

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"CAPITAN ROBERTO RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ"
MORÓN.

**Enfermedades malignas: consideraciones clínico-epidemiológicas.
Malignant illnesses: Clinical and epidemiological considerations.**

Hirán Morales de Ávila (1), Elisa M Martínez Montero (2), Pablo E Lorenzo Valdivia (3), Carlos J de la Paz Granado (4)

Resumen

Se realizó un estudio observacional descriptivo y retrospectivo para conocer la mortalidad por Enfermedades Malignas en el Hospital General Provincial Docente "Capitán Roberto Rodríguez Fernández" de Morón, durante el período comprendido entre 2000-2001. Los resultados más relevantes encontrados: el hábito de fumar y el alcoholismo fueron los factores de riesgo más frecuentes, la bronconeumonía y la sepsis generalizadas constituyeron las causas más frecuentes de muerte, los órganos que más metastatizaron fueron pulmón y colon-recto, los sitios más frecuentes de metástasis se localizaron en ganglios linfáticos e hígado y el tratamiento paliativo fue el más utilizado.

Palabras claves: CÁNCER, MORTALIDAD, ENFERMEDADES MALIGNAS

1. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Profesor Instructor.
2. Especialista de I Grado en Medicina Interna.
3. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Profesor Asistente.
4. Especialista de I Grado en Nefrología.

INTRODUCCIÓN

En la historia de la humanidad la mortalidad por cáncer siempre ha constituido una gran amenaza. Estudios arqueológicos realizados en Egipto, en la necrópolis de Gisan, han demostrado que hace 500 años sus habitantes ya padecían esa penosa afección (1).

Los orígenes del término cáncer son un tanto inciertos, deriva probablemente de la palabra latina cangrejo, seguramente debido a que el cáncer "se adhiere de manera obstinada, a modo de un cangrejo, a cualquier parte que aferra"(2).

Justificar la importancia del cáncer como fenómeno sanitario es algo sobradamente repetido, lo cual puede resumirse al plantearse que 1 de cada 4 personas lo padecerá y 1 de cada 5 morirá de ello(1). Actualmente existen alrededor de 14 millones de enfermos de cáncer (3).

En nuestro país las Enfermedades Malignas (EM) constituyen la segunda causa de muerte en la mayoría de los grupos de edad, solamente superado por las enfermedades cardiovasculares (4).

El cáncer es una enfermedad multifactorial, de etiología discutida, donde la edad, el sexo, la raza y la herencia se reconocen como factores genéticos determinantes de riesgo según las distintas localizaciones. La dieta, hábitos tóxicos, el estilo de vida y el medio en general, incluyendo la infección por microorganismos son factores que actúan sobre el genoma de la célula como iniciadores o promotores tumorales en la transformación celular (2,5).

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo y retrospectivo para conocer el comportamiento de algunas variables clínico-epidemiológicas de los pacientes fallecidos por EM en el servicio de Medicina Interna del Hospital General Provincial Docente "Capitán Roberto Rodríguez Fernández" de Morón durante el período comprendido del 1ro. de enero del 2000 al 31 de diciembre del 2001.

El universo de trabajo estuvo constituido por 110 pacientes fallecidos por EM, de 15 o más años de edad durante el período antes mencionado.

Los datos primarios fueron tomados de las historias clínicas. La técnica de procesamiento de la información usada fue la computacional. Los resultados se exponen en tablas de distribución de frecuencias. Como medida de resumen de la información se utilizó el porcentaje (%).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la tabla#1 vemos que los factores de riesgo más frecuentes fueron el hábito de fumar (74.5%) y el alcoholismo (13.6%).

El hábito de fumar constituye la causa principal de cáncer de pulmón, laringe, cavidad bucal y esófago, con un riesgo de 10 a 20 veces mayor que el del no fumador (6-9). En el humo del cigarrillo se han encontrado más de 1200 sustancias, muchas de las cuales son posibles carcinógenos(7). Recientemente se ha señalado al humo del tabaco como causa de cáncer en no fumadores sanos. El Organismo de Protección del Medio Ambiente ha declarado que el humo del tabaco del medio ambiental o tabaquismo pasivo, constituye un carcinógeno definitivo para el ser humano, siendo directamente el responsable de 3000 fallecimientos por cáncer de pulmón cada año en los Estados Unidos de América (EUA) (7,10,11). Criado Álvarez JJ et al (12) reportaron que el 18% de las muertes en Castilla La Mancha se atribuían al tabaquismo, siendo el cáncer de pulmón la causa más frecuente de muerte que se relacionó con este hábito. El etanol no es un carcinógeno de acción directa, sin embargo, uno de sus metabolitos, el acetaldehído, puede actuar como promotor tumoral (6,13). El alcohol interactúa de manera sinérgica con el tabaco. El mecanismo de interacción parece estar dado a que carcinógenos del tabaco se solubilizan en el etanol o la inducción de enzimas hepáticas o gastrointestinales por el alcohol los cuales metabolizan y activan los carcinógenos del tabaco (14).

Pacella-Norman R et al (15) encontraron en su estudio una estrecha relación entre el tabaquismo y el alcoholismo con las EM. En nuestra investigación de los 110 pacientes fallecidos por EM, a 84 se les realizó necropsia (76.4%) Al analizar la causa directa de muerte según el protocolo de necropsia (tabla#2) observamos que la bronconeumonía (29.8%) ocupó el primer lugar seguida por la sepsis generalizada (20.2%).

Los pacientes con EM poseen cierto grado de inmunodeficiencia lo que los hace más propensos a las infecciones, esto se le ha atribuido a que los tumores o sus productos producen inmunosupresión, por ejemplo, el Factor Transformador del Crecimiento B (TGF – B) secretado en grandes cantidades por muchos tumores, es un inmunosupresor potente, además la quimioterapia y las radiaciones inhiben las respuestas inmunitarias del huésped (2).

Las EM que con mayor frecuencia metastatizaron fueron pulmón (37.5%) y colon-recto (16.7%). Los ganglios linfáticos e hígado fueron los órganos más metastatizados con el 25% y 16.7% respectivamente (tabla#3).

La incidencia de tumores metastásicos se ha incrementado debido en parte al aumento del período de supervivencia de las pacientes con cáncer, lo que incrementa el tiempo de exposición para las metástasis, siendo esta la causa más importante de mortalidad relacionada con el cáncer (16,17). Prácticamente todos los cánceres pueden metastatizar y aunque existen excepciones, aquellos más agresivos, de crecimiento rápido y de mayor tamaño tienen más posibilidades de hacerlo (2). Las metástasis pueden ocurrir por varias vías siendo la linfática la forma predominante en los carcinomas, lo que explica el por qué sean los ganglios linfáticos los órganos que con mayor frecuencia se metastatizan (2). En nuestro estudio el tipo histológico de EM que predominó fueron los carcinomas. Las lesiones metastásicas del hígado son mucho más frecuentes que las primarias(18). Aunque los tumores que con mayor frecuencia producen metástasis hepáticas son los originados en el tracto gastrointestinal, páncreas, pulmón, mama y piel, cualquier cáncer, con excepción de los cerebrales, puede metastatizarlo. Esto se ha explicado por el gran tamaño de este órgano, su sistema doble de irrigación y su intenso flujo sanguíneo.(19) La tabla#4 muestra que el tratamiento paliativo fue el más empleado (52.7%), este resultado se lo atribuimos a que el diagnóstico se realizó en estadios avanzados, donde otras modalidades terapéuticas no tienen indicación.

Alrededor del 30 % de los pacientes recién diagnosticados de un tumor sólido (excluidos de la piel que no sean melanomas) tienen ya metástasis en ese momento, siendo esta la causa de muerte en la mayoría de los pacientes con cáncer y no el tumor primario (2,17).

CONCLUSIONES

El hábito de fumar y el alcoholismo constituyeron los factores de riesgo más frecuentes. Las causas más frecuentes de muerte fueron la bronconeumonía y la sepsis generalizada. Los órganos que más metastatizaron fueron pulmón y colon-recto. Los sitios más frecuentes de metástasis fueron ganglios linfáticos e hígado. El tratamiento paliativo fue el más utilizado.

ABSTRACT

An observational, descriptive and retrospective study was developed to know the mortality due to malignant illnesses in the teaching Hospital "Roberto Rodríguez Fernández" in Morón during the period between 2000 to 2001. The more relevant results found smoking habit and alcoholism were the more frequent risk factors, brouchopneumonia and generalized sepsis were the more frequency cause of death, the organsmore metastatized were lung, colon-rectum, the more frequent places of metastasis were localized in limphatic ganglions and liver and paliative treatment was the more used.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Galana Urgellés R, Rodríguez Fernández Z, Caraus Prieto A. Cáncer de Colon. Seguimiento Posoperatorio. Rev Cubana Cir 1997; 36 (1): 59 – 63.
2. Cotran R S, Kumar V, Collins T. Patología Estructural y Funcional. Robbins. 6 ed. Madrid; Interamericanos; 1999.p.277-347.
3. Posada Fernández P, García Cabrera R, Jiménez Herrera O, Cossio Barrio A. Comportamiento probable de la mortalidad por eventos no transmisibles de salud. Rev MediCiego 2001; 7 (2): 28 – 35.
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Cáncer en Cuba 1997 – 1998. La Habana: Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología; 2001.p.9-41.
5. Díaz T M, Foxas M E, Arango M C. Factores etiopatogénicos y moleculares en la génesis del cáncer. Rev Cubana Oncol 1998; 14 (1): 42 – 50.
6. Kane AB, Kumar V. Enfermedades ambientales y nutricionales. En: Cotran RS, Kumar V, Collins T. Patología Estructural y Funcional. Robbins.6 ed. Madrid: Interamericanos;1999.p.425-83.
7. Omenn CS. Prevención del cáncer. En: Benett JC, Plum F. Cecil. Tratado de Medicina Interna 20 ed v 2. México: Interamericana; 1996. p. 1153 – 8.
8. Nilson S, Carstensen JM, Pershagen G. Mortality among male and female smokers in Sweden: a 33 year follow-up. Epidemiol Community Health 2001;55(11):825-30.
9. Hara M, Sobue T, Sasaki S, Trugane S. Smoking and risk of premature death among middle-aged Japaness:Ten year follow-up of the Japan Public Health Center-based prospective study on Jpn .J Cancer Res 2002; 93(1):6-14.
10. Gritz ER, Fiore MC, Henningfield JE. Tabaco y Cáncer. En: Murphy GP, Lawrence W, Lenhard RE. Oncología Clínica. Manual de la American Cancer Society.Washington 2 ed. American Cancer Society; 1996: p. 167-86.
11. Neuberger JS, Gesell TF. Residential radon expouse and lung cancer: risk nonsmokers. Health Phys 2002;83(1):1-18.
12. Criado Álvarez JJ, Marant Ginestar C, de Lucas Veguillas A. Mortality attributable to tabaco consumption in the years 1987 and 1997 in Castilla La Mancha, Spain. Rev Esp Salud Pública 2002; 76(1): 27-3.
13. Noda T, Imamichi H, Tanaka H, Kawata A, Hirano K, Ando T, et al. Cause-specific mortality risk among male alcoholics residing in the Osaka metropolitan area. Psychiatry Clin Neurosci 2001;55(5):465-72.
14. Benowitz NL. Tabaquismo. En: Benett J C, Plum F. Cecil. Tratado de Medicina Interna 20 ed v1. México: Interamericana; 1996. p. 40 – 4.
15. Pacella-Norman R, Urban MI, Sitas F, Carrasa H, Sur R, Hale M, et al. Risk factors for oesophagel lung, oral and laryngeal cancers in black South Africans. Br J Cancer 2002; 86(11):1751-6.
16. Lacerda Gallardo AJ, Estenoz Esquivel JC, Borroto Pacheco R. Metástasis cerebral. Estudio clínicoquirúrgico y anatomopatológico. Rev Cubana Cir 2000; 39 (2): 103-7.

17. Miller D M. Futuro de la Oncología. En: Benett J C, Plum F. Cecil. Tratado de Medicina Interna 20 ed v 2. México: Interamericana; 1996. p. 1231 – 38.
18. Crawford JM. Hígado y vías biliares. En: Cortran R S, Kumar V, Collins T. Patología Estructural y Funcional. Robbins. 6 ed. Madrid: Interamericanos; 1999 p. 881-940.
19. Chopra S. Hepatic Tumors. En: Stein JM, Hutton JJ, Kohler PO, O'Rourke RA, Reynolds HY, Samuels MA, et al. Internal Medicine.4 ed. St Louis: Mosby;1994.p.638-43.

ANEXOS

Tabla#1 Distribución de los fallecidos por Enfermedades Malignas según factores de riesgo y antecedentes familiares de cáncer. Hospital General Provincial Docente "Capitán Roberto Rodríguez Fernández" de Morón 2000-2001.

Factores de riesgo	No	%
Hábito de fumar	82	74.5
Alcoholismo	15	13.6
Antecedentes familiares de cáncer	7	6.3
Radiaciones	1	0.9
Infecciones	1	0.9

Fuente: Historias Clínicas.

Tabla#2. Distribución de los fallecidos por Enfermedades Malignas según causa directa de muerte.

Causa directa de muerte	N = 84	
	No	%
Bronconeumonía	25	29.8
Sepsis generalizada	17	20.2
Tromboembolismo pulmonar	15	17.9
Choque hipovolémico	11	13.1
Choque séptico	8	9.5
Infarto agudo del miocardio	5	5.9
Infarto cerebral	2	2.4
Insuficiencia hepática	1	1.2
Total	84	100.0

Fuente: Historias Clínicas y Protocolo de Necropsia.

Tabla#3. Distribución de los fallecidos por Enfermedades Malignas según metástasis y localización.

Localización del cáncer	Metástasis															
	Ganglios linfáticos		Hígado		Pulmón		Cerebral		Páncreas		Vejiga		Múltiples		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Pulmón	5	41.7	3	37.5	2	33.3	2	50.0	-	-	-	-	6	42.9	18	37.5
Colon-recto	2	16.7	2	25.0	1	16.7	-	-	1	50.0	-	-	2	14.3	8	16.7
Estómago	1	8.3	1	12.5	-	-	-	-	1	50.0	-	-	3	21.4	6	12.5
Laringe	2	16.7	-	-	1	16.7	1	25.0	-	-	-	-	-	-	4	8.3
Próstata	1	8.3	1	12.5	-	-	-	-	-	-	1	50.0	-	-	3	6.2

Ovario	1	8.3	1	12.5	-	-	-	-	-	-	1	50.0	-	-	3	6.2
Mama	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	14.3	2	4.2
Hígado	-	-	-	-	2	33.3	-	-	-	-	-	-	-	-	2	4.2
Útero	-	-	-	-	-	-	1	25.0	-	-	-	-	1	7.1	2	4.2
Total	12	25.0	8	16.7	6	12.5	4	8.3	2	4.2	2	4.2	14	29.1	48	100.0

Fuente: Historias Clínicas y Protocolo de Necropsia.

Tabla#4. Distribución de los fallecidos por Enfermedades Malignas según el tratamiento empleado.

Tratamiento	No	%
Quirúrgico	28	25.5
Quimioterapia	12	10.9
Radiaciones	2	1.8
Combinado	10	9.1
Paliativo	58	52.7
Total	110	100.0

Fuente: Historias Clínicas.