



CARTA CLÍNICA

Neoplasia curada. Un seguimiento que debe durar años



Cured malignancy: A follow-up that should last for years

Caso clínico

Varón de 54 años, diagnosticado 4 años antes de adenocarcinoma de colon derecho, y sometido entonces a hemicolectomía y tratamiento quimioterápico adyuvante posterior. No se evidenció afectación ganglionar ni a distancia en el momento del diagnóstico. En posteriores controles clínicos, analíticos (con marcadores tumorales), endoscópicos y radiológicos con tomografía computarizada (TC) no se había evidenciado recidiva de su enfermedad. El último control había sido 10 meses antes, y tanto la analítica con marcadores tumorales, como la TC habían resultado normales encontrándose el paciente asintomático. En este contexto, el paciente consulta por un cuadro de astenia, disnea de medianos esfuerzos y febrícula que venía presentando de forma intermitente en el último mes. A pesar de la ausencia de datos patológicos en la exploración y de la normalidad de los controles periódicos realizados con motivo de su antecedente de cáncer colorrectal (CCR), se solicita una radiografía de tórax y una analítica general para mejor filiación del proceso. En la analítica se aprecia anemia normocítica sin elevación de marcadores tumorales ni otros datos de interés. La imagen radiológica muestra una afectación macronodular bilateral en «suelta de globos»

que apenas respeta ninguna zona de parénquima (fig. 1). Con la sospecha de recidiva de CCR en forma de enfermedad metastásica pulmonar tardía el paciente es derivado desde atención primaria (AP) al hospital donde ingresa en el servicio de oncología. Allí se realiza TC toracoabdominal que evidencia ausencia de enfermedad a nivel hepático, pero afectación metastásica múltiple pulmonar (fig. 2). El paciente es sometido a quimioterapia paliativa sin evidenciar mejoría y presentando una rápida evolución que culmina con el fallecimiento en apenas 3 semanas por insuficiencia respiratoria.

Discusión

Cada vez son más los pacientes que han sobrevivido a un cáncer y cuyo seguimiento se realiza en las consultas de AP. Se estima que en España, más de la mitad de los pacientes adultos diagnosticados de cáncer permanecen vivos a los 5 años¹.

En un documento publicado en el año 2005 por el *Institute of Medicine* (IOM) se describen los pilares fundamentales del seguimiento de estos pacientes: prevención de recurrencias o de aparición de nuevos tumores o diseminaciones, alivio de secuelas físicas y psicológicas y coordinación entre AP y especializada para cubrir todas las necesidades asistenciales². Pero, ¿Quién debe hacerse cargo del seguimiento de estos pacientes? Parece claro que el seguimiento en consultas de especialistas (oncólogos, cirujanos, etc.) no es coste-efectivo y sobrecarga a servicios ya muy saturados restando tiempo de asistencia a pacientes complejos o

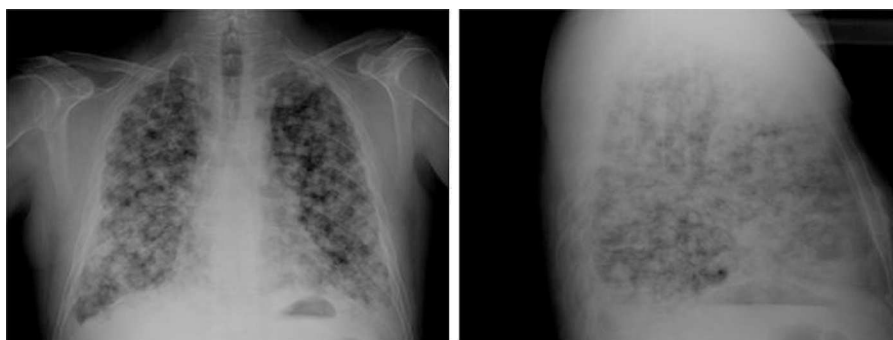


Figura 1 Radiografía simple de tórax PA y L en la que se aprecia un infiltrado macronodular bilateral formando una imagen en «suelta de globos».

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2014.06.004>

1138-3593/© 2014 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).

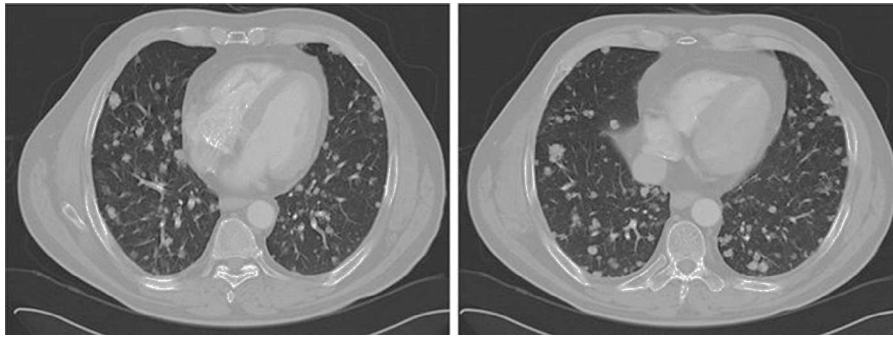


Figura 2 Cortes axiales de TC mostrando imágenes macronodulares bilaterales compatibles con metástasis pulmonares.

con procesos nuevos¹. Por este motivo, el médico de atención primaria (MAP) debe tener un papel preponderante en el seguimiento de los pacientes con cáncer ya que es además quien conoce el manejo de las enfermedades crónicas y comorbilidades (en especial en pacientes pluripatológicos) y el entorno social del paciente¹. Algunos estudios aleatorizados realizados en pacientes con cáncer de colon y mama demuestran que el seguimiento en AP no muestra diferencias en cuanto a detección de recidivas, frecuencia de efectos adversos ni en la evolución de los pacientes respecto al seguimiento por especialistas^{3,4}. Por lo tanto parece sensato proponer que la mayor responsabilidad en el seguimiento recaiga sobre el MAP en pacientes con menor riesgo de recaídas o secuelas y que la responsabilidad sea compartida con los especialistas en pacientes de mayor riesgo¹. El seguimiento incluirá la entrevista clínica, la analítica general incluyendo marcadores tumorales y pruebas endoscópicas o de imagen (ecografía, TC, PET/TC, etc.) en función del tipo de cáncer⁵.

El CCR es el tercer tipo de cáncer más frecuente tanto en mujeres como en varones, y supone la segunda causa de muerte por cáncer^{5,6}. La cirugía puede ser curativa hasta en el 50% de los casos, pero la recidiva del CCR es elevada llegando al 30-40% en estadios II-III. No obstante gran parte de las recidivas aparecen en un solo órgano y son tributarias de tratamiento quirúrgico, lo cual tiene una importancia vital para el paciente desde el punto de vista pronóstico⁵. Los pacientes con mejor pronóstico vital son aquellos con enfermedad localizada en el momento del diagnóstico a los que se les somete a cirugía con intención curativa. En aquellos en que se ha producido diseminación del CCR, esta suele ser a ganglios linfáticos regionales o al hígado. Este órgano suele afectarse en más de 2/3 de los pacientes con enfermedad diseminada y es el lugar inicial de extensión en 1/3 de los casos⁵.

En el seguimiento de los pacientes con CCR aparentemente libres de enfermedad, debe incluirse la determinación del antígeno carcinoembrionario (CEA) que si bien no se considera indicada en el cribado ni el diagnóstico por su baja sensibilidad y especificidad resulta útil en el seguimiento ya que su utilidad para detectar recidivas en pacientes asintomáticos oscila entre el 20 y el 90% de los casos y aunque existen un 30% de falsos positivos su determinación sigue siendo coste-efectiva en los programas de seguimiento⁶. La estrategia de seguimiento propuesta por la mayoría de las guías es de 5 años al considerar inusuales las recidivas más allá de ese período¹. Dicho seguimiento

tiene una importancia vital para el diagnóstico precoz de las recidivas que permite un tratamiento temprano con la implicación pronóstica que ello conlleva.

Presentamos el caso de un paciente joven diagnosticado de CCR sin enfermedad a distancia en el momento del diagnóstico y sometido a tratamiento con cirugía y quimioterapia con intención curativa. A pesar de la normalidad en las revisiones posteriores en las que se realizaron colonoscopias, TC abdominales y analíticas con medición de marcadores tumorales el paciente presentó finalmente una recidiva agresiva y fatal a nivel pulmonar sin afectación hepática ni elevación de marcadores tumorales.

En AP conviene tener en cuenta los antecedentes de neoplasias sólidas incluso tras varios años de aparente curación aun cuando el paciente presenta una enfermedad localizada en el momento del diagnóstico ya que cualquier cambio clínico futuro puede estar directa o indirectamente relacionado con dicha neoplasia y tener un pronóstico infausto.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiación

No existe patrocinio ni soporte financiero en este caso.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Feliu J, Virizuela JA. Follow-up of cancer survivors: A shared responsibility. *Med Clin (Barc)*. 2011;137:163-5.

2. Hewitt M, Greenfield S, Stovall E, editores. From cancer patient to cancer survivor: Lost in transition. Improving care and quality of life. Washington DC: National Academic Press; 2005.
3. Wattchow DA, Weller DP, Esterman A, Pilotto LS, McGorm K, Hammett Z. General practice versus surgical-based follow-up for patients with colon cancer: Randomised controlled trial. *Br J Cancer*. 2006;94:1116–21.
4. Grunfeld E, Levine MN, Julian JA, Coyle D, Szechtman B, Mirsky D, et al. Randomized trial of long-term follow-up for early-stage breast cancer: A comparison of family physician versus specialist care. *J Clin Oncol*. 2006;24:848–55.
5. Fuster D, Lafuente S, Setoain X, Navales I, Perissinotti A, Pavia J, et al. Dual-time point images of the liver with ¹⁸F-FDG PET/TC in suspected recurrence of colorectal cancer. *Rev Esp Med Nucl Imagen Mol*. 2012;31:111–6.
6. Fernández-Cebrián JM, Vorwald Kuborn P, Pardo de Lama M, Sanjuanbenito Dehesa A, Nevado Santos M, Pacheco Martínez PA,

et al. Current status of the prognostic value of molecular markers in patients with colorectal cancer and the prediction of response to adjuvant therapy. *Clin Transl Oncol*. 2005;7:101–9.

M.C. Lahoza-Pérez^a, D. Sáenz-Abad^{b,*}, M. Martínez-Díez^a, M. Bastarós-Bretos^a y R. Montoya-Sáenz^a

^a *Medicina de Familia y Comunitaria, Sector III de Zaragoza, Centro de Salud Bombarda, Zaragoza, España*

^b *Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: danielsaenzabad@hotmail.com

(D. Sáenz-Abad).