

Factores que influyen en la demora diagnóstica de la neoplasia de pulmón en egresados vivos

Factors that influence the diagnostic delay of lung neoplasia in patients discharged alive

Birsy Suárez Rivero,^I Damaris Reyes Hernández,^I Alujy Suárez Rivero,^{II} Alain Rosell Suárez^{III}

^I Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

^{II} Policlínico 27 de Noviembre. La Habana, Cuba.

^{III} Hospital Clínico Quirúrgico "Enrique Cabrera Cossío". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: el cáncer de pulmón es el tumor maligno más frecuente en el mundo, en Cuba es la segunda causa de muerte, su pronóstico depende de diferentes factores entre ellos el intervalo entre el primer síntoma y el inicio del tratamiento.

Objetivo: determinar los factores que influyen en la demora en el diagnóstico de los pacientes con neoplasia de pulmón.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal de los pacientes egresados vivos con diagnóstico de neoplasia de pulmón en el Hospital Militar "Dr. Carlos J. Finlay" en el período comprendido entre enero 2016 a enero 2017.

Resultados: la neoplasia de pulmón fue más frecuente en mayores de 50 años, del sexo masculino y con estrecha relación con el hábito de fumar, la falta de aire fue el principal síntoma por el que acudieron los pacientes después de un mes de inicio de la sintomatología. La estadía hospitalaria fue superior a los 20 días y se realizó el diagnóstico histológico en pocos pacientes.

Conclusiones: la demora en el diagnóstico de la neoplasia de pulmón influye en su supervivencia, pues no se les puede realizar un tratamiento oncoespecífico.

Palabras clave: neoplasia de pulmón; cáncer de pulmón; tumor pulmonar; demora diagnóstica.

ABSTRACT

Introduction: lung cancer is the most frequent malignant tumor in the world, in Cuba it is the second cause of death, its prognosis depends on different factors including the interval between the first symptom and the start of treatment.

Objective: to determine the factors that influence the delay in the diagnosis of patients with lung neoplasia.

Methods: a descriptive, retrospective and longitudinal study of live patients with diagnosis of lung neoplasm was performed at the Military Hospital "Dr. Carlos J. Finlay" in the period from January 2016 to January 2017.

Results: lung neoplasia was more frequent in men over 50 years of age, and with a close relationship with smoking, lack of air was the main symptom for which patients came after a month of onset of smoking symptomatology. The hospital stay was longer than 20 days and the histological diagnosis was made in a few patients.

Conclusions: the delay in the diagnosis of lung neoplasia influences their survival, since they cannot be treated onco-specific.

Keywords: lung neoplasia; lung cancer; lung tumor; diagnostic delay.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de pulmón es el más frecuente de todos los tumores y la principal causa de mortalidad por cáncer, se estima que para el año 2025 se incrementará el número de muertes en más del 80 %. En Cuba es la segunda causa de muerte desde 1958.¹

La etiología del cáncer de pulmón en los países occidentales es conocida y predecible. Entre el 80-90 % de los casos son atribuibles al consumo prolongado de tabaco. El riesgo se incrementa con el número de cigarrillos fumados, los años de tabaquismo, el inicio precoz, el grado de inhalación, el contenido en nicotina, el uso de cigarrillos sin filtro y la exposición pasiva. Desciende de forma proporcional al número de años desde el abandono del hábito tabáquico.²

La presentación clínica, depende principalmente de su localización, diseminación locorregional y a distancia. Aproximadamente el 30 % de los pacientes presentan uno o varios de los síntomas que forman parte del llamado síndrome general del cáncer.³

El pronóstico depende de diferentes factores, entre los que destaca el tipo histológico, la comorbilidad, la edad, el sexo, el estadio tumoral y el intervalo entre el primer síntoma y el inicio del tratamiento. En algunos estudios⁴⁻⁶ se reseña como factor pronóstico de gran importancia, la demora entre el diagnóstico y el tratamiento. Esto se basa en que un diagnóstico tardío trae como consecuencia, encontrar un estadio tumoral más avanzado y por tanto, peores opciones terapéuticas.^{7,8}

En el proceso diagnóstico del cáncer de pulmón se han identificado varios estadios:⁹ uno diagnóstico, es el que sucede entre el primer cambio maligno y el primer síntoma suele pasar desapercibido y existen pocas herramientas para el diagnóstico precoz. El siguiente es el comprendido entre la aparición del primer síntoma y la primera visita al médico, la mayoría de las lesiones tumorales en estadio T1 son asintomáticas. El tercero va desde la primera visita al médico, hasta la confirmación del diagnóstico. El último es el que discurre entre el diagnóstico y la estadificación y posterior tratamiento. El retraso en este punto disminuye las posibilidades de supervivencia.^{10,11}

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de todos los pacientes con diagnóstico de neoplasia de pulmón, egresados vivos del Hospital Militar "Dr. Carlos J. Finlay", en el período comprendido entre enero 2016 y enero 2017.

Se revisaron las historias clínicas y se recogieron las variables edad, sexo, hábitos tóxicos, orden de aparición de los síntomas, tiempo entre la aparición de estos y el primer encuentro médico, así como la estadía hospitalaria y el tipo de diagnóstico realizado.

Estos datos fueron registrados en un modelo de recogida y procesados de forma descriptiva. Se presentan de forma textual.

RESULTADOS

Egresaron vivos en el periodo estudiado, con diagnóstico de neoplasia de pulmón, 73 pacientes. De ellos el 61,6 % fue del sexo masculino y el 38,3 % del sexo femenino.

El 65,7 % estuvo entre los 51 y 70 años de edad. El 94,5 % eran fumadores y dentro de estos, el 92,7 % por un tiempo mayor de 10 años y el 89,8 % fumaba más de una caja diaria.

La falta de aire fue el síntoma principal constatado en el 86,4 % de los pacientes, seguido de los síntomas generales en el 57,5 %, así como del dolor torácico en el 52,05 %.

El 35,6 % acudió al facultativo entre el primero y tercer mes de iniciados los síntomas, seguido del 28,8 % que asistió después de los 6 meses.

La estadía hospitalaria promedio en el 50,7 % de los pacientes, fue de más de 20 días.

El 31,5 % de los egresados con este diagnóstico presentó confirmación histológica.

DISCUSIÓN

El cáncer de pulmón (CP) es la principal causa neoplásica de muerte en el mundo y una de las enfermedades de origen respiratorio que ocasionan mayor mortalidad.¹

El factor de riesgo más importante para el CP es el hábito de fumar y su relación es proporcional al número de cigarrillos y al tiempo de exposición. Puede afirmarse que aproximadamente el 80-90 % de los casos se relacionan con el consumo de tabaco,^{12,13} sin embargo, solo el 10-15 % de los fumadores desarrollarán un CP, lo que hace pensar en la posibilidad de una susceptibilidad determinada por la predisposición genética, pues los fumadores con antecedentes familiares de cáncer pulmonar tienen un riesgo relativo de 2 a 2,5 veces mayor en relación con fumadores sin antecedentes familiares.¹⁴

La neoplasia de pulmón puede diagnosticarse tanto por síntomas respiratorios como generales. Generalmente los pacientes a los cuales se les diagnostica, son fumadores de larga fecha y con síntomas respiratorios crónicos sin diagnosticar o catalogados dentro de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, por tanto, el cambio en estos síntomas habituales o la aparición de síntomas nuevos respiratorios o síntomas generales, es una alerta para los médicos y el paciente de sospechar la neoplasia de pulmón.¹⁵⁻²⁰

El período de tiempo entre la aparición del primer síntoma y la visita a un facultativo, es vital, pues está en relación directa con un diagnóstico temprano, un tratamiento oportuno y por tanto, mayor supervivencia. De la misma forma, una vez que el paciente acude al facultativo, la confirmación diagnóstica no puede demorar, como en el estudio, que la estadía promedio fue de 20 días en un 50,7 % a pesar de encontrarse hospitalizados, promedios similares a otros estudios.²¹⁻²³ El estudio del paciente con sospecha clínica de neoplasia de pulmón, puede realizarse de forma ambulatoria si su estado general lo permite y si los estudios diagnósticos pueden realizarse de forma mediata.

Se debe señalar que este estudio fue retrospectivo, por tanto, pueden existir sesgos en cuanto a la recolección de estos datos, por lo que se propone un estudio prospectivo para actuar sobre los factores que están influyendo en la demora en el diagnóstico, al tener en cuenta la frecuencia de la neoplasia de pulmón.

Para el tratamiento de la neoplasia de pulmón, se requiere confirmación histológica, y solo al 31,5 % de los pacientes se les realizó este estudio, por tanto, la mayoría de los pacientes (una vez diagnosticados), no realizaron tratamiento, lo cual incide de forma negativa en la supervivencia de los enfermos. Se debe, por tanto, actuar de forma enérgica en un diagnóstico de certeza y etadamiento temprano para mejorar de esta forma el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes con neoplasia de pulmón.

En conclusión, la neoplasia del pulmón fue más frecuente en hombres fumadores y su motivo de asistencia al facultativo en la mayoría de ellos resultó la falta de aire y síntomas generales, después de un mes de iniciados estos. La estadía hospitalaria fue superior a los 20 días. Se realizó el diagnóstico histológico en la minoría de los pacientes, lo cual influyó en su supervivencia, pues no se les puede realizar un tratamiento oncoespecífico.

Conflictos de intereses

Los autores no plantean conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez Feria F, Matos Pineda LE, Acosta Brooks SC, Cobián Caballero CO. Características clínicas y evolutivas de pacientes con cáncer pulmonar de células pequeñas. MEDISAN 2016 [citado 2017 Dic 07];20(1):42-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000100007
2. Arrieta O, Campos-Parra AD, Zuloaga Z, Avilés A, Sánchez-Reyes R, Vázquez MME, Covián-Molina E, et al. Clinical and pathological characteristics, outcome and mutational profiles regarding non-small-cell lung cancer related to wood-smoke exposure. J Thorac Oncol. 2012;7(8):1228-34.
3. Navarro Expósito F, López González JL, Molina Villaverde R, Álvarez Mon Soto M. Cáncer microcítico de pulmón. Medicine. 2013;11(4):1441-6.
4. Lewis SZ, Diekemper R, Addrizzo-Harris DJ. Methodology for development of guidelines for lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer. 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2013;143(5 Suppl):41S-50S.
5. Leone FT, Evers-Casey S, Toll BA, Vachani A. Treatment of tobacco use in lung cancer. Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2013;143(Suppl):61S-77S.
6. Howington JA, Blum MG, Chang AC, Balekian AA, Murthy SC. Treatment of stage I and II non-small cell lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2013;143(Suppl):e 278S-313S.
7. Campos-Parra AD, Cruz-Rico G, Arrieta O. Personalized treatment in non- small cell lung cancer. Rev Inv Clin. 2012;64(4):377-86.
8. Lima Guerra A, Gassiot Nuño C, Ramos Quevedo A, Rodríguez Vázquez JC, Cabanes Varona L, Morales Sánchez L, et al. Conducta diagnóstica y pronóstico en pacientes con carcinoma pulmonar de células no pequeñas en estadios quirúrgicos. Rev Cubana Med [Internet]. 2012 [citado 2017 Dic 07];51(1):15-24. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232012000100003
9. López A, Martín JL, Casado M, Poch EM, Marrón C. Demora en el diagnóstico y en el tratamiento quirúrgico del carcinoma broncogénico. Arch Bronconeumol. 1998;34:123-6.
10. Río MT, Peirón MJ, Casado ME, Peñas JM, Razquin J, Muñoz M. Carcinoma broncogénico en el área sanitaria de Cuenca. Estudio descriptivo, demoras diagnósticas y supervivencia. Arch Bronconeumol. 2004;40(Supl. 2):1-151.

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>

11. Clemente MG, Escudero C, Alonso M, Carro F, Cocina B. Demora diagnóstica en el carcinoma broncogénico. Arch Bronconeumol. 2004;20(Supl. 2):1-151.
12. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, Rostron B, Thun M, Anderson RN, et al. 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. N Engl J Med. 2013;368:341-50.
13. Gritz ER, Toll BA, Warren GW. Tobacco use in the oncology setting: advancing clinical practice and research. Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev. 2014;23:3-9.
14. Bracke KR, Verhamme FM, Seys LJ, Bantsimba-Malanda C, Cunoosamy DM, Herbst R, et al. Role of CXCL13 in cigarette smoke-induced lymphoid follicle formation and chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med. 2013;188:343-55.
15. Silvestri GA, Gonzalez AV, Jantz MA, Margolis ML, Gould MK, Tanoue LT, et al. Methods for Staging Non-small Cell Lung Cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2013;143 Suppl:e211S-50S.
16. Miravittles M, Soler-Cataluna JJ, Calle M, Molina J, Almagro P, Antonio QJ, et al. Guía española de la EPOC (GesEPOC). Actualización 2014. Arch Bronconeumol. 2014;50 Suppl 1:1-16.
17. Detterbeck FC, Mazzone PJ, Naidich DP, Bach PB. Screening for lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2013;143 Suppl:e78S-92S
18. Ost DE, Yeung SC, Tanoue LT, Gould MK. Clinical and Organizational Factors in the Initial Evaluation of Patients With Lung Cancer. Diagnosis and Management of Lung Cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2013;143 Suppl:e121S-41S.
19. Rivera MP, Mehta AC, Wahidi MM. Establishing the diagnosis of lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2013;143 Suppl:e142S-65S.
20. Villena V, Cases E, Fernández A. Normativa sobre el diagnóstico y tratamiento del derrame pleural. Arch Bronconeumol. 2014;50:235-49.
21. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics, 2013. CA Cancer J Clin. 2013;63:11.
22. Ruano-Ravina A, Pérez Ríos M, Fernández Villar A. Cribado de Cáncer de Pulmón con tomografía computarizada de baja dosis después del National Lung Screening Trial. El debate continúa abierto. Arch Bronconeumol. 2013;49(4):158-65.
23. Rami-Porta R, Bolejack V, Giroux DJ, Chansky K, Crowley J, Asamura H, et al. The IASLC Lung Cancer Staging Project: the new database to inform the eighth edition of the TNM classification of lung cancer. J Thorac Oncol. 2014;9:1618-24.

Recibido: 22 de noviembre de 2017.
Aprobado: 19 de enero de 2017.

Birsy Suárez Rivero. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". Ave 114 esquina a 25, Marianao, La Habana, Cuba. Correo electrónico: birsysuarez@infomed.sld.cu