

MORBILIDAD TARDIA EN CANCER DE MAMA Y CALIDAD DE VIDA

Revisión de la literatura para definir la influencia del tratamiento sobre la calidad de vida.

Groningen, Holanda

La revisión realizada de la literatura médica, demostró escasez de estudios que permitieran establecer claramente, una relación entre morbilidad tardía del tratamiento del cáncer de mama en estadio no avanzado y calidad de vida, si bien existen elementos indicativos, que sugieren influencia negativa sobre esta última. El estado psicológico de las pacientes influye sobre la calidad de vida percibida.

[European Journal of Surgical Oncology 29:229-238, 2003– SIIC]

Los autores revisaron la literatura médica publicada en los últimos 20 años, a fin de evaluar los inconvenientes a largo plazo causados por el tratamiento del cáncer de mama (CM), y su alteración de las actividades de la vida diaria (AVD) y la calidad de vida (CV).

Para ello, revisaron 1642 publicaciones, de los cuales solamente 6 permitieron un análisis metodológico adecuado que pudiera responder a la inquietud de los autores.

Los 6 artículos, describían una asociación entre morbilidad tardía (más de 1 año después de realizado el tratamiento para el CM en estadio temprano) y restricciones a la actividad diaria con una calidad de vida más pobre. Sin embargo esta asociación no resultó muy clara, y por lo tanto el tema requeriría más investigación.

Los ítems analizados en estos artículos fueron: dolor, limitación del movimiento, edema, fuerza, AVD y CV.

La prevalencia del dolor uno, o más años después del tratamiento, fue de 12 a 51 %, sin encontrar relación entre dolor y tipo de terapia (conservador, radical, radioterapia).

Las limitaciones del movimiento del miembro superior fueron registradas entre el 2 y el 51 % de los casos, pero limitaciones severas del mismo, alcanzaron al 2 %. Esta limitación fue mayor en los casos de mastectomía y radioterapia de la axila.

El edema del miembro superior pudo observarse en 6 a 43 % de los casos, y fue significativamente más importante en las cirugías no conservadoras. El edema se correlacionaba significativamente con vaciamiento axilar y radioterapia.

El número de enfermas que percibieron problemas importantes en el brazo, presentaban un perfil de elevado distrés psicológico (medido por el Psychiatric Symptom Index).

La incidencia de CM en Holanda es de 100 casos por cada 100 000 mujeres por año, esto significa que una de cada 9 mujeres desarrollará un CM, de las cuales el 79 % sobrevivirá al menos 5 años. El objetivo del tratamiento del CM es obtener control local y regional, con estadificación ganglionar y con la menor morbilidad posible vinculada al tratamiento, intentando obtener el mejor resultado funcional y cuando se pueda, preservando la mama.

Halsted introdujo en 1984 la mastectomía radical en el tratamiento del CM. Esta cirugía producía una morbilidad sumamente importante del miembro superior, con reducción de la movilidad del hombro, debilidad muscular del brazo y la mano, linfedema, dolor y entumecimiento.

Afortunadamente, estos inconvenientes se han hecho menos frecuentes, a medida que la mastectomía radical fue reemplazándose por mastectomía radical modificada, en la que se preservaban los músculos pectorales.

En la década de los 60s comenzaron a realizarse cirugías más conservadoras, consistentes en escisión local del tumor seguida de radioterapia. Estos procedimientos tomaron auge en los años posteriores, pero aún con estas intervenciones conservadoras, aparecían problemas en la extremidad superior de muchas mujeres.

El estado de los ganglios linfáticos axilares, es el dato más significativo para el pronóstico de los pacientes con CM, por lo tanto la extirpación de los mismos, es un importante paso en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. El vaciamiento axilar también puede resultar en problemas a largo plazo para el miembro superior.

Recientemente se introdujo la técnica del nódulo sentinela, para reducir la extirpación innecesaria de gran cantidad de ganglios linfáticos y de esta forma reducir la morbilidad asociada a dicho acto.

La radioterapia de la axila es otro de los mecanismos que pueden causar problemas en el miembro superior por el daño actínico.

Precisamente, para prevenir este problema, en la década de los 60s los radioterapeutas emprendieron una reducción de las dosis utilizadas y su fraccionamiento. Desde los 70s, la política empleada es la del uso de una cantidad moderada de radiación (50 Gy) dirigida a la mama y a la zona de drenaje linfático regional, como axila y región supraclavicular, con dosis mayores limitadas únicamente al lecho tumoral. La radioterapia dirigida exclusivamente a la mama, no ha incrementado las molestias en el miembro superior.

La morbilidad tardía del miembro superior puede afectar las actividades de la vida diaria (AVD) y la calidad de vida (CV). Sin embargo, no está claramente definida la relación existente entre morbilidad tardía (dolor, edema, restricción del movimiento, y debilidad muscular) y AVD y CV.

LA INFORMACION FAVORECE EL DIAGNOSTICO PRECOZ DEL MELANOMA

Impacto de una campaña educativa

Glasgow, Reino Unido

La educación dirigida a la población reduce significativamente el tiempo transcurrido entre la detección del melanoma y la consulta al especialista.

[British Medical Journal 326:367, Feb 2003- SIIC]

Las campañas educativas fomentan la consulta temprana al profesional por parte de individuos con lesiones dermatológicas pigmentadas. La conclusión se desprende de las investigaciones efectuadas por científicos de la Universidad de Glasgow, quienes evaluaron la eficacia de una campaña educativa sobre el melanoma que se inició en Escocia y se extendió a todo el Reino Unido. Con tal objetivo compararon la conducta de los pacientes en 1986 y 2001. El análisis comprendió el tiempo transcurrido entre la primera vez que el paciente notó la lesión pigmentada y la consulta al médico clínico, así como las fechas de derivación, visita al especialista y biopsia diagnóstica. En el año 2001, el 67% de los 162 casos estudiados consultó al clínico dentro de los 3 meses posteriores a la detección de la lesión sospechosa, el 25% lo hizo en el primer año, mientras que el 8% superó este lapso. Por otra parte, los clínicos derivaron al 71% de los pacientes el día de la consulta, el 25% efectuó la derivación en las 4 semanas siguientes y el 3% después del mes. En el 39% de los casos transcurrieron menos de 3 semanas entre la derivación al especialista y la realización de la biopsia diagnóstica. El 33% de los pacientes acudió al especialista dentro de las 2 semanas posteriores a la consulta al clínico. El 61% de los sujetos fue sometido a cirugía diagnóstica dentro de los 7 días posteriores a la consulta con el especialista. Finalmente, el 72% de los casos correspondió a lesiones con buen pronóstico (menos de 1.5 mm de espesor). En el año 1986, por otra parte, el 16% de los 125 pacientes consultó al clínico dentro de los 3 meses posteriores a la detección del mismo tipo de lesión, el 50% esperó de 3 a 12 meses y el 34% tardó más de 12 meses. Los clínicos derivaron rápidamente, y sólo 3 individuos debieron esperar más de 4 semanas para consultar al especialista. Todos los pacientes fueron sometidos a cirugía dentro de las 3 semanas posteriores a la derivación y el 38% presentó melanomas de menos de 1.5 mm.

La presente experiencia revela que la educación de la población fomenta la consulta temprana al clínico y al especialista y aumenta la proporción de casos con lesiones de mejor pronóstico, fenómeno que se traslada a una mayor sobrevida, finalizan los autores.

LA SOBREVIDA EN JOVENES CON CÁNCER DE LENGUA NO ES PEOR QUE EN PACIENTES MAYORES

Análisis retrospectivo de 76 casos con carcinoma epidermoide de lengua en menores de 45 años

La sobrevida en jóvenes y pacientes de edad más avanzada con cáncer de lengua, es similar. Es el tipo de tumor, la situación ganglionar, el tipo de cirugía y la elección del tratamiento adecuado lo que influye en la sobrevida, y no la edad del paciente.

[International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 32:167-173, 2003 – SIIC]

El estudio retrospectivo de 76 pacientes menores de 45 años, con cáncer epidermoide de lengua, llevado a cabo por los autores, les permitió observar, que la mortalidad no era superior a la encontrada en pacientes con más años. Por lo tanto, concluyeron que la edad no era un predictor de la sobrevida.

Otros autores, también encontraron una supervivencia similar en pacientes jóvenes y mayores con cáncer de lengua.

En Kerala, India, los cánceres de la cavidad oral, representan el tipo más común de neoplasia en varones y ocupan el tercer lugar entre las neoplasias femeninas. Pueden hallarse en 24,2 hombres por cada 100 000 y en 11,2 mujeres por igual cantidad de población, y estas cifras, probablemente, sean las de mayor incidencia encontradas en el mundo.

Múltiples publicaciones científicas aseveran que hay un incremento de cáncer oral en jóvenes de todo el globo.

El manejo del cáncer de lengua, especialmente en poblaciones menores a 45 años, siempre ha sido materia de no poca controversia. Están en discusión temas tales como curso clínico, resultados del tratamiento, factores predictores de sobrevida y pronóstico en el carcinoma epidermoide de los jóvenes, y las contradicciones abundan.

La serie de 76 pacientes estudiados, representa la mayor cantidad de casos reunidos en personas menores de 45 años, hasta el presente. Todos ellos tenían el diagnóstico histológicamente confirmado, y la lesión se hallaba en la parte bucal de la lengua. Los casos fueron reunidos entre 1990 y 1994 en el Centro Regional del Cáncer en Kerala, India.

La relación entre hombres y mujeres fue de 1,7 a 1. Esta predominancia masculina, está de acuerdo con otro estudio realizado en México sobre 170 pacientes y en oposición a una investigación previa del mismo centro oncológico al que pertenecen los autores y que había mostrado una ligera prevalencia femenina. El sexo no demostró influencia sobre la tasa de sobrevida.

El borde lateral de la lengua fue el sitio de localización más frecuente (80 %), y la mayoría de los pacientes exhibían lesiones de tipo úlcero-proliferativo. El tipo morfológico de lesión no pareció tener influencia significativa sobre la supervivencia.

El 63 % de los casos, estaba confinado a la lengua, y el piso de la boca estuvo involucrado en algo menos del 30 %. Más de la mitad de los pacientes, no tenía metástasis en ganglios linfáticos del cuello. Estudios previos habían publicado que la invasión linfática era más temprana en pacientes jóvenes, en forma independiente del tamaño tumoral, y que las metástasis ganglionares estaban asociadas con disminución de la sobrevida. Estas afirmaciones no pudieron corroborarse en el presente trabajo, y ello podría deberse a que hubo escasa cantidad de casos en estadio N 2 y N 3 en la población analizada.

La sobrevida a los 5 años en pacientes libres de enfermedad, alcanzó 65,5 % en el estadio I, mientras que en el estadio IV fue de 36,6 %. Es evidente que existe una tendencia hacia mejor nivel de sobrevida en los estadios tempranos de la enfermedad, pero la diferencia no fue estadísticamente significativa, ya que el estudio incluyó pocos pacientes con formas avanzadas de la patología, lo que podría ser causa de un desvío que se corregiría con una población de mayor envergadura.

Otros estudios han sugerido, que el estadio del proceso, es un predictor de la sobrevida. Esto fue confirmado por el trabajo de Siegelmann-Danieli y colaboradores y el de Friedlander y asociados. Estos últimos, llegaron a la conclusión que el pronóstico y la sobrevida estaban influenciados por el estadio, y no por la edad. No todos han coincidido con esto, ya que Sarkaria y colaboradores,

establecieron que en pacientes por debajo de los 40 años, el pronóstico es desfavorable aún en los estadios tempranos.

El margen de resección libre de tumor, resultó ser un factor estadísticamente significativo: a los 5 años el 61,5 % de los pacientes estaban vivos y libres de enfermedad. De aquellos con presencia tumoral en el margen, solo el 35 % sobrevivió sin recurrencia.

Los pacientes que no recibieron radioterapia, presentaron mejor sobrevida libre de tumor, que aquellos que sí la recibieron. Los casos operados y con radioterapia posterior fueron los de peor supervivencia.

Aquí, se plantea la posibilidad que aquellos operados, que no reciben radioterapia, pertenecen en realidad a un grupo de pacientes con enfermedad más leve: sin metástasis ganglionares y tumores más diferenciados.

Los pacientes que fueron sometidos a cirugía por enfermedad recurrente, luego de una primera operación, tuvieron mucho mejor pronóstico, que aquellos en los que la segunda cirugía fue necesaria, por recurrencia luego de radioterapia (enfermedad radioresidual).

Los resultados de este trabajo demostraron que el pronóstico en jóvenes y mayores, es similar y que en ambos casos, depende del estadio tumoral, invasión de ganglios linfáticos, tipo de cirugía y la selección apropiada del tratamiento.

FACTORES QUE AFECTAN LA EXACTITUD DE LA PESQUISA MAMOGRAFICA

Densidad mamaria, edad y uso de terapia hormonal sustitutiva como elementos que influyen en el resultado de la mamografía.

Dartmouth, EE.UU.

El aumento de la densidad radiológica de la mama incrementa el riesgo de cáncer y dificulta la interpretación de la mamografía. La densidad aumenta con el uso de terapia de reemplazo hormonal en la postmenopausia y disminuye con la edad. La interrelación de todos estos factores modifica la exactitud de las pesquisas mamográficas.
[Annals of Internal Medicine, 138:168-175, 2003 - SIIC]

La exactitud de la pesquisa mamográfica de cáncer es mejor en mujeres mayores y en aquellas que tienen mamas adiposas. La sensibilidad en estas últimas resultó de 87% y la especificidad de 96,9% . En cambio en las mujeres con glándulas mamarias sumamente densas, la sensibilidad de la mamografía se redujo a 62,9 % y la especificidad a 89,1 %.

En mujeres mayores de 80 años la sensibilidad supera el 85 %. La mamografía es sumamente eficaz en estos casos para la detección de neoplasia, pero en cambio su sensibilidad se coloca por debajo del 85 % entre los 50 y 79 años de edad. La sensibilidad y la especificidad fueron menores en mujeres jóvenes con mamas densas.

Aquellas mujeres que no recibieron tratamiento hormonal de reemplazo (THR), exhibieron una mayor especificidad.

La Agency for Healthcare Research and Quality de los EE.UU. que es una institución dedicada a fijar estándares de calidad, fijó la sensibilidad ideal para la mamografía en 85 %. Como podemos ver, esta sensibilidad ideal se alcanza en mujeres mayores de 80 años, pero no ocurre lo mismo en las más jóvenes y particularmente en aquellas que tienen mamas radiologicamente densas.

La densidad mamaria representa uno de los factores de riesgo más subestimados en estudios que intentan determinar la presencia de cáncer mamario. El riesgo de padecerlo, es 4 a 6 veces superior en mujeres con mamas radiologicamente densas. Asimismo, la densidad disminuye la sensibilidad del método y por ende disminuye la exactitud del diagnóstico mamográfico. La densidad no solo puede enmascarar la presencia de un tumor, sino que puede dar la sensación de la presencia de una neoplasia en donde no la hay.

La densidad mamaria es afectada por la edad, el uso de THR, fase del ciclo menstrual, índice de masa corporal, embarazos y partos y factores hereditarios.

Los autores estudiaron la información obtenida de 463.372 mamografías por chequeo, realizadas en 329.495 mujeres de los EE.UU. Se detectaron de esta forma 2223 casos de cáncer de mama.

La densidad de la glándula en la mamografía, disminuye con la edad, y aumenta con la TRH. La densidad y la edad resultaron importantes predictores independientes sobre la exactitud de la pesquisa mamográfica, pero la TRH no es un factor independiente, ya que su acción se manifiesta a través del cambio de densidad.

En mujeres de 50 o más años de edad, con mamas densas, la incidencia de cáncer fue mayor en aquellas que recibieron TRH, por el contrario, en aquellas con mamas no densas, el THR no mostró mayores efectos.

Las mujeres con mamas densas o que reciben TRH deberían ser advertidas, que la mamografía en ellas, podría ser menos exacta como método para detectar cáncer.

Sería conveniente también, que los informes mamográficos mencionaran aspectos vinculados con la densidad radiológica de la glándula. Toda esta información, permitiría a las mujeres contar con un panorama más claro sobre las posibilidades que les ofrece la mamografía como método para descartar el cáncer.

EL CARCINOMA HEPATOCELULAR REDUCE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES

Coincide con hallazgos similares en cirróticos e infectados con hepatitis crónica

Bologna, Italia

El carcinoma hepatocelular es una enfermedad de pronóstico ominoso. Surge como complicación de estadios terminales de varias enfermedades hepáticas. Los sujetos que lo padecen perciben una disminución de la calidad de vida por causa del dolor y los trastornos del sueño.

[Digestive and Liver Disease 35:46-54, 2003 - SIIIC]

La calidad de vida relacionada con la enfermedad (CVRE), estimada subjetivamente por el paciente, es un parámetro de gran importancia en la evaluación de cualquier intervención terapéutica. Asume un papel relevante en las enfermedades crónicas o incurables, en las cuales el objetivo de los tratamientos es mantener a los enfermos libres de síntomas, viviendo en su comunidad por todo el tiempo posible, o reducir la angustia provocada por la afección.

En las enfermedades hepáticas crónicas, la investigación de la CVRE es un área de mucho interés. Si bien la severidad de los padecimientos es variable y los afectados a veces viven años en forma asintomática, el impacto en el bienestar de los sujetos puede ser enorme. Estudios realizados en individuos cirróticos o con hepatitis crónica muestran que sufren ansiedad por la infección crónica y por el riesgo de contagio, problemas emocionales por abuso de drogas o alcoholismo y angustia ante los procedimientos terapéuticos reiterados. También disminuye la CVRE debido al temor de progresión de la enfermedad, sus complicaciones y las manifestaciones extrahepáticas (fenómenos autoinmunes, crioglobulinemia).

Investigadores de la Universidad de Bologna realizaron un estudio de corte transversal en el que compararon sujetos con diagnóstico de carcinoma hepatocelular con pacientes cirróticos. Estos individuos contestaron las versiones modificadas italianas del Short Form-36 y el Nottingham Health Profile, dos índices genéricos del impacto de la enfermedad en el bienestar de los pacientes.

Participaron del trabajo 101 enfermos con carcinoma hepatocelular (CHC) superpuesto a cirrosis hepática. Entre ellos hubo 74 hombres y 27 mujeres, cuyas edades estaban comprendidas entre los 41 y 87 años. El diagnóstico del tumor fue hecho mediante estudios de imágenes y confirmado por niveles de alfa fetoproteína elevados más de diez veces por sobre el valor normal. Un total de 81 pacientes tenían nódulos únicos, 13 mostraban dos tumores, y en 7 se descubrieron 3 o más. Fueron excluidos los sujetos que padecían otra neoplasia o presentaban encefalopatía hepática. Un grupo control de 202 cirróticos fue elegido al azar de la base de datos del Servicio de Gastroenterología, comprobándose una correcta correlación en variables demográficas con el grupo de casos.

En cuanto a la etiología de la cirrosis, la hepatitis viral fue la más frecuente, con 75% de los casos, seguida por el alcohol. Presentaron patologías asociadas 65% de los enfermos, las cuales se

repartieron uniformemente entre varios a paratos de la economía. La mayoría registró el grado B en la clasificación de Child-Pugh (43%), 35% mostró el grado A y 22% tenían el grado C. Los campos en los cuales los enfermos con CHC presentaron una alteración significativa fueron energía, sueño, movilidad física y dolor. Estos trastornos determinan una importante disminución de la CVRE comparada con la de los cirróticos que no desarrollan neoplasias hepáticas. El grado de afección no se relacionó con el tamaño del tumor.

La divergencia más llamativa fue en relación al dolor. Es importante tener en cuenta que los cirróticos sin CHC no informaron tasas de dolor mayores que la población general. La sensación dolorosa es un síntoma significativo en el CHC, formando parte relevante de la percepción de disminución de la calidad de vida.

Esta conclusión es importante para el manejo terapéutico del CHC.

Los pacientes con CHC refirieron menor aislamiento social que los cirróticos sin carcinoma. Este sorpresivo hecho se explicaría por el mayor acercamiento de las familias de los pacientes oncológicos al enterarse del mal pronóstico y la necesidad de tratamientos agresivos.

La presencia de patologías asociadas, una edad relativamente menor y los trastornos del sueño fueron los factores que determinaron una sensación de peor nivel de salud.

La conclusión a la que arribaron los autores es que el dolor físico es el aspecto más afectado de la calidad de vida en los pacientes con CHC. Dicho hallazgo debe inducir a los médicos tratantes a abordar este problema con los enfermos y tratarlo cuando sea necesario

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