NEOPLASIA DE PULMÓN

GENERALIDADES

1. La edad de frecuencia máxima del cáncer pulmonar está entre los 55 y los 65 años.
2. El cáncer pulmonar representa el 28 % de todas las muertes por cáncer.
3. El cáncer de pulmón es la principal causa de muerte por cáncer.
4. El 86% de los pacientes fallecen durante los cinco años siguientes al diagnóstico.
5. El carcinoma pulmonar es un problema importante de salud, con un pronóstico desfavorable.
6. EL 90% de los pacientes con cáncer de pulmón de cualquier tipo histológico fuma cigarrillos de forma activa o ha fumado en el pasado.
7. El Adenocarcinoma es la forma más frecuente de cáncer de pulmón, en las personas que nunca han fumado, en las mujeres y en los pacientes jóvenes.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

- El término cáncer de pulmón se utiliza para los tumores que surgen en el epitelio respiratorio (bronquios, bronquíolos y alveolos)
- Según la OMS existen cuatros tipo celulares principales que suponen el 88% de las neoplasias pulmonares primarias: Carcinoma **epidermoide**, Carcinoma **microcítico** (células de avena), **adenocarcinoma** y el de **células grandes o anaplásico**.
- El resto son los carcinomas indiferenciados, los carcinoides, tumores de células bronquiales, etc.
- Los diversos tipos celulares tiene evoluciones naturales y repuestas al tratamiento diferentes, por lo que el primer paso para un tratamiento es hacer un diagnóstico histológico.
- Las decisiones terapéuticas se toman según si el tumor se clasifica histológicamente como **microcítico** o como una de las variedades **no microcíticas** (epidermoide, adenocarcinoma, de células grandes, broncoalveolar y el mixto de las formas anteriores).

ANATOMÍA PATOLÓGICA

TIPO HISTOLÓGICO	FRECUENCIA%	SUPERVIVENCIA A LOS 5 AÑOS
Adenocarcinoma	32%	17%
Carcinoma escamoso	29 %	15%
Carcinoma microcítico	18%	5%
Carcinoma de células grandes	9%	11%
Carcinoide	1%	83%
Carcinoma adenoide quístico	< 0,1%	48%
Sarcoma y otros tumores de partes blandas	0,1%	30%
Carcinoma mucoepidermoide	0,1%	39%

- En general los carcinomas microcíticos ya están diseminados fuera de los límites en los que se podría realizar la cirugía de intención curativa en el momento de la presentación, y se trata especialmente con quimioterapia y/o radioterapia.
- Los no microcíticos que no se han diseminados en el momento de la presentación se deberían considerar un tratamiento curativo con cirugía y radioterapia.
- El 90% de los pacientes con cáncer de pulmón de cualquier tipo histológico fuma cigarrillos de forma activa, o ha fumado en el pasado.
- El 50% de casos nuevos de cáncer de pulmón se producen en ex fumadores.
- El adenocarcinoma es, la forma más frecuente de cáncer de pulmón en las personas que nunca han fumado, en las mujeres y en los pacientes jóvenes.

ETIOLOGÍA

- La inmensa mayoría se debe a sustancias cancerígenas y promotores tumorales inhalados al fumar cigarrillos.
- El EPOC, guarda relación con el consumo de cigarrillos, aumenta más el riesgo de cáncer de pulmón.
- Abandono del hábito de fumar
- La adicción

MANIFESTACIÓN CLÍNICA

- Síntomas y signos producidos por crecimiento local del tumor, la invasión o la obstrucción de estructuras adyacentes, el crecimiento en los ganglios regionales por la diseminación linfática, y los efectos remotos de los productos sintetizados por el tumor (sind. Paraneoplásico).
- Entre el 5 y 15 % de los pacientes se detectan en fase asintomática, normalmente por la realización de una radiografía de tórax de rutina.
- La mayoría de los pacientes presenta algún signo o síntoma.
- El crecimiento central o endobronquial del tumor primario puede producir tos, hemoptisis, sibilancias, estridor y disnea.
- El crecimiento periférico del tumor primario puede dar lugar a dolor por afección pleural o de la pared torácica, tos, disnea de origen restrictivo.

- La diseminación regional del tumor en el tórax (por crecimiento contiguo o por metástasis en los ganglios linfáticos regionales) puede dar lugar a obstrucción traqueal, compresión del esófago con disfagia, parálisis del nervio laríngeo recurrente con ronquera, parálisis del nervio frénico con elevación del hemidiafragma y disnea, así como parálisis de los nervios simpáticos con síndrome de Horner (enoftalmía, ptosis, miosis y anhidriosis homolateral).
- El síndrome de Pancoast es consecuencia de la extensión local de un tumor que crece en el vértice pulmonar, con dolor en el hombro e irradiación cubital del brazo.
- El derrame pleural maligno a menudo causa disnea.
- Síndrome de vena cava superior por la obstrucción vascular.
- Extensión pericárdica y cardíaca con taponamiento, arritmia o insuficiencia cardíaca.
- Las metástasis por cáncer pulmonar pueden aparecer en casi todos los sistemas y órganos (50% carcinoma escamoso, 80% adenocarcinoma y carcinoma de células grandes, y mas del 95% carcinoma microcítico).
- Metástasis cerebrales: déficit neurológico, óseas: dolor y fracturas patológicas, hepáticas: disfunción bioquímica, obstrucción biliar



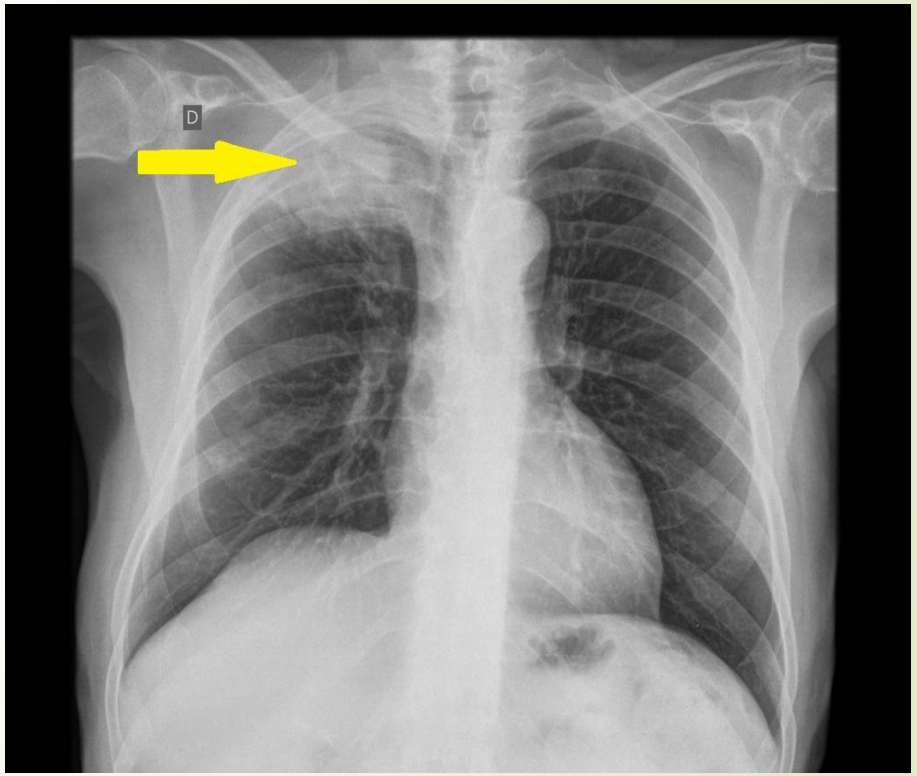

D



Fig. 1. Radiografía de tórax.



Fig. 2.

- Los síndromes paraneoplásicos son frecuentes en los pacientes con cáncer de pulmón y puede ser el signo de presentación o el primer signo de recidiva. Pueden simular enfermedades matastásicas. (Síndromes endócrinos como hipercalcemia, hipofosfatemia a causa de la producción etópica de la hormona paratiroidea.
- Los síndromes esqueléticos y del tejido conectivo son las acropaquias y la osteoartropatía pulmonar hipertrófica.
- Las manifestaciones cutáneas como la dermatomiosítis y la acantosis nigricans son infrecuentes.

DIAGNÓSTICO

- PRECOZ: la detección sistemática en personas asintomáticas de alto riesgo mediante citología de esputo y radiografías de tórax no a permitido incrementar la supervivencia.
- El 90% de los pacientes con cáncer de pulmón detectado mediante pruebas de detección sistemática permanece asintomático.
- HISTOLÓGICO: se puede estudiar mediante una biopsia bronquial o transbronquial en el transcurso de la fibrobroncoscopía, biopsia ganglionar a través de una mediastinoscopía, a partir de una muestra quirúrgica, biopsia de una adenopatía, tumor de tejidos blandos, una lesión osteolítica, medula ósea o una lesión pleural mediante punción.
- Estadificación de los pacientes: teniendo en cuenta el estadio anatómico y el estadio fisiológico.

ESTADIFICACIÓN

- No microcítico: El sistema TNM
- Microcítico: Limitado: confinado a un hemitórax y a los ganglios linfáticos regionales.

  Avanzado: 70%

TRATAMIENTO

- Intentar que los pacientes abandonen el tabaco.
- Cáncer pulmonar no microcítico: enfermedad circunscripta: cirugía, en los estadios IA, IB, IIA y IIB.
- En los casos de etapa IIIA, es favorable un criterio multidisciplinario (cirugía, oncología y radioterapia).
- Carcinomas ocultos en estadío cero: se detectan células malignas en un esputo o en una muestra de lavado bronquial, pero la radiografía de tórax tiene un aspecto normal. En más del 90% de los casos se puede detectar mediante una exploración meticulosa del árbol bronquial con fibrobroncoscopía. Y la obtención seriada de cepillados y muestras de biopsia. Se realiza la resección quirúrgica más conservadora.
- Nódulo pulmonar solitario: el 35% de todas estas lesiones son malignas en el adulto.

- Cáncer pulmonar no microcítico diseminado: el 70% tiene mal pronóstico, se realiza tratamiento convencional, medicamentos contra el dolor y el empleo apropiado de la radioterapia y quimioterapia ambulatoria.
- Cáncer pulmonar microcítico: la supervivencia media de los pacientes con cáncer pulmonar microcítico no tratado, es solo de 6 a 17 semanas, mientras que los pacientes tratados con quimioterapia combinada es de 40 a 60 semanas.

NEOPLASIAS BENIGNAS

- Menos del 5% de todos los tumores primarios:
- ADENOMA BRONQUIAL: son lesiones endobronquiales de crecimiento lento, representan el 50% de todas las neoplasias pulmonares benignas. El 90% son carcinoides y el 10% tumores adenoquísticos.

Aparecen a la edad promedio de 45% años, el tratamiento es la extirpación quirúrgica.

- HAMARTOMAS: la incidencia se produce a los 60 años de edad, son más frecuentes en varones asintomáticos.