



ARTÍCULO ORIGINAL

Caracterización clínica epidemiológica del cáncer de pulmón en pacientes atendidos de 2016 a 2017

Epidemiological and clinical characterization of lung cancer in patients treated during 2016-2017

Nitza Hernández Suárez¹✉ Daniesky Dopico Ravelo¹ Maribel Sandrino Sánchez¹
Blanca Paula Morera Rojas¹ Marianniz Díaz Hernández²

¹Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Dr. León Cuervo Rubio". Pinar del Río, Cuba.

²Universidad de La Habana. La Habana, Cuba.

Recibido: 30 de abril de 2019

Aceptado: 17 de octubre de 2019

Publicado: 6 de enero de 2020

Citar como: Hernández Suárez N, Dopico Ravelo D, Sandrino Sánchez M, Morera Rojas MP, Díaz Hernández M. Caracterización clínica epidemiológica del cáncer de pulmón en pacientes atendidos de 2016 a 2017. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2020 [citado: fecha de acceso]; 24(1): e4056. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/4056>

RESUMEN

Introducción: el cáncer de pulmón se ha convertido a nivel mundial en un problema sanitario de primer orden. En Cuba, dentro de las neoplasias, este es el primero en mortalidad y el segundo en incidencia.

Objetivo: caracterizar clínica y epidemiológicamente a pacientes con cáncer de pulmón atendidos en el Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Dr. León Cuervo Rubio" de Pinar del Río.

Métodos: se realizó una investigación descriptiva de corte transversal desde el primero de enero del 2016 hasta el 31 de diciembre del 2017, la muestra estuvo constituida por 83 pacientes con diagnóstico histológico de cáncer de pulmón.

Resultados: predominó el grupo de edades entre 61 a 80 años y el sexo masculino con el 63,85 %. El factor de riesgo más frecuente fue el fumador activo con un 93,98 %, la presentación clínica que predominó fue la bronconeumónica en un 49,40 % de los pacientes, mientras la localización anatómica más frecuente fue el lóbulo superior derecho con un 44,53 %. La variedad cito-histología más frecuente fue el carcinoma epidermoide con un 37,35 %, en el momento del diagnóstico se encontraban en estadio III el 51,81 % de los pacientes.

Conclusiones: el cáncer de pulmón resultó más frecuente en el sexo masculino y el grupo entre 61 a 80 años. Hubo mayor representación en pacientes fumadores. Existió correlación entre el efecto acumulativo del tabaquismo y las probabilidades de desarrollar cáncer en fumadores, en especial con los de mayor tiempo de consumo y los que consumen mayor número de paquetes al año.

Palabras clave: Neoplasias Pulmonares; Tabaquismo; Análisis de Varianza; Carcinogénesis; Paciente.

ABSTRACT

Introduction: lung cancer has become a major health problem worldwide. In Cuba, among the neoplasms, this is the first cause in mortality and the second in incidence.

Objective: to characterize clinically and epidemiologically lung cancer patients treated at "Dr. León Cuervo Rubio" Clinical-Surgical-Teaching Hospital in Pinar del Río.

Methods: a cross-sectional and descriptive research was carried out from January 1, 2016 to December 31, 2017. The sample consisted of 83 patients with histological diagnosis of lung cancer.

Results: the age group between 61 and 80 years and male sex predominated (63,85 %). The most frequent risk factor was active smoking with 93,98 %; the clinical presentation was predominantly bronchopneumonia in 49,40 % of patients, while the most frequent anatomical location was the right upper lobe with 44,53 %. The most frequent *cytological* type was epidermoid carcinoma with 37,35 %, at the time of diagnosis 51,81 % of patients were in stage III.

Conclusions: lung cancer was more frequent in men and into the group between 61 and 80 years. There was a higher representation of heavy smokers. A correlation between the cumulative effect of smoking and the probabilities of developing cancer in smokers was observed, especially in those with the longest addition and in those who smoke the greatest number of packs per year.

Keywords: Lung Neoplasms; Tobacco Use Disorder; Analysis of Variance; Carcinogenesis; Patient.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de pulmón era muy infrecuente antes del hábito tabáquico y, al menos hasta 1791 con los reportes de John Hill⁽¹⁾ no era considerada como una entidad patológica de importancia. En la actualidad es un problema sanitario de primer orden.^(2,3)

El cáncer de pulmón tiene dos grandes grupos histológico: el de células no pequeñas o no microcítico y el de células pequeñas o microcítico, los cuales son la principal causa neoplásica de muerte en el mundo, con una tasa de 1 274 por 100 000 habitantes, con predominio en hombres entre 55 y 65 años. Se diagnostican cada año unos 2 200 casos a nivel mundial, con elevada mortalidad durante el primer año después del diagnóstico.^(4,5,6)

En Cuba, dentro de las neoplasias, este es el primero en mortalidad y el segundo en incidencia, con la excepción del cáncer de piel, donde Pinar del Río tiene una tasa que corresponde a la media nacional, pero con un incremento en la mortalidad en el sexo femenino que supera la media nacional.^(5,7)

Es la proliferación exagerada y sin control de determinadas células de este órgano, que causa tres principales problemas fundamentales similares a cualquier tipo de cáncer: crecimiento local; infiltración en estructuras vecinas (sobre todo en arcos costales, cuerpos vertebrales y mediastino) y metástasis al mismo pulmón o a distancia por circulación sanguínea o linfática.^(2,4) Los síntomas clínicos más frecuentes son tos, disnea, dolor torácico y los relacionados con los sitios metastásicos afectados que incluyen hígado, hueso, pleura, pulmón contralateral, cerebro y glándulas suprarrenales.⁽⁶⁾

El cáncer de pulmón es la neoplasia que con mayor frecuencia se acompaña de síndrome paraneoplásico. En la mayoría de pacientes se puede observar un aumento en la síntesis y secreción de algún polipéptido, solo un 10-20 % presentará repercusiones clínicas en forma de síndrome paraneoplásico. El carcinoma de células pequeñas es el tipo histológico que con

mayor frecuencia da lugar a este.⁽⁶⁾

Mucho se ha hecho en el mundo para combatir esta patología, como otras localizaciones malignas que están condicionadas por la sobreexpresión o mutación de determinadas proteínas extramembranas, transmembranas o intracelulares, lo que ha permitido actuar sobre estos puntos de control y desarrollar los tratamientos dianas; Cuba es ejemplo, el Centro de Inmunología Molecular (CIM) de La Habana, desarrolló una vacuna que contiene un anticuerpo monoclonal murino, perteneciente a la subclase IgG1, denominado CIMAVaxEGF.⁽²⁾

Por todo lo antes expuesto es que se plantea como objetivo de este trabajo caracterizar clínica y epidemiológicamente a pacientes con cáncer de pulmón atendidos en el Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Dr. León Cuervo Rubio" de Pinar del Río.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, en el Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Dr. León Cuervo Rubio" de Pinar del Río, desde el 1 de enero del 2016 hasta el 31 de diciembre del 2017. El universo estuvo conformado por 136 pacientes que ingresaron al hospital en el periodo antes señalado, con sospecha clínica e imagenológica de cáncer de pulmón. La muestra fue constituida por 83 pacientes histológicamente confirmados; para el mismo se revisaron las historias clínicas de cada uno de ellos, se recogieron las variables: edad, sexo, factores de riesgo, forma clínica de presentación, localización anatómica, tipo cito-histológico y estadio en el momento del diagnóstico.

La información se procesó mediante el paquete de programas de Microsoft Excel, los resultados fueron sometidos a análisis a través del método porcentual aritmético y los resultados se muestran en tablas estadísticas.

Se garantizó la confidencialidad de la información recogida y se tuvo en cuenta el principio de la no maleficencia pues esa información puede influir en el futuro en el beneficio de los pacientes con esta enfermedad. Todos los datos obtenidos en este trabajo son usados única y exclusivamente con fines científicos.

RESULTADOS

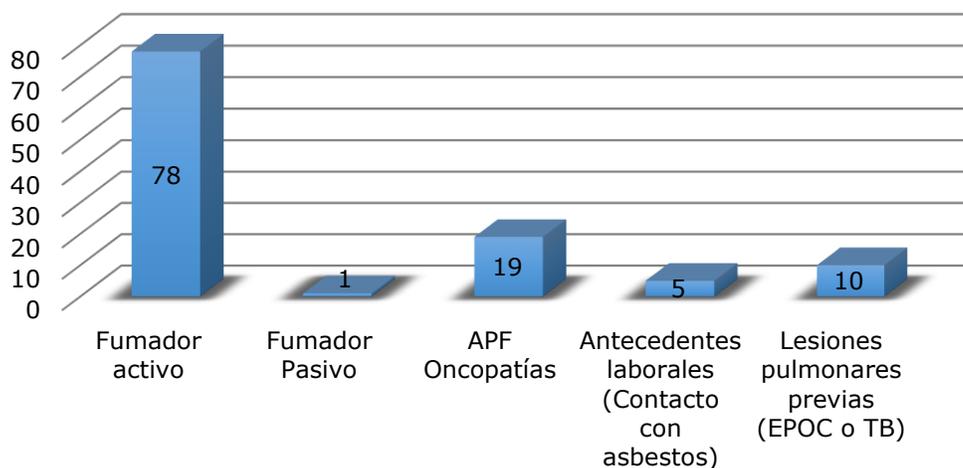
Predominó la edad comprendida entre 61 a 80 años y el sexo masculino con un 63,85 % y 63,85 % respectivamente. (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución de pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón según grupos de edades y sexo. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Dr. León Cuervo Rubio. 2016-2017.

Edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%		
21- 40	0	0,00	0	0,00	0	0,00
41-60	16	30,19	10	33,33	26	31,33
61-80	35	66,04	18	60,00	53	63,85
80 y más	2	3,77	2	6,67	4	4,82
Total	53	63,85	30	36,15	83	100

Fuente: historias clínicas

Ser fumador activo fue el factor de riesgo más frecuente en el 93,9 % de los pacientes. (Gráf. 1)



Fuente: Historias clínicas

Gráf. 1 Distribución de la muestra según factores de riesgo de desarrollar cáncer de pulmón.

Las formas de presentación que predominaron fueron la bronconeumónica crónica con un 49,4 %, seguida de la pleural con un 14,4 %, mientras la menos frecuente para ambos sexos fue la mediastinal. (Tabla 2)

Tabla 2. Distribución de pacientes según formas clínicas de presentación y sexo en

Formas clínicas de presentación	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Bronconeumónico	26	31,33	15	18,07	41	49,40
Adénico	4	4,82	5	6,02	9	10,84
Artropático	7	8,43	2	2,41	9	10,84
Atelectásico	4	4,82	4	4,82	8	9,64
Pleural	8	9,64	4	4,82	12	14,46
Mediastinal	4	4,82	0	0,00	4	4,82

Fuente: historias clínicas

Los estudios de imagen determinaron que el sitio anatómico donde con más frecuencia se encontraba la lesión tumoral era el lóbulo superior derecho en un 44,53 % de la muestra.

El carcinoma epidermoide fue la variedad histológica más frecuente en ambos sexos con el 37,35 %, seguido por el adenocarcinoma en el 22,89 %, con menos incidencia el de células grandes con un 8,43 %. Mientras el carcinoma de células pequeñas representa un 19,28 % del total de pacientes diagnosticados con cáncer de pulmón. (Tabla 3)

Tabla 3. Distribución de pacientes según variedad cito-histológica diagnosticada y sexo.

Variedad cito-histológica	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Carcinoma Epidermoide	21	39,62	10	33,33	31	37,35
Adenocarcinoma	12	22,64	7	23,34	19	22,89
Carcinoma Células Grandes	5	9,43	2	6,67	7	8,43
CPCNP indiferenciado	7	13,21	3	10,00	10	12,05
CPCP (Microcítico)	8	15,10	8	26,66	16	19,28
Total	53	100	30	100	83	100

Fuente: historias clínicas

Más de las tres cuartas partes de la muestra se encontraban en estadio III y IV en el momento del diagnóstico, con un 51,81 % y un 33,73 % respectivamente, con extensión local y extensión a distancias. (Tabla 4)

Tabla 4. Distribución de pacientes según estadio de debut del cáncer de pulmón y sexo.

Estadio de debut	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Estadio I	1	1,89	3	10,00	4	4,82
Estadio II	8	15,10	0	0,00	8	9,64
Estadio III	27	50,94	16	53,33	43	51,81
Estadio IV	17	32,07	11	36,67	28	33,73
Total	53	100	30	100	83	100

Fuente: historias clínicas

DISCUSIÓN

La mayoría de las estadísticas reportan predominio del cáncer de pulmón en el sexo masculino, según los estudios de Dr. Pérez Velázquez en el 2016, en el Hospital Ernesto Che Guevara de Las Tunas, predominó con el 61,53 %.⁽⁵⁾ Mientras que las edades comprendidas entre 61 a 80 años son las predominantes a nivel mundial, y en Cuba, según el estudio realizado por Acosta Reinoso y colaboradores⁽⁸⁾ en el Hospital Lucía Iñiguez Landín de Holguín, entre el 2011 al 2013, esta era la edad con mayor incidencia, lo que coincide con este estudio.

El factor de riesgo y principal causante del cáncer de pulmón, a nivel mundial, es el hábito de fumar. Estudios reportaron que el 78,2 % de los pacientes estudiados eran fumadores.⁽⁸⁾ La investigación realizada en el Hospital Ernesto Che Guevara, de Las Tunas predominó este hábito como factor de riesgo en el 88,46 %.⁽⁵⁾ Ambos estudios coinciden con la presente investigación.

A nivel mundial se aprecia que el contacto con los asbestos es la enfermedad profesional que más incide en esta patología (5 – 6 %).^(9,10) Yanes Quesada y colaboradores⁽⁹⁾ en el Hospital Hermanos Ameijeiras de La Habana, entre 2012-2013, reportaron que la forma clínica bronconeumónica, fue la causa más frecuente por la que los pacientes asistían a los servicios de asistencia médica y después se le diagnosticaba un cáncer de pulmón con un 30,4 %,

seguida de la pleural y la ganglionar con un 15,3 % y un 11,2 % respectivamente.

La radiografía de tórax resulta alterada en la mayoría de los pacientes, cuando aparecen los primeros síntomas.^(11,12) El sitio anatómico donde con más frecuencia se encontraba la lesión tumoral fue el lóbulo superior derecho, lo que coincide con el estudio realizado por Cáceres Laverria⁽⁶⁾ en el Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras en el 2015, en su muestra de estudio el lóbulo superior derecho fue el sitio donde más se asentó la enfermedad, para un 48,1 %.

El cáncer de pulmón broncogénico se clasifica en carcinoma de células no pequeñas que abarca: el carcinoma escamoso, el adenocarcinoma, el carcinoma de células grandes; y el carcinoma de células pequeñas, entre ambos constituyen el 95 % del total de tumores malignos pulmonares.^(4,13,14)

La incidencia del carcinoma escamoso, en estrecha relación con el tabaquismo, parece haber disminuido en algunos países en los últimos años, junto con la disminución de la población fumadora.^(7,15) En Cuba no es así y lo comprueba este estudio donde fue la forma histológica predominante, al igual que en el estudio de Pérez Velázquez y colaboradores⁽⁵⁾ donde reportan que el carcinoma epidermoide fue el más frecuente. Por lo contrario, en el estudio de Hernández Celorio y colaboradores⁽¹²⁾ en el 2014 en el Hospital Abel Santamaría de Pinar del Río, se constató que era más frecuente el adenocarcinoma en el 43,4 % de la muestra estudiada.

La estadificación patológica (TNM) está basada en los hallazgos tanto macro como microscópicos e imagenológicos del tumor y de los tejidos adicionales enviados para examen.⁽¹³⁾ La enfermedad limitada (EL) se define como los estadios I y II (cualquier T, N0, M0, excepto el T4 debido a nódulos pulmonares múltiples, que no son admisibles en un campo de radiación tolerable) y IIIA (cualquier T, N1, Mo) lo que pueden realizar proceso quirúrgico al tumor; la enfermedad extendida local (EE), corresponde al estadio III, dentro de ella están las subclasificaciones IIIB y IIIC (cualquier T, N3, M0) y la enfermedad extendida el estadio IV (cualquier T, N, M1).⁽⁶⁾

En esta investigación más de la mitad de la muestra presentaron una enfermedad extendida en el estadio III y IV, muy similar a lo reportado por la Dra. Cáceres Laverria⁽⁶⁾ en el Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras en el 2015, donde en el 65,4 % de su muestra estaban en el estadio IV.

En conclusión, predominó el sexo masculino, y el grupo entre 61 a 80 años. El factor de riesgo más frecuente fue el fumador activo, la presentación clínica predominante fue la bronconeumónica, la localización más frecuente el lóbulo superior derecho y la cito-histología más diagnosticada: el carcinoma epidermoide, en estadio III.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

Contribución de los autores

NHS y DDR: Concepción y diseño de la investigación. Recolección y procesamiento estadístico de los datos. Aprobación de la versión final.

NSS, BPMR y MDH: Procesamiento estadístico, redacción del artículo y revisión crítica del manuscrito. Aprobación de la versión final.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Díaz García Y, Bello Ulloa L, Cabrera Villadons D, Delgado Moya R. Epidemiología del cáncer de pulmón en el Hospital provincial docente Dr. Antonio Luaces Iraola de Ciego de Ávila. *Mediciego* [Internet]. 2013 Jun [citado 18/03/2016]; 19(Supl-1): [aprox. 12p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol19_supl1_2013/articulos/t-4.html
2. Varona Pérez P, Torres Barbie P, Elejalde Larinaga AR, Hernández Caballero EA, Neninger Vinageras E. Modelo para la prevención y manejo del cáncer de pulmón en Cuba, 2010. *Rev Cubana HigEpidemiol* [Internet]. 2012 Abr [citado 05/02/2016]; 50(1): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032012000100006&lng=es
3. Loukeri AA, Kampolis CF, Ntokou A, Tsoukalas G, Syrigos K. Metachronous and Synchronous Primary Lung Cancers: Diagnostic Aspects, Surgical Treatment, and Prognosis. *Clinical Lung Cancer* [Internet]. 2015 [citado 19/03/2016]; 16(1): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S1525730414001417>
4. Clamon G. Chemoprevention and Screening for Lung Cancer: Changing Our Focus to Former Smokers. *Clinical Lung Cancer* [Internet]. 2015 [citado 19/03/2016]; 16(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S1525730414001971>
5. Pérez Velázquez E, Cárdenas Igarza JA, Reyes Góngora D. Variables clínicas en pacientes con cáncer de pulmón. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta* [Internet]. 2016 [citado 06/11/2017]; 41(10): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/947>
6. Cáceres Lavernia HH, Neninger Vinageras E. Comportamiento del cáncer de pulmón células pequeñas en el hospital "Hermanos Ameijeiras". *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta* [Internet]. 2016 [citado 06/11/2017]; 41(2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/630>
7. Aguilera Calvo N, del Cristo Domínguez IS, Muñoz Morejón Y, Palomino Machado L, Macías Abraham A. Evaluación de la seguridad del nimotuzumab en pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas portadores de metástasis cerebral. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta* [Internet]. 2015 [citado 06/11/2017]; 40(9): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/311>
8. Acosta Reynoso IM, Remón Rodríguez L, Segura Peña R, Ramírez Ramírez G, Carralero Rivas Á. Factores de riesgo en el cáncer de pulmón. *CCM* [Internet]. 2016 Mar [citado 06/11/2017]; 20(1): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812016000100005&lng=es
9. Yanes Quesada MÁ, Ayala Escobar M, Yanes Quesada M, Calderín Bouza RI, Gutiérrez Rojas ÁR, León Alvares JL. Enfoque práctico en la asociación de la clínica con la variedad histológica en el cáncer del pulmón. *Rev cubana med* [Internet]. 2015 Dic [citado 06/11/2017]; 54(4): 280-287. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232015000400002&lng=es
10. Pino Alfonso P, Morales Díaz Barriga ME, Rodríguez Vásquez JC, Cabanes Varona L, Gassiot Nuño C, Hernández Díaz A, et al. Broncoscopia diagnóstica en el adulto mayor con sospecha de cáncer de pulmón. *Rev cubana med* [Internet]. 2016 Dic [citado 06/11/2017]; 55(4):

[aprox. 8 p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232016000400001&lng=es

11. Alberg Anthony J, Brock Malcolm V, Samet Jonathan M. Epidemiology of Lung Cancer. En: Murray and Nadel's Textbook of Respiratory Medicine. 6ed. V-2. España: Elsevier; 2016 [citado 06/11/2017]: [aprox. 12 p]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B978145573383500052X>

12. Hernández Celorio O. Asociación citohistológica del cáncer de pulmón en Pinar del Río. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2016 Abr [citado 06/11/2017]; 20(2): [aprox. 6 p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942016000200007&lng=es

13. Agustí García-Navarro C, Marrades Sicart R, Molins López-Rodó L. Cáncer de pulmón Epidemiología y factores de riesgo. En: Farreras Rozman. Medicina Interna. 18ed. España: Elsevier; 2016 [citado 06/11/2017]: [aprox. 13 p]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B978849022996500079X>

14. Rivas de Andrés JJ, Embún FR. Metástasis pulmonares. En: Rivas de Andrés JJ. Neumología clínica. 2ed. España: Elsevier; 2017 [citado 06/11/2017]: [aprox. 7 p]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788490224434000619>

15. Grass Hernández NM, Díaz Rojas PA, Márquez Rubio A, Zaldívar Acosta Y. Caracterización clínica y morfoestereológica de tumores malignos epiteliales de pulmón diagnosticados por biopsia aspirativa con aguja fina. CCM [Internet]. 2016 Sep [citado 06/11/2017]; 20(3): [aprox. 10 p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812016000300007&lng=es