

Informes SIIC

PRESENTACION AXILAR DEL CANCER DE MAMA

Experiencia en 50 pacientes tratadas en un instituto oncológico europeo

Milán, Italia :

La presentación axilar del adenocarcinoma mamario, con diagnóstico clínico negativo de enfermedad en las mamas, debe investigarse profundamente mediante imágenes de estos órganos. Tanto en los casos donde el tumor primario se descubre como en los que esto no ocurre, la radioterapia de la mama ipsilateral parece estar justificada.

Fuente científica:

[**Breast Cancer Research and Treatment** 88(1):43-47, Nov 2004] – aSNC

Autores

Galimberti V, Basan G, Monti S y colaboradores

Luego de aparición de un nódulo axilar y la confirmación histopatológica de adenocarcinoma mamario, debe buscarse en las mamas el tumor primario. La mastectomía ipsilateral no parece estar indicada en todos los casos, aunque sí se recomienda su tratamiento por medio de la irradiación. El tratamiento del cancer de mama ha avanzado notablemente desde comienzos del siglo XX, cuando fueron descriptos los primeros casos de presentación axilar. Actualmente esta entidad es descubierta en estadios tempranos gracias a la pesquisa sistemática, el desarrollo de técnicas de mayor sensibilidad y el conocimiento por parte de las mujeres acerca de la importancia de un diagnóstico precoz. De esta manera, pueden aplicarse técnicas conservadoras tales como cuadrantectomía, biopsia del nódulo centinela y radioterapia intraoperatoria. A pesar del uso de métodos diagnósticos cada vez más sofisticados, la presentación axilar del cáncer de mama aún continúa ocurriendo, con una frecuencia de 0.3% a 1%. En el presente artículo, un grupo de investigadores italianos expone su experiencia con relación a tumores primarios ocultos con metástasis axilares en un instituto oncológico. Entre los años 1995 y 2004, fueron tratados 14 896 pacientes con cáncer primario de mama. En 50 de ellas la presentación inicial fue un nódulo axilar con diagnóstico histológico de adenocarcinoma compatible con carcinoma mamario y diagnóstico clínico negativo de cáncer en ambas mamas. Luego de una ecografía bilateral y una mamografía, con resonancia magnética nuclear y mamoscintigrafía en los casos necesarios, el cáncer de mama ipsilateral se sospechó en 23 casos, por lo que se les realizó cuadrantectomía. El cáncer de mama fue hallado sólo en 12 casos (24%). En las otras 27 mujeres no existía evidencia clínica ni instrumental de cáncer primario en la mama. En ellas, el tratamiento fue la disección axilar completa y la radioterapia en la mama ipsilateral. Además de la radioterapia, la cual se realizó a todas las pacientes, otros tratamientos coadyuvantes fueron indicados: se realizó quimioterapia a 27 pacientes, tratamiento hormonal a 5 y ambas terapias a 18. La media de seguimiento fue de 41.3 meses. Treinta y nueve pacientes (84%) continúan vivas sin evidencia de enfermedad, 2 están vivas con enfermedad mamaria y 5 han muerto de enfermedad metastásica en múltiples órganos: hígado, pulmones o sistema nervioso central (sin evidencia de enfermedad mamaria). Los autores concluyen que la investigación de la paciente por medio de imágenes, logra encontrar un cáncer primario en las mamas en aproximadamente la mitad de los casos de presentación axilar de un adenocarcinoma mamario, según su experiencia. Cuando las técnicas estándar, como la ecografía y la mamografía, no resultan reveladoras, la resonancia magnética nuclear y la mamoscintigrafía pueden ayudar. Con relación al tratamiento, señalan que la radioterapia a la mama ipsilateral está justificada en todos los casos, ya que existe la posibilidad de que la enfermedad mamaria eventualmente se desarrolle.

RELACION ENTRE CARCINOMA HEPATOCELULAR E INFECCION POR HEPATITIS C

Estudio que analiza los factores de riesgo, en pacientes con carcinoma hepato-celular

Houston, EE.UU :

Recientemente se ha observado incremento significativo en la incidencia de carcinoma hepato-celular, asociado a infección por hepatitis C y en menor proporción por virus B.

Fuente científica:

[**Gastroenterology** 127(5):1372-1380, Nov 2004] – aSNC

Autores

Davila J, Morgan R, Shaib Y y otros

En las últimas dos décadas ha habido importante incremento en la incidencia de carcinoma hepato-celular (CHC), en EE.UU. La causa de este aumento permanece poco conocida; los mayores factores de riesgo de carcinoma hepato-celular son: virus de hepatitis C, B y enfermedad inducida por alcohol. Con la utilización del Sistema de Vigilancia Epidemiológica, investigadores de la Section of Health Services, analizaron los cambios temporales en los factores de riesgo existentes en pacientes de 65 años y mayores, con diagnóstico de carcinoma hepato-celular, entre 1993 y 1999; los pacientes seleccionados presentaron afiliación al sistema Medicare, durante los dos años antes y después del diagnóstico de CHC. Los resultados de la investigación demostraron que entre los 2 584 pacientes seleccionados, la proporción de sujetos afectados con hepatitis C se incrementó desde 11% durante enero 1993 a junio 1996, al 21%, entre julio 1996 y diciembre 1999; la infección por virus de hepatitis B se incrementó del 6% al 11%. A diferencia de lo anterior, se evidenció reducción de la incidencia de carcinoma hepato-celular de origen idiopático, de 43% al 39% y no se observaron cambios significativos a lo largo del tiempo, para enfermedad inducida por alcohol, cirrosis no específica o hepatitis inespecífica. La recolección de la información fue obtenida de la base de datos SEER-Medicare; la exclusión de los pacientes pertenecientes a otros planes de salud, tales como el HMO, pudo representar una limitación. Los autores concluyeron que ha existido recientemente un incremento significativo en la incidencia del carcinoma hepato-celular asociado a infección por hepatitis C, y en menor proporción por virus B. Se sugiere el estudio prospectivo de los datos obtenidos de los registros de cáncer, para la correcta identificación de los factores de riesgo asociados a carcinoma hepato-celular.

EL GRADO HISTOLOGICO DEL CANCER DE MAMA DEFINE LA DISEMINACION Y EL PRONOSTICO

Estudio prospectivo

Nottingham, Reino Unido :

En mujeres con metástasis por cáncer de mama, el grado histológico del tumor primario podría ser importante para evaluar el pronóstico y la localización de las metástasis.

Fuente científica:

[**Clinical Radiology** 59(12):1094-1098, Dic 2004] – aSNC

Autores

Porter G, Evans A, Pinder S y colaboradores

La localización de las metástasis en mujeres con cáncer de mama podría estar definida por el grado histológico del tumor primario. Por esto es importante conocer las características de diseminación según el grado, cuando se evalúan los estudios por imágenes de mujeres con historia de cáncer de mama. Diversas investigaciones han demostrado que el grado histológico del cáncer de mama es un marcador pronóstico en las mujeres con carcinoma primario como también en las que presentan metástasis. Múltiples estudios han detectado que el grado histológico se correlaciona con la supervivencia y que el grado 3 podría estar relacionado con peor pronóstico. Con el objetivo de estudiar la correlación entre las características de presentación de las metástasis del cáncer de mama con el grado histológico del tumor primario, se llevó a cabo un estudio prospectivo. Con este propósito se documentaron desde 1997 todos los hallazgos de los estudios por imágenes, resultados histopatológicos y datos de supervivencia de mujeres con cáncer de mama diseminado en un centro del Reino Unido. En todos los casos se pudo obtener información del grado histológico. Durante el análisis se correlacionaron los hallazgos de los estudios por imágenes, el intervalo libre de metástasis y la supervivencia con el grado histológico. En esta investigación se pudo demostrar que los tumores grado 3 (alto grado) tienden a diseminarse hacia el parénquima pulmonar y el hígado y se asocian con peor pronóstico. A su vez con este tipo de tumores las metástasis a nivel hepático eran múltiples. También se observó que los tumores de bajo grado se correlacionaron con enfermedad pleural y en estos casos fueron frecuentes las efusiones pleurales ipsilaterales. Esto podría indicar diseminación local aunque no queda del todo claro porque los tumores de bajo grado se diseminan de esta manera. Al comparar la supervivencia entre las mujeres con metástasis pulmonares intraparenquimatosas con las que tenían enfermedad pleural, no se observaron diferencias significativas. También se confirmó que los tumores de grado histológico bajo se asociaron con metástasis óseas con mayor frecuencia y la supervivencia y el tiempo libre de metástasis fue mayor en estas pacientes. Por lo que queda demostrado que los tumores de mama con grado histológico alto se asocian con peor pronóstico. Los autores concluyen que las características de diseminación difieren de acuerdo con el grado histológico del tumor primario y que el pronóstico en mujeres con carcinoma grado 3 que desarrollan metástasis es malo, debido a que en estos casos es mayor la tendencia a diseminarse hacia sitios que se asocian con peor pronóstico.

ASOCIACION ENTRE EL CANCER COLORRECTAL Y EL TRATAMIENTO CON INSULINA EN LA DIABETES TIPO 2

Estudio retrospectivo

Pensilvania, EE. UU :

Entre los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con insulina. la incidencia de cáncer de colon aparenta ser mayor que en los pacientes que no reciben esta hormona.

Fuente científica:

[**Gastroenterology** 127(4):1044-1050, Oct 2004] – aSNC

Autores

Yang YX, Hennessy S, Lewis J

El tratamiento crónico con insulina en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 es responsable del incremento del riesgo de cáncer colorrectal (CCR). Esta asociación sugiere que en este tipo de pacientes podría ser necesaria la pesquisa de cáncer de colon de acuerdo con las recomendaciones actuales. El CCR es la segunda causa de muerte por cáncer en EE. UU. Alguno de los factores de riesgo son la dieta occidental y el estilo de vida sedentario y se cree que estos podrían estar mediados por la hiperinsulinemia. Estudios in vivo, in vitro y datos epidemiológicos, avalan la hipótesis de la asociación de la hiperinsulinemia con CCR. En pacientes con diabetes mellitus tipo 2 el riesgo de CCR aumenta del 30-40%. Estos pacientes requieren del tratamiento con insulina exógena cuando se agrava la enfermedad y declina la producción de insulina endógena. Sobre la base de la hipótesis que la terapia crónica con insulina en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 promueve el desarrollo de CCR se llevó a cabo un estudio de casos y controles. Los casos (pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus en tratamiento con insulina) y los controles (pacientes con diabetes mellitus sin tratamiento con insulina) fueron seleccionados de la General Practice Research Database del Reino Unido. Luego, a través del seguimiento registrado en la base, se investigó la ocurrencia de cáncer colorrectal en ambos grupos y se llevó a cabo el análisis de casos y controles anidado, para facilitar el análisis multivariado y para estudiar la asociación entre la duración del tratamiento con insulina y la aparición del cáncer. Entre los hallazgos se pudo demostrar que la incidencia de CCR fue mayor entre los casos en relación con los controles. A través del análisis de casos y controles anidado no se observaron diferencias entre ambos grupos en relación con el tiempo transcurrido entre la aparición de la diabetes y la aparición del cáncer colorrectal pero si se pudo demostrar que cuanto mayor era la duración del tratamiento con insulina mayor era el riesgo de cáncer. En los pacientes que recibieron insulina por un lapso igual a 3 años o mayor el riesgo de cáncer colorrectal era 3 veces mayor que en los pacientes que no recibían la hormona. Los autores opinan que este estudio avala la hipótesis planteada aunque el tratamiento con insulina es necesario en los casos graves de diabetes mellitus por lo que la asociación observada (riesgo aumentado) podría ser secundaria a la gravedad de la diabetes y no al tratamiento exógeno con insulina. Sin embargo, este estudio coincide con otros estudios experimentales y clínicos que demostraron la misma asociación. Los autores concluyen que la terapia crónica con insulina podría aumentar el riesgo de CCR en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

CIRUGIA DE MINIMO ACCESO PARA EL TRATAMIENTO DEL CANCER UROLOGICO

Revisión de la evidencia existente en la literatura

Edimburgo, Reino Unido :

Las técnicas quirúrgicas de mínimo acceso para el tratamiento del cáncer urológico parecen ser seguras para los tumores de bajo grado y estadio. Las metástasis en el sitio de entrada de las laparoscopias podrían ser evitadas por el operador. Las tasas de recurrencia y sobrevida no son diferentes significativamente respecto a las de la cirugía convencional.

Fuente científica:

[**European Urology** 46(4):415-420, Oct 2004] – aSNC

Autores

Stewart G y Tolley D

El tratamiento quirúrgico del cáncer urológico por medio de técnicas de mínimo acceso parece estar en vías de convertirse en el método terapéutico estándar para una gran cantidad de pacientes. La endoscopia y la cirugía percutánea deben ser evitadas en los casos de tumores de alto grado y gran volumen, pero fuera de estas excepciones, sus resultados terapéuticos y su frecuencia de recurrencia local no parecen diferir de los correspondientes a la cirugía convencional. Los beneficios de la cirugía de mínimo acceso son conocidos: estadías hospitalarias más cortas, menor morbilidad, y retorno rápido al trabajo. Sin embargo, por su aplicación en los casos de cáncer surgen inquietudes respecto de su seguridad oncológica. Por esto, en Escocia se realizó una revisión de la información relativa a este tópico existente en Medline. Particularmente se investigó acerca de la asociación de este tipo de cirugías con metástasis en el sitio de ingreso, recurrencia local del tumor y sobrevida a largo plazo. La metástasis en el sitio de acceso es una complicación de la cirugía laparoscópica. Su prevalencia ha sido estimada en 1 a 2% de los pacientes oncológicos que son sometidos a este tipo de intervención. Varias teorías han sugerido que el procedimiento laparoscópico provocaría esta complicación. Los factores causales parecen ser la técnica quirúrgica, el abordaje del tumor y el efecto del neumoperitoneo –pérdida de gas alrededor del sitio de entrada-. Otros mecanismos conocidos son la exfoliación aumentada de células tumorales por falta de sensibilidad táctil o la siembra de células malignas durante el pasaje del tumor resecado a través de una incisión muy pequeña. Por medio del perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas, el riesgo de la recurrencia en el sitio de entrada podría reducirse sólo al grado y estadio del tumor primario. Con el objeto de analizar los resultados a largo plazo del uso de la laparoscopia en los tumores urológicos se han realizado estudios comparativos con los resultados correspondientes a la cirugía convencional. Se ha concluido que no existen diferencias significativas entre las sobrevidas y las recurrencias tumorales de ambos grupos en los tumores renales y de células transicionales del tracto urinario superior. Las técnicas endourológicas menos invasivas como la ureteroscopia y el manejo percutáneo podrían ser aplicadas en los casos de tumores de células transicionales del tracto urinario superior que sean de bajo grado. Algunos casos de siembra de células malignas durante procedimientos percutáneos han sido informados. Sin embargo, todos ellos se trataban de tumores de alto grado histológico, por lo cual no puede asegurarse que esa no haya sido la causa principal. La frecuencia de recurrencia tumoral también parece estar asociada al grado y estadio del tumor. Con relación a los procedimientos endourológicos, no se han registrado diferencias significativas en la sobrevida de los pacientes que se han sometido a una ureteroscopia respecto de los que no lo han hecho. Los autores concluyen que la cirugía de mínimo acceso para el tratamiento del cáncer urológico es una técnica segura y con varios beneficios para el paciente. Aplicada según los principios de la cirugía oncológica y mediante una cuidadosa selección de los pacientes, se está convirtiendo en un tratamiento estándar.

EPIDEMIOLOGIA DEL CARCINOMA DE CELULAS RENALES

Análisis de su prevalencia y de los factores de riesgo reconocidos hasta el momento

Sundsvall, Suecia :

La incidencia de carcinoma de células renales varía notablemente entre distintas poblaciones y regiones del mundo. Distintos factores ambientales y genéticos interaccionan en el riesgo de su aparición y la severidad de su evolución.

Fuente científica:

[**Scandinavian Journal of Surgery** 93(2):88-96, 2004] – aSNC

Autores

Lindblad P

La creciente incidencia de carcinoma de células renales (CCR) comprende tanto pequeños tumores incidentales como aquellos más avanzados que explican la alta mortalidad. La variedad de incidencias entre distintas poblaciones podría explicarse tanto por la exposición a factores externos como tabaquismo como por variaciones genéticas. Además, los diferentes tipos de CCR tienen características estructuras moleculares que podrían asociarse con exposición a factores ambientales específicos. Más del 80% de los cánceres renales lo constituyen CCR. En las últimas dos décadas, se ha observado un aumento de su incidencia en varias partes del mundo, lo que obliga a analizar los factores que aumentan el riesgo de padecerlo. La incidencia global de este tipo de cáncer varía considerablemente entre distintas poblaciones y regiones. Las tasas son altas en Europa del este y norte, Norteamérica, Australia y Escandinavia y bajas en Africa. Los hombres lo padecen más frecuentemente que las mujeres y dentro de la población estadounidense, la raza negra resulta más afectada. El aumento en su frecuencia podría explicarse en parte por los nuevos métodos de imágenes como tomografía computada o resonancia magnética que encuentran tumores incidentales asintomáticos. Sin embargo, también se ha observado un aumento de los casos más avanzados. La mortalidad por RCC ha aumentado conjuntamente con la incidencia, aunque en menor proporción. También varía entre distintas poblaciones, desde 3 a 10 casos cada 100 000. La supervivencia a los 5 años varía en distintos países de Europa entre 34 y 68%, con Austria entre los de valor más alto e Inglaterra en el otro extremo. Si el tumor es localizado, la supervivencia aumenta a 80 a 100%, mientras que si presenta metástasis, baja a menos del 10%. La mayoría de los CCR son esporádicos pero algunos síndromes genéticos se han asociado con esta entidad, como la esclerosis tuberosa o el síndrome de Von Hippel-Lindau. Además se ha observado un aumento del riesgo con el antecedente familiar. Muchos estudios epidemiológicos han demostrado la asociación del tabaquismo con la aparición del CCR, así como la disminución del riesgo luego de la cesación del hábito. Otro factor de riesgo comprobado para el CCR es el índice de masa corporal aumentado (obesidad y sobrepeso). El riesgo podría ser mediado por la insulina y el factor de crecimiento tipo insulina. La obesidad parece representar un riesgo de igual peso tanto para hombres como para mujeres. La actividad física también ha sido propuesta como factor protector de CCR pero aún no existen resultados consistentes. Con relación a la nutrición, los hallazgos más contundentes respecto a la asociación con CCR determinan un efecto protector de las frutas y verduras, por la acción conjunta de varios de sus componentes. Existe evidencia que muestra a algunas hormonas como relacionadas con el riesgo de CCR, pero aún con resultados inconsistentes. Se ha observado, por ejemplo, aumento del riesgo con el número de partos y reducción con el uso de contraceptivos orales. La radiación ionizante (radioterapia) también ha sido asociada con el aumento de riesgo de cáncer renal. El CCR no ha podido asociarse significativamente con ninguna ocupación particular, aunque se ha observado cierta relación con la exposición a asbestos. La enfermedad quística adquirida del riñón se ha demostrado como factor de riesgo para la aparición y la severidad del CCR, con una incidencia notablemente mayor en hombres. Los cálculos renales y las infecciones del tracto urinario también parecen aumentar el riesgo. El uso de medicación antihipertensiva se ha relacionado con un riesgo aumentado de CCR,

lo mismo que la misma hipertensión arterial. Sin embargo, resulta difícil aislar el efecto separado de cada factor. El autor concluye que la incidencia de CCR ha registrado un aumento en las últimas dos décadas. Esta incidencia, diferente en las distintas poblaciones y regiones del mundo, se explica por factores ambientales y genéticos, que, a su vez, tienen distinto peso según el tipo específico de tumor. Una investigación más profunda acerca de las características moleculares y genéticas del CCR podría brindar un mejor conocimiento sobre la aparición y progresión de este tipo de cáncer.

LA RESONANCIA MAGNETICA Y LA ESPECTROSCOPIA EN EL MANEJO DEL CANCER DE PROSTATA

Descripción de los hallazgos

Nueva York, EE. UU :

La resonancia magnética y la espectroscopía podrían contribuir en forma notable con el progreso en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de próstata.

Fuente científica:

[**Radiographics** 24(Supl.):167-180, Oct 2004] – aSNC

Autores

Claus FG, Hricak H, Hattery R.

La resonancia magnética endorrectal (RM) junto con la espectroscopía mediante RM (ERM) ofrecen imágenes metabólicas y anatómicas de la próstata y de la anatomía pelviana que podrían facilitar la detección y la evaluación del cáncer de próstata. Las técnicas no invasivas podrían contribuir en forma importante en el proceso de toma de decisiones para el tratamiento individual del cáncer de próstata. La RM endorrectal y ERM permiten la evaluación de las características del tumor y podrían servir de guía para la localización y estadificación del cáncer de próstata como también para la selección del tratamiento. Las imágenes obtenidas en secuencia T2 son las que permiten evaluar la anatomía de la próstata y detectar la presencia de cáncer. La zona tumoral en esta secuencia se manifiesta como una región hipointensa que contrasta con la hiperintensidad del tejido circundante. En cambio, las señales hipointensas en el tejido circundante pueden ser un hallazgo en distintas lesiones benignas entre las que figuran la hemorragia, la prostatitis, los nódulos hiperplásicos y las secuelas de la radioterapia. La espectroscopía aporta información acerca de las concentraciones de citrato, creatinina y colina en la glándula. Las concentraciones de citrato, que son altas en el tejido prostático normal y en los nódulos hiperplásicos y descienden en el cáncer de próstata o son indetectables y los niveles de colina que se encuentran aumentados en éstas circunstancias, se usan para el índice colina-creatinina versus citrato para sospechar la presencia del tumor. La RM en combinación con ERM debe realizarse en todo paciente con niveles altos de antígeno prostático específico en el que el resultado de la biopsia no es concluyente. Con ambos la especificidad y sensibilidad para detectar cáncer en la periferia de la próstata son notables. Estudios preliminares demostraron resultados prometedores en la evaluación de la agresividad del tumor mediante ERM, ya que la reducción de la colina y la disminución de citrato aparentan estar asociados con mayor agresividad. En la estadificación del tumor en comparación con la tomografía y la ecografía, la RM ofrece mayor precisión en la identificación de la enfermedad unilobar o bilobar (estadio 2), la extensión extracapsular e invasión de las vesículas seminales (estadio 3) e invasión de estructuras vecinas (estadio 4) aunque la sensibilidad depende de la variabilidad entre observadores. Debido a que RM y ERM aportan información adicional acerca de la estadificación y la agresividad del tumor, sus hallazgos pueden ser incluidos en los nomogramas para decidir el tratamiento individual. Los autores concluyen que debido a las ventajas de ambos estudios y a medida que prosperen las técnicas y la experiencia para la interpretación de las

imágenes, la RM junto con ERM constituyen una herramienta que podría mejorar en forma notable el manejo de esta patología.

Trabajos Distinguidos, Oncología , integra el Programa SIIC-ASARCA de Educación Médica
Continuada