

Cancer metastásico de primitivo desconocido

Estudio retrospectivo de 122 historias clínicas del Instituto de Oncología del MSP durante el período 1980-1984

Dr. Roberto Levin¹, Dr. Alberto Vasallo²,
Dr. Gaspar Catalá³

En el Instituto de Oncología del Ministerio de Salud Pública (M.S.P.) se realizó un estudio retrospectivo sobre 122 historias clínicas de pacientes diagnosticados como portadores de un cáncer metastásico de primitivo desconocido (CMPD), en un período comprendido entre 1980 a 1984.

Su frecuencia fue de 3.5% de todos los pacientes neoplásicos, con una relación según sexo masculino/femenino de 2.48.

Los secundarismos ganglionares constituyeron el 40% de los casos, las metástasis óseas se comprobaron en 31% de los casos, y los secundarismos viscerales en 24%.

La sobrevivencia actuarial global para ambos sexos fue de 23% al primer año y de 12% a los dos años.

De acuerdo a la edad, el sexo, el sitio del secundarismo y la histología del mismo, se identificaron cinco grupos de pacientes con un manejo diagnóstico, terapéutico y pronóstico particulares.

La investigación del tumor primitivo es en general infructuosa y debe apuntar a descartar aquellos tumores para los cuales existe un tratamiento efectivo aún en situaciones de neoplasias avanzadas.

INTRODUCCION

El cáncer metastásico de primitivo desconocido (CMPD) es una situación relativamente frecuente en la clínica médica. Según los criterios que se acepten para definirlo presenta una frecuencia variable en la literatura, oscilando entre 0.5% hasta 15% de todos los pacientes oncológicos (1, 2, 3).

Según los datos publicados por la Sección Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud Pública (M.S.P.) (4) las tres neoplasias más frecuentes y de tendencia siempre creciente en los últimos veinte años en nuestro país son pulmón, mama y el cáncer de primitivo desconocido (Fig. 1).

Para los años 1980-1983 (Cuadro I) las muertes por primitivo desconocido constituyen aproximadamente el 10% del número total de fallecimientos por tumores (5).

La frecuencia de esta entidad, las elevadas cifras de mortalidad que publica el M.S.P., así como los problemas que se plantean en el proceso diagnóstico y el plan terapéutico de estos pacientes, nos han llevado a realizar un estudio sobre el CMPD en nuestro medio con una doble finalidad:

- a) con un objetivo epidemiológico, descriptivo, que nos permita conocer la frecuencia, distribución y la evolución de esta entidad;
- b) con el objetivo de que nos permita contribuir a una mejor definición clínica de esta situación así como a la identificación de distintos grupos de pacientes con un proceso diagnóstico, terapéutico y pronóstico particulares.

PALABRAS CLAVE:

Metástasis del neoplasma

1, 2 Médicos del Instituto de Oncología del M.S.P.

3 Prof. Adj. del Departamento de Oncología del Hospital de Clínicas - Facultad de Medicina.

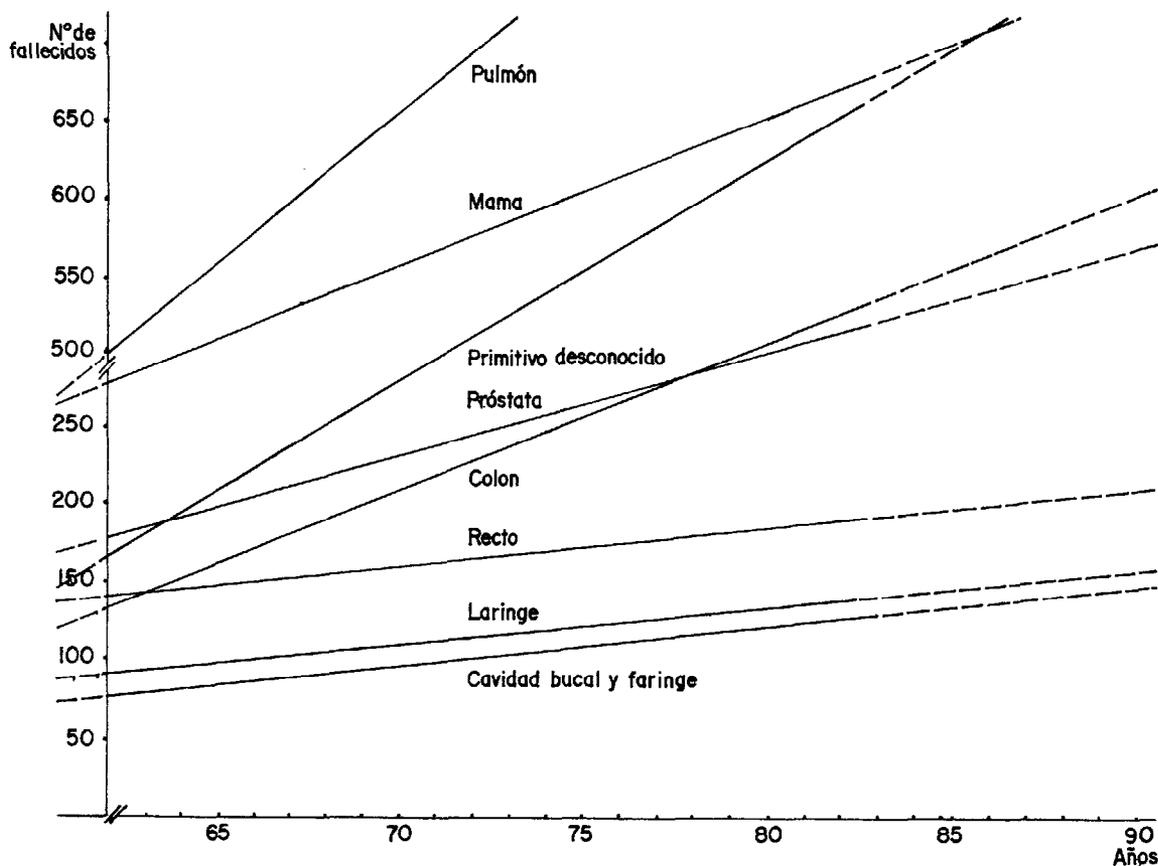


FIGURA 1
Tendencia de la mortalidad por cáncer en el Uruguay
Localizaciones con tendencia ascendente

CUADRO I
Primitivo Desconocido
Mortalidad en el Uruguay

año	muerter por p. desconocido	muerter por tumores	%
1980	598	5940	10.1
1981	641	6154	10.4
1982	623	6010	10.4
1983	591	6128	9.6

Ministerio de Salud Pública
División Estadística

MATERIAL

Población

Sobre el total de pacientes del Instituto de Oncología

en el período de 5 años comprendido entre los años 1980 y 1984 se seleccionaron los casos primariamente catalogados como pacientes portadores de metástasis con primitivos en estudio: 151 historias clínicas fueron primariamente consideradas elegibles para el estudio; finalmente, 122 historias fueron consideradas evaluables.

Criterios de inclusión

Se incluyeron pacientes con Anatomía Patológica confirmatoria de enfermedad maligna metastásica y aquellos casos con difícil acceso quirúrgico a la A. Patológica pero con evidencias clínicas y para-clínicas inequívocas de metástasis.

Causas de exclusión

Seis pacientes fueron falsamente diagnosticados como primitivos desconocidos, ya que de sus estudios primarios surgió el hallazgo del tumor primario.

Veintitrés pacientes fueron excluidos por falta de datos suficientes: falta de A. Patológica, muerte pre-

matura del paciente, estudios para-clínicos insuficientes o no concluyentes.

METODOS

Se estudió la frecuencia relativa de los primarios desconocidos con respecto al total de tumores del Instituto de Oncología en el mismo período.

Se realizó la distribución de los casos según la edad y el sexo.

Según la topografía de las metástasis se discriminó entre secundarismos ganglionares y viscerales.

Se estudió la distribución de los secundarismos ganglionares considerando sólo aquellas metástasis ganglionares puras, es decir, sin participación visceral ni ósea.

Se estudió su presentación única o múltiple, según estuvieran afectadas una o más de una región ganglionar.

Se define como región ganglionar cervical alta a todas las regiones cervicales excluyendo las supraclaviculares.

Las regiones supra-claviculares se definen como región ganglionar cervical baja.

Por secundarismo ganglionar mediastinal se entiende afectación de los ganglios mediastinales sin evidencia clínica, radiológica ni fibrobroncoscópica de lesión primaria pleuropulmonar.

Se realizó el estudio de estas lesiones según su histología.

Se realizó el estudio según sexo y localización.

Se identificaron los caracteres más salientes de las localizaciones ganglionares cervicales y extracervicales.

Las localizaciones viscerales se definen como secundarismos únicos o múltiples de una sola víscera o hueso.

Las metástasis viscerales múltiples son aquellas que comprometen ganglios y vísceras, dos o más vísceras, hueso y vísceras y/o ganglios.

Se analiza la distribución según sexo e histología de las metástasis viscerales.

Las localizaciones óseas se discriminan en únicas y múltiples y se estudian según sexo e histología.

Se resumen las características más salientes de las metástasis viscerales.

Estudios de sobrevida actuarial global según sexo.

Se estudia la sobrevida actuarial discriminada según la localización.

Se estudia la sobrevida actuarial discriminada según la histología, considerando sólo aquellos tumores de estirpe epitelial: epidermoides, adenocarcinomas y carcinomas indiferenciados. Se excluyeron los carcinomas sin especificar, los diagnósticos citológicos, otras histologías, y el grupo de tumores en los que finalmente fue hallado el primitivo. Se trata de grupos numéricamente muy pequeños que no permiten el cálculo actuarial.

Se estudia un grupo de pacientes que si bien inicialmente fueron considerados como portadores de primarios desconocidos, evolutivamente se encontró el tumor primitivo.

Se establece para este grupo la frecuencia, la topografía de la metástasis en relación al primario hallado, así como la histología definitiva del tumor.

RESULTADOS

En el período de 5 años, comprendido entre 1980 y 1984, se estudiaron en el Instituto de Oncología 3.466 pacientes. Cientocincuenta y un casos fueron primariamente catalogados como cánceres metastásicos con primitivos en estudio. Fueron considerados evaluables para este estudio 122 pacientes. La frecuencia global en este período fue de 3.5% (122/3.466). (Cuadro II)

CUADRO II
Primitivo Desconocido
Frecuencia en el Instituto de Oncología
Período 1980-1984

año	tumores malignos	primario desc.	%
1980	605	21	3.5
1981	614	17	2.8
1982	728	21	2.9
1983	789	31	3.9
1984	730	32	4.4
total	3466	122	3.5

La distribución según grupo etario y sexo muestra 87 casos de sexo masculino y 35 para el sexo femenino, con una relación m/f de 2.48. (Fig. 2)

Para el sexo masculino la mayor incidencia se produce en la década de los 50-60 años, mientras que para

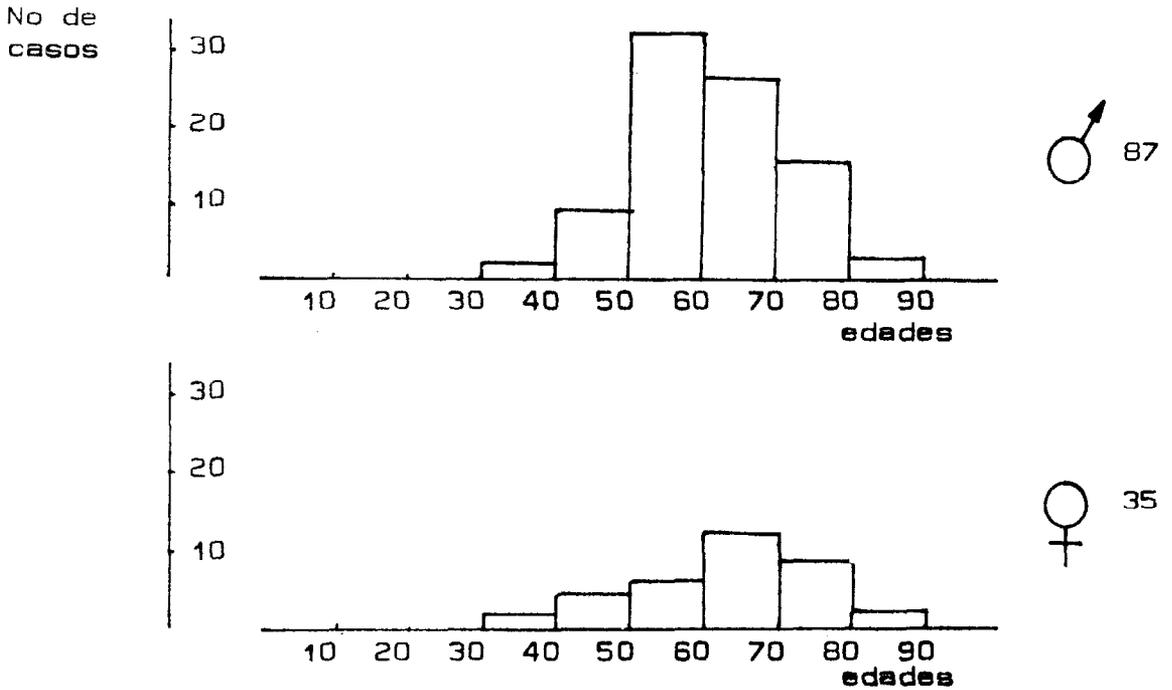


FIGURA 2
Primitivo Desconocido
Distribución según edad y sexo

el sexo femenino la mayor incidencia es un poco más tardía, 60-70 años.

La distribución global según la topografía del secundarismo (Cuadro III) muestra 74 casos (60.7%) de metástasis viscerales y 48 casos (39.3%) de metástasis ganglionares.

CUADRO III
Primitivo Desconocido
Distribución según localización del secundarismo

GANGLIONARES	48	39.3%
VISCERALES	74	60.7%

La distribución de las localizaciones ganglionares (Cuadro IV) evidencia una gran mayoría de metástasis cervicales (29 casos), constituyendo un 60% del total de las localizaciones ganglionares y el 23.7% del total de metástasis de toda la población en estudio.

De estas 29 localizaciones cervicales 22 correspondieron a adenopatías altas (Cuadro V), cinco casos a adenopatías exclusivamente bajas y dos casos a loca-

lizaciones altas y bajas simultáneas.

En cuanto a la histopatología de estas lesiones debe destacarse que en 13 de 22 lesiones cervicales altas se comprobó carcinoma epidermoide (56%).

En las 7 localizaciones cervicales restantes, que presentan participación baja se comprueba un solo caso de carcinoma epidermoide, siendo los restantes 4 adenocarcinomas y 2 carcinomas indiferenciados.

Debe destacarse que el 89.6% de las metástasis cervicales correspondió al sexo masculino.

Las metástasis ganglionares extracervicales constituyen un grupo de 19 pacientes, a predominio de las lesiones ganglionares múltiples (Cuadros IV y V), en los que se verifica un solo caso de carcinoma epidermoide, con clara predominancia de los adenocarcinomas y los carcinomas indiferenciados.

Las metástasis viscerales constituyeron el 60.7% de los casos. Su distribución según la localización evidencia 31% de localizaciones óseas, seguido por los secundarismos hepatoperitoneales y múltiples cada uno aproximadamente con 25%. (Cuadro VI)

Las localizaciones óseas son las segundas en orden de frecuencia luego de las metástasis cervicales. Se

CUADRO IV
Primitivo Desconocido
 Caracteres de las localizaciones ganglionares

CERVICALES	29 ← predominio	alto	22/29	75.9%
		masculino	26/29	89.7%
		epidermoideo	14/29	48.3%
NO CERVICALES	19 — predominio	múltiple	9/19	47.4%
		masculino	12/19	63.2%
		adenocarcinoma	8/19	42.1%

CUADRO V
Primitivo Desconocido
 Distribución de las localizaciones ganglionares

Localización	No.	% grupo	total
cervicales	29	60.8	23.7
axilares	1	2.0	0.8
inguinales	2	4.2	1.6
mediastinales	7	14.6	5.7
múltiples	9	18.8	7.3
total	48	100.0	39.3

trata de un grupo de 23 pacientes (Cuadro VII), en el que predominan los de sexo masculino (65%), que en el 70% de los casos se presenta como metástasis ósea aislada, mayoritariamente en vértebra, fémur, húmero y costilla.

De estos 23 pacientes se posee la anatomía patológica en 20 de ellos, 14 de los cuales (65%) correspondieron a adenocarcinomas, 3 carcinomas sin especificar y 3 carcinomas indiferenciados.

Los pacientes con localizaciones secundarias múltiples (Cuadros VI y VII) son un grupo de 19 pacientes que representan un 15.5% del total de la población, todos ellos de sexo masculino, y que combinan las localizaciones aisladas más frecuentes. Se posee la anatomía patológica de 18 pacientes, correspondiendo aproximadamente un 30% a cada una de las histologías epiteliales.

CUADRO VI
Primitivo Desconocido
 Caracteres de las localizaciones viscerales

OSEAS	23 — predominio	aislado	16/23	69.6%
		masculino	15/23	65.2%
		adenocarcinoma	14/23	60.8%
MULTIPLES	19 — predominio	ganglionar	16/19	84.2%
		óseo	11/19	57.9%
		masculino	19/19	100.0%
		sin predominio histológico		
HEPATOPERITONEALES	18 — predominio	femenino	14/18	77.8%
		adenocarcinoma	10/18	55.6%
OTRAS (S.N.C., Piel, Pulmón)	14 — predominio	masculino	13/14	92.9%
		sin predominio histológico salvo en piel con 4/5 adenocarcinomas		

CUADRO VII
Primitivo Desconocido
 Distribución de las localizaciones viscerales

Localización	No.	% grupo	% total
pulmón	4	5.4	3.0
hígado y peritoneo	18	24.3	14.7
hueso	23	31.1	18.8
piel	5	6.8	4.0
sistema nervioso	5	6.8	4.0
múltiples	19	25.6	15.5
total	74	100.0	60.7

Las localizaciones hepatoperitoneales (Cuadro VII) están constituidas por un grupo de 18 pacientes, 77.8% de los cuales corresponden al sexo femenino. En cuanto a la histopatología se comprueba que se trata predominantemente de adenocarcinomas 56%. Debe mencionarse que sólo se posee la anatomía patológica de 13 pacientes ya que en 5 ocasiones el diagnóstico fue citológico por hallazgo de células neoplásicas en líquido de ascitis.

Las restantes localizaciones son numéricamente pequeñas y no es posible obtener resultados válidos. Se debe señalar no obstante, que considerados en su conjunto se comprueba predominio del sexo masculino (93%), llamando la atención el hallazgo de 4 metástasis correspondientes a adenocarcinomas en piel sobre un total de 5 pacientes. (Cuadro VII)

El estudio de la sobrevida actuarial global según el

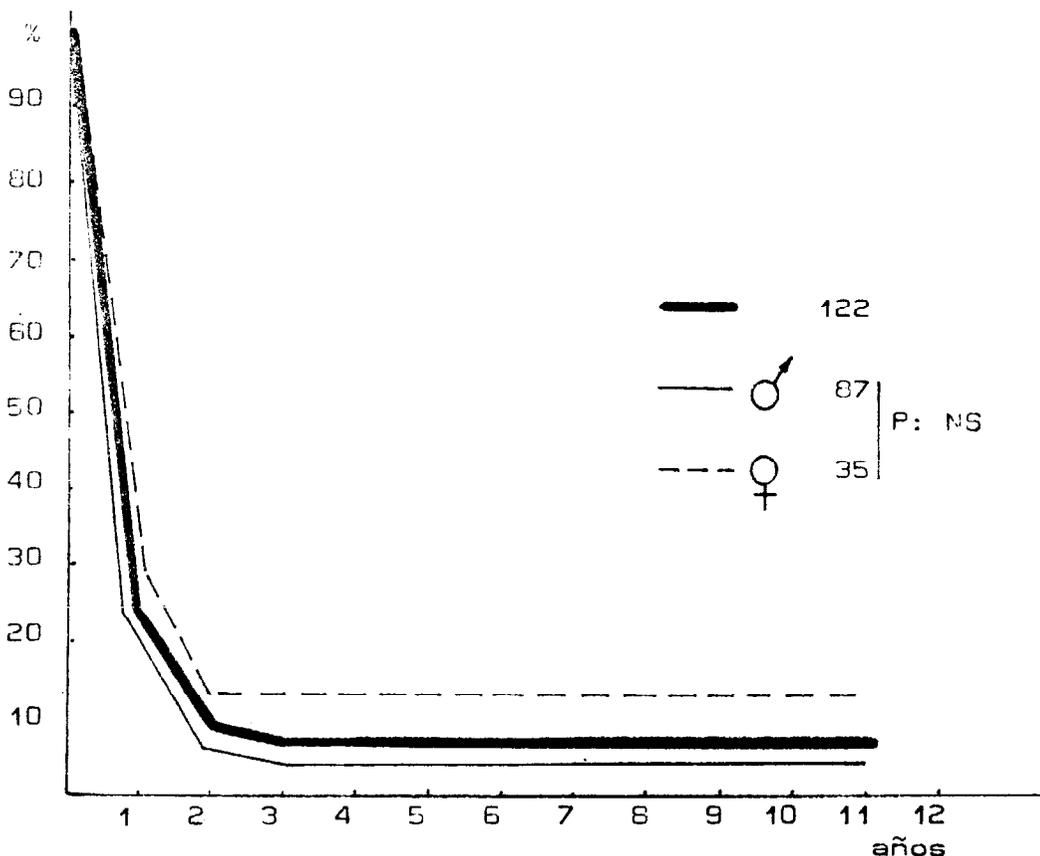


FIGURA 3
 Primitivo Desconocido
 Sobrevida actuarial. Toda la población según sexo

sexo (Fig. 3), muestra una sobrevida global al año de un 23% de la población, que cae a un 10% a los dos años. A partir de los tres años, el 4% de la población masculina y el 12% de la población femenina permanecen como sobrevivientes prolongados sin comprobarse nuevos fallecimientos en ninguno de los dos grupos. No se comprueban diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

En la figura 4 se estudia la sobrevida actuarial discriminada según localización ganglionar y visceral. Se destaca que al primer año sobrevive un 33% de los pacientes con secundarismos ganglionares, mientras que sólo lo hace un 18% de aquellos con localizaciones viscerales. A partir del segundo año las curvas se superponen, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

En la curva de sobrevidas actuariales discriminadas por histología (Fig. 5) se observa que los adenocarci-

nomas y los carcinomas indiferenciados presentan curvas paralelas con una muy discreta diferencia favorable a los carcinomas indiferenciados a partir de los dos años.

En cuanto a los carcinomas epidermoides, su evolución es francamente más favorable en el corto plazo, con una sobrevida al año de un 45% con respecto al 20% de los restantes grupos. Sin embargo, se observa una rápida caída que a partir de los dos años elimina toda diferencia, más aún, los sobrevivientes prolongados pertenecen a los grupos de adenocarcinoma y de carcinoma indiferenciado.

Hallazgo de tumores primitivos

En la serie en estudio hubo un grupo de tumores malignos considerados en su proceso diagnóstico y terapéutico como Primitivos Desconocidos, en los

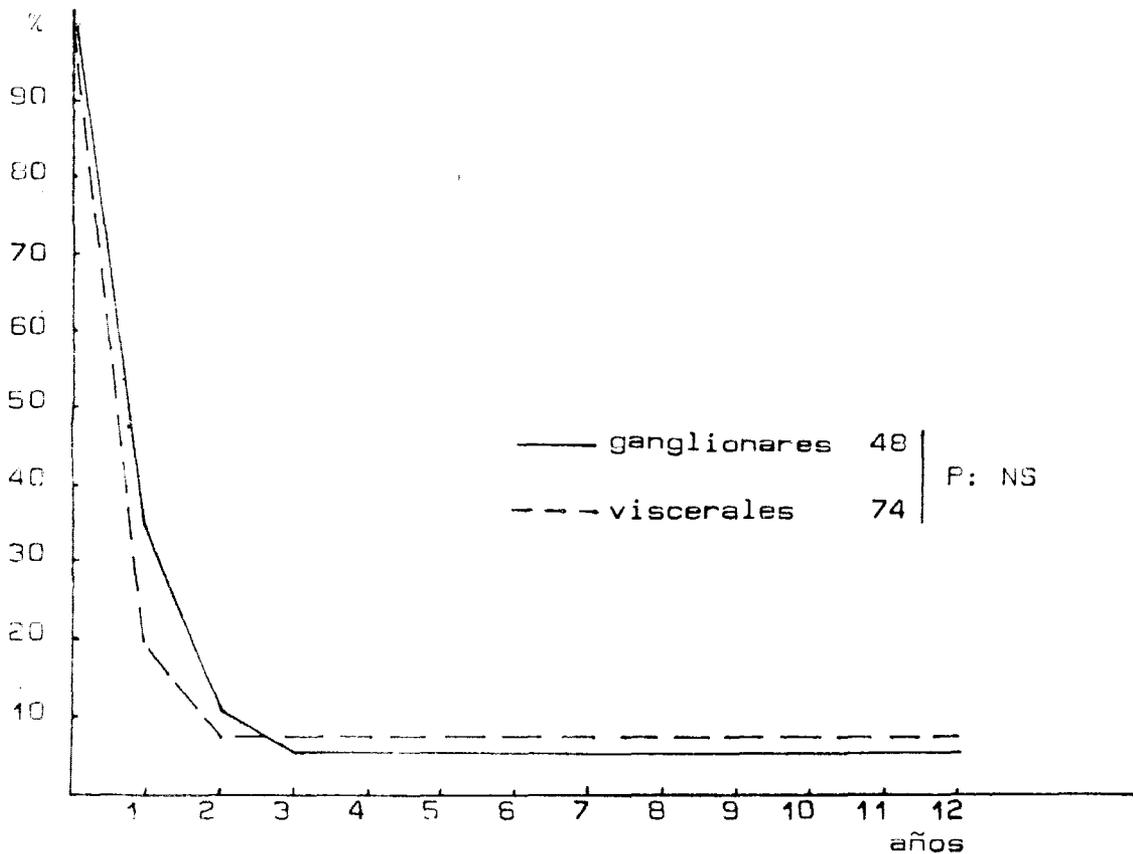


FIGURA 4
Primitivo Desconocido
Sobrevida actuarial. Secundarismos ganglionares y viscerales

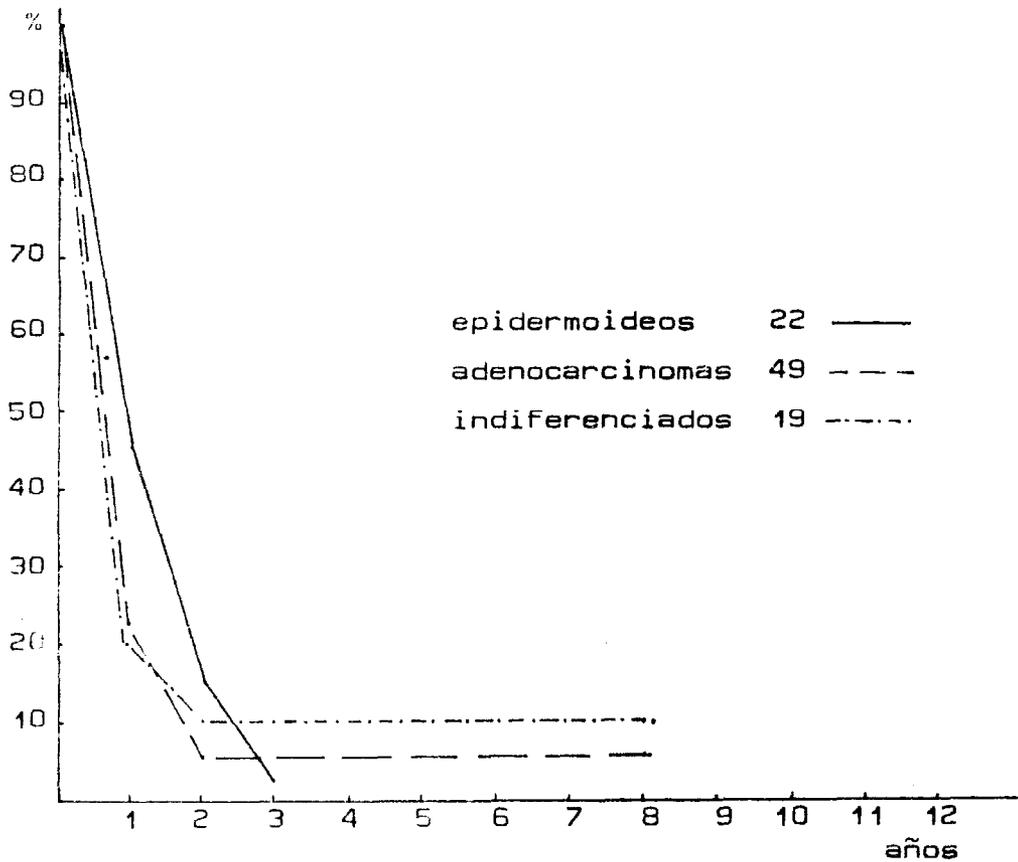


FIGURA 5
Primitivo Desconocido
Sobrevida actuarial según histología

que evolutivamente se pudo detectar el tumor primario.

Este grupo está constituido por 13 pacientes, es decir 10.7%, de ellos 11 corresponden al sexo masculino y 2 al sexo femenino. En el cuadro VIII se detalla el sitio de compromiso metastásico de presentación de estos tumores. Se observa que en la mitad de los casos se trató de presentaciones ganglionares y más frecuentemente de localizaciones ganglionares cervicales (5 casos), los que en su totalidad correspondieron a primitivos de la esfera oto-rino-laringológica (O.R.L.): dos primitivos de Cavum y tres de Sinus Piriforme. Debe destacarse que en ambos casos, que finalmente fueran diagnosticados como Linfomas no Hodgkinianos, el diagnóstico histopatológico inicial fue de Carcinoma Indiferenciado.

DISCUSION

En el Uruguay la mortalidad relativa por neoplasias

de primitivo oculto es de aproximadamente 10%, ocupando el segundo lugar detrás de los neoplasmas de pulmón. Se trata de una proporción muy elevada, que si bien podría estar refrendada por otras series internacionales (1, 2, 6, 7), si consideramos la frecuencia hallada en el Instituto de Oncología de 3.5%, debemos concluir que además de la elevada frecuencia seguramente se agrega un problema de registro y/o de clasificación. Estevez (7), en Argentina, analiza una serie de 145 casos encontrando una proporción muy similar a la nuestra, 3.2%.

En cuanto a las características de los diversos grupos de pacientes, estos deberán individualizarse en base a su localización, edad y sexo.

Destaca un primer grupo constituido por pacientes de sexo masculino, con metástasis cervicales altas cuya histopatología corresponde a carcinomas epidermoides y cuyos primarios desconocidos presumiblemente pertenecen a la esfera O.R.L. Este es un grupo de pacientes identificado por varias publica-

CUADRO VIII
Primitivo Desconocido
 Hallazgo del primario — 13/122 - 10.7%

Secundarismo ganglionar	Primitivo detectado
4 cervicales altos	seno piriforme seno piriforme cavum cavum
1 cervical bajo	seno piriforme
2 múltiples	riñón linfoma no Hodgkiniano
Secundarismo visceral	Primitivo detectado
1 hepato peritoneal	recto
2 óseos	oat cell próstata
2 múltiples	oat cell linfoma Hodgkiniano
1 piel	próstata

ciones (1, 2, 6, 8, 9), que coinciden en señalar su relativo buen pronóstico con respecto a los otros secundarismos ganglionares extracervicales y viscerales. Se señala en la literatura una sobrevida de aproximadamente 30% a los 5 años en estos pacientes tratados con la combinación de radioterapia y cirugía radical de cuello. Según los autores, los enfoques diagnósticos y terapéuticos para esta localización no son del todo coincidentes, señalando algunos (9) la necesidad de biopsias a ciegas en Cavum, base de lengua y amígdala; para otros estas maniobras (8) deben proscribirse absolutamente ya que ellas dificultarían los repetidos exámenes O.R.L. que son necesarios en estos casos.

Desde el punto de vista terapéutico, un grupo señala la utilidad de la radioterapia radical realizada sistemáticamente desde la base del cráneo hasta las regiones supra-claviculares bilateralmente (9); otros grupos prefieren campos menos extensos para evitar efectos secundarios, realizando un enfoque combinado con la cirugía (1, 8).

En la serie por nosotros estudiada no se aplicó un criterio uniforme, variando según los casos el tratamiento realizado, que en lo fundamental no se aparta de los criterios mencionados.

Si bien en nuestra serie se identifica este grupo de enfermos con localizaciones referibles a la esfera O. R. L., del estudio de las sobrevidas actuariales según sexo, localización e histología no surge un grupo de mejor pronóstico.

Un segundo grupo que debe mencionarse es el de los

secundarismos hepato-peritoneales integrado en un 80% por pacientes de sexo femenino, mayoritariamente adenocarcinomas y que hace plantear el probable origen genital y sobre todo ovárico de estos tumores. Pensamos que se deberá agotar siempre la instancia diagnóstica en este grupo de pacientes, ya que se trata de tumores que aún en estados avanzados de la enfermedad ofrecen buenas posibilidades de manejo combinado quirúrgico, radio y/o quimioterápico.

Se identifica también un grupo que puede llamarse de verdadero mal pronóstico, integrado por aquellos pacientes con metástasis múltiples, de sexo masculino, sin histología predominante, con una sobrevida media de 2 meses, portadores de una enfermedad en general rápidamente evolutiva.

El grupo de mayor frecuencia dentro de los secundarismos viscerales lo constituyen los pacientes con metástasis óseas. Merece señalarse la alta frecuencia de adenocarcinomas (75%), seguidos por los carcinomas indiferenciados, así como la ausencia absoluta de carcinomas epidermoides.

Llama la atención que el 70% de los casos se presenta como metástasis ósea única, debiéndose destacar que aún sin identificar el tumor primario, este grupo presenta 8 casos (30%), en los que la sobrevida es mayor de dos años, característica de una enfermedad lentamente evolutiva.

Por la histología de estas metástasis, su lenta evolución, la edad de presentación y el sexo, deberán descartarse siempre aquellos tumores primarios pasibles de tratamiento aún en estadios avanzados: mama, próstata y tiroides.

El estudio de la sobrevida actuarial global, según sexo, localización e histología es, salvo para el caso de las localizaciones cervicales, igual a lo publicado en otras series (2, 6, 7, 8, 9).

Del estudio de esta serie, surge que en 13 casos, 10.7%, se halló el tumor primitivo. Se plantean entonces diversas interrogantes que incluyen desde la propia definición de Primitivo Desconocido, cuál deberá ser clínicamente el límite para la búsqueda diagnóstica, hasta las interrogantes de manejo terapéutico de estos pacientes.

Pensamos que más que una definición acabada del tema, debe en realidad considerarse este problema desde el punto de vista clínico. Se trata de una situación clínica, en la cual parecería lo más adecuado adoptar la definición de trabajo de Ultmann y Phillips (2) que consideran que un paciente será portador de un tumor metastásico con un primitivo clínicamente desconocido, cuando:

- a) presenta una metástasis histológicamente confirmada;

- b) la historia y el examen, incluido el examen regional realizado por especialista, no son orientadores;
- c) los exámenes de rutina habituales, incluyendo: radiografía de tórax, sedimento urinario en búsqueda de hematuria, examen de materia fecal para descartar sangrado gastrointestinal, son negativos.

En cuanto a la orientación diagnóstica en la búsqueda del primitivo, ella surge según vimos de la combinación de 4 factores: edad, sexo, topografía del secundarismo y su anatomía patológica.

En cuanto a edad, sexo y topografía ya fueron señalados en esta serie las diferencias significativas que se encuentran en los distintos grupos si se discriminan estos factores.

Insistiremos aquí en algunos puntos que merecen recordarse de la histopatología. Deberán agotarse todos los medios si existen dudas o indefinición desde el punto de vista anatomopatológico(2).

En primer lugar, si ello fuera necesario, deberá repetirse la biopsia, ya sea porque el material obtenido en primera instancia deja dudas, o bien para la obtención de mejor o mayor cantidad de tejido para la realización de técnicas especiales.

Primariamente se insistirá en la clasificación en cuanto a la estirpe epitelial o extraepitelial del tumor. Se trata en su inmensa mayoría de tumores epiteliales; así un carcinoma epidermoide orientará, si es una metástasis supradiaphragmática, a la esfera O.R.L., esófago o pulmón. Si se trata de un secundarismo infradiaphragmático se orientará la búsqueda a la esfera ano-genital. Deberá insistirse en el interrogatorio, en la exéresis previa de lesiones de piel de cara y miembros (8).

Si el diagnóstico anatomopatológico señala adenocarcinoma, deberá insistirse en la realización de técnicas para mucina (Alcian Blue), cuya positividad orientará a ovario, pulmón o tubo digestivo, y a estómago si se acompaña de PAS positividad.

Un carcinoma cordonal o cordonal sólido orientará primariamente a un adenocarcinoma de mama.

Los adenocarcinomas a células claras orientan en el hombre hacia próstata, en la mujer a ovario, en ambos sexos a riñón y si el paciente es fumador a pulmón. En ocasiones una tinción de Fontana revelará que un tumor de células claras es en realidad un melanoma. Si se realizan técnicas para receptores de estrógenos, su positividad orientará hacia un primitivo mamario y luego a un eventual origen en ovario o endometrio.

En especial merecen comentarse los tumores indiferenciados y los carcinomas indiferenciados, ya que en estos casos a menudo es imposible clasificar co-

rrrectamente su estirpe epitelial o extraepitelial. Ello tiene implicancia terapéutica ya que el diagnóstico final podrá variar entre: carcinomas pobremente diferenciados, carcinomas de pequeñas células, linfomas, sarcomas pobremente diferenciados, melanoma y tumores germinales. En esta situación, en la que la entidad nosológica oscila entre las neoplasias sin tratamiento específico hasta aquellos tumores curables aún en estadios avanzados deberán agotarse todas las técnicas diagnósticas histoquímicas, inmunológicas, enzimáticas y hormonales. Especialmente deberá insistirse en el estudio de los marcadores tumorales: alfa feto proteína y β HCG, capaces por sí mismos de identificar un tumor de estirpe germinal, curables en 50% de los casos aún con metástasis múltiples.

Uno de los puntos más discutidos es la validez de la aplicación del conocimiento de las frecuencias de las distintas neoplasias en la búsqueda sistemática de un primitivo oculto.

Al respecto Estévez (7) señala que las curvas de mortalidad según sexo y edad de la población de Primarios Desconocidos coincide con las curvas de mortalidad de los neoplasmas más frecuentes según sexo y edad.

Otros autores (10) concluyen precisamente lo contrario. Comparan los primarios encontrados, con y sin necropsia, en los pacientes catalogados de primario oculto, con los resultados generales de la incidencia de los distintos neoplasmas, y concluyen que los resultados difieren. Señalan que las metástasis más frecuentemente corresponden en estos pacientes a pulmón y a páncreas.

Finalmente debe mencionarse que si bien la búsqueda del tumor primitivo se orientará considerando edad, sexo, topografía e histopatología, desde el punto de vista clínico deberá recordarse que los estudios no podrán prolongarse demasiado, ya que no lo permiten ni la corta sobrevivencia de estos pacientes, ni la precisión diagnóstica de muchos de estos exámenes, ni el tiempo y el costo que insumen. Deberá tenerse presente que según las series ni aún la necropsia permite en ocasiones llegar al diagnóstico. Nystrom (10), encuentra el primitivo en 107 casos sobre 130 necropsias realizadas.

El diagnóstico deberá orientarse entonces hacia aquellas lesiones para las que actualmente se dispone de tratamiento, ellas son (2):

- a) tumores curables: tumores germinales, linfomas;
- b) tratamientos hormonales no tóxicos y efectivos: mama, próstata y endometrio;
- c) quimioterapia altamente efectiva: mama y oat-cell carcinoma.

Sin embargo en el 90% de los casos el tumor primitivo no se encontrará durante la vida del paciente. Se señalan para estos casos dos posibles conductas.

Se identifica un grupo de pacientes (mayoritario), que por su edad, estado general, enfermedades previas o concomitantes, y extensión lesional serán orientados a un tratamiento paliativo, con vistas a mejorar su calidad de sobrevivida, tratar adecuadamente el dolor, y prevenir complicaciones que ocasionalmente pueden convertirse en emergencias: sangrados viscerales, oclusión intestinal, compresión medular, compresión de vía aérea, etc.

Existe otro grupo de pacientes, numéricamente mucho menor, pero que por su edad, estado general, así como por el entorno clínico y por el comportamiento de su neoplasia, aún sin una plena identificación del primario, no se les debe negar la oportunidad de ser portadores de una neoplasia potencialmente curable o por lo menos tratable. Es, por ejemplo, la situación de un paciente joven portador de un tumor ganglionar superficial o profundo de histología indiferenciada al que se le podrá realizar un tratamiento de prueba apuntando al tumor que clínicamente sea el más probable (p. ej.: linfoma no Hodgkiniano o tumor germinal).

En el otro extremo tendremos al paciente añoso, de sexo masculino, con múltiples metástasis óseas de un adenocarcinoma al que se le podrá ocasionalmente realizar un tratamiento de prueba como si fuera portador de un neoplasma de próstata, ya que ello constituye su única oportunidad terapéutica aún sin haber logrado confirmar el primitivo prostático.

Finalmente existe el grupo de pacientes con neoplasias epiteliales de localización cervical alta, que según todos los autores deben ser tratados en base a una combinación de cirugía y radioterapia, aún sin determinar el sitio del tumor primario ya que se obtendrían sobrevividas libres de enfermedad a los tres años de hasta un 40% (2).

Correspondencia:

Dr. R. Levin
Rivera 5056
Montevideo - Uruguay

Résumé

Entre 1980 et 1984, à l'Institut D'Oncologie du Ministère de la Santé Publique, on fit une étude rétrospective de 122 histoires cliniques de patients porteurs d'un cancer métastatique à primaire inconnu (CMPD). La fréquence fut de 3.5% chez tous les patients néoplasiques et la relation selon le sexe fut de 2.48.

Il y eut 40% de secondarismes ganglionnaires, 31% de métastase osseuse et 24% de secondarismes viscéraux. La survie globale pour les deux sexes fut de 23% après un an et de 12% au bout de deux ans.

Cinq groupes de patients à diagnostic, thérapie et pronostic particuliers furent établis selon l'âge, le sexe, l'emplacement du secondarisme et son histologie. L'analyse de la tumeur primitive est en général inutile et elle doit viser à rejeter les tumeurs pour lesquelles il existe un traitement effectif, même lorsqu'il s'agit de néoplasies avancées.

Summary

At the Institute of Oncology of the Ministry of Public Health a retrospective study was carried out of 122 clinical records of patients with metastatic cancer of unknown primary location during 1980-1984.

The rate was 3.5% of all neoplastic patients with a 2.48 male/female frequency.

Secondary ganglionic metastases made up 40% of cases, bone metastases 31% and visceral ones 24%.

Overall survival rates for both sexes was 23% for the first year and 12% for the second.

In accordance with age, sex, secondary site and histology five groups of patients were identified with specific diagnostic, therapeutic and prognostic management.

Tracing of the primary tumor is generally unsuccessful; efforts should be centered upon those tumors liable to effective treatment even in cases of advanced neoplasias.

Bibliografía

- 1980; 22: 164-168.
1. HOBBS, J; RODRIGUEZ, AR: Cáncer Metastásico si. Localización Primaria Conocida. Am. Family Phys.
 2. ULTMAN, JE; PHILLIPS, TH: Management of the Patient with Cancer of Unknown Primary Site. Cancer: Principles and Practice of Oncology. Philadelphia, Lip-

pincott. 1982.

3. **SEGUI INSTITUTE OF CANCER EPIDEMIOLOGY:** Age adjusted Death Rates for selected Sites; 1971-1977. Nagoya, 1977.
 4. **MINISTERIO DE SALUD PUBLICA:** División Estadística. Sección estadísticas Vitales. Mortalidad por cáncer en el Uruguay por sitio, sexo y edad; años 1963-1980. Montevideo, 1985.
 5. **MINISTERIO DE SALUD PUBLICA:** División de Estadística. Sección Estadísticas Vitales. Mortalidad por Cáncer en el Uruguay por sitio, sexo y edad; años 1980-1983. Montevideo, 1985.
 6. **STRADA, B; ROBUSTELLI, della CUNA G:** Neoplasie a Sede Primitiva Ignota. In: Manuale di Oncología Médica. Milán, 1981. p. 771-775.
 7. **ESTEVEZ, RA; FLEISCHER, I:** Cáncer Metastásico de Origen Desconocido. Rev. Latinoam. Quimioterap. Antineopl., 1977; 9, (1-2): 21-30.
 8. **DEVINE, KD:** Cáncer en el Cuello sin Origen Aparente. Mayo Clin. Proc., 1978; 53:644-650.
 9. **PORTLOCK, CS; GOFFINET, DR:** Metastases from Unknown Primary Sites. In: Manual of Clinical Problems in Oncology. Boston, Little, Brown, 1980. p. 146-148.
 10. **NYSTROM, JS:** Formas de presentación metastásicas e histológicas en el Cáncer Primario Desconocido. Semin. Oncol., 1978; 84-95.
-