

ARTÍCULOS ORIGINALES

Hospital "Comandante Manuel Fajardo"

VARIACIÓN DEL ESTADIAMIENTO CLÍNICO Y EL POSQUIRÚRGICO EN EL CÁNCER PULMONAR NO CÉLULAS PEQUEÑAS

Dr. Orestes N. Mederos Curbelo,¹ Dr. Claudio Pascual Chirino,² Dr. Hugo A. Cantero Ronquillo,³ Dr. Juan C. Barrera Ortega,⁴ Dr. Lázaro López Parajó⁵ y Dr. José L. Menchaca Díaz⁵

RESUMEN

El cáncer del pulmón es uno de los tumores malignos de mayor mortalidad en el mundo. Su detección precoz no ha arrojado resultados alentadores. La supervivencia se reduce casi totalmente cuando la cirugía no puede realizarse como arma terapéutica en el carcinoma del pulmón no células pequeñas. Ésta es solo aplicable en estadios tempranos (I, II, IIIA). No todos los pacientes estudiados clínicamente como reseables, pueden ser reseables. Por lo que la variación del estadiamiento clínico con respecto al posquirúrgico es una realidad. En este trabajo se realizó un estudio sobre 129 pacientes con lesiones reseables por estadiamiento clínico, donde exámenes como rayos X de tórax, TAC de tórax y mediastino, broncoscopia unido a la clínica y otros exámenes sirvieron para realizar éste. Posteriormente a la cirugía el 10 % de los pacientes que pertenecían al estadio I, pasaron a un estadio inmediatamente superior, el 14 % de los incluidos en el estadio II pasaron a IIIA y el 54 % de los que pertenecían al estadio IIIA no pudieron ser reseables por enfermedad locorregional avanzada (estadio IIIB). Por lo que de 129 pacientes llevados al salón con un estadiamiento clínico, 30 de ellos sufrieron cambio al estadio inmediatamente superior, lo que representa una variación del 31 % del estadiamiento clínico al posquirúrgico.

Descriptor DeCS: NEOPLASMAS PULMONARES/cirugía; CARCINOMA DEL PULMON DE CELULA NO PEQUEÑA/cirugía; ESTADIFICACION DE NEOPLASMAS.

Para el carcinoma del pulmón (CP) se utiliza en la actualidad la clasificación TNM desarrollada en 1986 en una reunión

internacional organizada para unificar los estadios y publicada por *Mountain*.¹ La *T* se refiere al tamaño y la extensión del tu-

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.

mor primario, la *N* representa la afección de los ganglios linfáticos biliares y mediastínicos y la *M* hace referencia a la enfermedad metastásica.²

El estadiamiento del CP debe establecerse en el momento del diagnóstico (estadificación clínica o TNM) y de nuevo después de la operación (estadificación anatomopatológica posquirúrgica o pTNM), cuando se dispone del informe anatomopatológico final. El tratamiento inicial se basa en el TNM y en diagnóstico histológico del cáncer. El pronóstico depende del pTNM.

El tratamiento quirúrgico representa la única posibilidad curativa para el carcinoma del pulmón no células pequeñas,³ pero ésta sólo puede llevarse a cabo en estadios tempranos I, II y IIIA.

Para llevar a un paciente al salón de operaciones no solo debe cumplir con los criterios de operabilidad, sino también de resecabilidad, criterio que puede variar antes y después del acto quirúrgico. Por lo que evaluar la probabilidad de cambio a estadios superiores que sufren estos pacientes llevados al salón con lesiones clínicamente resecables, ha sido el objetivo principal de este trabajo.

MÉTODOS

MUESTRA

Se estudiaron 129 pacientes con el diagnóstico de un CPNCP provenientes de los hospitales "Miguel Enríquez" y "Manuel Fajardo" en el período de 1974 a 1986 en el primero y 1995 a 1997 en el segundo. Todos los pacientes fueron clasifica-

dos en un estadio temprano (I, II y IIIA). Fueron llevados al salón de operaciones, donde se les realizó resección quirúrgica del tumor en 99 pacientes.

MÉTODO

A todos los pacientes se les realizó el estadiamiento clínico, el cual fue basado en cuadro clínico, Rx de tórax, TAC de tórax y mediastino, US de abdomen, broncoscopia y pruebas de función respiratoria para ser llevados todos al salón de operaciones, donde se les intentó realizar resección tumoral.

RESULTADOS

De los 129 pacientes con lesiones resecables por estadiamiento clínico, 20 de ellos se encontraban en el estadio I, 56 pertenecían al II y el resto (53) al estadio IIIA. Posterior a la intervención, el 10 % de los pacientes del estadio I por el TNM pasaron a un estadio inmediatamente superior, el 14 % de los que pertenecían al II, pasaron al IIIA y el 54,7 % de los pacientes con lesiones, estudiados clínicamente como IIIA no pudieron ser sometidos a resección tumoral (tabla 1).

Por lo que de 129 pacientes que fueron llevados al salón con estadiamiento clínico, 30 de ellos sufrieron un cambio a uno superior, el cual fue incrementándose en cuanto al número de pacientes, en la medida que se encontraban éstos en estadios más avanzados. Resultando la variación del TNM a pTNM en este estudio de un 31 % (tabla 2).

TABLA 1. *Pacientes con lesiones reseables por estadiamiento clínico*

Estadios	Número de pacientes	I	II	IIIA	IIIB
I	20	18	2	-	-
II	56	-	48	8	-
IIIA	53	-	-	23	30
Total	129	18	50	31	30

TABLA 2. *Porcentaje de variación del estadiamiento clínico al posquirúrgico*

Número de pacientes	Número de pacientes que no sufrieron cambio	Número de pacientes que sufrieron cambio	% de pacientes que sufrieron cambio
129	99	30	31

DISCUSIÓN

El CP representa la primera causa de muerte por cáncer para el sexo masculino en Cuba y la cuarta para el femenino (Registro Nacional del Cáncer. Cáncer del pulmón, incidencia. 1998. INOR). Hasta ahora los esfuerzos que se han realizado en el ámbito mundial para lograr desarrollar un programa de pesquisa con el objetivo de lograr un diagnóstico en estadios tempranos han fracasado.⁴ Puesto que muchos pacientes se encuentran asintomáticos y es por una radiografía de tórax realizada por otra causa ajena al tumor, que se evidencia la afección o por lo contrario, el síntoma más frecuente en esta afección que es la tos, es también una manifestación frecuente de otras enfermedades, lo mismo sucede con el dolor torácico, hemoptisis.

Por todo lo anterior se puede decir que cada 100 pacientes diagnosticados con un CPNCP, aproximadamente 70 van a ser

irreseables, 40 por metástasis a distancia y 30 por afección locorregional avanzada, lo cual contraindica la cirugía. De los 30 restantes, 10 serán inoperables por causas ajenas al tumor y sólo 20 van a ser subsidiarios de cirugía. Si a todo esto se suma que de esos 20, el grado de probabilidad de un subestadiamiento clínico es del 31 %, reduciría aun más la probabilidad de posibilidad de tratamiento curativo.

Resultando un reto para todos el lograr la evaluación correcta del estadio, donde la valoración del N2 (ganglio mediastínico homolateral o subcarical) como positivo o no, nos impone un fuerte obstáculo para lograr realizar un estadiamiento lo más confiable posible.⁵

Por lo cual los métodos que se disponen en este medio para lograr una estadiación lo más confiable posible, presentan un margen de error significativamente alto, reto que se debe desafiar para lograr llevar al paciente al salón de operación en el momento correcto.

SUMMARY

Lung cancer is one of the malignant tumors of higher mortality rates in the world. Its early detection has not yielded encouraging results so far. Survival probabilities are almost reduced to zero when surgery can not be used

as a therapeutic tool in non-small cell lung carcinoma. Surgery is only applicable in early stagings (I, II and III A). Not all the patients who have been clinically studied as resectable can be eventually resected, so the changes in clinical staging in relation to postsurgery staging is a fact. This paper presented a study of 129 patients with resectable lesions according to their clinical staging where thorax Rx, thorax CT, . Mediastinum CT, bronchoscopy and other tests served for this purpose. After surgery, 10% of patients at stage I changed into the next upper staging, 14% of those included in staging II changed into III A and 54% of those at staging III A could not be resected due to advanced locoregional disease (staging III B). Of the 129 patients taken to the surgery room with a specific clinical staging, 30 changed into the next upper staging, which represented a 31% variation of clinical staging to postsurgery staging.

Subject headings: LUNG NEOPLASMS/surgery; CARCINOMA, NON-SMALL CELL LUNG/surgery; NEOPLASM STAGING

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mountain CF. A new international staging system for lung cancer. *Chest* 1986;89(Suppl 4):2555-33.
2. Beahrs OH. American Joint Committee on cancer manual for staging of cancer. 4a. ed. Philadelphia: JB Lippincott, 1992:76.
3. Ginsberg RJ, Rubenstein L. Lung cancer study group: randomized comparative trial of lobectomy vs. limited resection for patients with T1. No non-small cell lung cancer. *Lung Cancer* 1991;7(Suppl):83.
4. Radke JR, Conwag WA. Diagnostic accuracy in peripheral lung lesions: factor predicting success with bronchoscopy. *Chest* 1998;76:176-9.
5. Mc Loud TC. Bronchogenic carcinoma: analysis of staging in the mediastinum with or by correlative lymph node mapping and sampling. *Radiology* 1992;198:319-83.

Recibido: 10 de diciembre de 1999. Aprobado: 24 de abril del 2000.

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