

## ❖ SEMIOLOGÍA DEL CÁNCER

Dr. Adalberto Rodríguez \*  
Prof. Dr. Nicolás Santos Romeo\*\*

\*Director Área Técnica

\*\* Autor invitado

### • INTRODUCCIÓN

En la situación actual, transcurridos más de 15 años del comienzo del siglo XXI, mientras la medicina dispone de una excelente tecnología para estudios diagnósticos y tratamientos realmente eficaces en muchas enfermedades, nos enfrentamos sin embargo a enorme contradicción que una asistencia de esa calidad nunca antes vista, es únicamente alcanzables para una minoría económica pudiente, mientras grandes masas de población no pueden disponer de la misma por su excesivo costo.

Al propio tiempo, el que pareció pilares del conocimiento médico actual, la *medicina basada en la evidencia*, se halla envuelta en una verdadera crisis tanto por sus principios metodológicos como por sus sesgos económico, que tampoco parece traducirse en mejora real en la calidad de la asistencia global.

En este contexto creemos que es útil recordar un antiguo principio de la medicina basado en la acumulación de las experiencias personales, registradas en libros, revistas y enseñanzas, por las generaciones de médicos que nos precedieron y que han sido practicables en todas las culturas que nos precedieron.

Precisamente proponemos revisar las posibilidades que la Semiología y la Clínica Médica nos pueda seguir brindando conocimientos útiles aplicables en la asistencia de pacientes de todas las categorías socio económicas, al menos en nuestra especialidad.

Comencemos por esbozar una definición de la palabra *cáncer*; termino vulgar impregnado de profundos sentimientos de temor.

Comprende un conjunto de más de un centenar y medio de enfermedades de duración variable y de progresión fatal sin adecuado tratamiento, que tienen como característica común la proliferación irrestricta de una estirpe celular, que induce neovascularización, invade los tejidos adyacentes y desarrolla colonias en órganos distantes, llamadas metástasis, por vía hemática y linfática, pudiendo producir también efectos metabólicos a distancia por actividad hormosimil de las células que lo forman.

### • IMPORTANCIA DE LA CLÍNICA EN LA ASISTENCIA ONCOLÓGICA

Desde que un equipo de clínicos se incorporó al Instituto a principios de la década del 60 del siglo pasado, fue haciéndose claro que el cáncer era una enfermedad general, no solo quirúrgica o radioterápica, sino que por sus diferentes histogénesis, múltiples cuados, variabilidad evolutiva, diseminación a todo el organismo, diferente respuesta a las terapéuticas y gran cantidad de complicaciones de variado origen, era imprescindible sensibilizar a los médicos en su diagnóstico, encuadre terapéutico y seguimiento.

Se incorporaron al quehacer médico varias obligaciones:

- a) Sospechar y diagnosticar las enfermedades neoplásicas ante los síntomas mínimos que permitan intervenir en etapas tempranas.
- b) Valorar la extensión de la enfermedad y programar la conducta terapéutica con el equipo de salud (*asistencia multidisciplinaria*).
- c) Tomar el control clínico prequirúrgico y radioterápico.
- d) Aplicar los tratamientos onco-específicos disponibles teniendo en cuenta el concepto de adecuarlos a indicaciones personalizadas.
- e) Tratar las complicaciones propias del progreso evolutivo de cada tipo tumoral y los eventos externos que se hacen evidentes por una condición clínica disminuida.
- f) Incorporar en el equipo asistencial a los especialistas que requieran las necesidades diagnósticas y terapéuticas.
- g) Orientar la rehabilitación y reincorporación social de los pacientes con evolución favorable.
- h) Controlar los síntomas cuando se ha llegado a los estadios avanzados.
- i) Mantener una adecuada relación médico paciente bajo todos los avatares evolutivos con la colaboración del equipo de Psiquiatras y Psicólogos experimentados en la salud mental de estos pacientes.
- j) Educar y orientar a los propios médicos y la comunidad sobre los factores carcinogénicos del entorno ecológico, para contribuir a la *prevención primaria*. Constituye una de las posibilidades más importantes, eficaces y baratas en la lucha contra el cáncer.
- k) Elaborar campañas para el diagnóstico en etapa preclínica, de tumores apropiados, incorporando la *prevención secundaria* en aquellos en que esta sea posible.

Un amplio conocimiento clínico de las enfermedades neoplásicas, sumado a los aportes fundamentales de las ciencias básicas, harán posible tomar ciertas medidas que permiten evitar, total o parcialmente, la aparición de muchas neoplasias.

Es posible llevar a cabo esta lucha médica de bajo costo, tal vez la más adecuada para nuestros países en vías de desarrollo, en tres frentes:

1º: **Prevención Primaria:** cuando el progresivo conocimiento de causas específicas, dentro de nuestro entorno ecológico, permite alertar contra las mismas y erradicarlas (ej.: el hábito de fumar, el contacto con productos cancerígenos), constituyendo un problema a ser resuelto por políticas educativas y sanitarias.

2º: **Prevención Secundaria:** cuando se pueden desarrollar métodos que mejoran el diagnóstico de algunas neoplasias en sus etapas preclínicas (ej.: técnicas de screening para cáncer de mama o colon), y son del resorte de *políticas sanitarias*.

3º: **Prevención Terciaria:** a través de alto nivel de sospecha del médico frente a síntomas clínicos tempranos, que podríamos llamar *síntomas conductores* del diagnóstico, y que no se deben pasar por alto sin un adecuado plan de estudios. Como depende de los conocimientos que se han adquirido en la carrera médica y, también, del nivel de educación sanitaria de la gente para concurrir a la consulta sin dilaciones, deben ser encarados por medio de la *educación de nivel universitario* y de las *campañas de extensión popular*. Es decir, *acciones de jurisdicción estatal*.

- **CLÍNICA SOSPECHOSA DE NEOPLASIAS**

**Síntomas conductores**

Entendiendo por tales a los que no deben ser pasados por alto, y si aclarados con su exhaustivo análisis semiológico, para la orientación clínica hacia un posible diagnóstico.

**SÍNTOMAS**

**PENSAR EN**

<b>Tos</b> persistente en el adulto <b>Expectoración</b> , aparición o cambios <b>Hemoptisis</b> <b>Dolor</b> apicotorácico <b>Osteoartropatías</b>	Ca de <b>pulmón</b>
<b>Lesión dolorosa o</b> <b>Úlcera de la boca</b>	Ca de <b>orofaringe</b>
<b>Afonía</b> persistente	Ca de <b>laringe</b>
<b>Atoro</b> al tragar <b>Disfagia</b>	Ca de <b>esófago</b>
<b>Plenitud</b> epigástrica <b>Epigastria</b> post prandial <b>Anorexia</b> selectiva	Ca de <b>estómago</b>
Cambios del <b>ritmo evacuatorio</b> Síndrome <b>subestructivo</b> <b>Proctorragia</b> <b>Anemia</b> crónica hipocrómica	Ca de <b>colon y recto</b>
<b>Epigastralgia</b> persistente Dolor epigástrico transfixtivo <b>Dispepsia</b> hiposténica <b>Ictericia</b> obstructiva	Ca de <b>páncreas o vías biliares</b>
<b>Nódulo mamario</b> <b>Prurito del pezón</b> <b>Galactorrea</b>	Ca de <b>mama</b>
<b>Aumento del diámetro</b> abdominal. <b>Sangrado</b> genital anormal <b>Flujo</b> persistente	Ca <b>ginecológico</b>
<b>Aumento del diámetro</b> abdominal. <b>Sangrado</b> genital anormal <b>Flujo</b> persistente <b>Hematuria</b>	Ca <b>Urológico</b>
<b>Lumbalgia</b> persistente <b>Disuria</b> , polaquiuria <b>Nódulo testicular</b> <b>Dolor</b> testicular	Ca de <b>testículo</b>

<b>Dolor óseo persistente</b>	<b>Mieloma</b>
<b>Anemia en ancianos</b>	
<b>Adenomegalias</b>	<b>Linfomas</b>
<b>Fiebre ondulante</b>	
<b>Sudoración nocturna</b>	
<b>Prurito inexplicable</b>	
<b>Faringitis recurrente</b>	<b>Leucemias</b>
<b>Púrpura</b>	
<b>Esplenomegalia</b>	

Ante la menor sospecha de síntomas o por pertenecer a grupos de riesgo, debe incluir necesariamente un meticuloso examen

- Observación de la piel y anexos. Facies, observación de las manos y osteoarticular.
- De las estructuras de la boca, fauces y laringe (con espéculo).
- De las fosas nasales (con espéculo).
- De los ojos (con oftalmoscopio).
- Estructuras del cuello y tiroides.
- Todo el sistema ganglionar linfático externo o al alcance de la exploración.
- Palpación de Mamas
- Semiología del tórax y abdomen, por visceromegalias, tumores, derrames.
- Genitales externos.
- Sistema nervioso: fenómenos focales o de lateralizaciones
- Tacto rectal: ano, recto, próstata o anexos.
- Tacto vaginal bimanual: cervix, cuerpo uterino, ovarios.
- LL) Colposcopia, P.A.P.
- O) Radiografías de tórax F. y P.
- P) Laboratorio básico.
- Q) Planificar estudios adecuados a los hallazgos.

### **Exámenes necesarios ante *Síntomas Conductores***

<b>Proctorragia</b>	<b>Colon por enema</b> <b>Anoscopia</b> Rectosigmoidoscopia y biopsia
<b>Hematuria</b>	Ecografías abdominal, renal y vesical Cistoscopia y biopsia
<b>Disfonía</b>	Laringoscopia y biopsia
<b>Pérdidas vaginales</b>	Ecografía pélvica

	Colposcopia Citología (PAP) y biopsia
<b>Aumento diámetro Abdominal</b>	<b>Ecografía abdominal pélvica</b>
	<b>TC abdomen y pelvis</b> <b>CA 125</b>
<b>Prostatismo</b>	Ecografía transrectal PSA

### ***Manifestaciones de generalización***

El hallazgo de algunos síntomas sea en la primera consulta de un padecimiento aún sin diagnóstico o en quien presenta una enfermedad maligna ya conocida, deben alertar sobre la presencia de una neoplasia avanzada o su generalización.

A esta categoría pertenecen:

- Anorexia - Adelgazamiento - Caquexia.
- Disnea progresiva permanente.
- Fracturas patológicas o dolor óseo no reconocible como reumático
- Ascitis - Derrame pleural y pericárdico - Edemas linfáticos
- Visceromegalias - Adenomegalias.
- Síndrome de masa ocupante encefálica.
- Síndrome de masa ocupante hepática.
- Síndrome mediastínico.
- Nódulos dermoepidérmicos.

### ***Datos generales que contribuyan a orientar el origen de la neoplasia***

Edad: Los niños suelen padecer leucemia, sarcoma óseo, tumor de Wilms.

Los jóvenes: cáncer de testículo.

Los ancianos: cáncer de próstata o de vulva.

Sexo: M pulmón (16,2%) - digestivo (14,2%)

F mama (18,3%) - digestivo (16,1%)

Anamnesis: los síntomas conductores,  
las señales de peligro,  
la pertenencia a grupos de riesgo

Factores *ecológicos* que rodean al paciente en un sentido amplio, sus trabajos, sus hábitos y su cultura:

Particularidades geográficas de su residencia, orientan hacia padecimientos de prevalencias regionales.  
El microclima que lo rodea y el de su lugar de trabajo que pueden ponerlo en contacto con elementos cancerígenos.  
Su ocupación específica, que conlleva enfermedades laborales.  
Hábitos propios, sociales y culturales (fumadores, contaminantes alimentarios).  
Factores hereditarios (síndromes típicos).  
Perteneencia a grupos de alto riesgo.

### ***LALCEC ha propuesto 7 señales de peligro para sospechar cáncer***

*Cambios en el hábito evacuatorio de los intestinos o la vejiga.*  
*Una llaga de piel o mucosa que no cicatriza.*  
*Pérdida anormal de sangre o de flujo.*  
*Dureza o abultamiento en el seno o en otras partes.*  
*Indigestión o dificultad al tragar.*  
*Cambios en una verruga o en un lunar.*  
*Tos o ronquera persistente.*

### **En nuestra experiencia debemos agregar, además**

Cualquier dolor persistente sin causa clara  
Síndrome febril prolongado  
Síndromes clínico posible de ser considerado como una paraneoplasia:  
“acantosis nigricans”, “s. de Cushing”, “flebitis migratoria”, “miastenia”,  
“dermatomiositis”, “acropaquias”, “ginecomastia” y otras

### **• NEOPLASIAS SUSCEPTIBLES DE SCREENING**

#### ***Para población mayor de 35 años***

**Ca. Mama:** palpación, mamografía

**Ca. Cervix:** colposcopia y PAP

**Ca. Colon:** sangre oculta en materia fecal

**Melanoma M:** cambios de color, superficie, eritema, prurito o sangrado de un nevo pigmentario

**Epiteliomas de piel:** nodulaciones o úlceras persistentes

#### ***Para población M. mayor de 50 años***

**Ca. Próstata:** tacto rectal, PSA

**Para población F.** con antecedentes personales o familiares de cáncer (mama, ovario, endometrio o colon)

**Mama:** palpación, mamografía, ecografía

**Ovario:** tacto vaginal bimanual, rectal, ecografía pelviana y transvaginal, CA 125

**Endometrio:** Sangrado o flujo vaginal, colposcopia, ecografía transvaginal y endometrial, raspado endometrial

**Colon:** sangre oculta en materia fecal, colonoscopia periódica

### **Grupos a considerar como de alto riesgo**

Se pueden agrupar a las poblaciones asistidas en grupos con peligro, mayor que la media general, para adquirir una neoplasia dada:

### **Cáncer de mama**

- Historia personal de carcinomas en mama, endometrio, ovario, colon (s. de Lynch II) y melanoma (carcinomas hormono relacionados)
- Historia familiar de los mismos tumores (S.de Fraumeni)
- Nulíparas o primíparas añosas > de 25 años
- Menopausia tardía > de 50 años.
- Uso prolongado de anticonceptivos o estrógenos.
- Displasia mamaria severa
- Obesidad (relacionada con alteraciones en el metabolismo del colesterol) Mamografías con microcalcificaciones agrupadas anárquicas, nódulo dominante o espiculado.
- Laboratorio: modificaciones características del genoma

### **Cáncer de endometrio y ovario**

- Postmenopáusicas.
- Esterilidad femenina.
- Historia familiar o personal de carcinomas hormono relacionados (mama, endometrio, ovario, colon).
- Obesidad.
- Síndrome de diabetes, hirsutismo e hipertensión.
- Uso de anticonceptivos o estrógenos.
- Desórdenes menstruales premenopáusicos.

### **Cáncer de pulmón**

- Fumadores activos o pasivos > de 40 años
- Habitantes de ciudades industriales
- Trabajadores de la piedra, asbesto, mineros
- Pacientes con manifestaciones paraneoplásicas

### **Cáncer de esófago**

- Fumadores, alcohólicos
- Factores alimentarios (regionales, culturales)
- Sospecha de Ingestión de alimentos calientes
- Enfermedad de Payet
- Esclerodermia

- Estenosis cáusticas.

### **Cáncer de estómago**

- Procedencia geográfica: sudeste asiático, Japón, Finlandia, Islandia o Chile
- Antecedentes familiares.
- Laboratorio: anemia perniciosa, anaclorhidria
- Gastrofibroscopía: poliposis gástrica

### **Cáncer de colon y recto**

- Poliposis familiares genéticas,
- Poliposis de Peutz Jeghers y de Gardner.
- Pólipo adenomatoso (esporádico)
- Adenoma vellosos.
- Colitis ulcerosa prolongada > de 10 años.
- Factores alimentarios relacionados con la vida urbana (falta de fibras, exceso de grasas).
- Leucoplasia o enf de Bowen anal.
- Cambios en el hábito de evacuación intestinal.
- Estreñimiento en mayores de 40 años.
- Laboratorio: Sangre en materia fecal. Anemia crónica ferropénica.

### **Cáncer de páncreas, hígado y vías biliares**

- Antecedentes de padecimientos vesiculares.
- Factores alimentarios regionales: aflatoxina (contaminante fúngico alimentario en África ecuatorial).
- Cirrosis por hepatitis B y C
- Sospecha también de contacto laboral con el monovinilo.
- Laboratorio: hemocromatosis, parasitosis de vías biliares por *fasciola hepática*.

### **Cáncer de riñón, vías urinarias y vejiga**

- Fumadores inveterados.
- Factores alimentarios regionales: ocratoxina contaminante fúngico del maíz, cuenca danubiana (nefropatía balcánica).
- Papilomatosis piel, uréter, vesical.
- Contactos laborales con anilinas.
- Laboratorio: Parasitosis por *Eschistosoma gambiense*.

### **Tumores óseos**

- Exposición a radiaciones X.
- Enfermedad de Paget.
- Displasia fibrosa. Osteocondromas. Osteoblastomas.

### **Cáncer de tiroides**

- Antecedente de irradiación del cuello.
- Antecedentes personales o familiares de: Tumores Endocrinos Múltiples

### **Epiteliomas dérmicos y melanomas**

- Pacientes de piel clara que por trabajo, hábito o hábitat han tenido exposición solar intensa y repetida, exposición a radiaciones ionizantes.
- Presencia de nevos displásicos
- Dermopatías disqueratósicas
- Xeroderma pigmentoso
- Ataxia telangiectasia
- Síndrome de Bloom

### **BIBLIOGRAFÍA**

Material de cursos para pre y post grado desarrollados en la Unidad de Docencia Hospitalaria del Instituto de Oncología "Angel H. Roffo".

[www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/default.aspx#detection](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.aspx#detection).