

BASES DE LA MEDICINA CLÍNICA

Unidad 11:
ONCOLOGÍA

Tema 11.2:
DIAGNÓSTICO PRECOZ

Dr. Christian Caglevic



DIAGNÓSTICO PRECOZ

DR. CHRISTIAN CAGLEVIC M., DRA. MÓNICA AHUMADA

Se estima que a nivel mundial el año 2005 fallecieron 7.6 millones de personas debido al cáncer, es decir, en un solo año en el mundo murieron más personas por cáncer que toda la población de Santiago de Chile. El cáncer en el mundo se ha convertido en la segunda causa de muerte. Los registros del año 2002 ya hablaban que en el planeta se diagnosticaron 10.9 millones de nuevos casos de cáncer (5.8 millones de hombres y 5.1 millones de mujeres), en ese mismo año se notificaron 6.7 millones de personas que murieron por estas enfermedades (en cifras redondas 3.7 millones de hombres y 3.0 millones de mujeres).

Los números suenan contradictorios, en especial si uno se fundamenta que desde el punto de vista teórico el avance de la medicina en las últimas décadas debiera haber frenado tan alta mortalidad. Peor aún, pese a todos los logros y avances en la Oncología se estima que en las próximas décadas los números no sólo no mejorarán, sino se cree que la incidencia de cáncer (nuevos casos por año) llegarán a cerca de 25 millones de personas y la mortalidad a 16 millones de personas por año, es decir, se estima que en el mundo en algunas décadas fallezcan por cáncer una cantidad de personas similar a la población de todo Chile actual.

Hoy en día la mortalidad por cáncer en Chile corresponde al 24% de muertes siendo la segunda causa de muerte, sólo superada por las enfermedades cardiovasculares.

Ahora bien, la pregunta que uno se debe formular es ¿qué herramientas tenemos para disminuir estas magras cifras de mortalidad por cáncer?

Si se analizan las posibilidades que tenemos para disminuir la mortalidad por cáncer podemos mencionar:

- Disminuir los factores de riesgo que pueden favorecer la aparición de la enfermedad.
- Realizar un diagnóstico precoz de la enfermedad, es decir, antes de que la enfermedad se haga sintomática, con el objeto de poder ofrecer un tratamiento oportuno e idealmente curativo.
- Definir variables de riesgo genético para desarrollar un cáncer

En general a los métodos de detección precoz del cáncer los denominamos como métodos de “screening”. Estos métodos tienen la finalidad de pesquisar precozmente la enfermedad en personas asintomáticas. Si por ejemplo una mujer consulta por un nódulo mamario y por esto se le realiza una mamografía la que confirma la presencia de un tumor, entonces en este caso no es aplicable el término de screening.

La positividad de la prueba no asegura el diagnóstico sino que identifica personas de alto riesgo de presentar cáncer, lo que obliga a estudios posteriores. Podemos mencionar el caso de otra mujer que en una mamografía de rutina (método de screening) se le pesquisa un tumor mamario altamente sospechoso de malignidad, por lo que posteriormente se biopsia siendo el resultado histológico una lesión benigna de la mama, entonces podemos decir en este caso que la prueba de screening fue un falso positivo.

Se considera que un método de tamisaje o screening es eficaz cuando es capaz de detectar el cáncer antes de que este sea diagnosticado por su sintomatología, y además, cuando el tratamiento precoz de la enfermedad favorecido por su diagnóstico más temprano mejora los resultados de la misma.

Se considera que los métodos de screening pueden tener connotaciones positivas cuando se cumplen las siguientes condiciones: la prueba mejora el pronóstico de la enfermedad, reduce la mortalidad causada por la enfermedad, facilita que se realicen tratamientos menos radicales al diagnosticarse la enfermedad de manera más precoz, permite el ahorro de recursos tanto en la realización del diagnóstico como en el potencial tratamiento de la enfermedad y si la prueba es informada como negativa da tranquilidad a la persona que fue sometida a la prueba. Desafortunadamente la aplicación de estas pruebas de tamisaje también puede tener connotaciones negativas por las consecuencias psicológicas y económicas de falsos resultados (falsos negativos y falsos positivos) y por el potencial riesgo que la aplicación de la prueba pueda tener.

A continuación comentaremos sobre métodos de detección precoz de algunos cánceres más frecuentes en nuestra población.

CÁNCER DE MAMA

Según estadísticas del MINSAL el cáncer de mama fue la tercera causa de muerte por cáncer en la mujer en el año 2002. La tasa de mortalidad aumentó de 11.7/100.000 en 1992 a 13.3/100.000 el año

2002 lo que demuestra un significativo aumento en diez años. Las estadísticas internacionales hablan de que el cáncer de mama fue la primera causa de muerte por cáncer en mujeres en el año 2000. En Chile actualmente existe un programa de pesquisa precoz de cáncer de mama.

En los países desarrollados existe una tendencia a disminuir la mortalidad por cáncer de mama gracias a los métodos de screening.

Si se toma el grupo de mujeres asintomáticas para cáncer de mama y el examen físico es normal, entonces se puede estratificar el riesgo para desarrollar cáncer de mama como se describe:

- Mujeres con Riesgo Normal
- Mujeres de Alto riesgo para desarrollar cáncer de la mama

Las mujeres que son consideradas de alto riesgo para desarrollar cáncer de mama son las que han recibido radioterapia torácica previa, las mujeres mayores de 35 años, las mujeres con historia familiar de cáncer de mama, mujeres con antecedentes de haber presentado carcinoma in situ o cáncer invasor de la mama.

Se consideraba la realización del autoexamen de mama como un método útil de detección precoz de cáncer de mama, sin embargo, en estudios epidemiológicos serios recientes se ha demostrado que la aplicación de este método no aporta un beneficio real, es por esto que tanto para los grupos de riesgo normal y alto para desarrollar cáncer de mama la aplicación del autoexamen se considera opcional en la actualidad, no obstante lo anterior consideramos que se debe seguir recomendando por la posibilidad de detección de cáncer en los intervalos de screening y como medio de “autoreconocimiento”.

Las recomendaciones que hacemos actualmente como oncólogos en el grupo de mujeres con riesgo normal son las siguientes:

- Pese a la falta de beneficio en los estudios poblacionales sugerimos de todas formas el autoexamen mamario. Esto basado en que podría tener el hallazgo anormal un beneficio en casos aislados, y por otra parte crea conciencia en la mujer de la importancia de los controles y pesquisa precoz del cáncer de mama.
- En mujeres entre 20 a 39 años la recomendación es el examen clínico realizado por un profesional en períodos de un año hasta tres años máximos.
- En mujeres sobre los 40 años la recomendación es el examen clínico y mamografía anual.

Las recomendaciones para el grupo de mujeres en riesgo alto las vamos a subdividir según se menciona más adelante:

- A- Mujeres que se sometieron a irradiación torácica previa:
 - Si son menores de 25 años es suficiente con el examen físico realizado por un clínico y el autoexamen de mama anual.
 - En mayores de 25 años se sugiere realizar, además del examen físico realizado por un profesional y el autoexamen de mama, una mamografía anual.

- B- En mujeres mayores de 35 años con mayor riesgo de cáncer de mama se sugiere la mamografía (puede detectar lesiones dos años antes que el examen clínico), examen clínico anual y autoexamen de mama. No hay un tope de edad en cuanto a esta recomendación.

- C- Mujeres con historia familiar conocida con potencial riesgo genético de desarrollar cáncer de mama donde se incluyen: a) Historia de 3 cánceres de mama más un ovario en la familia ó, b) Historia familiar de 3 cánceres de mama antes de los 50 años ó, c) Antecedentes de cáncer de mama en 2 hermanas, ó 2 cáncer de ovario, ó un cáncer de mama y uno de ovario antes de los 50 años ó d) que la paciente tenga el antecedente de mutaciones BRCA 1 y/o BRCA 2 (20 veces mayor potencial de riesgo)
 - Se aconseja desde los 25 años el examen clínico, autoexamen de mama y mamografía anual (ó 5 a 10 años previos a la edad de presentación del primer caso índice familiar).

- D- Mujeres con antecedentes de carcinoma in situ (8 a 10 veces mayor riesgo relativo) o hiperplasia atípica (5 veces mayor riesgo relativo) se sugiere anualmente la mamografía, examen clínico y autoexamen de la mama.

Si bien la consulta puede ser tardía siempre debe instruirse a las mujeres a consultar en caso de que se palpe nódulos en la mama, tenga un dolor localizado, note cambios en la piel como eritema, piel de naranja o haya retracción de la piel o del pezón, asimismo si se palpa adenopatías en la axila o en región infraclavicular o supraclavicular, o en caso de prurito o pérdidas de fluidos anormales o sangre por el pezón. La presencia de esta sintomatología es altamente sugerente de que pudiese existir un cáncer subyacente y una consulta lo más precoz posible podría ser la diferencia entre la curación o la muerte por la enfermedad.

CÁNCER COLORECTAL

El cáncer de colon y recto es el tercer tipo más frecuente en el mundo tanto en hombres como mujeres y es la segunda causa de muerte por cáncer en Estados Unidos. El cáncer de colon y recto es más frecuente en hombres y mujeres de países desarrollados, se atribuye como factor causal los cambios en las dietas de estas poblaciones y se sabe claramente que va aumentando la incidencia a nivel mundial de la enfermedad. La importancia de la pesquisa precoz de la enfermedad es que si se localiza en etapas precoces la probabilidad de sobrevivir a 5 años es alta estimándose que esta sea cercana al 90%.

Existen varios exámenes y procedimientos que se han tratado de validar como métodos de detección precoz para el cáncer de colon, dentro de ellos los más comúnmente usados en nuestro medio son el test de hemorragias ocultas y la colonoscopia. Se sabe que el tacto rectal por si mismo no cambia la mortalidad del cáncer de recto inferior. La sigmoidoscopia es menos útil que la colonoscopia completa ya que le falta un segmento de colon por cubrir. Respecto al enema baritado es cada vez menos utilizado como método de prueba de screening. La Colono TAC aún no está validada como método de screening.

Se consideran que una persona tiene un riesgo promedio para desarrollar un cáncer de colon si son mayores de 50 años, no hay historia familiar de cáncer de colon, no hay historia personal de adenomas del colon o de enfermedad inflamatoria intestinal. En estos casos la recomendación es realizar un test de hemorragias ocultas en deposiciones cada año y colonoscopia cada 10 años que se puede alternar con enema baritado cada 5 años.

Los siguientes grupos se consideran como personas con riesgo aumentado para desarrollar cáncer de colon y recto:

- Personas con historia familiar en primer grado o dos familiares en segundo grado. Se aconseja en estas personas realizar una colonoscopia cada 5 años desde los 40 años o bien 10 años previos al caso familiar más joven que haya presentado la enfermedad.
- Personas con historia de adenomas mayores de 1cm. (mayores de 3 cm. en adenomas vellosos), carcinoma in situ y displasia de alto grado. A estas personas se les aconseja realizar colonoscopia (con polipsectomía si procede) cada 3 años.

- En personas que fueron sometidas a resección de cáncer colorectal con intención curativa se les aconseja la realización de colonoscopia al año de la cirugía.
- En mujeres con historia de cáncer de ovario o endometrio antes de los 60 años se les aconseja realizar una colonoscopia cada 5 años.
- En personas con antecedentes de enfermedad inflamatoria intestinal y/o pancolitis por 8 años de evolución se les recomienda colonoscopia con biopsias de cuatro cuadrantes (cada 10 a 30 centímetros) cada 1 a 2 años.

CÁNCER DE PRÓSTATA

A nivel mundial se estima que el cáncer prostático es el cuarto cáncer más frecuente en hombres. Es sabido que su tratamiento precoz puede ser generalmente curativo, sin embargo, no siempre la enfermedad es mortal si no es tratada, lo que ha provocado en la actualidad discrepancias en cuanto a la verdadera importancia de la pesquisa precoz de esta enfermedad. Mientras este dilema y disquisiciones no se resuelvan sabemos que será importante mantener el screening para la detección de esta enfermedad. En Estados Unidos ha ocurrido una reducción de un 75% de los casos metastásicos estando cerca de un 80% de los casos nuevos confinados a la próstata.

La recomendación actual es la realización de tacto rectal y la toma de Antígeno Prostático Específico (APE o PSA) anual desde los 50 años. El APE es una glicoproteína secretada por el epitelio prostático que se puede detectar en el plasma. Además del cáncer de próstata este antígeno puede aumentar tras eyaculación, manipulación prostática e infecciones de la glándula. El valor máximo aceptado es de 4ng/mL pero hay estudios que han demostrado cáncer de la próstata hasta en un 24% de pacientes con valores bajo este nivel. Valores por sobre estos favorecen la detección de cáncer por biopsia en un 30% y se estima que se puede detectar basado en la sospecha de laboratorio y un tacto rectal sugerente hasta un 70% de las neoplasias. En la actualidad fue aprobado por la FDA el uso de fracción libre de PSA que tiene utilidad para la detección de cáncer de próstata en personas con valores menores de 10 ng/mL y tacto rectal normal.

Respecto a la edad de inicio del screening algunas prestigiosas instituciones lo recomiendan desde los 40 años y otras desde los 50 años en personas con riesgo normal. Ahora bien en afroamericanos y personas con familiares de primer grado con cáncer de próstata la recomendación es desde los 40 años.

CÁNCER CÉRVICO UTERINO

Esta enfermedad considerada en la actualidad como una enfermedad neoplásica cuyo origen es de transmisión sexual y que corresponde a la octava causa de muerte por cáncer en Chile (2002). La importancia del screening radica en que esta enfermedad tiene una sobrevida de 90% a 5 años en mujeres cuya detección se realizó en etapa localizada, 50% en enfermedad localmente avanzada y 11% en enfermedad metastásica. El método de screening es la tinción de Papanicolau que estudia la citología de las células del cuello de útero en búsqueda de células neoplásicas. La asociación americana de Cáncer recomienda iniciar el screening a partir de los 18 años o una vez iniciada la actividad sexual, este examen se debe realizar anualmente y luego de tres pruebas negativas consecutivas se puede realizar con menos frecuencia y no tiene límite de edad.

En Chile existe un programa nacional de screening para detección precoz de cáncer de cuello de útero que incluye la toma de muestra de Papanicolau, análisis y resultado del examen, es gratuito para beneficiarias del sistema público de salud, si el resultado de la prueba es positiva es derivada a nivel secundario de atención (Unidad de Patología Cervical) para confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento. Este programa está focalizado en mujeres entre 25 y 64 años, con énfasis en las de 35 años. El Papanicolau se toma con periodicidad de 3 años, priorizando a mujeres que nunca se lo han tomado y a aquellas que les corresponde repetirlo. La cobertura nacional en los últimos tres años es del 64%, siendo el 80% de cobertura lo esperado para disminuir la mortalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Vita V. Cancer Principles and Practice of Oncology. 7th edition. 2005.
2. Harrison, Principios de Medicina Interna, 17 Edición.
3. Abeloff M. Oncología Clínica. 3ª edición. 2005
4. National Cancer Institute. www.cancer.gov
5. OMS. www.oms.org
6. MINSAL. www.minsal.cl

