

Hospital "Cmte. Manuel Fajardo"

SOBREVIDA DEL CARCINOMA DE PULMÓN NO CÉLULAS PEQUEÑAS SOMETIDO A CIRUGÍA EN RELACIÓN CON EL ESTADIO CLÍNICO

Dr. Orestes N. Mederos Curbelo,¹ Dr. Raúl Saa Vidal,² Dr. Hugo A. Cantero Ronquillo,³ Dr. Juan C. Barrera Ortega,⁴ y Dr. Lázaro López Parajó⁵

RESUMEN

En la actualidad el carcinoma de pulmón representa un serio problema de salud en el ámbito mundial, donde los grandes esfuerzos por mejorar la sobrevida con el uso de la quimioterapia y radioterapia como tratamientos coadyuvantes, unido a la cirugía no ha mostrado resultados alentadores; siendo esta última la única arma a utilizar con intención curativa. Pero no todos los pacientes en el momento del diagnóstico son tributarios de cirugía, y aquellos que se les realiza resección tumoral no representan una igual sobrevida. En este trabajo se realizó un estudio sobre 93 pacientes portadores de un carcinoma de pulmón no células pequeñas, los cuales se encontraban en estadios I, II, IIIA y a los que fue posible realizarles resección tumoral. Posterior a ésta se evaluó la sobrevida a 5 años, donde el 44 % de los incluidos en el estadio I logró sobrevivir dicho periodo, el 13 % de los clasificados como estadio II llegó a 5 años, mientras que aquellos pertenecientes al estadio IIIA ninguno sobrevivió 5 años y sólo el 20 % de ellos llegó a vivir hasta los 4 años. Estos resultados evidencian, que en la medida que el paciente se diagnostica en estadios más avanzados, la posibilidad de supervivencia se reduce considerablemente y sobre todo en aquellos estudiados como IIIA.

Descriptor DeCS: NEOPLASMAS PULMONARES/cirugía; NEOPLASMAS PULMONARES/quimioterapia; NEOPLASMAS PULMONARES/radioterapia; CARCINOMA DE PULMON DE CELULA NO PEQUEÑA/cirugía; CARCINOMA DE PULMÓN DE CELULA NO PEQUEÑA/quimioterapia; CARCINOMA DE PULMÓN DE CÉLULA NO PEQUEÑA/radioterapia; ESTADIFICACION DE NEOPLASMAS; ANALISIS DE SUPERVIVENCIA;TASA DE SUPERVIVENCIA.

El cáncer de pulmón (CP) que era un problema de salud insignificante a comienzo de siglo y de importancia secundaria

hacia 1930, se ha convertido en la neoplasia maligna que causa más muertes para ambos sexos en Estados Unidos de Améri-

¹ Especialista de II Grado. Profesor Auxiliar.

² Especialista de II Grado. Profesor Titular.

³ Especialista de I Grado. Profesor Asistente.

⁴ Especialista de I Grado.

⁵ Residente en Oncología.

ca,¹ y en nuestro país ocupa el primer lugar de las muertes por cáncer en el sexo masculino y cuarto entre las mujeres.²

La clave del tratamiento con intención curativa en los carcinomas del pulmón no células pequeñas (CPNCP) es la extirpación quirúrgica. El tipo de intervención realizada depende de la extensión y localización del cáncer, así como de la reserva pulmonar y del paciente.³ Para determinar la extensión del tumor se utiliza la clasificación de TNM desarrollada en 1986, organizada y publicada por *Mountain*.⁴ La *T* se refiere al tamaño y extensión del tumor primario. La *N* representa la afección de los ganglios linfáticos hiliares y mediastínicos y la *M* hace referencia a la enfermedad metastásica. Por eso no todos los pacientes son tributarios de tratamiento quirúrgico, realizándole cirugía a aquellos que se encuentran en estadios tempranos I, II, IIIA. Pero no todos los tumores que son resecaos tienen el mismo pronóstico, en especial los que se encuentran en estadio IIIA.

Por esto el objetivo principal de este estudio es valorar la sobrevida en un período de 5 años en los pacientes portadores de un CPNCP que fueron tributarios de tratamiento quirúrgico.

MÉTODOS

MUESTRA

Se estudian 93 pacientes con el diagnóstico de CPNCP. Clasificados como estadios tempranos (I, II, IIIA) y tributarios de tratamiento quirúrgico. Provenían de los hospitales "Miguel Enríquez" y "Manuel Fajardo" en el período de 1974 y 1996 en el primero y 1995 a 1997 en el segundo.

MÉTODOS

A todos los pacientes se les realizó estadiamiento clínico, basado en la sistemática diagnóstica la cual incluía, además de la clínica y el examen físico, Rx de tórax, TAC de tórax y mediastino, broncoscopia, US de abdomen para lograr un estadiamiento correcto, el cual fuese tributario posteriormente de cirugía con intención curativa.

Fueron seguidos por consulta en un período de 0 a 5 años en dependencia de la sobrevida.

RESULTADOS

De los 93 pacientes clasificados como estadios tempranos y que se les realizó resección quirúrgica con intención curativa, 18 de ellos pertenecían al estadio I, 20 al IIIA y la mayor cantidad de enfermos, 45, al estadio II. Posterior a la operación el 44 % de los clasificados como estadios I logró una sobrevida de 5 años, mientras el 13 % de aquellos que se incluyeron en el estadio II y fueron resecaos, logró una sobrevida a dicho período, mientras que los que pertenecían al estadio IIIA solo el 20 % logró una sobrevida a 4 años, no existiendo ningún caso dentro de este grupo que haya logrado vivir 5 años. (figura con escala). Por lo que se evidencia que en la medida en que se encuentran los pacientes en estadios más avanzados dentro del grupo que puede recibir tratamiento quirúrgico, la posibilidad de sobrevida se reduce significativamente, demostrando que aquellos que pertenecen al estadio IIIA no llegaron a vivir más de 4 años.

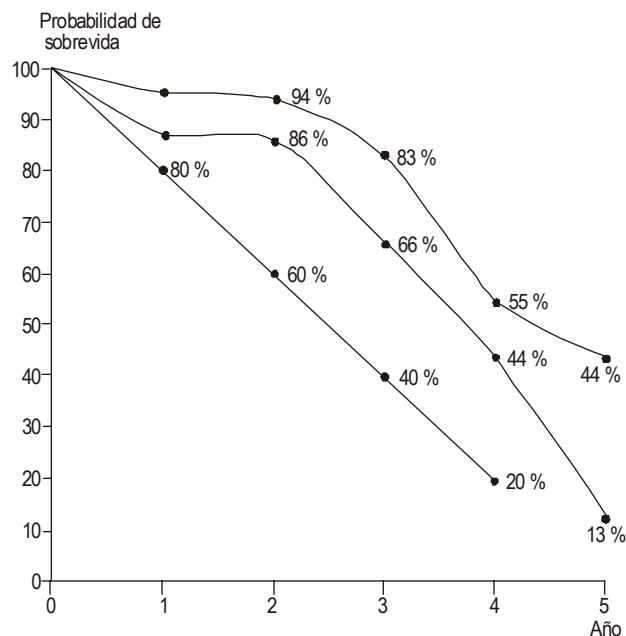


Fig. Posibilidad de supervivencia de los pacientes portadores de CPNCP sometidos a cirugía en relación con el estadio clínico.

DISCUSIÓN

Los pilares del tratamiento del CPNCP son la cirugía, la RTP, y la OTP, donde sólo la cirugía es la única modalidad con intención curativa. Los pocos resultados globales de supervivencia de sólo 13 % a los 5 años⁵ no explican la enorme complejidad de cada estrategia terapéutica. Sin embargo, si se tiene presente la gran heterogeneidad del CPNCP a niveles tan rutinarios como la estadificación y los factores pronósticos y que sólo ese 13 % de los que logran vivir a 5 años, en Cuba equivalen a 533 pacientes por año, se justifica sobradamente el esfuerzo y la inquietud en el debate terapéutico.

El tratamiento quirúrgico se considera indicarlo en los estadios I, II, IIIA, pero todos no tienen la misma probabilidad de

supervivencia y sobre todo aquellos que pertenecen al estadio IIIA. Resultado que se encuentra en este trabajo, donde aquellos pacientes clasificados como estadio IIIA no lograron una supervivencia a 5 años.

Por lo que es imprescindible para aquellos pacientes clasificados como IIIA distinguir si es por T3 o por N2. Se ha demostrado en un estudio norteamericano, que aquellos estadios como T3N0, presentaron una supervivencia de 5 años un 59 %, cuando se afectaba la pared, 7 % el bronquio principal, 7 % la pleura mediastínica y el tumor de *Pancoast* (asociado a radioterapia) un 31 %. Sin embargo, el pronóstico por N2 (afección ganglionar mediastínica homolateral) va a resultar distinto.⁶ *Shield* clasificó los N2 en varios grupos para poder demostrar la distinta evolución de cada uno de ellos.

Así, cuando un paciente tiene un estadio IIIA por T1-3N2-Mo, que se presenten asintomático (insuficiencia respiratoria, parálisis recurrencial o síndrome de la vena cava superior), la supervivencia a 5 años es inferior a 1 %, si N2 se evidencia por un Rx simple de tórax sin síntomas, su expectativa de vida será inferior a 6 %. Cuando N2 se evidencia por TAC o mediastinoscopia, sin acompañarse de nin-

gún otro signo clínico, el pronóstico a 5 años es del 15 %.

Se necesita pues medios de estadificación más sofisticados para poder lograr un estadiamiento clínico lo más seguro posible, que permita llevar al salón de operaciones a aquellos que en realidad recibirán con la cirugía una expectativa de supervivencia aceptable, sin nunca perder de vista nuestra función humana de hacer todo lo posible por salvar la vida del paciente.

SUMMARY

At present; lung carcinoma represents a serious health problem worldwide and the great efforts towards improving the survival rate with the use of chemotherapy and radiotherapy as coadjuvant treatments together with surgery have not yielded encouraging results. So far surgery is the only procedure to be used with curative purpose. But not all the patients, at the time of diagnosis are eligible for surgery and those undergoing a tumoral resection not always show the same survival rates. This paper presented a study of 93 patients with non-small cell lung carcinomas, who were in stage I, II or III A and were performed a tumoral resection. After this, survival rate at 5 years was assessed where 44% of those in stage I did survive 5 years, 13% of the patients in stage II succeeded in surviving 5 years whereas the ones in stage III A did not and only 20% of them managed to live 4 years after surgery. These results proved that insofar as the patient is diagnosed with the disease in advanced stages, his/her survival possibilities are considerably reduced, above all those classified in stage III A.

Subject headings: LUNG NEOPLASMS/surgery; LUNG NEOPLASMS/drug therapy; LUNG NEOPLASM/radiotherapy; CARCINOMA, NON-SMALL-CELL LUNG/surgery; CARCINOMA, NON-SMALL-CELL LUNG/drug therapy; CARCINOMA, NON-SMALL-CELL LUNG/radiotherapy; NEOPLASM STAGING; SURVIVAL ANALYSIS; SURVIVAL RATE.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mathiseu Du, Wain JC, Wrihgt C. Assessment of preoperative accelerated radiotherapy and chemotherapy in stage III A (N2) non small cell lung cancer. *J Thorac Cardio Surg* 1996;11:123-31.
2. Ginsberg RL, Rubestein LV. Randomized trial of lobectomy versus limited resection for T1N0 non small lung cancer. Lung cancer study group. *Ann Thorac Surg* 1995;60:615-22.
3. Mountain CI. A new international staging system for lung cancer. *Chest* 1986;89(4):233-55.
4. Cerfolio RJ, Allen MS, Tratek VL. Lung resection in patients with compromised pulmonary. *Ann Thorac Surg* 1996;62:348-51.
5. Shields TW. The significance of ipsilateral mediastinal lymph node metastasis (N2 disease) in non small cell carcinoma of the lung. *J Thorac Cardio Surg* 1990;99:48-53.

Recibido: 10 de diciembre del 2000. Aprobado: 30 de octubre del 2000.

Dr. *Orestes N. Mederos Curbelo*. Hospital "Comandante Manuel Fajardo". Calle C entre 29 y Zapata, El Vedado, Ciudad de La Habana, Cuba.