ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE DIFERENTES CÁNCERES PRIMITIVOS BASADO EN LAS METÁSTASIS ÓSEAS*

LL. ROSELLÓ AUBACH^a, L. MARTÍN GUILLÉN^b, N. MONTALÀ PALAU^a,
M. CONDE SEIJAS^a, R. TORRES PALOU^a Y F. PALLISÓ FOLCH^a

^aSERVICIO DE REUMATOLOGÍA Y APARATO LOCOMOTOR.
^bSERVICIO DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.
HOSPITAL DE SANTA MARÍA. LLEIDA. ESPAÑA.

Después de pulmón e hígado, el hueso es el lugar más frecuente de asentamiento de las metástasis durante la evolución de los diferentes tipos de tumores malignos. Nuestro objetivo ha sido conocer mediante un estudio retrospectivo monocéntrico las características clínicas, medios diagnósticos, tipo y localización de las lesiones metastásicas de un total de 183 pacientes en un período comprendido entre enero de 2001 hasta diciembre de 2006. La localización más frecuente del tumor primitivo fue la de pulmón con 50 casos, seguido del de próstata con 47, mama con 23 y vejiga urinaria con 16. En 10 casos no fue posible encontrar el tumor primitivo.

La prueba diagnóstica más utilizada fue la gammagrafía ósea (81%). Se realizó una biopsia en 26 casos y fue diagnóstica en un 90%. El asentamiento más frecuente de las metástasis óseas fue la columna vertebral (83 casos), y las vértebras D11, D12 y L1 fueron las más afectadas.

PALABRAS CLAVE: tumor maligno, metástasis ósea, biopsia ósea.

After lung and liver, bone is the most common site for establishment of metastases during the evolution of different cancer types. Our objective was to determine the clinical features, diagnostic tools, and the type and localization of metastasis in a retrospective, single-centre study conducted on 183 patients between January 2001 and December 2006. The lung was the most common site for primary tumours, followed by prostate and breast cancers. In 10 cases it was not possible to determine the origin.

Bone scintigraphy was the most frequently used diagnostic method (81%). Bone biopsy was performed in 26 cases and was diagnostic for 90%. The spine, specifically vertebrae D11, D12 and L1, was the most common metastatic site, with 83 cases.

KEY WORDS: cancer, bone metastasis, bone biopsy.

INTRODUCCIÓN

Después de las enfermedades cardiocirculatorias, el cáncer es considerado como la segunda causa de muerte en nuestro país, y la mayoría de pacientes que morirán de esta causa lo harán por la participación del hueso por las metástasis o como resultado de factores sistémicos producidos por el tumor. Después del hígado y el pulmón, el tercer lugar de asiento de las metástasis es el hueso. Próstata, mama, pulmón, vejiga urinaria y tiroides son considerados los tumores que más metastatizan en hueso. Aproximadamente el 50% de los pacientes afectados de cáncer tendrá metástasis óseas¹ y éstas son la causa del primer síntoma del tumor primitivo en el 20 al 30% de los casos². La lesión neoplásica metastásica ósea supone el crecimiento de células neoplásicas dentro del tejido óseo normal, con la repercusión sobre la estructura del

hueso que eso representa. Pueden adoptar la forma destructiva osteolítica, la forma neoforativa de esclerosis ósea o mixta, aunque las líticas son más frecuentes y condicionan mayor morbilidad, pero independientemente de los mecanismos que van a generar la diferente fenotipia radiográfica, el resultado final es un cambio en la arquitectura ósea que va a predisponer al paciente a tener diferentes complicaciones esqueléticas. Las células metastásicas escapan del tumor primario a través de la circulación, sobreviven a la respuesta inmune y a la fuerza física de la circulación, escapan de los capilares y alcanzan el esqueleto donde se establecen, proliferan y causan las lesiones metastásicas³. La localización preferente del esqueleto de las células tumorales es atribuida a las características biológicas y moleculares de la célula tumoral y al microentorno del hueso⁴. La afectación por metástasis ósea suele ser multifocal, con predilección por las zonas óseas con mayor médula hematopoyética como la parte proximal de los huesos largos o el esqueleto axial (vértebras, pelvis o costillas)⁵.

Encontrar una metástasis ósea durante el seguimiento de un tumor ensombrece el pronóstico del paciente afectado y puede comportar diferentes complicaciones como

dolor, fracturas patológicas o incluso compresión medular⁶. Hoy día asistimos a un destacable aumento de la incidencia de procesos tumorales malignos, pero también a una mejoría en las técnicas diagnósticas y a la aparición de nuevos tratamientos antineoplásicos por el mayor conocimiento de los mecanismos patogénicos, con un importante aumento de la expectativa de vida de los pacientes afectados^{7,8}. Todo ello nos ha motivado para hacer este estudio, en el que se pretende hacer una recogida de datos retrospectivos sobre pacientes ingresados por metástasis óseas entre los años 2001 a 2006, y estudiar en ellos diferentes variables que nos permitan conocer más el comportamiento del cáncer primitivo para mejorar en lo posible la atención, el pronóstico y el tratamiento de los pacientes afectados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio retrospectivo, monocéntrico, sobre una cohorte de pacientes que presentaron al menos una metástasis ósea inaugural, hospitalizados desde enero de 2001 hasta diciembre de 2006. Se han recogido datos relativos a la edad de los pacientes, sexo, días de estancia hospita-

Correspondencia: Ll. Roselló Aubach.
Servicio de Reumatología y Aparato Locomotor.
Hospital de Santa María.
C/ Rovira Roure, 44.
25198 Lleida. España.
Correo electrónico: lrosello@gss.scs.es

*Trabajo premiado con el 1.º Premio de Investigación GSS del Hospital de Santa María de Lleida en la categoría de Grado Superior del año 2007.

laria, motivo de ingreso, diagnóstico clínico y medios de diagnóstico utilizado, tipo y localización de las lesiones metastásicas, síntomas paraneoplásicos, antecedentes de neoplasia y características del cáncer primitivo.

Tener antecedentes de neoplasia ha estado definido como historia antigua de cáncer considerado hasta entonces como exento de metástasis óseas. El cáncer primitivo ha estado definido como cierto cuando ha sido hallado y como probable cuando la anatomía patológica era orientativa pero el tumor primitivo no fue encontrado. Se ha definido el síntoma paraneoplásico como un efecto remoto del cáncer que no es causado por el tumor en sí ni por sus metástasis. En el estudio no se han incluido los pacientes con linfoma maligno y con mieloma múltiple. Se han considerado las lesiones óseas metastásicas como solitarias o únicas, varias, si 2 o 3 localizaciones, y múltiple o diseminada si afectaba más de 3 zonas óseas.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Es un estudio retrospectivo monocéntrico en una población de pacientes ingresados por metástasis óseas durante un período de 5 años. Las variables cualitativas están expresadas con media aritmética y desviación estándar, el resto en frecuencias relativas o porcentajes. Para comparar las variables cuantitativas hemos usado la prueba de la t de Student y el análisis de varianza (ANOVA); las variables cualitativas, con la prueba de χ^2 . Las diferencias han sido consideradas como estadísticamente significativas si $p < 0,05$. Para el análisis estadístico hemos usado los programas SPSS versión 12.0 y G-Stat versión 2.1.

RESULTADOS

Un total de 183 pacientes, 136 hombres (74,3%) y 47 mujeres (25,6%) (H/M: 3/1), ha estado hospitalizado durante el período de estudio: 23 el año 2001, 28 el 2002, 30 el 2003, 34 el 2004, 29 el 2005 y 39 el 2006. En la tabla 1 puede observarse la progresión.

La edad media de los pacientes era de $69,9 \pm 12,8$ años. La estancia media de ingre-

Tabla 1
Número de pacientes ingresados por año de estudio con frecuencia total

Año	Número	Frecuencia
2001	23	12,57%
2002	28	15,3%
2003	30	16,39%
2004	34	18,50%
2005	29	15,85%
2006	39	21,31%

so hospitalario fue de $17,5 \pm 12,5$ días. En el momento del ingreso 60 pacientes (32,7%) tenían antecedentes de neoplasia pero hasta entonces se les consideraba libres de metástasis.

Al analizar los motivos de ingreso observamos que 132 (72%) de los 183 pacientes aquejaban dolor osteomuscular en diferentes localizaciones, 7 pacientes (3,82%) ingresaron para estudio de hipercalcemia y 2 para estudio de disestesias y pérdida de fuerza en extremidades inferiores, como causas directamente asociadas a las metástasis óseas.

Para el estudio de las metástasis óseas la prueba diagnóstica más utilizada fue la gammagrafía ósea con tecnecio 99 (81% de los casos), y para localizar otros focos de metástasis no óseas la tomografía computarizada (85% de los casos). Se solicitaron marcadores tumorales (antígeno carcinoembrionario [CEA], CA 125, CA 15.3, CA 19.9, antígeno prostático específico [PSA] y alfafetoproteína) según el contexto de la sospecha diagnóstica.

Para buscar el cáncer primitivo a 27 de los 183 pacientes se les realizó una biopsia ósea en 24 casos o varias biopsias en 3 casos. De ellas, 20 fueron realizadas en quirófano con control radioescópico por el Servicio de Traumatología, las otras 7 en Radiología por guía con tomografía axial computarizada (TAC). El hueso ilíaco se biopsió en 7 ocasiones, el sacro en 5, la columna vertebral en otras 5 y el resto en otras localizaciones (húmero, fémur, rodilla, clavícula, tibia). La anatomía patológica fue positiva a tumoración maligna en 22 casos (81,48%) y de tejido normal o muestra insuficiente en el resto (5 casos).

En el momento del ingreso se constataron síndromes paraneoplásicos en 10 pacien-

Tabla 2
Síndrome paraneoplásico y tumoración maligna con metástasis ósea asociada

Síndrome paraneoplásico	Tumor asociado
Poliartritis	Mama
carcinomatosa (1)	
SRS3PE (3)	Próstata (2), pulmón (1)
Fascitis palmar (1)	Mama
SDSR (2)	Pulmón
PMR atípica (2)	Pulmón, colon
Raynaud unilateral (1)	Estómago

PMR: polimialgia reumática; SDRS: síndrome de la distrofia simpático-refleja; SRS3PE: sinovitis sérica seronegativa con edema con fovea.

tes (5,43%). En la tabla 2 se muestran con el cáncer primitivo asociado.

Entre los 183 pacientes, 72 (38,67%) tenían una localización metastásica no ósea secundaria; en 20 (10,9%) de los 183 pacientes la metástasis era en pulmón, en 19 (10,5%) hepática, en 5 (2,76%) cerebral, en 9 (4,97%) en pulmón e hígado a la vez, y los otros 19 tenían otra localización metastásica. La localización más frecuente del cáncer primitivo fue la de pulmón (50 pacientes, 27,32%), seguida por la de próstata (47 pacientes, 25,68%), la de mama (23 pacientes, 12,57%) y la de vejiga (16 pacientes, 8,74%). No se encontró el tumor causante de las metástasis óseas en 10 casos (5,46%). La tabla 3 describe el lugar y frecuencia de los tumores primitivos más prevalentes.

Al estudiar las características de los tumores más frecuentes hemos observado que había una diferencia claramente significativa a favor del tumor escamoso en

Tabla 3
Número y porcentaje de los cánceres primitivos por orden de incidencia

	Número	Frecuencia (%)
Pulmón	50	27,32
Próstata	47	25,6
Mama	23	12,57
Vejiga urinaria	16	8,74
Desconocido	10	5,46
Colon	10	5,46
Riñón	4	2,19
Matriz	2	1,1

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3278031>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3278031>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)