CASO CLINICO

Tumores de origen desconocido

Dres. Carlos Doassans¹, Alfredo Abelleira², Carlos Pressa³

Resumen

La vivencia de dificultades diagnósticas y terapéuticas, reiteradas ante pacientes con historia clínica similar a la presentada; llevó a los autores a la revisión del tema y su estado actual.

Palabras clave: Neoplasmas. Neoplasmas primarios desconocidos. Metástasis. Cuello

Summary

The experience of diagnostic and therapeutic difficulties reiterated in conjunction with patients exhibiting a clinical history similar to that reported formerly; this situation led the authors to undertake the revision of the topic and its current status.

Introducción

Se define como tumores de origen desconocido (TOD) a aquel cuyo diagnóstico de sitio primitivo o tipo celular es desconocido al momento de decidir su terapéutica.

Constituye la octava causa de diagnóstico entre tumores malignos de varias series publicadas. Su topografía cervical y supraclavicular suman los 2/3 de todos los T.O.D.

Frecuentemente el primitivo no se halla; esto es cierto en más de la mitad de los casos, aunque en algunas presentaciones el diagnóstico definitivo es más frecuente que para otros.

La estrategia a seguir, es la búsqueda de tumores tratables. La presentación clínica, esto es el sitio de la metástasis y el tipo celular, determinan la aproximación diagnóstica y por ende el tratamiento más útil.

Si es tratable, su curación o el control de la enfer-

medad mejoran la sobrevida. Esta es pobre, aproximadamente 10% a los 5 años.

Historia clínica

I.B. 68 años, jubilada, procedente de Montevideo. Marzo de 1988 – Paciente de 68 años, con antecedentes patológicos de recambio valvular mitral en 1994, insuficiente cardíaca medicada y controlada; que ingresa al Hospital de Clínicas para completar evaluación diagnóstica e iniciar terapéutica de tumoración lateral de cuello.

Al examen: buen estado general. Piel y mucosas: normocoloreadas.

A nivel cervical: tumoración carotídea alta derecha, que aparece hace cuatro meses y crece hasta las dimensiones actuales; de límites netos de aproximadamente seis centímetros de diámetro, redondeada, superficie lisa, consistencia en zonas pétreas y en otras firme-elástica, indolora; la piel en áreas con discreto rubor, desliza sobre la misma. Movilidad disminuida referida a la profundidad, donde hacia atrás se pierde por debajo del músculo esternocleidomastoideo y hacia adelante emerge en la topografía subángulo-maxilar.

Cronología diagnóstica

Enero de 1988 – Primera consulta por tumoración látero-cervical. Se interpreta como adenopatía inflamatoria en policlínica quirúrgica, y se medica con antibióticos.

Marzo de 1988 – Ante persistencia de la tumoración, consulta nuevamente en policlínica quirúrgica. Se inicia estudio: examen otorrinolaringológico (ORL) completo y cito-punción de adenopatía.

Marzo de 1988 – Citología: se observan células atípicas aisladas, que impresionan como correspondientes a un carcinoma epidermoide.

Estudio O.R.L.: sin evidencias de primitivo.

Ingresa.

Radiografía de cuello sin evidencias de tumor primitivo.

Radiografía de tórax sin evidencias de tumor primitivo.

Clínica Quirúrgica «B»
Prof. Dr. U. Larre Borges
Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 15 de junio de 1988

1. Jefe de Clínica Quirúrgica «B»
2. Residente de Cirugía del Hospital de Clínicas
3. Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica «B»

Correspondencia: Dr. C. Doassans, Luis Piera 1807 (11) CP 11200 Montevideo.

Radiografía de senos faciales sin evidencias de tumor primitivo.

Nuevo examen otorrinolaringológico: sin particularidades.

Marzo de 1988 – Ateneo conjunto clínicas Quirúrgica, Oncológica, Otorrinolaringológica y Anatomía Patológica. Se decide:

- a) resección biópsica a efectos de obtener mayor detalle de factores histopatológicos de utilidad diagnóstica y terapéutica;
- b) en virtud de lo precedente, abandono de búsqueda de primitivo y tratamiento del cáncer cervical como si fuese el primario.

Marzo de 1988 – Exámenes de valoración general, en especial el hemograma, dentro de valores normales. Se opera: resección de masa tumoral casi total de probable origen adenopático.

Abril–Mayo de 1988 – Radioterapia complementaria, realizándose 6.000 rads en 13 sesiones, sobre zona de asiento tumoral. Ambulatoria.

Junio–Julio de 1988 – Mejoría física, no reaparición tumoral. Mejoría subjetiva.

Agosto de 1988 – Control en policlínica oncológica, en las mismas condiciones y con buena respuesta al tratamiento ya efectuado. No evidencia clínica de primitivo desconocido.

Consideraciones generales

La metástasis cervical de un cáncer primitivo oculto, se incluye actualmente, en un gran capítulo, de la oncología denominado «Tumores de origen desconocido»⁽¹⁻⁸⁾.

Catalogar a un tumor como tal, ha surgido de distintas concepciones de razonamiento que incluyen anamnesis, examen físico rutinario, y una serie de exámenes paraclínicos, variable, y que ha demostrado en la práctica ser inconsistente en identificar la presunta topografía cancerosa inicial⁽⁹⁾. Ello ha conducido a la presentación de casos clínicos que frecuentemente no se ajustan a la definición de estos tumores⁽¹⁰⁾.

Se acepta y define como de origen desconocido, a aquellos tumores en los cuales el sitio o la célula de origen es desconocido en el momento en que se debe encarar una decisión terapéutica. Incluye así mismo los que no serán tratados.

La bibliografía nacional consultada, demuestra la presentación de casos aislados en distintas especialidades (cirugía, otorrinolaringología, oncología, anatomía patológica, etc.). Se distingue un estudio retrospectivo del Instituto de Oncología sobre 122 casos^(11,12).

A nivel internacional, dos trabajos resaltan por la correspondencia diagnóstica a la definición – enunciada y el número estadísticamente significativo de casos presentada^(7,13). El trabajo realizado por Kre-

mentz en el Hospital de Caridad de New Orleans sobre 1.290 pacientes, constituye al día de hoy la mayor experiencia acumulada y referencia ineludible en la consideración del tema.

Aproximación diagnóstica

Existe un número de cánceres que pueden ser curados o tratados y controlados, en forma paliativa a pesar que el cáncer sea metastásico.

Asimismo, si la célula original es desconocida, la historia natural del tumor y la respuesta al tratamiento, no puede predecirse. Por lo cual, la cirugía, o quimioterapia, o radioterapia, u hormonoterapia o todas en la faz inicial del tratamiento, frecuentemente conduzca a fracasos terapéuticos⁽¹⁴⁾.

Surge entonces la necesidad de una aproximación diagnóstica en procura de identificar cánceres tratables. Ambos aspectos de los T.O.D., constituyen el tema que centra el presente trabajo.

Los T.O.D., constituyen 3% de cánceres en estadísticas globales, llegando en las mejores series a 10%, constituyendo el octavo cáncer más común en ser diagnosticado^(4,7,11).

La sobrevida de los portadores de T.O.D., no es buena. La sobrevida media es de aproximadamente cuatro meses; 20% vivos a los 24 meses y sólo 10% viven más de cinco años^(8,15).

Se presentan como diferentes entidades, cada una con un modelo propio, de expresión, historia natural y respuesta terapéutica. Son comúnmente diferenciados por su tipo histológico; 45% adenocarcinoma, 12% cáncer epidermoide; indiferenciados 37% y el resto una miscelánea que incluye linfomas y melanomas⁽⁷⁾.

Si bien esta clasificación es útil, es guía muy importante la forma de presentación clínica de un T.O.D. en la orientación diagnóstica.

Estas formas de presentación son: nódulos linfáticos 31%, metástasis hepáticas 20%, hueso 16%, pulmón 12%, cerebro 10% y piel 7%.

Las adenopatías cervicales y supraclaviculares sumadas son expresión de 25% de todos los T.O.D., y constituyen un frecuente dilema terapéutico en servicios de cirugía general; preocupación y desasosiego en el cirujano que debe guiar los estudios paraclínicos iniciales.

Tendiente a la aproximación diagnóstica, la ayuda del patólogo reviste especial interés en la determinación de la biopsia adecuada que incluirá el tejido fresco, a fin de utilizar técnicas especiales, y el tejido fijado que redundará en precisar el grado de diferenciación celular. A menor diferenciación las técnicas especiales, histológicas, histoquímicas, inmunohistoquímicas, genéticas, microscopía electrónica, etc., adquieren prevalencia en lograr un acercamiento diagnóstico⁽¹⁶⁻²¹⁾.

Sabemos hoy reconocer tumores por presentar estructuras citoplasmáticas que les identifican (tumor de células germinales, melanoma, algunos adenocarcinomas).

Los marcadores biológicos tumorales, oncoantígenos, han sido asociados con la comprobación de ciertos tipos de cánceres. Su baja especificidad ha llevado a corroborar su anormalidad con el contexto clínico y paraclínico del paciente.

Adenopatías cervicales

En esta topografía expresamente se excluyen las supraclaviculares por su distinta significación patológica y pronóstica.

Habitualmente, estos tumores se presentan como adenopatías de consistencia firme, unilaterales y solitarias ^(2,11,22). Miden cinco centímetros o más, ocurren tanto a derecha como a izquierda y es frecuente que el paciente demore varios meses la consulta (más de dos meses en la historia que nos ocupa). Si por el contrario, la tumoración se presenta como una masa uni o multinodular, blanda-elástica, en pacientes jóvenes, la posibilidad de un linfoma es más cierta.

Los hombres son más afectados que las mujeres, y quizás la explicación se halla en el abuso de alcohol y tabaco por aquellos.

La histopatología dominante corresponde al carcinoma de células escamosas (53%), en segundo lugar el carcinoma indiferenciado (26%). Los adenocarcinomas (11%) son aún menos frecuentes cuando se les resta aquellos en que se demuestra su origen tiroideo. En cuarto lugar de presentación en esta topografía se hallan los linfomas.

Hemos aprendido que ante una adenopatía potencialmente maligna cervical, el estudio completo O.R.L. debe preceder a la biopsia. Así una adenopatía con las características señaladas, tiene una metástasis de un cáncer de cabeza y cuello en más de la mitad de los casos ⁽⁷⁾.

Variadas maniobras, como endoscopia de conducto nasal, orofaringe, esófago cervical, tráquea; toma biopsica amigdalina y cavun a «ciegas» y tomografía computada se han ensayado en busca de un primitivo oculto. Actualmente se aconseja estudio contemporáneo O.R.L. y biopsia con aguja fina. El primero podrá o no encontrar el primitivo. La citología frecuentemente muestra rasgos típicos del epidermoide o del cáncer indiferenciado. Si la citología fuese insuficiente o no diagnóstica; correspondería la realización de biopsia quirúrgica suficiente para la más amplia caracterización tumoral que incluye tejido fresco y formolizado para estudio por inclusión.

Determinado el T.O.D. de células escamosas,

metastático en adenopatías cervical, debe ser tratado como tal, esto es por su topografía e histopatología. El primitivo de cabeza y cuello nunca fue determinado en 75% de los pacientes. Cuando lo fue, se halló en, nasofaringe, orofaringe y laringe con mayor frecuencia.

Cuando el nódulo cervical es metastático de un cáncer indiferenciado, el primitivo habitualmente no es localizado y cuando lo es, la disparidad de órganos (estómago, pulmón, ovario, amígdalas, etc.) y la heterogeneidad de estos tumores, los hacen de difícil respuesta terapéutica ^(8,13,21).

Los adenocarcinomas representan un bajo porcentaje de T.O.D. a topografía adenopática cervical. Ocurre que a diferencia de otras localizaciones, aquí frecuentemente se halla el primitivo y deja de ser un T.O.D. En aproximadamente 45% de los pacientes el primitivo es la glándula tiroides; en 35% el colon, estómago o páncreas; y menos frecuentemente la mama o la próstata constituyen el asiento original. Tan solo en 5% de los pacientes el primitivo se aloja en órganos de cabeza y cuello, exceptuando tiroides ⁽⁷⁾.

Adenopatías supraclaviculares

Representan como dijimos 9% de todos los T.O.D. Se hallan distribuidos en: adenocarcinomas 39%, indiferenciados 35% y epidermoide 26%.

Aproximadamente los 2/3 de los adenocarcinomas se originan en cuatro sitios: pulmón, mama, estómago y próstata.

Clásicamente admite la predominancia del lado izquierdo (conglomerado de Virchow-Troissier), se ha demostrado estadísticamente que esto es solo parcialmente cierto; 55% a izquierda y 45% a derecha.

Los cánceres indiferenciados a topografía supraclavicular, corresponden mayoritariamente a cáncer oculto de pulmón.

Otras adenopatías metastáticas

La escasa incidencia de los nódulos axilares en los T.O.D. y las implicancias diagnósticas y terapéuticas, que con el cáncer de mama conllevan, hacen que no tratemos en el presente trabajo sus aspectos característicos ^(13,22).

Las infrecuentes topografías inguinales de T.O.D., hacen innecesaria su consideración específica ^(7,15).