

Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Volumen
Volume **15**

Número
Number **3**

Julio-Septiembre
July-September **2002**

Artículo:

Epidemiología descriptiva del cáncer pulmonar en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, México, 1997-2000

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

**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*



Medigraphic.com

Epidemiología descriptiva del cáncer pulmonar en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, México, 1997-2000

Frumencio Medina Morales*

Margarita Salazar Flores*

Ma. Cecilia García-Sancho*

Francisco Franco M.*

Palabras clave: Cáncer pulmonar, epidemiología descriptiva.

Key words: Lung cancer, descriptive epidemiology.

RESUMEN

Objetivo: Describir las características clínicas y epidemiológicas de los casos de cáncer pulmonar del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

Métodos: Estudio retrospectivo con revisión de los expedientes clínicos de los pacientes con cáncer pulmonar vistos en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias de 1997 a 2000.

Resultados: de 845 casos revisados, el adenocarcinoma fue el tipo histológico más frecuente (68.3%), seguido por el carcinoma de células escamosas (20.7%). No se observaron diferencias en las características clínicas por tipo de tumor, excepto para una alta frecuencia de metástasis óseas y cerebrales en los casos de células escamosas. El grupo de pacientes con adenocarcinoma fueron

más jóvenes y con menor proporción de tabaquismo ($p<0.05$).

Conclusiones: el adenocarcinoma continúa siendo el tumor más frecuentemente observado en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Se discuten las razones potenciales de este hallazgo.

ABSTRACT

Objective: To describe the epidemiological and clinical features of lung cancer in the INER.

Methods: Retrospective study of clinical charts of patients with lung cancer attended in the INER between 1997 and 2000.

Results: Adenocarcinoma was the most frequent tumor type (68.3%) in our series of 845 cases, whereas 20.7% were squamous cell carcinoma. No differences in clinical features by tumor type were found, except for a higher frequency of brain and bone metastases in patients with squamous cell carcinoma. The patients with adenocarcinoma were significantly younger and presented a lower proportion of ever smokers than patients with other tumor types ($p<0.05$).

Conclusions: Adenocarcinoma was the most frequent tumor type in patients attended in the INER. The potential reasons for our findings are discussed.

* Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Secretaría de Salud.

Correspondencia:

Dr. Frumencio Medina Morales. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

Calzada de Tlalpan No. 4502, colonia Sección XVI. México, D.F., 14080.

Teléfono 56-66-45-39; ext 133

E-mail: cegarsan@netscape.net

Trabajo recibido: 05-IX-2002; Aceptado: 27-IX-2002

a 8.4 millones de muertes en 2020¹. La proporción de muertes atribuidas a este factor de riesgo en todo el mundo es de 30% en promedio², siendo el cáncer pulmonar una de las enfermedades que más contribuyen a estas muertes prevenibles.

En México, durante 1998, el cáncer pulmonar fue la primera causa de muerte por tumores malignos con 6,210 defunciones y una tasa de mortalidad de 6.6 por 100,000 habitantes y constituyó el 11.8% de todas las muertes ocurridas por neoplasias malignas³. La frecuencia en población hospitalaria es alta tanto de adenocarcinoma como de carcinoma de células escamosas⁴.

Objetivo

Describir las características clínicas y epidemiológicas por tipo histológico de los casos de cáncer pulmonar diagnosticados en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) desde 1997–2000.

MATERIAL Y MÉTODOS

Lugar del estudio: INER, Secretaría de Salud. México, Distrito Federal.

Población de estudio: Revisión de expedientes clínicos de pacientes egresados del INER desde el primero de enero de 1997 al 31 de diciembre de 2000, con diagnóstico de cáncer pulmonar histológicamente confirmado. Se utilizó la clasificación histopatológica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1982 y, a partir de 1999 la clasificación de la OMS publicada en 1999. La información se registró en un formato diseñado para tal fin a partir de los expedientes clínicos. Para el análisis se utilizó el paquete estadístico STATA 7.0.

RESULTADOS

Durante el período de estudio (de 1997 a 2000), ingresaron al INER 845 pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. De ellos, 577 (68.3%) fueron adenocarcinoma, 175 (20.7%) carcinoma de células escamosas y 93 (11%)

correspondieron a otros tipos histológicos. La media de edad para los pacientes fue de 60 ± 14 años, 66 ± 11 y de 62 ± 14 años para adenocarcinoma, carcinoma de células escamosas y otros tipos histológicos, respectivamente ($p < 0.001$). La proporción de mujeres fue de 41, 33 y 42% ($p = 0.15$) y la frecuencia de tabaquismo de 59, 81 y 78% para cada uno de los tipos histológicos y, el número de paquetes fumados fue mayor en los pacientes con carcinoma de células escamosas que en los otros tipos histológicos observados ($p < 0.05$) (Tabla I). La mayoría de los casos se presentó con etapas clínicas avanzadas. No se observaron diferencias clínicas o de localización del tumor entre los diferentes tipos histológicos. La presencia de metástasis cerebrales y óseas fue significativamente mayor entre los pacientes con carcinoma de células escamosas y con otros tipos histológicos en comparación con adenocarcinoma (Tabla II). El adenocarcinoma fue significativamente más frecuente entre los menores de 40 años.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En nuestro estudio encontramos que el adenocarcinoma es el tipo histológico más frecuentemente observado en el INER, lo que es consistente con otros estudios nacionales y sobre todo en población masculina^{5,6}. La literatura internacional ha documentado también una tendencia ascendente en la frecuencia de adenocarcinoma durante los últimos años⁶⁻⁸, especialmente en pacientes jóvenes de ambos sexos. En el Instituto, la proporción de este tumor fue de 47.2% para la década de 1984-1992; 62% en la década de 1987-1996 y 68.3% en 1997-2000⁹.

Una explicación que se ha dado para este incremento es el cambio registrado en las clasificaciones histopatológicas de la OMS (1982 y 1999) –utilizadas en nuestro estudio– y que permitieron clasificar como adenocarcinomas a un buen número de tumores no considerados como tales anteriormente, aumentando su frecuencia¹⁰. Este hecho, además de un aumento real en el número de pacien-

Tabla I. Características sociodemográficas de los pacientes con cáncer pulmonar en el INER, 1997-2000.

	Adenocarcinoma (n= 577)	Carcinoma de células escamosas (n= 175)	Otro tipo histológico (n= 93)	Valor-p ¹
Edad (media, \pm DE)	60 ± 14	66 ± 11	62 ± 14	< 0.001
Mujeres (%)	41	33	42	0.15
Analfabeta	19	18	14	
Primaria	55	66	61	
Secundaria y más	23	17	25	0.05*
Fumadores (%)	59	81	78	> 0.05
Paquetes (media, \pm DE)	12237 \pm 13259	15760 \pm 11585	13736 \pm 10210	0.01

* Corresponde a la comparación entre proporciones de pacientes analfabetas, con primaria y secundaria y más.

Tabla II. Características clínicas de 845 casos de cáncer pulmonar en el INER, 1997-2000.

	Adenocarcinoma (n= 577)	Cárcinoma de células escamosas (n= 175)	Otro tipo histológico (n= 93)	Valor p ¹
<i>Síntomas (%)</i>				
Pérdida de peso	58	57	58	NS
Tos	79	83	83	NS
Flema	62	74	70	*
Disnea	74	57	73	**
Hemoptisis	32	38	31	NS
Dolor	47	46	43	NS
<i>Localización del tumor²</i>				
Pulmón izquierdo	41	45	32	NS
Pulmón derecho	52	48	64	
Ambos pulmones	7	7	4	
Sólo en lóbulo inferior	19	21	14	NS
Derrame pleural	40	17	24	p< 0.05
<i>Enfermedad metastásica (%)</i>				
No enfermedad metastásica	53	49	37	
Metástasis en cerebro	10	9	22	p< 0.05
Metástasis en hueso	40	42	54	p< 0.05
Metástasis en hígado	37	42	58	p< 0.001

¹ Chi cuadrada; NS: No significativa² Basado en 656 pacientes evaluados, 432 con adenocarcinoma y 155 con carcinoma de células escamosas.

tes ingresados por cáncer pulmonar en hospitales, habría más de un incremento real que artificial en la frecuencia de adenocarcinoma.

El adenocarcinoma es el subtipo histológico más frecuente en hombres jóvenes. En nuestro estudio, el 8% de los pacientes estudiados fue menor de 40 años y tuvieron un riesgo cuatro veces mayor de presentar adenocarcinoma que los pacientes mayores de 40 años. Esta distribución por edad refleja una probable propensión de los hombres jóvenes a desarrollar este tipo de tumor o un incremento de la incidencia en años recientes que se está reflejando ahora en las cohortes más jóvenes¹¹⁻¹⁵.

También se ha atribuido el aumento en el adenocarcinoma a sesgos de detección. En estudios con base hospitalaria, las pruebas de tamizaje se aplican a sintomáticos respiratorios, fumadores y jóvenes, excluyendo a mujeres, no fumadoras y sujetos asintomáticos, lo que podía haber subestimado la incidencia entre estos últimos grupos. La búsqueda de casos más sistemática en grupos distintos a los de riesgo podía haber conducido al aumento en la incidencia del cáncer pulmonar en general y del adenocarcinoma en particular. En nuestro estudio se incluyeron principalmente pacientes con enfermedades respiratorias y fumadores.

La distribución de los tipos histológicos de cáncer pulmonar varía de un hospital a otro, dependiendo de la proporción de casos sospechosos que sean confirmados por análisis histológico. En el estudio del INER se incluyeron los pacientes con cáncer pulmonar confirmado histológicamente.

camente, pero desconocemos el número de casos sospechosos. Lo mismo ocurre con la proporción de casos de cáncer pulmonar que son metástasis de tumores con origen desconocido. Las diferencias que existen en esta proporción de tumores de origen desconocido podrían explicar las diferencias entre los estudios con base hospitalaria en nuestro país que, en general encontraron una menor frecuencia de adenocarcinoma a la encontrada por nosotros en este estudio; estos estudios hospitalarios estuvieron basados en cáncer primario de pulmón, a diferencia del nuestro^{4,5}. Finalmente, se ha atribuido una mayor frecuencia de adenocarcinoma a la variabilidad intraobservador en el diagnóstico histopatológico, esperándose mayor variación en estudios con base hospitalaria que tuvieran un menor grupo de patólogos haciendo el diagnóstico, como sería el caso del INER.

La revisión retrospectiva de los casos de cáncer pulmonar permitió identificar los grupos de edad y tipos histológicos más frecuentes. La gran frecuencia de adenocarcinoma observada en nuestro hospital con relación a otros centros oncológicos deberá ajustarse mediante la determinación del sitio del tumor primario. Se deberán iniciar estudios prospectivos que permitan determinar pronóstico y sobrevida en estos pacientes.

Agradecimientos

A la actuaría Rocío Hernández por su participación en el procesamiento y análisis de datos.

REFERENCIAS

1. Murray CJ, Lopez AD. *Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global burden of disease study*. Lancet 1997;349:1498-1504.
2. Rivero SO, Fortoul vGTI, Green L. *Reflections on the diagnosis and prevention of bronchogenic cancer*. Gac Med Mex 1991;1: 41-46.
3. Secretaría de Salud. *Registro histopatológico del cáncer*. México, 1998.
4. Ramírez E, Cicero R, Zúñiga G, Novelo V, Navarro F, Casanova JM. *Bronchogenic cancer at the Hospital General de México. A study of 2 decades*. Salud Pública Mex 1995;37:155-161.
5. Green LS, Fortoul TI, Ponciano G, Robles C, Rivero O. *Bronchogenic cancer in patients under 40 years old. The experience of a Latin American Country*. Chest 1993;104:1477-1481.
6. Makitalo R, Paakkö P, Huhti E, Bloigu R, Kinnula VL. *An epidemiological study of lung cancer: History and histological types in a general population in northern Finland*. Eur Respir 1999;13:436-440.
7. El-Torky M, El-Zeky F, May JC. *Significant changes in the distribution of histologic types of lung cancer. A review of 4,928 cases*. Cancer 1990;65:2361-2367.
8. Perng DW, Perng RP, Kuo BI, Chiang SC. *The variation of cell type distribution in lung cancer: a study of 10,910 cases at a medical center in Taiwan between 1970 and 1993*. Jpn J Clin Oncol 1996;26:229-233.
9. Medina MF, Salazar FM. *The frequency and changing pattern of lung cancer in México*. Salud Pública Mex 2000;42:333-336.
10. Charloux A, Quoix E, Wolkove N, Small D, Pauli G, Kreisman H. *The increasing incidence of lung adenocarcinoma: Reality or artefact. A review of the epidemiology of lung adenocarcinoma*. Int J Epidemiol 1997;26:14-23.
11. Weiss W. *Operative mortality and five year survival rate in men with bronchogenic carcinoma*. Am J Sur 1974;128:799-804.
12. Barford TH, Center S, Ferguson TB, Spujut HJ. *Results in the treatment of bronchogenic carcinoma*. J Thorac Surg 1958;36:316-328.
13. Kwong KH, Slade PR. *Carcinoma of the bronchus in young adults*. Br J Dis Chest 1964;58:124-130.
14. Belcher JR, Anderson R. *Surgical treatment of carcinoma of the bronchus*. Br Med J 1965;1:948-954.
15. Lam B, Lam WK, Lam CL, Ooi GC, Ho JC, Wong MP, et al. *Adenocarcinoma of the lung in Chinese patients: a revisit and some perspectives from the literature*. Postgrad Med J 2001;77:708-712.