

Squamous cell carcinoma antigen (SCC-Ag) during follow-up of cervical cancer patients: Role in the early diagnosis of recurrence

Nombre revisor: María Bordés Infantes.
Hospital Universitario Infanta Elena

ARTÍCULO ORIGINAL

Squamous cell carcinoma antigen (SCC-Ag) during follow-up of cervical cancer patients: Role in the early diagnosis of recurrence. Salvatici M, Achillarre MT, Sandri MT, Boveri S, Vanna Z, Landoni F. Gynecol Oncol. 2016 Jul;142(1):115-9.

PMID: 27117922

RESUMEN DEL ARTÍCULO

El objetivo de este estudio fue evaluar el beneficio de realizar el antígeno SCC de rutina durante el seguimiento de pacientes con cáncer de cérvix, tratadas en estadio precoz, para un diagnóstico temprano de las recurrencias antes de que se produzcan los signos o síntomas propios.

Para ello realizaron un estudio retrospectivo desde Julio de 1999 a Junio de 2014, donde analizaron todos los datos clínicos, patológicos y serológicos de aquellas pacientes remitidas al Departamento de Ginecología Oncológica. Enrolaron a 197 pacientes con cáncer de cérvix en estadio I o II, que tuvieran los niveles de SCC determinados. En el análisis univariado, el Ag-SCC no tuvo asociación significativa con el grado histológico ($p=0,85$), ni con la invasión linfovascular ($p=0,95$), ni el estadio FIGO ($p=0,83$).

Sí fue estadísticamente significativo su relación con la progresión de la enfermedad ($p<0,001$). En el análisis multivariante de la Regresión de Cox se objetivó que el nivel de Ag-SCC fue un factor pronóstico independiente tanto para la SG como para ILE (OR=6,3) ($p<0,001$). El intervalo mediano desde el test de SCC al diagnóstico de recurrencia fue de 0,3 meses para SCC > 1,5 y 1,8 meses para el grupo control ($p=0,01$).

El Ag-SCC refleja la respuesta al tratamiento, y los niveles altos de dicho antígeno frecuentemente preceden a la detección clínica de la enfermedad recurrente, y quizá permita el diagnóstico temprano. Sin embargo, una ventaja de este tipo no parece mejorar la tasa de curación de los pacientes con niveles elevados SCC-Ag, muy probablemente debido a la falta de tratamientos de rescate curativos.

Resultados

No hubo diferencias en la duración del 3er estadio ya fuera parto eutócico o parto instrumentado, primípara o múltipara.

La duración del 3er estadio en el 90% de las pacientes fue de 9 minutos o menos, en el 95% de 13 minutos o menos y en el 99% de las pacientes de 28 minutos.

Las pacientes con prolongación del 3er estadio tuvieron mayor riesgo de HP. Aquéllas con más de 9 minutos incrementaron el riesgo de HP en 13,2% en comparación con las que fue menor de 9 minutos cuyo riesgo de HP fue del 8,3%.

Tras estratificar el 3er estadio en intervalos de 5 minutos se objetiva un importante riesgo de HP a partir de los 20 minutos siendo dicho riesgo de un 15,9% en comparación con el grupo por debajo de los 20 minutos que era del 8,5%. El riesgo de HP se va incrementando alcanzando un 35,1% en las pacientes con una duración del 3er estadio superior a 30 minutos.

El 0,76% de las placentas (54) fueron extraídas manualmente, 40 de ellas antes de los 30 minutos y 17 de éstas no se asociaron con HP.

Conclusión

Pese a que es un factor pronóstico independiente de ILE y SG, no mejora la tasa de curación por falta de tratamientos curativos. Pero nos ayuda a seleccionar pacientes de alto riesgo pretratamiento, pudiendo adoptar tratamientos más agresivos de entrada. Así, como diagnosticar más precozmente las recidivas y tratarlas así tempranamente.