

Carcinoma Broncopulmonar

Dres. Fernández Corvo, G.;** González Pombo, C.;
Peña, W.; Iraola, M. L.; Vega, D.; Cazes, M.; Muxi
F.***

INTRODUCCION

El Carcinoma Broncopulmonar(CB) ha aumentado su frecuencia; en cifras absolutas se ha duplicado cada 10 años en las últimas décadas (3). Es la mayor causa de muerte por neoplasma en hombres, ocupando el tercer lugar en la mortalidad por cáncer en mujeres norteamericanas. Diversas estadísticas demuestran el ascenso porcentual en la mujer que se relaciona con el mayor hábito de fumar. La proporción de CB varones/mujeres en EE.UU. de Norteamérica varió de 6.8/1 en 1959-1960 a 2.4/1 en el período 1969-1972 (3). El 90 % presentaron antecedentes de tabaquismo. Diversos autores coinciden en la frecuencia relativa de los distintos tipos histológicos comprobados: epidermoide 40-70 %; indiferenciados 30 %; adenocarcinoma 4-15 % y bronquiolo alveolar 3 % (2).

El ascenso de la incidencia de CB se relaciona con los tipos histológicos epidermoide y "oat cell" que son los relacionados al tabaquismo. Actualmente la tipi-

ficación del CB, según tipo histológico, se realiza de acuerdo a la clasificación propuesta por la O.M.S. (1); se destaca que el 90 % de los CB se inscriben en los cuatro primeros grupos de dicha clasificación.

El riesgo de contraer CB es, según Guenter y Welch aproximadamente el doble en los bronquíticos crónicos que en la población general, pero la bronquitis crónica no parece ser un proceso predisponente siendo probable que ambas afecciones se relacionen a tabaquismo en forma independiente (4). La topografía según los mismos autores varía de acuerdo con la histología de la siguiente forma: la mayoría absoluta de los adenocarcinomas asientan en el tercio medio externo de los campos pulmonares. De la tercera a la quinta parte de los carcinomas espinocelulares y de células en avena tienen una localización similar (4).

Aproximadamente el 20 % de los neoplasmas de pulmón se encuentran localizados en el momento de diagnóstico y menos del 9 % sobreviven a los 5 años (3).

ESTADISTICAS EN LA R.O.U.

Tabla 1 R.O.U.: PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE

Años	Neo-pulmón	%	Neo-gástrico	Neo-mama	Neo-próstata	+E.C.V.	+E.C.I.	+A.T.	Otras causas	Total
1975	866	3,2	683	434	263	3410	4763	244	16774	27437
1976	859	3,0	707	462	306	3547	4881	187	17896	28845
1977	885	3,1	639	467	275	3510	4899	171	18081	28927
Total	2610	3,0	2029	1363	844	10467	14543	602	52751	85209

+E.C.V. Enfermedad cerebral vascular. +E.C.I. Enfermedad cardíaca isquémica. +A.T. Accidentes de Tránsito.

Analizando cifras estadísticas del MSP en nuestro país se comprueban 357 muertes por CB en 1952; en 1977 el aumento fue de 148 %. Entre los años 1975-1977 se comprueba que incide en el 3 % de la totalidad de las causas de muerte que se desglosa en 5 % para el sexo masculino y en 0.6 % para el femenino. Ocupa el primer lugar dentro de las causas de mortalidad masculina por cáncer y por sí solo (2368 casos) supera la suma de los 2 neoplasmas que le siguen en frecuencia, gástrico y de próstata (2133 casos).

* Trabajo presentado en el 10° Congreso de Medicina Interna. Nov. 1979.

** Tte. 2° Médico. Integrante del Dpto. de Medicina del H.C.F.F.AA.

***Equip. a Cap. Médico Prof. Director Clínica Médica II.

Tabla 2 R.O.U.: PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE (SEXO MASCULINO)

Años	Neo-pulmón	%	Neo-gástrico	Neo-próstata	E.C.V.	E.C.I.	A.T.	Otras causas	Total
1975	791	5,2	419	263	1512	2765	193	9327	15.280
1976	778	4,8	466	306	1642	2855	145	10027	16219
1977	799	4,9	404	275	1562	2884	128	10166	16218

Para la mujer ocupó el séptimo lugar en el año 1977 con 0,6 % del total de muertes, en el año 1952 se comprueba el mismo porcentaje.

La proporción de la frecuencia de CB entre varones/mujeres de nuestro país varió de 4,8/1 en 1952

a 8/1 en 1977, datos que no están de acuerdo con las estadísticas antes señaladas.

El mayor número de casos correspondió al grupo etario 60-69 años como puede apreciarse en el modelo del año 1977 (Tabla 3), no apreciándose variantes significativas en los 3 años considerados.

Tabla 3 DISTRIBUCION DEL CARCINOMA BRONCOPULMONAR POR EDAD Y SEXO EN 1977

Total de casos	Menos de 30 a	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	Más de 80 a	No indicados
799	2	5	72	156	264	229	69	2
86	1	0	5	13	17	31	19	0
885	3	5	77	169	281	260	88	2

CASOS ESTUDIADOS EN CLINICA MEDICA 2

Con el objetivo de analizar el estado clínico en el momento de la primera consulta, así como las posibilidades terapéuticas y la sobrevida, se hizo el estudio de 33 pacientes portadores de neoplasma de pulmón. En esta casuística el 94 % correspondió al sexo masculino. El porcentaje de fumadores fue de 97 %, destacándose 3 pacientes que habían abandonado el hábito de fumar en un lapso mayor de 10 años y un enfermo que era no fumador, presentando éste un tipo histológico no relacionado con el tabaquismo (carcinoma bronquiolo alveolar).

La incidencia de presentación de los diferentes tipos histológicos fue la siguiente: epidermoide 60 %; indiferenciados 27 %; a pequeñas células (oat cell) 13,5 %, indiferenciado a grandes células 10 %, indiferenciado no clasificado 3,5 % incluido en el tipo XI de la clasificación histopatológica de la OMS (1); adenocarcinomas 7 % y bronquiolo alveolar 3 %. En un caso se comprobó un mosaico histológico en la biopsia (tipo V de la clasificación de la OMS) (1).

Todos los CB indiferenciados fueron centrales. Todos los adenocarcinomas fueron periféricos. El 61 % de los epidermoides fueron centrales y el 39 % periféricos.

Los síntomas no permitieron diagnóstico precoz. En orden de frecuencia: Espectoración hemoptoica en 8 casos, dolor torácico en 5, metástasis en 5, neumopatía aguda en 4 (12 %), disnea en 3, tos llamativa en 2, descubrimiento casual en 2 y síndrome mediastinal en 1 de los pacientes. 29 de los pacientes (97 %) se encontraron en estado clínico III (5) en el momento de la primera consulta. Se destaca que 3 casos en el estadio clínico. I, fueron reclasificados como estadio III en el acto operatorio. Otro caso en estadio I no fue intervenido por severas lesiones tuberculosas pulmonares concomitantes.

20 de los pacientes llegaron a la primera consulta con una evolución de la sintomatología mayor de 2 meses. La sobrevida se relacionó con el puntaje acumulado de acuerdo con la clasificación T.N.M. (5) de la siguiente forma:

2 puntos	17 meses	7 puntos	5 meses
4 puntos	15 meses	8 puntos	5 meses y medio
5 puntos	7 meses	9 puntos	4 meses y medio
6 puntos	4 meses y medio	10 puntos	3 meses y más y más

No se consideró en esta valoración sobre pronóstico vital otros factores como el tipo celular, la topografía y la edad de los pacientes. Se han excluido los enfermos que aún viven al momento de este informe. La sobrevi-

da media para el total de fallecidos fue de 7 meses y días, y no se comprobaron sobrevidas mayores de 3 años.

CONCLUSIONES

La frecuencia estadística del CB se ha incrementado en nuestro país en un 148 % entre 1952 y 1977. La disminución en el cociente relacional hombre/mujer y la desviación etaria a la izquierda mencionadas en otras estadísticas no se han comprobado en el Uruguay. Por el contrario la relación hombre/mujer se ha incrementado desde 4.9/1 en 1952 hasta 8/1 en 1977.

En nuestra casuística el diagnóstico fue tardío comprobándose estadio III en el 97 % de los casos. Este hecho unido a los malos resultados de la terapéutica jerarquizan el valor de la profilaxis y la evidente relación CB/tabaquismo señala la supresión del hábito de fumar como la única forma efectiva de prevenirlo.

Los CB centrales comprendieron la totalidad de los indiferenciados y la mayoría de los epidermoides, en tanto que los CB periféricos comprendieron la totalidad de los adenocarcinomas y aproximadamente 1/3 de los epidermoides.

Se destaca la estrecha relación entre el puntaje acumulado por cada paciente en el momento de la consulta según la clasificación T.N.M. y la sobrevida observada que en ningún caso fue mayor de 3 años.

RESUMEN

Se analizaron cifras estadísticas del M.S.P. y de treinta y tres historias clínicas de pacientes portadores de carcinoma broncopulmonar procedentes, de la clínica médica del Hospital Pasteur; se estudió la forma de presentación de la enfermedad, estudio clínico de acuerdo a la clasificación T.N.M., formas anatomopatológicas y resultados de la terapéutica.

Se jerarquiza la mayor frecuencia de la afección, su estrecha relación con el tabaquismo, la aparición tardía de la sintomatología, los mediocres resultados de la terapéutica y la necesidad de insistir en la profilaxis y en programas de detección del carcinoma broncopulmonar, desarrollados en el sector de la población considerando el alto riesgo.

SUMMARY

Figures from statistics from the M.S.P. (Ministerio de Salud Pública) and from 33 histories of patients from the medical department of the Pasteur Hospital with bronchopulmonary carcinoma, the presentation of the disease, its clinical condition according to the T.N.M. classification, the anatomopathologic form and the therapeutic results were studied.

We classified the frequency of the disease, its close relation with smoking habits, the late appearance of symptoms, the best therapeutic results and the necessity of insisting on prophylaxis and on programmes for detecting the bronchopulmonary carcinoma developed.

BIBLIOGRAFIA

- (1) VINCENT, R.G.: Lung Cancer Current Diagnosis Conn and Conn. W.B. Saunders Comp. Philadelphia 1977; 299.
- (2) FRAZER, R.G. et al.: Diagnóstico de las enfermedades del tórax. Salvat. Barcelona. 1974; 698.
- (3) RODESCU, D.: Cancer pulmonar. Clin. Med. N. A. 6:1205; 1077.
- (4) GUENTER, C.A. et al.: Pulmón. Panamericana. Bs. As. 1979; 583.
- (5) UICC Internacional Union Against Cancer T.N.M. Clasification of Malignant tumours. Genova 1974; 97.