



NOTA CLÍNICA

Neoplasia primaria múltiple. Estudio de casos en cuidados paliativos

Iago Villamil Cajoto*, Carmen Martínez Lamas, Lucía Balea Vázquez y Nieves Fernández Castro

Unidad de Hospitalización a Domicilio, Cuidados Paliativos. Hospital da Costa, Burela, Lugo, España

Recibido el 2 de febrero de 2018

Aceptado el 30 de enero de 2019

PALABRAS CLAVE

Cuidados paliativos, neoplasia primaria múltiple.

KEYWORDS

Palliative care, neoplasms multiple primary neoplasm.

Resumen

El término neoplasia primaria múltiple define a la presencia de dos o más procesos neoplásicos de distinto origen simultáneamente. Existe poca información de los pacientes en cuidados paliativos con esta patología. Presentamos una serie de 10 casos seguidos en nuestra unidad.

Abstract

The term multiple primary neoplasm is defined as the occurrence of two or more neoplastic processes of different origin that develop simultaneously. Information is sparse regarding patients with this condition in the palliative care setting. We report herein a series of 10 consecutive cases seen in our unit.

Villamil Cajoto I, Martínez Lamas C, Balea Vázquez L, Fernández Castro N. Neoplasia primaria múltiple. Estudio de casos en cuidados paliativos. Med Paliat. 2019;26(3):250-253.

Introducción

En el seguimiento de los pacientes en situación de cuidados paliativos, hay factores que determinan la complejidad del caso y el manejo. Así, puede influir la vivencia de enfermedades gra-

ves previas y la perspectiva respecto a la situación al final de la vida por conocimiento de la misma o en el entorno del paciente. De esta forma, también la experiencia propia de una neoplasia previa tal vez podría condicionar la vivencia de una enfermedad compleja avanzada, aunque no hay evidencia documentada.

*Autor para correspondencia:

Iago Villamil Cajoto

Unidad Hospitalización a Domicilio, Cuidados paliativos, Hospital da Costa. Rafael Vior, s/n, 27880, Burela, Vigo, España

Correo electrónico: Iago.Villamil.Cajoto@sergas.es

DOI: [10.20986/medpal.2019.1074/2019](https://doi.org/10.20986/medpal.2019.1074/2019)

1134-248X/© 2019 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Inspira Network. Todos los derechos reservados.

Se consideran neoplasias primarias múltiples (NPM) a las neoplasias que se presentan en un mismo paciente simultánea o sucesivamente. Se estima que estas neoplasias deben cumplir los siguientes criterios¹: a) cada tumor debe tener un patrón definido de malignidad; b) se debe excluir cuidadosamente que uno no constituya metástasis de otro; c) se espera que cada tumor presente una histología diferente y, si ambos son similares dentro del mismo órgano, que no se pueda demostrar conexión alguna entre ellos.

Las NPM pueden ser sincrónicas (es decir, dos o más neoplasias de aparición simultánea y presumiblemente de origen diferente; las neoplasias pueden ser similares o no) y metacrónicas (en las que existe un intervalo entre la detección del primer tumor y la del segundo, que algunos autores cifran en 2 años, aproximadamente). Son precisamente estas últimas las más frecuentes, representan entre el 55 y el 70 % de los casos, según las distintas series². Uno de los problemas más relevantes en el diagnóstico de esta entidad es su posible confusión con metástasis de un único tumor primario en el caso de NPM sincrónica o con neoplasias localmente recurrentes si se trata de una NPM metacrónica, situaciones difíciles de distinguir en ocasiones, lo que dificulta el diagnóstico^{2,3}.

Presentamos 10 casos de NPM recogidos consecutivamente entre enero de 2016 y septiembre de 2017 en nuestra unidad y algunas reflexiones sobre el seguimiento de estos pacientes sobre los que no existe información específica en cuidados paliativos.

Serie de casos

Entre el 1 de enero de 2016 y el 31 de septiembre de 2017, se siguieron en nuestra unidad un total de 154 pacientes con neoplasias en fase de cuidados paliativos. De ellos, 10 pacientes presentaban NPM. Los datos de los pacientes estudiados se recogen en la Tabla I.

Discusión

La presencia de NPM parece estar relacionada con la coexistencia de factores de riesgo compartidos entre neoplasias (tabaco en pulmón y neoplasias orofaríngeas o esofágicas), la asociación de antineoplásicos previos y predisposición hereditaria (síndromes como el MEN o Li-Fraumeni)²⁻⁵. Así, esta situación clínica constituye una condición que se diagnostica con cierta frecuencia en la actualidad, pero que en nuestra información no está bien descrita en el seguimiento entre los pacientes con cuidados paliativos.

Las primeras descripciones de neoplasias primarias múltiples se realizan a finales del siglo XIX. Warren y Gates establecieron los criterios anatomoclínicos para su diagnóstico¹. Los datos de presentación clínica son del 1,5 al 5,4 % de los cánceres, y entre el 5 y el 11 % en los estudios de autopsias². En los últimos años se observa un incremento de diagnósticos precoces de segundos tumores, debido quizás a los estudios de extensión más rigurosos, a un mejor seguimiento

Tabla I. Pacientes con neoplasia primaria múltiple

	NEOPLASIA Consecutivas según su aparición	Tiempo (años entre neoplasias)	EDAD/SEXO (al diagnóstico de primera neoplasia)	Tabaco	Quimioterapia	Conspiración silencio
Paciente 1	SMD tipo AR Adenocarcinoma de páncreas	1 a	78 / V	Sí	No No	No Sí
Paciente 2	Adenocarcinoma de colon	9 a	62 / V	Sí	Sí	No
	Epidermoide hipofarínge Carcinoma vesical	1 a			No	No
Paciente 3	Mieloma múltiple Hipernefroma	8 a	81 / V	Sí	Sí Sí	No Sí
Paciente 4	Carcinoma células claras Adenocarcinoma de próstata	8 a	71 / V	Sí	Sí No	No No
Paciente 5	Ca epidermoide glotis	2 a	62 / V	Sí	Sí	No
	Ca epidermoide parpado				No	Sí
Paciente 6	Ca papilar vesical	14 a	73 / V	Sí	Sí	Sí
	Leucemia mielomonocítica				Sí	Sí
Paciente 7	Melanoma	3 a	69 / M	No	No	No
	Adenocarcinoma pulmón				No	No
Paciente 8	Colangiocarcinoma	2 a	66 / V	Sí	Sí	No
	Ca epidermoide de pulmón				No	Sí
Paciente 9	Carcinoma vesical	5 a	71 / V	Sí	Sí	No
	Adenocarcinoma de próstata				No	Sí
Paciente 10	Carcinoma vesical	24 a	65 / V	Sí	Sí	No
	Melanoma				No	No

V: varones. M: mujeres

de los pacientes y a la mejoría en la supervivencia desde el diagnóstico del tumor primario^{2,5}. En general, la incidencia y prevalencia del cáncer aumenta con la edad. Por tanto, al ser factor de riesgo para el desarrollo de una neoplasia, también la edad puede ser factor de riesgo para el desarrollo de NPM^{3,4}. En todo caso, según algunos autores, los pacientes que presentaron un tumor primario tienen un incremento del riesgo del 8,5 % de desarrollar segundos tumores⁵.

Del análisis de los registros desde 1986 a 1995 del Cancer Institute Hospital de Estados Unidos, de un total de 24.498 casos, el 5,2 % corresponde a neoplasias múltiples y un 1,9 % se localizaron en el mismo órgano. En esta serie de EE. UU., los más frecuentes corresponden a neoplasias gástricas o colorrectales. En esa y en otras series, la mayoría se desarrolló a los tres años del primer diagnóstico, pero algunos lo hicieron después de los cinco años^{3,5,6}.

En nuestro centro, en el periodo de estudio, se siguieron 154 pacientes. De ellos, 10 presentaban NPM (6,4 %). En la literatura se documentan cifras en torno al 3-4 %^{3,5,6}, por lo que nuestras cifras porcentuales parecen mayores que los datos publicados, aunque no son comparables, porque en las series disponibles no hay datos de valoración de los pacientes como los que presentamos en este trabajo (es decir, pacientes exclusivamente en unidades de Cuidados Paliativos). Los datos en nuestra serie, además, muestran un 90 % de pacientes varones y con una edad al diagnóstico de media 69 años, rango 61-89. Destaca la elevada incidencia (90 %) de tabaco como factor de riesgo para neoplasia en los pacientes. De los pacientes seguidos, 7 (70 %) presentan NPM metacrónicas, como en la mayoría de los pacientes oncológicos recogidos en la literatura^{3,5-7}. También destaca el elevado porcentaje de neoplasias de la vía urinaria (3 vesicales y 1 hipernefoma) entre los pacientes estudiados, lo que supone el 40 % de las primeras neoplasias en los pacientes. Asimismo, la presencia de una neoplasia de vía urinaria/próstata se documenta (como primera neoplasia o subsiguiente) en el 60 % de los pacientes estudiados en nuestra serie con NPM (se presenta también en el caso del paciente con tres neoplasias). Considerando el global de pacientes seguidos en el mismo periodo en nuestra unidad, la presencia de neoplasia de vías urinarias y próstata supone aproximadamente el 30 % del total de los seguidos hasta el momento. Teniendo en cuenta estos datos, la presencia de neoplasia de vía urinaria/próstata entre las NPM (50 % de los recogidos en este trabajo) está algo incrementada con respecto a su volumen global en nuestro centro, aunque la muestra de NPM es muy pequeña.

El manejo siempre complejo de los pacientes con enfermedad oncológica avanzada puede verse complicado en nuestra opinión, cuando hablamos de pacientes con experiencia propia de una neoplasia anterior, por varios condicionantes. En primer lugar, la intervención terapéutica extrema que supone un tratamiento (quirúrgico en ocasiones con una importante amputación, tratamiento quimioterápico, radioterápico o las distintas combinaciones entre ellas), y que hace que tanto los pacientes, familiares e incluso los facultativos que realizan el procedimiento y seguimiento no tengan una perspectiva igual de límite en esta actuación terapéutica. En segundo lugar, con frecuencia entre los oncólogos se habla de "recidiva" con más facilidad que de "terminalidad", con lo que se transmite una sensación de problema puntual (la neoplasia a tratamiento). De ese modo,

tras "salvar la vida" con el tratamiento previo, resulta complicado hacer entender que el nuevo tratamiento ya no sea curativo y que el manejo ahora pasa a ser diferente (paliativo). A este respecto, la utilización de tratamiento anti-neoplásico, demasiado habitual últimamente con carácter paliativo, confunde aún más; de hecho, muchos pacientes reciben este tratamiento antineoplásico paliativo sin saber realmente su finalidad no curativa, algo ya descrito en la literatura^{8,9}. La supervivencia de la enfermedad neoplásica ha ido incrementándose, por lo que el seguimiento de estos pacientes se acompaña en ocasiones de asignación a cronicidad y de enfermedad controlada. Pero, lamentablemente la incidencia de una segunda neoplasia puede cambiar esta visión y supone un desafío en la información y en el abordaje de estos pacientes. Un dato destacable en nuestra serie es la alta incidencia del pacto de silencio en las segundas neoplasias. Esto podría estar relacionado por la ya de por sí alta tasa de incidencia de conspiración de silencio, en general, en la enfermedad neoplásica, pero que se da con mayor frecuencia cuando, ahora sí, la enfermedad parece ser no curable^{10,11}. De hecho, entre los pacientes en los que existía conspiración del silencio en la segunda neoplasia, 4 sí recibieron información completa y sin conspiración en la primera enfermedad, un hecho que también llama la atención. Ni siquiera el antecedente de neoplasia previa resuelta satisfactoriamente, cambia la tendencia general a ocultar la información, un nuevo factor de complejidad en el abordaje de estos pacientes. Creemos que si la tendencia al abordaje cada vez más agresivo de la enfermedad tumoral puede correlacionarse con nuevas neoplasias, la aparición de estas y su manejo puede llegar a ser un nuevo desafío en los cuidados paliativos por los datos que de este trabajo podemos aportar, y tal vez merezca un estudio más detallado en lo sucesivo.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses.

Financiación

El presente trabajo no ha recibido financiación de ningún tipo.

Bibliografía

1. Warren S, Gates O. Multiple primary malignant tumors. A survey of the literature and statistical study. *Am J Cancer*. 1932;16:1358-414.
2. Luciani A, Balducci L. Multiple primary malignancies. *Semin Oncol*. 2004;31:264-73.
3. Yancik RM, Ries L. Aging and cancer in America. Demographic and epidemiologic perspectives. *Hematol oncol Clin North Am*. 2000;14:17-23.
4. Jiang L, He J, Shi X, Shen J, Liang W, Yang C, et al. Prognosis of synchronous and metachronous multiple primary lung cancers: systematic review and meta-analysis. *Lung Cancer*. 2015;87:303-10.
5. Luciani A, Ascione G, Marussi D, Oldani S, Caldiera S, Bozzoni S, et al. Clinical analysis of multiple primary malignancies in the elderly. *Med Oncol*. 2009;26:27-31.

6. Dong C, Hemminki K. Second primary neoplasms in cancer patients in Sweden 1958-1996. *Int J Cancer*. 2001;93:155-61.
7. Ueno M, Muto T, Oya M, Ota H, Azekura K, Yamaguchi T. Multiple primary cancer: an experience at the Cancer Institute Hospital with especial reference to colorectal cancer. *Int J Clin oncol*. 2003;8:162-7.
8. Reljic T, Kumar A, Klocksieben FA, Djulbegovic B. Treatment targeted at underlying disease versus palliative care in terminally ill patients: a systematic review. *BMJ Open* 2017;7:e014661.
9. Mende M, Trautmann K, Rentsch A, Hornemann B, Schuler US, Ehninger G, et al. Patients' perspectives on palliative chemotherapy of colorectal and non-colorectal cancer: a prospective study in a chemotherapy- experienced population. *BMC Cancer*. 2013;13:66.
10. Epstein AS, Prigerson HG, O'Reilly EM, Maciejewski PK. Discussions of life expectancy and changes in illness understanding in patients with advanced cancer. *J Clin Oncol*. 2016;34:2398-403.
11. Aydiner A, Karadeniz A, Uygun K, Tas S, Tas F, Disci R, et al. Multiple primary neoplasms at a single institution: differences between synchronous and metachronous neoplasms. *Am J Clin Oncol* 2000;23:364-70.