

Neumología y Cirugía de Tórax

Volumen
Volume **61**

Número
Number **2**

Abril-Junio
April-June **2002**

Artículo:

Características del cáncer pulmonar en un hospital de tercer nivel

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax, AC

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Edigraphic.com



Características del cáncer pulmonar en un hospital de tercer nivel

Frumencio Medina-Morales,¹ Rufino Echegoyen-Carmona,² Lilia Estela Medina-Zarco,³
Jorge Galicia-Tapia¹

RESUMEN. Se analizaron los expedientes de enfermos con cáncer pulmonar atendidos en un hospital de tercer nivel (Centro Hospitalario 20 de Noviembre, ISSSTE, ciudad de México) de 1995 a 1999. Más de la mitad de los pacientes tenían entre 51 y 70 años de edad. Aunque en edades avanzadas los hombres predominaron casi 2.5 veces más que las mujeres, esta proporción fue disminuyendo con la edad, hasta ser similar en ambos sexos en los más jóvenes. La proporción de fumadores en cada sexo siguió esta misma tendencia. Entre los síntomas predominaron ataque al estado general, disnea y dolor torácico, y la localización del tumor predominó en lóbulos superiores. Los tipos histológicos encontrados fueron adenocarcinoma (60.1%), epidermoide (26.2%) y de células pequeñas (13.7%). Aunque los dos primeros tipos histológicos se presentaron tanto en fumadores como en no fumadores, el cáncer de células pequeñas predominó en no fumadores.

Palabras clave: Cáncer pulmonar, tabaquismo, cáncer broncogénico.

ABSTRACT. Clinical records of patients with lung cancer attending a third-level hospital (Centro Hospitalario 20 de Noviembre, ISSSTE, Mexico City) from 1995 to 1999 were reviewed. More than half patients had between 51 and 71 years old. Although men predominated almost 2.5 fold than women in advanced ages, this proportion decreased with younger age, and was similar in both genders among youngest patients. The proportion of smokers in each gender followed this same trend. Symptoms that predominated were malaise, dyspnea and chest pain, and the location of the tumor predominated in upper lobes. Major histological types were adenocarcinoma (60.1%), epidermoid (26.2%) and small cell (13.7%). Although the former two types similarly occurred in smokers and nonsmokers, the small cell carcinoma predominated among nonsmokers.

Key words: Lung cancer, tobacco habit, bronchogenic carcinoma.

INTRODUCCIÓN

Antes del siglo xx el cáncer pulmonar era una entidad rara. A partir de 1930 su frecuencia ha aumentado y en los Estados Unidos de América fue la principal causa de muerte en 1996. Actualmente el cáncer pulmonar es el tumor más frecuente en el mundo y se estima que para el año 2025 se incrementará más del 80% en los países en desarrollo.^{1,2}

Está bien establecida la relación etiopatogénica entre el tabaquismo y el cáncer pulmonar. El incremento en el consumo del tabaco ha determinado que esta enfermedad se haya duplicado en los hombres y cuadriplicado en las mujeres. Se ha referido una predisposición genética como factor coadyuvante, ya que los fumadores con

antecedentes familiares de cáncer pulmonar tienen un riesgo relativo 2 a 2.5 veces mayor comparado con los fumadores sin estos antecedentes. Las dietas elevadas en grasas y colesterol también coinciden con una elevación en la frecuencia del cáncer pulmonar.³⁻⁵ En México se ha observado un incremento directo entre el tabaquismo y el cáncer pulmonar, tanto en los hombres como en las mujeres.⁶⁻⁸

El propósito de este estudio retrospectivo es conocer la incidencia del cáncer pulmonar y su relación con el hábito tabáquico en la población de pacientes que asiste a un centro hospitalario de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron los expedientes de 566 enfermos ingresados por alguna enfermedad pulmonar al centro hospitalario 20 de Noviembre, perteneciente al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), localizado en la ciudad de México. El lapso de estudio comprende del 1 de enero de 1995 al 31 de diciembre de 1999. Los pacientes provenían de

¹ Unidad de Investigación, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ² Hospital General Ignacio Zaragoza, ³ Clínica Ignacio Chávez, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. Rufino Echegoyen Carmona, Bulgaria 88, Col. Portales, CP 03300, México DF, México

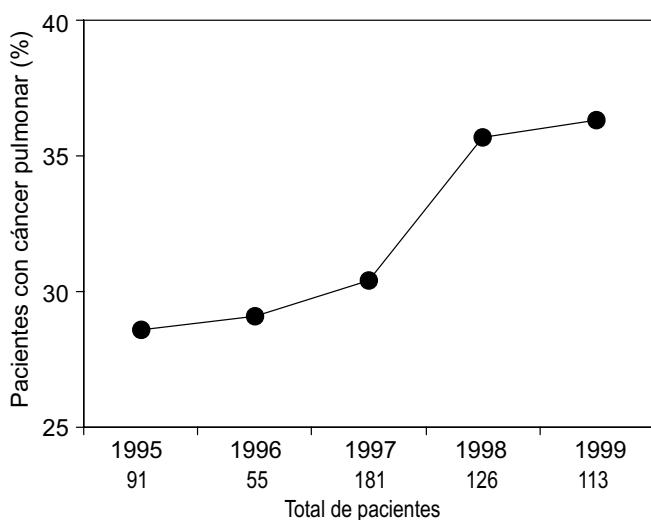


Figura 1. Porcentaje anual de pacientes con cáncer pulmonar durante el período estudiado.

Cuadro 1. Frecuencia del cáncer pulmonar por edad y sexo.

| Edad | Sexo | | | Total | | |
|---------|---------|---------|----|-------|-----|------|
| | Hombres | Mujeres | | | | |
| años | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| ≤ 30 | 5 | 50.0 | 5 | 50.0 | 10 | 5.5 |
| 31 a 50 | 18 | 56.3 | 14 | 43.8 | 32 | 17.5 |
| 51 a 70 | 66 | 64.1 | 37 | 35.9 | 103 | 56.3 |
| 71 a 90 | 27 | 71.1 | 11 | 28.9 | 38 | 20.8 |
| Total | 116 | 63.4 | 67 | 36.6 | 183 | 100 |

algunas de las unidades de servicios médicos con que cuenta el ISSSTE en todo el territorio nacional. Para este trabajo sólo se aceptaron los enfermos que tenían tipificado histológicamente el cáncer pulmonar.

En la revisión se puso especial interés en los antecedentes tabáquicos, relacionándolos con la edad y el sexo. Se analizaron los datos clínicos, los exámenes radiográficos y todo el proceso que llevó a la clasificación histopatológica del cáncer pulmonar, incluyendo las propuestas terapéuticas. El control posthospitalario no fue posible valorarlo porque los pacientes regresaron a su lugar de origen.

RESULTADOS

De los 566 enfermos pulmonares, 183 correspondían a cáncer, el resto padecían otras enfermedades como neumonías, abscesos, bronquiectasias, fibrosis, alveolitis

alérgica extrínseca, etc. Aunque en forma global los enfermos que padecían cáncer constituyeron poco menos de la tercera parte del total de pacientes, encontramos que durante el período estudiado hubo un incremento paulatino de la proporción de pacientes con enfermedades neoplásicas del pulmón (*Figura 1*).

Más de la mitad de los casos de cáncer pulmonar ocurrieron en pacientes del grupo de edad de 51 a 70 años, y en todas las edades afectó tanto a hombres como a mujeres (*Cuadro 1*). Sin embargo, la proporción de pacientes del sexo femenino fue cada vez mayor conforme disminuía la edad. Así, mientras que en el grupo de edad de 71 a 90 años las mujeres sólo representaban un poco más de una cuarta parte de los pacientes, en el grupo más joven la proporción de mujeres se había incrementado a la mitad.

En cuanto a la frecuencia de hábito tabáquico entre los pacientes con cáncer pulmonar, 85 (73.3%) de los 116 pacientes masculinos fumaban, mientras que 31 (46.3%) de las 67 mujeres tenían este hábito (*Figura 2*). El menor tabaquismo en las mujeres se observó principalmente después de los 50 años de edad, mientras que mujeres más jóvenes tenían el mismo grado de taba-

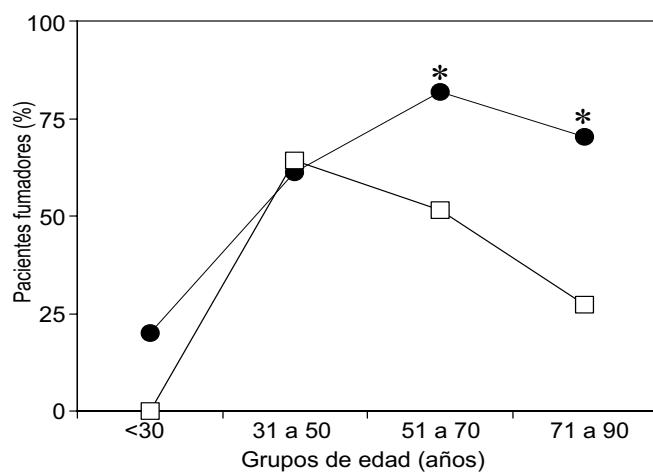


Figura 2. Porcentaje de sujetos fumadores entre los pacientes con cáncer pulmonar de acuerdo a grupos de edad.

Cuadro 2. Cronicidad del hábito tabáquico.

| | Años de fumar | Pacientes | % |
|---------|---------------|-----------|------|
| | n | | |
| < 10 | 5 | | 4.3 |
| 11 a 20 | 42 | | 36.2 |
| > 20 | 69 | | 59.5 |
| Total | 116 | | 100 |

Cuadro 3. Número de cigarrillos diarios fumados.

| Cigarrillos/día | Pacientes | |
|-----------------|-----------|------|
| | n | % |
| 10 | 64 | 55.2 |
| 20 | 24 | 20.7 |
| > 20 | 28 | 24.1 |
| Total | 116 | 100 |

Cuadro 4. Síntomas en los pacientes con cáncer pulmonar.

| Síntoma | Pacientes | |
|----------------|-----------|------|
| | n | % |
| Adelgazamiento | 174 | 95.1 |
| Disnea | 76 | 41.5 |
| Dolor torácico | 44 | 24.0 |
| Cefalea | 24 | 13.1 |
| Hemoptisis | 12 | 6.6 |
| Disfonía | 12 | 6.6 |
| Fiebre | 8 | 4.4 |
| Taquicardia | 6 | 3.3 |
| Disfagia | 3 | 1.6 |
| Parestesias | 2 | 1.1 |

quismo que los hombres. Por la cronicidad del tabaquismo, cerca del 60% de los pacientes fumaron por más de 20 años (*Cuadro 2*). El número de cigarrillos consumidos por día osciló entre media y más de una cajetilla, considerando que cada cajetilla tiene 20 cigarrillos (*Cuadro 3*).

La sintomatología fue muy prolífica: ataque al estado general, disnea, dolor torácico, cefalea y, menos frecuentemente, expectoración hemoptoica o franca hemoptisis, disfonía y disfagia, entre otros síntomas.

La correlación entre el cuadro clínico y los estudios de imagen nos permitieron precisar la localización en el pulmón (*Cuadro 5*). A todos los enfermos se les hizo broncoscopia, tomografía computada de tórax, baciloskopias y citologías en expectoración. Otros procedimientos diagnósticos, como las biopsias por aspiración trans-torácica, la cirugía a cielo abierto, etc. permitieron obtener fragmentos del tumor para estudio histológico y con esto determinar el tipo de cáncer pulmonar. Sólo encontramos tres tipos histológicos. Predominó el adenocarcinoma tanto en los pacientes que fumaban como en los que no tenían este hábito. En cambio en el cáncer de células pequeñas fue muy bajo el número de enfermos que sin fumar lo padecieron (*Cuadro 6*).

El tratamiento fue de tipo paliativo en casi todos los enfermos debido a lo avanzado del padecimiento (*Cuadro 7*). Sólo pudieron someterse a cirugía 9 enfermos,

en 6 se efectuó lobectomía y en 3 se llegó a la neumonectomía. La radioterapia se indicó para mejorar los síntomas, en especial el dolor torácico. La pleurodesis se utilizó para disminuir la formación del líquido pleural. La quimioterapia se hizo con 1 y 3 medicamentos: algunos recibieron sólo alguna de las sales del platino, a otros se les agregó etopósido, y a algunos además adriamicina. En 55 pacientes sólo se administraron dos sesiones de quimioterapia por presentar intolerancia o toxicidad. Más de la mitad abandonó la quimioterapia. A 51 enfermos sólo se les proporcionó tratamiento sintomático. La evolución y los resultados de estas medidas terapéuticas no se pudieron valorar porque los pacientes regresaron

Cuadro 5. Localización del cáncer pulmonar.

| Sitio | Pacientes | |
|-------------------------|-----------|------|
| | n | % |
| <i>Pulmón derecho</i> | | |
| Lóbulo superior | 84 | 45.9 |
| Lóbulo medio | 3 | 1.6 |
| Lóbulo inferior | 4 | 2.2 |
| Más de un lóbulo | 14 | 7.7 |
| Derrame pleural | 20 | 10.9 |
| <i>Pulmón izquierdo</i> | | |
| Lóbulo superior | 24 | 13.1 |
| Lóbulo inferior | 7 | 3.8 |
| Más de un lóbulo | 15 | 8.2 |
| Derrame pleural | 12 | 6.6 |

Cuadro 6. Tipo histológico del cáncer pulmonar y su relación con el hábito tabáquico.

| Tipo histológico | Tabaquismo | | | | |
|------------------|---------------|------|---------------|------|----------------|
| | Positivo n | (%) | Negativo n | (%) | Total n (%) |
| Adenocarcinoma | 69 | 62.7 | 41 | 37.3 | 110 60.1 |
| Epidermoide | 28 | 58.3 | 20 | 41.7 | 48 26.2 |
| Células pequeñas | 22 | 88.0 | 3 | 12.0 | 25 13.7 |

Cuadro 7. Tratamiento de los pacientes con cáncer pulmonar.

| Tratamiento | Pacientes | |
|----------------------|-----------|------|
| | n | % |
| Quimioterapia | 75 | 41.0 |
| Radioterapia | 27 | 14.8 |
| Cirugía de resección | 9 | 4.9 |
| Pleurodesis | 21 | 11.5 |
| Sin tratamiento | 51 | 27.9 |
| Total | 183 | 100 |

a su lugar de origen y se perdió el contacto, o porque los enfermos abandonaron el tratamiento.

DISCUSIÓN

El cáncer de pulmón representó cerca de una tercera parte del total de enfermos que ingresaron al hospital. Aunque el diseño de nuestro estudio en pacientes altamente seleccionados en un hospital de tercer nivel no es apropiado para evaluar tendencias temporales, fue interesante encontrar que a lo largo del período analizado la proporción de pacientes con cáncer pulmonar parece irse incrementando con respecto a otros diagnósticos. Esto concuerda con lo observado en otros estudios que han mostrado una frecuencia creciente de cáncer pulmonar, en especial en países en desarrollo, donde la epidemia de tabaquismo sigue en ascenso.⁹⁻¹² Al analizar las edades de los pacientes, encontramos que en enfermos mayores de 50 años la proporción de pacientes del sexo femenino era mucho menor, con respecto a los hombres, pero entre pacientes de 50 años o menos esta diferencia de sexos desaparecía. Esto también concuerda plenamente con el hecho ya descrito en muchos países que en los últimos años el cáncer pulmonar en mujeres está incrementándose notablemente,^{9-11,13} lo que se ha atribuido a que el hábito de fumar cigarrillos ha aumentado entre las mujeres y tiende a ser similar en magnitud al que se observa en los hombres.¹²

La sintomatología que encontramos en nuestros pacientes fue la habitual de esta enfermedad,¹³ predominando el ataque al estado general, la disnea progresiva y la hemoptisis, entre otros datos. La vaguedad de estos síntomas posiblemente explica en parte por qué los pacientes acuden a buscar ayuda médica en etapas tardías de la enfermedad, cuando ya poco se les puede ofrecer para eliminar la neoplasia.

Por lo que se refiere al tipo histológico, predominó el adenocarcinoma, lo que representa una congruencia con lo reportado por otros autores. En décadas anteriores se reportaba una correlación entre el cáncer epidermoide y el hábito tabáquico.¹⁴ Sin embargo, ahora el adenocarcinoma se encuentra más frecuentemente en los sujetos con hábito tabáquico y, de acuerdo a nuestros resultados, el cáncer de células pequeñas tiene una baja incidencia entre los pacientes que no fuman. Actualmente se observa que los derrames pleurales se presentan más frecuentemente en el adenocarcinoma y en el cáncer de

células pequeñas. Nosotros encontramos que hasta un 17% de los pacientes presentaban esta complicación. La localización del cáncer en los pulmones corresponde a lo que habitualmente encontramos en la literatura,¹⁴ llamando la atención que en un gran número de casos hubo afectación de los lóbulos superiores.

REFERENCIAS

1. Parkin DM. Trends in lung cancer incidence worldwide. *Chest* 1989; 96: 5S-7S.
2. Stanley K, Stjernsward J. Lung Cancer. A worldwide health problem. *Chest* 1989; 96: 1S-5S.
3. Frank AL. Epidemiology and etiology of lung cancer. *Clin Chest Med* 1982; 3: 219-228.
4. Beckett WS. Epidemiology and etiology of Lung Cancer. *Clin Chest Med* 1993; 14: 1-15.
5. Miller AB, Harve AR. Diet and lung cancer. Vitamin A and B carotens. *Chest* 1989; 96: 8S-9S.
6. Mohar BA, Frías MM. Epidemiología del cáncer broncogénico en México. *Neumol Cir Tórax* 1993; 52: 19-30.
7. Flores-Barroeta F, Velazco-Aviles F. Principales padecimientos encontrados en las necropsias de algunos hospitales de la Ciudad de México. *Gac Med Méx* 1971; 102: 208-215.
8. Medina F, Barrera R, Morales J, Echegoyen R, Chavarría J, Rébora F. Primary lung cancer in Mexico City: a report of 1019 cases. *Lung Cancer* 1996; 14: 185-193.
9. Harkness EF, Brewster DH, Kerr KM, Fergusson RJ, MacFarlane GJ. Changing trends in incidence of lung cancer by histologic type in Scotland. *Int J Cancer* 2002; 102: 179-183.
10. Brennan P, Bray I. Recent trends and future directions for lung cancer mortality in Europe. *Br J Cancer* 2002; 87: 43-48.
11. Pandey M, Mathew A, Nair MK. Global perspective of tobacco habits and lung cancer: a lesson for third world countries. *Eur J Cancer Prev* 1999; 8:271-279
12. Sepúlveda J. La epidemia del tabaquismo en las Américas. *Salud Pública Mex* 2002; 44: S7-S10.
13. Beckles MA, Spiro SG, Colice GL, Rudd RM. Initial evaluation of the patient with lung cancer: symptoms, signs, laboratory tests, and paraneoplastic syndromes. *Chest* 2003; 123: 97S-104S
14. Vicent RG, Pickren JW, Lane WW, Bross Y, Takita H, Houten L et al. The changing histopathology of lung cancer. A review of 1682 cases. *Cancer* 1977; 39: 1647-1655.
15. Patz EF Jr. Imaging bronchogenic carcinoma. *Chest* 2000; 117: 90S-95S.