
CONSIDERACIONES SOBRE EL CANCER METASTÁTICO

Las metástasis son raramente diagnosticadas por la clínica. Hay un significativo número de metástasis espinales de origen desconocido. Los tumores responsables mas frecuentemente encontrados en orden de frecuencia son los de: bronquios, seno, estomago, páncreas, colon, riñones y esófago.

Es difícil fijar el pronóstico de un cáncer por la aparición de ganglios regionales y de la presencia de células tumorales en la circulación general en sangre y médula ósea.

En los pacientes con tumores extra-abdominales en quienes se encontró un claro derrame peritoneal aséptico, los tumores primarios involucrados fueron el mesotelioma pleural y carcinoma del seno. La obstrucción de grandes ramas de la arteria pulmonar por émbolos tumorales es rara y aún menos frecuentemente causa insuficiencia respiratoria y la muerte. La existencia de micro-metástasis en la médula ósea se considera como un indicador temprano de la enfermedad sistémica.

En un total de 1,200 broncoscopías, se encontraron solamente un escaso número de enfermos con metástasis endobronquial procedente de un tumor primario del seno. El diagnóstico fue hecho por biopsia broncoscópica y citología.

Cuando se desarrollan trastornos intestinales la posibilidad de una metástasis intra-abdominal e infracavitaria aparece en enfermos con tumores de cualquier sitio. Cualquier tumor primario del seno, bronquios o próstata pueden desarrollarse metastásicamente en estos lugares.

El grado de metástasis al riñón es mucho menor que el que debiera esperarse dado su importante vascularización.

Los métodos de imageneología modernos y las investigaciones sistemáticas no siempre son capaces de demostrar la enfermedad neoplásica y metastásica durante la vida del paciente. El examen clínico simple puede demostrar tumor del seno, útero, próstata, y los ubicados en cabeza y cuello.

Las metástasis a la vejiga urinaria pueden ser por extensión continua de los órganos cercanos como próstata, recto, cuello uterino y sigmoides. Las metástasis a la próstata se diseminan por la circulación arterial aunque también se originan por la corriente venosa o linfática retrograda.

Parece que las metástasis al sistema nervioso central son mas frecuentemente diagnosticadas en las últimas décadas posiblemente porque se logra una sobrevida mayor en muchos enfermos.

Se considera que por lo menos un 20% de los enfermos cancerosos pueden presentar metástasis del sistema nervioso central durante su vida. Alcanzándose alrededor del 30% en los cánceres bronquiales.

Frecuentemente las metástasis abdominales son asintomáticas mientras que las que se desarrollan en el pulmón pueden alcanzar el riñón por la circulación arterial.

Por lo menos un 80% de las metástasis cerebrales son sintomáticas.

Cualquier paciente diagnosticados con tumores que presenten síntomas cerebrales o neurológicos debe ser examinado. Una tercera parte de los pacientes con síntomas focales como hemiplejía tienen reproducción del cáncer en el sistema nervioso central.

Es frecuente la presencia de metástasis cerebrales en pacientes con primario no localizado. Siempre deben sospecharse las localizaciones habituales, aunque la mayoría de ellos se originan en los bronquios.

Por su rica vascularización, la cercanía de un tumor al tejido pulmonar puede determinar el alojamiento de células malignas en la circulación cerebral.

La cantidad del número de metástasis distantes es relativamente alto. La producción de cáncer en el esqueleto es muy frecuente y por lo general es osteolítica.

La difusión de las células metastásicas a las vértebras pueden ser hematógenas o por propagación directa y conduce a la erosión que en ocasiones puede llegar hasta la producción de una fractura.

Son frecuentes las metástasis óseas en las cuales no se identifica el tumor primario. Se debe descartar sobre todo el origen en los bronquios y el riñón.

Otros autores indican una mayor incidencia de las mismas en los cánceres prostáticos.

La mayoría de las metástasis cutáneas se presentan con un nódulo intradérmico o subcutáneo sin dolor específico y con una epidermis intacta.

En un número elevado de los enfermos con tumores metastásicos al cuello no se localiza el tumor primario. Así mismo hay dificultad para localizar el origen de la enfermedad maligna en los enfermos con crecimiento de los ganglios linfáticos cervicales.

La reproducción del cáncer en los ganglios retroperitoneales es frecuente en especial en los pélvicos así como en los del intestino, colon y riñón.

El carcinoma bronquial da metástasis más temprano que otros tumores primarios y frecuentemente estas son al cerebro. En ciertos números de pacientes la difusión pulmonar se diagnostica antes que el tumor primario.

El sitio más frecuente de metástasis del cáncer renal es a los bronquios. Cualquier parte del tracto gastrointestinal puede ser víctima de metástasis del cáncer bronquial. La reproducción del cáncer en el corazón y pericardio es frecuente.

Comparado con otros cánceres, la principal fuente de metástasis que aparecen en los ojos proviene de tumores ubicados en el tórax. El tumor del seno se difunde por los ganglios regionales (cadena mamaria interna, cadenas axilares y supraclaviculares).

Los ganglios supraclaviculares han recibido mucho menos atención, porque a veces están fuera del alcance de la cirugía clásica del seno y por lo tanto, no son visualizados.

Un gran número de patologías diferentes al cáncer hacen que el diagnóstico de las metástasis en el cuello sea difícil por lo que deben ser consultados médicos especialistas en neurología, oftalmología, estomatología y otorrinolaringología.

Las metástasis de los cánceres de seno son relativamente vagas. Los problemas oculares son frecuentes en la evolución del cáncer del seno y pueden ser la primera manifestación de la existencia del mismo. El principal síntoma es la ceguera, sobretodo cuando provienen del un carcinoma. Son frecuentes las metástasis del cáncer de seno al sistema nervioso central.

Las metástasis al tracto gastrointestinal son frecuentes y se presentan con sintomatología variable que fácilmente se confunde con las propias de otra patología intestinal. En ocasiones pasan varios años, mas de 10, para que el paciente pueda considerar que ha sido curado del cáncer.

BIBLIOGRAFÍA

Debois J.M.

TxNxM1; The Anatomy and Clinics of Metastatic Cancer
Kluwer Academia Publishers. 2002

DeVita Jr. Vicent T., Hellman Samuel and Rosenberg Steven A.

Cancer: Principles and Practice of Oncology
Lippincott Williams & Wilkins 2001

Hermanek P., Hutter R.V., Sobin L.H. and Wittekind C.

Classification of isolated tumor cells and micrometastasis
Cancer. Vol. 86, 12; 2668-73 Dec. 1999

Holland James F., Bast Jr. Robert C., Morton Donald L., Frei III Emil, Kufe Donald W. and Weichselbaum Ralph R.

Cancer Medicine
Williams & Wilkins 1997