

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

Semiología y cáncer

*S. Soto O.

La Semiología permite al médico, en muchas oportunidades, sospechar fuertemente la existencia de un cáncer y es la ordenación estricta a las sugerencias del método clínico, basado en la Anamnesis y en el Examen Físico, la condición necesaria para acercarse fuertemente al diagnóstico.

Los síntomas mediante los cuales se puede expresar una neoplasia son de varios órdenes:

- Aquellos derivados de la existencia misma de la lesión.
- Los que se expresan como resultado de la siembra tumoral.
- Los que surgen por los trastornos mecánicos que produzca un tumor.
- Aquellos que expresan las acciones que producen las sustancias generadas por el tumor; por ejemplo, ACTH, PTH, ADH, MSH, eritropoyetina, etc.

La Neoplasia es un desorden grave de la reduplicación celular, no sólo en lo referente a la cantidad de células sino a su calidad biológica.

El tumor pasa, de alguna manera, a comandar en el organismo el comportamiento de algunos parámetros químicos o bioquímicos y a cambiar parte de la anatomía del órgano y del

cuerpo y de aquí se deriva su comportamiento clínico.

El médico, a quien llega el paciente aquejado de diversos síntomas, debe sospechar la existencia del cáncer en situaciones de extrema dificultad, toda vez que el tumor puede revestirse con el ropaje del funcionalismo normal de un órgano determinado haciendo que el clínico en no pocas oportunidades, no caiga en sospechas.

Siendo la Anamnesis y el Examen Físico los 2 pasos más importantes para acercarse a un diagnóstico, se detallará en qué forma el médico puede ir descubriendo el cáncer en la maraña sintomática del enfermo o en la pseudonormalidad de él.

ANAMNESIS

El espectro sintomático en un paciente con cáncer va desde el hallazgo de la enfermedad en un hombre sin molestia alguna, hasta un deterioro orgánico que no deja dudas etiológicas, sin la ayuda del laboratorio.

La astenia, el síndrome depresivo, la anorexia, el descenso de peso, los síntomas derivados del trastorno puramente mecánico producido por un tumor y los síntomas provenientes de la producción de sustancias hormono-similes, son el abanico que conforman las numerosas molestias que la enfermedad puede producir en el enfermo.

La astenia no tiene una clara explicación y

*Departamento de Medicina Interna, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

tampoco el síndrome depresivo. De este último, sin embargo, puede decirse que es clásica la afirmación que precede al diagnóstico, a veces meses antes, en el cáncer pancreático.

La anorexia es por lo general, temprana; se dice que la anorexia selectiva especialmente por alimentos cárneos es más propia de los cánceres digestivos, especialmente del cáncer gástrico. Sin embargo, en las primeras etapas de este tumor y en el insulinoma, pudiera haber una importante bulimia.

Hay otros síntomas que permiten entrar en sospechas de la existencia de un cáncer y éstos son:

El cambio del hábito intestinal. Síntoma propio de los cánceres de colon, con constipación en el caso del cáncer de colon izquierdo y diarrea en el de colon derecho. También en el cáncer gástrico, especialmente cuando se acompaña de hipo o anaclorhidria, puede producirse diarrea.

La diarrea, sin embargo, no sólo es propia de estos carcinomas sino que puede derivarse de la inmunoincompetencia provocada por la existencia del tumor y que permite la invasión intestinal de parásitos como el *Strongyloides stercoralis* y *criptosporidium* y de sobrepoblación bacteriana.

Dentro de los trastornos del hábito intestinal se ha descrito un síntoma en extremo subjetivo, pero que puede tener mucho valor; es el cambio en el olor de las heces que cada persona tiene como propio. Se debe ello, a pequeños sangramientos en el tubo digestivo que aumentan el contenido de gas metano y que, por dicha razón, cambian el personalísimo olor de la deposición.

Los otros síntomas de un cáncer derivan de su localización. Es así como la disnea sin materia puede reflejar desde la anemia secundaria al tumor, hasta infiltración pulmonar con o sin atelectasias o derrame pleural.

Los cánceres digestivos se expresan con distensión abdominal, haya o no carcinomatosis peritoneal, y con dolor. El dolor puede corresponder a un síndrome ulceroso en el caso del cáncer gástrico; una dorsalgia en el cáncer pancreático, dolor postprandial precoz cuando hay lesión infiltrativa de intestino delgado o en tumores colónicos. En el retroperitoneo, es ha-

bitual un dolor lumbar o la existencia de poliuria sin disuria ni tenesmo vesical. Cuando la infiltración tumoral es más baja e invade nervios como el femoral o el obturador, es característico el dolor en la zona anterior de los muslos.

De modo que los síntomas de un cáncer sea por su localización o por el trastorno mecánico que produzca, son similares a los producidos por otras patologías y el clínico deberá sospechar la lesión cancerosa, en el contexto en el cual se da.

Un cólico biliar complicado puede corresponder por lo tanto a una litiasis biliar y mucho más raramente a un cáncer de vía biliar.

Una neumopatía aguda en un adulto puede ser sólo eso, una neumonía bacteriana; en el contexto de un tabaquismo acentuado, el mismo cuadro puede ser un cáncer bronquial con o sin atelectasia.

Una disfonía en un adulto puede ser un cuadro viral común; más alejadamente, un cáncer de mediastino o pulmonar, o un cáncer de cuerdas vocales.

Más difícil es la sospecha anamnésica de un tumor, cuando éste se expresa con los síntomas que derivan de sustancias hormono-similes producidas por la lesión.

Un tumor pulmonar o un cáncer medular del tiroides puede expresarse por aumento de peso, tendencia a la hiperglicemia e hipertensión y ello sugiere una producción de ACTH ectópico. Debe tenerse en cuenta lo difícil que es sospechar el cáncer con una asociación como la expuesta y será el examen físico, con la evidencia de un tiroides nodular, duro con o sin ganglios regionales o el hallazgo de hipocratismo digital, los elementos que en un paciente con tal cortejo sintomático harán surgir la sospecha. Un cáncer pulmonar, uno de páncreas o un linfosarcoma no sólo pueden dar como síntomas los que son propios de su localización:

- dolor, disnea, hemoptisis, tos, en el Ca. pulmonar.
- dolor, depresión, ictericia en el Ca. pancreático.

Estos tumores pueden presentarse también con la asociación: letargia, debilidad, confusión mental o convulsiones, síntomas secundarios a

la secreción inapropiada de hormona antidiurética que suelen producir en forma ectópica.

No será fácil, al enfrentar a un paciente con dichos síntomas, hacer el diagnóstico positivo de alguno de los tumores enumerados. En el hecho, igual cuadro lo pueden dar la uremia, la hemorragia subaracnoidea, meningitis tuberculosa, lupus con compromiso del SNC, hipotiroidismo, etc.

El examen físico será el que vendrá a ayudar al clínico que entrará a sospechar del cáncer pulmonar cuando se sume a la letargia, debilidad y confusión mental, el hallazgo de adenopatías supraclaviculares, disfonía, hipocratismos digital o signos patológicos de localización torácica en el caso del cáncer pulmonar o adenopatías generalizadas o masas abdominales en el caso del linfosarcoma.

Una historia de recientes cólicos renales, leves cambios de la personalidad, fatigabilidad fácil, poliuria, polidipsia, somnolencia, pueden ser los síntomas de presentación de tumores renales, pancreáticos y ováricos por secreción de PTH simil ectópica o de un linfoma y mieloma por hipercalcemia secundaria. Síntomas de taquicardia, sudoración, bulimia e intolerancia al calor que recuerdan un hipertiroidismo, suelen acompañar al coriocarcinoma y al cáncer testicular. A su vez, el más conocido síndrome de artralgias moderadas similar a las de la artritis reumatoidea con dolor muscular y disminución de fuerzas, constituye una forma de presentación de cánceres como el ovárico, mamario, gástrico y pulmonar.

EL EXAMEN FÍSICO GENERAL

Deambulaci3n: La marcha polineurítica y la marcha del ebrio pueden encontrarse en cánceres pulmonares, mamarios, ováricos y linfomas, pues estos tumores producen degeneraciones cerebelosas y neuropatías mixtas periféricas.

Conciencia y estado psíquico: Se puede presentar con somnolencia, obnubilaci3n, desorientaci3n, en carcinomas que produzcan hipercalcemia o en tumores capaces de generar secreci3n inapropiada de hormona antidiurética y por este mecanismo provocar hiponatremia. Simila-

res síntomas suelen verse en hipofosfemias secundarias a hipercalcemia tumoral.

Ganglios: El hallazgo de un paquete ganglionar axilar, cervical o supraclavicular plantea el problema inmediato de un linfoma o de adenopatías metastásicas que en el hueco axilar suelen ser secundarias a un cáncer de mama, en el hueco supraclavicular a un cáncer digestivo (pancreático o gástrico) pulmonar y en el área cervical a una lesi3n de orofárinx.

EL EXAMEN SEGMENTARIO

Ojos: Las lesiones del III par pueden expresar metástasis cerebrales.

El síndrome de ptosis, enoftalmia y miosis unilateral suele verse en el cáncer pulmonar con metástasis en el simpático cervical.

Las equimosis palpebrales revelan disminuci3n de plaquetas. El edema palpebral bilateral es parte de un edema generalizado y, en caso de comprobarse un síndrome nefr3sico, éste puede ser secundario a un carcinoma que produzca una glomerulonefritis por complejos inmunes, como sucede en el cáncer de colon.

Boca: La sequedad de la mucosa bucal y concomitantemente de los ojos, se ve en el síndrome de Sj3gren; éste, a su vez, es secundario a un linfoma, mesenquimopatías y sarcoidosis.

Las petequias palatinas y gingivorragia suelen ser secundarias a una trombopenia, a una coagulaci3n intravascular a consecuencia de cánceres del tipo pulmonar o prostático.

La infecci3n bucal por cándida, expresa una inmunodepresi3n en ausencia de terapia antibiótica. Su presencia obliga a pensar en el cáncer, proceso que, entre otros, puede inmunodeprimir.

Cuello: Es un sitio de examen difícil toda vez que en él se encuentran elementos que pueden llegar a ser cáncer (o que ya lo son) y que presentan dificultades de acceso al examen semiológico.

De especial interés resulta la búsqueda de adenopatías, sobre las cuales ya se comentó, y de los cambios en la estructura de la tiroides. Es preciso recordar que la tiroides puede ser palpable y coincidir con una actividad fisiopatoló-

gica semejante a una enfermedad de Graves, en presencia de coriocarcinomas y hepatomas.

A su vez, lesiones carcinomatosas de columna cervical, no sólo comprometen la movilidad del cuello sino que, por permeación, infiltración e inflamación de la región retrofaríngea, hacen desaparecer el resalte traqueal, signo que es necesario buscar para explorar dicha región.

En el examen del cuello puede encontrarse también nódulos dolorosos subcutáneos, similares a aquellos que aparecen en las caras de extensión de las extremidades, y que pueden observarse como complicación de un proceso linfoproliferativo.

Similares hallazgos, pero acompañados de fiebre, lesiones osteolíticas y pleuresia, suelen ser secundarios a necrosis grasa metastásica en casos de cánceres de páncreas acinar.

Merecen algún comentario los ganglios ubicados bajo la raíz del maxilar, en el mentón y en el tercio medio de la zona submandibular. Todos estos ganglios se alteran en cánceres de cabeza y cuello, más raramente se implican en patologías ganglionares generalizadas.

Tórax: Resulta obvio que un derrame pleural, en un paciente con tabaquismo, deba ser considerado como un cáncer pulmonar con infiltración pleural. Sin embargo, vale la pena recordar que el derrame pleural puede ser secundario a metástasis de cualquier tumor, o ser expresión del síndrome nefrótico que tumores como el cáncer de colon pueden originar, o ser parte del síndrome de Meiggs, que no implica, en la mujer, presencia pleural del tumor ovárico.

El hallazgo de derrame pericárdico o, más propiamente, de frotos pericárdicos en el contexto de un cáncer, hace sospechar la existencia de infiltración pericárdica por un cáncer alojado en el pulmón o por un linfoma.

En relación al hallazgo de una neumopatía deberá reafirmarse que ella puede ser expresión de un cáncer con o sin obstrucción bronquial, de una infección secundaria al proceso de inmunodepresión y como presentación de una embolia con infarto pulmonar.

Abdomen: Desde el punto de vista semiológico resulta de interés el hallazgo de hepatomegalia, esplenomegalia, ascitis, distensión abdominal asimétrica, palpación de masas, rigidez de

la región lumbar, equimosis, signos de grataje, circulación colateral, nódulos subcutáneos.

El aumento de volumen del hígado puede hablar por sí solo, en el caso del cáncer hepático o metastásico, haya o no nodularidad. Sin embargo, sin que haya allí una lesión carcinomatosa, el hígado puede presentar trombosis suprahepáticas y hemorragias subcapsulares, elementos que se dan en el contexto de la coagulación intravascular diseminada, que en ocasiones produce el cáncer.

Lo mismo puede afirmarse del bazo, en el sentido de ser éste un órgano que reacciona en cánceres hematológicos. En cambio, cuando está grande o palpable en cánceres no hematológicos ni del área linfática, el aumento de volumen puede deberse a obstrucciones de la vena esplénica por trombosis o por compresión tumoral, y a hiperplasia esplénica inespecífica o secundaria a cuadros hemolíticos consecutivos a la existencia del tumor.

El ascitis, signo de especial trascendencia, hace pensar en una carcinosis peritoneal o en un síndrome de Meiggs. Sin embargo, la presencia del exudado deberá hacer reflexionar sobre otras alternativas como serían las de una pericarditis secundaria al tumor como causal de ascitis o la existencia de bacterias u hongos que compliquen a un paciente aquejado por el cáncer y provoquen inflamación peritoneal. Del mismo modo, no podrá olvidarse que, en el caso de un tumor extra abdominal, la presencia de ascitis puede expresar una glomerulopatía con síndrome nefrótico secundario a inmunocomplejos producidos por el tumor.

La palpación de masas en un paciente, siempre hace nacer la sospecha de un cáncer y, en un enfermo canceroso, la sospecha de diseminación. Sin embargo, no sólo el cáncer puede producir tales masas palpables; vale la pena recordar que la Strongyloidiasis y el Trichiurus Trichura suelen parasitar pacientes terminales y semejan, semiológicamente, masas abdominales.

Como masas abdominales se pueden presentar, en ocasiones, los tumores retroperitoneales con invasión o compresión ureteral y mediante este mecanismo producir hidronefrosis.

El hallazgo de equimosis en la pared abdomi-

nal es señal de trastornos de la coagulación, y éstas son frecuentes en cánceres como pulmón, próstata y páncreas.

El hallazgo de equimosis extensas, sobre todo aquellas que ocupan flancos o zona periumbilical, hablará también en favor de una diátesis hemorrágica, pero esta vez, con localización retroperitoneal.

Los signos de grataje en la piel del abdomen harán pensar en tumores en los que este síntoma es importante: linfoma. También en cánceres que produzcan obstrucción biliar y en otras afecciones de origen hematológico.

La circulación colateral avala el diagnóstico de cirrosis con hipertensión portal y, si hay un ambiente tumoral, el de un hepatoma.

La circulación colateral tipo cava arroja luces sobre la compresión tumoral a nivel de la vena cava inferior, elemento de utilidad en la etapificación tumoral y en su pronóstico.

La presencia de nódulos subcutáneos no es rara, normalmente se ve en el abdomen, debido a acumulación de grasa subcutánea. Sin embargo, el hallazgo de ellos debe hacer sospechar metástasis o necrosis grasa como elemento de desorden inmunitario.

Extremidades: El hipocratismo digital, conocido como elemento de alta sospecha diagnóstica de cáncer pulmonar y EBSA, se encuentra también en pacientes con cáncer de colon.

La mano en general puede ser un segmento orgánico que permite sospechar la existencia de un tumor en las siguientes condiciones:

- en presencia de linfodema originado por obstrucción linfática axilar metastásica, linfomatosa o leucémica;
- en presencia de un síndrome del túnel carpiano secundario a un plasmocitoma;
- cuando hay parálisis cubital o radial como parte de un síndrome de Pancoast;
- en el síndrome hombro-mano, una de cuyas etiologías puede ser un tumor pulmonar apical;
- en la polineuritis, afección que puede provocar cualquier tumor;
- cuando se encuentra un espasmo carpodigital, situación que es posible hallar en el cáncer gástrico con síndrome pilórico y en el linfoma intestinal con malabsorción.

Obviamente, una flebotrombosis, hablará

también en favor de la existencia de un tumor, sobre todo cuando no hay insuficiencia venosa crónica.

El análisis de un caso requiere integrar en el paciente los datos que surjan de la clínica, previo al estudio de laboratorio. Los ejemplos siguientes ponen énfasis en ello y se eligieron por la aparente dificultad que pudiera existir para dicho análisis.

1. Paciente con hipocratismo digital, compromiso de conciencia y polineuritis.

Producen hipocratismo digital: enfermedades pulmonares crónicas, cáncer pulmonar, supuración y fibrosis pulmonar; endocarditis bacteriana, cardiopatías congénitas; tumores de colon, amebiasis colónica; fibrosis retroperitoneal, cirrosis postnecrótica.

Polineuropatía mixta producen la porfiria, el arsénico, plomo, poliarteritis nudosa, sarcoidosis, diabetes, cánceres, beri-beri, amiloidosis, etc.

La pregunta que se debe hacer el clínico es acerca del origen del compromiso de conciencia. En un escueto resumen, las enfermedades pulmonares pueden comprometer la conciencia por hipoxemia, hipercarbia, acidosis o hiponatremia, pero no producen polineuropatía, y sí son capaces de explicar el hipocratismo digital.

El cáncer pulmonar puede dar hipocratismo, compromiso de conciencia por metástasis, por hiponatremia o hipercalcemia y polineuritis.

La cirrosis postnecrótica no da polineuritis y sí produce hipocratismo y compromiso de conciencia.

Igual manera de estructurar el diagnóstico se puede usar para las demás asociaciones, de las cuales se enumerarán los síntomas o signos y los diagnósticos posibles, más frecuentes.

- Coiloniquia, parálisis del cubital, aumento de volumen ovárico unilateral: Cáncer gástrico.
- Signos de grataje, ictericia, espasmo carpodial. Linfoma con invasión hepática y síndrome de malabsorción: Cáncer de cabeza de páncreas.
- Masa abdominal en un flanco, polaquiuria, lumbago: Tumor retroperitoneal.
- Esplenomegalia, ascitis, dorsalgia: Cáncer gástrico con trombosis de vena esplénica. □