

PROPEDÉUTICA MÉDICA DEL ENFERMO CON CÁNCER

Noé Contreras González / Efraín A. Medina Villaseñor

El estudio clínico del enfermo con cáncer es fundamental para establecer el diagnóstico presuntivo y anatomotopográfico que orientarán la solicitud de estudios paraclínicos específicos, necesarios para precisar el diagnóstico histopatológico de la neoplasia. Por tal motivo, es necesario que el médico de primer contacto del enfermo, sea éste médico general o especialista, piense que el enfermo puede ser portador de un problema de cáncer, a partir de la semiología de las manifestaciones clínicas y la correlación con sus antecedentes para, en su caso, solicitar los estudios paraclínicos pertinentes, o bien, derivar al enfermo con un oncólogo quien lo conducirá por el proceso de diagnóstico preciso y manejo terapéutico específico y oportuno.

Así, al facilitar el proceso de razonamiento para el diagnóstico de un enfermo con cáncer, es conveniente abordar su descripción clínica tomando en cuenta los elementos de la entrevista clínica, como son algunos datos de identificación, los síntomas más sobresalientes y los antecedentes relacionados, así como las manifestaciones identificables mediante la exploración física.

ENTREVISTA CLÍNICA

Identificación

Algunos datos de identificación útiles son la edad y el género. Dos terceras partes de los casos de

cáncer ocurren en personas mayores de 65 años. La incidencia de cáncer aumenta a la tercera, cuarta o quinta potencia de la edad en diferentes lugares. Por tanto, la probabilidad de que una persona padezca cáncer es dependiente de la edad. Para el intervalo entre el nacimiento y los 39 años de edad uno de cada 70 varones y una de cada 50 mujeres padecerán cáncer; para el intervalo entre 40 y 59 años, uno de cada 12 varones y una de cada 11 mujeres; y para el intervalo entre 60 y 79 años, uno de cada tres varones y una de cada 5 mujeres. Lo anterior, se debe a que con el aumento de la edad disminuye la capacidad del sistema inmune para captar y destruir células mutantes que se convierten en cancerosas. Si el enfermo es un varón, es más probable que sea afectado de cáncer de próstata, pulmón y bronquios o colon y recto; si es una mujer, es más probable que sea afectada de cáncer de mama, cáncer cervicouterino, pulmón y bronquios o colon y recto, también.

Síntomas

El cáncer en sus diversas variedades, inicialmente es asintomático, de tal manera que cuando presenta manifestaciones clínicas ya tiene tiempo en su evolución.

No existen signos clínicos típicos de cáncer; sus manifestaciones son consecuencia de la localización y volumen del tumor primario, metás-

tasis o efectos de sustancias producidas por la malformación que modifican la función de órganos distantes (síndromes paraneoplásicos).

Las manifestaciones del cáncer localizado no son distintas de las que evidencian las enfermedades benignas; es por ello que este trastorno debe figurar en el diagnóstico diferencial de cualquier afección, aunque parezca inocua.

Los principales síntomas generales de los que se queja un enfermo con cáncer avanzado son los siguientes: la hiporexia, que se relaciona con el descontrol central del apetito producido por las citocinas inducidas por el tumor y por el organismo en respuesta al primero, como el factor de necrosis tumoral (TNF) y la Interleucina-1; la debilidad muscular generalizada consecuencia de la catabolia muscular, por lo que en enfermo con cáncer se fatiga fácilmente.

Existen otros síntomas regionales en el enfermo con neoplasia, como la aparición de una lesión cutánea ulcerada que no cicatriza o una tumoración en alguna región corporal. La cefalalgia holocraneal, persistente y que va en aumento, acompañada de visión borrosa y vómito, debidas a la obstrucción en la circulación del líquido cefalorraquídeo, que se presenta en neoplasias intracraneales como el macroadenoma hipofisario, los meningiomas y los astrocitomas. La disfagia progresiva, inicialmente para sólidos y luego para semisólidos y líquidos orienta a pensar en cáncer del esófago. La tos seca, persistente, que se acompaña de disnea y dolor torácico, que posteriormente pasa a ser tos productiva de esputo hemoptoico o franca hemoptisis, se presenta en el carcinoma broncogénico. El dolor abdominal es una manifestación clínica de cáncer avanzado del hígado y del páncreas o de alguna otra tumoración intraabdominal o pélvica. La hematoquecia persistente, acompañada o no de dolor abdominal tipo cólico, hará pensar en cáncer del colon y recto. Investigar cambios en el hábito intestinal, estreñimiento en cáncer colorrectal o cáncer de ovario. La dificultad para iniciar la micción en un varón anciano, acompañada de disminución del calibre y fuerza del chorro, que persisten, harán

pensar en crecimiento prostático, pudiendo tratarse de carcinoma. La hematuria se puede encontrar en neoplasias de riñón, vejiga, próstata. En la mujer que presenta hemorragia transvaginal anormal o sangrado postcoital, leucorrea persistente debe investigarse carcinoma cervicouterino; sangrado genital anormal en la posmenopáusica se debe sospechar cáncer de endometrio.

Antecedentes

Los antecedentes son factores de riesgo a los que el enfermo de cáncer ha estado expuesto para enfermar.

- Existe una predisposición genética al cáncer, por lo que en los antecedentes heredo-familiares indagaremos si el enfermo ha tenido abuelos, padres o tíos con cáncer de pulmón, mama, colon, ovario, próstata o piel, que son los cánceres con más riesgo de herencia.
- Dentro de los antecedentes personales no patológicos tenemos que la exposición prolongada a la radiación solar se relaciona con cáncer de piel.

El fumar cigarrillos por tiempo prolongado se asocia fuertemente con cáncer de pulmón, del colon, páncreas, vejiga, entre otros.

El alcohol y el tabaco son los agentes etiológicos más importantes para cáncer de cabeza y cuello, esófago y se ha implicado en cáncer de páncreas.

La alimentación baja en fibra y rica en grasas se relaciona con cáncer del colon; dieta alta en grasa para cáncer de mama, ovario; la dieta con deficiencia de vitaminas A,C, se relaciona con cáncer de pulmón, cervicouterino, estómago; el consumo de alimentos ahumados o salados o con gran contenido de nitritos se relaciona con mayor probabilidad de sufrir cáncer gástrico y de esófago. La ingesta excesiva de edulcorantes artificiales (sacarina, aspartame, etc) se han referido como factor de riesgo para cáncer de vejiga.

Es importante conocer el nivel socioeconómico y cultural del enfermo, pues nos orienta sobre el nivel del lenguaje a utilizar en la comunicación, conocer el acceso a los servicios de salud que tiene para planear las estrategias de diagnóstico y tratamiento.

Investigar la exposición a agentes ambientales y ocupacionales de la industria mobiliaria, textil y peletera que son factores de riesgo para neoplasias de cavidad nasal y senos paranasales, tumores de las glándulas salivales, cáncer de riñón, vejiga. La exposición al asbesto tiene una relación causal reconocida con el mesotelioma.

- En los antecedentes personales patológicos tenemos que la inmunosupresión se relaciona con la aparición de cáncer.

La administración de estrógenos como terapia sustitutiva en las mujeres se relaciona con carcinoma mamario, carcinoma hepático y Meningiomas.

La poliposis del colon y la enfermedad inflamatoria del colon se relaciona con cáncer de este órgano.

La hepatitis viral tipo B y C se asocia con carcinoma hepatocelular; la infección por *Helicobacter pylori* se relaciona con adenocarcinomas y linfomas gástricos; la infección crónica con *Salmonella typhi* como factor de riesgo para cáncer de la vía biliar; la infección por virus del papiloma humano en la mujer se asocia fuertemente con el carcinoma cervicouterino y en cáncer de cabeza-cuello en ambos sexos.

Investigar las enfermedades crónicas como cirrosis biliar primaria como factor de riesgo para cáncer primario de hígado; obesidad para cáncer de mama y endometrio; diabetes mellitus para cáncer de endometrio. En pacientes con insuficiencia renal crónica se ha observado una mayor frecuencia de cáncer renal.

La exposición a radiaciones se relaciona con cáncer de tiroides, de glándulas saliva-

les, sarcomas, cáncer de pulmón, páncreas, endometrio,

La criptorquidea es un antecedente para cáncer testicular.

Existen antecedentes Gineco-obstétricos relacionados con el cáncer de mama: menarca temprana, menopausia tardía, ciclos menstruales de corta duración, nuliparidad, edad de primera gestación tardía, ausencia de embarazo, no lactancia.

Existen factores de riesgo relacionados con mayor riesgo de cáncer cervicouterino: inicio de actividad sexual a temprana edad, múltiples compañeros sexuales, mujeres cuya pareja actual se relacionó con portadores de cáncer cervicouterino, infección por el virus del papiloma humano (HPV).

- Finalmente, el interrogatorio por aparatos y sistemas puede orientar por los síntomas precoces de enfermedad metastásica.

EXPLORACIÓN FÍSICA

La exploración física comprende una parte general, integrada por la inspección general, la somatometría y los signos vitales; y una parte regional o específica donde se aplican las técnicas de inspección, palpación, auscultación y percusión.

Desde la parte general de la exploración física se valora la repercusión sistémica del cáncer; así, el enfermo con cáncer se aprecia de edad aparente mayor a la cronológica, con facies neoplásica (de rasgos afilados, pálida y triste) (Fig. 1-1), adelgazado, asténico e hipodinámico. La pérdida de peso es progresiva y llega a ser importante, dependiendo del tiempo de evolución de la enfermedad. En un enfermo con cáncer avanzado, en los signos vitales se puede apreciar hipotensión arterial discreta a pesar de la taquicardia que está dada por la anemia intercurrente.

La exploración física regional estará orientada por los síntomas que proporcionó el enfermo en la entrevista. Así, un enfermo con una lesión cutánea ulcerada que no cicatriza (Fig. 1-2) o un nódulo pigmentado de crecimiento rápido que se



Figura 1-1. Facies Neoplásica.



Figura 1-4. Cáncer de Fosas Nasales.



Figura 1-2. Cáncer de piel, lesión ulcerada.

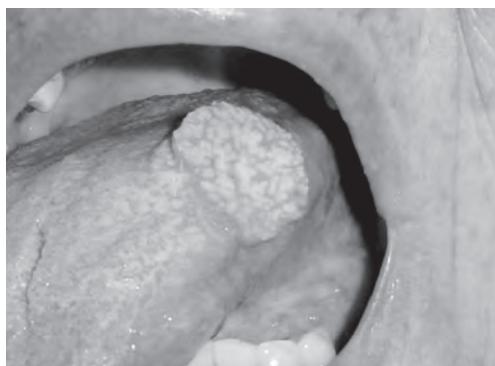


Figura 1-5. Cáncer de Cavidad Oral.



Fig. 1-3 Cáncer de Piel. Lesión nodular.

ulcera, ubicado en la piel, especialmente en la cara, orienta a pensar en cáncer de piel (Fig. 1-3). Un enfermo con cefalalgia y visión borrosa, habrá que explorarle el fondo de ojo, las funciones visuales y la campimetría visual donde podremos encontrar edema de la papila óptica y hemianopsia bitemporal que nos orienta a una neoplasia intracraneal. Explorar fosas nasales (Fig 1-4), cavidad oral (Fig. 1-5), determinar si existe una lesión ulcerada o tumoración. En cuello determinar adenopatías, o tumor dependiendo de las glándulas submaxilares, tiroides (Fig. 1-6), parótida (Fig. 1-7, Fig. 1-8). Un enfermo con tos seca y persistente acompañada de disnea, al explorarle el tórax nos permite identificar hipomovilidad,



Figura 1-6. Cáncer de Orofaringe con metástasis a cuello.



Figura 1-8. Cáncer de Tiroides



Figura 1-7. Cáncer de Parótida. Parálisis facial.



Figura 1-9. Cáncer de Mama. Tumor Palpable.

vibraciones vocales aumentadas, pectoriloquia y matidez, lo que nos permite identificar un síndrome de condensación pulmonar y pensar en una neoplasia broncopulmonar. La palpación de una tumoración en el cuadrante supero-lateral de la mama de una mujer, orienta a pensar en carcinoma mamario (Fig. 1-9). El enfermo que se queja de dolor abdominal, a la exploración física puede presentar hepatomegalia o una masa tumoral intestinal que orienta a pensar en carcinoma hepático, gástrico o del colon (Fig. 1-10) En un mujer con tumor en la pelvis o anexo, realizar tacto vaginal, bimanual e incluso tacto rectal para evaluar las características de la neoplasia. En un enfermo con manifestaciones de obstrucción urinaria, hay

que realizar palpación de la próstata mediante tacto rectal; una próstata crecida, indurada y de bordes irregulares orienta a pensar en carcinoma prostático. Una mujer con sangrado postcoital debe ser explorada mediante espejo vaginal, pudiendo observar el cuello uterino con aspecto de coliflor con ulceración, lo que orienta a pensar en carcinoma cervicouterino (Fig. 1-11).

Evaluar las extremidades en busca de lesiones pigmentadas, ulceradas, tumoración en piel, partes blandas o hueso (Fig. 1-12).

Finalmente, en todo enfermo en quien se sospecha una neoplasia maligna, debe buscarse linfadenopatía regional en cuello, axila, ingle.



Figura 1-10. Tumor Abdominal.



Figura 1-12 Melanoma en pie.

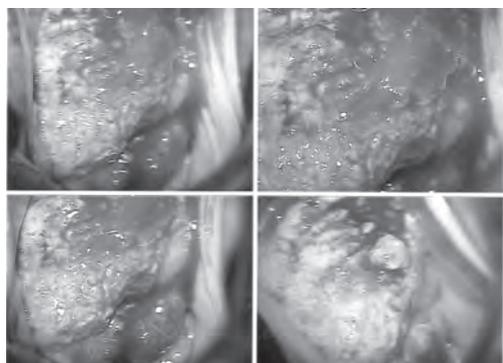


Figura 1-11. Cáncer de Cérvix: ulceración, tejido friable, necrosis.

CONCLUSIONES

Desafortunadamente, los tumores localizados suelen ser asintomáticos y cuando generan signos, sus repercusiones son de tal magnitud que pueden limitar la posibilidad de curación.

El médico de primer contacto, deberá realizar una historia clínica completa incluyendo exploración física céfalo-caudal, de todos los aparatos y sistemas. Recordar que el cáncer en etapas iniciales es asintomático, está localizado y tiene mejor pronóstico. Cuando existen datos clínicos de neoplasia maligna el paciente se encuentra en una etapa localmente avanzada o con enferme-

dad metastásica. El establecimiento del diagnóstico inicia con la sospecha de una neoplasia, no existe algún signo o síntoma específico de malignidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bickley LS y Szilagy PG. Guía de Exploración Física e Historia Clínica de Bates. 8 ed. México, DF: McGraw-Hill Interamericana; 2003.
2. Jinich Horacio. Síntomas y Signos Cardinales de las Enfermedades. 2 ed. México, DF.: Ciencia y Cultura Latinoamericana; 1996.
3. Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL y Jameson JL. Oncología. En: Principios de Medicina Interna de Harrison. Tomo I. 16ª. edición. México, DF: McGraw-Hill; 2005, p 487 – 658.
4. Kumar V, Abbas AK y Fausto N. Neoplasia. En: Patología Estructural y Funcional de Robbins y Cotran. 7 ed. Madrid: Elsevier; 2005, p 273 – 346.
5. De Vita V, Hellman S, Rosenberg SE. Cancer Principles and Practice of Oncology. 8 th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2008.