

SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON CÁNCER GINECOLÓGICO O MAMARIO

El contenido de este protocolo es fruto de la Ponencia de igual nombre que se presentó y debatió en la XXIII Reunión Anual de la Sección de Ginecología Oncológica y Patología Mamaria. Está referida a mujeres que hayan finalizado el tratamiento primario de un cáncer ginecológico y su finalidad es comprobar la evolución, descubrir una posible recaída y ayudar a la paciente a conseguir el mayor grado de bienestar posible.

Estos objetivos obligarán a una revisión periódica empleando los medios diagnósticos que sean más útiles y donde se pautarán medidas preventivas o terapéuticas que mejor contribuyan a los fines enunciados. Respecto a los medios diagnósticos que se deben emplear, y habiendo en el momento actual un elevado número de recursos, se impone una reflexión que incorpore al proceso de decisión dos conceptos: la evidencia científica de la utilidad de cada prueba y la capacidad terapéutica real de que disponemos ante una evolución desfavorable.

Frente a una postura maximalista que aboga por realizar todas las exploraciones o pruebas que directa o indirectamente puedan ayudar a descubrir una recaída, está la de aquellos que postulan emplear únicamente medios de elevada sensibilidad y especificidad. En favor de la postura minimalista se aducen razones de sobrecarga psicológica de las pacientes y de eficiencia; además, la presión que se ejerce sobre el facultativo también se esgrime como fundamento para apoyar la conducta maximalista.

El ideal sería de acuerdo con la mayoría de los autores establecer un seguimiento que no fuese gravoso en ningún sentido, ni siquiera el psicológico, para las pacientes. De esta forma se considera que la anamnesis debe realizarse siempre, y que en función de ella se ordenarán las pruebas o exploraciones oportunas. La exploración básica se realizaría siempre y también se harían con alguna periodicidad aquellas pruebas que sirvan de marcadores de la enfermedad, sean éstos radiológicos, bioquímicos, morfológicos, etc. La periodicidad oscila entre la conveniente para la detección de anomalías, más frecuentes en los primeros tiempos después del tratamiento, y la que ofrezca seguridad a la paciente. Así, al principio, las exploraciones se realizan frecuentemente con periodicidad trimestral o semestral,

para hacerse posteriormente anuales. El tiempo durante el que deben realizarse medidas de seguimiento es variable según los tumores, oscilando entre los 5 años, para gran parte de los tumores que para entonces pueden considerarse curados, y toda la vida, que algunos propugnan para las pacientes con cánceres de mama. En estos últimos casos la periodicidad podrá hacerse menor y, en cualquier caso, se solapará con las exploraciones preventivas que, cada vez más, se están implementando.

En todos los casos habrán de tenerse en cuenta los protocolos diagnósticos de cada enfermedad, pues en ellos se detallan las exploraciones más útiles que normalmente son las que permitirán monitorizar la evolución y diagnosticar la recidiva de los procesos. Esto tiene un interés reconocido en cuanto al empleo de los marcadores tumorales. Será lógico repetir la determinación de marcadores bioquímicos que se encontraron alterados al diagnóstico y no procederá determinar elementos que no estuvieron alterados desde el principio, con las excepciones de aquellos casos en los que podrían producirse variaciones o conversiones en las tasas de algunos productos, por ejemplo los receptores hormonales en casos de tumores con varios clones celulares.

I. PROCESOS GINECOLÓGICOS

Patología del tracto genital inferior

1. Procesos invasivos. Vulva y vagina

Tiempo	Exploración y biopsia*	Radiografía de tórax
≤ 2 años	Trimestral	Anual
3-5 años	Semestral	Anual
> 5 años	Anual	-

*Biopsia de cualquier lesión sospechosa (por clínica, vulvoscopia o vaginoscopia).

2. Cáncer de cérvix

Año	Frecuencia	Exploración clínica
Primera revisión	3 meses	Anamnesis Citología y tacto rectal Urea, creatinina

4	≤ 2 años	Semestral	Anamnesis Citología y tacto rectal Urea, creatinina. Radiografía de tórax (una vez al año). Urografía intravenosa o investigación de atrapamiento ureteral por ecografía o TAC*
	3-5 años	6 meses 1 año	Citología + tacto rectal Radiografía de tórax

*Especialmente en pacientes irradiadas. TAC: tomografía axial computarizada.

3. Cáncer de útero

A. Adenocarcinoma de endometrio de bajo y moderado riesgos

Años postratamiento	Anamnesis	Citología + exploración	Vaginal
Primer año		Semestral	Semestral
Segundo a quinto año		Anual	Anual

B. Adenocarcinoma de endometrio de alto riesgo y sarcomas

Años postratamiento	Anamnesis	Citología + exploración	Análisis vaginal	Radiografía de tórax*
Primeros 2 años		Trimestral	Anual	Anual
Tercero a quinto años		Semestral	Anual	Anual
A partir del quinto año		Anual	Anual	Anual

En casos de adenocarcinoma de endometrio, se recomienda realizar mamografías anuales a las pacientes que se encuentren fuera de las edades de cribado.

*Para los sarcomas, realizar radiografía de tórax cada 6 meses durante los primeros 5 años de seguimiento.

4. Cáncer epitelial de ovario

Años postratamiento	Anamnesis + Exploración	Ca-125 Ca 19.9 CEA*	TAC + otras
Primeros 2 años	Trimestral	Trimestral	Según Ca-125
Años posteriores	Semestral	Semestral	Según Ca-125

*En casos de carcinomas mucosos con valores de Ca-125 preterapéutico negativos.

Cánceres no epiteliales de ovario: determinar marcadores específicos, si los hay, con una pauta de seguimiento semejante a la de los epiteliales.

II. CÁNCER DE MAMA

1. Carcinoma ductal *in situ* tratado conservando la mama

Años postratamiento	Anamnesis	Mamografías + exploración	Ecografía
Primeros 2 años	Semestral	Anual	Opcional
Años posteriores	Anual	Anual	Opcional

2. Carcinoma ductal *in situ* tratado con mastectomía y carcinoma lobulillar *in situ*

Años postratamiento	Anamnesis	Mamografías + exploración
	Anual	Anual

3. Cáncer invasivo de mama

Años postratamiento	Anamnesis	Mamografías + exploración + análisis	Ecografía*	PAAF selectiva Ecografía ginecológica**
Primer año	Trimestral	Anual	Anual	
Segundo año	Semestral	Anual	Anual	
Años sucesivos		Anual	Anual	Anual

*Conservador de la mama.

**Pacientes en tratamiento con tamoxifeno, si existe sintomatología.

Según riesgo de recidiva realizar gammagrafía ósea, ecografía hepática, TAC torácica y marcadores tumorales (CEA, Ca-15.3).

El seguimiento de las pacientes no consistirá exclusivamente en la vigilancia escueta de la patología, sino que la paciente habrá de considerarse en su conjunto y deberán evaluarse las alteraciones que la enfermedad, por sí misma o por su tratamiento, produce. Varios aspectos son de especial interés: los síntomas deprivativos que la enfermedad o el tratamiento producen a la paciente, entre los que habrá que ponderar especialmente las repercusiones psicológicas y, también, las posibilidades físicas, si existen, de reparación. Esto será tanto más conveniente cuanto mayor sea el sentimiento de pérdida del esquema corporal y de la autoestima de la mujer.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Fernández-Cid A. Protocolos de Mastología del Instituto Universitario Dexeus. Barcelona: Masson, 1999; Cap 11: p. 145-9.
- López A, Kudelka AP, Edwards CI, Kavanagh JJ. Carcinoma of the uterine cervix. En: Pazdur R, editor. Medical oncology. A comprehensive review. New York: Huntington, 1995; p. 393-405.
- Shumsky AC, Brasher PM, Stuart GC, Nation JG. Risk specific follow-up for endometrial carcinoma patients. *Gynecol Oncol* 1997;65:379-82.
- Smith TJ, Davidson EN, Schapira DV, et al. American Society of Clinical Oncology 1998 Update of recommended breast cancer surveillance guidelines. *J Clin Oncol* 1999;17:1080-2.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Documento de consenso sobre cáncer de mama. En: Documentos de Consenso. SEGO, 1996.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Documento de consenso sobre cáncer de cuello uterino. En: Documentos de Consenso. SEGO, 1997.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Documento de consenso sobre cáncer de ovario. En: Documentos de Consenso. SEGO, 1998.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Documento de consenso sobre cáncer de endometrio. En: Documentos de Consenso. SEGO, 1999.