

Análisis de las publicaciones sobre cáncer de pulmón en ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA 2 años después de la designación del Año SEPAR del Cáncer de Pulmón

Ricardo García Luján y Cristina García Quero

Servicio de Neumología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España..

El carcinoma broncogénico (CB) es el tumor más frecuente y el que da lugar a la mayor mortalidad por cáncer tanto a escala mundial como en España¹. Ha sido el tumor del siglo XX, ya que, si a principios de ese siglo era una entidad extremadamente rara, en sus últimas décadas fue el tumor más frecuentemente diagnosticado y generó el mayor número de fallecimientos al año en todo el mundo (alrededor de 900.000) y en nuestro país (alrededor de 18.000 muertes anuales). En España se dispone de datos de la mortalidad relacionada con el CB desde 1951², y desde el año 1990 las enfermedades cardiovasculares se han visto superadas por el cáncer como primera causa de muerte en España³. Este aumento se debe fundamentalmente a la generalización del consumo de tabaco, de forma que la tasa de muerte por cáncer de pulmón ha aumentado en los últimos 30 años un 224% en varones y un 331% en mujeres. Entre los varones el CB es la principal causa de muerte por cáncer⁴, suponiendo el 23% del total de fallecimientos por neoplasias, seguido a gran distancia por el de próstata y el de colon⁵. Entre las mujeres españolas la mortalidad por CB pasó de 3,3 por 100.000 habitantes en 1973 a 6,4 en 1997, con un incremento del 1,5% desde 1988, y dicha neoplasia ocupa el sexto lugar en mortalidad por cáncer. Sin embargo, en este subgrupo el gran incremento de fumadoras (del 17% en 1978 al 27% en 1997⁶) presagia un claro aumento de la incidencia en los próximos años.

Los registros españoles han constituido, junto con otros registros europeos, la Red Europea de Registros de Cáncer (European Network of Cancer Registries, ENCR), que recoge la información sobre prevalencia y mortalidad por cáncer en la Unión Europea (UE). Según las estimaciones de prevalencia en la UE, en 1990 el CB fue el tumor más frecuente en los varones tanto en

España como en el resto de los países miembros (51,7 casos/100.000 habitantes en España frente a 55,6 casos/100.000 habitantes en la UE); sin embargo, en las mujeres, mientras que en la UE ocupaba el tercer lugar, en las españolas ocupaba el decimosegundo^{7,8} (3,4 casos/100.000 habitantes en España frente a 10,3 casos/100.000 de la UE).

En cuanto a la histología del CB, en España predominan claramente los de estirpe epidermoide, seguidos de los adenocarcinomas y tumores de células pequeñas, aunque en las mujeres son más frecuentes los adenocarcinomas^{9,10}. Esta distribución es diferente de la de otros países, pero, al igual que sucede en otros lugares, está disminuyendo la frecuencia del CB epidermoide y aumentando la del adenocarcinoma¹¹⁻¹³.

La tasa de mortalidad varía según los estudios. En el registro de la UE de 1990⁷, era de 46,2 casos/100.000 habitantes en la población masculina española y de 3,5 casos/100.000 habitantes en la femenina. La tasa de mortalidad por esta neoplasia se ha incrementado en los últimos años de forma muy significativa, pasando de 31,4 por 100.000 habitantes en 1973 a 58,6 en 1997⁵. Se aprecia una tendencia al alza en la mortalidad por CB, que es mucho más acusada entre los varones, ya que¹⁴, mientras que en éstos la tasa de mortalidad ha pasado de 8,6 casos/100.000 habitantes en 1951 a 47,7 casos/100.000 habitantes en el período 1990-1995, en las mujeres se ha mantenido bastante estable.

En los últimos años se ha producido un gran avance en el conocimiento de los mecanismos implicados en la carcinogénesis del CB (biología molecular), en las técnicas diagnósticas, entre ellas las técnicas de imagen (tomografía axial computarizada de última generación, tomografía por emisión de positrones, etc.) y nuevas técnicas endoscópicas (ultrasonografía endobronquial y ultrasonografía endoscópica, entre otras), y en nuevos tratamientos, fundamentalmente en los protocolos de quimioterapia y radioterapia neoadyuvantes. Sin embargo, poco hemos mejorado en el pronóstico de esta enfermedad, en la que hay un escaso porcentaje de casos quirúrgicos (en torno al 15-20%) y se mantienen las bajas tasas de supervivencia a los 3 y 5 años.

Correspondencia: Dr. R. García Luján.
Servicio de Neumología. Hospital Universitario 12 de Octubre.
Avda. Córdoba, s/n. 28041 Madrid. España.
Correo electrónico: rglujan@hotmail.com

Recibido: 11-5-2007 aceptado para su publicación: 28-5-2007.

Con todas estas premisas, desde la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) se decidió establecer el año 2005 como el Año del Cáncer de Pulmón. Los objetivos fundamentales de esta elección, al igual que había sucedido en los años previos con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC; 2002), asma (2003) y neumonía (2004), fueron 2: dar a conocer a todos los especialistas y médicos de atención primaria el grave problema de salud pública que supone esta enfermedad y, tal vez más importante, alertar a los medios sociales y políticos de la importancia de esta enfermedad desde un punto de vista epidemiológico.

El Año del Cáncer de Pulmón 2005 fue un período intenso, pleno de actividades, y tuvo una importante repercusión en los diferentes colectivos médico-sanitarios y sociales, las administraciones, los medios de comunicación y la sociedad en general, con un balance final muy positivo. La primera actividad pública referente a esta campaña se realizó a principios de diciembre de 2004 en Barcelona, donde los responsables de la iniciativa, el Comité Organizador del Año y la Junta Directiva de la SEPAR y de la Fundación Respira, presentaron a los representantes de la industria farmacéutica el proyecto de campaña, que se fue materializando durante todo 2005.

La exposición itinerante como nexo de la campaña tuvo una repercusión muy positiva, despertando el interés de la población general, medios de comunicación, Administración y diferentes colectivos, que vieron en ella una herramienta para informar y formar a la ciudadanía en temas como el tabaquismo y el cáncer de pulmón. A lo largo de 2005 fue visitada por más de 60.000 personas de toda España.

Para la exposición itinerante del Año del Cáncer de Pulmón se eligió como modelo el diseño de un cigarrillo gigante a modo de carpa, apelando al dato de que más del 90% de los casos de CB se producen por el tabaquismo. Fueron también relevantes el hecho de que el Día Mundial del Cáncer de 2005 se dedicara al cáncer de pulmón, la conocida como "ley del tabaco" y las campañas de prevención que se pusieron en marcha desde diferentes comunidades.

El Año del Cáncer de Pulmón supuso una importante colaboración de la SEPAR y la Fundación Respira con otras entidades como la Asociación Española Contra el Cáncer, el Ministerio de Sanidad y Consumo y las consejerías de salud de diversas comunidades autónomas. Finalmente, durante este período se estrecharon los lazos entre sociedades científicas y diferentes colectivos y administraciones, pues los representantes de las sociedades de neumología de cada comunidad colaboraron con consejerías y direcciones de salud pública. En la tabla I se enumeran todas las actividades que incluyeron algún aspecto de la temática del Año del Cáncer de Pulmón 2005, las salidas de la exposición itinerante (carpa cigarrillo) y otras iniciativas.

El objetivo de este artículo es analizar el reflejo que ha tenido la designación de Año del Cáncer de Pulmón en la Revista de nuestra sociedad, para lo cual se ha analizado el número de publicaciones relacionadas con el CB en ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA durante los últimos años.

TABLA I
Resumen de las actividades del Año del Cáncer de Pulmón 2005: presencia y difusión mediática de encuentros/motivos científicos

Reunión de Invierno del Área de Oncología de la SEPAR (Oviedo, enero)
Mesa redonda sobre Cáncer de Pulmón de la Asociación de Neumólogos Cacerreños (Cáceres, febrero)
Reunión del Área de Enfermería de la SEPAR (Madrid, febrero)
Reunión de Invierno del Área Clínica de la SEPAR (Jaén, febrero)
Curso de Avances en Cáncer de Pulmón (Madrid, marzo)
Reunión de Invierno del Área de Tabaquismo de la SEPAR (Girona, marzo) + exposición
Congreso de Asturpar (Oviedo, marzo) + exposición
Reunión del Área de Técnicas y Trasplantes de la SEPAR (A Coruña, abril) + exposición
Diada Pneumològica, congreso anual de la SOCAP (Sant Cugat del Vallès, Barcelona, abril) + exposición
Congreso de Neumomadrid (Madrid, abril) + exposición
Jornada sobre Mesotelioma (Oviedo, abril)
Curso de Formación Médica Continuada sobre Cáncer de Pulmón (Barcelona, mayo)
Día Mundial del Tabaquismo. Se puso la carpa de exposición en Madrid. Visita al Congreso de los Diputados con realización de espirometrías. Difusión especial (mayo)
Exposición itinerante en Palma de Mallorca con motivo del Día Mundial del Tabaquismo (mayo)
Colaboración con campaña antitabaco del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Exposición itinerante en Barcelona (mayo)
Congreso de la SEMG y "Los caminos de la salud" (Gijón, junio) + exposición
Congreso Nacional de la SEPAR (Valencia, junio) + exposición
Congreso Mundial sobre Cáncer de Pulmón (Barcelona, julio) + exposición
Encuentro neumológico en el Hospital Virgen del Rocío (Sevilla, septiembre) + exposición
Semana Europea del Cáncer, difusión
Simpósio sobre Cáncer de Pulmón (Tarragona, octubre) + exposición
Conferencia-debate sobre cáncer de pulmón + presencia de la exposición en la Fira d'Andorra (Andorra la Vella, octubre)
Exposición itinerante en Lleida (noviembre)
Difusión durante la Reunión del CNPT (Salamanca, noviembre)
Reunión sobre Ventilación Mecánica no Invasiva (Cáceres, noviembre) + exposición
Exposición de carpa itinerante en Barcelona (diciembre)

CNPT: Centro Nacional para la Prevención del Tabaquismo; SEMG: Sociedad Española de Medicina General; SEPAR: Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica; SOCAP: Societat Catalana de Pneumologia.

Hemos utilizado para este objetivo el motor de búsqueda electrónico de ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA en la página web de la SEPAR. Mediante la opción de búsqueda avanzada recogimos todos los artículos que incluyeran en el título o en el resumen los términos "cáncer de pulmón" o "carcinoma broncogénico". El período de análisis elegido fue de enero de 2001 a abril de 2007. El número inicial de artículos resultantes fue de 114, pero, como ha sucedido en otras búsquedas similares, el resultado final no fue el definitivo, ya que, por un lado, había artículos que no estaban relacionados con el CB (en algunos casos versaban sobre otras entidades como la sarcoidosis, la EPOC, la enfermedad de Wegener, enfermedades quísticas de pulmón, etc.) y, por otro, había algunos trabajos que, haciendo referen-

TABLA II

Publicaciones relacionadas con el carcinoma broncogénico en ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA, agrupadas por año, según la búsqueda realizada en la web de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica utilizando las palabras “cáncer de pulmón” o “carcinoma broncogénico”

Año	N.º de artículos
2001	14
2002	15
2003	17
2004	12
2005	21
2006	11
2007 (enero-abril)	10
Total	100

TABLA III

Publicaciones relacionadas con el carcinoma broncogénico en ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA entre enero de 2001 y marzo de 2007, agrupadas según el tipo de artículo

Tipo de artículo	N.º de publicaciones por año						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Editoriales	1	1	2	1	2	–	–
Artículos originales	6	5	7	5	10	8	2
Artículos especiales	1	–	–	–	–	1	1
Normativas	–	–	–	–	1	–	–
Revisiones	1	2	–	–	–	–	–
Técnicas y procedimientos	–	1	1	–	–	–	–
Nota clínica	2	3	1	3	6	1	3
Cartas al Director	3	3	6	3	2	1	4
Total	14	15	17	12	21	11	10

TABLA IV

Publicaciones (excepto “Notas clínicas” y “Cartas al Director”) relacionadas con el carcinoma broncogénico en ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA entre enero de 2005 y marzo de 2007, agrupadas según área de conocimiento

Área de conocimiento	N.º de publicaciones por año			
	2005	2006	2007	Total
Epidemiología	3	4	–	7
Tratamiento	3	3	1	7
Diagnóstico	2	1	–	3
Factores pronósticos y supervivencia	3	–	1	4
Coste sanitario	–	1	–	1
Otros	2	–	1	3
Total	13	9	3	25

cia a este tema, no estaban incluidos en la lista inicial por emplear (en el título o en el resumen) términos no relacionados con esta búsqueda, bien porque hacían mención directamente a algún tipo específico de tumor pulmonar o, en algunos casos, por emplear otras palabras como “metástasis pulmonar”. Finalmente, tras revisar exhaustivamente todos los números de la Revista desde enero de 2001 hasta abril de 2007 la cifra de artículos incluidos fue de 100¹⁵⁻¹¹⁴.

La distribución de los artículos según el año de publicación se refleja en la tabla II. Llama la atención que precisamente es el año 2005 en el que se originó el mayor número de publicaciones relacionadas con el CB

(n = 21), probablemente coincidiendo con la designación del Año del Cáncer de Pulmón. Este aumento de trabajos no se reflejó en 2006, que es el que tiene un menor número de publicaciones (n = 11) relacionadas con el CB en el período analizado. Sin embargo, en los primeros 4 meses de 2007 volvió a incrementarse significativamente el número de artículos, hasta casi igualar dicho período a todo el año anterior.

La distribución según el tipo de artículo se recoge en la tabla III. Un dato de especial interés es que casi el 50% de los artículos relacionados con el CB en este período corresponde a originales (n = 43). De este dato se desprende el gran interés investigador por el CB que existe en nuestro país y que se manifiesta no sólo en estudios realizados por hospitales individuales, sino también en estudios multicéntricos, como los promovidos por el Grupo Cooperativo de Carcinoma Broncogénico de la SEPAR (GCCB-S) o el estudio epidemiológico de cáncer de pulmón en España (EpicliCP-2003), en el que participaron 13 centros de 9 comunidades autónomas. Este interés investigador se hace más evidente en los 2 últimos años, ya que, por un lado, es precisamente el año 2005 en el que mayor número de trabajos originales se publicaron (n = 12) y, por otro, el año 2006, a pesar de ser en el que menos artículos relacionados con el CB se publicaron, tiene la mayor proporción de trabajos originales en relación con el total de artículos (más del 80%) de cada año.

Durante este período se han publicado 2 artículos relacionados con técnicas y procedimientos (uno sobre la lobectomía videoasistida a través del triángulo auscultatorio⁸⁴ y otro acerca de la utilidad de la punción con aguja fina guiada por ultrasonografía endoscópica en el diagnóstico del carcinoma no microcítico⁸⁸), una normativa (valoración del riesgo quirúrgico en el CB³⁶), 3 revisiones (nuevas dianas y estrategias terapéuticas en el CB⁹³; inhalación de sílice y CB¹⁰⁰, y tratamiento combinado con quimio-radioterapia en el CB localmente avanzado¹⁰³) y 3 artículos especiales (propuesta de terminología de las lesiones endobronquiales en pacientes con sospecha de neoplasia bronquial²⁴; situación epidemiológica y pronóstica del cáncer de pulmón en nuestro medio²⁷, y documento de consenso sobre la estadificación ganglionar intraoperatoria en la cirugía del CB¹⁰²).

El número de artículos originales relacionados con el CB publicados desde enero de 2005 hasta abril de 2007 es elevado (n = 20) si lo comparamos, durante un período similar, con lo que sucedió con los originales relacionados con el asma¹¹⁵ (n = 7) o con las neumonías¹¹⁶ (n = 7) tras la designación de los años del asma (2003) y de la neumonía (2004), pero inferior a los originales relacionados con la EPOC¹¹⁷ (n = 32) tras la designación del Año EPOC (2002).

Analizamos asimismo las áreas de conocimiento abordadas en los trabajos publicados desde 2005, excluyendo “Notas clínicas” y “Cartas al Director”. Los resultados se resumen en la tabla IV. La mayor parte de los artículos versan sobre aspectos epidemiológicos (n = 7) y terapéuticos (n = 7), seguidos de los que se refieren a factores pronósticos (n = 4) y de diagnóstico (n = 3).

Entre los estudios epidemiológicos destacaremos el estudio multicéntrico de Sánchez de Cos Escuin et al³⁰ (EpicliCP-2003), de carácter prospectivo, que recoge información de 9 comunidades autónomas y refleja algunos datos relevantes sobre la situación del CB en España, como las tasas de incidencia (entre 42,4 y 61,8/100.000 en varones y entre 1,5 y 8,6/100.000 en mujeres), el aumento de la proporción de CB en mujeres en relación con otros estudios previos, la baja tasa de carcinomas intervenidos quirúrgicamente (14,8%) y la tasa elevada de estadios IV (41,1%). También nos parece muy interesante el estudio del GCCB-S que hace referencia a la situación de los carcinomas bronquioloalveolares tratados quirúrgicamente en España³¹, que suponen un 3% del total, y sus diferencias respecto al resto de CB resecaados, con una mayor frecuencia de estadios Ip y con unas tasas de supervivencia a los 5 años claramente superiores al resto de CB (el 65 frente al 53%).

Otros estudios epidemiológicos abordan datos concretos de diferentes regiones, como el artículo especial de Sánchez Hernández et al²⁷, que resume la situación del CB en nuestro medio. Asimismo se han publicado artículos que describen la evolución de la mortalidad por CB en Andalucía en los últimos 25 años²⁵; las características de los CB en Asturias³⁸, que son similares a las observadas en el resto de zonas, y las características de los CB diagnosticados en un hospital universitario en Barcelona⁴³, también semejantes a la situación general en España, con un aumento de la incidencia en mujeres y de la estirpe adenocarcinoma. Finalmente, en el campo de la epidemiología es interesante el trabajo de Galán Dávila et al⁴⁸, un estudio de casos y controles realizado en la zona de Alicante, que no demuestra diferencias, en contra de lo descrito en algunos estudios previos, en cuanto al riesgo de desarrollo de CB en un subgrupo de población muy seleccionado como son los trabajadores de la manufactura del calzado.

En cuanto a los 7 estudios publicados que abordan el tratamiento del CB, nos parece interesante el de Padilla et al⁴⁷, que hace referencia a la cirugía y los patrones de mortalidad en estadios localizados de CB; en este estudio la supervivencia a los 5 años en el estadio IA intervenido fue del 81,4%, sin que se encontraran diferencias entre los casos en que se realizó una disección ganglionar sistemática y el resto. Dos de los estudios sobre el tratamiento del CB fueron realizados por el Grupo de Cirugía Torácica del Hospital de Salamanca^{34,53}. Uno de ellos hace referencia a la discrepancia del 13% entre el tipo de resección efectuada frente a la programada inicialmente, con un mayor número de neumonectomías de las previstas debido a afectación hilar; el otro es un estudio comparativo de los resultados de la lobectomía broncoplastica frente a la neumonectomía. También cabe destacar el artículo publicado por el GCCB-S sobre los parámetros de riesgo de la cirugía del CB²⁰, con una alta incidencia de complicaciones postoperatorias (35,2%), de las que el 14,2% fueron mayores. La mortalidad relacionada con la cirugía en los primeros 30 días fue del 6,8% y se relacionó fundamentalmente con las complicaciones mayores. Por último queremos mencionar el editorial publicado por Frei-

xenet y Rodríguez⁴⁵ sobre los aspectos conflictivos del tratamiento quirúrgico del CB (disección ganglionar sistemática o no en estadios I; utilidad de resecciones segmentarias frente a lobectomías en lesiones localizadas y periféricas; utilidad de la quimioterapia de inducción en estadios II y III; tratamiento de elección en el estadio III, etc.).

En estos 2 últimos años se han publicado 4 trabajos relacionados con los factores pronósticos del CB. El más reciente, de Cañizares Carretero et al¹⁹, analiza la posible influencia que en la supervivencia del CB tiene la demora quirúrgica (desde que el paciente es remitido a cirugía torácica hasta la intervención) y se concluye que, aunque ésta sea de 56 días (superior a las 4 semanas recomendadas por la British Thoracic Society), no se aprecia que esto sea un factor pronóstico adverso en análisis multivariante. Otros 2 estudios fueron realizados por el Servicio de Cirugía Torácica del Hospital La Fe de Valencia. En uno de ellos se refleja que el uso de hemoderivados en el CB en estadio Ip intervenido carece de valor pronóstico³⁹ (a diferencia de lo publicado en otros artículos); el segundo hace referencia a los factores pronósticos del CB no microcítico en estadio T2N1M0⁴¹, en el que los autores encontraron como factores pronósticos a largo plazo la estirpe, con una mejor supervivencia de los epidermoides, y el tamaño tumoral, en el que se establecieron 3 estratos pronósticos (< 3 cm; entre 3,1 y 5 cm, y > 5 cm). Finalmente el estudio de Galbis Carvajal et al⁴⁶ demuestra el valor pronóstico del antígeno carcinoembrionario en los lavados pleurales de la cavidad torácica de pacientes con CB.

En estos últimos años se han publicado 3 artículos que abordan el diagnóstico y la estadificación del CB. Dos de ellos hacen mención a técnicas broncoscópicas, ambos del grupo de Fernández Villar et al^{32,40}, del Hospital de Vigo. El primero³² se refiere a la utilidad del aspirado bronquial en los CB endoscópicamente visibles y concluye que su rentabilidad no depende de si se realiza antes o después de otra técnica endoscópica (cepillado y biopsia bronquiales), pero que si se efectúa de forma conjunta (antes y después) aumenta significativamente su rendimiento. El segundo estudio de este grupo⁴⁰ informa de los factores predictores del resultado de la punción transtraqueal en adenopatías mediastínicas neoplásicas y concluye que la rentabilidad es mayor en las adenopatías de mayor tamaño (> 20 mm) y en las adenopatías de carcinoma microcítico. El tercer estudio en esta línea es de Martín de Nicolás et al⁴⁹ e informa de la importancia de la estadificación mediastínica sistemática mediante mediastinoscopia en mujeres con CB no microcítico que vayan a ser intervenidas, con un porcentaje de positividad total elevado (40,7%), que es significativamente mayor en la estirpe adenocarcinoma.

Otro artículo que merece la pena comentar es el publicado por Abal Arca et al²⁸, ya que aborda un aspecto de vital importancia en el ámbito sanitario: el coste hospitalario del diagnóstico del CB. Tras comparar el coste medio del diagnóstico de CB de forma ambulatoria y a nivel hospitalario, se observa una reducción del 62% del gasto si el protocolo diagnóstico se realiza de forma ambulatoria. Según estos resultados, se produci-

ría un ahorro importante si se evitasen ingresos hospitalarios innecesarios para el diagnóstico del CB. Otras conclusiones del estudio son el mayor coste del diagnóstico en los carcinomas no microcíticos frente a los microcíticos y de los estadios avanzados frente a los localizados.

Entre los artículos que hacen referencia a otros temas, destaca el artículo especial sobre la propuesta de terminología de lesiones endobronquiales con sospecha de CB²⁴, que establece una correlación entre los términos descritos en la broncoscopia atendiendo al grado de infiltración (grados I, II o III) y la probabilidad de carcinoma, así como la normativa SEPAR sobre la valoración del riesgo quirúrgico en el CB²⁰, basada en un "consenso de expertos, que aborda los aspectos que deben tenerse en cuenta antes de realizar una resección pulmonar por CB y que se refieren tanto al paciente (aspectos generales y de comorbilidad, valoración funcional preoperatoria, pruebas de esfuerzo, etc.) como a la cirugía (técnica anestésica, tipo de intervención quirúrgica y cuidados postoperatorios), para por último establecer unas recomendaciones generales de gran utilidad.

En los últimos años algunos aspectos del CB han experimentado, como ya hemos dicho, un importante desarrollo, sin que esto hay tenido un reflejo en las publicaciones de ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA. En efecto, echamos en falta artículos que hagan referencia a cuestiones del diagnóstico precoz en el CB (sobre todo tras la publicación reciente del proyecto International Early Lung Cancer Action Program, ELCAP^{118,119}) o estudios relacionados con la biología molecular del CB, ya que, a pesar de que en los últimos años se han publicado muchísimos artículos sobre estos temas a escala mundial (según algunas revisiones, aproximadamente 1.400 artículos entre 1960 y 2005)¹²⁰, en nuestra Revista sólo se ha publicado un artículo de carácter experimental en el período analizado²⁹.

En esta revisión no hemos pretendido analizar la calidad de todos los estudios relacionados con el CB que se han publicado en ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA, sino ofrecer una visión general del impacto que tuvo en la Revista la designación de 2005 como Año del Cáncer de Pulmón. En este sentido podemos concluir que el número de artículos publicados en relación con este tema se ha incrementado de forma significativa en los últimos 2 años y medio, con un número muy elevado de originales que abordan los aspectos más relevantes de esta enfermedad tan prevalente y con un pronóstico, por el momento, tan infausto. De ahí que la designación del Año del Cáncer de Pulmón 2005 haya tenido, en nuestra opinión, una gran relevancia en el espíritu científico e investigador de nuestro país que debería mantenerse en los años sucesivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Coleman MP, Esteve J, Damiecky. Trends in cancer incidence and mortality. Lyon: International Agency for Research in Cancer; 1993.

2. Vioque J, Bolumar F. Trends in mortality from lung cancer in Spain, 1951-80. *J Epidemiol Community Health*. 1987;41:74-8.
3. Alonso I, Regidor E, Rodríguez C, et al. Principales causas de muerte en España, 1992. *Med Clin (Barc)*. 1996;107:441-5.
4. Fernández E, Borrás JM, Levi F, et al. Mortalidad por cáncer en España entre 1955 y 1994. *Med Clin (Barc)*. 2000;114:449-51.
5. Franco J, Pérez-Hoyos S, Plaza P. Changes in lung-cancer mortality trends in Spain. *Int J Cancer*. 2002;97:102-5.
6. Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Rodríguez C. Increased socioeconomic differences in mortality in eight Spanish provinces. *Soc Sci Med*. 1995;41:801-7.
7. Black RJ, Bray F, Ferlay J, et al. Cancer incidence and mortality in the European Union: cancer registry data and estimates of national incidence for 1990. *Eur J Cancer*. 1997;33:1075-107.
8. Olsen JH. Epidemiology of lung cancer. *Eur Resp Month*. 1995; 1:1-17.
9. Sánchez de Cos EJ, Riesco Miranda JA, Antón MJ, et al. Incidencia de carcinoma de pulmón en Extremadura en 1998. *Arch Bronconeumol*. 2000;36:381-4.
10. Agudo A, Barnadas A, Pallarés C, et al. Lung cancer and cigarette smoking in women: a case-control study in Barcelona. *Int J Cancer*. 1994;59:165-9.
11. Rezola SR, Sanzo Ollakarizketa JM. Incidencia, tendencias y supervivencia en cáncer de pulmón por estirpe histológica en Guipúzcoa entre 1983 y 1992. *Rev Clin Esp*. 1996;199:208-14.
12. Travis WD, Travis LB, Devesa SS. Lung cancer. *Cancer*. 1995; 75:191-202.
13. Janssen-Heijnen ML, Coebergh JW. Trends in incidence and prognosis of the histological subtypes of lung cancer in North America, Australia, New Zealand and Europe. *Lung Cancer*. 2001;31:123-37.
14. López-Abente G, Pollán M, Jiménez M. Female mortality trends in Spain due to tumors associated with tobacco smoking. *Cancer Causes Control*. 1993;4:539-45.
15. López Encuentra A. Respuesta del autor. *Arch Bronconeumol*. 2007;43:183-4.
16. González Aragonés M. Tratamiento multinodal en el carcinoma broncogénico no microcítico (N2) clínico: ¿cuál es la respuesta? *Arch Bronconeumol*. 2007;43:183-4.
17. Ramí Porta R, Belda Sanchis J, Serra Mitjans M. Identificación del carcinoma broncogénico N0cy. *Arch Bronconeumol*. 2007; 43:183.
18. Sales Badia JG, Galbis Caravajal JM, Viñals Larruga B, Luna Arnal D, Cordero Rodríguez P, Cuevas Sanz JM. Neumonectomía por metástasis pulmonar con utilización de circulación extracorpórea. *Arch Bronconeumol*. 2007;43:180-2.
19. Cañizares Carretero MA, Rivo Vázquez JE, Blanco Ramos M, Toscano Novella A, García Montan EM, Purriños Hermida MJ. Influencia de la demora quirúrgica en la supervivencia de los pacientes intervenidos por carcinoma broncogénico. *Arch Bronconeumol*. 2007;43:165-70.
20. Duque JL, Ramí Porta R, Almaraz A, Catanedo M, Freixenet J, Fernández de Rota A y Grupo Cooperativo de Carcinoma Broncogénico SEPAR (GCCB-S). Parámetros de riesgo en la cirugía del carcinoma broncogénico. *Arch Bronconeumol*. 2007;43:143-9.
21. Peñalver Cuesta JC, Jordá Aragón C, Escrivá Peiró J, Cerón Navarro J, Calvo Medina V, Padilla Alarcón J. Trasplante pulmonar. Carcinoma broncogénico en pulmón nativo. *Arch Bronconeumol*. 2007;43:126-8.
22. Torres Gómez FJ, Arroyo Tristán A, Torres Olivera FJ. Leiomioma benigno metastásico de localización pulmonar. *Arch Bronconeumol*. 2007;43:52-3.
23. Río Ramírez MT, Casado López ME, Peirón Puyal MJ, Peñas Herrero JM. Adenocarcinoma de pulmón y síndrome de Bazex (acroqueratosis paraneoplásica). *Arch Bronconeumol*. 2007;43: 46-8.
24. Blanco I, Burgués C, Puzo C. Propuesta de terminología de las lesiones endobronquiales en pacientes con sospecha de neoplasia bronquial. *Arch Bronconeumol*. 2007;43:36-9.
25. Cayuela A, Rodríguez Domínguez S, Otero R. Evolución de la mortalidad por cáncer de pulmón en las provincias de Andalucía (1975-2002). *Arch Bronconeumol*. 2006;42:633-7.
26. Mateos Caballero L, Nogales Asensio JM, Alonso González R, Garrido Romero JJ, González Fernández R, Manuel Pérez Fernández A. Pericarditis constrictiva como primera manifestación de carcinoma pulmonar. *Arch Bronconeumol*. 2006;42:608-10.

GARCÍA LUJÁN R ET AL. ANÁLISIS DE LAS PUBLICACIONES SOBRE CÁNCER
DE PULMÓN EN ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA 2 AÑOS DESPUÉS DE LA DESIGNACIÓN
DEL AÑO SEPAR DEL CÁNCER DE PULMÓN

27. Sánchez Hernández I, Izquierdo Alonso JL, Almonacid Sánchez C. Situación epidemiológica y pronóstica del cáncer de pulmón en nuestro medio. Arch Bronconeumol. 2006;42:594-9.
28. Abal Arca J, Ángel Blanco M, García de la Infanta R, Pérez López C, González Pérez L, Lamela López J. Coste hospitalario del diagnóstico del cáncer de pulmón. Arch Bronconeumol. 2006; 42:569-74.
29. Rodrigo Garzón M, Tirapu Fernández de la Cuesta I, Arina Iraeta A, Noel Centelles Llorente M, Zulueta Francés J. Aplicación de tratamiento génico a un modelo subcutáneo de cáncer de pulmón murino. Arch Bronconeumol. 2006;42:526-32.
30. Sánchez de Cos Escuin J, Miravet Sorribes L, Abal Arca J, Núñez Ares A, Hernández Hernández J, Castañar Jover AM, et al. Estudio multicéntrico epidemiológico-clínico de cáncer de pulmón en España (estudio EpiclicP-2003). Arch Bronconeumol. 2006;42:446-52.
31. López Encuentra A, Pozo Rodríguez F, Martín de Nicolás JL, Villena V, Sayas Catalán J. Grupo Cooperativo de Carcinoma Broncogénico de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (GCCB-S). Carcinoma bronquioloalveolar en España. Un cáncer de pulmón infrecuente y diferente. Arch Bronconeumol. 2006;42:399-403.
32. Fernández Villar A, González A, Leiro V, Represas C, Botana MI, Blanco P, et al. Influencia en la rentabilidad diagnóstica del momento de realización del aspirado bronquial en los carcinomas broncogénicos endoscópicamente visibles. Arch Bronconeumol. 2006;42:278-82.
33. Gullón Blanco JA, Suárez Toste I, Fernández Álvarez R, Rubinos Cuadrado G, Medina González A, Galindo Morales R, et al. Quimioterapia y supervivencia en el carcinoma broncogénico no microcítico en estadios avanzados: ¿está justificado el nihilismo de los neumólogos? Arch Bronconeumol. 2006;42:273-7.
34. Jiménez MF, Varela G, Novoa N, Aranda JL. La lobectomía broncoplastica frente a la neumonectomía en el tratamiento del carcinoma de pulmón no microcítico. Arch Bronconeumol. 2006;42:160-4.
35. López-Encuentra A, Martín de Nicolás JL, Paz-Ares L, Bartolomé A (Grupo Cooperativo de Carcinoma Broncogénico del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid). Tratamiento multimodal en el carcinoma broncogénico no microcítico (N2) clínico: ¿cuál es la respuesta? Arch Bronconeumol. 2006;42:154.
36. Varela-Simó G, Barberà-Mir JA, Cordovilla-Pérez R, Duque-Medina JL, López-Encuentra A, Puente Maestu L. Normativa sobre valoración del riesgo quirúrgico en el carcinoma broncogénico. Arch Bronconeumol. 2005;41:686-97.
37. Corpa Rodríguez ME, Mayoralas-Alises S, García Sánchez J, Gil Alonso JL, Díaz-Agero P, Casillas Pajuelo M. Evolución posquirúrgica de 7 sarcomas pulmonares primitivos. Arch Bronconeumol. 2005;41:634-7.
38. Alonso-Fernández MA, García Clemente M, Escudero Bueno C. Características del carcinoma broncopulmonar en una región del norte de España. Arch Bronconeumol. 2005;41:478-83.
39. Peñalver JC, Padilla J, Jordá C, Escrivá J, Cerón J, Calvo V, et al. Estudio del uso de hemoderivados en el carcinoma broncopulmonar no anaplásico de células pequeñas en estadio I sometido a tratamiento quirúrgico. Arch Bronconeumol. 2005;41:484-8.
40. Fernández Villar A, Iglesias F, Mosteiro M, Corbacho D, González A, Blanco P, et al. Factores predictores del resultado de la punción-aspiración transtraqueal de adenopatías mediastínicas neoplásicas. Arch Bronconeumol. 2005;41:434-8.
41. Padilla J, Calvo V, Peñalver JC, Jordá C, Escrivá J, Cerón J, et al. Carcinoma broncogénico no anaplásico de células pequeñas T2N1M0. Cirugía y factores pronósticos. Arch Bronconeumol. 2005;41:430-3.
42. Ausín P, Gómez Caro A, Pérez Rojo R, Moradiellos FJ, Díaz-Hellín V, Martín de Nicolás JL. Hemotórax espontáneo por carcinoma broncogénico. Arch Bronconeumol. 2005;41:400-1.
43. Santos Martínez MJ, Curull V, Blanco ML, Maciá F, Mojal S, Vila J, et al. Características del cáncer de pulmón en un hospital universitario. Cambios epidemiológicos e histológicos en relación con una serie histórica. Arch Bronconeumol. 2005;41:307-12.
44. Estrada G, López-Encuentra A, García Quero C. Carcinoma broncogénico no microcítico y síndrome de Peutz-Jeghers. Arch Bronconeumol. 2005;41:296.
45. Freixenet J, Rodríguez P. ¿Se ha modificado el abordaje quirúrgico del cáncer broncogénico? Arch Bronconeumol. 2005;41: 177-9.
46. Galbis Caravajal JM, Benlloch Carrión S, Sánchez Payá J, Mafé Madueño JJ, Baschwitz Gómez B, Rodríguez Paniagua JM. Valor pronóstico del antígeno carcinoembrionario hallado en lavados pleurales de pacientes con carcinoma pulmonar. Arch Bronconeumol. 2005;41:185-8.
47. Padilla J, Peñalver JC, Jordá C, Calvo V, Escrivá J, Cerón J, et al. Carcinoma broncogénico no anaplásico de células pequeñas en estadio IA. Cirugía y patrones de mortalidad. Arch Bronconeumol. 2005;41:180-4.
48. Galán Dávila A, Romero Candeira S, Sánchez Payá J, Orts Gimenez D, Llorca Martínez E. Riesgo de presentar cáncer de pulmón en los trabajadores de la manufactura del calzado. Arch Bronconeumol. 2005;41:202-5.
49. Martín de Nicolás JL, Gómez Caro Andrés A, Moradiellos Díez FJ, Díaz-Hellín V, Gigirey Castro O, Larrú Cabrero E, et al. Importancia de la estadificación mediastínica sistemática en mujeres con carcinoma broncogénico no microcítico. Arch Bronconeumol. 2005;41:125-9.
50. Navarrete Isidoro O, Abad Fernández A, López Vime R, Jara Chinarro B, Juretschke Moragues MA. Metástasis pulmonares de un carcinoma basocelular cutáneo. Arch Bronconeumol. 2005; 41:169-71.
51. Casanova Espinosa A, Cisneros Serrano C, Girón Moreno RM, Olivera MJ, Moreno Balsalobre R, Zamora García E. Empiema pleural asociado a lipoma endobronquial. Arch Bronconeumol. 2005;41:172-4.
52. Puente-Maestu L, Martínez Abad Y. Implicaciones de la calidad de vida en las decisiones quirúrgicas del cáncer de pulmón. Arch Bronconeumol. 2005;41:61-2.
53. Varela G, Jiménez MF, Novoa N, Aranda JL. Concordancia entre el tipo de resección programada y la efectuada en pacientes con carcinoma pulmonar. Arch Bronconeumol. 2005;41:84-7.
54. Ülger AF, Sen E, Ereku E, Gönüllü U. Melanoma pulmonar maligno: ¿es fácil determinar su origen? Arch Bronconeumol. 2005; 41:102-4.
55. Bidegain C, Rigalt J, Robot E, Dorca J, Vayreda J. Carcinoma broncogénico microcítico y retinopatía asociada a cáncer. Arch Bronconeumol. 2005;41:99-101.
56. Jordá Aragón C, Froufe Sánchez A, Padilla Alarcón J. Tumor de células claras benigno de pulmón. A propósito de un caso. Arch Bronconeumol. 2005;41:59.
57. Sánchez de Cos Escuin J, Hernández Hernández J. Marcadores tumorales y cáncer de pulmón. ¿Qué hay de nuevo? Arch Bronconeumol. 2004;40:35-40.
58. Miravet L, Paradís A, Peláez S, Arnal M, Cabadés F. Evolución del carcinoma broncopulmonar en el norte de la provincia de Castellón, 1993-2002. Arch Bronconeumol. 2004;40:553-7.
59. Muñoz A, Rubio Etxebarria I, López-Vivanco G. ¿Y qué es lo mejor para el paciente con cáncer de pulmón? Arch Bronconeumol. 2004;40:385-6.
60. Hernández Vázquez J, De Miguel Díez J, Llorente Iñigo D, Pedraza Serrano F, Serrano Saiz JL, Álvarez Fernández E. Carcinoma anaplásico tipo linfopitelioma de pulmón. Arch Bronconeumol. 2004;40:381-3.
61. Haro Estarriol M, Sebastián Quetglás S, Rubio Garay M. Parálisis de cuerda vocal y estadificación del carcinoma broncogénico. Arch Bronconeumol. 2004;40:333-4.
62. Temes E, Noya A, Troncoso A. Carcinoma de pulmón sobre atelectasia redonda. Arch Bronconeumol. 2004;40:335.
63. Hernández Hernández JR, Tapias del Pozo JA, Moreno Canelo P, Rodríguez Puebla A, Paniagua Tejo S, Sánchez Marcos JC. Incidencia del cáncer de pulmón en la provincia de Ávila. Año 2002 y tendencias en una década. Arch Bronconeumol. 2004;40: 304-10.
64. Sánchez de Cos Escuin J, Disdier Vicente C, Corral Peñafiel J, Riesco Miranda JA, Sojo González MA, Masa Jiménez JF. 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.
65. Montero C, Deben G, De la Torre M, Álvarez A, Vereá H. Síndrome de Pancoast e infiltración tumoral endobronquial como primera manifestación de un linfoma de Hodgkin. Arch Bronconeumol. 2004;40:287-9.
66. Resino MC, Maldonado A, García L. Utilidad de la tomografía de emisión de positrones en el carcinoma de pulmón no microcítico. Arch Bronconeumol. 2004;40:103-5.

GARCÍA LUJÁN R ET AL. ANÁLISIS DE LAS PUBLICACIONES SOBRE CÁNCER
DE PULMÓN EN ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA 2 AÑOS DESPUÉS DE LA DESIGNACIÓN
DEL AÑO SEPAR DEL CÁNCER DE PULMÓN

67. Arrabal Sánchez R, Mongil Poce R, Benítez Doménech A, Fernández de Rota Avecilla A, Fernández Bermúdez JL. Coexistencia de bronquiolititis obliterante con neumonía organizada y carcinoma broncogénico en zonas pulmonares distantes. Arch Bronconeumol. 2004;40:141-3.
68. Padilla J, Calvo C, Peñalver JC, Jordá C, Escrivá J, García A, et al. Carcinoma broncogénico no anaplásico de células pequeñas en estadio I y de diámetro máximo de 3 cm. Factores pronósticos. Arch Bronconeumol. 2004;40:110-3.
69. García Vidal C, Carrillo E, Barreiro B. Metástasis pancreática solitaria en paciente con neoplasia de pulmón. Arch Bronconeumol. 2003;39:601.
70. Rivo Vázquez JE, García Montan E, Cañizares Carretero MA. Tumor pulmonar neuroendocrino: recidiva local con afectación mediastínica. Arch Bronconeumol. 2003;39:531.
71. Sampablo Lauro I, Izquierdo JL. ¿Cuál debe ser el papel del neumólogo en el tratamiento quimioterapéutico del cáncer de pulmón? Arch Bronconeumol. 2003;39:483-4.
72. Gullón JA, Fernández R, Medina A, Rubinos G, Suárez I, Ramos C, et al. Punción transbronquial en el carcinoma broncogénico con lesión visible: rendimiento y coste económico. Arch Bronconeumol. 2003;39:496-500.
73. Cayuela Domínguez A, Rodríguez Domínguez S, Otero Candelera R, Rodríguez Matutes C, Díaz Moreno V. Mortalidad por cáncer de pulmón en Andalucía (1975-2000). Arch Bronconeumol. 2003;39:491-5.
74. González JM, De Castro FJ, Barrueco M, Cordobilla R, Fernández JL, Gómez FP, et al. Demoras diagnósticas en el cáncer de pulmón. Arch Bronconeumol. 2003;39:437-41.
75. Ríos Zambudio A, Roca Calvo MJ, Polo García LA. Fibrohistiocitoma maligno de pulmón variedad estoriforme. Arch Bronconeumol. 2003;39:431-2.
76. López Encuentra A. Esteroides inhalados y prevención del cáncer de pulmón. Arch Bronconeumol. 2003;39:328.
77. Jamnik S, Lopes Santoro I, De Oliveira-Júnior IS. Carcinosarcoma de pulmón. Arch Bronconeumol. 2003;39:286-7.
78. Varela G, Jiménez MF, Novoa N. Aplicabilidad de un modelo predictivo de muerte por resección de cáncer de pulmón a la toma de decisiones individualizadas. Arch Bronconeumol. 2003;39:249-52.
79. Fibla Alfara JJ, Gómez Sebastián G, Farina Ríos C, Carvajal Carrasco A, Estrada Saló G, León González C. Lobectomía frente a resección limitada en el tratamiento del cáncer pulmonar no microcítico en estadio I. Estudio de 78 casos. Arch Bronconeumol. 2003;39:217-20.
80. Montero C, Rosales M, Otero I, Blanco M, Rodríguez G, Peterga S, et al. Cáncer de pulmón en el Área Sanitaria de A Coruña: incidencia, abordaje clínico y supervivencia. Arch Bronconeumol. 2003;39:209-16.
81. Haya Fernández C, Martínez García MA, Soler Cataluña JJ, García Aguayo JM, Román Sánchez P. Infección por *Pasteurella multocida* de un carcinoma escamoso de pulmón cavitado. Arch Bronconeumol. 2003;39:236-8.
82. Alcázar J, Oyonarte A, Fernández C. Metástasis cutánea como presentación de carcinoma bronquial: a propósito de un caso. Arch Bronconeumol. 2003;39:191.
83. Freire AX, Benítez S, Briones K, Freire NV. Duración de la valoración diagnóstica del cáncer de pulmón frente a otros tumores sólidos en el Instituto Oncológico Nacional de Ecuador. Arch Bronconeumol. 2003;39:167-70.
84. Gimferrer JM, Belda J, Catalán M, Serra M, Rubio M, Iglesias M. Lobectomía videoasistida a través del triángulo auscultatorio en el tratamiento quirúrgico del carcinoma broncopulmonar. Experiencia preliminar. Arch Bronconeumol. 2003;39:87-90.
85. Jaén Olasolo J, Alonso Redondo E, León Jiménez A, Rueda Ramos A. Carcinoma no microcítico de pulmón. Supervivencia y factores pronósticos del tratamiento radioterápico. Arch Bronconeumol. 2003;39:81-6.
86. De Torres JP, Kenney L, Celli B. Linfoma pulmonar primario de células T. Presentación de un caso y revisión de la bibliografía. Arch Bronconeumol. 2002;38:596-8.
87. Barrenechea MJ, Martínez C, Ferreiro MJ, Paramá A, Tardón A, Rego G. Características del cáncer de pulmón en pacientes con exposición laboral a la sílice. Estudio comparativo entre individuos expuestos y no expuestos. Arch Bronconeumol. 2002;38:561-7.
88. Soria MT, Ginés A, Belda J, Solé M, Pellisé M, Bordas JM. Utilidad de la punción aspirativa con aguja fina guiada por ultrasonografía endoscópica (USE-PAAF) en el diagnóstico de extensión del cáncer de pulmón de células no pequeñas. Arch Bronconeumol. 2002;38:536-41.
89. Martín Díaz E, Arnau Obrer A, Martorell Cebollada M, Cantó Armengol A. La toracocentesis en la evaluación del cáncer de pulmón con derrame pleural. Arch Bronconeumol. 2002;38:479-84.
90. Fernández E, Merino C, Martínez E. Hemangioma esclerosante pulmonar: tumor de fácil confusión con el carcinoma broncogénico. Arch Bronconeumol. 2002;38:458-9.
91. Congregado Loscertales M, Girón Arjona JC, Jiménez Merchán R, Arroyo Tristán A, Arenas Linares C, Ayarra Jarne J, et al. Utilidad de la cirugía videotorascópica en el diagnóstico de los nódulos pulmonares solitarios. Arch Bronconeumol. 2002;38:415-20.
92. Torres Lanzas J, Ríos Zambudio A. La cirugía en las metástasis pulmonares. Arch Bronconeumol. 2002;38:403-5.
93. Sánchez de Cos Escujín J. Nuevas dianas y estrategias terapéuticas en el cáncer de pulmón. Arch Bronconeumol. 2002;38:386-91.
94. Algar Algar FJ, Álvarez Kindelán A, Fuentes Vaamonde E, Salvatierra Velásquez A, Baamonde Laborda C, López Pujol FJ. Metastasectomía pulmonar bilateral simultánea de un carcinoma de glándulas sudoríparas. Arch Bronconeumol. 2002;38:396-8.
95. López Encuentra A, Gómez de la Cámara A, Varela de Ugarte A, Mañes N, Llobregat N. El fenómeno Will-Rogers. Migración de estadios en carcinoma broncogénico, tras aplicar criterios de certeza clasificatoria. Arch Bronconeumol. 2002;38:166-71.
96. Maya Martínez M, Carrión Valero F, Díaz López J, Mollá Landete MA, Marín Pardo J. Influencia de la tomografía computarizada abdominal en la estadificación del cáncer de pulmón. Arch Bronconeumol. 2002;38:123-9.
97. Rodríguez Suárez P, Rodríguez de Castro F, Freixenet Gilart J. Consideraciones en el diagnóstico y tratamiento de un carcinoma broncogénico asociado a neumotórax espontáneo y bullas. Arch Bronconeumol. 2002;38:99.
98. Ortiz Mera JJ, Pereira Veja A, Ayerbe García R, Grávalos Guzmán J, Maldonado Pérez JA. Paciente con cáncer de pulmón y tuberculosis: falso positivo en la PET y su repercusión clínica. Arch Bronconeumol. 2002;38:90-2.
99. Padilla Alarcón J, Calvo Medina V, Bas Hermida P. Carcinoma broncogénico y metástasis muscular única. Arch Bronconeumol. 2002;38:55-6.
100. Martínez González C, Rego Fernández G. Inhalación de sílice y cáncer de pulmón. Revisión de la evidencia. Arch Bronconeumol. 2002;38:33-6.
101. Gullón JA, Fernández R, Rubinos G, Medina A, Suárez I, González JJ. Carcinoma broncogénico no microcítico en estadios avanzados: influencia pronóstica de la pérdida de peso e implicaciones clínicas. Arch Bronconeumol. 2001;37:477-81.
102. Estadificación ganglionar intraoperatoria en la cirugía del carcinoma broncogénico. Documento de consenso. Arch Bronconeumol. 2001;37:495-503.
103. Cabrera Rodríguez J, Muñoz García J, Sánchez de Cos Escujín J. Tendencias actuales en el tratamiento del carcinoma broncopulmonar no microcítico localmente avanzado. Tratamientos combinados de quimioterapia y radioterapia. Arch Bronconeumol. 2001;37:435-43.
104. Galbis Caravajal JM, Mafé Madueño JJ, Baschwitz Gómez B, Pérez Carbonell A, Rodríguez Paniagua JM. Neumotórax espontáneo como primera manifestación de un carcinoma pulmonar. Arch Bronconeumol. 2001;37:397-400.
105. Miravet M, Peláez S, Paradís A, Arnal M, Cabadés F. Estudio epidemiológico del cáncer de pulmón en el norte de la provincia de Castellón. Arch Bronconeumol. 2001;37:298-301.
106. Padilla J, Peñalver JC, Calvo V, García Zarza A, Pastor J, Blasco E, et al. Modelo de riesgo de mortalidad en el carcinoma broncogénico no anaplásico de células pequeñas en estadio I. Arch Bronconeumol. 2001;37:287-91.
107. Díez Herranz A. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y cáncer de pulmón: implicaciones prácticas. Arch Bronconeumol. 2001;37:240-7.
108. Rodríguez Suárez P, Cuesta López M, Varela de Ugarte A. Infección por *Streptococcus zooepidemicus* en un paciente con carcinoma broncogénico. Una rara zoonosis. Arch Bronconeumol. 2001;37:267.

GARCÍA LUJÁN R ET AL. ANÁLISIS DE LAS PUBLICACIONES SOBRE CÁNCER
DE PULMÓN EN ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA 2 AÑOS DESPUÉS DE LA DESIGNACIÓN
DEL AÑO SEPAR DEL CÁNCER DE PULMÓN

109. Pereiro Alonso ME, Sala Félix J. Bulla gigante y carcinoma de pulmón. Arch Bronconeumol. 2001;37:262-4.
110. Ríos Zambudio A, Torres Lanzas J, Roca Calvo MJ. Neumotórax espontáneo en pacientes con metástasis pulmonares no sometidos a tratamiento quimioterápico. Arch Bronconeumol. 2001;37:215.
111. Arnau Obrer A, Martínez Díaz E, Pérez Alonso D, Regueiro Mira F, Cañizares MA, Cervera A, et al. Resultado del tratamiento quirúrgico y terapia combinada en el carcinoma de pulmón no microcítico con invasión ganglionar mediastínica. Estudio retrospectivo. Arch Bronconeumol. 2001;37:160-5.
112. Martín Marco A, Vila Justribo M, López Fernández A. Carcinoma broncogénico asociado a neumotórax espontáneo y bullas. Arch Bronconeumol. 2001;37:97-8.
113. López Encuentra A. Cáncer de pulmón en la mujer. Arch Bronconeumol. 2001;37:55-8.
114. Calvo Medina V, Padilla Alarcón J, Paris Romeo F, Blasco Armengol E, Pastor Guillem J, García Zarza A. Supervivencia posquirúrgica en el estadio II del carcinoma broncogénico no anaplásico de células pequeñas. Arch Bronconeumol. 2001;37:19-26.
115. De Diego Damia A, Martínez Moragón E. Impacto científico del Año Asma 2003: análisis de las publicaciones en Archivos de Bronconeumología. Arch Bronconeumol. 2005;41:679-85.
116. Rajas Naranjo A, Aspa Marco J. 2004: Año de la Neumonía. Consecuencias e impacto científico en Archivos de Bronconeumología. Arch Bronconeumol. 2006;42:541-52.
117. Díaz Lobato S, Mayoraes Alises S. Análisis de las publicaciones sobre la EPOC en Archivos de Bronconeumología 2 años después de la designación del Año EPOC. Arch Bronconeumol. 2004;40:575-9.
118. The International Early Lung Cancer Action Program Investigators. Survival of patients with stage I lung cancer detected on CT screening. N Engl J Med. 2006;355:1763-71.
119. New York Early Lung Cancer Action Project Investigators. CT screening for lung cancer: diagnoses resulting from the New York Early Lung Cancer Action Project. Radiology. 2007;243:239-49.
120. Singhal S, Vachani A, Antin-Ozerkis D, et al. Prognostic implications of cell cycle, apoptosis, and angiogenesis biomarkers in non-small cell lung cancer: a review. Clin Cancer Res. 2005;11:3974-86.