

¿La Biología del tumor es la clave?

Autor: Hernán J. Cáceres

Unidad de Oncología Sanatorio Pasteur
Servicio de Oncología Hospital Interzonal San Juan Bautista
San Fernando del Valle de Catamarca

Correspondencia:

Domicilio postal: Chacabuco 675. CP 4700.
SFV Catamarca
E-mail: hernancacer@gmail.com

Al Editor:

¿Por qué algunos pacientes desarrollan Carcinomatosis Linfática pulmonar (CLP) o Embolismo Pulmonar Tumoral (EPT) de manera precoz? ¿Por qué otros pacientes lo desarrollan tardíamente o no lo desarrollan? ¿Es tal vez la Biología del tumor la piedra angular para su comprensión?

Luego de la lectura e interpretación del artículo *Carcinomatosis linfática y embolismo tumoral pulmonar*¹ ocurren una serie de planteos e ideas médico biológicas de trascendencia demostrable. La Oncología y el desarrollo de tratamientos específicos contra el Cáncer nos ocupan hasta nuestros días, son de destacar los avances en sobrevida global y sobrevida libre de progresión a partir del uso de terapias que destruyen células tumorales y otras... (literal), pero siempre en el terreno de destrucción, control, menos tumor, etc. De un tiempo largo a esta parte, el concepto respecto del tumor ha virado a una interpretación biológica casi holística, acercándonos cada vez más al conocimiento real del funcionamiento del sujeto y consiguientemente al diseño de estrategias antitumorales dirigidas. (Personalización).

Reflexiones

Es conocido por todos la escasa cantidad de publicaciones existentes sobre el tema en cuestión, sin embargo, es posible inferir que su presencia (Carcinomatosis linfática pulmonar (CLP), Embolias Pulmonares tumorales (EPT) indican mal pronóstico o agresividad tumoral clara^{3, 4}. En las publicaciones citadas en el artículo de Lamot¹ llama la atención el trabajo de Yang y Lin² indicando que menos del 15% de los pacientes con Carcinomatosis linfática sobreviven más de seis meses respecto del resto de pacientes que fallecen en los primeros 3 o 4 meses. Me pregunto entonces ¿por qué?, tal vez la respuesta se encuentre en el conocimiento de las **características biológicas**

de ese tumor en particular, que dio origen a esa enfermedad avanzada en ese paciente determinado.

El subdiagnóstico de la Carcinomatosis linfática y embolias tumorales pulmonares es otro dato coincidente en la mayoría de las publicaciones^{1, 2, 4} y en el artículo de Lamot¹, estoy de acuerdo en los argumentos justificatorios adicionando una interpretación clínica insoslayable: el inicio de tratamiento quimioterápico/ dirigido precoz retrasa los síntomas clínicos que generaran la CLP y EPT sin estar evaluados los tiempos exactos, precisamos entonces identificar elementos predictivos iniciales que nos ayuden a comprender el proceso.

Cuestionamientos

¿Son claros los mecanismos por los cuales un paciente desarrolla CLP o EPT o ambas?

¿Es posible que esta "atracción" se deba a factores moleculares, secretorios o histológicos precisos?

¿Definitivamente la biología del Tumor es la clave? (Altamente probable).

Conflictos de interés: el autor declara no tener conflictos de interés en relación al trabajo.

Bibliografía

1. Lamot S, Hernandez M, Itcovici N, Martin V, Quadrelli S. Carcinomatosis Linfática y Embolismo Tumoral Pulmonar. RAMR 2014; 2: 153-162
2. Yang SP, Lin CC. Lymphangitic carcinomatosis of the lungs. The clinical significance of its roentgenologic classification. Chest 1972; 62: 179-87
3. AUHoang T, Xu R, Schiller JH, Bonomi P, Johnson DH. Clinical model to predict survival in chemo-naive patients with advanced non-small-cell lung cancer treated with third-generation chemotherapy regimens based on eastern cooperative oncology group data. SOJ Clin Oncol. 2005; 23(1): 175.
4. AUShields TW. Prognostic significance of parenchymal lymphatic vessel and blood vessel invasion in carcinoma of the lung. SOSurg Gynecol Obstet. 1983; 157 (2): 185.