

Diagnóstico del cáncer de pulmón en un quinquenio

Diagnosis of lung cancer during a quinquenium

Dra. Alina Monteagudo Canto,^I Dr. Carlos E. Salazar Cueto,^{II} Dr. Gabriel N; Willson Estévez,^{III} Dra. Yamilet Villalonga Mora^{IV}

- I. Especialista de II grado en Medicina Interna. Hospital Clínico Quirúrgico Docente Provincial “Manuel Ascunce Domenech”. Camagüey, Cuba.
- II. Especialista de II grado en Medicina Interna. Profesor Instructor.
- III. Especialista de I grado en Medicina Interna
- IV. Especialista de I grado en Medicina Interna. Profesora Asistente.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo en el Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico “Manuel Ascunce Domenech” con todos los pacientes diagnosticados con cáncer de pulmón primario en el período de 1996 – 2000 para conocer cómo se comportó el diagnóstico de esta neoplasia. El universo de estudio estuvo constituido por 269 pacientes, la información se obtuvo de las historias clínicas y se vertió en una encuesta con las siguientes variables: formas radiológicas, variantes histológicas, tiempo transcurrido entre el primer síntoma y el diagnóstico y formas diagnósticas utilizadas. Las formas radiológicas más frecuentes fueron la neumónica (36.98 %) y la pleuresía (20.8 %). El adenocarcinoma (34.21 %) y el carcinoma de células escamosas (24.56 %) tuvieron la mayor presentación. Sólo el 55.76 % se diagnosticó antes del mes. El pilar diagnóstico más importante fue la radiografía del tórax con un 100 % de positividad.

DeCS: NEOPLASMAS PULMONARES.

ABSTRACT

A descriptive study was carried out at Manuel Ascunce Domenech Provincial Teaching Hospital in all patients diagnosed with primary lung cancer from 1996 to 2000 so as to know how the diagnosis of this neoplasia behave. The study universe was of 269 patients information was gathered from clinical charts and was reflected in a survey with the following variables: radiologic forms, histologic variants, time elapsed among the first symptom and the diagnosis, and diagnostic forms used. The most frequent radiologic forms were: pneumonic (36.98%) and pleurisy (20.8%). Adenocarcinoma (34.21%) and carcinoma of squamous cells (24.56%) had the higher presentation. Only 55.76% were diagnosed before the month the diagnostic pillar most important was thorax radiography with 100 % of positivity.

DeCS: LUNG NEOPLASMS.

INTRODUCCIÓN

El pulmón es el sitio de origen de tumores benignos y malignos, así como de metástasis de cánceres primarios provenientes de otros órganos y tejidos. Los tumores malignos del pulmón pueden ser primarios y secundarios. De los tumores primarios el más frecuente es el carcinoma, los cuales se pueden originar en cualquier parte de la tráquea, bronquios gruesos y finos o parénquima pulmonar; sin embargo, la mayoría de los cánceres comienzan en el epitelio bronquial y por eso se denominan carcinoma broncogénico, son más frecuentes en el lado derecho y en los lóbulos superiores.¹⁻³

Las neoplasias pulmonares cada vez son más frecuentes, su mortalidad se duplica cada quince años para ambos sexos. Por tanto se considera un problema de salud muy importante debido a que su pronóstico, por lo general, es sombrío⁴. Una de cada diez defunciones es causada por cáncer, y se diagnostican seis millones de casos nuevos todos los años en los países desarrollados, por tanto son fundamentales la prevención primaria y el diagnóstico precoz; para lograr que aproximadamente la tercera parte de los cánceres del futuro puedan prevenirse.

El cáncer pulmonar es polimorfo en su forma de presentarse, tanto clínica como radiológicamente, pero desafortunadamente cuando se presenta con algunas de sus manifestaciones pulmonares o extrapulmonares, ya sean parte de un síndrome paraneoplásico, de una o varias metástasis^{5,6}, con mucha frecuencia es tarde, pues por regla general su estadio será avanzado, aunque no olvidamos que muchas manifestaciones paraneoplásicas pueden preceder en meses y hasta años la aparición clínica del tumor. Se plantea que con la extirpación quirúrgica del tumor, muchas veces desaparecen las manifestaciones paraneoplásicas⁷ En algunos países se realiza pesquisa a personas con riesgos de desarrollar dicha enfermedad por medio de estudios seriados de citología del esputo y radiografía torácica y a través de este seguimiento se han diagnosticado precozmente pacientes con este padecimiento, ya sea por presencia de células anaplásicas, atípicas o neoplásicas y radiología negativa, llamado carcinoma oculto⁸ Al igual que en pacientes totalmente asintomáticos se han detectado nódulos pulmonares solitarios que aún simulando radiográficamente la posibilidad de benignidad⁹, el estudio citológico ha demostrado lo contrario e incluso luego de verificar la presencia de metástasis a distancia.¹⁰

Como parte del diagnóstico es meritorio recordar que hoy la tomografía computarizada resulta un medio auxiliar importantísimo en toda lesión o sombra pulmonar por pequeña que sea, al igual que en la búsqueda de metástasis^{11,12}.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo con el propósito de analizar el diagnóstico del cáncer del pulmón en el Hospital Clínico-Quirúrgico "Manuel Ascunce Domenech" en el período comprendido entre el 1 de enero de 1996 y el 31 de diciembre de 2000.

El universo de estudio estuvo constituido por 269 pacientes con cáncer pulmonar diagnosticados en el Hospital "Manuel Ascunce Domenech" cuyo diagnóstico fue realizado en el período de tiempo antes dicho. La información se obtuvo directamente del Centro Provincial de Higiene y Epidemiología, además del departamento de estadística del Hospital "Manuel Ascunce Domenech", donde se obtuvo el número de casos en total por años, así como nombres, apellidos y número de historia clínica, para luego extraer de los expedientes

clínicos datos de interés para la realización de este trabajo, en un modelo de encuesta que se confeccionó al efecto. Esta encuesta individual contiene la siguiente información:

- Formas clínico-radiológicas de presentación
- Variantes histológicas
- Tiempo transcurrido entre el primer síntoma y el diagnóstico.
- Formas diagnósticas utilizadas.

Los datos fueron procesados por medio de una calculadora inicialmente, para luego ser reevaluados en una microcomputadora Pentium compatible según el programa estadístico Microstad para obtener estadística descriptiva .

De esta forma se obtuvo la distribución de frecuencia en valores absolutos y porcentajes.

RESULTADOS

La neumonía fue la forma de presentación más frecuente seguida por la pleuresía con 36. 80 % y 20. 81 % respectivamente (tabla 1)

Tabla 1. Formas radiológicas

Formas Radiológicas	No.	%
Neumónica	99	36.80
Pleuresía	56	20.81
Hiliar	46	17.10
Nódulo solitario	33	12.27
Atelectásica	27	10.04
Mediastinal	24	8.92
Absceso	6	2.23

Fuente: Encuesta

El adenocarcinoma y el carcinoma de células escamosas fueron las variantes histológicas más frecuentes. Más del 50 % no se pudo clasificar histológicamente (tabla 2)

Tabla 2. Variantes histológicas

Variante histológica	No.	%
Adenocarcinoma	39	34,21
Carcinoma de células Escamosas	28	24,56
Carcinoma de células Pequeñas	20	17.54
Carcinomas de células Gigantes	14	12.28
Carcinoides	5	4.38
Sarcoma	3	2.63
Melanoma	2	1.75
Sin histología	1	0.87
Total con histología	155	57.62
Total	114	42.38
	269	100.00

Fuente: Encuesta

La radiografía de tórax tuvo un 100 % de positividad, la baja positividad del estudio citológico del líquido pleural y el esputo resultó más que evidente. (tabla 3)

Tabla 3. Distribución de pacientes según resultado de exámenes complementarios

Formas diagnósticas utilizadas	Positivas		Negativas		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Rx de Tórax P-A	269	100	-	-	269	100
TAC	191	71	7	2.60	198	73.00
BAAF	26	9.66	9	3.34	35	13.01
Broncoscopia	35	3.01	16	5.94	51	18.05
Citología del Liq.	6	2.23	25	9.29	31	11.52
Esputo citológico	19	7.06	214	79.55	233	87.48
Biopsia de ganglio	2	0.74	2	0.74	4	1.48

Fuente: Encuesta

DISCUSIÓN

En el presente estudio el cáncer fue visible completamente en la primera radiografía. *Lyubsky S* y *Jacobson MJ* plantean que la regla de oro para el diagnóstico de este patema es el imagenológico al establecer que más del 90 % de los tumores periféricos y más del 75 % de los centrales son visibles en la primera radiografía.¹³

Resulta impactante la similitud de este estudio con el de los autores *Morntain CF*¹⁴ y *Yessner*¹⁵, los cuales plantean un 35 % y un 25 % respectivamente, para el adenocarcinoma, un 30 % para el carcinoma de células escamosas, un 20 % para el tumor de células pequeñas, de un 10 a un 15 % para los carcinomas de células gigantes y un 5 % para el tumor carcinoide. El resto de las formas histológicas se consideran raras con una incidencia menor al 1 %¹⁶. Un dato de impacto negativo resultó que en el 57.62 % no se pudo llegar a la histología, las posibilidades terapéuticas y de vida de estos pacientes fue limitada.

Actualmente el cáncer de pulmón es una de las neoplasias que se comporta con peor pronóstico, la supervivencia a los cinco años es del 5 % independientemente del tratamiento³, razón sobrada para insistir en el diagnóstico temprano del cáncer del pulmón y ello quizás resulte el talón de Aquiles de esta patema.

La radiografía de tórax postero-anterior (P-A) resultó positiva en el 100 % de los casos seguida de la tomografía axial computarizada (TAC) con un 71 % de positividad. La baja positividad del estudio citológico del esputo y del líquido pleural.

El estudio radiológico más importante para el diagnóstico del cáncer del pulmón es la radiografía de tórax, pues es el primer indicador de presencia de un tumor pulmonar¹⁷. El Dr. *Galindo* coincide con nuestros resultados

Cuando se añade la TAC resulta suficiente para el diagnóstico en prácticamente todos los casos^{18,19}. Esta técnica resulta más eficaz para valorar la afectación de ganglios linfáticos regionales en hilio y mediastino, así como detectar metástasis cercanas (hígado, suprarrenales, óseas, etc).^{13,14,18,19}

La broncoscopia es considerada un importante medio diagnóstico del cáncer de pulmón, no sólo por la visualización directa, sino por la posibilidad de biopsias que nos brinda²⁰. Un

elemento negativo en nuestro trabajo es que el único broncoscopio que existe es rígido y viejo, no obstante se pudieron realizar 51 broncoscopias y 35 fueron positivas.

Mejorar los indicadores del cáncer de pulmón en nuestro país resulta un reto para el programa nacional del cáncer, así como una meta social contra el hábito de fumar.

CONCLUSIONES

- Solo el 55.76 % se diagnosticó antes del mes.
- El pilar diagnóstico más importante fue la radiografía de tórax con un 100 % de positividad

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cohen MH. Signs and symptoms of bronchogenic carcinoma. *Semin Oncol* 1999; 1(2):183-5.
2. Bisbmas I, Lang Kmaer VG. Pit falls and delay in the diagnosis of pancoast tumourt presenting in orthopeadic units. *Ann R Coll Surg Engl* 1999; 81(5):291-5.
3. Cox JD, Yerner RA. Adenocarcinoma of the lung recent result from the veterans administration lung group. *Am Rev Respir Dis* 1999; 120(1):1025-7.
4. Parkin DM. Trends in lung cancer world wide. *Clest* 1999; 96:5-8.
5. Sile CC, Perry DJ, Nam L. Small cell carcinocythemia. *Arch pathol Lab Med* 1999; 123(5):426.
6. Phirole PC, Piehler JM. Broncogenic carcinoma with clest wall invasion. *Ann thorac surg* 1998; 34(2):684-691.
7. Orts D, Hernández I, Barroso E. Romero S. Hypertrophic osteoar thropathy in lung cancer: Are the radiographyc bone changes reversible afte curative resection?. *Arch Chest Dis* 2000; 55(2):122.
8. Schoemberg J, Klotz J, Wilcox H. Casc Control study residential radon and lung cancer among new jersey citizan. *Cancer Res* 1998; 50(1):6520-4.
9. Ketai L, Malby M, Jordan K. Small nodules detect on chest radiography: does size predict calcification ?. *Chest* 2000; 118(3):610-12.

10. Seeman MD, Seeman O, Bowel H. Differentiation of malignant from benign solitary pulmonary lesions using chest radiography, spiral CT and HRCT. *Lung Cancer* 2000; 29(2):105-24.
11. Hroset T, Mori K, Machida S, Tokio K. Computed tomographic for diagnosis of pulmonary nodules. *Jpn J Clin Oncol* 2000; 30(6):259-62.
12. Samet JM. The epidemiology of lung cancer. *Chest* 103:205, 1993.
13. Cruz HJ. Cáncer broncopulmonar en nuestro medio. A propósito de 72 casos. *Rev Clin Esp* 1982; 165(5-6):337-41.
14. Jacot W, Quantin X, Boben IM. Brain metastasis at the time of presentation of Non-Small all lung cancer: a Multi-Centric AERIO analysis of prognostic factor. *Br J Cancer* 2001; 84(7):903-9.
15. Miller YE. Neoplasias pulmonares. En: Cecil. Tratado de Medicina Interna. México: Mcgraw-Hill; 1998. p.496-502.
16. Wang JC. Rapidly growing Small Peripheral lung cancer. *Br J Radial* 2000; 73(8):930-7.
17. Eddy DM. Screening for lung cancer. *Ann intern med.* Mosby: Mc Graw; 1989.
18. Cangemi V. Assessment of the accuracy of diagnostic chest et scannisg. Impact on lung cancer management. *Int Surg* 1996; 81:77-82.
19. Lam B. Diagnostic yield of bronchoscopic. Sampling methods in bronquial carcinoma. *Repirology* 2000; 5(3):265-70.
20. Haber Konn U, Schoenberg SO. Imaging of lung cancer with CT, MRT and PET Lung. *Cancer* 2001;34(3):513-23.

Recibido: 11 de diciembre de 2002

Aprobado: 1 de abril de 2003

Dra. Alina Monteagudo Canto. Especialista de II grado en Medicina Interna. Hospital Clínico Quirúrgico Docente Provincial “Manuel Ascunce Domenech”. Camagüey, Cuba.