

Cuatro preguntas básicas sobre padecer cáncer

Con el asesoramiento del Dr. César Ramírez,
Jefe de Servicio de Cirugía General y Digestiva.
Hospital QuirónSalud Málaga
EBSQ – Surgical Oncology, Endocrine Surgery,
HBP Surgery and Transplantation Surgery



El número de cánceres diagnosticados en España en el año 2023 se estima que alcanzará los 279.260 casos, según los cálculos de REDECAN y, al igual que se espera un incremento en la incidencia del cáncer a nivel mundial, en España se estima que en 2040 la incidencia alcance los 341.000 casos. Este documento divulgativo, dirigido a familiares y pacientes, responde de manera general a cuatro preguntas muy frecuentes antes y después de un diagnóstico de cáncer y no sustituye a la consulta a un profesional médico:

¿Qué me puede hacer sospechar que tengo un cáncer?

- ① La presencia de **sangre roja visible** que se expulsa por algún orificio natural: al toser, mezclada con la mucosidad (hemoptisis); al orinar, dando un color rojo (hematuria) o al eyacular (espermiorragia); al ir al baño, siendo pura (rectorragia) o mezclada con las deposiciones (hematoquecia); de forma espontánea por vagina y fuera del ciclo menstrual (metrorragia); o, finalmente, por el pezón (telorragia).
- ② La **pérdida de peso** de al menos un 10% de nuestro peso habitual de forma no justificada (es decir, sin ponernos a dieta, por ejemplo)
- ③ La aparición de **cansancio y debilidad** que alteran el quehacer de nuestro día a día, lo que asociado a la pérdida de apetito se conoce como síndrome tóxico o constitucional.
- ④ La presencia de **dolor** que no responde al tratamiento con antiinflamatorios habituales y que se mantiene durante tres semanas en alguna región anatómica concreta, siempre sin antecedente traumático.
- ⑤ La aparición rápida de **un bulto** de consistencia firme en cuello, región clavicular, axilas o ingles; los ganglios aumentados de tamaño que se hacen palpables son con frecuencia extensión de algún tumor de las áreas anatómicas proximales.
- ⑥ El aumento brusco del **perímetro abdominal** que nos genere dificultad para agacharnos y tumbarnos.
- ⑦ El cambio de color, tamaño o consistencia de una **lesión cutánea** que tenemos identificada en nuestro día a día.
- ⑧ La aparición de **ictericia** (color amarillento de piel) asociada con orinas de color oscuro y un aclaramiento de las deposiciones.

¿Qué debo hacer cuando aparecen estas sospechas de tener un cáncer?

- ① El **médico de familia** debe ser el primer nivel de consulta, para poder tener una exploración física general y orientar los síntomas que relata el paciente hacia un especialista.
- ② En función del sistema de salud y la accesibilidad del paciente al mismo, un especialista en **medicina interna** o bien de **oncología médica** deben ser los responsables de comenzar el proceso diagnóstico.
- ③ La realización de una **analítica general** (hemograma, bioquímica general y de función hepática asociada a marcadores tumorales CEA, CA19.9, CA 125, PSA y CA 15.3) y un “body-TAC” (TAC de tórax, abdomen y pelvis) permite con la exploración física un diagnóstico del 90% de los procesos oncológicos.
- ④ Los siguientes **estudios diagnósticos** pueden realizarse ya con pruebas endoscópicas que permitan la toma de biopsias (endoscopias digestivas alta y/o baja, broncoscopia, exploración oro-faringo-laringoscópica, endoscopia urológica o endoscopia ginecológica) por los especialistas responsables.
- ⑤ Para las sospechas de cáncer de mama, de próstata o de sarcomas de partes blandas, el estudio de **resonancia magnética nuclear (RNM)** asociado a la biopsia externa dirigida nos dará un diagnóstico histológico definitivo.
- ⑥ En este momento, debemos tener un **diagnóstico anatómo-patológico** del tumor y de extensión para saber si hay metástasis a distancia o no.

Ya tengo un diagnóstico, ¿y ahora qué?

- ① Como enfocar el primer paso del tratamiento de un cáncer ya diagnosticado sólo puede hacerse en un hospital que tenga un **comité multidisciplinar de tumores** que se reúna al menos una vez a la semana y con comisión permanente que permita tomar decisiones en menos de 24 horas si fuese preciso.
- ② Si la enfermedad metastásica existe, el tratamiento **debe ser coordinado** desde una consulta de oncología médica que indicará siempre tras discusión en comité en que momento la cirugía del cáncer (con intención curativa o paliativa) puede estar indicada.
- ③ Si estamos antes un **tumor localizado**, la cirugía va a ser siempre la mejor opción de tratamiento. Dado que el pronóstico de supervivencia del paciente depende de que dicha cirugía se realice con unos criterios de calidad oncológica adecuada, este debe ser dirigido o dirigirse a un especialista contrastado en cirugía del cáncer. Para operar el cáncer, no sirve cualquier cirujano.
- ④ Es **muy importante** tener claro que hoy la presencia de enfermedad metastásica en el momento de diagnóstico del tumor primario no quiere decir que el paciente no pueda curarse; es más, hasta uno de cada tres pacientes con cáncer de colon y metástasis a distancia pueden curarse para siempre si toda la enfermedad es extirpada.
- ⑤ La cirugía la pueden realizar cirujanos coloproctólogos, hepatobiliopancreáticos, endocrinos, esófago-gástricos o expertos en carcinomatosis, pero deben tener **experiencia en cirugía del cáncer**, que es lo más importante, porque así sabrán hasta que punto la cirugía es útil y cuál es su límite, integrada en una unidad multidisciplinar.
- ⑥ En España existen cirujanos dedicados específicamente al cáncer y se han acreditado para ello. Obtenga información en www.seoq.org sobre profesionales y pacientes en oncología quirúrgica.

Ya me he operado de cáncer, ¿cuál es el paso siguiente?

- ① La pieza quirúrgica debe tener un **estudio microscópico** en laboratorio de anatomía patológica de calidad con inmunohistoquímica y estudio de tipificación genética asociado al tipo de tumor.
- ② **Tras la revisión** de la pieza de anatomía patológica en el comité de tumores, se tomará la decisión de si el proceso de tratamiento ha terminado, el paciente debe tener quimio o radioterapia complementaria (adyuvancia) o debe seguir con la quimioterapia neoadyuvante que se había iniciado antes de la cirugía.
- ③ Sea como fuera, el seguimiento debe llevarse a cabo por parte de la consulta de **oncología médica** y siempre de forma preferible por un oncólogo que de forma personalizada se haga cargo del paciente.
- ④ Para los pacientes con casos localizados en los que la cirugía se ha considerado curativa o bien que ya han terminado el tratamiento adyuvante, están perfectamente protocolizados los estudios complementarios que deben realizarse y su periodicidad, que tienen como objeto el diagnóstico **lo más precoz posible** de una recidiva potencial.
- ⑤ Los pacientes que tienen **más riesgo** de recaída son aquellos en los que el tumor tratado tiene afectación ganglionar positiva en el análisis histológico o había enfermedad metastásica y se resecó.



Somos los cirujanos del cáncer

Los cirujanos participamos en el 95% de todos los tratamientos del cáncer

SEOQ es la sociedad que nos reúne en España

Síguenos en Twitter [@operarelcancer](https://twitter.com/operarelcancer)
y en la web www.seoq.org