



SEGUIMIENTO DEL PACIENTE: UTILIDAD ACTUAL

Juan Antonio Virizuela

Servicio de Oncología Médica
Hospital Virgen Macarena. Sevilla

INTRODUCCIÓN

El seguimiento ideal es aquel que es capaz de detectar una recidiva o metástasis de un tumor con posibilidades de ser tratado de forma radical, mejorando la supervivencia y con bajo coste económico y psicológico al paciente. Durante mucho tiempo se ha pensado que un seguimiento intenso con solicitud de muchas pruebas complementarias que revisaran los posibles lugares de progresión de la enfermedad y con una cierta periodicidad, sería mejor que su contrario.

Se han realizado múltiples estudios randomizados, así como gran número de estudios de cohorte, desarrollándose una serie de guías prácticas para el seguimiento de pacientes en muchos procesos oncológicos. En contra de lo que quizá en un primer momento se pudo pensar, el seguimiento intensivo de estos procesos oncológicos no ha producido una mejora de la supervivencia en estos pacientes⁽¹⁾. El tipo, la frecuencia y la modalidad de estudios a realizar han sido estudiados en muchos de estos tumores como pueden ser mama, colon-recto pulmón, testículo, próstata entre otros muchos.

CARCINOMA DE COLON Y RECTO

El objetivo en esta patología sería detectar recurrencias precoces en pacientes con enfermedad metastásica con el fin de aumentar la posibilidad de realizar un tratamiento radical y por lo tanto de lograr una mayor tasa de curabilidad en los pacientes que recaen^(2,3). Únicamente se ha comprobado el valor de la elevación del CEA como la prueba más útil y efectiva para detectar recurrencia⁽⁴⁻⁹⁾. Otras pruebas complementarias como la TAC, colonoscopia y los test de la función hepática pueden colaborar en la confirmación de la sospecha en pacientes con clínica o con elevación del CEA. La petición de estas pruebas de forma rutinaria no mejora la tasa de recurrencias precoces y por lo tanto el número de pacientes con la tasa de posibilidades de tratamiento radical de estos pacientes⁽¹⁰⁻²²⁾. Se ha comprobado la efectividad del PET como apoyo en el seguimiento de los paciente con elevación de los marcadores tumorales como el CEA, si bien su papel en el cribaje o como indicador independiente de supervivencia, no es conocido en el momento actual⁽²³⁻²⁷⁾. Basados en los estudios de cohorte y los pocos estudios randomizados que han realizados, se han desarrollado una serie de guías prácticas para el seguimiento de pacientes tras la resección del cáncer colo-rectal. La “American Society of Clinical Oncology” (ASCO), el “National Comprehensive Cancer Network” (NCCN), la “American Cancer Society” (ACS) y la “European Society of Medical Oncology” (ESMO)⁽²⁸⁻³⁰⁾, han publicado unas guías con orientaciones sobre el seguimiento muy similares, en las que básicamente recomiendan un seguimiento con intervalos que van entre 3-6 meses, durante 2-3 años tras la resección. Dos de las sociedades la NCCN y la ASCO recomiendan monitorizar el CEA cada 3 meses durante 2 años. La mayoría de estas guías no apoyan la petición rutinaria de pruebas como hemograma, pruebas de función hepática, sangre oculta en heces, pruebas de imagen del hígado (ECO/TAC/RNM) o radiografía de tórax, salvo en el caso de que exista elevación del CEA. La guía de la ESMO aboga por la petición de ecografía hepática anual durante los tres primeros años. Todas recomiendan una colonoscopia tras la cirugía para descartar tumores sincrónicos o pólipos. La NCCN y la ACS recomiendan una colonoscopia 1 año después de la intervención y todas las guías recomiendan colonoscopia cada 3-5 años para la detección de nuevos.

CARCINOMA DE MAMA

El seguimiento de pacientes diagnosticadas y tratadas radicalmente de carcinoma de mama ha sido estudiado exhaustivamente. Hace mas de 20 años se publicaron los primeros estudios no randomizados en los que se dudaba de la practica habitual hasta aquel momento de realizar un seguimiento exhaustivo⁽³¹⁾. Posteriormente estos datos fueron corroborados por estudios randomizados como los del GIVIO⁽³²⁾ y Del Turco⁽³³⁾. Mas recientes estudios como los de Grinfeld⁽³⁴⁻³⁷⁾, Gulliford⁽³⁸⁾ o Eek⁽³⁹⁾ han dejado claro el papel limitado de un seguimiento intensivo, aconsejando únicamente la autoexploración mensual, revisión clínica regular, así como mamografía anual y desaconsejando pruebas como el hemograma , bioquímica, marcadores tumorales, gamma-grafía óseas, ecografía hepática o TAC. Esta línea de seguimiento en las pacientes con cáncer de mama se recomienda de forma rutinaria en la mayoría de las guías como puede ser la National Cancer Center Network, American College of Radiology Canadian Medical Association, ASCO y ESMO⁽⁴⁰⁻⁴³⁾.

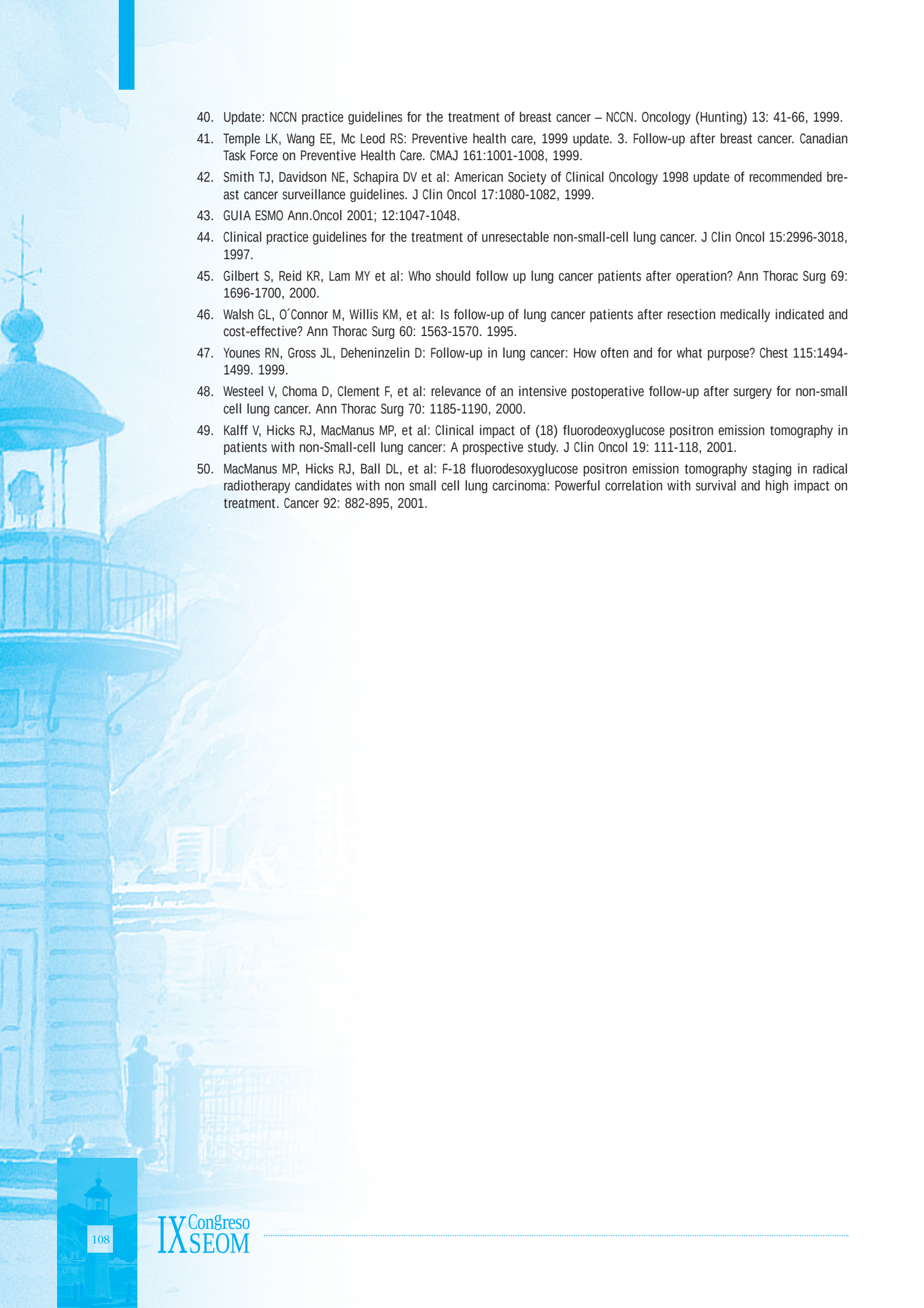
CARCINOMA PULMÓN

Para los pacientes tratados de carcinoma de pulmón, tampoco está claro el papel en el seguimiento de otros estudios complementarios que no sean la historia clínica de los pacientes y el examen físico de los pacientes cada 3-6 meses durante 3 años, cada 6-12 meses los dos años siguientes y posteriormente de forma anual, además de una radiografía de tórax también anual⁽⁴⁴⁾. Análisis con Hemograma y bioquímica completa, TAC, gammagrafías óseas y bronoscopias no están recomendadas en el caso de pacientes asintomáticos. Las recomendaciones de ASCO⁽⁴⁴⁾, han sido posteriormente corroboradas por trabajos como los de Gilbert⁽⁴⁵⁾, el de Walsh⁽⁴⁶⁾ o el de Younes⁽⁴⁷⁾. Únicamente el estudio de Westeel⁽⁴⁸⁾ apoya un seguimiento mas intenso de estos pacientes con radiografía de tórax cada 3 meses, bronoscopia y TAC de tórax cada 6 meses. Los autores concluyen que este seguimiento mas intenso podía tener un impacto en la supervivencia de los pacientes al descubrir recurrencias en pacientes asintomáticos. Un estudio randomizado amplio deberá responder a esta pregunta que hoy por hoy no está contestada de forma definitiva. Por otro lado nuevas técnicas diagnosticas como el PET pueden cambiar en un futuro no muy lejano estos criterios, si bien en el momento actual no hay datos que aclaren su valor⁽⁴⁹⁻⁵¹⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Murillo E, Abrio MV, Pastor P y cols: "El seguimiento en el paciente oncológico" Oncología 6: 294-301, 1988.
2. Bruinvels DJ, Stiggelbout AM, Kievit J, et al: Follow-up of patients with colorectal cancer: A meta-analysis. Ann. Surg 219:174-182, 1994.
3. Rosen M, Chan L, Beart RW Jr, et al: Follow-up of colorectal cancer: A meta-analysis. Dis. Colon Rectum 41 : 1116-1126, 1998.
4. Moertel CG, Fleming TR, Macdonald JS, et al: An evaluation of the carcinoembryonic antigen (CEA) test for monitoring patients with resected colon cancer. JAMA 270: 943-947,1993.
5. McCall JL, Black RB, RICH CA, et al: The value of serum carcinoembryonic antigen in predicting recurrent disease following curative resection of colorectal cancer. Dis Colon Rectum 37:875-881, 1994.
6. Fletcher RH: Carcinoembryonic antigen. Ann Intern Med 104:66-73, 1986.
7. Bruinvels DJ, Stiggelbout AM, Kievit J , et al: Follow-up of patients with colorectal cancer: A meta-analysis. Ann Surg 219:174-182. 1994.
8. Rosen M, Chan L, Beart RW Jr, et al: Follow-up of colorectal cancer. A meta-analysis. Dis. Colon Rectum 41:1116-1126, 1998.
9. Castells A, Blesa X, Daniels M et al: Value of postoperative surveillance after radical surgery for colorectal cancer: Results of cohort study. Dis Colon Rectum 41: 714-723, 1998.
10. Ohlsson B, Breland U, Ekberg H, et al : Follow-up after curative surgery for colorectal carcinoma: Randomised comparison with no follow-up. Dis Colon Rectum 38: 619-626, 1995.
11. Kjeldsen BJ, Kronborg O, Fenger C, et al: A prospective randomised study of follow up after radical surgery for colorectal cancer. Br.J Surg 84:666-669, 1997.
12. Goldberg RM, Fleming TR, Tangen CM, et al: Surgery for recurrent colon cancer: Strategies for identifying resectable recurrence and success rates after resection. Eastren Cooperative Oncology Group, The North Central Cancer Treat. Group and Southwest Oncology Group. Ann Intern Med 129:27-35, 1998.

13. Turk PS, Wanebo HJ, Results of surgical treatment of nonhepatic recurrence of colorectal carcinoma. *Cancer* 71:4267-4277, 1993.
14. Anthony T, Fleming JB, Bieligm SC, et al: Postoperative colorectal cancer surveillance *J Am Coll Surg* 190:737-749, 2000.
15. Fajobi O, Yiu CY et al: Metachronous colorectal cancers. *Br J Surg* 85:897-901, 1998.
16. Togashi K, Konishi F, Ozawa A et al: Predictive factors for detecting colorectal carcinomas in surveillance colonoscopy after colorectal cancer surgery. *Dis Colon Rectum* 43: S47-S53, 2000 (Supl).
17. Schoemaker D, Black R, Giles L et al: Yearly colonoscopy, liver CT, and chest radiography do not influence 5-year survival of colorectal cancer patients. *Gastroenterology* 114:7-14, 1998.
18. Bochud M, Burnand B, Froehlich F, et al: Appropriateness of colonoscopy: Surveillance after curative resection of colorectal cancer. *Endoscopy* 31: 664-672, 1999.
19. Obrien MJ, Winawer SJ, Zauber AG, et al: The National Polyp Study: Patient and polyp characteristics associated with high-grade dysplasia in colorectal adenomas. *Gastroenterology* 98: 371-379, 1990.
20. Winawer SJ, O'Brien MJ, Waye JD, et al: Risk and surveillance of individuals with colorectal polyps: Who Collaborating Centre for the Prevention of Colorectal Cancer. *Bull World Health Org* 68: 789-795, 1990.
21. Pietra N, Sarl L, Costi, et al: Role of follow-up in management of local recurrences of colorectal cancer: A prospective, randomised study. *Dis Colon Rectum* 41: 1127-1133, 1998.
22. Makela JT, Laitinen SO, Kairaluoma MI: Five-year follow-up after radical surgery for colorectal cancer. Results of prospective randomized trial. *Arch Surg* 130: 1062-1067, 1995.
23. Flanagan FL, Dehdashti F, Ogunbiyi OA, et al: Utility of FDG-PET for investigating unexplained plasma CEA elevation in patients with colorectal cancer. *Ann Surg* 227:319-323, 1998.
24. Flamen P, Hoekstra OS, Homans F et al: Unexplained rising carcinoembryonic antigen (CEA) in the postoperative surveillance of colorectal cancer. The utility of PET. *Eur J Cancer* 37:862-869, 2001.
25. Takeuchi O, Saito N, Koda K, et al: Clinical assessment of positron emission tomography for the diagnosis of local recurrence in colorectal cancer: *Br J Surg* 86:932-937, 1999.
26. Schiepers C, Pennincks F, De Vadder N, et al: Contribution of PET in the diagnosis of recurrent colorectal cancer. Comparison with conventional imaging. *Eur J Surg Cancer* 21: 517-522, 1995.
27. Flamen P, Stroobants S, Van Cutsem E, et al: Additional value of whole-body positron emission tomography with FDG in recurrent colorectal cancer. *J. Clin Oncol* 17:894-901, 1999.
28. Desch CE, Benson AB, Smith TJ, et al: recommended colorectal cancer surveillance guidelines by the American Society of Clinical Oncology. *J Clin Oncol* 17:1312-1321, 1999.
29. Engstrom PF, Benson AB, Cohen A, et al: NCCN colorectal cancer practice guidelines: The National Comprehensive Cancer Network. *Oncology* 10:140-175, 1996 (Supl).
30. ESMO minimum clinical recommendations for diagnosis, adjuvant treatment and follow-up of colon cancer. *Ann Oncol* 12:1053-1054, 2001.
31. Murillo E, Pastor P, Torija E cols. "El seguimiento de las pacientes mastectomizadas por carcinoma de mama ¿para qué sirve?". *Oncología* 80 9:269-275, 1985.
32. The GIVIO investigators Impact of follow-up testing on survival and health-related quality of life in breast cancer patients. *JAMA*; 271:1593-7, 1994.
33. Del Turco MR et al. Intensive diagnostic follow-up after treatment of primary Breast cancer. A randomized trial. National Research Council Project on Breast Cancer Follow-up. *JAMA* 271:1593-7, 1994.
34. Grundfeld E, Mant D, Yudkin P et al: Routine follow up of breast cancer primary care: Randomised trial. *BMJ* 313:665-669, 1996.
35. Grundfeld E, Yudkin P, Adewuyi P et al: Follow up in breast cancer: Quality of life unaffected by general practice follow up. *BMJ* 311:54, 1995.
36. Grundfeld E, Fitzpatrick R, Mant D, et al: Comparison of breast cancer patient satisfaction with follow up in primary care versus specialist care: Results from a randomised controlled trial. *Br. J Gen Pract* 49:705-710, 1999.
37. Grundfeld E, Gray A, Mant D, et al: Follow up of breast cancer in primary care vs specialist care: Results of an economic evaluation *Br J Cancer* 79: 1227-1223, 1999.
38. Gulliford T, Opomu M, Wilson E, et al: Popularity or less frequent follow up for breast cancer in randomised study: Initial findings from the hotline study: *BMJ* 314:174-177, 1997.
39. Eek RW, Falfson CI: extended survival in 80 patients with operable, loco regionally recurrent breast cancer treated with chemotherapy. *Am J Clin Oncol* 21:501-504, 1998.

- 
40. Update: NCCN practice guidelines for the treatment of breast cancer – NCCN. *Oncology* (Hunting) 13: 41-66, 1999.
 41. Temple LK, Wang EE, McLeod RS: Preventive health care, 1999 update. 3. Follow-up after breast cancer. Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ* 161:1001-1008, 1999.
 42. Smith TJ, Davidson NE, Schapira DV et al: American Society of Clinical Oncology 1998 update of recommended breast cancer surveillance guidelines. *J Clin Oncol* 17:1080-1082, 1999.
 43. GUIA ESMO *Ann.Oncol* 2001; 12:1047-1048.
 44. Clinical practice guidelines for the treatment of unresectable non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol* 15:2996-3018, 1997.
 45. Gilbert S, Reid KR, Lam MY et al: Who should follow up lung cancer patients after operation? *Ann Thorac Surg* 69: 1696-1700, 2000.
 46. Walsh GL, O'Connor M, Willis KM, et al: Is follow-up of lung cancer patients after resection medically indicated and cost-effective? *Ann Thorac Surg* 60: 1563-1570. 1995.
 47. Younes RN, Gross JL, Deheninzelin D: Follow-up in lung cancer: How often and for what purpose? *Chest* 115:1494-1499. 1999.
 48. Westeel V, Choma D, Clement F, et al: relevance of an intensive postoperative follow-up after surgery for non-small cell lung cancer. *Ann Thorac Surg* 70: 1185-1190, 2000.
 49. Kalf V, Hicks RJ, MacManus MP, et al: Clinical impact of (18) fluorodeoxyglucose positron emission tomography in patients with non-Small-cell lung cancer: A prospective study. *J Clin Oncol* 19: 111-118, 2001.
 50. MacManus MP, Hicks RJ, Ball DL, et al: F-18 fluorodeoxyglucose positron emission tomography staging in radical radiotherapy candidates with non small cell lung carcinoma: Powerful correlation with survival and high impact on treatment. *Cancer* 92: 882-895, 2001.