

ARTÍCULO ORIGINAL**Perfil diagnóstico de cáncer de pulmón no pequeño celular****Lung cancer diagnosis non-small cell**

Dr. Román Savón Plutín¹, Dra. Norma Seisdedos Romero², Dra. Ania Emilia Fernández Moreno³, Dr. Joel Antonio Fernández Moreno⁴

¹ Especialista de I Grado en Medicina Interna. Instructor. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba

² Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Neumología. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba

³ Especialista de I Grado en Medicina General Integral y II Grado en Neumología. Profesora Auxiliar. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba

⁴ Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Titular. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo que incluyó 52 pacientes con diagnóstico citohistológico de cáncer de pulmón no pequeño celular (NSCLC) en el año 2012, excluyendo aquellos con diagnóstico necrópsico. Se actualizó la información acerca de las características demográficas, clínicas, radiológicas, diagnóstico de naturaleza y extensión, en pacientes con dicho diagnóstico en el Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" de Guantánamo. La mayoría fueron hombres de 60 o más años, relación 2:1 con respecto a las mujeres; más de 80 % presentó comorbilidad. La mitad de los casos tuvo al menos un ingreso en el año previo al diagnóstico. En las lesiones centrales, la broncoscopia correspondió a la mayoría de los diagnósticos citohistológicos, seguida del esputo citológico, en las periféricas también a la broncoscopia correspondió la mayoría de los diagnósticos unido a la citología aspirativa con aguja fina (CAAF). El adenocarcinoma fue el más frecuente. Más de 80 % fueron diagnosticados en etapas avanzadas.

Palabras clave: cáncer del pulmón, diagnóstico, estadio

ABSTRACT

An observational, descriptive and retrospective study was done involving 52 patients with cytohistological diagnosis non small cell lung cancer (NSCLC) in 2012, excluding those in which was a post-mortem diagnosis. Information about the demographic, clinical, radiological, diagnostic nature and extent, in patients with this diagnosis in the General Teaching Hospital "Dr. Agostinho Neto" Guantanamo. Most of them were men aged 60 or older, about 2:1 ratio compared to women; over 80% had comorbidity. Half of the cases had at least one entry in the year prior to diagnosis. In central lesions, bronchoscopy accounted for most diagnoses cytohistologic parameters, followed by sputum cytology in peripheral bronchoscopy also corresponded most diagnoses coupled with fine needle aspiration cytology (FNAC). Adenocarcinoma was the most frequent. Over 80% were diagnosed in advanced stages.

Keywords: lung cancer, diagnosis, stage

INTRODUCCIÓN

El cáncer pulmonar no pequeño celular (NSCLC) constituye aproximadamente 85 % de todos los casos de neoplasia de pulmón; el humo del tabaco es el principal factor en su etiopatogenia, por ello las campañas de prevención produjeron el descenso gradual en la incidencia de cáncer de pulmón, tendencia que no continuará a menos que se mantenga la reducción de las tasas de prevalencia de tabaquismo.¹

La solución quirúrgica es la opción más consistente y exitosa para la curación, sin embargo, cerca de 70 % de los pacientes con NSCLC tienen enfermedad localmente avanzada o metástasis en el momento del diagnóstico; es obvio que las etapas del diagnóstico deben cumplirse para garantizar el tratamiento adecuado, que depende no solo del tipo histológico también del estadio según la clasificación TNM, establecida por la Organización Mundial de la Salud.

En los últimos años la situación económica nacional ha impuesto cambios en la disponibilidad y positividad local de los medios para el diagnóstico de naturaleza de esta enfermedad. Por ello se realizó una investigación en el Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" de

Guantánamo, con el objetivo de obtener y actualizar la información referente a la edad y sexo al momento del diagnóstico, ingresos previos en el último año, formas radiológicas, método de diagnóstico citohistológico, tipo histológico y estadio.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, que incluyó todos los pacientes consecutivamente diagnosticados de cáncer de pulmón no pequeño celular durante el año 2012, en el Hospital General Docente "Agostinho Neto" de la provincia Guantánamo.

El universo fue de 52 pacientes. El tamaño de muestra coincidió con el universo de estudio. Se excluyeron aquellos en que el diagnóstico fue un hallazgo de necropsia.

Las variables consideradas en la investigación fueron: sexo, grupos de edades, comorbilidad (se refiere a las enfermedades crónicas no transmisibles), ingresos en el último año, localización radiológica, método de diagnóstico citohistológico, estadio y tipo histológico. El procesamiento fue realizado con el software SPSS v.11 para Windows con el que se realizó el procesamiento estadístico.

RESULTADOS

El grupo de edad con mayor número de pacientes fue el de 61-70 años, 57.7 % de los casos. En cuanto al sexo se encontró franco predominio del sexo masculino (69.2 %) sobre el sexo femenino (30.8 %) con una relación de 2:1 (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución por grupos de edades y sexo

Grupos de edades	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%	No.	%
41 - 50	-	-	4	11.1	4	7.7
51 - 60	2	12.5	6	16.7	8	15.4
61 - 70	10	62.5	20	55.6	30	57.7
Más de 70	4	25.0	6	16.7	10	19.2
Total	16	30.8	36	69.0	52	100.0

Fuente: historias clínicas.

La existencia de comorbilidad asociada en pacientes diagnosticados de carcinoma broncogénico no es extraordinaria (Tabla 2). En esta investigación la mayoría de los pacientes, 42 (80.8 %), presentó enfermedades asociadas

Tabla 2. Distribución de pacientes según comorbilidad

Comorbilidad	No.	%
Sin comorbilidad	10	19.2
Con comorbilidad	42	80.8
Con una	34	81.0
Con dos o más	8	19.0
Total	52	100.0

Fuente: historias clínicas.

En la Tabla 3, se distribuyen los pacientes según la localización radiológica y el diagnóstico citohistológico. En las lesiones centrales se realizó mediante broncoscopia en 16 pacientes, seguida por el esputo citológico en 10, mientras que en las lesiones periféricas se hizo en 36.4 % de los casos por broncoscopia y por CAAF de ganglio a otros 36.4 %.

Tabla 3. Distribución de pacientes según forma radiológica y diagnóstico citohistológico

Diagnóstico citohistológico	Localización radiológica						Total	
	Central		Periférica		No precisada			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Broncoscopia	16	51.6	4	36.4	-	-	20	38.5
CAAF ganglio	2	6.5	4	36.4	2	20.0	8	15.4
CAAF pulmón	3	9.7	1	9.1	-	-	4	7.7
Esputo	10	32.3	2	18.2	-	-	12	23.1
Líquido pleural	-	-	-	-	8	80.0	8	15.4
Total	31	59.6	11	21.2	10	19.2	52	100.0

Fuente: historias clínicas.

La distribución de los pacientes según etapa clínica y tipo histológico (Tabla 4), muestra como el adenocarcinoma se diagnosticó en 69.2 % de los casos, de ellos 16 en etapa IV (44.4 %), seguido de las etapas III a y III b con 6 casos cada (33.4 %). Mientras tanto el carcinoma epidermoide se encontró en 16 (30.8 %), de ellos 6 casos en etapa IV y 6 en etapa III b (37.5 %). De forma general la mayor parte de los casos se diagnosticaron etapa III y IV, 42 de los 52 pacientes incluidos en la investigación, o lo que es lo mismo, más del 80 % de los casos fueron diagnosticados en etapas avanzadas de la enfermedad.

Tabla 4. Distribución de pacientes según estadio y tipo histológico

Estadio	Adenocarcinoma		Carcinoma epidermoide		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
IB	4	11.1	-	-	4	7.7
IIB	4	11.1	2	12.5	6	11.5
IIIA	6	16.7	2	12.5	8	15.4
IIIB	6	16.7	6	37.5	12	23.1
IV	16	44.4	6	37.5	22	42.3
Total	36	69.2	16	30.8	52	100.0

Fuente: historias clínicas.

DISCUSIÓN

El comportamiento de la edad en este trabajo coincide con lo reportado en estudios similares por Herrera Villalobos y colaboradores², así mismo García y colaboradores encontraron mayor número de enfermos a la de edad de 66.9 años al momento del diagnóstico³, y su coterráneo Sánchez J, señaló que más de 50 % de los pacientes de su estudio, fueron diagnosticados después de los 50 años.⁴ Según el sexo se coincidió con Herrera Villalobos y colaboradores, y Leal Mursulí⁵, quienes observaron un claro predominio en individuos del sexo masculino.

Aunque las estadísticas mundiales de hace 2 o 3 décadas reflejan un franco predominio del sexo masculino, las de los últimos años reportan un incremento paulatino del sexo femenino, sobretodo asociado al tabaquismo. La *American Cancer Society* reporta cifras de relación hombre: mujer cercana a una relación de 1:1.⁶

Estudios foráneos y nacionales refieren porcentajes de comorbilidad similares a los de la presente investigación, con predominio de las enfermedades cardiorrespiratorias.^{1, 2}

Establecer la existencia de ingresos previos es importante para evaluar demoras diagnósticas y en el inicio del tratamiento, se encontró que 50 % de los pacientes tuvo al menos un ingreso en el hospital en el año que precedió al diagnóstico de cáncer de pulmón. Este estudio no permite afirmar con objetividad que en ese momento se podía diagnosticar la enfermedad, pero es un elemento a evaluar en futuras investigaciones si se tiene en cuenta que la mayor parte de los casos se diagnosticaron en estadios avanzados, ello sugiere tiempo de evolución largo.

El trabajo de Rodríguez Cascaret y colaboradores⁷, es el único que hace referencia a las formas radiológicas de presentación el cual encontró que 24 de los 55 integrantes de la serie (43.7 %) tuvieron lesiones periféricas y 18 (32.7 %) hiliares.

El método para obtener una confirmación citohistológica depende del tamaño y localización de la lesión pulmonar, de la extensión del tumor a regiones vecinas y de la sospecha de probables metástasis extratorácicas. La broncoscopia se considera el método más efectivo para obtener la estirpe celular del tumor. Su rentabilidad en el cáncer de pulmón es muy alta, se alcanza el diagnóstico hasta en 93 % de los casos cuando la lesión es visible endoscópicamente y en aproximadamente 50 %, cuando no lo es.⁸

Resultados similares reportó Rodríguez⁷, quien encontró que la fibrobroncoscopia fue el método diagnóstico más utilizado con 117 pacientes que representan 64.3 %, seguido por la citología aspirativa con aguja fina guiada por ultrasonido diagnóstico y por tomografía axial computarizada.

Cabe señalar que 19.2 % de los casos en que no se pudo precisar si las lesiones fueron centrales o periféricas y en estos el diagnóstico cito - histológico se hizo por estudio del líquido pleural en 80 % de los casos.

Rodríguez Cascaret⁷, en su trabajo sobre la concordancia clínica, tomográfica y anatomopatológica, al analizar la confirmación hística encontró preponderancia de los adenocarcinomas con 56.4 %, seguido de los epidermoides con 30.9 %, y en menor cuantía por los tumores de células pequeñas 7 (12.7 %). En estos tres grupos predominó la forma periférica infiltrativa pulmonar, con 20 casos en total (36.4 %). Así mismo, Leal en su trabajo sobre punción transtorácica por aspiración en

el diagnóstico del cáncer de pulmón, realizado en La Habana, obtuvo que el tipo hístico más frecuente fue el carcinoma epidermoide, 50.5 % seguido por el adenocarcinoma, 31.3 %.⁵

Otros estudios nacionales, reportan que la distribución de pacientes con diagnóstico de carcinoma epidermoide y adenocarcinoma es similar.⁷ A diferencia de esta investigación, la mayoría de la literatura consultada coincide en el predominio del carcinoma epidermoide como subtipo histológico del carcinoma pulmonar de células no pequeñas.^{3,8,9}

El cáncer de pulmón es una enfermedad de muy mal pronóstico, una de las principales razones para ello es lo avanzado que se encuentran la mayor parte de los tumores cuando se diagnostican. En este sentido, la investigación actual mostró que la mayor parte de los pacientes se encontraban distribuidos entre los estadios III y IV, más de 80 % de los pacientes tuvieron una enfermedad localmente avanzada o metastásica cuando se diagnosticaron (estadios III y IV), mientras que sólo 19.2 % se presenta con una enfermedad posiblemente curable (estadios I y II). Esto los hizo tributarios de solo tratamiento paliativo. Cabanes Varona¹⁰, al analizar el estadio observó que prevalecieron los pacientes en el estadio IV, seguido del III. En los estadios IA y IIA se encontraron cifras muy bajas. Resultados similares encontró Herrera Villalobos.¹¹

CONCLUSIONES

Se concluye que existió homogeneidad en cuanto a edad, sexo, y comorbilidad con relación a lo reportado en la literatura. Se consideró notable la cantidad de pacientes con al menos un ingreso en el año previo al diagnóstico de la neoplasia de pulmón, esta situación es un punto a investigar en el futuro.

Este grupo de enfermos al momento del diagnóstico del cáncer presentó tumores que se caracterizaron por un volumen y localización que permitió, en su mayoría, elevado rendimiento de la fibrobroncoscopia y la CAAF en el diagnóstico de naturaleza, y estadios avanzados en el diagnóstico de extensión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Langer CJ. The evolving role of histology in the management of advanced non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol*. 2010 [citado 12 feb 2015]; 28: [aprox 5 p.]. Disponible en: <http://www.nlbi.nlm.nih.gov/pubmed/21079145>

2. Rodríguez JC, Gassiot C, Pino PP, Cid A. Influencia de la demora en el diagnóstico y el tratamiento en la supervivencia de pacientes con cáncer pulmonar. Rev Cub Med. 2007 [citado 12 feb 2015]; 46(1): [aprox 5 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.sld.cu/scielo.php>
3. García JM, González FJ, Paz J, Pose A, Fondevila A, Valdés L. Lung cancer in a health area of Spain: incidence, characteristics and survival. Eur J CancerCare. 2010 [citado 12 Feb 2015]; 19:[aprox 6 p.].Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2354.2008.01008.x/full170>
4. Sánchez de Cos J. El cáncer de pulmón en España. Epidemiología, supervivencia y tratamientos actuales. Arch Bronconeumol. 2009 [citado 12 feb 2015]; 45(7): [aprox6 p.]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030028960>
5. Leal A, Goitizolo E, Rivas O, Del Castillo G, Fernández ML, Pérez A. Punción transtorácica por aspiración en el diagnóstico del cáncer de pulmón. Rev Cub Cir. 2000 [citado 12 feb 2015]; 39(3): [aprox 8 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/cir/vol39_3_00/cir05300.htm
6. National Cancer Institute. Cáncer de pulmón de células no pequeñas. PDQ. 2010 [citado 12 feb 2015] [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.oncolink.org>
7. Rodríguez A, Martín A, Hernández K. Concordancia clínica, tomográfica y anatomopatológica en el cáncer de pulmón. MEDISAN. 2011 [citado 12 feb 2015]; 15(5): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?pid>
8. Luiz F, De Lima LC, Oliveira E, Corrêa J, Salvioni A, Neves BC. Características de pacientes comcâncer de pulmãonacidade de Manaus. J Bras Pneumol. 2011[citado 12 feb 2015]; 35(2):[aprox 10 p.]. Disponible en: <http://www.saudepublica.bvs.br/pesquisa>
9. Cardona AF, Carranza H, Vargas CA, Otero JM, Revei L, Reguart N, et al. Supervivencia de pacientes con cáncer de pulmón de célula no pequeña en cuatro instituciones de salud Colombia. Rev Venez Oncol. 2010 [citado 12 feb 2015]; 22(1): [aprox 7 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-058220100001>
10. Cabanes L, Rodríguez JC, Gassiot CJ, Ramos A, Morales L, Lima A. Carcinoma broncogénico: Influencia de las demoras diagnósticas y terapéuticas en la supervivencia. Neumol Cir Tórax. 2011 [citado 12 feb 2015]; 70(2): [aprox8 p.].Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2011/nt112d>
11. Herrera C, Rodríguez JC, Gassiot C, Pino PP, Cid A. Influencia de la demora en el diagnóstico y el tratamiento en la supervivencia de pacientes con cáncer pulmonar. Rev Cubana Med. 2007[citado 12 feb 2015]; 46(1): [aprox7 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/med/vol46_01_07/med08107.htm

Recibido: 19 de febrero de 2015

Aprobado: 23 de abril de 2015

Dr. Román Savón Plutín. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" Guantánamo. Email: roman.savon@hgdan.gtm.sld.cu