

Capítulo VIII

ENFERMEDAD NEOPLASICA MALIGNA

8.0 ENFERMEDAD NEOPLASICA MALIGNA

8.1 INTRODUCCION

El cáncer se ha constituido en la segunda causa de muerte en los últimos años, desconociéndose su real incidencia. Afecta a la población en edades productivas. Este diagnóstico hoy día se realiza en estados más precoces gracias a los avances tecnológicos y a una mayor cultura médica de la población.

Debe destacarse que gracias a los nuevos conocimientos, el portador de una neoplasia o el antecedente de haberla tenido no es sinónimo de invalidez. Se deberán reunir los requisitos y condiciones que se detallan a continuación para considerar invalidante la patología invocada por el paciente.

La determinación del porcentaje de menoscabo resultante de los tumores malignos se basa en: ubicación del tumor, tamaño, compromiso tumoral de órganos vecinos, extensión a ganglios linfáticos regionales, metástasis a distancias, histología y el grado de respuesta a la terapia, cirugía, radiación, hormonas, quimioterapia, etc y la magnitud de las secuelas post-tratamiento.

El diagnóstico precoz y la combinación de tratamientos más efectivos han mejorado las posibilidades de curación. En la Enfermedad de Hodgkin se ha logrado llegar a un 75% de curación. En el cáncer de testículo el mejor conocimiento biológico de este tumor ha permitido obtener la curación de cerca del 100% en los seminomas puros y de un 70% en los no seminomas. Por otra parte en el cáncer de pulmón de células pequeñas, la sobrevida a dos años es del 11% y con un tiempo de sobrevida media de 5 a 7 meses. En cáncer gástrico temprano la sobrevida a 5 años es de un 80% y del 20% en el avanzado.

En los cánceres de mama, cervix, próstata etc., hay menores cambios en cuanto a diagnóstico y tratamiento.

8.2 DIAGNOSTICO

En los tumores malignos el diagnóstico deberá establecerse basándose en síntomas, informes de

laboratorio y biopsia. Además debe considerarse lo siguiente:

- El sitio de la lesión primaria, recurrente o metastásica debe documentarse en todos los casos de enfermedad neoplásica maligna. Si se ha practicado cirugía se deberá incluir una copia confiable del protocolo operatorio y del informe histopatológico de la pieza o biopsia. Si no se pueden obtener estos documentos, la epicrisis de la hospitalización más el informe del médico tratante deberán incluir detalles de los hallazgos quirúrgicos y los resultados de los exámenes macro y microscópico de los tejidos, realizados por el patólogo.

- Si existe avance de la enfermedad según el médico tratante éste deberá enviar un informe médico actualizado incluyendo exámenes recientes dirigidos especialmente al diagnóstico de recurrencia local, compromiso ganglionar, metástasis a otros órganos y secuelas importantes posttratamiento.

- Para los propósitos de un dictamen, el concepto de metástasis ganglionar a distancia se refiere a la invasión tumoral de ganglios más allá de los límites de la resección radical en bloque.

- La recidiva local o regional post cirugía radical o la evidencia anatómopatológica de una extirpación incompleta en una cirugía radical, se considerará igual a las "lesiones inoperables", excepto para el cáncer de mama, que para los propósitos de estas normas debe ser evaluado como "inoperable".

- El diagnóstico de cáncer es histológico, y debe documentarse con la presentación del informe en original emitido por un médico anatomopatólogo; en caso de no concordancia entre lo informado y los hallazgos clínicos, de laboratorio o exámenes complementarios, se debe recurrir a la interconsulta de otro anatomopatólogo enviándole láminas e inclusiones de la muestra que originó el diagnóstico. El informe del estudio citológico ya sea de líquidos o masas será considerado cuando se trate de pacientes con enfermedad diseminada, como es el caso de células neoplásicas en líquido ascítico, pleural, etc.

El evaluador debe basar su informe en el examen clínico, y de ayuda diagnóstica actualizada. Es fundamental además, contar con el estudio de diseminación,

Rx, Eco, TAC, cintigrafía, etc en afiliados asintomáticos. Por otra parte en un paciente con cáncer gástrico y masa palpable a nivel de hipocondrio derecho bastará sólo con la endoscopia y el informe histológico para dictaminar un menoscabo mayor de 70%.

El estudio complementario a solicitar se encuentra en las normas vigentes, teniendo en cuenta origen del cáncer, sus características histológicas, y órganos más frecuentes de metástasis. En los linfomas, el tipo histológico y los órganos comprometidos, no son necesariamente indicadores de incapacidad total.

Cuando el compromiso tumoral se extiende más allá de los ganglios regionales, el daño generalmente será considerado como severo.

8.3 EVALUACION

Estas pautas proporcionan criterios para evaluar y cuantificar el impedimento permanente que tienen como causa la presencia de una enfermedad neoplásica maligna, las secuelas que pudieran derivar del tratamiento, o ambas.

A. Establecer que una neoplasia maligna y su metástasis de cualquier origen, son hormonodependientes, radiosensibles, quimiosensibles, y que exista desaparición del tumor primitivo o de su metástasis, por 3 años o más, genera un menoscabo el cual debe evaluarse exclusivamente por el daño producido en el sistema orgánico correspondiente. Por ejemplo, en un seminoma operado y tratado, el menoscabo derivará de la existencia o no de problemas sexuales, debiendo catalogarse de acuerdo a lo establecido en el capítulo respectivo.

B. Cuando el tumor maligno es localizado, o compromete sólo a nódulos linfáticos regionales que aparentemente fueron extirpados por completo con o sin radioterapia complementaria y no se supone la aparición de metástasis o recurrencia a corto plazo, debe ser considerado el menoscabo igual que el descrito en el párrafo anterior, evaluando el daño resultante en el sistema orgánico involucrado por el tumor.

Las excepciones a estos casos se encuentran señaladas en los ejemplos descritos en el número 8.4 siguiente.

C. Terapia quirúrgica

Efectos de la terapia: Las secuelas post-operatorias importantes, no específicamente incluidas en la categoría de daño por neoplasia maligna deberán ser evaluados de acuerdo al sistema orgánico afectado, es decir, si se realizó una gastrectomía ampliada, una colostomía o nefrectomía, el menoscabo dependerá de la gastrectomía como tal o sus complicaciones derivadas de ésta, como dumping, desnutrición; la colostomía deberá considerarse con el porcentaje de menoscabo correspondiente a una ostomía, y la nefrectomía en el porcentaje otorgado en el capítulo para esta patología.

D. Terapia con drogas o radiaciones

El impacto causado por estas terapias debe ser considerado como el resultado del tratamiento, y la

respuesta adversa a la terapia. Estos pueden variar considerablemente, por lo que cada caso debe ser estudiado individualmente. Es importante obtener del médico tratante el plan de tratamiento, incluyendo las drogas, dosis o frecuencia de administración y su duración. Es necesario obtener una descripción de las complicaciones o RAMs (Reacciones adversas a medicamentos), como náuseas, vómitos, diarrea, debilidad, trastornos dermatológicos o desórdenes mentales reactivos, ya que la severidad de estos efectos en la quimioterapia anticancerígena pueden cambiar durante el período de administración de la droga. La decisión en lo referente al impacto de la terapia con drogas o radiaciones deberá basarse en un período suficiente como para permitir una consideración apropiada sobre una probable incapacidad por esta causal.

E. Se puede presentar un afiliado con antecedentes de haber sido portador de un cáncer, que en el momento de evaluarlo está sólo en controles periódicos y sin evidencia de enfermedad tumoral activa. En este caso el porcentaje de menoscabo estará dado por las secuelas del tratamiento si es que las hubiera, como por ejemplo laringectomía total, nefrectomía, amputación de un miembro, gastrectomía total, etc., y no por el pronóstico.

F. En el caso de afiliados en tratamiento considerado como curativo, se dictaminará bajo "Observación y Tratamiento". Solamente después de un año de finalizado éste se asignará el porcentaje de menoscabo de acuerdo a estas normas.

8.4 CARACTERISTICAS DE NEOPLASIAS MALIGNAS QUE SOBREPASAN EL 70% DE MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA

Las neoplasias que por el tipo histológico, ubicación o extensión de la lesión, son inoperables o están fuera de control por otras terapias, son incapacitantes en porcentajes superiores a los 2/3 global de la persona; igualmente:

1. CABEZA Y CUELLO: glándulas salivales, tiroides, maxilar superior e inferior, órbita y fosa temporal, cuando:

A. Inoperable.

B. No controlado por el tratamiento efectuado.

C. Recidiva después de cirugía radical, irradiación, o ambas.

D. Con metástasis a distancia.

E. Carcinoma epidermoide de seno piriforme o tercio posterior de lengua. (No incluye carcinoma de amígdalas).

2. SARCOMA DE LA PIEL

A. Angiosarcoma con metástasis ganglionares regionales.

B. Micosis fungoide con compromiso hepático o visceral.

3. SARCOMA DE PARTES BLANDAS

A. Inoperables.

B. Metástasis a distancia.

C. Cáncer Recidivado después de cirugía radical seguida o no de radioterapia.

4. MELANOMA MALIGNO

A. Recidiva después de cirugía radical.

B. Metástasis en la piel adyacente o en otros órganos.

5. LINFOMA

Enfermedad de Hodgkin y linfoma no Hodgkin con enfermedad progresiva a pesar del tratamiento adecuado.

6. GANGLIOS LINFATICOS

A. Adenopatía metastásica de neoplasia primaria desconocido.

B. Carcinoma epidermoide con metástasis en ganglio linfático en el cuello que no responde al tratamiento.

7. GLANDULAS SALIVALES

A. Carcinoma o sarcoma con metástasis más allá de los ganglios regionales.

B. Recidiva después de tratamiento radical.

8. TIROIDES

A. Carcinoma con metástasis más allá de los ganglios regionales, no controlada por el tratamiento efectuado.

B. Recidiva local no controlada con terapia prescrita.

9. MAMA

A. Cáncer inoperable.

B. Cáncer inflamatorio.

C. Recidiva loco-regional no controlada.

D. Metástasis a distancia o Cáncer bilateral de mama.

E. Sarcoma con metástasis a cualquier sitio.

10. SISTEMA OSEO (se excluye maxilar inferior)

A. Tumores primarios malignos con evidencias de metástasis o no controlados con la terapia prescrita.

B. Metástasis óseas de origen desconocido después de una búsqueda adecuada.

11. MAXILAR INFERIOR, MAXILAR SUPERIOR, ORBITA O FOSA TEMPORAL

A. Sarcoma de cualquier tipo con metástasis.

B. Carcinoma de la cavidad con extensión a la órbita o etmoides o esfenoides con o sin metástasis regionales.

C. Tumores orbitales con extensión intracraneal.

D. Tumor de la fosa temporal con perforación del cráneo o complicación meníngea.

E. Adamantinoma con infiltración intracraneal u orbital.

F. Tumores del saco de Rathke con infiltración de la base del cráneo metástasis.

12. TUMORES CEREBRALES Y DE MEDULA ESPINAL

Evaluarlos con el criterio descrito en los números 4 y 7 anteriores, ver ejemplo del capítulo correspondiente al Sistema Nervioso Central.

13. PULMONES

A. Inextirpable.

B. Metástasis.

C. Recidiva después del tratamiento.

D. Tumor extirpado en forma incompleta.

E. Carcinoma de células pequeñas.

14. PLEURA Y MEDIASTINO

A. Mesotelioma maligno de la pleura.

B. Tumor maligno con metástasis en la pleura.

C. Tumor primario maligno del mediastino no controlado con la terapia oncológica.

15. ABDOMEN

A. Carcinomatosis peritoneal.

B. Tumor maligno retroperitoneal no controlado con terapia prescrita.

C. Ascitis con células malignas demostradas.

16. ESOFAGO

A. Carcinoma o sarcoma de los dos tercios superiores del esófago.

B. Carcinoma o sarcoma del tercio distal del esófago con metástasis en ganglios regionales o infiltración a estructuras vecinas.

17. ESTOMAGO

A. Carcinoma de estómago con metástasis en ganglios regionales o invasión tumoral a órganos vecinos.

B. Sarcoma no controlado por terapia adecuada.

C. Inoperables.

D. Recidivas o metástasis después de la cirugía radical.

E. Linfomas de acuerdo a la progresión de la enfermedad.

18. INTESTINO DELGADO

A. Carcinoma, sarcoma o tumor carcinoide con metástasis más allá de los ganglios linfáticos regionales.

B. Recurrencia de los anteriores después de la extirpación.

C. Sarcoma no controlado por la terapia prescrita.

19. INTESTINO GRUESO

A. Inextirpable.

B. Metástasis más allá de los nódulos linfáticos regionales.

C. Recidiva o metástasis luego de la extirpación.

20. HIGADO Y VESICULA BILIAR

A. Tumores malignos metastásicos.

B. Carcinoma invasor de la vesícula biliar.

C. Carcinoma de vía biliar inextirpable o con metástasis.

21. PANCREAS

- A. Carcinoma, con metástasis a distancia.
- B. Carcinoma de los islotes inextirpables o fisiológicamente activo.

22. RIÑONES, GLANDULAS SUPRARRENALES Y URETERES

- A. Inextirpables.
- B. Con metástasis.

23. VEJIGA

- A. Infiltración más allá de la pared de la vejiga.
- B. Inextirpable.
- C. Metástasis.
- D. Evaluar la alteración renal luego de la cistectomía total según criterio aplicado en el capítulo correspondiente.

24. PROSTATA

- A. Carcinoma no controlado con terapia prescrita y bien llevada.

25. TESTICULOS

- A. Coriocarcinoma, no controlado mediante la terapia adecuada.
- B. Otros tumores malignos primarios con enfermedad progresiva no controlada con la terapia indicada.

26. UTERO, (carcinoma, adenocarcinoma o sarcoma).

- A. Inoperable y no controlado con tratamiento adecuado.
- B. Recidiva después de la histerectomía total o radioterapia.
- C. Exenteración pélvica total.

27. OVARIO

- A. Ascitis con células malignas demostradas.
- B. Tumor inextirpable o parcialmente extirpado.
- C. Metástasis inextirpable en la cavidad abdominal.
- D. Metástasis a distancia.

28. TROMPAS DE FALLOPIO

- A. Carcinoma o sarcoma inextirpable o con metástasis.

29. LEUCEMIAS

- A. Leucemia aguda linfática o no linfática que no remite completamente, y refractaria a tratamiento.

- B. Leucemia aguda que recae durante el período de terapia de mantenimiento o estando fuera de tratamiento.

- C. Leucemia mieloide crónica que no responde al tratamiento o que se encuentra en etapa de transformación o crisis blástica.

- D. Leucemia linfática crónica en etapa avanzada con manifestaciones de anemia y trombocitopenia, que no responde al tratamiento.

30. MIELOMA

- Confirmado mediante electroforesis de proteína en orina o suero y examen en médula ósea pertinentes. Con:

- A. Evidencia radiológica de complicaciones óseas con osteoartralgias intratables o fracturas patológicas; o

- B. Evidencia de daño renal; o

- C. Hipercalcemia persistentes de 11 mg. o más por 100 ml. durante por lo menos 1 mes a pesar de la terapia prescrita; o

- D. Células plasmáticas, 100 o más células por ml. en sangre periférica.

31. SINDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA

- En el caso de los pacientes que presentan SIDA con neoplasia (Estadio III y IV), debe considerarse con un impedimento mayor de 70 %, con pruebas confirmatorias positivas.

- No podrán ser calificados como inválidos, afiliados portadores que no demuestren síntomas o signos de la enfermedad.