada preocupación por el impacto de la enfermedad en el núcleo familiar y se percibe positivamente en términos de calidad asistencial el hecho de que el oncólogo trate de ayudar en dicho ámbito.

6. Abreviaturas

ASCO: Sociedad Americana de Oncología Clínica.

DICS: dominante, influyente, sincero y consciente.

MABBAN: escala de Marburg para dar malas noticias.

PCA: planificación compartida de la atención.

SNC: sistema nervioso central.

SPIKES: entorno, percepción, invitación, conocimiento, empatía, emociones, estrategia y resumen.

7. Información administrativa

7.1. Archivos Adicionales

Ninguno declarado por los autores

7.2. Agradecimientos

Bueno A., Conejo M.A., Murillo C., Juez I., Martínez E.: por su participación en la fase de corrección y adecuación lingüística de los cuestionarios durante la fase de validación.

A todos los voluntarios anónimos que participaron en la fase de validación de los cuestionarios.

7.3. Contribución de los autores:

Conceptualización, visualización, metodología, gestión de proyectos, redacción, corrección y edición: Irene Solana López, Manuel Meilan Uzcategui, Elia Martínez Moreno. **Edición:** Ignacio Juez Martel, David Gutiérrez Abad, Elena Lahoz León, Olga Mateo Rodríguez, Jaime Martínez Moreno, Carlos de Zea Luque, Ana Manuela Martín Fernández de Soignie, Fátima Escalona Martín, Isabel Santana Gómez, Juan Antonio Guerra Martínez. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

7.4. Financiamiento

Ninguno.

7.5. Disponibilidad de datos y materiales

Existe la disponibilidad de datos bajo solicitud al autor de correspondencia. No se reportan otros materiales.

7.6. Declaraciones

7.6.1. Aprobación del comité de ética

El estudio recibió la aprobación del Comité de Ética de la Investigación (CEI) y del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) del Hospital Universitario de Fuenlabrada.

7.6.2. Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Referencias

1. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. Oncologist. 2000;5(4):302-11. https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302.
2. Salvador, J. J. R. Comunicación clínica: cómo dar malas noticias. Doctutor (2010). Disponible en: http://www.doctutor.es/wp-content/uploads/2010/03/Dar-Malas-Noticias-JJ-Rodriguez-S-2010.pdf
3. von Blanckenburg P, Hofmann M, Rief W, Seifart U, Seifart C. Assessing patients´ preferences for breaking Bad News according to the SPIKES-Protocol: the MABBAN scale. Patient Educ Couns. 2020;103(8):1623-1629. https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.02.036
4. Carrero-Planes, V., Navarro-Sanz, R., Serrano-Font, M. "Planificación adelantada de los cuidados en pacientes con enfermedades crónicas y necesidad de atención paliativa." Medicina Paliativa 23.1 (2016): 32-41. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S1134248X13001195?returnurl=null&referrer=null
5. Rosa WE, Izumi S, Sullivan DR, Lakin J, Rosenberg AR, Creutzfeldt CJ, Lafond D, Tjia J, Cotter V, Wallace C, Sloan DE. Advance care planning in serious illness: a narrative review. Journal of pain and symptom management. 2023 Jan 1;65(1):e63-78. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2022.08.012
6. Martínez, C. L., Rodríguez, C. C., Gómez, A. E., & Navarro, J. T. (2021). La planificación compartida de la atención en personas con enfermedad oncológica en un instituto monográfico de cáncer: estudio descriptivo retrospectivo. Medicina paliativa, 28(4), 242-251. https://doi.org/10.20986/medpal.2021.1258/2021
7. Filipuzzi, C. (2017) Tesis Doctoral. "Ventajas y desventajas del Test de Personalidad DISC." Universidad de Palermo. Disponible: http://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/1918/Filipuzzi%2C%20Camila.pdf?sequence=1&isAllowed=y
8. Murray, John B. "Review of research on the Myers-Briggs type indicator." Perceptual and Motor skills 70.3_suppl (1990): 1187-1202. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.2466/pms.1990.70.3c.1187
9. Boyle, Gregory J. "Myers-Briggs type indicator (MBTI): some psychometric limitations." Australian Psychologist 30.1 (1995): 71-74. https://doi.org/10.1111/j.1742-9544.1995.tb01750.x
10. Lee, Chang H., et al. "The relations between personality and language use." The Journal of general psychology 134.4 (2007): 405-413. Disponible en: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3200/GENP.134.4.405-414
11. Keh, Sedrick Scott, and I. Cheng. "Myers-Briggs personality classification and personality-specific language generation using pre-trained language models." arXiv preprint arXiv:1907.06333 (2019). Disponible en: https://arxiv.org/abs/1907.06333
12. Krieger T, Salm S, Dresen A, Cecon N. Cancer patients' experiences and preferences when receiving bad news: a qualitative study. Journal of cancer research and clinical oncology. 2023 Jul;149(7):3859-70. Disponible en: https://doi.org/10.1155/2020/7432849
13. Li J, Luo X, Cao Q, Lin Y, Xu Y, Li Q. Communication Needs of Cancer Patients and/or Caregivers: A Critical Literature Review. J Oncol. 2020;2020:7432849. doi:10.1155/2020/7432849 Disponible en: https://www.hindawi.com/journals/jo/2020/7432849/
14. Anuk D, Alçalar N, Sağlam EK, Bahadır G (2022) Breaking bad news to cancer patients and their families: attitudes toward death among Turkish physicians and their communication styles. J Psychosoc Oncol 40(1):115–130. https://doi.org/10.1080/07347332.2021.1969488
15. Ernstmann N, Nakata H, Meurer L, Weiß J, Geiser F, Vitinius F et al (2022) Participative development and evaluation of a communication skills-training program for oncologists-patient perspectives on training content and teaching methods. Support Care Cancer 30(3):1957–1966. https://doi.org/10.1007/s00520-021-06610-1
16. Valentín, V., Murillo, M.T., Valentín, M., & Royo, D. Cuidados continuos. Una necesidad del paciente oncológico. Revista de psicooncología (2004), 1(1), 155-164. Disponible en: https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/psicooncologia/numero1_vol1/capitulo11.pdf

Anexos

Anexo 1. Diseño de los cuestionarios

Se diseñó un primer cuestionario exploratorio de rasgos de personalidad, basado en la interpretación que el cuestionario de Myers-Briggs hace de los ocho rasgos contrapuestos por pares que, para estos autores, definen los dieciséis tipos de personalidad.

Se diseñó un segundo cuestionario, basado en el cuestionario MABBAN, que a su vez está basado en el protocolo SPIKES, para indagar en los deseos de los pacientes respecto a la comunicación de malas noticias durante el proceso oncológico.

Todos los cuestionarios se diseñaron según el modelo de pregunta cerrada y respuesta en forma de escala tipo Likert del 1 al 5. Tanto el cuestionario 1 como el cuestionario 2 se diseñaron en forma de pregunta y contrapregunta para mejorar la validez interna.

Fase de corrección de los cuestionarios preliminares

La versiones preliminares de los cuestionarios fueron evaluadas y corregidas por cuatro personas de diferente edad y diferente perfil académico: un filólogo y graduado superior en música menor de 30 años; un oncólogo, experto en comunicación clínica y humanización del proceso oncológico de entre 40-60 años; una doctora en economía y gestión de la innovación del mismo rango de edad; y una ama de casa con estudios básicos también de entre 40-60 años.

Se indagó en la corrección lingüística del cuestionario, la neutralidad en el modo de formular las preguntas, se hizo hincapié en que ninguna pregunta resultase hiriente o comprometida y se reformuló la versión preliminar para mejorar la compresión.

Fase de validación de los cuestionarios definitivos

Una vez establecido el diseño definitivo de los cuestionarios, se procedió a la fase de validación. Para ello, los cuestionarios fueron transferidos a un formulario de Google que se ofreció a una muestra poblacional aleatoria y variada, no necesariamente oncológica, en cuanto a criterios de edad, género, nivel de estudios, rama de estudios y lengua materna. Esta muestra incluyó a 115 voluntarios.

Se detectó un error de compresión en las preguntas 3 y 4 del cuestionario 2 relativo al paréntesis "(independientemente de si yo acepto o rechazo)". Algunos encuestados interpretaron erróneamente que el oncólogo iba a dejar pasar a la familia en el momento de la información o iba a informar a la familia aunque el paciente rechazara. Por ello, se simplificó lingüísticamente en la versión final; se eliminó el paréntesis y resultó de la siguiente forma:

- Cuestionario 2. Pregunta n.º 3: deseo que el oncólogo me ofrezca estar acompañado por mis familiares durante el proceso de información. Tras el ofrecimiento, yo decidiré si lo acepto o lo rechazo.
- Cuestionario 2. Pregunta n.º 4: deseo que el oncólogo se ofrezca a informar a mis familiares cuando estos no pueden asistir. Tras el ofrecimiento, yo decidiré si lo acepto o lo rechazo.

Por extensión se reformuló también la pregunta 14 del cuestionario 2, ya que la redacción era similar. Se eliminó el paréntesis "(independientemente de si quiero compartirlas o no)" y resultó de la siguiente forma:

- Cuestionario 2. Pregunta n.º 14: deseo que el oncólogo me pregunte abiertamente acerca de mis emociones. Tras ello, yo decidiré si quiero compartirlas o no.

Previo al análisis estadístico para la validación del cuestionario se recodificaron las contrapreguntas en escala Likert inversa.

Sobre las respuestas registradas empleando el programa IBM-SPSS, se realizó un análisis de fiabilidad y reproducibilidad (consistencia interna y estabilidad test-retest) y de validez del instrumento (validez de constructo, discriminante y criterio).

Análisis de consistencia interna

1. Cuestionario 1 (personalidad)

Alfa de Cronbach global para el cuestionario 1 = 0,731. No aumenta significativamente al eliminar preguntas.

Alfa de Cronbach por dimensiones (subgrupos de ítems):

1. Extrovertido/introvertido = 0,809. No aumenta al eliminar preguntas.
2. Realista/intuitivo = 0,619. Aumenta al eliminar la pregunta n.º 14 de forma no significativa a 0,650.
3. Previsor/espontáneo = 0,795. Aumenta de forma no significativa al eliminar la pregunta n.º 7 a 0,816.
4. Fiel a las ideas propias/complaciente = 0,580. Aumenta de forma no significativa a 0,595 al eliminar la pregunta n.º 21.

Dado que la eliminación de preguntas no aumenta de forma significativa la validez interna del cuestionario por dimensiones y la validez interna global es adecuada, no se realizan modificaciones en la versión definitiva del cuestionario n.º 1.

2. Cuestionario 2 (deseos)

Alfa de Cronbach global para el cuestionario 2 = 0,930. No aumenta significativamente al eliminar preguntas.

Alfa de Cronbach por dimensiones (subgrupos de ítems):

1. Importancia del entorno = 0,667. Aumenta al eliminar la pregunta n.º 4 de forma no significativa a 0,694.
2. Importancia de la percepción/invitación = 0,636. No aumenta al eliminar ítems.
3. Importancia del conocimiento = 0,723. No aumenta al eliminar ítems.
4. Importancia de las emociones = 0,881. No aumenta de forma significativa al eliminar ítems.
5. Importancia de la estrategia = 0,863. Aumenta de forma no significativa al eliminar la pregunta n.º 18 a 0,864.

Dado que la eliminación de preguntas no aumenta de forma significativa la validez interna del cuestionario por dimensiones y la validez interna global es adecuada, no se realizan modificaciones en la versión definitiva del cuestionario n.º 2.

Análisis de validez de constructo

1. Cuestionario 1 (personalidad)

Prueba KMO = 0,643; prueba de esfericidad de Bartlett significativa (p = 0,000).

Agrupa los ítems en cuatro componentes que explican el 52 % de la varianza:

- Componente 1 (15,4 % de la varianza): compuesto por los ítems que valoran la espontaneidad (preguntas n.º 18, 19 y 20) y se contraponen en la matriz a las preguntas que valoran la previsión (preguntas n.º 7, 8 y 9), diseñadas las unas como contrapreguntas de las otras.

- Componente 2 (12,7 % de la varianza): compuesto por los ítems que valoran la introversión (preguntas n.° 12 y 13) y se contraponen en la matriz a las preguntas que valoran la extroversión (preguntas n.° 1 y 2), diseñadas las unas como contrapreguntas de las otras.
- Componente 3 (12,2 % de la varianza): compuesto por los ítems que valoran el realismo (preguntas n.° 3, 4, 5 y 6) y se contraponen en la matriz a las preguntas que valoran el carácter intuitivo (preguntas n.° 14, 15, 16 y 17), diseñadas las unas como contrapreguntas de las otras.
- Componente 4 (11,7 % de la varianza): compuesto por los ítems que valoran la personalidad complaciente (preguntas n.° 21 y 22) y se contraponen en la matriz a las preguntas que valoran la fidelidad a las ideas propias (preguntas n.° 10 y 11), diseñadas las unas como contrapreguntas de las otras.

2. Cuestionario 2 (deseos)

   Prueba KMO = 0,797; prueba de esfericidad de Bartlett significativa (p = 0,000).

   Agrupa los ítems en cinco componentes que explican el 55,9 % de la varianza:

- Componente 1 (21,7 % de la varianza): compuesto por los ítems que en contra de la fase de estrategia (preguntas n.° 28-42) y se contraponen en la matriz a las preguntas que sí valoran la fase de estrategia (preguntas n.° 17-21), diseñadas las unas como contrapreguntas de las otras.
- Componente 2 (12,9 % de la varianza): compuesto por los ítems que valoran la fase de emociones (preguntas n.° 12-16) y se contraponen en la matriz a las preguntas en contra de la fase de emociones (preguntas n.° 33-37), diseñadas las unas como contrapreguntas de las otras.
- Componente 3 (10,0 % de la varianza): compuesto por los ítems que valoran la fase de conocimiento (preguntas n.° 8-11) y se contraponen en la matriz a las preguntas que en contra de la fase de conocimiento (preguntas n.° 29-32), diseñadas las unas como contrapreguntas de las otras.
- Componente 4 (6,8 % de la varianza): compuesto por los ítems que valoran la fase de entorno (preguntas n.° 1-4) y se contraponen en la matriz a las preguntas que en contra de la fase de entorno (preguntas n.° 22-25), diseñadas las unas como contrapreguntas de las otras.
- Componente 5 (4,3 % de la varianza): compuesto por los ítems que valoran la fase de percepción/incitación (preguntas n.° 5-7) y se contraponen en la matriz a las preguntas que en contra de la fase de percepción/incitación (preguntas n.° 26-28), diseñadas las unas como contrapreguntas de las otras.

Análisis de validez discriminante

En el diseño de los cuestionarios no hay ninguna variable establecida como discriminante. Por el contrario, la prueba piloto se ejecutó en personas aleatorias de diferente edad, nivel de estudios, rama de estudios y lengua materna. Ninguno reportó ausencia de compresión del cuestionario o dificultades en su realización.

Dado que se encuentra firmemente establecido que las vivencias personales, relacionadas a su vez con las diferencias de edad, el nivel de estudios o la rama de estudios, pueden forjar rasgos de la personalidad y la hipótesis del estudio es que estos a su vez influyen en la manera en la que deseamos que las malas noticias nos sean comunicadas, no es válido realizar en esta fase un análisis discriminante empleando dichas variables, sino que formará parte del análisis de resultados definitivo.

Se realizó un análisis de validez discriminante por lengua materna, empleando la prueba U de Mann-Whitney, y no se encontraron diferencias significativas (p > 0,05) en el porcentaje de puntuación de los diferentes dominios de los cuestionarios 1, 2 y 3.

Análisis de validez de criterio

No existe ningún cuestionario *gold standar* con el cual ejecutar el análisis de validez de criterio.

Análisis de validez de reproducibilidad

Para el análisis de reproducibilidad, se seleccionó aleatoriamente a un 10 % de la muestra (11 personas) que repitieron el cuestionario con cierto margen temporal (7 días) tras la realización del primer intento.

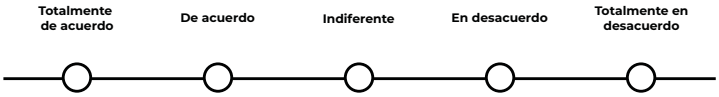
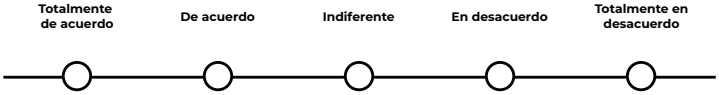
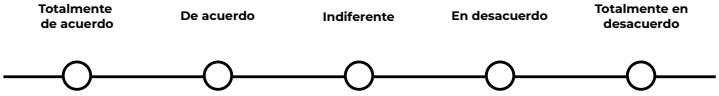
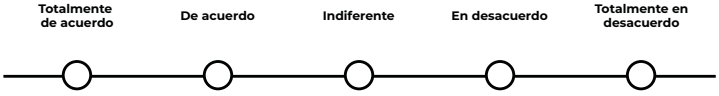
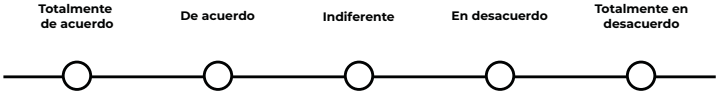
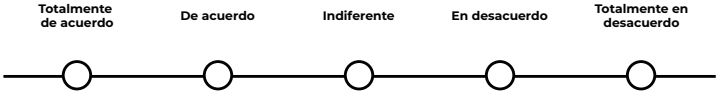
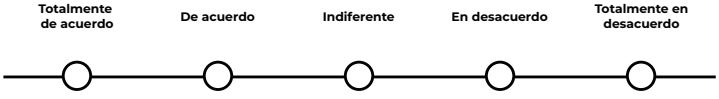
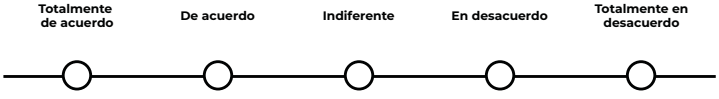
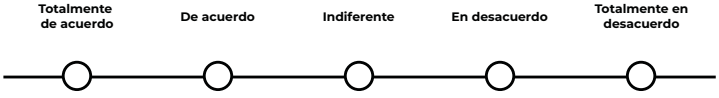
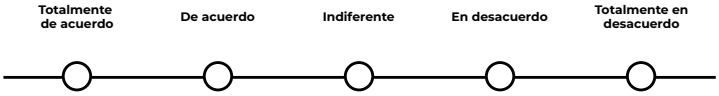
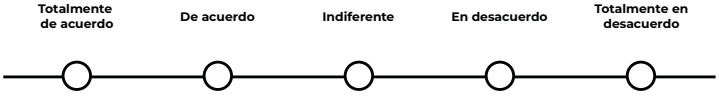
Para ejecutar el análisis de reproducibilidad mediante el coeficiente de correlación intraclase para medidas únicas, se calcularon los porcentajes de puntuación para cada uno de los dominios de los tres cuestionarios. Así mismo, se calculó la puntuación total en cada cuestionario obtenida como la suma del porcentaje obtenido en cada dominio. Se concluyó que la estabilidad test-retest era adecuada.

Cuestionario (Q) y Dominio (D)	Coeficiente correlación intraclase	IC 95 %
(Q)1 (D)Extroversión	0,92	0,73-0,97
(Q)1 (D)Realismo	0,90	0,67-0,97
(Q)1 (D)Previsión	0,98	0,95-0.99
(Q)1 (D)Fidelidad ideas propias	0,83	0,52-0,95
(Q)1 (D)Introversión	0,80	0,41-0,94
(Q)1 (D)Intuición	0,93	0,72-0,98
(Q)1 (D)Espontaneidad	0,91	0,69-0,97
(Q)1 (D)Complacencia	0,67	0,15-0,90
(Q)1 Puntuación total	0,82	0,48-0,95
(Q)2 (D)Entorno	0,92	0,74-0,97
(Q)2 (D)Percepción/Invitación	0,80	0,42-0,94
(Q)2 (D)Conocimiento	0,73	0,30-0,91
(Q)2 (D)Emociones	0,86	0,54-0,96
(Q)2 (D)Estrategia	0,91	0,73-0,97
(Q)2 (D)NO Entorno	0,68	0,19-0,90
(Q)2 (D)NO Percepción/Invitación	0,94	0,60-0,98
(Q)2 (D)NO conocimiento	0,74	0,29-0,92
(Q)2 (D) NO emociones	0,74	0,31-0,92
(Q)2 (D) NO estrategia	0,75	0,30-0,92
(Q)2 Puntuación total	0,66	0,16-0,89
(Q)3 (D)Evaluación	0,93	0,77-0,98
(Q)3 (D)Emociones negativas	0,90	0,69-0,97
(Q)3 Puntuación total	0,91	0,71-0,97

Anexo 2. Cuestionarios

CUESTIONARIO 1. CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD

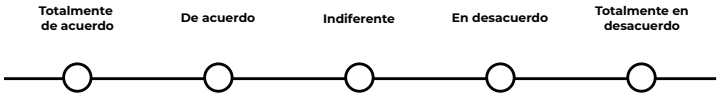
	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Me considero una persona extrovertida, habladora.	○	○	○	○	○
2. Me gusta elaborar y compartir mis ideas con otros.	○	○	○	○	○
3. Soy realista, prefiero ver las cosas tal y como son.	○	○	○	○	○
4. Soy minucioso/a, a menudo me fijo en detalles concretos.	○	○	○	○	○
5. Soy práctico/a, no me gustan las ideas que no tienen una aplicación.	○	○	○	○	○
6. Cuando describo mis circunstancias, lo hago de forma detallada y ajustada objetivamente a la realidad.	○	○	○	○	○
7. Me gusta tener soluciones preestablecidas para mis problemas.	○	○	○	○	○
8. Necesito trazar planes detallados, sabiendo qué voy a hacer en cada paso, sin dejar espacio a la improvisación.	○	○	○	○	○
9. Prefiero conocer todas las variables que puedan interferir en mi plan y tener soluciones anticipadas planeadas para ellas.	○	○	○	○	○
10. Cuando tomo decisiones, lo hago priorizando mi escala de valores. Doy menos importancia a la opinión de los demás.	○	○	○	○	○
11. Es más importante que mis decisiones estén perfectamente argumentadas y tengan un sentido lógico que contar con la aprobación de los demás.	○	○	○	○	○

12. Me considero una persona tímida y reservada.	
13. Soy introspectivo/a, no comparto mis ideas con otros.	
14. Me gusta hacerme una idea general de la situación, sin entrar mucho en detalles.	
15. Tiendo a especular con las posibilidades de lo que podrá ser en vez de centrarme en el ahora.	
16. Me gusta perderme en mis pensamientos y abstraerme, aunque no saque conclusiones prácticas.	
17. Cuando describo las circunstancias, tiendo a darle un toque poético, emocional y narrativo.	
18. Dejo mis problemas fluir: las soluciones llegarán por sí solas.	
19. Mis planes son espontáneos y se modifican sobre la marcha.	
20. Soy flexible. No me preocupo sobre las variables que puedan interferir en mi plan. Si se presentan, ya veremos.	
21. Cuando tomo decisiones, me gusta consensuarlas con mis seres queridos.	
22. Priorizo complacer a la mayoría de los implicados, aunque eso suponga modificar mi decisión inicial.	

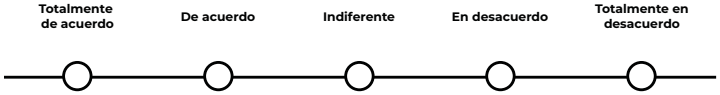
CUESTIONARIO 2. CUESTIONARIO DE DESEOS SOBRE EL PROCESO DE COMUNICACIÓN RELATIVO A LA INFORMACIÓN CLÍNICA EN ONCOLOGÍA

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Deseo que el oncólogo me informe en un ambiente tranquilo y sin interrupciones.	○	○	○	○	○
2. Deseo que me informe siempre el mismo oncólogo.	○	○	○	○	○
3. Deseo que el oncólogo me ofrezca estar acompañado por mis familiares durante el proceso de información. Tras el ofrecimiento, yo decidiré si lo acepto o lo rechazo.	○	○	○	○	○
4. Deseo que el oncólogo se ofrezca a informar a mis familiares cuando estos no pueden asistir. Tras el ofrecimiento, yo decidiré si lo acepto o lo rechazo.	○	○	○	○	○
5. Deseo que el oncólogo me pregunte hasta dónde quiero saber.	○	○	○	○	○
6. Deseo que el oncólogo me pregunte qué información he comprendido hasta la fecha para que, sobre eso, me pueda realizar las aclaraciones necesarias.	○	○	○	○	○
7. Prefiero que el oncólogo me cuente la información con suavidad, sin anticipar desde el inicio que lo que trae son malas noticias.	○	○	○	○	○
8. Deseo que el oncólogo comparta la información clínica conmigo con claridad, utilizando frases sencillas.	○	○	○	○	○
9. Deseo que el oncólogo priorice las ideas más importantes y modere la cantidad de información que me da.	○	○	○	○	○
10. Deseo que el oncólogo se asegure de que he entendido lo que me explica correctamente (aunque ello suponga que yo tenga que repetir al médico la información que me acaba de dar).	○	○	○	○	○
11. Deseo que el oncólogo emplee un lenguaje sencillo exento de tecnicismos.	○	○	○	○	○
12. Deseo que el oncólogo se muestre empático y se preocupe por mis sentimientos.	○	○	○	○	○
13. Agradezco que el oncólogo haga pausas durante el proceso de información y respete mis silencios.	○	○	○	○	○
14. Deseo que el oncólogo me pregunte abiertamente acerca de mis emociones. Tras ello, yo decidiré si quiero compartirlas o no.	○	○	○	○	○

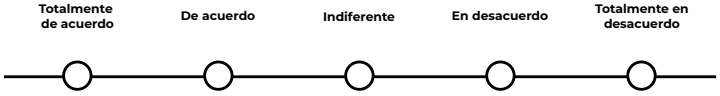
15. Deseo que el oncólogo me ponga una mano en el hombro si lo cree necesario.



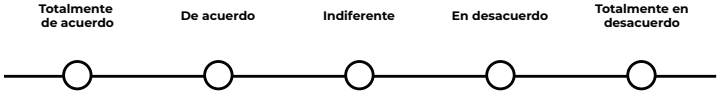
16. Deseo que el oncólogo me mire a los ojos mientras me da la información.



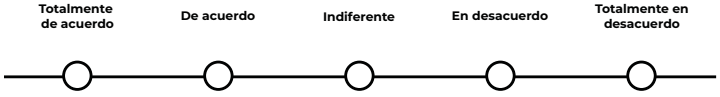
17. Deseo ser informado acerca de las diferentes opciones terapéuticas.



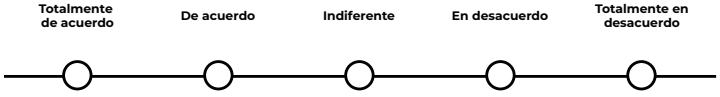
18. Deseo participar en la toma de decisiones respecto al tratamiento.



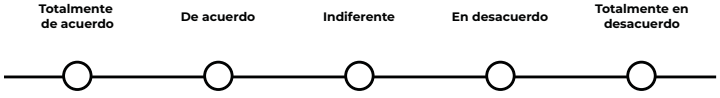
19. Deseo conocer los efectos de mi enfermedad oncológica sobre mis circunstancias vitales y que el oncólogo me ayude a encontrar soluciones.



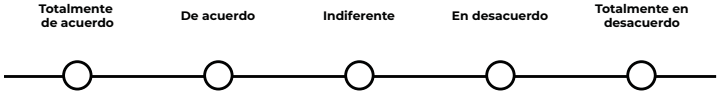
20. Deseo que el oncólogo me ayude a normalizar mi enfermedad en el núcleo familiar.



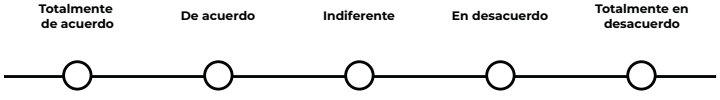
21. Deseo que me enseñen herramientas para normalizar la enfermedad oncológica con mis hijos.



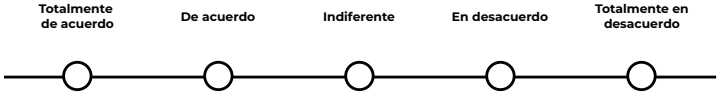
22. Cualquier lugar me parece bien para ser informado, incluso delante de otros pacientes. La enfermedad no es algo que ocultar.



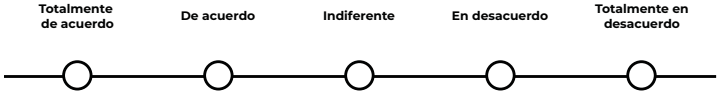
23. Me es indiferente qué oncólogo me informe, siempre y cuando conozca bien mi caso.



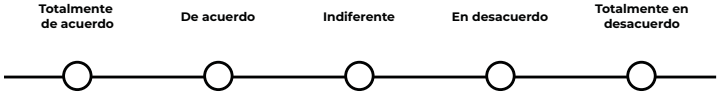
24. El dueño de la información sobre mi enfermedad soy yo. Por ello me molesta que el oncólogo me pregunte si deseo que mis familiares estén presentes en el momento de la información.



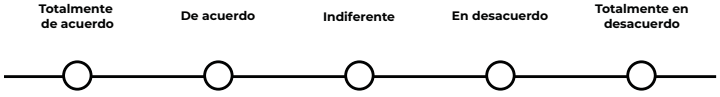
25. Me molesta que el oncólogo se ofrezca a llamar a mis familiares. Me hace sentir que duda de mi capacidad para comprender la información que me da.



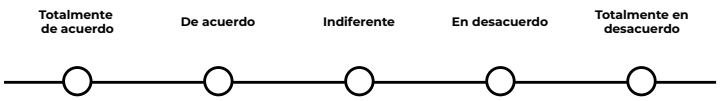
26. Es el oncólogo quien debe considerar cuánta información debe proporcionarme. No quiero que me pregunte cuánto deseo saber.



27. Que el oncólogo me pregunte qué sé hasta la fecha (para desde ahí completar la información) me parece un examen innecesario.



28. Prefiero que el oncólogo sea directo y me diga desde el inicio del encuentro que me tiene que dar malas noticias.



29. Me gusta que el oncólogo sea técnico cuando me informa. Que emplee las palabras que mejor definen mi proceso, aunque yo no entienda ese lenguaje. Ya buscaré lo que significan.

30. Deseo que el oncólogo me informe con frases elaboradas que encadenen varias ideas para seguir mejor el razonamiento.

31. Deseo que el oncólogo me informe absolutamente todo primero y no le quede nada por decirme. No tiene que protegerme dándome la información de manera progresiva.

32. No deseo que el oncólogo me pregunte lo que he entendido porque me incomoda tener que explicarle al médico la información.

33. La empatía no es una cualidad que desee en mi oncólogo. Con que sea bueno científicamente me vale.

34. Me incomoda que el oncólogo haga pausas durante el proceso de información. No quiero dar pie a silencios.

35. No deseo que el oncólogo me pregunte por mis emociones. Para mí son algo privado.

36. No deseo contacto físico del oncólogo, independientemente de cuáles sean mis emociones.

37. No deseo contacto visual con el oncólogo, me hace sentir incómodo.

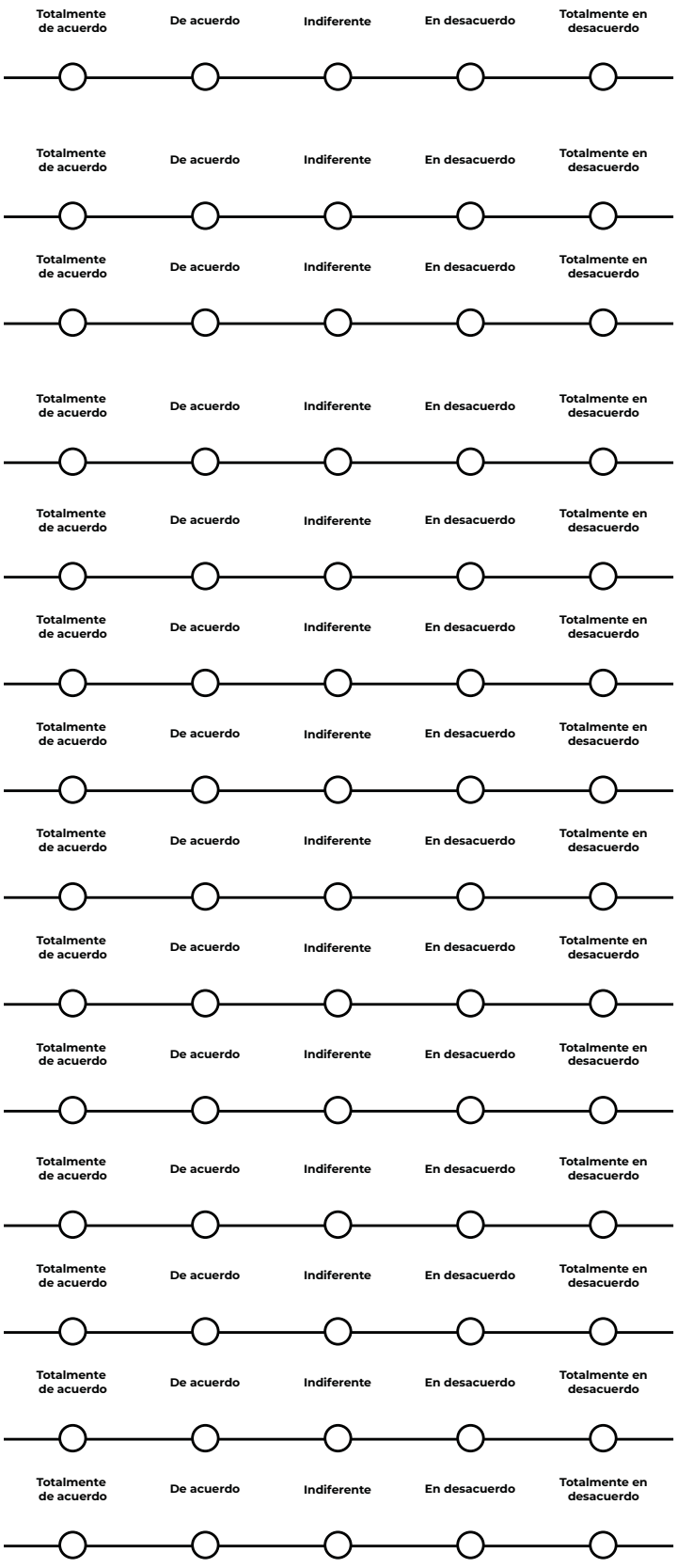
38. No deseo ser informado acerca de las diferentes opciones terapéuticas. Es el oncólogo el que debe decidir cuál es la mejor.

39. No deseo participar en la toma de decisiones, prefiero que decida unilateralmente el oncólogo.

40. No deseo conocer las repercusiones de mi enfermedad oncológica en mi vida diaria. No es algo que me preocupe.

41. El oncólogo no debe preguntar por mi vida familiar ni preocuparse de cómo afecta mi enfermedad oncológica a mis allegados.

42. No deseo ayuda del oncólogo para exponer mi situación oncológica a mis hijos.



ONCOLOGÍA

ISSN: 2661-6653

DOI: https://doi.org/10.33821/737
Artículo / Article

Supervivencia en pacientes con cáncer de mama estadio IV con manejo sistémico y quirúrgico

Survival in patients with stage IV breast cancer with systemic and surgical management

Fernanda Bravo[1], Elsa Vásquez[2], Arnon Oviedo[3], Fernando Herazo[4] y Javier Cuello[4]

1 Hospital Universitario San José, Popayán, Cauca
2 Departamento de Investigación de la Universidad CES, Medellín, Colombia
3 Clínica Nuevo Milenium, Tegucigalpa , Honduras
4 Departamento de Oncología Clínica de la Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida, Medellín, Colombia

Recibido: 22/02/2024
Aceptado: 18/03/2024
Publicado: 30/04/2024

RESUMEN

Introducción: El manejo sistémico es el pilar del tratamiento en las pacientes con cáncer de mama metastásico al debut. Sin embargo, la terapia conjunta (sistémica con cirugía local/locorregional) es objeto de investigación para determinar si ofrece un beneficio adicional en los resultados oncológicos. Los ensayos clínicos aleatorizados tienen reportes contradictorios en cuanto a supervivencia global, mientras que los estudios retrospectivos muestran un impacto favorable. Esta investigación tuvo como objetivo describir la supervivencia global y la supervivencia libre de progresión de pacientes con carcinoma de mama metastásico al debut, tratadas con terapia sistémica exclusiva o terapia conjunta. **Materiales y método:** Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes con carcinoma de mama metastásico al debut de una clínica de referencia oncológica. Se evaluaron dos grupos de manejo: con terapia sistémica exclusiva vs. terapia conjunta. Los resultados principales evaluados fueron la supervivencia libre de progresión y la supervivencia global, calculados mediante las funciones de supervivencia de Kaplan-Meier y ajustados a las variables confusoras con modelos de Cox. **Resultados:** Recibieron terapia sistémica exclusiva 174 pacientes y 88 pacientes, terapia conjunta. La mediana de seguimiento fue de 58,38 meses; la supervivencia libre de progresión fue de 38,56 meses en el grupo de terapia sistémica exclusiva vs. 72,25 meses para el grupo de terapia conjunta. La supervivencia global fue de 42,4 meses (IC 95 % 33,23-51,56) en terapia sistémica exclusiva vs. 82,33 (IC 95 % 62,1-102,55) en terapia conjunta, ambos resultados estadísticamente significativos para el grupo quirúrgico. **Conclusión:** En pacientes con carcinoma de mama metastásico al debut, la supervivencia global y la supervivencia libre de progresión fueron mejores en los tratados con terapia conjunta que en los manejados con terapia sistémica exclusiva.

Palabras Clave: cáncer de mama, cirugía, supervivencia, tratamiento.

ABSTRACT

Introduction: Systemic therapy is the standard treatment in patients with metastatic breast cancer at debut. However, combined therapy (systemic therapy plus local/locoregional surgery) is under investigation to determine if it offers additional benefit on oncologic outcomes. Randomized clinical trials (RCTs) have yielded contradictory reports regarding overall survival (OS), while retrospective studies show a favorable impact. This investigation aims to describe the OS and progression-free survival (PFS) of patients with metastatic breast cancer at debut, treated with systemic therapy only or combined therapy. **Materials and method:** A retrospective cohort study of patients with metastatic breast cancer at the debut treated in a specialized cancer care center in Colombia. Two groups were evaluated: EST vs CT, i.e., systemic therapy and breast surgery, respectively. The primary outcomes were PFS and OS, calculated using Kaplan-Meier survival functions and adjusted for confounding variables with Cox models. **Results:** 174 patients received EST, and 88 patients received CT. Median follow-up was 58.38 months; PFS was 38.56 months in the EST group vs 72.25 months in the CT group. OS was 42.4 months (95% CI 33.23-

*** Autor de correspondencia:** Fernanda Bravo, ferxi34@unicauca.edu.co

Cómo citar: Bravo F, Vásquez E, Oviedo A, Herazo F, Cuello J. Supervivencia en pacientes con cáncer de mama estadio IV inicial con manejo sistémico y quirúrgico. Oncología (Ecuador). 2024;34(1): 21-35. https://doi.org/10.33821/737

© 2024 Revista Oncología Ecuador. Publicado por la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, Ecuador. Este es un artículo de acceso abierto publicado bajo una licencia CC BY-NC-SA (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

51.56) in the EST group vs. 82.33 (95% CI 62.1-102.55) in the CT group; both results were statistically significant for the surgical group. **Conclusion:** In patients with metastatic breast carcinoma at debut, OS and PFS were better in those treated with CT than in those managed with EST.

Keywords: Breast neoplasms, surgery, survival, therapeutics.

1. Introducción

Del 3 al 8 % de los pacientes diagnosticados con cáncer de mama pueden debutar con enfermedad metastásica [1]. El tratamiento estándar para estos casos es la terapia sistémica con la que se han mejorado significativamente la supervivencia global (SG) y la supervivencia libre de progresión (SLP), especialmente en aquellas pacientes con receptores hormonales o Her 2 positivo [2,3].

Actualmente, la cirugía se ha concebido con un enfoque terapéutico complementario, con el objetivo de paliar los síntomas y prevenir las complicaciones asociadas a la progresión local de la enfermedad [3]. Sin embargo, se ha sugerido también que tiene un potencial efecto benéfico para prolongar la SG de los pacientes a través de diversos mecanismos, como la reducción de la carga tumoral, la eliminación de células madre cancerosas, la reversión de la inmunosupresión inducida por el tumor, la reducción de la heterogeneidad clonal, la interrupción de la autosiembra del tumor primario, la interrupción del movimiento multidireccional de células tumorales entre el tumor primario y sitios distantes y la reducción de las actividades promotoras de tumores mediadas por las células madre cancerígenas [4].

Por lo anterior, el uso conjunto del manejo sistémico y quirúrgico en pacientes con cáncer de mama estadio IV ha sido objeto de investigación. Los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) reportan resultados contradictorios en cuanto a la SG de quienes reciben ambas terapias [3,5-7], mientras que los estudios retrospectivos, resultantes de experiencias en condiciones reales, muestran una mejoría en este parámetro [3,8-12], lo que proporciona así evidencia relevante en la toma de decisiones terapéuticas.

Sumada a los estudios anteriores, esta investigación tuvo como objetivo describir la SG y la SLP de pacientes con cáncer de mama estadio IV inicial, que recibieron terapia conjunta (TC) y terapia sistémica exclusiva (TSE) en un centro de referencia oncológico de la ciudad de Medellín, Colombia.

2. Metodología

Se realizó un estudio observacional de cohorte retrospectivo, tomado de la base de datos de la Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida de Medellín, entre 2013 y 2021. La recolección de los datos se realizó desde el 1.o de octubre del 2022 hasta el 15 de enero del 2023. Se registraron los datos de las personas que cumplieron con los criterios de inclusión, por lo que la muestra correspondió al total de pacientes.

2.1. Pacientes

Los siguientes son los criterios de inclusión para el estudio: 1) pacientes mayores de 18 años con cáncer de mama infiltrante estadio IV al diagnóstico, 2) confirmación histológica de la enfermedad primaria, 3) confirmación clínica o paraclínica de la enfermedad metastásica, 4) manejo con terapia sistémica sola o con cirugía local o regional, se consideró cualquier tipo de intervención quirúrgica en la mama o axila. Se revisaron 270 historias de pacientes que cumplían con dichos criterios. Se consideraron los siguientes criterios de exclusión: historias con más del 10 % de los datos perdidos, enfermedad estadio IV por progresión, embarazo, lactancia, cáncer de mama metacrónico y cáncer de mama como segundo primario.

2.2. Variables

La variable resultado principal fue la SG calculada desde el inicio del tratamiento hasta el último seguimiento o muerte por cualquier causa. La SLP fue una variable resultado secundario que se calculó desde el inicio del tratamiento hasta la fecha del último seguimiento o en la que se documentó progresión.

Las variables se evaluaron en dos grupos de pacientes: manejo sistémico exclusivo y manejo conjunto (tratamiento sistémico más quirúrgico mamario o axilar). En ambos grupos se recopilaron las características de los individuos al momento del diagnóstico: edad, estado de la menopausia e índice

de masa corporal (IMC). También se registraron las características del tumor: tipo y grado histológico, subtipo molecular, tamaño tumoral, clasificación clínica y patológica de los ganglios regionales de acuerdo con la clasificación TNM [13], sitio y número de metástasis, fecha y sitio de la primera progresión.

La fecha del diagnóstico correspondió a la descrita en el primer estudio de extensión que documentó la enfermedad a distancia; si esta información no estaba disponible, se registró la fecha del reporte de biopsia que informó el cáncer, y si no se contaba con ninguna de las anteriores, se usó la fecha suministrada en la base de datos de la institución. Para la fecha de progresión de la enfermedad se registró la del primer estudio que la documentó. Finalmente, la fecha de corte para evaluar la SG fue el 8 de enero del 2023 a través de la plataforma Adres (www.adres.gov.co/consulte-su-ep).

2.3. Métodos estadísticos

Se realizó un análisis univariado para caracterizar a la población de estudio. En el caso de las variables cuantitativas se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, para definir si se presentaban con promedios o medianas. Las variables cualitativas se presentaron usando frecuencias absolutas y relativas. La mediana de la supervivencia se calculó mediante la curva de Kaplan-Meier.

Para el análisis bivariado se calcularon las asociaciones con respecto a la supervivencia con cada uno de los factores de manera independiente. Para el caso de las variables cualitativas con ji al cuadrado de independencia y para las cuantitativas se calculó con la prueba t de student o U de Mann-Whitney (cuantitativa-cualitativa). Las diferencias en la supervivencia según covariables se calcularon con la prueba de log Rank test.

Se realizó un análisis multivariado para medir la asociación entre covariables y el tiempo a la presentación del evento mediante una regresión de Cox. Un valor de p inferior a 0,05 se consideró estadísticamente significativo.

Como análisis de sensibilidad del posible efecto de confusión por indicación se realizó un análisis por propensity score con un modelo de regresión logística, estimando el efecto esperado en toda la muestra. La diferencia de probabilidades se presenta con su respectivo intervalo de confianza.

Todos los análisis se realizaron en el programa STATA versión 16.1

3. Resultados

Un total de 270 pacientes, todas mujeres, cumplieron con los criterios de inclusión. Se excluyeron ocho casos porque se desconocía la fecha de inicio del tratamiento, lo que dejó un grupo final de 262 pacientes; 174 recibieron TSE y 88, TC.

La Tabla 1 muestra que los grupos de manejo estaban balanceados por sus características demográficas.

Tabla 1. Características demográficas

Características	**Tratamiento sistémico (N = 174)**	**Tratamiento sistémico + quirúrgico (N = 88)**	**P**
Edad, media ± desviación estándar	56.6 (13,4)	56.3 (14)	0.17
Estado menopáusico			
Premenopáusicas	48 (27.6)	26 (29.5)	0.77
Posmenopáusicas	122 (70.1)	61 (69.3)	
Desconocido	4 (2.3)	1 (1.1)	
Índice de masa corporal			
Bajo peso: < 18,5	18 (10.3)	6 (6.8)	0.19
Normal: 18,5-24,9	74 (42.5)	27 (30.7)	
Sobrepeso: 25-29,9	45 (25.9)	29 (33)	
Obesidad: > 30	17 (9.8)	14 (15.9)	
Desconocido	20 (11.5)	12 (13.6)	

Las características de la enfermedad se reportan en la Tabla 2. Las pacientes del TC presentaron significativamente más oligometástasis y tumores inflamatorios, mientras que las pacientes de TSE tenían significativamente más metástasis óseas, pleurales y hepáticas, además de tumores T4b. Las demás características se encontraban balanceadas.

Tabla 2. Características de la enfermedad

Características	Tratamiento sistémico (N = 174)	Tratamiento sistémico + quirúrgico (N = 88)	P
Lateralidad			
Unilateral	165 (94.8)	83 (94.3)	0.53
Bilateral	9 (5.2)	5 (5.7)	
Tipo histológico			
Carcinoma ductal infiltrante	144 (82.8)	81 (92)	0.26
Carcinoma lobular infiltrante	13 (7.5)	5 (5.7)	
Mixto	2 (1.1)	0	
Otro	5 (2.9)	0	
Cáncer oculto	3 (1.7)	0	
Desconocido	7 (4)	2 (2.3)	
Grado histológico			
1	17 (9.8)	8 (9.1)	0.15
2	73 (42)	32 (36.4)	
3	65 (37.4)	35 (39.8)	
Oculto	6 (3.4)	0	
Desconocido	13 (7.5)	13 (14.8)	
Estado RE			
Positivo	131 (75.3)	60 (68.2)	0.45
Negativo	42 (24.1)	27 (30.7)	
Desconocido	1 (0.6)	1 (1.1)	
Estado RP			
Positivo	108 (62.1)	50 (56.8)	0.7
Negativo	64 (36.8)	37 (42)	
Desconocido	2 (1.1)	1 (1.1)	
Estado Her 2			
Positivo	34 (19.5)	19 (21.6)	0.82
Negativo	138 (79.3)	68 (77.3)	
Equivoco, no FISH	1 (0.6)	0	
Desconocido	1 (0.6)	1 (1.1)	
Ki 67, mediana + desviación estándar	36.4 + 22	38.7 + 25.3	0.70
Subtipo IHQ			
Luminal A	30 (17.2)	15 (17)	0.16
Luminal B	85 (48.9)	31 (35.2)	
Triple negativo	25 (14.4)	20 (22.7)	
Luminal-Her 2	18 (10.3)	13 (14.8)	
Her 2 positivo	16 (9.2)	8 (9.1)	
Desconocido	0	1 (1.1)	

Tabla 2. Características de la enfermedad (Continuación)

Número de metástasis			
<4	18 (10.3)	32 (36.4)	<0.001
>4	155 (89.1)	54 (61.4)	
Desconocido	1 (0.6)	2 (2.3)	
Sitio de metástasis			
Ósea	123 (70.7)	51 (58)	0.02
No	51 (29.3)	37 (42)	
Pulmón	59 (33.9)	27 (30.7)	0.35
No	115 (66.1)	61 (69.3)	
Hepática	39 (22.4)	6 (6.8)	0.001
No	135 (77.6)	82 (93.2)	
SNC	6 (3.4)	2 (2.3)	0.46
No	168 (96.6)	86 (97.7)	
Ganglionar a distancia	49 (28.2)	22 (25)	0.34
No	125 (71.8)	66 (75)	
Pleural	19 (10.9)	4 (4.5)	0.06
No	155 (89.1)	84 (95.5)	
Otros	19 (10.9)	3 (13.6)	0.02
No	155 (89.1)	865 (96.6)	
Tamaño del tumor			
T1	4 (2.3)	2 (2.3)	0.02
T2	32 (18.4)	14 (15.9)	
T3	19 (10.9)	13 (14.8)	
T4a	2 (1.1)	5 (5.7)	
T4b	80 (46)	34 (38.6)	
T4C	5 (2.9)	3 (3.4)	
T4d	17 (9.8)	17 (19.3)	
TX	9 (5.2)	0	
Desconocido	6 (3.4)	0	
Focalidad			
Unifocal	157 (90.2)	81 (92)	0.17
Multifocal	7 (4)	3 (3.4)	
Multicéntrico	3 (1.7)	2 (2.3)	
Multifocal y multicéntrico	0	2 (2.3)	
Oculto	5 (2.9)	0	
Desconocido	2 (1.1)	0	
N Clínico			
N1	58 (33.3)	29 (33.3)	0.16
N2	58 (33.3)	28 (31.8)	
N3	29 (16.7)	24 (27.3)	
N0	14 (8)	6 (6.8)	
Nx	8 (4.6)	0	
Desconocido	7 (4.1)	1 (1.1)	

Estado RE: Receptores de estrógeno; estado RP: Receptores de progesterona; IHQ: Inmunohistoquímica

Al evaluar las características del tratamiento se encontraron diferencias significativas entre los grupos en casi todas sus variables. Así, las pacientes del TC presentaron significativamente mayor requerimiento de terapia citotóxica, poliquimioterapia y uso de antracíclicos con taxanos; mientras que las pacientes con TSE recibieron significativamente más terapia endocrina con inhibidores de aromatasa (IA) y la combinación de IA con inhibidores de quinasas dependientes de ciclinas (ICDK). La radioterapia se administró significativamente en mayor proporción en el grupo de TC. No se presentaron diferencias entre los grupos en lo referente al uso de terapia anti-Her y supresión de la función ovárica (Tabla 3).

Las características del manejo quirúrgico se presentan en la Tabla 4.

Tabla 3. Características del tratamiento

Características	Tratamiento sistémico (N = 174)	Tratamiento sistémico + quirúrgico (N = 88)	P
Terapia citotóxica			
Monoquimioterapia	61 (35.1)	20 (22.7)	0.002
Poliquimioterapia	70 (40.2)	56 (63.6)	
No QT/no acepta	43 (24.7)	12 (13.6)	
Medicamentos para quimioterapia			
Taxanos	53 (30.5)	13 (14.8)	0.001
Antraciclinas	14 (8)	2 (2.3)	
Platinos	0	1 (1.1)	
Capecitabina	1 (0.6)	1 (1.1)	
Taxanos y platinos	10 (5.7)	7 (8)	
Taxanos y antraciclinas	38 (21.8)	40 (45.5)	
Taxano y otros	6 (3.4)	3 (3.4)	
Antracíclicos y otros	2 (1.1)	1 (1.1)	
Platinos y otros	1 (0.6)	0	
Taxanos, antraciclinas y platinos	3 (1.7)	3 (3.4)	
Otros	3 (1.7)	6 (6.8)	
No requiere	43 (24.7)	11 (12.5)	
Terapia endocrina			
Tamoxifeno	16 (9.2)	17 (19.3)	0.01
Inhibidor de aromatasa	60 (34.5)	26 (29.5)	
Fulvestrant	4 (2.3)	5 (5.7)	
Inhibidor de ciclinas y aromatasa	37 (21.3)	6 (6.8)	
Inhibidor de ciclinas y fulvestran	2 (1.1)	0	
Fulvestran anastrazol	1 (0.6)	0	
No recibe	11 (6.3)	4 (4.5)	
No requiere	43 (24.7)	30 (34.1)	
Supresión de la función ovárica			
Quirúrgico	19 (10.9)	7 (8)	0.47
Medicamento	6 (3.4)	6 (6.8)	
Radioterapia	3 (1.7)	3 (3.4)	
No recibe	8 (4.6)	2 (2.3)	
No requiere	138 (79.3)	70 (79.5)	

Tabla 3. Características del tratamiento (Continuación)

Terapia Anti Her 2			
Trastuzumab	10 (5.7)	10 (11.4)	0.4
Pertuzumab	2 (1.1)	0	
Tratuzumab + pertuzumab	25 (14.4)	12 (13.6)	
No recibe	1 (0.6)	0	
No requiere	136 (78.2)	66 (75)	
Radioterapia locorregional			
Mama	7 (4)	2 (2.3)	<0.001
Mama y ganglios locorregionales	5 (2.9)	6 (6.8)	
Reja costal	0	8 (9.1)	
Reja costal y ganglios locorregionales	0	9 (10.2)	
Axila	1 (0.6)	1 (1.1)	
No administran	156 (89.7)	35 (39.8)	
Desconocido	5 (2.9)	27 (30.7)	
Radioterapia a la metástasis			
Si	70 (40.2)	21 (23.9)	0.04
No	102 (58.6)	67 (76.1)	
Desconocido	2 (1.2)	0	

QT: Quimioterapia HER 2: Receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano

Tabla 4. Características de manejo quirúrgico

Características	**Tratamiento sistémico + quirúrgico (N = 88)**
Media de N positivos por patología	5.3 + 6.2
Primer manejo	
Sistémico	78 (88.6)
Quirúrgico	10 (11.4)
Causa de cirugía	
Higiénica	24 (27.3)
Respuesta sistémica pero no local, aunque estable	21 (23.9)
Respuesta clínica completa	11 (12.5)
Sin respuesta sistémica o local	1 (1.1)
Enfermedad sistémica estable y progresión local	1 (1.1)
Otros	10 (11.4)
Desconocido	20 (22.7)
Tipo de cirugía	
Mastectomía radical modificada	71 (80.7)
Mastectomía simple	2 (2.3)
Cirugía conservadora y vaciamiento axilar	10 (11.4)
Cirugía conservadora	1 (1.1)
Cirugía conservadora y biopsia de ganglio centinela	2 (2.3)
Vaciamiento axilar	2 (2.2)

4. Supervivencia

Los 262 pacientes aportaron un total de 6910,92 meses de seguimiento con una media de 58,38 meses (rango 48,6-68 meses) y una mediana de 36,17 meses (IC 95 % 26,91-45,42).

4.1. Supervivencia libre de progresión

Ocurrieron 114 eventos de progresión, 85 en el grupo de TSE y 29 en el grupo de TC. La media de SLP en el grupo de TSE fue de 38,56 meses (rango 29,89-47,24); mientras que para el grupo de TC fue de 72,25 (rango 60,92-83,37); el resultado fue estadísticamente significativo (p < 0,001) (Figura 1A).

La SLP al año del diagnóstico fue de 79,6 % (IC 95 % 72,2–85,2 %) y 90,2 % (IC 95 % 81,4–95 %); a los cinco años de 11,5 % (IC 95 % 4,6-21,8 %) y 54,6 % (IC 95 % 30,8-67,9 %) para la TSE vs. el TC respectivamente.

4.2. Supervivencia global

Se presentaron 118 muertes, 92 en el grupo de TSE y 26 en el grupo de TC. La mediana de SG para toda la población fue de 48,63 meses (IC 95 % 40,43-56,82), para el grupo de TSE fue de 42,4 meses (IC 95 % 33, 23-51,56) y para el grupo de TC fue de 82,33 (IC 95 % 62,1 -102,55), con una diferencia estadísticamente significativa (p < 0,001) (Figura 1B).

La SG al año del diagnóstico fue de 85,7 % (IC 95 %: 79,4-90,2 %) y 96,4 % (IC 95 %: 89,1-98,8 %); a los cinco años fue de 30 % con IC 95 % 20,8-39,7 % y 59,9 % con IC 95 % 44,5-72,2 % para el grupo de TSE y para el grupo de TC respectivamente.

4.3. Ajuste por factores confusores

Con base en los resultados del estudio y lo reportado por la literatura, se consideraron como variables confusoras para el ajuste la edad, el estado menopaúsico, el tamaño tumoral, el sitio de metástasis, el número de metástasis, el estado de los receptores hormonales y de Her 2, el subtipo molecular, el manejo sistémico citotóxico y endocrino.

La SLP muestra un análisis no ajustado con HR 0,34 IC 95 % 0,22-0,52 (p < 0,001) y la SG de 0,33 IC 95 % 0,21-0,52 (p < 0,001) (Tabla 5).

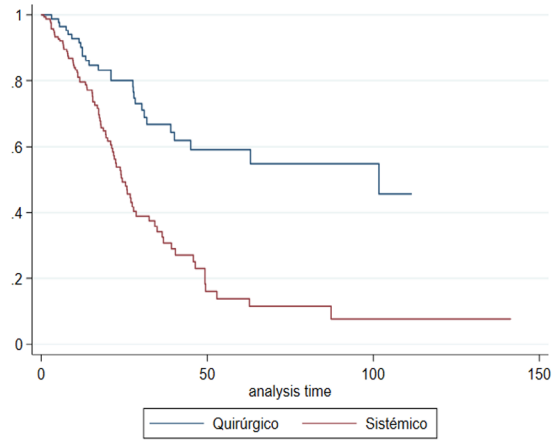


Figura 1A. Supervivencia libre de progresión por grupo de tratamiento.

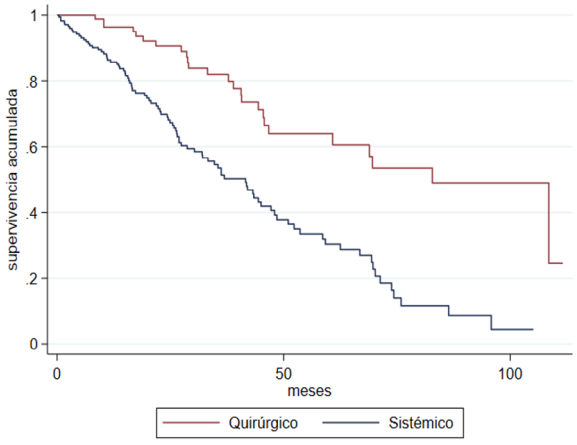


Figura 1B. Supervivencia global discriminada por grupo de tratamiento.

Tabla 5. Análisis no ajustado de sobrevida libre de progresión y sobrevida global

	Estimación observada					
	Sobrevida libre de progresión			Sobrevida global		
	HR	CI95%	Valor p	HR	CI95%	Valor p
Tipo de tratamiento						
Sistémico	Ref.			Ref		
Quirúrgico + sistémico	0.34	0.22 - 0.52	<0.001	0.33	0.21 - 0.52	<0.001

HR: Hazard ratio IC: Intervalo de confianza Ref: Grupo de referencia

Los resultados ajustados pueden observarse en la Tabla 6 y muestran que tanto para SLP como para SG hay una asociación que persiste, siendo estadísticamente significativa a favor de la TC. En las estimaciones ajustadas, la SLP mostró una asociación significativa con el subtipo triple negativo, la presencia de metástasis hepática y el tamaño del tumor, siendo de mayor riesgo la clasificación T4b. Aunque T4a, T4d y Tx mostraron un resultado significativo, el grupo de pacientes para cada una de estas categorías era pequeño y los intervalos de confianza amplios. Lo mismo ocurrió con el manejo endocrino y el uso de ICDK con fulvestran. En cuanto a la estadificación clínica de los ganglios, si bien N1, N2 y N3 tenían la mayor cantidad de pacientes, los intervalos de confianza para estas categorías también resultaron amplios.

En las estimaciones ajustadas para SG se encontraron asociaciones significativas en los subtipos luminal B, triple negativo y en la estadificación del tumor. Sin embargo, al revisar los intervalos de confianza todos eran muy amplios.

Cuando se realiza el análisis de sensibilidad por el *propensity score*, por las características que difirieron significativamente entre los grupos para la indicación del tratamiento (T previo, número de metástasis y sitio de la metástasis), se trazan las curvas de supervivencia libre de progresión (Figura 2A) y global (Figura 2B) ajustadas, en las que se continúa observando la diferencia significativa a favor del manejo conjunto en cuanto SG y SLP.

Tabla 6. Análisis ajustado de sobrevida libre de progresión y sobrevida global

	Estimaciones ajustadas							
	Sobrevida libre de progresión				**Sobrevida global**			
	HR	**CI95%**		**Valor p**	**HR**	**CI95%**		**Valor p**
Tipo de manejo								
Sistémico	Ref.				Ref.			
Quirúrgico + sistémico	0.28	0.16 - 0.5		<0.001	0.23	0.13 - 0.43		<0.001
Subtipo molecular								
Her 2	Ref.				Ref.			
Luminal A	1.3	0.2	9.4	0.814	6.8	1.0	48.3	0.056
Luminal B	4.5	0.7	29.3	0.116	29.7	4.7	189.0	<0.001
Triple negativo	3.5	1.3	9.1	0.010	13.3	4.9	36.1	<0.001
Luminal - Her 2	2.6	0.4	16.6	0.313	3.9	0.6	23.6	0.138
Metástasis hepática								
No	Ref.				Ref.			
Sí	2.2	1.2	4.0	0.009	1.6	0.9	2.7	0.078
Número de metástasis								
1-3 metástasis	Ref.				Ref.			
> 4 metástasis	2.4	1.2	4.8	0.016	1.7	0.9	3.3	0.117
Estadio de cT								
T1	Ref.				Ref.			
T2	5.2	1.4	19.5	0.015	6.3	1.2	33.3	0.030
T3	4.3	0.9	19.3	0.059	8.9	1.6	50.8	0.014
T4a	9.3	1.3	67.1	0.027	62.3	8.4	461.6	<0.001
T4b	4.7	1.2	18.2	0.023	10.8	2.1	56.7	0.005
T4c	34.2	5.6	207.9	<0.001	61.2	8.6	434.9	<0.001
T4d	4.5	1.2	17.9	0.030	10.7	2.0	57.6	0.006
Tx	15.1	2.1	108.4	0.007	4.2	0.3	51.4	0.263

Tabla 6. Análisis ajustado de sobrevida libre de progresión y sobrevida global (Continuación)

Estadio Cn								
Nx	Ref.				Ref.			
N1	8.8	1.7	47.1	0.011	1.3	0.3	6.1	0.774
N2	14.3	2.7	76.4	0.002	2.1	0.4	10.1	0.359
N3	20.1	3.5	114.0	0.001	1.8	0.3	9.1	0.487
N0	7.8	1.2	50.3	0.032	1.4	0.2	7.9	0.704
Tipo de quimioterapia								
Poliquimioterapia	Ref.				Ref.			
Terapia monoagente	1.6	1.0	2.7	0.057	1.6	1.0	2.7	0.067
No recibe	1.1	0.6	2.3	0.700	1.8	0.9	3.4	0.077
Initial endocrine therapy								
IA+ ICK	Ref.				Ref.			
Tamoxifeno	2.5	1.0	6.6	0.060	1.3	0.5	3.7	0.622
IA	2.3	1.0	5.3	0.052	1.8	0.8	4.2	0.176
Fulvestran	3.5	1.0	11.9	0.042	2.7	0.8	9.2	0.111
ICK +fulvestrant	17.8	3.2	97.9	0.001	NE			
Fulvestrant + IA	NE				NE			

NE: no estimable; Ref.: grupo de referencia; IA: inhibidor de aromatasa; ICK: inhibidores de quinasas dependientes de ciclinas; Estadio de cT: estadio clínico del tumor; Estadio Cn: estadio clínico de los ganglios.

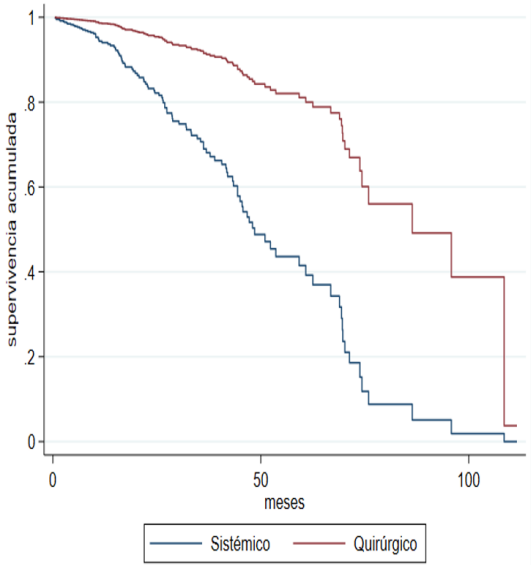


Figura 2A. Supervivencia global ajustada

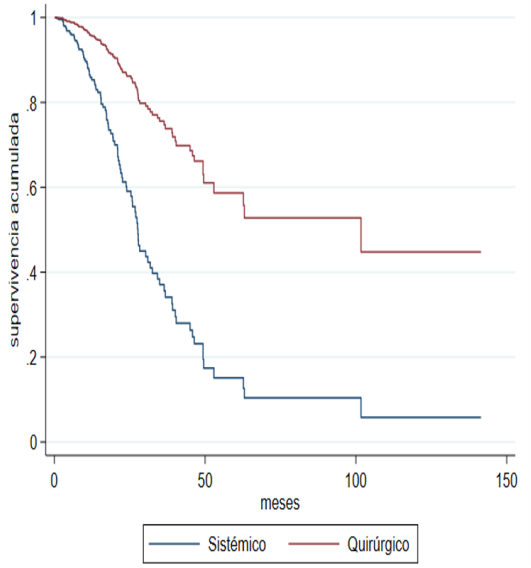


Figura 2B. Supervivencia libre de progresión ajustada

5. Discussion

El cáncer de mama estadio IV es una enfermedad heterogénea e incurable, su manejo tiene como objetivo la prolongación de la supervivencia y la paliación de los síntomas; la terapia sistémica es su pilar terapéutico. Sin embargo, se han realizado múltiples estudios para evaluar si la TC ofrece algún beneficio adicional en los resultados oncológicos. El presente estudio analizó a tal grupo de pacientes, así como a los tratados con TSE.

Con una mediana de edad de 56 años y un predominio de pacientes menopaúsicas, este estudio concuerda con lo reportado en la literatura. A nivel nacional, Díaz et al. [14] informaron una mediana de edad de 58,8 años y un 62,9 % de posmenopáusicas. Por su parte, estudios internacionales, en general, reportan una mediana de edad > 50 años [1,6-9,15-18] y una mayoría de pacientes menopaúsicas [5,7,12,17].

El principal tipo de carcinoma en la cohorte de este estudio fue el ductal infiltrante, de moderado y alto grado, hormonal positivo, lo que es consistente con la literatura mundial [6-9,11,14,17-19]. Sin embargo, el subgrupo triple negativo, que es de menor presentación en los diversos estudios [6,7,12], ocupó el segundo lugar. Tanto en la literatura como en este estudio, los tumores se clasificaron principalmente en estadio T4 [6,8,11,14,16,20]. Aunque Soran et al. [6] y Thomas et al. [18] informaron en sus ensayos clínicos una mayor frecuencia de tumores pequeños estadio T2.

La mayoría de las pacientes en este estudio recibieron TSE al igual que lo informado en gran parte de los estudios retrospectivos [8,11,16-18]; esta indicación se apoya en los resultados de las investigaciones que muestran que el tratamiento quirúrgico no se asocia a una mayor tasa de SG [1,7,12,19]. Cabe destacar el ensayo clínico E2108 [7] en el que aleatorizaron 256 pacientes a TSE y TC, permitieron el uso de las terapias sistémicas contemporáneas y evidenciaron la ausencia de efecto en la SG, aunque sí un mejor control locorregional en el grupo de TC.

Contrario a lo expuesto, esta investigación mostró que sí había mejores resultados en SG y SLP en las pacientes con TC, incluso después de ajustar por variables confusoras, lo que es consistente con los hallazgos de varios estudios descriptivos retrospectivos e incluso un ECA [6,8,11,12,14-19]. Los beneficios en supervivencia de la cirugía locorregional en la paciente en estadio IV se sustentan en múltiples hipótesis: algunos estudios sugieren que la lesión índice puede comportarse como reservorio de las células madre enfermas y eliminarlo disminuiría la probabilidad de desarrollar nuevos sitios de enfermedad a distancia [21]. La resección del tumor primario puede aumentar la angiogénesis sensibilizándolo a la quimioterapia y facilitando el ingreso del fármaco a las células cancerígenas [22,23]. Extirpar el tejido necrótico y tumoral elimina los tejidos quimioresistentes, restaura la inmunocompetencia del huésped y reduce el crecimiento de las metástasis [24,25], y resulta en un aumento en la supervivencia de los pacientes [26]. Aunque, por otro lado, existe la hipótesis de que la cirugía en este grupo de pacientes puede estimular la progresión de la enfermedad por la mayor liberación de factores de crecimiento locales [27], estos factores de crecimiento a su vez pueden acelerar la proliferación de las células tumorales circulantes en sangre periférica y afectar la SG y la SLP [24,25,28-30].

En varios estudios [6,8,14,17], incluido este, el estado de los receptores hormonales se informó como un factor pronóstico independiente, lo que sugiere que la biología del tumor resulta importante en la supervivencia. En contraste, también hay reportes en los que los análisis por subgrupo del estado del receptor hormonal o Her 2 no muestran beneficio en SG [7].

La enfermedad polimetastásica caracterizó a la población de este estudio al igual que en otro estudio colombiano [14] y en los ECA [1,6,7]. El patrón metastásico, tanto en número como en localización de la enfermedad a distancia, también ha sido identificado como una variable independiente y significativa para los resultados de supervivencia de los pacientes [6,9-12,15,17]. Soran et al. [6] identificaron que las pacientes con metástasis ósea solitaria, llevadas a cirugía, tuvieron un beneficio significativo en SG en comparación con quienes no se sometieron al procedimiento quirúrgico, aunque en su análisis multivariado esa asociación resultó ser marginal. Rapiti et al. [10] informaron que el efecto de la cirugía en la supervivencia no fue diferente para las pacientes con metástasis ósea respecto a otros sitios, pero, después de estratificarlas, observaron un efecto positivo de la cirugía con márgenes negativos en quienes tenían metástasis óseas exclusivamente. Por otro lado, también hay estudios en los que la supervivencia no difirió según el brazo de tratamiento, independiente del patrón de metástasis [1,7,12]. Por ejemplo, Badwe et al. [1] concluyeron que el manejo quirúrgico no impactó en la supervivencia de los pacientes, pero además no identificaron ningún subgrupo de pacientes susceptibles de beneficiarse del tratamiento locorregional. En este estudio se encontró una asociación significativa, con una peor SLP, en aquellas pacientes que presentaban metástasis hepáticas y número de metástasis > 4, mientras que la SG no mostró asociación con estas variables.

Al igual que lo reportado en la literatura, el tratamiento sistémico más utilizado en la población de este estudio fue la quimioterapia [1-9,12,15-18, 20]. La no administración de terapia sistémica, cuando estaba indicada, en una importante cantidad de pacientes de la muestra ocurre en algunos estudios retrospectivos [8,9,14,16,17], incluso en el ECA del Tata Memorial Hospital en la India [1]. En el ECA mencionado, el manejo con taxanos y anti-Her 2 se limitó a solo un pequeño número de pacientes, lo que afectó sus resultados en supervivencia. Esta situación no se presenta en este caso, pues las

pacientes recibieron casi en su totalidad las terapias indicadas y esto permitió observar el impacto real del control local en la supervivencia de las pacientes con el manejo de protocolo.

Debido al carácter retrospectivo del estudio, una de sus limitaciones es la falta de aleatorización y, por ende, el posible sesgo de selección para los grupos de tratamiento. Esto explicaría el efecto benéfico reportado en SG y SLP en las pacientes que recibieron TC. Estudios retrospectivos mostraron que las pacientes operadas tenían mejores características pronósticas [30-33] y algunas habían presentado respuesta al tratamiento sistémico, estas pudieron ser entonces las causas de la mejor sobrevida y no el procedimiento quirúrgico [12]. Si bien en este estudio las pacientes llevadas a cirugía tenían una mayor carga tumoral, también se observó que al agrupar las indicaciones quirúrgicas la mayoría había presentado una respuesta completa o parcial a la terapia sistémica, lo que llevó a plantear la posibilidad de que el beneficio se asociara realmente a esta terapia.

En cuanto a los registros en las historias clínicas, algunas pacientes carecían de información sobre su manejo, más evidente en los primeros años. Sin embargo, aquellas con información limitada fueron excluidas, por lo que no se afectaron los resultados reportados.

6. Conclusión

En pacientes con carcinoma de mama metastásico al debut, el beneficio adicional que puede ofrecer el manejo quirúrgico locorregional es controversial. El ECA de mayor calidad sostiene que el control locorregional no ofrece una mejor SG, mientras que los estudios retrospectivos, resultantes de experiencias en condiciones reales y entre los cuales se encuentra esta investigación, informan un beneficio con el manejo quirúrgico.

7. Abreviaturas

ECA: ensayos clínicos aleatorizados

IA: inhibidores de aromatasa

ICDK: quinasas dependientes de ciclinas

IMC: índice de masa corporal

SG: supervivencia global

SLP: supervivencia libre de progresión

TC: terapia conjunta

TSE: terapia sistémica exclusiva.

8. Información administrativa

8.1. Archivos Adicionales

Ninguno declarado por los autores

8.2. Agradecimientos

Los autores agradecen a la Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida por permitir realizar la investigación y facilitar la base de datos de los pacientes con las características de inclusión. También a la doctora Lina María Torres (q. e. p. d.) por su contribución en la concepción y diseño del estudio.

8.3. Contribución de los autores

Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito

8.4. Financiamiento

El estudio fue financiado con recursos propios de cada investigador.

8.5. Disponibilidad de datos y materiales

Existe la disponibilidad de datos bajo solicitud al autor de correspondencia. No se reportan otros materiales.

8.6. Declaraciones

8.7.1. Aprobación del comité de ética

El protocolo de este estudio fue aprobado por el Comité Institucional de Ética de la Investigación en Seres Humanos de la Universidad CES (cod Acta283Proy004) y de la Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida, siendo un estudio retrospectivo sin intervención alguna en la atención de las pacientes, por lo que no se requirió de consentimiento. Los datos de los pacientes se garantizaron anónimos y confidenciales para su presentación.

8.7.2. Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Badwe R, Hawaldar R, Nair N, Kaushik R, Parmar V, Siddique S, et al. Locoregional treatment versus no treatment of the primary tumour in metastatic breast cancer: An open-label randomised controlled trial. Lancet Oncol. 2015;16(13):1380-8. https://doi.org/10.1016/S1470-2045(15)00135-7
2. Sabel M, Truong P, The role of local therapies in metastatic breast cancer, UpToDate, 2022, Inc.
3. Gradishar W, Anderson B, Abraham J, Aft R, Agnese D, Allison K, et al. Breast cancer version 4.2023. J Natl Compr Canc Netw. 2023;21(6):594-608. https://doi.org/10.6004/jnccn.2023.0031.
4. Gera R, Chehade H, Wazir U, Tayeh S, Kasem A, Mokbel K. Locoregional therapy of the primary tumour in de novo stage IV breast cancer in 216 066 patients: A meta-analysis. Sci. Rep. 2020;10(1):1-11. https://doi.org/10.1038/s41598-020-59908-1
5. Fitzal F, Bjelic-Radisic V, Knauer M, Steger G, Hubalek M, Balic M, et al. Impact of Breast Surgery in Primary Metastasized Breast Cancer: Outcomes of the Prospective Randomized Phase III ABCSG-28 POSYTIVE Trial. Ann Surg. 2019;269(6):1163-69. https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000002771
6. Soran A, Ozmen V, Ozbas S, Karanlik H, Muslumanoglu M, Igci, A, et al. Randomized trial comparing resection of primary tumor with no surgery in stage IV breast cancer at presentation: Protocol MF07-01. Ann. Surg. Oncol. 2018;25(11):3141-149. https://doi.org/10.1245/s10434-018-6494-6
7. Khan SA, Zhao F, Goldstein LJ, Cella D, Basik M, Golshan M, et al. Early local therapy for the primary site in de novo stage IV breast cancer: Results of a randomized clinical trial (E2108). J Clin Oncol. 2022;40(9):978-87. https://doi.org/10.1200/JCO.21.02006
8. Huang Z, Tan Q, Qin Q, Mo Q, Wei C. Impact of primary site surgery on survival of patients with de novo stage IV breast cancer. Cancer Manag Res. 2021;13:319-27. https://doi.org/10.2147/CMAR.S280470
9. Babiera GV, Rao R, Feng L, Meric-Bernstam F, Kuerer HM, Singletary SE, et al. Effect of primary tumor extirpation in breast cancer patients who present with stage IV disease and an intact primary tumor. Ann Surg Oncol. 2006;13(6):776-82. https://doi.org/10.1245/ASO.2006.03.033
10. Rapiti E, Verkooijen HM, Vlastos G, Fioretta G, Neyroud-Caspar I, Sappino AP, et al. Complete excision of primary breast tumor improves survival of patients with metastatic breast cancer at diagnosis. J Clin Oncol. 2006;24(18):2743-9. https://doi.org/10.1200/JCO.2005.04.2226
11. Kim KN, Qureshi MM, Huang D, Ko NY, Cassidy M, Oshry L, et al. The impact of locoregional treatment on survival in patients with metastatic breast cancer: A National Cancer Database Analysis. Clin Breast Cancer. 2020;20(2):e200-13. https://doi.org/10.1016/j.clbc.2019.12.010

12. Pons-Tostivint E, Kirova, Y, Lusque A. Campone M, Geffrelot J, Mazouni C, et al. Survival impact of locoregional treatment of the primary tumor in de novo metastatic breast cancers in a large multicentric cohort study: A Propensity Score-Matched Analysis. Ann Surg Oncol. 2019;26:356-65. https://doi.org/10.1245/s10434-018-6831-9

13. Hortobagyi G, Conolly J, D'orsi C, Edge S, Mittendorf E, Rugo H, et al. Abreast. En: Amin M, Edge S, Greene F, Byrd D, Brookland R, Kay M. (Eds), AJCC Cancer Staging Manual, American College of Surgeon, 8.a ed. Chicago: Springer; 2017, pp. 589-636. Disponible en: https://www.facs.org/media/j30havyf/ajcc_7thed_cancer_staging_manual.pdf

14. Díaz S, Briceño X, Puerto LJ, Lehmann C, Orozco MC, Guzmán LH, et al Factors Associated with Time to Progression and Overall Survival in Patients with De Novo Metastatic Breast Cancer: A Colombian Cohort. Oncologist. 2022 Mar 4;27(2):e142-50. https://doi.org/10.1093/oncolo/oyab023

15. Khan SA, Stewart AK, Morrow M. Does aggressive local therapy improve survival in metastatic breast cancer? Surgery. 2002;132(4):620-6; discussion 626-7. https://doi.org/10.1067/msy.2002.127544

16. Rapiti E, Verkooijen HM, Vlastos G, Fioretta G, Neyroud-Caspar I, Sappino AP, et al. Complete excision of primary breast tumor improves survival of patients with metastatic breast cancer at diagnosis. J Clin Oncol. 2006;24(18):2743-9. https://doi.org/10.1200/JCO.2005.04.2226

17. Blanchard D, Shetty P, Hilsenbeck S, Elledge R. Association of surgery with improved survival in stage IV breast cancer patients. Ann Surg. 2008;247:732-8. https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181656d32

18. Thomas A, Khan SA, Chrischilles EA, Schroeder MC. Initial Surgery and Survival in Stage IV Breast Cancer in the United States, 1988-2011. JAMA Surg. 2016;151(5):424-31. https://doi.org/10.1001/jamasurg.2015.4539

19. Jiménez J, Sánchez B, Machuca P, Navarro J, Dueñas B. Tratamiento quirúrgico del tumor primario en pacientes con cáncer de mama en estadio IV. Cir Esp. 2015;93(6):375-80. https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.09.005

20. Tosello G, Torloni MR, Mota BS, Neeman T, Riera R. Breast surgery for metastatic breast cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2018;3(3):CD011276. https://doi.org/10.1002/14651858.CD011276.pub2

21. Bermas HR, Khan SA. Local therapy for the intact breast primary in the presence of metastatic disease. En: Bland KI, Copeland EM (Eds). The breast, comprehensive management of benign and malignant disease, 4.a ed., vol. 2. Philadelphia: Elsevier Health Sciences; 2009, pp.1211-21. https://doi.org/10.1016/B978-1-4160-5221-0.00074-7

22. Ren Z, Li Y, Hameed O, Siegal GP, Wei S. Prognostic factors in patients with metastatic breast cancer at the time of diagnosis. Pathol Res Pract. 2014;210(5):301-6. https://doi.org/10.1016/j.prp.2014.01.008

23. Ranji P, Salmani Kesejini T, Saeedikhoo S, Alizadeh AM. Targeting cancer stem cell-specific markers and/or associated signaling pathways for overcoming cancer drug resistance. Tumour Biol. 2016;37(10):13059-75. https://doi.org/10.1007/s13277-016-5294-5

24. Bauernhofer T, Zenahlik S, Hofmann G, Balic M, Resel M, Pirchmoser R, et al. Association of disease progression and poor overall survival with detection of circulating tumor cells in peripheral blood of patients with metastatic breast cancer. Oncol Rep. 2005;13:179-84. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15643496/

25. Bidard FC, Vincent-Salomon A, Sigal-Zafrani B, Diéras V, Mathiot C, Mignot L, et al. Prognosis of women with stage IV breast cancer depends on detection of circulating tumor cells rather than disseminated tumor cells. Ann Oncol. 2008;19:496-500. https://doi.org/0.1093/annonc/mdm507

26. Rashid OM, Nagahashi M, Ramachandran S, Graham L, Yamada A, Spiegel S, et al. Resection of the primary tumor improves survival in metastatic breast cancer by reducing overall tumor burden. Surgery. 2013;153(6):771-8. https://doi.org/10.1016/j.surg.2013.02.002

27. Sandri MT, Zorzino L, Cassatella MC, Bassi F, Luini A, Casadio C, et al. Changes in circulating tumor cell detection in patients with localized breast cancer before and after surgery. Ann Surg Oncol. 2010;17(6):1539-45. https://doi.org/10.1245/s10434-010-0918-2

28. Andergassen U, Zebisch M, Kolbl AC, König A, Heublein S, Schröder L, et al. Real-time qPCR-based detection of circulating tumor cells from blood samples of adjuvant breast cancer patients: a preliminary study. Breast Care (Basel). 2016;11:194-8. https://doi.org/10.1159/000447041

29. Schindlbeck C, Andergassen U, Jueckstock J, Rack B, Janni W, Jeschke U. Disseminated and circulating tumor cells in bone marrow and blood of breast cancer patients: properties, enrichment, and potential targets. J Cancer Res Clin Oncol. 2016;142:1883-95. https://doi.org/10.1007/s00432-016-2118-3

30. Balic M, Lin H, Young L, Hawes D, Giuliano A, McNamara G, et al. Most early disseminated cancer cells detected in bone marrow of breast cancer patients have a putative breast cancer stem cell phenotype. Clin Cancer Res. 2006;12:5615-21. https://doi.org/10.1158/1078-0432.CCR-06-0169

31. Santa-Maria CA, Gradishar WJ. Changing treatment paradigms in metastatic breast cancer: lessons learned. JAMA Oncol. 2015;1(4):528-34. https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2015.1198

32. Leung AM, Vu HN, Nguyen KA, Thacker LR, Bear HD. Effects of surgical excision on survival of patients with stage IV breast cancer. J Surg Res. 2010;161(1):83-8. https://doi.org/10.1016/j.jss.2008.12.030

33. Cady B, Nathan NR, Michaelson JS, Golshan M, Smith BL. Matched pair analyses of stage IV breast cancer with or without resection of primary breast site. Ann Surg Oncol. 2008;15(12):3384-95. https://doi.org/10.1245/s10434-008-0085-x

ONCOLOGÍA

ISSN: 2661-6653

DOI: https://doi.org/10.33821/744
Artículo / Article

Caracterización epidemiológica del Linfoma de Hodgkin en pacientes atendidos en el hospital de SOLCA - Guayaquil

Epidemiological characterization of Hodgkin lymphoma in patients treated at the SOLCA - Guayaquil Hospital

Jhony Joe Real Cotto[1] *, Diego Ulises García Gamboa[2] y Juan Carlos Garcés Santos[2]

1 Universidad Católica Santiago de Guayaquil, Posgrado de Cuidados Paliativos, Guayaquil, Ecuador.
2 Hospital SOLCA – Guayaquil.

Recibido: 05/12/2023
Aceptado: 15/03/2024
Publicado: 30/04/2024

RESUMEN

Introducción: El linfoma de Hodgkin es una enfermedad en la que se forman células malignas en el sistema linfático y que en los últimos años ha venido aumentando su presencia en la población. **Objetivo:** Caracterizar epidemiológicamente los linfomas de Hodgkin atendidos en el hospital de SOLCA - Guayaquil durante el periodo 2010-2021. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio de datos abiertos de diseño observacional, descriptivo, de corte transversal, de casos nuevos atendidos con linfoma de Hodgkin diagnosticados en el hospital de SOLCA Guayaquil, entre 2010 y 2021. Resultados: Las atenciones del linfoma de Hodgkin en el hospital de SOLCA Guayaquil fueron del 4 % en el 2010 y del 12 % en el 2021. Se tuvo sobre todo el linfoma de Hodgkin con esclerosis nodular, en hombres; los grupos etarios más frecuentes fueron hombres entre 0 y 19 años (37,7 %) y mujeres entre 20 y 29 años (45,3 %), procedentes de la provincia del Guayas. **Conclusiones:** Durante este periodo incrementaron las atenciones por linfoma de Hodgkin, en las que se observó más la esclerosis nodular en los pacientes, en hombres de 0 a 19 años y en mujeres de 20 a 39 años, similar al estándar de comportamiento de esta enfermedad.

Palabras Clave: Linfoma de Hodgkin, neoplasias hematológicas, epidemiología.

ABSTRACT

Introduction: Hodgkin lymphoma is a disease in which malignant cells form in the lymphatic system; its presence in the population has been increasing in recent years. **Objective:** Epidemiological characterization of the Hodgkin lymphomas treated at the SOLCA - Guayaquil hospital during the period 2010–2021. **Material and methods:** A study was carried out with open data from a cross-sectional observational descriptive design of the new cases of Hodgkin Lymphoma diagnosed and treated at the SOLCA - Guayaquil hospital between 2010 and 2021. **Results:** Hodgkin lymphoma care at the SOLCA - Guayaquil Hospital went from 4% in 2010 to 12% in 2021. Hodgkin lymphoma with nodular sclerosis was mostly observed in men; however, by age group, it was more frequent in men between 0 and 19 years old (37.7%) and in women between 20 and 29 years old (45.3%) from the Guayas province. **Conclusions:** During this period, Hodgkin lymphoma has garnered more attention due to an increase in nodular sclerosis cases observed in men aged 0 to 19 and women aged 20 to 39, which aligns with the standard behavior of this disease.

Keywords: Hodgkin lymphoma, hematologic neoplasms, epidemiology.

*** Autor de correspondencia:** Jhony Joe Real Cotto, realcottoj@gmail.com

Cómo citar: Real Cotto JJ, García Gamboa DU, Garcés Santos JC. Caracterización epidemiológica del Linfoma de Hodgkin en pacientes atendidos en el hospital de SOLCA - Guayaquil. Oncología (Ecuador). 2024;34(1): 36-43. https://doi.org/10.33821/744

© 2024 Revista Oncología Ecuador. Publicado por la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, Ecuador. Este es un artículo de acceso abierto publicado bajo una licencia CC BY-NC-SA (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

1. Introducción

El linfoma Hodgkin (LH) es una neoplasia del tejido linfoide. El tejido afectado está compuesto por células mono y multinucleadas rodeadas de células inflamatorias no neoplásicas. Se reconocen dos subtipos histopatológicos: el clásico y el de predominio linfocítico nodular [1]. Estos ocurren en individuos de todas las edades; sin embargo, hay dos picos de presentación (adolescentes y mayores de 60 años) y tienen un ligero predominio en hombres. El LH representa alrededor del 10 % de todos los linfomas y el 0,5 % de todos los cánceres en Estados Unidos de América [2]. La incidencia se ha mantenido inmutable en las últimas décadas, y en el 2020 se registraron en el mundo 83 087 nuevos casos por año, de los cuales 7091 casos correspondieron a América del Sur [3].

La incidencia global, la edad, la presentación y aún la supervivencia varían en las diferentes áreas geográficas [4,5,6]; también la incidencia de los subtipos se ve afectada, entre otros, por la geografía y los factores socioeconómicos [5]. Aunque se desconocen las causas específicas de estas discrepancias, describir las características epidemiológicas del LH ayuda a esclarecer este comportamiento. En reportes de Latinoamérica se ha evidenciado una menor incidencia, edad de aparición más temprana y una menor supervivencia frente a poblaciones caucásicas [4,7,8]. En Ecuador se describieron las características clínico patológicas del LH en el adulto en el hospital de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) Guayaquil en el 2007; se contrastaron los datos epidemiológicos de ese estudio con los datos de los últimos once años [6,9,10].

Este estudio proporciona las características epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de LH atendidos del 2010 al 2021 también en el hospital de SOLCA Guayaquil. Además, se describe la incidencia local, la tendencia de las atenciones a través del tiempo, las características etarias, el lugar de procedencia y la distribución a partir de los subtipos histopatológicos, con el fin de contribuir a esclarecer las diferencias geográficas y determinar una línea de base para futuras investigaciones.

2. Materiales y métodos

Se realizó un estudio de diseño observacional de tipo descriptivo, transversal, en el hospital de SOLCA - Guayaquil. SOLCA es una institución oncológica privada de beneficio público, sin fines de lucro, que tiene convenios integrales y parciales en la prestación de servicios con diferentes instituciones de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y se ha establecido como un centro de referencia a nivel nacional.

Para el estudio se incluyeron pacientes con diagnóstico de LH de todas las edades, atendidos en el periodo 2010-2021, estos constituyeron el total de la población. Los datos se obtuvieron del registro de tumores de base hospitalaria de la institución, identificados por la codificación CIE 10: C81 (LH). Se excluyeron pacientes que no contaron con la información epidemiológica necesaria.

Las variables demográficas fueron el sexo, la edad al diagnóstico, el subtipo histopatológico y la provincia de procedencia. Para el análisis de datos se utilizaron hojas de cálculo de Excel de Microsoft Office 2010 y el SPSS v.29, licencia SOLCA. La estadística descriptiva se utilizó para resumir las variables del estudio, reportadas en frecuencias y porcentajes. Las variables continuas, como la edad, se reportaron con mediana y rangos. Se realizó un análisis de tendencia para analizar el incremento porcentual anual y se identificaron los tipos de neoplasias más frecuentes en ambos sexos en el año 2021 para conocer la incidencia del LH.

En relación con los aspectos éticos, el estudio fue realizado con datos abiertos y contó con la autorización del Comité de Investigación de SOLCA - Guayaquil.

3. Resultados

De los diferentes tipos de neoplasias atendidas en el hospital de SOLCA en el año 2021, el LH está en el decimosexto lugar en frecuencia, lo que corresponde al 1,67 % del total de casos (Figura 1).

Con el CIE 10 C81 se obtuvieron 870 pacientes del registro hospitalario, se incluyeron en el estudio 646 pacientes con diagnóstico de LH, atendidos entre 2010 y 2021. Se excluyeron aquellos casos en los cuales no se tenían datos completos (Figura 2).

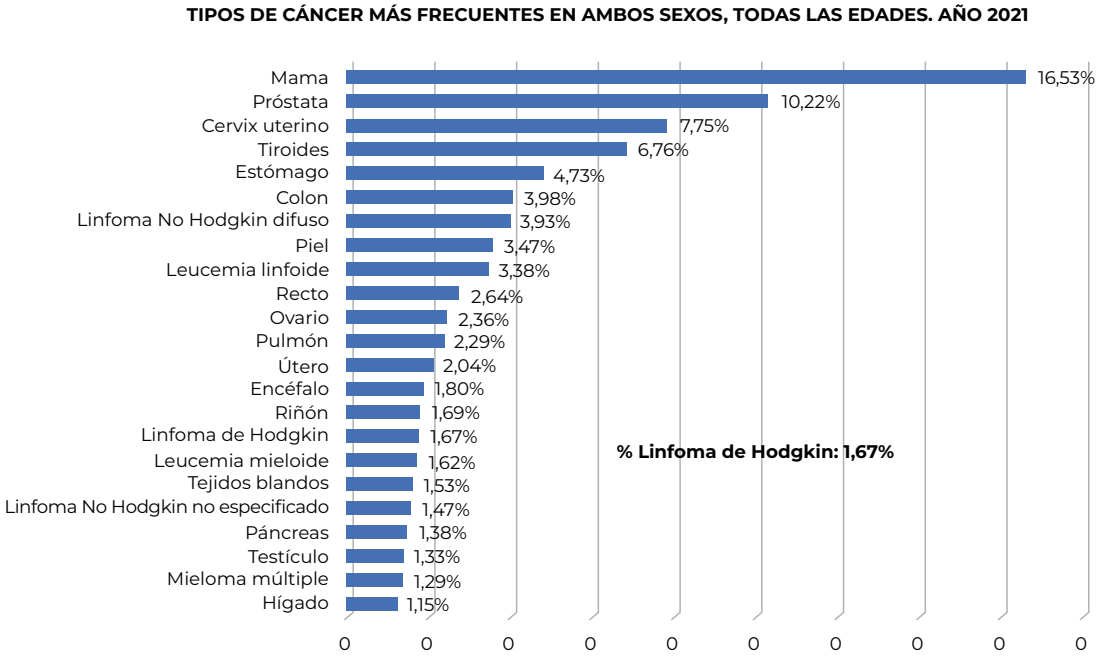


Figura 1. Tipos de cáncer más frecuentes en el hospital de SOLCA - Guayaquil, periodo 2021.

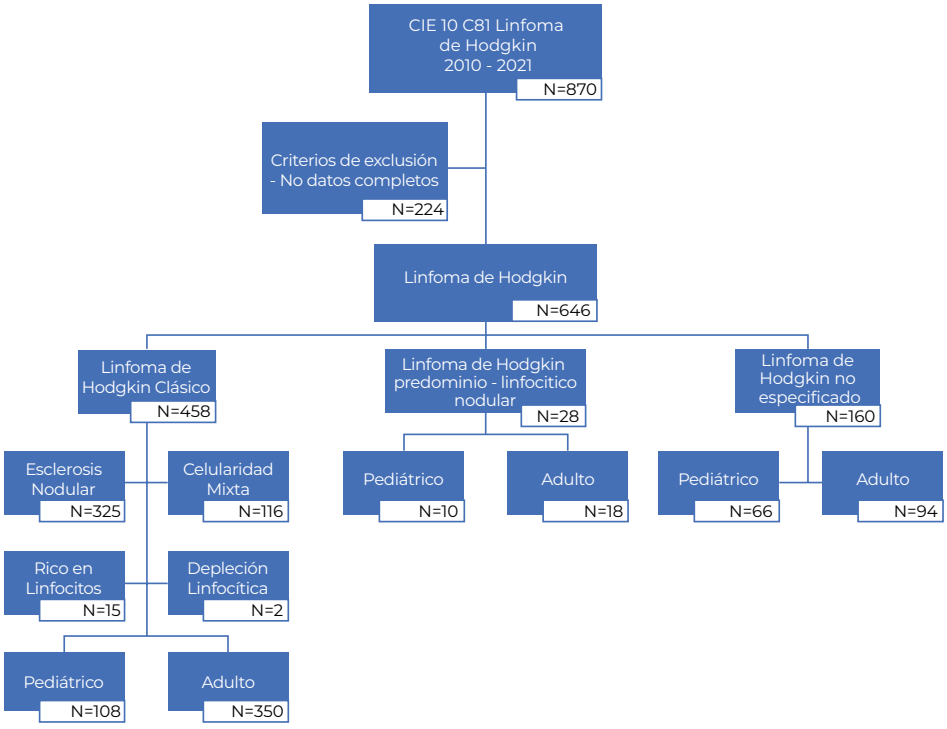


Figura 2. Tipos de cáncer más frecuentes en el hospital de SOLCA - Guayaquil, periodo 2021.

En la Tabla 1, se muestran las características epidemiológicas de los pacientes atendidos con linfoma de Hodgkin según el subtipo histológico, el sexo, la edad de presentación y las tres principales provincias de procedencia (ver mapa completo Figura 3).

En la Figura 4, se grafica la tendencia en la atención de los pacientes con LH, en el hospital de SOLCA Guayaquil, durante el periodo de estudio; se hace una diferencia entre los pacientes que fueron atendidos parcialmente para uso de algún servicio y aquellos que recibieron tratamiento oncológico específico en la institución.

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de pacientes con linfoma de Hodgkin, atendidos en el hospital de SOLCA Guayaquil

Características		**N**	**%**
	Total	**646**	**100**
Subtipo histológico	Linfoma de Hodgkin (clásico)		
	Esclerosis nodular	325	50,3
	Celularidad Mixta	116	18,0
	Rico en linfocitos	15	2,3
	Depleción linfocítica	2	0,3
	Linfoma de Hodgkin nodular con predominio linfocítico	28	4,3
	Linfoma de Hodgkin, subtipo no especificado	160	24,8
Sexo	Hombre	371	57,4
	Mujer	275	42,6
Mediana de edad en años (rango)	27 (2-95)		
Edad de presentación	Adultos	462	71,52
	Pediátricos*	184	28,48
Provincia	Guayas	375	58,05
	Manabí	77	11,92
	Los Ríos	57	8,82
	Otras 15 provincias	137	21,20

* Pediátricos: edad hasta los 17 años.

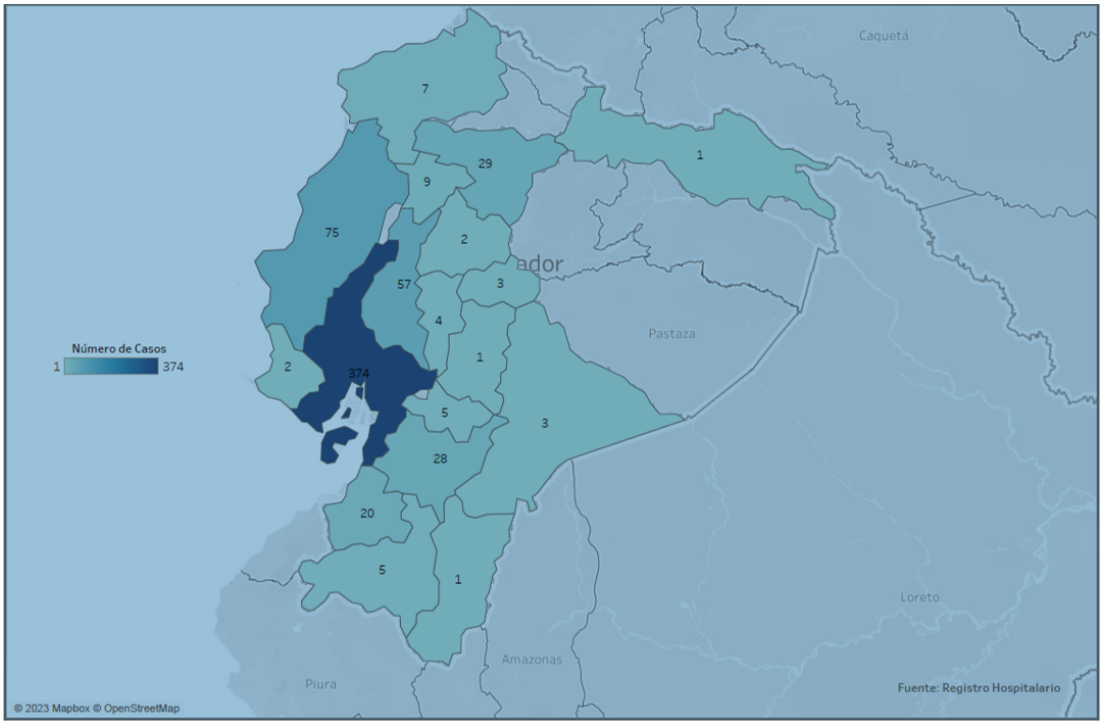
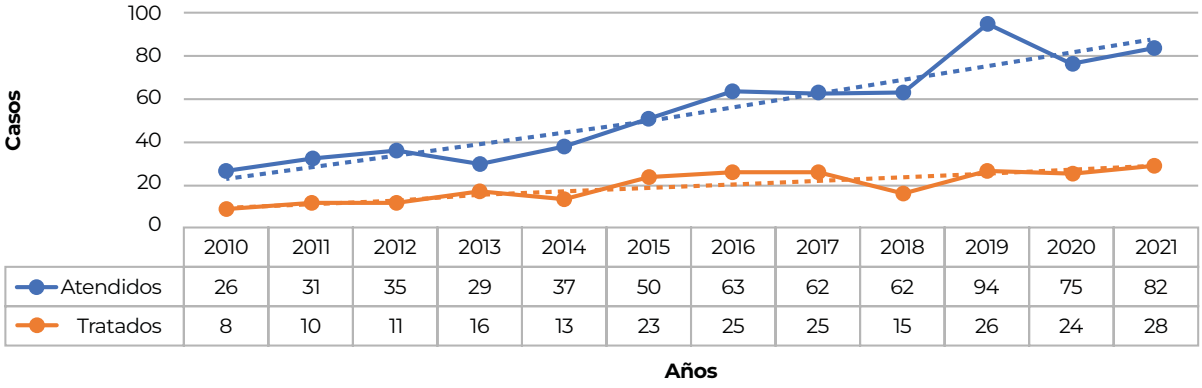


Figura 3. Número de casos de linfoma de Hodgkin según provincia de residencia, atendidos en SOLCA Guayaquil en el periodo 2020-2021.

La mediana de edad a la presentación de la enfermedad fue 26 años, con una mayor cantidad de pacientes diagnosticados en la edad adulta. Dentro de las características epidemiológicas de grupo etario y sexo en los pacientes con linfoma de Hodgkin, se observó que la mayor proporción en hombres estuvo en el grupo de 0 a 19 años con el 37,7 %, mientras que en las mujeres estuvo en el grupo de 20 a 29 años con el 45,5 % (Figura 5).



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Atendidos	26	31	35	29	37	50	63	62	62	94	75	82
Tratados	8	10	11	16	13	23	25	25	15	26	24	28

Figura 4. Tendencia de pacientes atendidos y tratados por linfoma de Hodgkin en el hospital de SOLCA - Guayaquil, periodo 2010-2021.

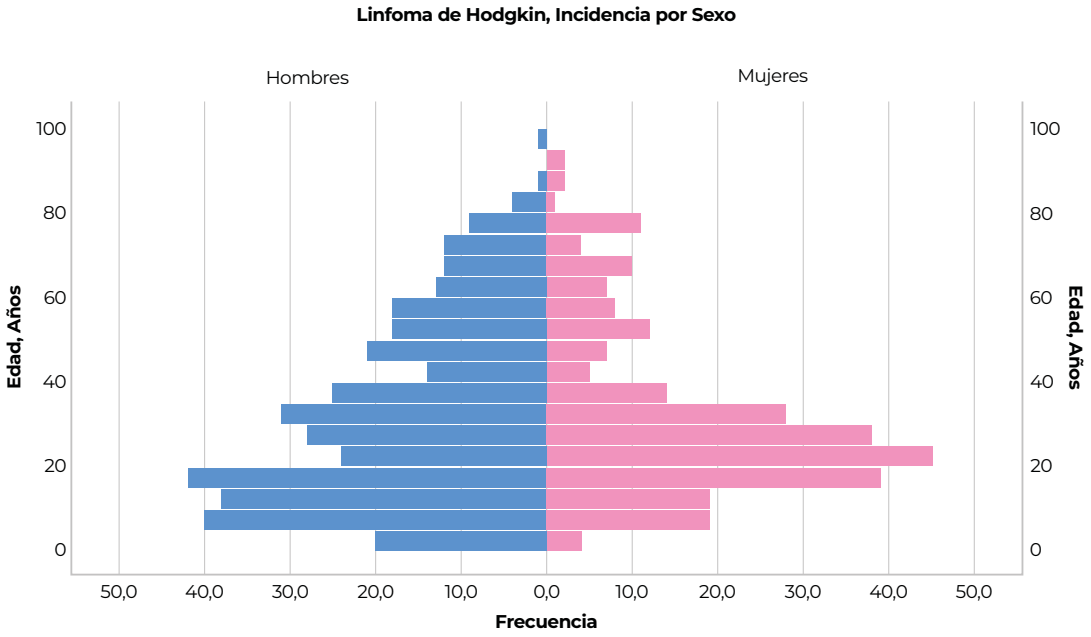


Figura 5. Incidencia según el sexo y la edad.
Fuente: Hospital de SOLCA Guayaquil.

4. Discusión

En este estudio se obtuvo la proporción del linfoma de Hodgkin en el 2021 y su comportamiento entre el 2010 y el 2021. Cabe anotar que el hospital de SOLCA Guayaquil es una institución de referencia de pacientes oncológicos y presta servicios a la red de salud pública y privada. La provincia de mayor procedencia fue Guayas con aproximadamente tres de cada cinco pacientes. Existe un incremento porcentual en las atenciones de manera anual desde el 2010 con 4,0 %, 2016 con 9,8 % y 2021 con el 12,7 %; la mayor proporción fue en el año 2019 con el 14,6 %. Esto se puede deber a una mayor cobertura de salud y a mejores políticas públicas.

Además, el linfoma de Hodgkin con esclerosis nodular fue el más frecuente (50,3 %), y esta frecuencia se mantiene en el tiempo en la misma institución, así lo demuestra este estudio en comparación con el estudio realizado diez años antes, de 1998 a 2007, en el que se reportó una frecuencia del 51,4 % para este subtipo histológico [11]. Asimismo, en el hospital Comandante Pinares, en el periodo 2007-2017, se determinó que el subtipo esclerosis nodular fue el más frecuente con el 35,3 % de los casos, sobre todo en hombres [12]. Estos hallazgos son coincidentes con la investigación realizada por el Instituto de Hematología e Inmunología de Cuba, en la que el linfoma de Hodgkin con esclerosis nodular se presentó sobre todo en hombres (64 %) [13], y con el estudio de LH en el Estado de Pará en Brasil, en el que también se obtuvo el tipo esclerosis nodular como el más frecuente y en hombres (64,6 %) [14].

La mayor proporción observada en hombres del grupo de 0-19 años de edad es muy parecida a la del estudio de LH en el oeste de Paraná en Brasil, donde se tuvo que sobre todo eran hombres (52 %) mayores de 10 años (75 %) y con diagnóstico de esclerosis nodular (48 %) [15].

5. Conclusiones

El linfoma de Hodgkin más frecuente en pacientes atendidos en el hospital de SOLCA - Guayaquil, de acuerdo con lo presentado durante este periodo de estudio, fue del tipo esclerosis nodular, en hombres de 0 a 19 años y en mujeres de 20 a 39 años, situación afín a la literatura mundial del patrón de comportamiento de esta enfermedad.

6. Limitaciones

Si bien este estudio no pudo explicar la incidencia del linfoma de Hodgkin en Guayaquil, proporcionó información valiosa sobre la distribución por edad, sexo y otros aspectos de la enfermedad. Los resultados obtenidos abren la puerta a futuras investigaciones que permitan comprender mejor la incidencia del linfoma de Hodgkin en la ciudad y desarrollar estrategias de prevención y control más efectivas.

7. Abreviaturas

LH: linfoma de Hodgkin

SOLCA: Sociedad de Lucha Contra el Cáncer

RPIS: Red Pública Integral de Salud

CIE 10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud.

8. Información administrativa

8.1. Archivos adicionales

Ninguno declarado por los autores

8.2. Contribución de los autores

Diego García Gamboa: validación, metodología, administración de proyectos y revisión. **Jhony Real Cotto:** conceptualización, administración de proyecto, metodología, escritura, revisión y edición. **Juan Garces Santos:** Conceptualización, validación y revisión. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

8.3. Financiamiento

Ninguno.

8.4. Disponibilidad de datos y materiales

Existe la disponibilidad de datos bajo solicitud al autor de correspondencia. No se reportan otros materiales.

8.5. Declaraciones

Este manuscrito no ha sido publicado previamente, ni está en proceso de revisión editorial para publicación en otra revista actualmente.

8.5.1. Aprobación del comité de ética

Para esta investigación se tomaron datos abiertos o públicos.

8.5.2. Conflictos de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses

Referencias

1. Swerdlow SH, Campo E, Pileri SA, Harris NL, Stein H, Siebert R, et al. The 2016 revision of the World Health Organization classification of lymphoid neoplasms. Blood. 2016;127(20): 2375-90. Disponible en: https://ashpublications.org/blood/article/127/20/2375/35286/The-2016-revision-of-the-World-Health-Organization
2. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2019. CA Cancer J Clin. 2019;69(1): 7-34. https://doi.org/10.3322/caac.21551
3. Globocan. Hodgkin lymphoma [Internet]. WHO. 2020 [citado 25 de diciembre de 2022]. Disponible en: https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/33-Hodgkin-lymphoma-fact-sheet.pdf
4. Evens AM, Antillón M, Aschebrook-Kilfoy B, Chiu BCH. Racial disparities in Hodgkin's lymphoma: a comprehensive population-based analysis. Ann Oncol. 2012;23(8): 2128-37. Disponible en: https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534(19)38096-2/fulltext
5. Rénard C, Claude L, Garnier N, Penel-Page M. Linfoma de Hodgkin en niños y adolescentes. EMC - Pediatría. 2022;57(2): 1-14. https://doi.org/10.1016/S1245-1789(22)46499-7
6. Pérez-Zúñiga JM, Aguilar-Andrade C, Álvarez-Vera JL, Augusto-Pacheco M, Báez-Islas PE, Bates-Martín RA, et al. Linfoma de Hodgkin. Rev Hematol. 2019;20(2): 124-30. Disponible en: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=87720
7. Grubb WR, Neboori HJ, Diaz AD, Li H, Kwon D, Panoff J. Racial and Ethnic Disparities in the Pediatric Hodgkin Lymphoma Population. Pediatr Blood Cancer 2016;63(3): 428-35. https://doi.org/10.1002/pbc.25802
8. Monteiro TAF, Arnaud MVC, Monteiro JLF, Costa MRM da, Vasconcelos PF da C, Monteiro TAF, et al. Linfoma de Hodgkin: aspectos epidemiológicos e subtipos diagnosticados em um hospital de referência no Estado do Pará, Brasil. Rev Pan-Amaz Saúde. 2016;7(1): 27-31. Disponible en: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2176-62232016000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
9. Matamoros KG, León KP, Vernaza GP, Sánchez F, Maridueña MS. Linfoma de Hodgkin del adulto: Revisión de 10 años en el Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo. Oncol Ecuad. 2009;19(1-2):31-5. Disponible en: https://roe-solca.ec/index.php/johs/article/view/431
10. Valdivia Flores G. Características epidemiológicas y anatomopatológicas de linfoma Hodgkin en el Hospital Goyeneche, Arequipa 2013-2018. Univ Católica St María [Internet]. 25 de marzo de 2019 [citado 14 de noviembre de 2022]; Disponible en: http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/8767

11. Garcia K, Posligua K, Paulson G, Sánchez F, Santacruz M. Linfoma de Hodgkin del adulto: Revisión de 10 años en el Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo Oncol Ecuad. 2009;19(1-2): 31-5. Disponible en: https://roe-solca.ec/index.php/johs/article/view/431

12. López AA, Placeres LL. Caracterización clínico-epidemiológica de los pacientes con linfoma en un período de diez años en San Cristóbal. Rev Cien Estud 2019;58(271):4-8. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/abril/abr-2019/abr19271c.pdf

13. Quintero-Sierra Y, Teruel-Herrero A, Hernández-Padrón C, Concepción-Fernández Y, Romero-González A, Macia-Pérez I. Caracterización del linfoma de Hodgkin en los pacientes adultos. Rev Cuba Hematol Inmunol Hemoter. 2019;35(3): a_1027. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892019000300006

14. Monteiro TAF, Arnaud MVC, Monteiro JLF, Costa MRM da, Vasconcelos PF da C, Monteiro JLF et al. Linfoma de Hodgkin: aspectos epidemiológicos e subtipos diagnosticados em um hospital de referência no Estado do Pará, Brasil. Rev Pan-Amaz Saúde. 2016;7(1): 27-31. https://doi.org/10.5123/s2176-62232016000100003

15. Fiori CMCM, Rodrigues AJS, Voigt AD, Turmina L, Hata MM. Linfoma de Hodgkin em crianças e adolescentes: Estudo clínico e epidemiológico. Rev Thêma Sci. 2020;10(1E):36-46. Disponible en: https://ojsrevistas.fag.edu.br/index.php/RTES/article/view/1206

ONCOLOGÍA

ISSN: 2661-6653

DOI: https://doi.org/10.33821/732
Caso Clínico / Case report

Pseudotumor fibroso calcificante de cuello en una paciente adolescente: reporte de caso

Calcifying fibrous pseudotumor of the neck in an teenager female patient: case report

Marco Fabricio Bombón[1,2] y Emilio Criollo Vargas[1]

1 Servicio de Cirugía de Cabeza, Cuello y Otorrinolaringología. SOLCA- Guayaquil.Ecuador.
2 Postgrado de Cirugía, SOLCA-Guayaquil. Universidad de Especialidades Espíritu Santo. Guayaquil-Ecuador.

Recibido: 08/01/2024
Aceptado: 11/03/2024
Publicado: 30/04/2024

RESUMEN

Introducción: El pseudotumor fibroso calcificante es un tumor benigno de tejidos blandos que aparece principalmente en niños y adultos jóvenes entre 20 y 30 años de edad, aún sin una etiología clara y definida. De distribución corporal variable, siendo relativamente poco común en el cuello. **Caso clínico:** Se presenta el caso de una paciente adolescente de 17 años con tumor en el cuello de rápido crecimiento que se manifestó con dolor moderado localizado, ronquido excesivo y dificultad respiratoria progresiva. **Tratamiento:** Se realiza resección completa del tumor localizado en hipofaringe, la cual confirma el diagnóstico histopatológico e inmunohistoquímico de pseudotumor fibroso calcificante. **Conclusión:** El pseudotumor fibroso calcificante de cuello es una patología benigna rara, con síntomas inespecíficos y muy probablemente, inducida porque el tumor comprime los tejidos circundantes. La resolución quirúrgica sigue siendo el Gold estándar (GS) en cuanto al tratamiento. El pronóstico postresección es bueno a largo plazo, con tasas bajas de recurrencias. Se discute la aproximación diagnóstica y terapéutica en un paciente adolescente comparado con lo descrito en la literatura.

Palabras Clave: DeCS: Pseudotumor fibroso calcificante, calcificaciones psamomatoides, tumor benigno del cuello, tumor cervical, adolescente.

ABSTRACT

Introduction: Calcifying fibrous pseudotumor is a benign soft tissue tumor, appearing mainly in children and young adults between 20 and 30 years of age, still without a clear and defined etiology. It has a variable body distribution, being relatively uncommon in the neck. **Case report:** We present the case of a 17-year-old teenager female patient with a rapidly growing neck tumor, which manifested with moderate localized pain, excessive snoring and progressive respiratory distress. **Treatment:** Complete resection of the tumor located in the hypopharynx was performed, which confirmed the histopathological and immunohistochemical diagnosis of calcifying fibrous pseudotumor. **Conclusion:** Calcifying fibrous pseudotumor of the neck is a benign pathology, rare with non-specific symptoms and most probably induced by the tumor compressing the surrounding tissues. Surgical resolution remains the gold standard for treatment. The prognosis after resection is good in the long term, with low recurrence rates. The diagnostic and therapeutic approach in this teenager patient is discussed compared to that described in the literature.

Keywords: DeCS: calcifying fibrous pseudotumor, psammomatoid calcifications, benign neck tumor, cervical tumor, teenager.

*** Autor de correspondencia:** Marco Fabricio Bombón, fabri.bombonpm@gmail.com

Cómo citar: Bombón MF, Criollo Vargas E. Pseudotumor fibroso calcificante de cuello en una paciente adolescente: reporte de caso. Oncología (Ecuador). 2024;34(1): 44-51. https://doi.org/10.33821/732

© 2024 Revista Oncología Ecuador. Publicado por la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, Ecuador. Este es un artículo de acceso abierto publicado bajo una licencia CC BY-NC-SA (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

1. Introducción

El pseudotumor fibroso calcificante es un tumor benigno de tejidos blandos poco frecuente con características histológicas distintivas [1]. Se caracteriza histológicamente por abundante tejido colagenizado, con un infiltrado linfoplasmocítico focal y calcificaciones psamomatosas y distróficas [2]. Es más frecuente en niños y adultos jóvenes [3]. Se encuentra en numerosos lugares del cuerpo, la mayoría de las veces en el tracto gastrointestinal o tejido blando subcutáneo, pero es relativamente poco común en el cuello [1]. La causa y los mecanismos patológicos se desconocen [3]. En casi todos los casos, se describe una lesión única, aunque existen lesiones múltiples. Su aproximación diagnóstica es clínica e imagenológica. No obstante, es necesario obtener una muestra histopatológica para confirmar el diagnóstico [4]. El objetivo de este artículo es reportar el caso de un pseudotumor fibroso calcificante del cuello en una paciente adolescente.

2. Reporte de caso

Se presenta el caso de una mujer adolescente de 17 años, sin antecedentes patológicos de importancia, que acude por presentar aparente tumoración en el cuello que produce dolor moderado, ronquido excesivo desde hace 4 meses, aproximadamente, y que se exacerba en las últimas semanas, acompañado de dificultad respiratoria progresiva. No se evidencian síntomas o signos neurológicos o digestivos. La paciente es sometida inicialmente a estudio de TAC de cara y cuello, sin un diagnóstico definitivo, que reporta tumoración paratraqueal y retrotraqueal con calcificaciones en su interior que desplazan y obliteran la laringe y la tráquea, parcialmente, de contornos regulares, que mide 4 × 11 cm.

En el examen físico, se observa un aumento del volumen cervical que ocupaba toda la topografía central del cuello, blanda al tacto. La orofaringe se palpaba abultada, comprometida totalmente por un tumor duro.

2.1. Taller diagnóstico

La paciente es valorada por el servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello, bajo el diagnóstico presuntivo de tumor de comportamiento incierto del cuello. Se solicitaron algunos exámenes complementarios entre los que constan estudios paraclínicos de laboratorio; nasofibrolaringoscopia; TAC de cara, cuello, tórax; citopunción guiada por ecografía de tumor cervical.

En los estudios paraclínicos de laboratorio, realizados en el Departamento de Laboratorio Clínico de SOLCA, Guayaquil, se constata que el hemograma, la bioquímica sanguínea y los tiempos de coagulación se encuentran dentro de parámetros normales.

En la nasofibrolaringoscopia se evidencia tumor de límite de nasofaringe con orofaringe, que ocupa la totalidad de la orofaringe y llega hasta hipofaringe, desplazando la laringe y, debido al tamaño de la masa, no se logra acceder hasta la supraglotis.

El reporte de la TAC de cara, cuello con contraste intravenoso identifica lesión tumoral de contornos definidos, heterogénea, con densidad de tejidos blandos y calcificaciones irregulares en su interior, que mide 69 mm en su eje mayor en plano axial, y 117 mm en su eje mayor en plano sagital, no presenta realce posterior al contraste endovenoso. Por su margen anterior, contacta y comprime la faringe, laringe, esófago y glándula tiroides, de predominio en el lóbulo izquierdo. Por el posterior, involucra el espacio prevertebral, sin aparente infiltración de agujeros vertebrales ni estructuras óseas. Sus márgenes laterales contactan y desplazan los espacios carotídeos, carótidas y venas yugulares, sin provocar infiltración de los mismos. Nasofaringe permeable, de morfología conservada, orofaringe ocluida en casi su totalidad por la lesión tumoral descrita, no se observan adenopatías cervicales (Figura 1).

La TAC de tórax, reporta lesión tumoral cervical prevertebral, que se extiende al opérculo torácico, desplaza anteriormente la tiroides sin infiltrarla, deforma la pared posterior de la tráquea y comprime al esófago.

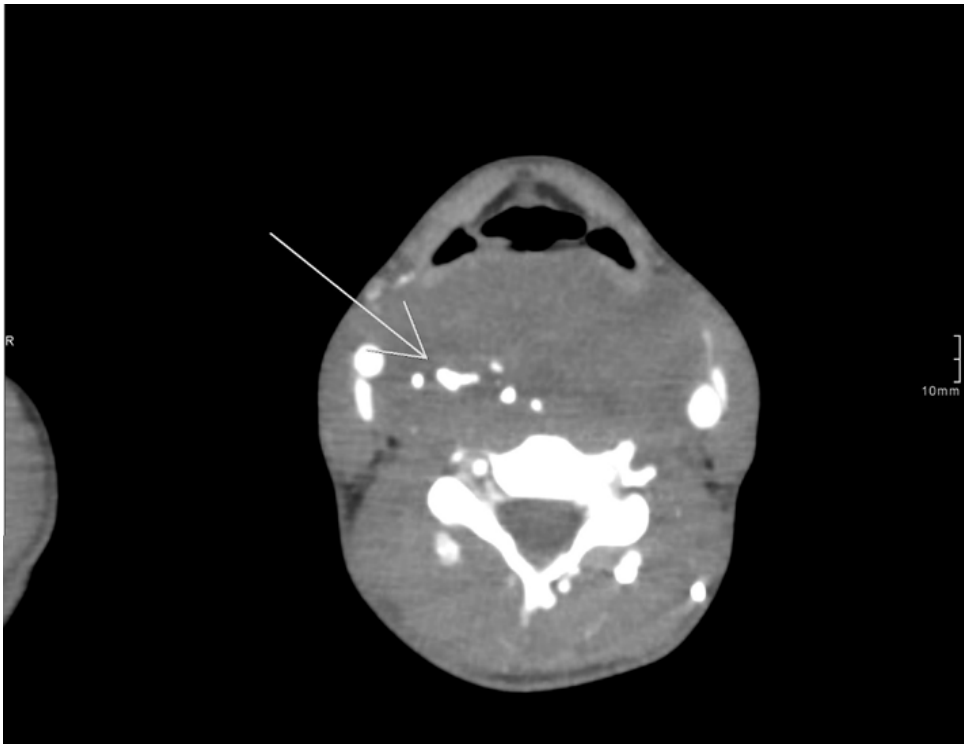


Figura 1. Corte axial de TAC de cara y cuello con contraste intravenoso con evidencia de lesión tumoral de contornos definidos, heterogénea, con densidad de tejidos blandos y calcificaciones irregulares en su interior, no presenta realce posterior al contraste endovenoso
Fuente: Departamento de Radiología e Imágenes. SOLCA – Guayaquil.

La citopunción guiada por ecografía de tumor cervical no es valorable ni concluyente, ya que la muestra estaba constituida exclusivamente por eritrocitos con trazos de hemólisis y leucocitos dispersos. Posteriormente, es valorada con los resultados de exámenes complementarios y, al no tener un resultado patológico ni citológico concluyente, y presentar la paciente la sintomatología inicial con aparente exacerbación del cuadro clínico (dificultad respiratoria), se decide realizar traqueostomía abierta más biopsia incisional de orofaringe, de manera profiláctica ante un probable cuadro obstructivo a corto o mediano plazo.

El procedimiento se realizó sin complicaciones aparentes y el resultado de la biopsia reportó proliferación fibroblástica/miofibroblástica paucicelular con células fusiformes, sin atipias significativas inmersas en una matriz colágena densa, acompañada de esporádicos linfocitos y escasas calcificaciones psamomatosas. No se identificaron áreas de necrosis, anaplasia o actividad mitótica elevada que sugieran malignidad. Los hallazgos son sugestivos de pseudotumor fibroso calcificante. Los resultados de inmunohistoquímica descartan fibromatosis y el KI:67 demuestra un índice bajísimo de proliferación celular.

En este contexto, el presente caso es valorado y revisado por el Comité de Piel, Sarcomas y Partes Blandas, y luego por el de Patología que, después de un análisis minucioso y exhaustivo, recomiendan aumentar las pruebas inmunohistoquímicas, que se detallan a continuación (Tabla 2):

Las pruebas IHQ confirmaron el diagnóstico de pseudotumor fibroso calcificante con positividad de IgG4. Por lo tanto, en vista de los resultados, se decide como única opción de tratamiento la resección quirúrgica. Para complementar los hallazgos de imagen descritos previamente, y con el objetivo de definir las características morfológicas y anatómicas de la lesión y su relación con estructuras adyacentes, así como para la selección de la mejor técnica quirúrgica, se solicita una resonancia magnética de cara, cuello y tórax con contraste (Figura 2).

Tabla 2. Hallazgos inmunohistoquímicos

Prueba IHQ	Resultado
B CATENINA	Negativo
SOX 10	Positividad focal en miofibroblastos
KI 67	1 %
SMA ACTINA MUS.LISO 1A4	Positivo perivascular y en miofibroblastos
S 100	Negativa
SINAPTOFISINA	Negativa
CROMOGRANINA	Negativa
CD-117	Negativo
CD-34	Positivo

Fuente: Departamento de Patología. SOLCA – Guayaquil.

Figura 2. Corte axial de resonancia magnética nuclear de cara y cuello simple y contrastada con evidencia de masa tumoral sólida extraluminal en espacio de la orofaringe e hipofaringe, que en forma secundaria oblitera la luz
Fuente: Departamento de Radiología e Imágenes. SOLCA – Guayaquil.

La RMN de cara, cuello reporta lesión tumoral de aspecto sólido en espacio de la orofaringe e hipofaringe, de 112 × 66 × 37 mm en sus ejes mayores, que en forma secundaria oblitera su luz, en relación a su diagnóstico histopatológico de pseudotumor fibroso. Adenopatías cervicales de características probablemente inflamatorias en los niveles I, II y III. Se observan adenopatías de morfología conservada, la de mayor tamaño mide 8 mm. Proceso inflamatorio en senos maxilares, esfenoidal y celdillas etmoidales.

2.1. Tratamiento y evolución

La paciente es sometida a una cervicotomía exploratoria, disección lateral izquierda y exéresis de tumor, en un procedimiento quirúrgico que tuvo una duración de 4 horas, con un sangrado aproximado de 600 ml. Se realiza una incisión cervical ampliada bilateral, encontrando en el intraoperatorio tumoración en región de hipofaringe de características macroscópicas ovalada, de superficie lisa, que mide aproximadamente 8 × 10 cm (Figura 3). Además, durante el acto quirúrgico, se aísla un ganglio cervical izquierdo nivel III, pardo amarillento, de consistencia elástica, que mide 1,2 × 1 cm, realizándose disección lateral izquierda. Se conservan y preservan las estructuras vasculares y nerviosas, como paratiroides y nervio laríngeo recurrente.

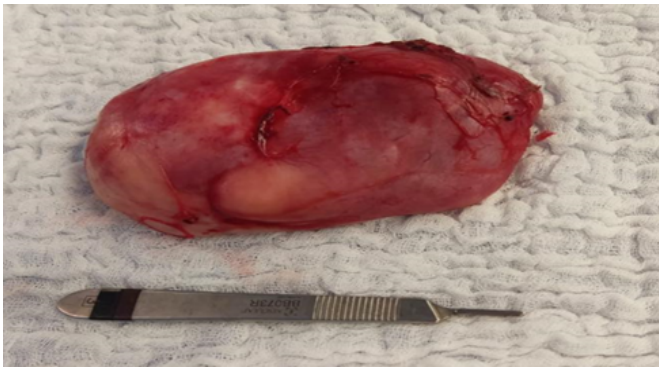


Figura 3. Hallazgos intraperatorios de exéresis de tumor de hipofaringe
Fuente: SOLCA – Guayaquil.

El reporte de patología e inmunohistoquímico de la pieza quirúrgica evidencia tumor fibroso calcificante.

El estudio de patología del ganglio cervical resecado reveló ganglio linfático con histiocitosis sinusoidal, negativo para malignidad.

Se realiza exéresis total del pseudotumor fibroso calcificante de hipofaringe, sin complicaciones intraoperatorias ni posoperatorias. La paciente es dada de alta a las 72 horas del período postquirúrgico, con sangrado escaso por los drenes colocados en el operatorio, que se retiran al alta médica, manteniendo la traqueostomía que se encuentra funcionante y en buenas condiciones.

Posterior a la primera semana, la paciente acude a control por consulta externa del área de Cabeza y Cuello, en la que se evidencia traqueostomo funcionante, herida quirúrgica en buen proceso de cicatrización, sin signos de infección, con mejoría relativa de la sintomatología inicial. Se lleva a cabo nasofibroscopia que reporta buena movilidad de ambas cuerdas. Se indican ejercicios respiratorios para eventual decanulación.

A la semana subsecuente, se ejecuta una decanulación exitosa. Finalmente, se cita a controles posteriores con resultados, evidenciándose cicatriz sellada, no recidiva tumoral. Al ser un tipo de tumor con características benignas, la paciente no recibe tratamiento adyuvante oncológico específico.

3. Discusión

La clasificación actual de la OMS utiliza desde el año 2002 el término tumor o pseudotumor fibroso calcificante para referirse a una lesión mesenquimal benigna rara [1,14]. Actualmente, la patogénesis es incierta. Las posibles etiologías incluyen infección previa, trauma o intervención quirúrgica [2].

Este tipo de lesión se caracteriza por tener un límite definido, carecer de cápsula y presentar una amplia gama de tamaños. Microscópicamente presenta colágeno hipocelular densamente hialinizado con psamoma o calcificación distrófica e infiltrado inflamatorio mononuclear [3,14]. Se ha descrito principalmente en niños y adultos jóvenes entre 20 y 30 años de edad, con escasa predisposición en mujeres, aún sin una causa bien definida [4, 5].

El pseudotumor fibroso calcificante se ha documentado en diversas localizaciones anatómicas como superficies serosas, órganos sólidos y tubulares, y tejidos blandos [6]. Los sitios más frecuentemente involucrados son el estómago (18 %), el intestino delgado (8,7 %), la pleura (9,9 %), el cuello (6,2 %), el peritoneo (6,8 %), el mediastino (5 %) y el mesenterio (5 %) [7]. En este contexto, existen muy pocos casos en la literatura de presencia en el cuello, pues la mayoría de los estudios son informes de hallazgos esporádicos, con poca o nula sintomatología [1].

Los pacientes normalmente no tienen síntomas específicos y, cuando existen, son atípicos y, probablemente, inducidos por el tumor que comprime los tejidos circundantes. Los tumores se detectan a menudo de forma incidental durante exámenes de imagen o cirugías [8].

El examen de laboratorio resulta no ser tan útil en el diagnóstico de pseudotumor fibroso calcificante [5]. Este es morfológico, por lo tanto, la inmunohistoquímica podría ser funcional en el diagnóstico diferencial. Las células del husillo son fuertes y difusamente positivas para Vimentin y Factor XIIIa y, rara vez, positivas para la actina muscular lisa (SMA). La inmunorreactividad del tumor fibroso para CD34 se ha reportado de forma variable en la literatura. Se ha descrito una relación IgG:IgG4 en la población plasmática, lo que sugiere una asociación potencial entre la enfermedad relacionada con IgG4 [7, 9].

El tratamiento de elección y con mejores resultados del pseudotumor fibroso calcificante es la extirpación quirúrgica. Todos los científicos están de acuerdo en que este tipo de tumor debe ser extirpado en el momento del diagnóstico. Se reportan pocas recurrencias y no se registran muertes relacionadas [9]. Sin embargo, otros investigadores sugieren el tratamiento con corticosteroides, pero la extirpación de tumores radicales mediante cirugía es el principal método de tratamiento porque la histopatología postoperatoria y la inmunohistoquímica permiten obtener un diagnóstico definitivo [10,12].

Existen dos tipos de escisión que se recomiendan en la literatura: la abierta y la endoscópica. La resección o exéresis quirúrgica abierta se empleó en la mayoría de los casos, mientras que, en unos pocos, se utilizó cirugía laparoscópica o mínimamente invasiva [9,11]. La TAC y la RM proporcionan una reconstrucción tridimensional de la lesión y definen las características morfológicas y su relación con estructuras adyacentes, lo que es importante para la planificación quirúrgica [1]. A pesar de esto, si bien las imágenes pueden desempeñar un papel importante en el diagnóstico de muchas lesiones, en este tipo de tumor el diagnóstico final depende del examen microscópico del tejido realizado en el estudio de histopatología [1, 5].

Los casos de transformación maligna no se han informado en la literatura [13]. A nivel global, se identificaron estudios en los que no se observaron recurrencias ni metástasis, excepto en pocos pacientes, incluyendo pacientes pediátricos menores de 3 años, en los que existió una exigua recurrencia dentro de su período de seguimiento [15]. El pronóstico suele ser bueno con mínima morbilidad asociada y sin mortalidad registrada [13,15].

Es importante determinar que el diagnóstico final y definitivo del pseudotumor fibroso calcificante se realiza entre varias entidades similares, tales como fibromatosis, sarcoma sinovial, fibroblastoma desmoplásico, fibroma de la vaina de tendón, exclusivamente con estudios histológicos e inmunohistoquímicos. También, se deben realizar otros estudios dedicados a la identificación de la patogénesis exacta del tumor y la evaluación de la distribución de la edad de presentación para evitar un diagnóstico erróneo y un tratamiento innecesario [15].

4. Conclusiones

El pseudotumor fibroso calcificante es una patología rara, de muy difícil diagnóstico, en especial en pacientes adolescentes, como la de nuestro caso clínico. La sintomatología es inespecífica y la localización variable, el manejo quirúrgico sigue siendo la piedra angular del tratamiento, con pocas tasas de recurrencia y buen pronóstico a largo plazo.

Este caso en particular destaca la importancia de considerar al pseudotumor fibroso calcificante como una entidad a tener en cuenta al demostrar tumores cervicales en estudio, especialmente, en pacientes adolescentes con síntomas inespecíficos. En la actualidad, al existir pocos casos descritos en la literatura, una aproximación diagnóstica y terapéutica adecuada permitirá proponer, evaluar y dar seguimiento a futuros casos clínicos con carácter de estudios multicéntricos, siendo así un campo amplio y abierto para futuras investigaciones médicas.

5. Abreviaturas

IHQ: Inmunohistoquímica

OMS: Organización Mundial de la Salud

RM: Resonancia Magnética

TAC: Tomografía axial computarizada

6. Información administrativa

6.1. Archivos adicionales

Ninguno declarado por los autores.

6.2. Agradecimientos

Nuestro agradecimiento para la paciente y su familia que accedieron a la divulgación de este trabajo científico.

6.3. Contribuciones de los autores

Marco Fabricio Bombón Caizaluisa: Conceptualización, curación de datos, análisis formal, adquisición de fondos, investigación, redacción - borrador original. **Emilio José Criollo Vargas:** Conceptualización, curación de datos, análisis formal. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

6.4. Financiamiento

Los investigadores financiaron el estudio y no recibieron ningún tipo de reconocimiento económico por este trabajo de investigación.

6.5. Disponibilidad de datos y materiales

Existe la disponibilidad de datos bajo solicitud al autor de correspondencia. No se reportan otros materiales.

6.6. Declaraciones

6.6.1 Consentimiento informado

Los tutores legales de la paciente dieron su consentimiento informado por escrito para la publicación de este informe de caso y las imágenes que lo acompañan. El editor jefe de esta revista tiene una copia del consentimiento por escrito para su revisión.

6.6.2. Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de competencia o interés.

Referencias

1. Baumann KB, Orestes MI, Heaton SM, Whiting RE, Wendzel NC, Foss RD. Calcifying Fibrous Tumor of the Neck. Head Neck Pathol. 2020; 14(2):507-511. https://doi.org/10.1007/s12105-019-01100-7
2. Turbiville D, Zhang X. Calcifying fibrous tumor of the gastrointestinal tract: A clinicopathologic review and update. World J Gastroenterol. 2020; 26(37):5597-5605. https://doi.org/10.3748/wjg.v26.i37.5597
3. Gava Feriani G, Soares Barreto Venâncio G, Samary Silva Lobato D, Luna de Azevedo F. Pseudotumor oral fibroso calcificante pós granuloma piogênico recidivante. Revista Cientifica da FMC. 2021; 16(2):30-34. https://doi.org/10.29184/1980-7813.rcfmc.509.vol.16.n2.2021
4. Correa S, Gómez P, Mugnier J, Salamanca E, Sebá J. Pseudotumor fibroso calcificado del mesenterio: un caso inusual en una niña de 9 años. Cir Pediatr. 2019; 32(3):154-157. Disponible en: https://www.secipe.org/coldata/upload/revista/2019_32-3_154-157.pdf

5. Chorti A, Papavramidis TS, Michalopoulos A. Calcifying fibrous tumor, review of 157 patients reported in International Literature. Medicine. 2016; 95(20):1-12. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000003690
6. Pezhouh MK, Rezaei MK, Shabihkhani M, Ghosh A, Belchis D, Montgomery EA, Voltaggio L. Clinicopathologic study of calcify-ing fibrous tumor of the gastrointestinal tract: a case series. Hum Pathol. 2017; 62:199-205. https://doi.org/10.1016/j.humpath.2017.01.002
7. Sabrine D, Hafsa E, Amine R, Zakia B, Fouad Z. Calcificando Tumor Fibio de la Mesentería: un informe de caso y una revisión de la literatura. Clin Pathol. 2020; 13:2632010X20930689. https://doi.org/10.1177/2632010X20930689
8. Ma HY, Feng MT, Hong YG. Calcifying fibrous pseudotumor in the pelvic cavity: A case report and review of the literature. Mol Clin Oncol. 2020 Mar; 12(3):268-272. https://doi.org/10.3892/mco.2020.1976
9. Prucker J, Salaheddin-Nassr Y, Leidl S. Calcifying fibrous tumor of the terminal ileum mesentery: Case report. Medicine (Baltimore). 2018; 97(51):e13351. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000013351
10. Liu Y, Lu Q, Wu XL, Shen GJ, Luo T. Ultrasonographic imaging of calcifying fibrous tumor of cervical esophagus: A case report. Medicine (Baltimore). 2019; 98(28):e16425. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000016425
11. Li BJ, Yang XD, Chen WX, Shi YH, Nie ZH, Wu J. Calcifying fibrous tumor of stomach: A case report. Medicine (Baltimore). 2017 Nov; 96(47):e8882. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000008882
12. Pereira MWAP, Barbosa JABA, de Arruda Ribeiro CT, Shiang C, Yorioka MAW, Borges LL. Calcifying fibrous tumor: A rare spermatic cord presentation. Urol Case Rep. 2020; 33:101418. https://doi.org/10.1016/j.eucr.2020.101418
13. Elsarraj H, Hamza A. Calcifying fibrous tumor. Autops Case Rep. 2022; 12:e2021400. https://doi.org/10.4322/acr.2021.400
14. Kang W, Cui Z, Li X, Sun, Jin X. Calcifying Fibrous Tumor of the Tunica Vaginalis Testis: A report of 2 cases. Urol Case Rep. 2017; 100:e9-e13. https://doi.org/10.1016/j.urology.2016.09.022
15. Zhou J, Zhou L, Wu S, Yang X, Xu H, Zheng S, et al. Clinicopathologic study of calcifying fibrous tumor emphasizing different anatomical distribution and favorable prognosis. BioMed Res Int. 2019; 2019:5026860. http://dx.doi.org/10.1155/2019/5026860

ONCOLOGÍA

ISSN: 2661-6653

DOI: https://doi.org/10.33821/742
Caso Clínico / Case report

Schwannoma gástrico. Reporte de un caso

Gastric Schwannoma: A Case Report

Darío Montes N.[1], Nixon Cevallos R[2] y Rubén Montes N[3]

1 Servicio de Gastroenterología, SOLCA Núcleo Machala, El Oro, Ecuador.
2 Servicio de Oncología, SOLCA Núcleo Machala, El Oro, Ecuador.
3 Servicio de Medicina Interna, Hospital General Dr. León Becerra Camacho. Milagro, Guayas, Ecuador.

Recibido: 04/05/2023
Aceptado: 23/02/2024
Publicado: 30/04/2024

RESUMEN

Introducción: Los schwannomas son tumores mesenquimatosos benignos de crecimiento lento, se originan en las células de Schwann de los nervios de los plexos Meiisner y Auebarch. Aunque pueden aparecer en cualquier localización, son poco frecuentes en el tracto gastrointestinal. **Caso clínico:** Nuestro caso es la presentación de un schawnnoma gástrico con evolución favorable y buen pronóstico tras su resección completa. **Conclusión:** La importancia de presentarlo radica en tenerlo presente en el diagnóstico diferencial de los tumores gástricos subepiteliales.

Palabras Clave: Schwannoma gástrico, Tumores del estroma gastrointestinal, Inmunohistoquímica.

ABSTRACT

Introduction: Schwannomas are benign, slow-growing, Mesenchymal Tumors (MT) that originate in the Schwann cells of the nerves of the Meiisner and Auebarch plexuses. Although they can appear in any location, they are rare in the gastrointestinal tract (GIT). **Case report:** Our case is the presentation of a gastric Schawnnoma with favorable evolution and a good prognosis after a complete resection. **Conclusion:** It is relevant to present this to keep it in mind in the differential diagnosis of subepithelial gastric tumors.

Keywords: Gastric Schwannoma, Gastrointestinal stromal tumors, Immunohistochemistry.

*** Autor de correspondencia:** Darío Javier Montes Nájera, javiermontesn89@gmail.com

Cómo citar: Montes Nájera D, Cevallos N, Montes R. Schwannoma gástrico. Reporte de un caso. Oncología (Ecuador). 2024;34(1): 52-57. https://doi.org/10.33821/742

© 2024 Revista Oncología Ecuador. Publicado por la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, Ecuador. Este es un artículo de acceso abierto publicado bajo una licencia CC BY-NC-SA (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

1. Caso clínico

Femenina de 61 años, antecedentes patológicos de diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con hipoglucemiantes. Sin antecedentes familiares oncológicos.

Presenta cuadro clínico de dispepsia tipo distress postprandial, sin signos de alarmas, de un año de evolución. Sin alteraciones en su tracto digestivo bajo o en la esfera hepatobiliar. En el examen físico se identifica buen estado general. El abdomen se palpa blando depresible, no doloroso, no tumoraciones, no visceromegalia. No se reflejan particularidades en dicho examen. En la paraclínica sanguínea tampoco se hallan alteraciones.

En la tomografía computarizada de abdomen-pelvis (Figura 1) se evidencia, en antro gástrico, engrosamiento parietal asociado a tumoración con crecimiento exofítico que mide 79 × 84 × 88 mm, y se aprecian ganglios incrementados de tamaño en región hiliar hepática, tronco celíaco y periféricos.

Figura 1. Tomografía computarizada (TC) abdomen-pelvis
Fuente: Hospital SOLCA Núcleo Machala

En la endoscopia digestiva alta, a nivel de antro sobre curvatura, se refleja la mayor lesión subepitelial de 4 cm, recubierta de mucosa de aspecto habitual sugestiva de tumor del estroma gastrointestinal (GIST) (Figura 2).

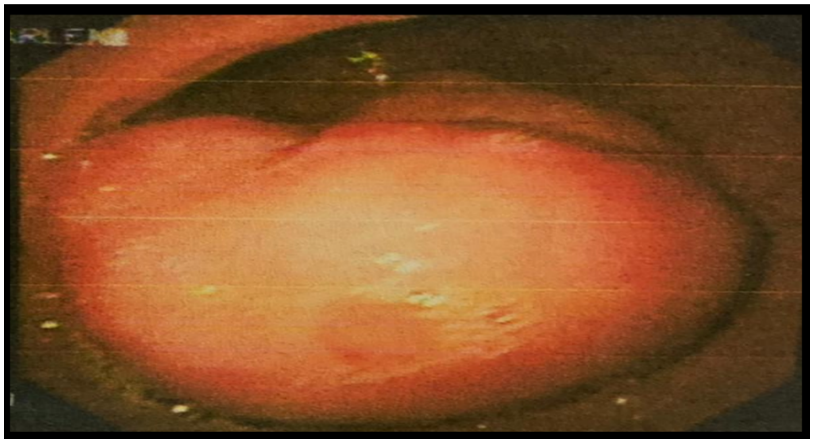


Figura 2. Lesión subepitelial en antro vista por EDA
Fuente: Hospital SOLCA Núcleo Machala

Se realiza ecoendoscopia que evidencia: en antro, lesión hipoecoica de 3 × 4 cm, que se origina en la cuarta capa (muscular propia), heterogénea, con áreas anecoicas en su interior, contornos irregulares. Se realiza punción con aguja 19 G ACQUIRE de la lesión para estudio de patología (Figura 3).

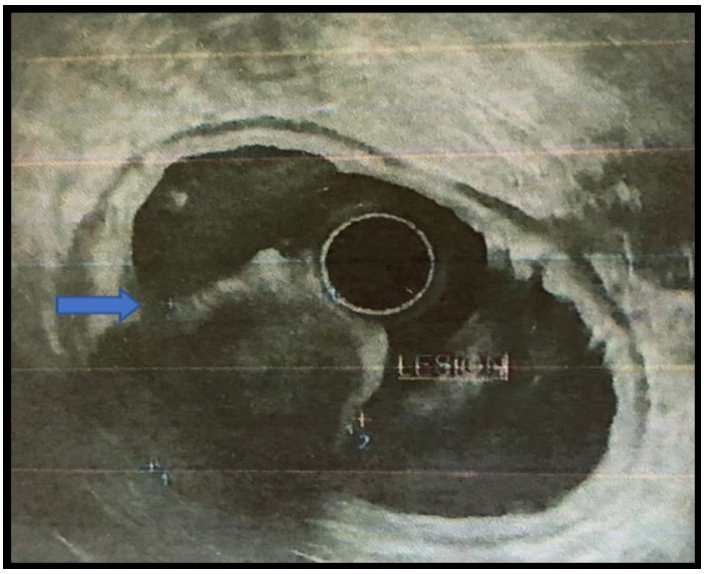


Figura 3. Lesión subepitelial en antro vista por ecoendoscopia
Fuente: IECED GUAYAQUIL (Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas)

Informe histopatológico describe infiltrado de leucocitos polimorfonucleares neutrófilos y mononucleares, además de un fragmento de músculo liso de aspecto neoplásico, formado por fibras musculares lisas, fusiformes, bipolares de núcleos ovalados que preservan la relación núcleo-citoplasma. Se realiza inmunohistoquímica (IHQ): S100 positivo y desmina, actina músculo específico, CD 34 Y CD 117 (c-Kit) negativos; estableciendo diagnóstico de schwannoma gástrico (SG).

Como tratamiento definitivo, se realiza cirugía por vía abierta: gastrectomía subtotal. Reporte anatomopatológico de SG con ganglios linfáticos perigástricos e hiperplasia folicular reactiva. En el seguimiento evolutivo a 24 meses se encuentra asintomática en lo digestivo.

2. Discusión

Los tumores gastrointestinales subepiteliales se dividen en tres grandes grupos: neurogénicos (schwannomas, neurofibromas), miogénicos (leiomiomas y leiomiosarcomas) y GIST. El diagnóstico diferencial es importante, puesto que difieren en el pronóstico [3].

Los schwannomas son TM benignos de crecimiento lento, se originan en las células de Schwann de los plexos Meissner y Auerbarch. Son infrecuentes, su ubicación más común en el TGI es el estómago (a nivel de curvatura mayor y antro), seguido del colon y el recto [3, 5].

Los SG son raros, una incidencia de 0,2 % de todos los tumores gástricos; 6,3 % de los tumores gástricos mesenquimatosos; y 4 % de los tumores gástricos benignos [4]. Mayor prevalencia en mujeres, con una razón hombre:mujer de 1:3 y una edad promedio al diagnóstico de 57 años [6,12].

La presentación clínica de los SG puede ser muy variable. La mayoría son asintomáticos y su diagnóstico surge como un hallazgo. Los pacientes sintomáticos, frecuentemente, experimentan dolor abdominal, seguido de hemorragia gastrointestinal alta. Con menor frecuencia, presentan tumor abdominal palpable (3 %), anorexia (3 %) y dispepsia (1,8 %) [6].

La EDA, y las biopsias que de ella se obtienen, muestran bajo rendimiento [4]. Se evidencian como tumores subepiteliales sésiles, recubiertos de mucosa de aspecto habitual con crecimiento exofítico [7]. El ultrasonido endoscópico identifica una lesión hipoecoica homogénea o heterogénea. En muchas

ocasiones, suele observarse un halo marginal que se localizan en la cuarta capa y, en otros casos, en la tercera. La punción aspiración con aguja fina es el método diagnóstico inicial, en el 85,2 %. Aunque, cuando el tejido obtenido es insuficiente o inespecífico, la biopsia por punción con aguja gruesa presenta mejor rendimiento [3, 8].

Otra herramienta diagnóstica utilizada es la TC contrastada que muestra tumoración heterogénea hipervascular que realza al contraste, con áreas de necrosis, pero los hallazgos radiológicos son inespecíficos y suelen describirlo como tumor del estroma gastrointestinal [7, 13].

Histológicamente, los SG son encapsulados que contienen abundantes células fusiformes con una agregación linfoide prominente, caracterizada por áreas de Antoni A y Antoni B. Algunos autores demostraron que el diagnóstico solo puede confirmarse sobre la base de IHQ en la que los SG muestran positividad para S-100, vimentina y proteína gliofibrilar ácida, y negatividad para CD117 y SMA [3, 9, 10, 15].

En relación con el tratamiento, la cirugía es la única opción curativa para el SG, y el tipo específico de procedimiento depende del tamaño y la localización de la lesión. A su vez, tanto las técnicas convencionales como la laparoscópica han demostrado resultados satisfactorios. La resección de ganglios linfáticos no es necesaria, ya que los SG rara vez presentan diseminación linfática o transformación maligna. La opción endoscópica no es viable, en la mayoría de los casos, ya que la lesión usualmente surge del plexo de Auerbach y los crecimientos tienden a involucrar toda la capa muscular propia. La tasa de recurrencia es muy rara por lo que no requiere vigilancia [7, 10, 14].

3. Conclusión

Los schwannomas son TM benignos de crecimiento lento, se originan en las células de Schwann de los nervios de los plexos Meiisner y Auebarch. Son poco frecuentes en el TGI. Deben estar presentes en el diferencial de las lesiones subepiteliales diagnosticadas por endoscopia.

4. Abreviaturas

TM: Tumores mesenquimatosos.

TGI: Tracto gastrointestinal

AST: Aminotransferasa aspartato

ALT: Alanina aminotransferasa

VN: Valor normal

FA: Fosfatasa alcalin

GGT: Gamma glutamiltransferasa

TC: Tomografía computarizada

GIST: Tumores del estroma gastrointestinal

IHQ: Inmunohistoquímica

SG: Schwannomas gástricos

SMA: Actina músculo específico

EDA: Endoscopia alta

5. Información administrativa

5.1. Archivos Adicionales

Ninguno declarado por los autores

5.2. Agradecimientos

Ninguno.

5.3. Contribución de los autores

Conceptualización, metodología, administración de proyectos, supervisión, redacción – borrador original: Darío Montes N. Análisis formal, visualización, redacción – revisión y edición: Nixon Cevallos R. Investigación y validación: Rubén Montes N. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

5.4. Financiamiento

Los autores no recibieron ningún tipo de reconocimiento económico por este trabajo de investigación.

5.5. Disponibilidad de datos y materiales

Existe la disponibilidad de datos bajo solicitud al autor de correspondencia. No se reportan otros materiales.

5.6. Declaraciones

5.6.1. Consentimiento para publicación

El paciente dio su consentimiento informado por escrito para el presente estudio.

5.6.2. Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

References

1. Bosolino A, De la Torre A, Ratto R, Marzano C. Schwannoma gástrico Gastroenterol Hepatol. 2010 Nov; 33(9):686-7. https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2010.04.004
2. Busta Nistal MR, Alcaide Suarez N, Fernández Salazar L, Corrales Cruz D. Gastric schwannoma. Differential diagnosis of submucosal tumours. Gastroenterol Hepatol. 2022 Apr; 45 Suppl 1:58-59. https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2021.02.005
3. Sanei B, Kefayat A, Samadi M, Goli P, Sanei MH, Khodadustan M. Gastric Schwannoma: A Case Report and Review of the Literature for Gastric Submucosal Masses Distinction. Case Rep Med. 2018 Apr 10; 2018:1230285. https://doi.org/10.1155/2018/1230285
4. Sreevathsa MR, Pipara G. Gastric Schwannoma: A Case Report and Review of Literature. Indian J Surg Oncol. 2015 Jun; 6(2):123-6. https://doi.org/10.1007/s13193-014-0367-7
5. Hu BG, Wu FJ, Zhu J, Li XM, Li YM, Feng Y, Li HS. Gastric Schwannoma: A Tumor Must Be Included in Differential Diagnoses of Gastric Submucosal Tumors. Case Rep Gastrointest Med. 2017; 2017:9615359. https://doi.org/10.1155/2017/9615359
6. Yoon JM, Kim GH, Park DY, Shin NR, Ahn S, Park CH, et al. Endosonographic features of gastric schwannoma: A single center experience. Clin Endosc. 2016; 49:548-554. https://doi.org/10.5946/ce.2015.115
7. Williamson JM, Wadley MS, Shepherd NA, Dwerryhouse S. Gastric schwannoma: a benign tumour often mistaken clinically, radiologically and histopathologically for a gastrointestinal stromal tumour--a case series. Ann R Coll Surg Engl. 2012 May; 94(4):245-9. https://doi.org/10.1308/003588412X13171221590935
8. Lee MW, Kim GH. Diagnosing Gastric Mesenchymal Tumors by Digital Endoscopic Ultrasonography Image Analysis. Clin Endosc. 2021 May; 54(3):324-328. https://doi.org/10.5946/ce.2020.061

9. Shah AS, Rathi PM, Somani VS, Mulani AM. Gastric Schwannoma: A Benign Tumor Often Misdiagnosed as Gastrointestinal Stromal Tumor. Clin Pract. 2015 Oct 12; 5(3):775. https://doi.org/10.4081/cp.2015.775

10. Sunkara T, Then EO, Reddy M, Gaduputi V. Gastric schwannoma-a rare benign mimic of gastrointestinal stromal tumor. Oxf Med Case Reports. 2018 Mar 12; 2018(3):omy002. https://doi.org/10.1093/omcr/omy002

11. Sánchez-Morales GE, Trolle-Silva AM, Moctezuma-Velázquez P, Rodríguez-Quintero JH, Alcazar-Félix RJ. Gastric schwannoma: A rarity among mesenchymal tumors of the gastrointestinal tract. Rev Gastroenterol Mex (Engl Ed). 2020 Jan-Mar; 85(1):102-104. https://doi.org/10.1016/j.rgmxen.2019.03.005

12. Yagihashi N, Kaimori M, Katayama Y, Yagihashi S. Crystalloid formation in gastrointestinal schwannoma. Hum Pathol 1997; 28:304-308. https://doi.org/10.1016/s0046-8177(97)90128-3

13. Goh BK, Chow PK, Kesavan S, Yap WM, Ong HS, Song IC, Eu KW, Wong WK. Intraabdominal schwannomas: a single institution experience. J Gastrointest Surg. 2008 Apr; 12(4):756-60. https://doi.org/10.1007/s11605-007-0441-3

14. Melvin WS, Wilkinson MG. Gastric schwannoma. Clinical and pathologic considerations. Am Surg. 1993;59:293-6. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8489097/

15. Agaimy A, Märkl B, Kitz J, Wünsch PH, Arnholdt H, Füzesi L, Hartmann A, et al. Peripheral nerve sheath tumors of the gastrointestinal tract: a multicenter study of 58 patients including NF1 associated gastri schwannoma and unusual morphologic variants. Virchows Arch 2010; 456: 411-422. https://doi.org/10.1007/s00428-010-0886-8