

Nacional  Re

Selección Vida



**Marcadores tumorales
y melanomas**

MARCADORES TUMORALES: ¿TIENEN UTILIDAD EN LA MEDICINA DEL SEGURO?

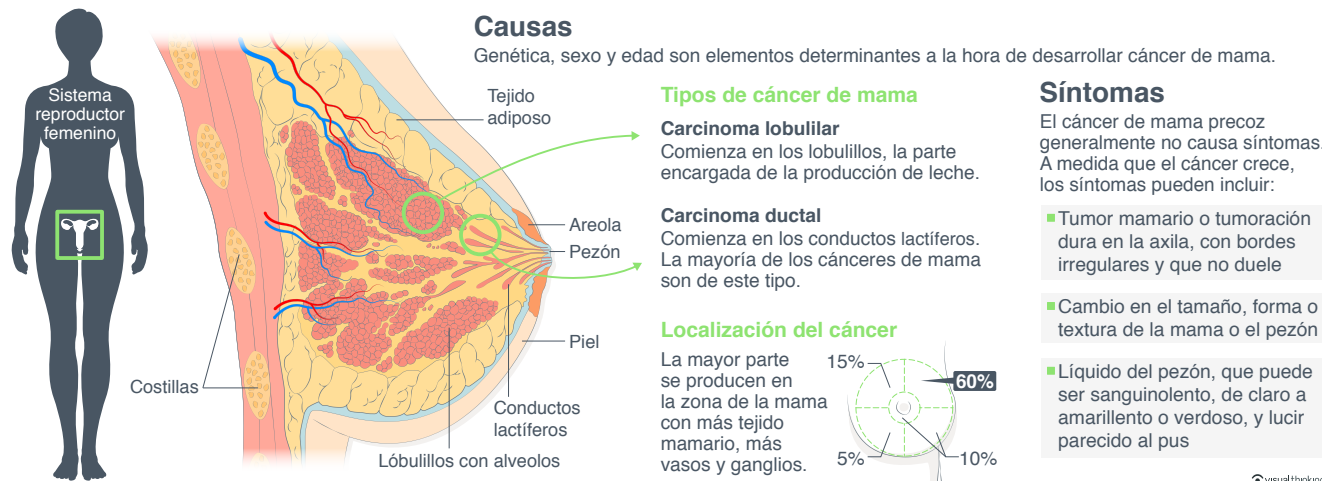
Los marcadores tumorales se definieron inicialmente como sustancias que podían ser medidas cuantitativamente, a través de diferentes mecanismos, y que permitían identificar la presencia de un cáncer. Con el paso del tiempo se ha comprobado su utilidad para monitorizar la respuesta al tratamiento, predecir el pronóstico y establecer la extensión tumoral.

En este momento existen una gran variedad de sustancias que pueden ser clasificadas como marcadores tumorales, entre las que se incluyen proteínas específicas, metabolitos, antígenos asociados a tumores y enzimas.

Aunque en términos generales se puede afirmar que los marcadores tumorales, de forma aislada, no son una herramienta eficaz en el diagnóstico de un tumor, a continuación analizaremos los principales y las neoplasias asociadas.

CÁNCER DE MAMA

Es un tipo de **tumor maligno** que se origina en las células del tejido de la mama, los conductos o los lobulillos.



CÁNCER DE MAMA

Es el cáncer más frecuente en la mujer, su incidencia se incrementa con la edad. Se estima que en nuestro país una de cada veinte mujeres tendrá un cáncer de mama antes de cumplir los 75 años. Los marcadores tumorales

Los marcadores tumorales, de forma aislada, no son una herramienta eficaz en el diagnóstico de un tumor

más empleados en este tipo de neoplasia son el CEA (antígeno carcinoembrionario), en CA-15.3 y el antígeno polipeptídico tisular.

No obstante, los datos de que disponemos en la actualidad son insuficientes para justificar su determinación de forma sistemática en el diagnóstico de este tumor. Esto se debe a que dichos marcadores no son específicos del cáncer de mama. El más utilizado en la actualidad es el CA-15.3, que parece tener mayor sensibilidad.



CÁNCER DE PRÓSTATA

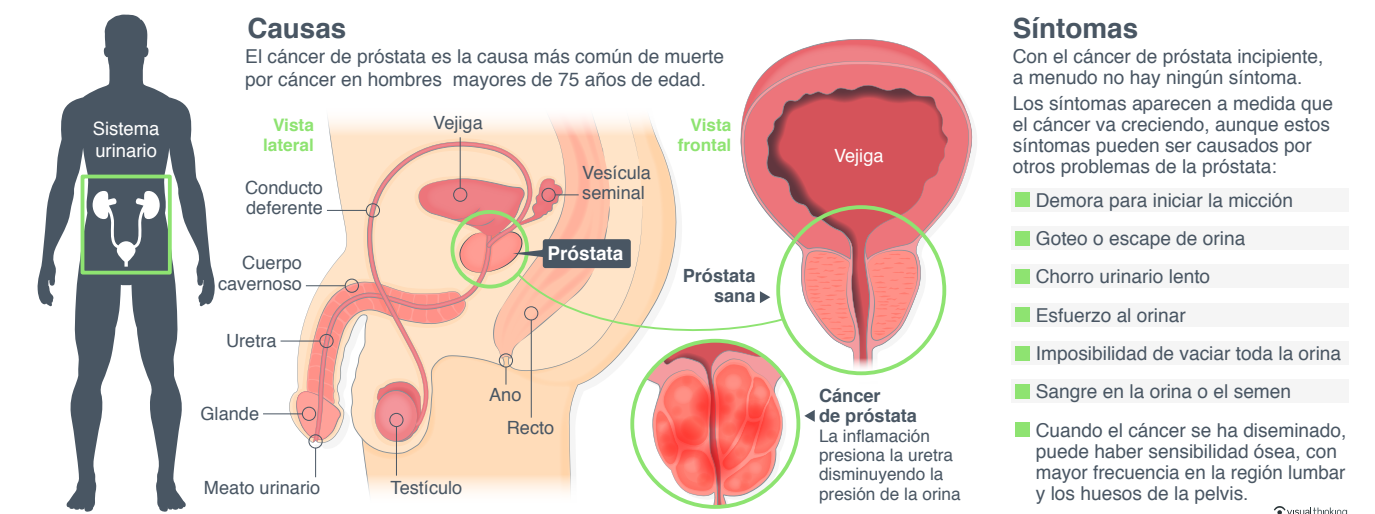
El tumor más prevalente en occidente es el cáncer de próstata, que se presenta en aproximadamente el 30% de los varones de más de 50 años. En cuanto a mortalidad asociada a cáncer en el varón tan sólo es superado por el cáncer de pulmón.

Todos estos datos epidemiológicos hacen necesario disponer de un marcador tumoral que ayude al diagnóstico temprano de la enfermedad. En este momento

disponemos del antígeno prostático específico (PSA), pero no es propio solo de la próstata. Se ha demostrado que este marcador tumoral también se secreta en la glándula mamaria normal, en los quistes mamaros, en las glándulas perianales y en otros tumores (mama, parótida, ovario, hígado, riñón, colon y glándulas suprarrenales). En definitiva, en este momento no puede emplearse como screening del cáncer de próstata.

CÁNCER DE PRÓSTATA

Es el **cáncer** que empieza en la glándula prostática, una parte del aparato reproductor masculino que rodea la uretra.



CARCINOMA COLORRECTAL

El cáncer colorrectal es una enfermedad muy frecuente en España, se estima que afecta a uno de cada veinte individuos, especialmente en la población anciana.

El marcador tumoral más empleado en este tipo de tumor es el CEA, una sustancia producida por más del 90% de los carcinomas colorrectales. Desgraciadamente su valor es muy limitado para el diagnóstico inicial, ya que en los estadios iniciales de la enfermedad tiene una sensibilidad muy baja. Por otra parte se ha observado que en ciertas enfermedades benignas el CEA puede estar elevado, al igual que en otros carcinomas no colorectales avanzados.

CÁNCER GÁSTRICO

El cáncer gástrico es una de las neoplasias malignas más frecuentes del mundo. Los pacientes pueden tener una gran variedad de marcadores tumorales elevados: CEA, TAG-72, CA-19.9, CA-50 y CA-195, entre otros. Desgraciadamente ninguno de ellos tiene valor ni para el cribado de la enfermedad, ni para el diagnóstico ni para el seguimiento.



CÁNCER DE PÁNCREAS

El cáncer de páncreas es una de las enfermedades más devastadoras que existen, caracterizada por una supervivencia de los pacientes extremadamente baja. A esto hay que añadir que su incidencia en los países occidentales está en aumento y que las opciones terapéuticas son muy limitadas. Todos estos datos hacen necesario disponer de un marcador tumoral útil.

En la actualidad disponemos del CA-19.9 como principal marcador tumoral de este tumor, que se eleva de forma significativa en el 70-80% de todos los cánceres de páncreas, si bien también aparece elevado en los pacientes con enfermedades benignas de páncreas.

HEPATOCARCINOMA

El carcinoma hepatocelular es uno de los carcinomas más frecuentes en el mundo, especialmente en el sudeste asiático. Su marcador tumoral es la alfa-fetoproteína (AFP), una sustancia que tan sólo está recomendada en el cribado de este tumor en pacientes con hepatitis B, en los que tienen hepatitis crónica activa o cirrosis hepática.

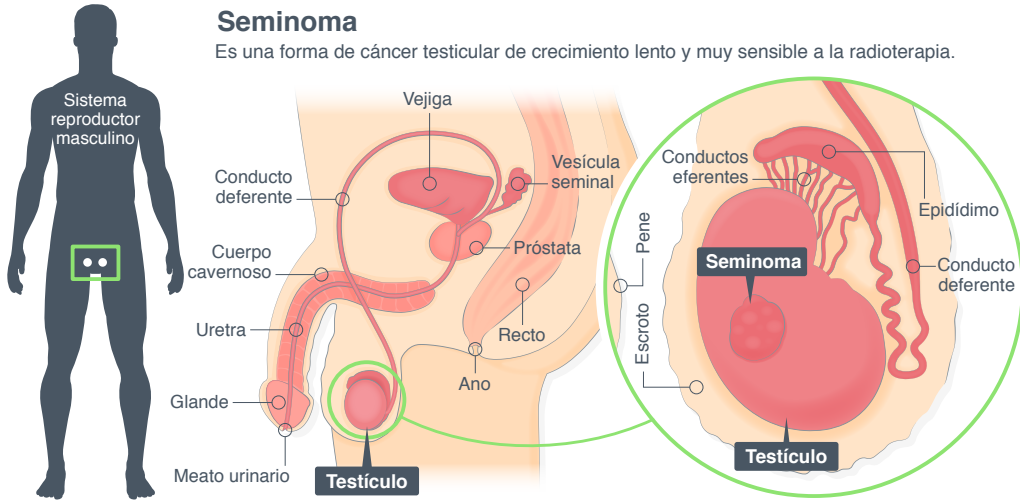
TUMORES DE TESTÍCULO

Se trata del tumor que ocurre más frecuentemente en los varones de edades comprendidas entre los 15 y 34 años. A grandes rasgos se pueden clasificar en tres grandes grupos: seminomas, no seminomas y formas mixtas de

los dos anteriores. Los marcadores tumorales de mayor utilidad son la AFP, hCG y la lactato-deshidrogenasa, que tienen interés de cara al diagnóstico y pronóstico de la enfermedad.

TUMOR DE TESTÍCULO

Es el cáncer que comienza en los testículos, las glándulas reproductoras masculinas que están localizadas en el escroto.



Síntomas

- Si se dan, pueden abarcar:
- Molestia o dolor testicular o sensación de pesadez en el escroto.
 - Dolor en la espalda o en la parte baja del abdomen
 - Cambio de forma o tamaño del testículo

Síntomas fuera de los testículos:

- Se pueden presentar en otras partes del cuerpo, como los pulmones, el abdomen, la pelvis, la espalda o el cerebro, si el cáncer se ha diseminado por fuera de los testículos.

CARCINOMA EPITELIAL DE OVARIO

El cáncer epitelial de ovario representa la quinta causa de mortalidad por cáncer en la mujer. En España se presentan unos dos mil casos al año, que ocasionan más de mil doscientos fallecimientos. El curso clínico inicial es inespecífico, con sintomatología inespecífica, como hinchazón abdominal, lo que origina que dos terceras

CÁNCER DE ÚTERO

El cáncer de cuerpo uterino es el tumor ginecológico más frecuente, el tipo más frecuente es el adenocarcinoma. La utilidad de los marcadores tumorales en este tumor son limitadas y ninguno tiene una sensibilidad y especificidad adecuada.

Los marcadores tumorales son una herramienta de gran importancia en pacientes con alta sospecha o ya diagnosticados de cáncer

partes de las pacientes con este tumor se encuentren en un estado avanzado de la enfermedad en el momento del diagnóstico.

El marcador tumoral por excelencia de este tumor es el CA-125, si bien es cierto que hay procesos ováricos benignos que pueden elevarlo, así como enfermedades benignas localizadas en pleura o pericardio.

De lo expuesto anteriormente podemos extraer una serie de conclusiones:

1. Los marcadores tumorales no son determinantes por sí mismos para dar un diagnóstico
2. Si a una persona asintomática se le pide una batería de marcadores tumorales sin una elevada sospecha de enfermedad tumoral no sólo no tiene ningún beneficio diagnóstico sino que puede generar incertidumbre y angustia en el paciente
3. Los marcadores tumorales son una herramienta de gran importancia en los pacientes con alta sospecha o que ya han sido diagnosticados de cáncer, ya que son útiles en la evolución de la enfermedad y en la valoración a la respuesta al tratamiento

MELANOMA

El melanoma es el más peligroso de los cánceres cutáneos, su incidencia ha aumentado de forma progresiva y constante en el último cuarto de siglo. En este incremento hay tres factores clave: el mayor tiempo de exposición solar, la reducción de la capa de ozono y el envejecimiento progresivo de la población.

Actualmente los países con mayor incidencia de melanoma, a nivel mundial, son Australia y Nueva Zelanda, hasta el punto de que su frecuencia en ambos países triplica la media europea.

Es el cáncer de piel menos prevalente –representa apenas el diez por ciento de todos los cánceres cutáneos–, pero es el de peor pronóstico y el más agresivo. En ocasiones cuando se detecta ya hay metástasis a distancia.

Además, hay que tener presente que el diagnóstico precoz también es un factor clave en el aumento del número de casos. No hay que demonizar al sol pero la relación causa-efecto es evidente. Por este motivo una de las recomendaciones más claras es no tomar el sol durante las horas de mayor radiación ultravioleta, cuando la sombra del cuerpo es menor que el cuerpo.

¿QUÉ ES UN MELANOMA?

Un melanoma es una forma de cáncer que comienza en los melanocitos, las células de la piel encargadas de fabricar la melanina, un pigmento que proporciona el bronceado cutáneo tras la exposición solar.

A igualdad de exposición solar no todas las personas tienen igual riesgo de sufrir un melanoma. Se ha comprobado que los individuos con piel clara tienen un riesgo mayor que aquellas con piel más oscura y que el riesgo es máximo en las personas pelirrojas con pecas.

¿CUÁNDO SOSPECHAR QUE UNA MANCHA CUTÁNEA ES SOSPECHOSA?

Hay una regla mnemotécnica que nos puede ayudar a determinar si debemos preocuparnos y consultar a un especialista sobre una determinada mancha de la piel: ABCDE.

- **A: Asimetría.** En general, las lesiones cutáneas simétricas son benignas
- **B: Bordes irregulares.** Ante toda mancha cutánea de bordes irregulares o mal delimitados debemos consultar a un médico
- **C: Color no uniforme.** Debemos prestar atención ante toda mancha de diferentes tonalidades
- **D: Diámetro** superior a 6 mm
- **E: Evolución.** Toda lesión que ha crecido en su tamaño, que ha cambiado su forma o su coloración debe ser valorada por un especialista

¿DÓNDE APARECEN LOS MELANOMAS?

El melanoma puede aparecer en cualquier región corporal, incluidas las uñas, el cuero cabelludo o las plantas de los pies. Sin embargo, las localizaciones más frecuentes son aquellas que están más expuestas a la radiación ultravioleta, como son en la espalda de los hombres y en las piernas de las mujeres.

El melanoma representa apenas el diez por ciento de todos los cánceres cutáneos, pero es el de peor pronóstico y el más agresivo

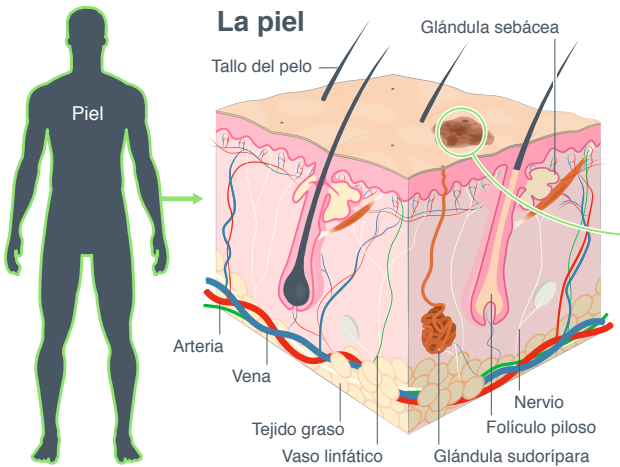
CASO PRÁCTICO

Candidata de 43 años que solicita la contratación de la garantía de vida. Aporta informe de dermatólogo en el que aparece el diagnóstico de melanoma de extensión superficial en brazo derecho, hace cinco años (Breslow 2). Desde entonces ha seguido revisiones y está en remisión completa.

Comentario: La garantía de vida ya se puede contratar, han pasado los tres años que se dan de margen, y estaríamos en el segundo año tras el aplazamiento por lo que se correspondería una sobreprima del 2.5 por mil durante este año, y luego uno por mil durante un año más.

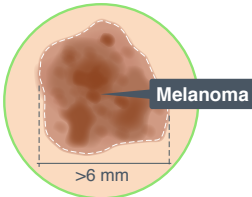
MELANOMA

Es el tipo de cáncer cutáneo más peligroso y es la causa principal de muerte por enfermedades de la piel.



Causas

El melanoma es causado por cambios en las células llamadas melanocitos. Estas células producen un pigmento en la piel denominado melanina, la responsable del color de la piel y del cabello.



Una úlcera o tumor que sangra o cambia de color puede ser un indicativo de cáncer de piel. El diagnóstico temprano es clave en melanomas.

Cómo reconocer un melanoma

El sistema ABCDE puede ayudar:

- A Asimetría**
Una mitad es diferente de la otra mitad.
- B Bordes**
Los bordes del tumor son irregulares.
- C Color**
El color cambia de un área a otra.
- D Diámetro**
Normalmente, mayor de 6 mm.
- E Evolución**
El lunar sigue cambiando de aspecto.

visualthinking

CASO PRÁCTICO

Candidato de 47 años que solicita la contratación de las garantías de vida y accidente. Como único antecedente personal refiere haber presentado un melanoma en la espalda, diagnosticado y curado hace tres años. En el expediente que nos aporta de su dermatólogo nos informa que ha seguido las revisiones en estos tres años y que está curado, sin signos de recidiva. En el informe podemos leer: Diagnóstico: melanoma de extensión superficial, con

un índice de Breslow 2, sin mutación del gen CDK-N2A, y estadiaje 3 de Clark.

Comentario: Como en este caso hay discrepancias entre el índice de Breslow y el de Clark, en tal caso predominaría el segundo. Al tratarse de un estadiaje Clark 3 la recomendación sería aplazar un año más y luego contratar según las garantías que aparecen en la Tabla, para la garantía de accidente, normal.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA?

El diagnóstico de presunción se realiza con la observación clínica que precisa de una biopsia para poder confirmarlo. En el informe anatomopatológico suelen aparecer dos datos relevantes: el grosor máximo o índice de Breslow y el índice mitótico.

El índice de Breslow indica la profundidad en la piel que ha sido invadida por el tumor y se mide en milímetros. Cuanto mayor es el grosor o espesor, peor es el pronóstico. En otras palabras un tumor con índice de Breslow mayor de 4 mm tendrá un pronóstico peor que otro que tenga un índice de 1,05 mm.

Existe además el estadio de Clark en el que se clasifica según la afectación de las diferentes capas de la piel:

- **Tipo 1:** Confinado en la epidermis
- **Tipo 2:** Afecta a la dermis papilar
- **Tipo 3:** Afecta a la totalidad de la dermis papilar, pero no extiende a la reticular
- **Tipo 4:** Se extiende hasta la dermis reticular
- **Tipo 5:** Afectación hasta hipodermis

El índice mitótico nos proporciona información acerca de la velocidad a la que se dividen las células tumorales. A mayor velocidad de división –mitosis– peor pronóstico.

¿QUÉ OPCIONES DE TRATAMIENTO EXISTEN?

El tratamiento principal para la mayoría de pacientes es la cirugía. Cuando el estadio es avanzado se suelen incluir además quimioterapia, inmunoterapia o radioterapia, bien por sí mismas o combinadas. Además, la extensión del tratamiento dependerá de las características del tumor, del estadio en el que se encuentre y de las características propias de cada paciente.

Nuestro tarificador automático de cáncer permite de una forma sencilla la tarificación de esta patología.

Para finalizar, nos quedamos con un dato positivo, dentro de la Unión Europea los países con una tasa de mortalidad más baja por melanoma son España, Grecia y Portugal.

MELANOMA

ESCALAS		TNM	PROFUNDIDAD	TARIFICACIÓN
Breslow 1	Clark 1	Tis	< 0.76 mm	Vida: Aplazar un año y evaluar. Si persiste la misma clasificación, normal Invalidez, accidentes e ILT: normal
Breslow 2	Clark 2	T1	0.76-1 mm	Vida e invalidez: aplazar durante 3 años una vez finalizado el tratamiento. Tras el aplazamiento, durante el primer año +5%, el segundo año +2.5% y el tercer año +1%, después normal Accidentes e ILT: normal
Breslow 3	Clark 3	T2	1-2 mm	Vida e invalidez: aplazar durante 4 años una vez finalizado el tratamiento. Tras el aplazamiento, durante el primer año +5%, el segundo año +2.5% y el tercer año +1%, después normal Accidentes e ILT: normal
Breslow 4	Clark 4	T3	2-4 mm	Vida e invalidez: aplazar durante 5 años una vez finalizado el tratamiento. Tras el aplazamiento, durante el primer año +5%, el segundo año +2.5% y el tercer año +1%, después normal Accidentes e ILT: normal
Breslow 5	Clark 5	T4	>4 mm	Vida, invalidez, accidentes e ILT: rehusar

En el caso de que haya discrepancias entre las diferentes clasificaciones predominará la de Clark.

Selección Vida

Depósito legal:M-344-97



SELECCIÓN VIDA es una publicación editada por el Dpto. Ramos Personales de **NACIONAL DE REASEGUROS, S.A.** en colaboración con el Doctor Pedro Gargantilla Zurbano, 8 - 28010 Madrid
www.nacionalre.es - nr@nacionalre.es