Demora desde el diagnóstico hasta el tratamiento quirúrgico del cáncer de pulmón en el área hospitalaria Virgen Macarena de Sevilla

V. ALMADANA PACHECO, M. VÁZQUEZ MARTÍN, J. M. SÁNCHEZ VARILLA, J. TORRES GÓMEZ¹, H. DANTE GARCÍA IBARRA, V. MARTÍNEZ PUENTES.

Servicios de Neumología y ¹Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

DELAY BETWEEN DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF LUNG CANCER IN VIRGEN MACARENA HOSPITAL AREA

RESUMEN

Objetivo: El cáncer de pulmón es la causa más frecuente de muerte por cáncer en el mundo, dependiendo su pronóstico de la precocidad del diagnóstico y del tratamiento, siendo la cirugía la que mejores probabilidades de supervivencia aporta. Hemos estudiado cual sería el tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico del cáncer del pulmón en el área hospitalaria Virgen Macarena de Sevilla, para así determinar la demora quirúrgica en el tratamiento.

Material y métodos: Hemos analizado retrospectivamente los pacientes operados en nuestra área entre enero del 2003 y septiembre del 2004 y calculando el tiempo transcurrido en días entre la fecha del primer espécimen diagnóstico de cáncer de pulmón en estos pacientes y la fecha de la intervención quirúrgica.

Resultados: Obtuvimos una mediana de 31 días con un recorrido intercuartílico de 60 y una media de 46,16 con una desviación estándar de 34,51.

Conclusiones: Tras comparar nuestros resultados con los ya publicados, la demora entre el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico del cáncer de pulmón en nuestro hospital viene siendo similar a los resultados de la literatura.

PALABRAS CLAVE: Demora. Diagnóstico. Tratamiento quirúrgico. Cáncer de pulmón.

ABSTRACT

Objective: Lung cancer is the most common cause of death due to cancer in the world. Prognosis depends very much on a precocious diagnosis and treatment, being surgery the one that brings the best life expectancy. We studied the time between the diagnosis and the surgical treatment of lung cancer in the hospital area of Virgen Macarena, Sevilla. Making this way a determination of the surgical delay in the treatment.

Material and methods: We analyzed retrospectively the patients who went under surgical treatment in our area between January 2003 and September 2004. And estimating the time in days, between the dates we obtained the first diagnostic specimen of lung cancer in this patients and the date the surgical treatment was performed.

Results: We obtained a median of 31 days with a (recorrido intercuartílico) of 60, and a media of 46.16 with a standard deviation of 34.51.

Conclusions: When we compared the results obtained with that we found published, they were similar to those found in the literature.

KEY WORDS: Delay. Diagnosis. Surgical treatment. Lung Cancer.

Almadana Pacheco V, Vázquez Martín M, Sánchez Varilla JM, Torres Gómez J, Dante García Ibarra H, Martínez Puentes V. Demora desde el diagnóstico hasta el tratamiento quirúrgico del cáncer de pulmón en el área hospitalaria Virgen Macarena de Sevilla. An Med Interna (Madrid) 2005; 22: 361-363.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma pulmonar es el cáncer "mayor" diagnosticado con más frecuencia en todo el mundo y la causa más frecuente de muerte por cáncer tanto en hombres como en mujeres. El pronóstico depende de diversos factores, entre ellos de la rapidez en el diagnóstico con vista a un tratamiento precoz, y dentro de las distintas opciones terapéuticas, es el tratamiento quirúrgico, cuando está indicado, el que ofrece mejores tasas de supervivencia. Debido al importante impacto del cáncer de pulmón en nuestra sociedad por la elevada incidencia,

baja supervivencia a medio-largo plazo y pésimo pronóstico, hemos decidido estudiar cual sería el tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico del cáncer del pulmón en el área hospitalaria Virgen Macarena de Sevilla, para así determinar la demora quirúrgica en el tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio se basa en un análisis retrospectivo en el que hemos revisado las historias de 186 pacientes que han sido

diagnosticados y tratados quirúrgicamente de cáncer de pulmón en el Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla durante el periodo comprendido entre enero del 2003 y septiembre del 2004.

De estas historias recogimos la fecha del primer espécimen anatomopatológico positivo para cáncer de pulmón, el tipo histológico, la estadificación según TNM postquirúrgica, fecha de la intervención quirúrgica y tipo de cirugía realizada.

Los especímenes que han sido estudiados han sido esputos seriados, broncoaspirados, cepillado bronquial y biopsias bronquiales a través del fibrobroncoscopio, punción aspiración con aguja fina y citología del líquido pleural.

Tras esto hemos calculado el tiempo transcurrido en días entre la fecha del primer espécimen diagnóstico de cáncer de pulmón y la fecha de la intervención quirúrgica, obteniendo así el tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico de las neoplasias pulmonares.

RESULTADOS

Obtuvimos un total de 186 pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón intervenido por esta causa en nuestro hospital de los cuales tan sólo 46 resultaron útiles para nuestro estudio.

De estos 46 pacientes que cumplían el criterio de inclusión principal, tener un espécimen anatomopatológico positivo previo a la intervención quirúrgica, calculamos el tiempo transcurrido entre el momento de diagnóstico anatomopatológico y la intervención quirúrgica obteniendo los resultados descritos en la tabla I.

El resto de los pacientes (140) que no pudieron ser incluidos en nuestro estudio se trataba de pacientes que venían remitidos de otros hospitales al nuestro, como centro de referencia para ser operados, por lo que no disponíamos de la fecha del primer espécimen diagnóstico de cáncer de pulmón.

Con los datos que obtuvimos de los 46 pacientes que eran válidos para nuestro estudio calculamos la media y la mediana en días del tiempo transcurrido desde que se diagnosticaba anatomopatológicamente hasta que se practicaba la intervención quirúrgica. Para ello excluimos 4 datos extremos, que se salían de la norma habitual y que se debían a circunstancias excepcionales (1.032, 238, 282, 1.326 días). Obtuvimos los resultados que se expresan en la tabla II.

La mediana de días de espera para la intervención quirúrgica, una vez obtenido el diagnóstico anatomopatológico confirmatorio de cáncer de pulmón, para los pacientes estudiados en el área hospitalaria de Virgen Macarena entre enero del 2003 y septiembre del 2004 resultó ser de 31 días, con un recorrido intercuartílico de 60 ($RQ = 77-17 = 60$). La media fue de 46,16 días con una desviación típica de 34,51.

DISCUSIÓN

El pronóstico del cáncer de pulmón 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 numerosos estudios (1-3) se reseña como factor pronóstico de gran importancia la demora entre el diagnóstico y el tratamiento de cáncer de pulmón basándose en que un diagnóstico más tardío conllevaría encontrar un estadio tumoral más avanzado y con ello

peores opciones terapéuticas. Hemos encontrados trabajos que evidencian una supervivencia global a largo plazo pobre en pacientes con cáncer de pulmón debido a que la tasa de resecciones quirúrgicas es baja por el alto porcentaje de estadios avanzados.

En el proceso diagnóstico del cáncer de pulmón se han identificado varios estadios (4): un estadio diagnóstico sería el que sucede entre el primer cambio maligno y el primer síntoma. Esto suele pasar desapercibido y contamos con pocas herramientas para el diagnóstico precoz. El siguiente intervalo es el comprendido entre la aparición del primer síntoma y la primera visita al médico. Es importante destacar que la mayoría de las lesiones tumorales en estadio T1 son asintomáticas, por lo que cuando el paciente acude al médico la enfermedad ya tiene cierta envergadura. El tercer intervalo va desde la primera visita al médico hasta la confirmación del diagnóstico. Reducir este intervalo y con ello disminuir el estrés que sufre un paciente mientras espera la confirmación o no de su enfermedad puede influir en aumentar la supervivencia. El último intervalo es el que discurre entre el diagnóstico y la estadificación y posterior tratamiento del cáncer de pulmón. El retraso en este punto disminuye las posibilidades de supervivencia.

Todos estos puntos sugieren que la supervivencia puede mejorarse disminuyendo la demora en el diagnóstico y, por tanto, el tratamiento del cáncer de pulmón. Existen datos que demuestran que enfermos diagnosticados en estadios más tempranos tienen mejor supervivencia (5).

Según el estudio Myrdal, la mediana del tiempo de demora entre el primer síntoma y el tratamiento es de 138 días, y la mediana del tiempo de demora hospitalaria es de unos 48 días, mayor en aquellos pacientes con indicación de tratamiento quirúrgico que en los que se tratan con quimio y/o radioterapia. Paradójicamente, según este estudio, la demora en el diagnóstico no se asocia con peor pronóstico, sino que, por el contrario, fue peor el pronóstico en aquellos diagnosticados más precozmente. Una explicación este hecho pudiera ser que el diagnóstico fue más precoz por tratarse de enfermedades avanzadas y que enfermos potencialmente curables con cirugía tienen que esperar más tiempo para recibir tratamiento que los que presentan estadio avanzado de enfermedad. Así el retraso diagnóstico según este estudio no se asocia con peor pronóstico porque enfermedades en estadio más avanzado recibirían tratamiento más precoz por la severidad de sus síntomas. El tratamiento empieza unos 1.4 meses antes en pacientes en estadio IV que en pacientes en estadio I-II. Aunque aquellos con oportunidad de cura esperarían más tiempo lo que implicaría mayor riesgo de progresión de enfermedad. Se ha calculado que el volumen tumoral se expande exponencialmente haciéndose incurable en un mes.

Otros estudios investigan la demora entre el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de pulmón, objeto también de nuestro estudio, siendo la media de 53.5 días según la BCCG-S (Grupo cooperativo del cáncer broncogénico de la SEPAR), con una desviación estándar de 22 y de 45.15 días según el estudio de López A y cols. (7), con una desviación estándar de 34.7. Según este último trabajo, el retraso entre la primera visita al médico y el diagnóstico sería de 9,5 días.

En otro trabajo (8) se estudió la mediana del tiempo de demora entre el inicio del primer síntoma y la primera consulta, que fue de 32 días, y entre la primera consulta y el diagnóstico, que fue de 18 días.

Otros autores (9) estudiaron el tiempo desde el primer síntoma hasta el diagnóstico concluyendo que este era elevado, siendo superior a 60 días en el 46% de los pacientes que estudiaron y mayor de 90 días en el 22%, pero concluyen que esta demora no afectó a la actitud terapéutica.

Los resultados de nuestro estudio muestran una mediana de 31 días y una media de 46,16 días con una desviación estándar de 34,5, este último resultado es similar a los observados en la literatura. Para analizar estos resultados debemos de tener en cuenta que hemos considerado el diagnóstico partiendo desde el día de la fecha del informe del primer espécimen patológico; y no desde que el médico recibe al paciente y plantea el tratamiento quirúrgico. De esta forma existirían unos días de diferencia entre el tiempo que nosotros hemos calculado y el tiempo real que transcurre desde la decisión de enviar al paciente al cirujano hasta la fecha de la intervención quirúrgica.

En la figura 1 se expresan los tiempos transcurridos en los distintos estadios diagnósticos según los estudios que hemos consultado y el calculado en nuestra área hospitalaria.

El tiempo transcurrido entre el diagnóstico anatomopatológico de cáncer de pulmón y la intervención quirúrgica como acto terapéutico de elección en los pacientes pertenecientes al área Virgen Macarena de Sevilla en el periodo comprendido entre enero del 2003 y septiembre del 2004, resultó ser una mediana de 31 días con un recorrido intercuartílico de 60 días, y una media de 46,16 días con una desviación estándar de 34,51.

Fig. 1. Periodos desde el inicio de la enfermedad hasta el tratamiento de la misma y tiempo transcurrido en los diferentes periodos según diferentes trabajos: (1) y (2) Myrdal G et al; (3) BCCG-S; (4) López A et al; (5) Río MT et al (6,7) nuestro trabajo; (8) Clemente MG et al.

Nuestros resultados son similares a los publicados en la literatura. A pesar de esto creemos que debería de reducirse no sólo el tiempo de espera quirúrgico sino también equilibrarlo para todos los pacientes.

Bibliografía

1. Sánchez de Cos J, et al. Supervivencia global a largo plazo en el cáncer de pulmón. Análisis de una serie de 610 pacientes no seleccionados. Arch Bronconeumol 2004; 40: 268-74.
2. Gregor A, Thomson CS, Brewster DH, Stroner PL, Davidson J, Ferguson R, et al. Management and survival of patients with lung cancer in Scotland diagnosed in 1995: results of a national population based study. Thorax 2001; 56: 212-7.
3. Fergusson RJ, Thomson CS, Brewster DH, Brown PH, Milroy R. Lung cancer: the importance of seeing a respiratory physician. Eur Respir J 2003; 21: 606-10.
4. Moody M, Muers M, Forman D. Delays in managing lung cancer. Thorax 2004; 59: 1-3.
5. Myrdal G, Lambe M, Hillerdal G, Lamberg K, Augustsson Th, Ståhle E. Effect of delay on prognosis in patients with non-small cell lung cancer. Thorax 2004; 59: 45-9.
6. González F, Moreno N, León P, Fontan EG, Folque E, and GCCB-S. Influence of delays on survival in the surgical treatment of bronchogenic carcinoma. Lung Cancer 2002; 36: 59-63.
7. López A, Martín JL, Casado M, Poch EM, Marrón C y GCCB-S. Demora en el diagnóstico y en el tratamiento quirúrgico del carcinoma broncogénico. Arch Bronconeumol 1998; 34: 123-126.
8. 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.
9. Clemente MG, Escudero C, Alonso M, Carro F, Cocina B, et al. Demora diagnóstica en el carcinoma broncogénico. Arch Bronconeumol 2004; 20 (Supl. 2): 1-151.