

## El risc de reincidència en tumors primaris múltiples

02/2011 - **Medicina i Salut.** La neoplàsia és la proliferació anormal de les cèl·lules d'un teixit, el que acaba generant tumors o malalties com la leucèmia. Els individus afectats per una primera neoplàsia maligna tenen un major risc de desenvolupar una segona. La present tesi doctoral analitza l'índex d'incidència de segones neoplàsies, conclouent que el risc de desenvolupar un càncer independent s'incrementa considerablement. Així, el seguiment posterior a una primera neoplàsia seria més efectiu considerant les segones neoplàsies més freqüents, en comptes de realitzar un seguiment focalitzat.

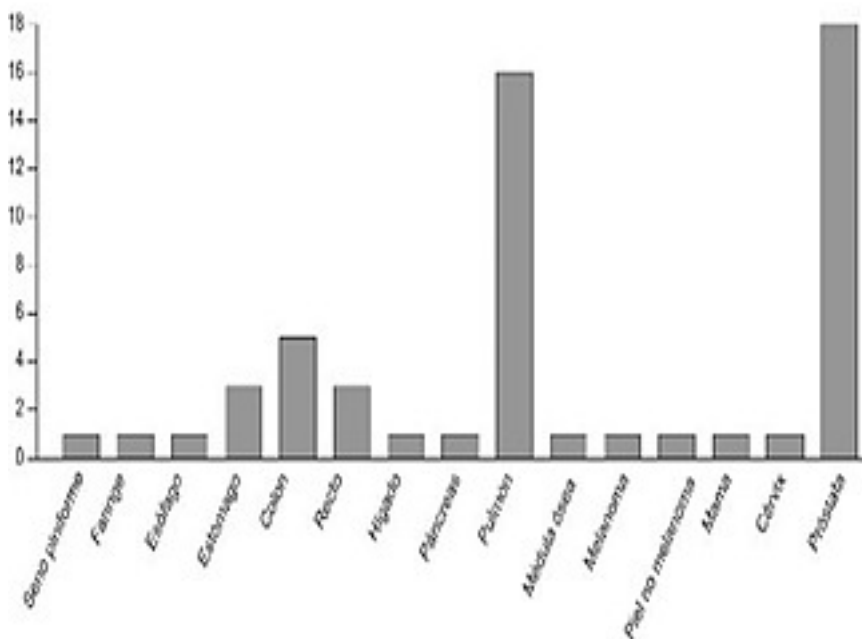


Figura.- Tipus i nombre de segones neoplàsies primàries.

Els tumors primaris múltiples es defineixen com la coexistència de més d'una neoplàsia primària en diferents òrgans, o coexistència de dues o més neoplàsies primàries de diferents tipus mòbils al mateix òrgan. Excloent totes les neoplàsies multifocals en el mateix òrgan (tumors de bufeta), les neoplàsies simultànies en el mateix òrgan o en òrgans parells (càncer de mama), neoplàsies asíncrones en el mateix òrgan o en òrgans parells (pòlips de còlon) i malaltia neoplàsica progressiva (carcinoma cervical in situ i, subsegüentment, carcinoma de cèrvix).

La literatura científica reflecteix que els individus que han desenvolupat una primera neoplàsia maligna tenen un risc major de desenvolupar una segona. La prevalença de dos o més tumors malignes primaris en un pacient s'ha incrementat en les últimes dècades i de manera significativa els tumors epitelials, especialment aquells relacionats amb el tabaquisme. La sustentació d'aquest raonament és que el primer tumor va ser causat probablement per agents o factors genètics, hormonals, iatrogènics, ambientals o immunològics, la majoria dels quals seguirien actuant en el moment de l'aparició de la segona neoplàsia. Segons Vainrib la incidència de tumors primaris múltiples és del 5-8%, el 31% més que el percentatge d'aparició de malignitat en la població general. El sistema genitourinari freqüentment està implicat, i els òrgans urològics són el lloc d'assentament d'almenys un dels tumors primaris en el 13,5% dels casos que presenten tumors malignes primaris múltiples. Això suggeriria una susceptibilitat/diana incrementada del sistema genitourinari per a la malaltia neoplàsica. Altres dades importants són que la freqüència dels tumors primaris múltiples és aproximadament del 3,6% i la incidència de càncer oscil·la al voltant del 0,32%, de manera que la possibilitat de desenvolupar una segona neoplàsia maligna primària seria més gran en una persona que ja hagués tingut un tumor primari.

Des del punt de vista urològic, i referenciats als pacients amb càncer d'uroteli no múscul-infiltrants (els que tenen en general una llarga supervivència), observem que els tumors malignes més comuns subsegüents són càncer de pròstata, càncer pulmonar, de còlon i d'estómac, seguits a una certa distància per càncer de laringe, de faringe, d'esòfag, de recte, de pàncrees, de fetge, de paratiroides i de pell (carcinoma basocel·lular), dades del Registre de Tumors de l'Hospital del Mar, període 1998-2005 (veure figura).

Més de la meitat dels pacients amb càncer de pulmó com a neoplàsia primària, la supervivència va ser major d'un any des del moment del diagnòstic, van desenvolupar el segon tumor primari durant aquest període de temps, i només uns pocs pacients (17,6%), els que van aconseguir la curació o remissió completa, van desenvolupar el segon tumor després de 5 anys.

Per contra, el càncer de pulmó com el segon tumor primari, seguint les neoplàsies primàries no pulmonars, i concretament en el cas de càncer d'uroteli no múscul-infiltrant, en un 40,1% de pacients, aquell es va desenvolupar després de 5 anys en el curs del seguiment de la malaltia. Aquesta disparitat s'explica perquè els pacients amb càncer de pulmó avançat no sobreviuen prou temps per desenvolupar un segon tumor primari de bufeta, llevat que l'interval sigui molt curt. No obstant això, els segons tumors primaris, incloent el càncer de bufeta, podrien ser detectats després d'un tractament exitós (resecció o quimioradioteràpia) de l'estadi primari, actualment gairebé de manera exclusiva només en casos de diagnòstic en estadi inicial.

El seguiment oncològic actualment és realitzat gairebé exclusivament en referència a l'aspecte de la recidiva locoregional o una metastasi a distància del càncer primari, i les segones malalties malignes primàries subsegüents esdevingudes durant el seguiment no s'han considerat, fins ara, rellevants en el seguiment clínic habitual. Però arran de l'anàlisi retrospectiva de la nostra cohort, les nostres pròpies dades demostren que aquest concepte de seguiment necessita ser revisat, ja que el risc de desenvolupar un càncer independent subsegüent després de patir un càncer de bufeta està incrementat considerablement. D'acord amb les nostres dades proposem que, durant el seguiment definit per a un diagnòstic precoç de càncers independents subsegüents després del càncer de bufeta primari, en comptes del seguiment rígid focalitzat només en el càncer urològic primari, s'haurien fer screenings de les segones neoplàsies freqüents, el que podria millorar significativament la supervivència d'aquests pacients.

S'ha de seguir amb l'educació constant d'abandonar el tabaquisme per a la prevenció de segones neoplàsies primàries amb la finalitat d'eliminar els factors causals persistents.

Marta Mireia Las Heras Alonso

Departament de Cirurgia

Hospital del Mar

"Incidencias de segundas neoplasias en los pacientes con carcinoma de vejiga no musculoinfiltrante. Implicaciones clinico asistenciales". Tesi doctoral defensada per Marta Mireia Las Heras Alonso, el 7 de juliol de 2010 a la Sala de Graus de la Unitat Docent de l'Hospital del Mar. Director: Antoni Gelabert Mas.