

ÁREA ONCOLOGÍA TORÁCICA

¿ES LA LOCALIZACIÓN DEL TUMOR UN FACTOR DEL PRONÓSTICO EN EL CÁNCER DE PULMÓN COMPLETAMENTE RESECADO?

Y.W. Pun Tam¹, L. Fernandez Fau², J. Prieto², R. Moreno², J. García², R. Risco y S. Amor

¹H.U. de la Princesa: Servicio de Cirugía Torácica;
²HU de la Princesa.

Introducción: La resección tumoral completa es el objetivo principal en el tratamiento quirúrgico del carcinoma pulmonar no microcítico (CPNM). La localización anatómica del tumor puede influir en la técnica quirúrgica de la resección pero su papel como factor de pronóstico es raramente valorada en la literatura.

Objetivo: Analizar la influencia de la localización tumoral en la supervivencia de pacientes con CPNM completamente resecado.

Material y métodos: Estudio longitudinal de una cohorte de pacientes consecutivos, diagnosticados de CPNM de estadio I-III y tratados con resección quirúrgica completa. Se excluyen a los pacientes que recibieron tratamiento neoadyuvante y aquellos que fallecieron a consecuencia de la cirugía. Los pacientes siguieron un protocolo de estadificación pre- e intraoperatoria establecido, que incluye la mediastinoscopia y la disección linfática sistemática. La recogida de datos se realizó de forma prospectiva. Métodos estadísticos: análisis de variables con Ji-cuadrado y prueba t de Student; análisis y comparación de la supervivencia por el método de Kaplan-Meier y log-rank test; análisis multivariante mediante el modelo de Cox.

Resultados: Se incluyen 331 pacientes para el estudio: 302 hombres (91%) y 29 mujeres, con edades comprendidas entre 34 y 87 años (media 64). Trescientos siete (94%) eran fumadores o exfumadores. Doscientos veinte pacientes (67%) tuvieron algún tipo de síntomas relacionados con la enfermedad. La distribución de la localización del tumor fue: 101 en LSD, 14 en LM, 60 en LID, 108 LSI, 48 en LII. Se realizaron 71 neumonectomías, 222 lobectomías y 38 resecciones sublobares. Existe una mayor proporción de mujeres y no fumadores en los tumores del LII que en otras localizaciones. La supervivencia a los 5 años y la supervivencia mediana de los pacientes con tumores en el LII fueron 50% y 51 meses y de los de las localizaciones 41% y 39 meses respectivamente. La diferencia fue estadísticamente significativa ($p < 0,05$). En el análisis multivariante, la edad, la historia de tumor previo, el estadio TNM, la transfusión y localización en LII ($p < 0,008$) fueron significativos para la supervivencia. El riesgo para la supervivencia de localización LII, el hazard ratio, fue 0,56 (intervalo de confianza del 95% entre 0,365 y 0,860).

Conclusiones: La localización del tumor en el LII es un factor pronóstico positivo para pacientes con CPNM completamente resecado.

¿TIENE VALOR PRONÓSTICO INDEPENDIENTE LA PRESENCIA DE DERRAME PLEURAL EN PACIENTES CON CARCINOMA BRONCOGÉNICO NO MICROCÍTICO (CBNM) METASTÁSICO?

A. Galán Dávila¹, L. Hernández Blasco¹, D. Orts Giménez¹, N. Castejón Pina¹, J. Sánchez Payá² y S. Romero Candeira¹

¹Hospital General Universitario de Alicante: Neumología;
²Medicina Preventiva.

Introducción: En España la tasa de mortalidad (por 100.000 habitantes) por cáncer de pulmón en 2002 fue 49,2 para hombres y 4,7 para mujeres. Aproximadamente un 70-75% de los CBNM son irresecables (estadios IIIB y IV) en el momento del diagnóstico.

Objetivos: determinar si la existencia de derrame pleural, en el momento del diagnóstico, es un factor pronóstico en pacientes con CBNM metastásico.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo que incluye todos los pacientes con CBNM, diagnosticados por los Servi-

cios de Neumología y Cirugía Torácica (con demostración citohistológica) en un Hospital de tercer nivel, desde enero-1991 a diciembre-2000. Fin de seguimiento: 30-junio-2006. Recogida protocolizada de las variables del estudio. Análisis estadístico mediante SPSS 11.0 para Windows. Supervivencia expresada en mediana (meses) y probabilidad de supervivencia a 1 (pS1) y dos años (pS2). Curvas de supervivencia mediante el método de Kaplan-Meier y comparación mediante la prueba de log-rank. Análisis multivariante mediante el método de regresión de Cox. Nivel de significación $p < 0,05$.

Resultados: Se diagnosticaron 996 pacientes de CB durante el periodo de estudio; 782 (78,5%) fueron CBNM de los que 309 (40%) estaban en estadio IV. De ellos, los 80 (26%) pacientes que presentaban un derrame pleural en el momento del diagnóstico tuvieron peor pronóstico (mediana 2,1 meses, pS1 = 15% y pS2 = 1%) que los 229 restantes (mediana 3,8 meses, pS1 = 19%, pS2 = 7%, $p = 0,01$). En el análisis multivariante (en el que se incluyeron como variables: edad, estirpe histológica, LDH sérica, derrame pleural, derrame pleural con citología o biopsia positiva, CEA en líquido pleural, presencia de metástasis hepáticas y presencia de metástasis en varias localizaciones) la existencia de derrame pleural con citología/biopsia positivas fue la variable independiente con un peor pronóstico (odds ratio 2,4, IC 1,4 a 4,3).

Conclusiones: En pacientes con CBNM metastásico al diagnóstico, la presencia de derrame pleural maligno se comportó como un factor independiente de mal pronóstico.

ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA EN TUMORES PULMONARES. EXPERIENCIA INICIAL DE NUESTROS CENTROS

E. Ramírez Gil¹, M.A. de Gregorio Ariza², J.J. Rivas de Andrés¹, I. Royo Crespo¹, P. Menal Muñoz¹, J. Hernández Ferrández¹, P. Martínez Vallina¹, R. Embún Flor¹, F.J. García Tirado¹ y A. Mainar²

¹Hospital Universitario Miguel Servet y Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa: Cirugía Torácica de Aragón; ²Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa: Radiología Intervencionista.

Introducción: Debido al aumento de pacientes con patología tumoral no susceptibles de tratamiento quirúrgico bien por la extensión de la enfermedad o bien por comorbilidades asociadas y edad avanzada, se están desarrollando una serie de técnicas como opción terapéutica en éstos pacientes entre las que se encuentra la ablación por radiofrecuencia de tumores pulmonares. Hemos querido hacer una revisión del inicio de la aplicación de ésta técnica en nuestro medio.

Material y métodos: Se realiza una revisión retrospectiva de todos los pacientes sometidos a esta técnica entre mayo de 2006 y octubre de 2007.

Resultados: Se han tratado un total de 20 pacientes (p), 15 varones y 5 mujeres, llevándose a cabo un total de 25 aplicaciones. La edad media de los pacientes ha sido 67,9 años (48-87). Como antecedentes patológicos han aparecido: 10 p. EPOC, 1 con miocardiopatía dilatada, 1 con hipertensión pulmonar moderada. Como antecedentes neoplásicos de interés, a 2 p. se les había realizado una metastasectomía pulmonar previa, 2 p. se habían intervenido de neoplasia de laringe; 2 p. se les habían resecado metástasis hepáticas. El FEV1 medio ha sido de 56,5%. De los pacientes tratados, 15 p. tenían carcinomas pulmonares no microcíticos y 5 p. metástasis de origen colorrectal. 14 pacientes presentaban lesiones únicas, 2 p. tenían 2 lesiones, 1 p. 3 lesiones y 3 p. 4 lesiones. El tamaño de las lesiones se encontraba entre 0,6 y 6 cm de diámetro. Todos los procedimientos se controlaron mediante radioscopia y bajo anestesia general. Aparecieron complicaciones en 8 p (40%) y fueron: 3 neumotórax con drenaje pleural y 1 de ellos además se intervino quirúrgicamente por fuga aérea prolongada; 3 hemoptisis autolimitadas; 1 enfisema subcutáneo; 1 derrame pleural reactivo; y, 1 caso de fiebre autolimitada. Se produjeron 2 fallecimientos (10%): 1 por desaturación en la extubación y parada cardiorrespiratoria; y 1 por neumonía e insuficiencia respiratoria aguda. El FEV1 de estos casos era de 41% y 44% respectivamente.

Conclusiones: La radiofrecuencia puede ser una técnica válida para el En nuestra serie, se asocia a una morbilidad aceptable según la literatura revisada. En nuestra serie, la mortalidad se encuentra aumentada respecto a la literatura revisada lo que se puede relacionar con la reserva funcional de nuestros pacientes y con la curva de aprendizaje de toda técnica invasiva.

ANTÍGENO CARCINOEMBRIÓNARIO SÉRICO Y CARCINOMA BRONCOGÉNICO

M.C. Marrón Fernández¹, J. De La Cruz Bertolo² y Á. López Encuentra³

¹Hospital 12 de Octubre: Servicio de Cirugía Torácica; ²Hospital 12 de Octubre: Unidad de Epidemiología y/o Investigación; ³Neumología.

Introducción: Los niveles séricos del antígeno carcinoembrionario (CEA) tienen un papel diagnóstico y pronóstico en diferentes tipos de carcinomas.

Objetivo: Conocer si los niveles séricos preoperatorios de CEA mejoran la predicción de la estadificación TNM patológica (TNMp) sobre la clasificación TNM clínica (TNMc) en pacientes con carcinoma broncogénico no células pequeñas.

Material y métodos: Los pacientes intervenidos en el Servicio de Cirugía de Tórax del Hospital Universitario 12 de Octubre, entre septiembre de 1993 y septiembre de 1997, entran en este estudio prospectivo. Son evaluados según protocolo multiinstitucional para carcinoma broncogénico (Pautas de Práctica Clínica. Idepsa 1996) y forman parte de la casuística general del GCCB-S (Arch Bronconeumol 1995). La extracción de la muestra sanguínea se realiza previa a la toracotomía y el método de medida del CEA ha sido IRMA.

Resultados: 234 casos se dividen en dos categorías (0: hasta 1b/1:IIa en adelante) para TNMp y TNMc. 94% son varones, 53% son epidermoides, 50% son derechos, 75% de las toracotomías se consideran curativas, 62% de las resecciones son lobectomías. TNMc (0) son 180, TNMc (1) son 54, TNMp (0) son 118, TNMp (1) son 116. La media de CEA 11,25 ng/ml (DS 72,61; mediana 2,7). El estudio univariante muestra asociación entre TNMp y TNMc ($p < 0,0001$), pero no muestra asociación con CEA ($p = 0,1$). Este resultado para CEA se confirma como variable continua o por intervalos de percentiles (25, 50 y 75). El estudio multivariante entre TNMp y TNMc-CEA muestra similares resultados. La partición recursiva muestra un punto de corte de probabilidad diagnóstica de 6,85 ng/ml que en el estudio multivariante TNMp y TNMc-CEA consigue un gradiente poco fiable por poca significación estadística ($p = 0,09$).

Conclusiones: CEA aporta escasa información diagnóstica frente a TNMc. la consideración de otros marcadores tumorales mejorarían esta clasificación diagnóstica de los pacientes con CB.

CÁNCER DE PULMÓN EN NO FUMADORES

M.J. Avilés Inglés¹, J.A. Macías Cerrolaza², P. Méndez Martínez¹, M.A. Abellán Martínez¹, C. Orts Arqueros¹, P. Larrosa Sánchez³, T. Silvente Zamora¹ y J. Hernández Martínez¹

¹Hospital Reina Sofía: Neumología; ²Hospital Morales Meseguer: Oncología; ³Unidad de Cuidados paliativos.

Introducción: El cáncer de pulmón sigue siendo la principal causa de muerte por cáncer en nuestro país. Cada año se diagnostican 18.000 nuevos casos de cáncer de pulmón en España. Se estima que aproximadamente el 15% de los hombres y el 53% de las mujeres con cáncer de pulmón nunca han fumado. Se han observado claras diferencias en el tipo histológico en función del status fumador/no fumador. Existe un creciente interés en este subgrupo de pacientes al obtenerse mejores tasas de respuesta con los nuevos agentes quimioterápicos inhibidores de tirosin-kinasa (p.e. erlotinib).

Material y métodos: Análisis retrospectivo de pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón desde enero 2002 a junio 2007. Se han revisado factores como edad, sexo, historia de tabaquismo y tipo histológico. En los pacientes no fumadores hemos estudiado también profesión, posibles factores ambientales, tratamiento recibido y respuesta a éste.

Resultados: El total de pacientes fue de 196 y la edad media de 68 años. De ellos 91% fueron varones y 9% mujeres. El 94% de los varones y solamente el 16% de las mujeres fueron fumadores o ex-fumadores. El tipo histológico más frecuente ha sido el adenocarcinoma (33%) seguido del epidermoide (28%) y oat-cell (20%). En el grupo de pacientes no fumadores (edad media de 64 años) predomina el sexo femenino (61%) siendo el adenocarcinoma el tipo encontrado en el 50% de los casos. Diez de las once mujeres no fumadoras eran amas de casa y en 5 de ellas se constató tabaquismo pasivo. Por estadios: 11% II, 22% IIIB y 67% estadio IV. Cinco pacientes, todos ellos con histologías de adenocarcinoma o indiferenciado de célula grande, recibieron quimioterapia con erlotinib. Existen tres respondedores a erlotinib (1 respuesta completa y dos parciales) con una duración media de la respuesta de 11,5 meses. Cuatro pacientes permanecen vivos. Entre los no fumadores, con una mediana de seguimiento de 14 meses, la mediana de supervivencia fue de 4,5 meses.

Conclusiones: En nuestro medio la proporción de cáncer de pulmón en varones fumadores es muy elevada en comparación con la mujeres, quizá por el ámbito rural al que damos cobertura. El tipo histológico más frecuente ha sido el adenocarcinoma tanto en el global del estudio como en el grupo de los no fumadores. No existe relación con factores profesionales ni ambientales. La condición de no fumador y la histología adenocarcinoma parecen ser factores predictores de respuesta a erlotinib.

CÁNCER DE PULMÓN EN OCTOGENARIOS

M.L. Santalla Martínez¹, J. Abal Arca¹, I. Parente Lamelas¹, R. Almazán Ortega², M.E. Toubes Navarro¹, A. Acuña Fernández¹ y A. Rodríguez Canal¹

¹Complejo Hospitalario Ourense: Neumología, ²Unidad de Investigación.

Introducción: La edad avanzada y comorbilidad son inconvenientes para realizar pruebas diagnósticas y tratamiento activo en pacientes con cáncer de pulmón (CP).

Objetivos: Analizar la frecuencia, características clínicas y supervivencia de pacientes de edad igual o mayor de 80 años con CP, comparándolas con pacientes de menor edad.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo de cohorte de pacientes con CP diagnosticados desde 1999 a 2004 en CHOU. Se incluyeron pacientes diagnosticados mediante citohistología o criterios clínico-radiológicos. Se utilizó la t de Student para comparación de medias y Chi cuadrado para comparación de proporciones. Se estimó la supervivencia por el método de Kaplan-Meier y las curvas se compararon mediante la prueba de Mantel-Haenszel (Log-rank). Se realizaron análisis multivariados para identificar factores relacionados con la muerte, basados en el modelo de estimación de riesgos proporcionales de Cox. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS 12.0.

Resultados: Se diagnosticaron 1.129 pacientes, 207 (18,3%) eran mayores de 80 años. La edad media fue 84,2 ± 3,7, hombres 83,1% y 16,9% mujeres. Eran fumadores 76,6%, con una media de 62,7 paquetes/año y exfumadores 55,5%. Se estudiaron ingresados 66,5% y ambulatoriamente 33,5%. Había comorbilidad en 87,4%, siendo más frecuentes EPOC 41,5% y cardiopatía 32,9%. Los síntomas más frecuentes fueron tos 52,2% y pérdida de peso 48,3%. Se realizó broncoscopia en 77,3%. El diagnóstico fue epidermoide 33,3%, adenocarcinoma 13,5%, célula pequeña 12,1%, otros 5,8%, y por criterios clínico-radiológicos 35,3%. Se diagnosticaron en estadio I 12,6%, II 10,1%, IIIA 10,1%, IIIB 28% y IV 39,1%. Se realizó cirugía en 2%, quimioterapia 10%, radioterapia 7,4% y paliativo 79,8%. El análisis comparativo con el grupo de menor edad mostró diferencias significativas con respecto al porcentaje de ingresados, comorbilidad, broncoscopia, ausencia de diagnóstico histológico y tratamiento paliativo. La supervivencia fue menor en el grupo mayor de 80 años (mediana de 87 días; $p < 0,00001$), empeorando en función de estadios avanzados, histología y ausencia de cirugía.

Conclusiones: 1. Ingresan con mayor frecuencia. 2. Presentan mayor comorbilidad, por lo que se hacen menos pruebas diagnósticas,

diagnóstico histológico y tratamiento activo. 3. Peor supervivencia, estando influenciada por estadios avanzados y ausencia de cirugía.

CÁNCER DE PULMÓN Y CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: UN FACTOR DE RIESGO COMÚN

I. Parente Lamelas, J. Abal Arca, M.L. Santalla³, R. Almazas², J.J. Blanco¹, J.M. García¹ y M. Tumbeiro¹

¹Hospital Cristal Piñor: Neumología; ²Medicina Preventiva.

Introducción: El tabaco es un factor de riesgo común para cáncer de pulmón (CP) y para cardiopatía isquémica (CI).

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo de cohorte de pacientes con CP diagnosticados desde 1999 a 2004 en CHOU. Se incluyeron pacientes diagnosticados mediante citohistología o criterios clínico-radiológicos. Se utilizó la prueba de t de Student para la comparación de medias y Chi cuadrado para la comparación de proporciones. Se estimó la supervivencia por método de Kaplan-Meier y las curvas se compararon con la prueba de Mantel-Haenszel (Log-rank). Se realizaron análisis multivariados para identificar factores relacionados con la muerte, basados en el modelo de estimación de riesgos proporcionales de Cox. El programa estadístico utilizado fue el SPSS 12.0.

Resultados: Se diagnosticaron 1129 pacientes, 115 (10,2%) tenían CI. La edad media fue 73,8 ± 9,8, hombres 93,9% y mujeres 6,1%. El 89,9% eran fumadores, con una media de 57,9 paquetes/año. Entre los antecedentes destacan EPOC 48,7% y HTA 28,7%. Los síntomas más frecuentes fueron tos 46,1% y síndrome general 40,9%. Se realizó broncoscopia en 86%, observando signos de neoplasia en 74,8%. El diagnóstico fue epidermoide 35,7%, adenocarcinoma 21,7%, célula pequeña 13,9%, otros 7%, y por criterios clínico-radiológicos 21,7%. Se diagnosticaron en estadio precoz (I, II) 31,3%, estadio regional localizado (IIIA, IIIB) 39,1% y estadio avanzado (IV) 29,6%. El tratamiento fue cirugía 13,9% y paliativo 46,1%. Se realizó análisis comparativo con pacientes sin CI, observando diferencias significativas con respecto a edad, sexo, tabaquismo, diagnóstico por criterios clínico-radiológicos, estadio precoz y tratamiento paliativo. Supervivencia al final del estudio 8%, sin diferencias entre grupos. En análisis multivariado, se encontró mayor riesgo de fallecer en función de la edad y los estadios avanzados.

Conclusiones: 1. Son pacientes de mayor edad, varones y antecedente de tabaquismo. 2. Se diagnostican más en estadios precoces y por criterios clínico-radiológicos. 3. Reciben más tratamiento paliativo. 4. No hubo diferencias de supervivencia entre grupos.

CÁNCER DE PULMÓN: DIFERENCIAS DE MANEJO ENTRE ESPECIALIDADES

J. Abal Arca¹, I. Parente Lamelas¹, M.L. Santalla Martínez¹, R. Almazán Ortega², J. Pavón Freire¹ y P. Marcos Velázquez¹

¹Complejo Hospitalario Ourense: Neumología;

²Unidad de Investigación.

Introducción: Las guías publicadas de cáncer de pulmón (CP) recomiendan la participación precoz del neumólogo en su manejo. Sin embargo, una significativa proporción son diagnosticados y manejados por clínicos de otras especialidades.

Objetivos: Analizar el efecto de la participación del neumólogo sobre el diagnóstico, estadificación, tratamiento y supervivencia en los pacientes con CP, comparado con otras especialidades.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo de cohorte de pacientes con CP diagnosticados desde 1999 a 2004 en el CHOU. Se incluyeron pacientes diagnosticados mediante citohistología o criterios clínico-radiológicos compatibles. Se utilizó la t de Student para comparación de medias y Chi cuadrado (χ^2) para comparación de proporciones. Se estimó la supervivencia por el método de Kaplan-Meier y las curvas se compararon mediante la prueba de Mantel-Haenszel (Log-rank). Se realizaron análisis multivariados, basados en el modelo de estimación de riesgos proporcionales de Cox. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS 12.0.

Resultados: Se diagnosticaron 1.129 pacientes, 787 (69,7%) manejados por Neumología (grupo NML) y 342 (30,3%) por otras es-

pecialidades (grupo No NML). No hubo diferencias significativas con respecto a la edad, sexo, tabaquismo ni comorbilidad. El grupo NML realizó el estudio con más frecuencia ambulatoriamente (55,3% vs 12%), menor estancia media (10,2 vs 15,7 días), mayor porcentaje de realización de broncoscopia (95,9% vs 86,5%), diagnóstico citohistológico (90,5% vs 83%), estadio precoz (22,9% vs 14%), cirugía (17,4% vs 6,7%), quimioterapia (51,3% vs 44,8%) y radioterapia con intención curativa (50,4% vs 26,7%). La supervivencia fue mayor en grupo NML (14,5% vs 7,9%), pero tras ajustar para estadios y tratamiento no es significativa ($p = 0,063$).

Conclusiones: 1. Más frecuente manejo ambulatorio y menor estancia hospitalaria. 2. Mayor porcentaje de pruebas diagnósticas y de diagnóstico citohistológico. 3. Mayor porcentaje de diagnóstico precoz y de tratamiento activo. 4. Mayor supervivencia, que después de ajustar para estadios y tratamiento no es significativa ($p = 0,063$).

CARACTERÍSTICAS DOS DOENTES COM CANCRO DO PULMÃO DIAGNOSTICADOS COM IDADE INFERIOR A 50 ANOS E SUPERIOR A 80 ANOS

L.V. Rodrigues, A. Marques, A. Figueiredo y F. Barata

¹Unidade de Oncologia Pulmonar, S. Pneumologia, Centro Hospitalar de Coimbra, EPE.

Introducción: O cancro do pulmão (CP) é habitualmente diagnosticado entre os 50 e os 80 anos. A idade mediana situa-se entre os 66 e 69 anos na maioria dos estudos. Hoje, mais CP serão diagnosticados abaixo dos 50 anos em consequência do duplicar do início dos hábitos tabágicos entre os adolescentes. O contínuo aumento da esperança de vida terá um reflexo no crescente número de diagnóstico de CP acima dos 80 anos.

Objetivo: Avaliar, nos nossos doentes, das características epidemiológicas, histológicas e da terapêutica nestes dois grupos etários.

Material y métodos: Entre Janeiro de 2000 e Dezembro de 2006 diagnosticámos na nossa Unidade de Oncologia Pulmonar 860 doentes com CP (182 mulheres e 678 homens). Seleccionámos para este estudo, os doentes com < 50 anos (grupo adulto jovem - GAJ) e outro grupo com > 80 anos (grupo idoso - GI). O GAJ com 71 doentes (28-50) representa 8,2% dos doentes enquanto o GI com 58 doentes (80-93) representa 6,7% do global.

Resultados: Cinco características maior diferenciam estes dois grupos: a) Hábitos tabágicos GAJ vs GI: Fumador activo (62% vs 3,4%); Ex-fumador (4,2% vs 60,3%). b) Performance status GAJ vs GI: 0-1 (78,8% vs 48,2%); 2-3 (5,6% vs 51,7%) c) Histologia GAJ vs GI: Adenocarcinoma (56,3% vs 51,7%), Epidermoide (23,9% vs 44,8%) d) Estádio GAJ vs GI: I-IIIa (33,8% vs 6,9%), IIIB/IV (60,5% vs 93,1%). e) Decisão terapêutica CAJ vs GI: Suporte (5,6% vs 70,7%).

Conclusiones: No momento do diagnóstico, no grupo com < 50 anos, encontramos tendencialmente indivíduos fumadores activos; com performance status de 0-1; adenocarcinomas; cerca de 1/3 em estádios cirúrgicos e na esmagadora maioria foi decidida uma terapêutica isolada ou combinada. No grupo com > 80 anos encontramos tendencialmente ex-fumadores; com performance status de 2-3; epidermoídes; estádios avançados em que a decisão possível foi a melhor terapêutica de suporte.

CARACTERÍSTICAS Y SUPERVIVENCIA DEL CARCINOMA BRONCOGÉNICO NO CÉLULA PEQUEÑA CON METÁSTASIS ENCEFÁLICA Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO COMBINADO

I. Maciá Videira¹, R. Ramos Izquierdo¹, J. Moya Amorós¹, C. Masuet Aumatell⁴, L. Martínez García⁴, I. Escobar Campuzano¹, V. Perna¹, F. Rivas Doyague¹, A. Ureña Lluveras¹, R. Morera Abad¹, J. Saumench García¹, R. Llatjós Sanuy³ y R. Villalonga Vadell²

¹Hospital Universitari de Bellvitge: Servicio de Cirugía Torácica;

²Servicio de Anestesia y Reanimación; ³Servicio de Anatomía Patológica; ⁴Servicio de Medicina Preventiva.

Introducción: el encéfalo es una localización común de metástasis en los pacientes con carcinoma broncogénico no célula pequeña

(CBNCP). La supervivencia mediana del CBNCP estadio IV encefálico es de 3-6 meses con radioterapia holocraneal y 7-15 meses con radiocirugía. El objetivo es revisar nuestra experiencia y aportar las características y supervivencia de los pacientes con CBNCP y metástasis encefálicas tratados con cirugía de ambas localizaciones.

Material y métodos: estudio descriptivo retrospectivo basado en 14 pacientes diagnosticados de CBNCP con metástasis encefálicas y tratados con resección completa torácica y encefálica, entre 1996 y 2007. Un paciente recibió quimioterapia neoadyuvante y 5 quimioterapia adyuvante. Trece casos recibieron radioterapia holocraneal y 4 radioterapia paliativa. El análisis incluyó los estadísticos descriptivos, el método de Kaplan-Meier y el test Log Rank.

Resultados: todos los casos fueron hombres, con una edad media de 57 años, rango 40-70 años. La histología más frecuente fue el adenocarcinoma, en el 57% de los casos. Los descriptivos T y N patológicos más frecuentes fueron el pT2 y el pN0. Todos los casos presentaron metástasis encefálica única; la localización más frecuente fue el cerebelo. La aparición fue metacrónica en el 64%. La supervivencia mediana global ha sido de 12,4 meses, con una supervivencia al año del 57%, a los 2 años del 36% y a los 3 y 5 años del 24%. La tasa de éxito fue del 71%. La mediana del tiempo libre de enfermedad (TLE) hasta la aparición de metástasis fue de 7,4 meses; la mediana del TLE desde la segunda cirugía fue de 24,2 meses. Las histologías carcinoma indiferenciado de célula grande y adenocarcinoma ($p < 0,001$) y la ausencia de recidiva ($p < 0,006$) están asociadas a una mejor supervivencia, mientras que la localización cerebelosa metastásica ($p = 0,02$) está asociada a peor pronóstico.

Conclusiones: el perfil de paciente con CBNCP y metástasis encefálica tratado con cirugía combinada es un hombre de mediana edad, histología de adenocarcinoma, pT2N0 y con metástasis metacrónica, única y cerebelosa. La supervivencia mediana es de un año aproximadamente, mejor que la aportada por radioterapia holocraneal exclusiva y similar a la ofrecida por la radiocirugía. La cirugía combinada torácica y encefálica asociada a radioterapia holocraneal es una opción en casos seleccionados, pues aumenta la supervivencia.

CARCINOMA BRONCOGÉNICO EN PACIENTES MENORES DE 50 AÑOS

M. Blanco Ramos, E.M. García Fontán, J.E. Rivo Vázquez, P. Senra del Río, J.R. Reparaz Andrade y M.Á. Cañizares Carretero

Complejo Hospitalario Xeral-Cies: Cirugía Torácica.

Introducción: Diversos estudios han demostrado que los pacientes jóvenes con carcinoma broncogénico (CB) presentan un curso clínico más agresivo que los de mayor edad. Nuestro objetivo es evaluar las características clínico-patológicas y supervivencia de los pacientes intervenidos por CB menores de 50 años y compararlas con pacientes de mayor edad

Material y métodos: Presentamos un estudio retrospectivo donde fueron incluidos 610 pacientes diagnosticados de CB operados entre 1997 y 2006. Estos pacientes se clasificaron en dos grupos: menores y mayores de 50 años.

Resultados: De los 60 pacientes menores de 50 años, 42 (70%) eran varones y 18 mujeres (30%). La media de edad fue de 44 años (DE 3,91). 54(90%) eran fumadores y 37 (62%) presentaban sintomatología en el momento del diagnóstico. El tipo histológico más frecuente fue adenocarcinoma (50%). La supervivencia global a 5 años fue del 48%, mediana: 62 meses (IC95% 17-108). De los pacientes mayores de 50 años, 491 eran varones (89%) y 59 mujeres (11%). La edad media fue de 65 años (DE 8,14). 435 (79%) eran fumadores y 342 (62%) presentaban algún tipo de sintomatología en el momento del diagnóstico. El tipo histológico más frecuente fue epidermoide (49%) y la supervivencia global a 5 años fue del 36%, mediana: 39 meses (IC95% 34-45). La distri-

bución por sexos en ambos grupos mostró un mayor porcentaje de mujeres en el de menor edad ($p = 0,00$). El porcentaje de fumadores en el grupo de menores de 50 años fue también significativamente mayor con respecto a los pacientes de más edad ($p = 0,04$). Asimismo, la incidencia de adenocarcinoma fue significativamente mayor en el grupo de pacientes jóvenes ($p = 0,00$). En el estudio multivariante, las variables sexo, tipo histológico e historia de tabaquismo demostraron ser factores pronósticos independientes en relación con la edad. La distribución por estadios entre ambos grupos de edad no mostró diferencias estadísticamente significativas. En cuanto a la supervivencia, en el estudio univariante, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en relación a las variables estudiadas.

Conclusiones: En nuestra serie apreciamos un predominio del sexo femenino, el tabaquismo y la histología adenocarcinoma en los pacientes diagnosticados de CB menores de 50 años con respecto a los de mayor edad. En cuanto al pronóstico no hemos demostrado diferencias estadísticamente significativas en relación al estadio tumoral en que se presentaron los enfermos ni con la supervivencia de éstos.

CARCINOMA BRONQUIOLOALVEOLAR. ESTUDIO DESCRIPTIVO 8 AÑOS

M. Izquierdo Patrón¹, A. Gómez², P. Dhimes³ y B. Steen¹

¹Fundación Hospital Alcorcón: Neumología; ²Anatomía Patológica; ³Hospital Clínico San Carlos: Cirugía Torácica.

Introducción: El objetivo del trabajo fue describir una serie de casos de carcinoma bronquioloalveolar (CBA) estudiados en nuestro hospital en un periodo de 8 años. Evaluamos sus características epidemiológicas, clínicas, radiológicas, pruebas diagnósticas, estadificación TNM, tratamiento y evolución posterior.

Material y métodos: Se realizó una búsqueda retrospectiva de enero/2000 a octubre/07 seleccionando 1) casos con diagnóstico citohistológico de CBA, a través de listados de anatomía patológica de nuestro hospital ($n = 23$) y, 2) casos con diagnóstico de malignidad o alteración radiológica no filiada remitidos a cirugía torácica y con resultado definitivo en pieza quirúrgica de CBA ($n = 2$). Se revisaron las historias clínicas, y se excluyeron los intervenidos quirúrgicamente que no se confirmó el diagnóstico de CBA (8 casos).

Resultados: El número total casos fueron 17, distribuidos por años: 1/2001, 1/2003, 3/2004, 4/2005, 3/2006, 5/2007. Por sexos: 9 hombres (53%), 8 mujeres (47%). Edad media 67 años (rango 44-82), 5 pacientes con edad < 65 años. El porcentaje de no fumadores fue 47,06% (8/17). 6 casos (35,29%) no presentaron síntomas al diagnóstico. Los patrones radiológicos más relevantes fueron nódulos/infiltrados con broncograma aéreo. El diagnóstico se obtuvo por punción transtorácica en 58,82% casos (6 citológicas, 4 biopsias), fibrobroncoscopia 5 casos, y 2 casos por acto quirúrgico. La estadificación clínica TNM fue estadio Ic en 7 casos (46,66%), estadio IIc en 1, y estadio IVc en 7. En los estadio Ic se confirmó estadio patológico Ip, realizando 6 lobectomías y 1 neumonectomía, todos vivos. El estadio IIc recibió QT, y posterior cirugía que confirma estadio IIp, vivo. De los 7 estadios IVc: 5 recibieron QT, 4 fallecidos. Los 2 casos diagnosticados en la cirugía: 1 fue estadio Ip realizando lobectomía, vivo; el otro fue estadio IVp irresecable, recibió QT, perdido.

Conclusiones: En nuestra serie, el carcinoma bronquioloalveolar: 1) tiene una incidencia con tendencia creciente, 2) se presenta en edad media adulta en porcentaje similar respecto al sexo, y en casi la mitad de los casos en no fumadores, 3) sólo un tercio de los casos estaban asintomáticos al momento del diagnóstico, 4) el broncograma aéreo fue el signo radiológico más frecuente, 5) la punción transtorácica fue el método diagnóstico más sensible 6) en casi la mitad de los casos se presenta al diagnóstico en estadio IVc, 7) en los estadio I se pudo realizar cirugía curativa, y en los estadios IV la mitad fallecieron.

CIRUGÍA DE RESCATE EN CARCINOMA DE PULMÓN NO MICROCÍTICO. NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS

A.M. Milla Saba, J.L. López Villalobos, M. López Porras, J. de la Cruz Lozano, A. Blanco Orozco, R. Barroso Peñalver, J. Sánchez Navarro, M.A. Barrera y Á. Ginel Cañameque
Hospital Virgen del Rocío: Cirugía Torácica. UMQER.

Introducción: Los estadios IIIA-B del carcinoma pulmonar no microcítico suponen un grupo muy heterogéneo de pacientes. De entre los IIIA recogemos los N2 (afectación ganglionar mediastínica) que han recibido previo a cirugía un tratamiento médico y todos los IIIB, incluso un estadio IV, sometidos a tratamiento para rescate quirúrgico. Describiremos la experiencia en un hospital terciario, analizando el perfil del paciente, histología del tumor, situación de partida (estadaje TNM), respuesta a tratamiento: estadaje clínico prequirúrgico, tipo de intervención, estadaje postquirúrgico y complicaciones perioperatorias.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de diseño transversal. Todos los pacientes estadio IIIA-N2, sometidos a neoadyuvancia con quimioterapia y/o radioterapia previo a cirugía, los IIIB y un caso IV, en los que se modificó su estadio previo siendo resecables con intención curativa.

Resultados: N: 23 pacientes, 22 hombres y 1 mujer. Edad media 62 años (42-73). Carcinomas epidermoides 13 casos (56,5%), adenocarcinomas 6 (26,1%) e indiferenciados 4 (17,4%). Estadío TNM inicial, 17 casos IIIA, 5 casos IIIB y un estadio IV. En la mayoría se aplicó quimioterapia (21 casos) y en 2 quimio-radioterapia. El estadaje mejoró en 17 pacientes (73,9%), por 6 en los que no se alteró (26,1%). Destacar que en todos los IIIB-IV se observó una respuesta satisfactoria, situándose en estadios quirúrgicos. Se efectuaron 8 neumonecтомías (34,8%), 9 lobectomías (39,1%), 2 bilobectomías (8,7%) y 4 toracotomías exploradoras con neoplasias irresecables (17,4%). Concordancia en cuanto a estadío clínico prequirúrgico (PET-TAC) y postquirúrgico se observó en 8 casos (34,8%), en 15 casos no (65,2%). Resaltar que en 5 casos no se halló evidencia de neoplasia (2 casos IIIA, 2 casos IIIB y el estadio IV). Por último, relacionado con la cirugía no se registró ningún fallecimiento y tan sólo 2 casos (8,7%) con complicaciones perioperatorias, sendas fugas aéreas prolongadas.

Conclusiones: Parece apropiado la necesidad de extender a los N2 una terapia neoadyuvante y en casos seleccionados no quirúrgicos, un tratamiento oncológico para rescate, pues en algunos los resultados comienzan a ser sorprendentes. Se ha observado en estos dos últimos años una tendencia creciente (6 pacientes en 2004-05 y 17 en 06-07). Se hacen necesarios más estudios prospectivos y estudios randomizados, para proveernos de un nivel de evidencia deseable para tales recomendaciones.

CIRUGÍA Y SUPERVIVENCIA EN EL CÁNCER DE PULMÓN NO CÉLULA PEQUEÑA CON AFECTACIÓN T3

E. Ramírez Gil, Í. Royo Crespo, J. Hernández Ferrández, P. Menal Muñoz, R. Embún Flor, F.J. García Tirado, P. Martínez Vallina y J.J. Rivas de Andrés

Hospital Universitario Miguel Servet y Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa: Cirugía Torácica de Aragón.

Introducción: El tratamiento del carcinoma pulmonar no célula pequeña (CPNCP) con afectación T3 queda reservado para casos seleccionados, en dependencia sobre todo de la afectación mediastínica, si bien puede conllevar la realización de amplias resecciones según la estructura afectada con unas supervivencias aceptables. Presentamos la experiencia en nuestro Servicio en este tipo de tratamiento.

Material y métodos: Se ha llevado a cabo una revisión retrospectiva de los pacientes con carcinoma broncogénico T3 intervenidos en nuestro servicio entre enero de 2001 y octubre de 2007.

Resultados: Se han intervenido 27 pacientes (p.), 26 varones y 1 mujer, con una edad media de 65,5 años (45-79). El síntoma más frecuente al diagnóstico fue el dolor en 13 p (48,1%), seguido del

hallazgo casual en 7 p (26%). Se llevaron a cabo 18 mediastinoscopias de estadificación siendo todas negativas. Se administró terapia neoadyuvante en 3p. Se realizaron 23 toracotomías posterolaterales y 4 incisiones de Paulson. La resección pulmonar fue ampliada en 20 p (74,1%): 10 a pared costal, 9 a pleura parietal y 1 a pericardio. El estadío patológico fue T3N0M0 en el 63%; T3N1M0 en el 29,6%; y, T3N2M0 en el 7,4%. La clasificación como T3 se debió: 11 por afectación de pleura parietal, 10 por afectación costal, 5 por afectación del bronquio principal y 1 por atelectasia pulmonar completa. Hubo complicaciones en 16 p (59,2%) y de estas las más frecuentes fueron arritmias cardiacas 6 casos y atelectasia 5 casos. Se produjeron 4 (14,8%) éxitos postoperatorios de los cuales a 3 se les había realizado una neumonecтомía. La estancia media hospitalaria fue de 14,1 días (5-47). En cuanto a la supervivencia (SV) de manera global a los 3 años fue de 37,09% con mediana de 21 meses. Si estratificamos según el estadío N, la SV de los tumores T3N0 a los 3 años es del 18,52% con mediana de 12. En tumores T3N1 tuvieron una mediana de 4. Los 2 tumores T3N2 tuvieron una SV de 1 y 39 meses respectivamente. Si estratificamos según la estructura afectada, la SV al año es de 88,89% (mediana 37 meses) para la afectación de pleura parietal; 76,19% (mediana 20 meses) para la afectación costal; y 33,3% (mediana 6 meses) para afectación del bronquio principal.

Conclusiones: La elevada morbimortalidad en resecciones T3 aparecida en nuestra serie se asocia a neumonecтомías. La SV de estos pacientes es inversamente proporcional al estatus ganglionar y a afectación más amplia de estructuras subyacentes.

COMORBILIDAD ASOCIADA AL CÁNCER DE PULMÓN EN NUESTRA ÁREA

M. Díaz Jiménez, J. Sánchez de Cos Escúñ, G. Fernández Zapata, J.C. Serrano Rebollo y R. Gallego Domínguez

Hospital San Pedro de Alcántara: Neumología.

Introducción: El cáncer de pulmón (CP) es la primera causa de mortalidad por cáncer en España, pero estos pacientes pueden tener otras patologías asociadas que condicionarán igualmente su pronóstico.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en el que se analizaron historias clínicas de todos los pacientes diagnosticados de CP desde 2003 a 2006 en nuestro área. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos y relacionados con el hábito tabáquico (HT). Los datos obtenidos se almacenaron en una base de datos y se analizaron mediante un programa informático.

Resultados: Contabilizamos 441 casos, con claro predominio de varones (v): 416 frente a 25 mujeres (m). La edad media al diagnóstico fue de 68 años (DT: 10). En cuanto al diagnóstico citohistológico, obtuvimos 77 casos (c) de carcinoma microcítico (17,5%), 127 c de carcinoma epidermoide (28,8%), 90 c de adenocarcinoma (20,4%), 122 c de otros tumores no microcíticos (27,7%) y 25 c de histología no confirmada (5,7%). De los 441 pacientes estudiados, se obtuvieron datos espirométricos en 257 c, con diagnóstico de EPOC en 171 c: 28 c grado I (16%), 96 c grado II (56%), 32 c grado III (18%) y 15 c grado IV (10%). Si excluimos de este grupo a los pacientes con algún dato de restricción que pudiera alterar la función pulmonar, se obtienen 151 diagnósticos de EPOC (57%). Asimismo, 184 c (41%) tenían alguna enfermedad cardiovascular (ECV) y, hasta en el 36% de los c, ésta se asociaba con EPOC. En otros 62 pacientes (9,5%) había antecedentes de otros cánceres. Respecto al HT, encontramos antecedentes de tabaquismo en 380 casos (86%): 370v frente a 10m, siendo estas diferencias estadísticamente significativas (P < 0,001). Se recogió intensidad de consumo mayor de 25 p/a en 323 casos (81,5%), aunque en este caso, las diferencias por sexos no fueron significativas.

Conclusiones: 1) El índice de comorbilidad es elevado: EPOC en el 39% de los casos, ECV en el 37% y antecedentes de otros cánceres en 9,5% del total de pacientes. 2) El CP es más frecuente en varones mayores de 65 años, con antecedentes de tabaquismo y elevado índice de consumo en el momento del diagnóstico.

EPIDEMIOLOGÍA DEL CARCINOMA BRONCOGÉNICO NO MICROCÍTICO (CBNM), DIFERENCIAS ENTRE SEXOS

A. Galán Dávila¹, L. Hernández Blasco¹, D. Orts Giménez¹, N. Castejón Pina¹, J. Sánchez Payá² y S. Romero Candeira¹

¹Hospital General Universitario de Alicante: Neumología; ²Medicina Preventiva.

Introducción: El objetivo del presente estudio fue describir las características clínicas, histológicas y epidemiológicas de los pacientes con CBNM diagnosticados en nuestro hospital durante una década, atendiendo a las diferencias en la presentación de esta enfermedad entre sexos.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo. Se han incluido todos los pacientes diagnosticados de CBNM (con comprobación citohistológica), por los servicios de Neumología y Cirugía Torácica de un Hospital de tercer nivel entre enero-1991 y diciembre-2000. Recogida protocolizada de las variables del estudio. Análisis estadístico mediante SPSS 11.0 para Windows.

Resultados: Se diagnosticaron 782 pacientes de CBNM durante el periodo de estudio; 715 (91,4%) fueron varones y 67 (8,6%) mujeres. La media de edad a la que se diagnosticó la enfermedad fue similar en ambos grupos: 65,5 años para los hombres y 66,1 para las mujeres. Fueron fumadores el 98,6% de los hombres (y muy fumadores - más de 30 años-paquete- el 86,6%), sólo un 26% de las mujeres tenían antecedentes de tabaquismo (15,2% muy fumadoras). La estirpe predominante en los primeros fue la epidermoide 50% (si bien en el grupo de no fumadores fue el adenocarcinoma), mientras que en las mujeres fue el adenocarcinoma (76%) la estirpe que predominó tanto en fumadoras como en no fumadoras. En el momento del diagnóstico, un 55,2% de las mujeres estaban en estadio IV y casi un 42% tenían derrame pleural; entre los hombres el 38% tenían metástasis y el 24% derrame. Tanto en hombres como en mujeres el lugar de metastatización más frecuente fue el pulmón seguido de los huesos, pero en las mujeres existe mayor porcentaje de metástasis múltiples que en los hombres (7,5% frente a 3,2%) con diferencias próximas a la significación ($p = 0,07$).

Conclusiones: Las mujeres podrían tener mayor susceptibilidad a padecer CBNM que los hombres, puesto que la mayoría de CBNM en no fumadores se dan en mujeres. La estirpe predominante en éstas es adenocarcinoma frente a la epidermoide en hombres. En mujeres se diagnostica en estadios más avanzados y con frecuencia se acompaña de derrame pleural.

ESTADO REPRODUCTIVO Y PRONÓSTICO EN EL CARCINOMA BRONCOGÉNICO NO MICROCÍTICO EN EL SEXO FEMENINO.

C. Cabrera L., J.A. Gullón, I. Suárez, R. Fernández, G. Rubinos, A. Medina, R. Galindo e I. González

Hospital Universitario de Canarias: Neumología.

Introducción: Se ha apreciado que las mujeres con carcinoma broncogenico tienen una mejor supervivencia, lo que podría estar mediado por el estímulo hormonal estrogénico.

Objetivo: Analizar si el estado reproductivo en las mujeres diagnosticadas de carcinoma broncogénico no microcítico (CBNM) influye en el pronóstico.

Material y métodos: Se incluyeron consecutivamente todos los pacientes diagnosticados de CBNM en nuestro Servicio entre enero '97-diciembre '06. Las mujeres se clasificaron en dos grupos: 1) premenopáusicas (preM): 31 a 50 años y 2) posmenopáusicas (posM): 51 a 70 años, utilizando como punto de corte la media de edad menopáusica establecida por el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia. Exclusión: edad < 30 o > 70 años. Variables: comorbilidad, histología, pérdida de peso, estadio TNM, grado de actividad y tratamiento. Se compararon las mujeres de ambos grupos y éstas con los varones de su misma edad. Estadística: chi cuadrado, estudio de supervivencia por método de Kaplan-Meier y log-rank, modelo de regresión de Cox con estimación de riesgo proporcional, estratificado por TNM, para estudio de factores pronósticos. Significación: $p < 0,05$.

Resultados: 747 pacientes, 99 mujeres, 74 cumplían los criterios de inclusión: 26 preM y 48 posM. No existían diferencias significativas entre ambos grupos en comorbilidad, tipo histológico, grado de actividad, tratamiento ni estadio TNM. En el análisis univariado de supervivencia, estratificado por TNM, las mujeres preM tenían una supervivencia significativamente superior ($p = 0,008$), al ajustar por diferentes covariables (comorbilidad, pérdida de peso, grado de actividad y tratamiento) mantenían implicación pronóstica favorable: estado preM (HR = 0,53 IC 0,28-0,91) y tratamiento con cirugía (HR = 0,12 IC 0,04-0,76) o quimioterapia (HR = 0,39 IC 0,19-0,81).

Al comparar con sus homólogos varones, las mujeres preM mostraron un aumento significativo de la supervivencia, pero en el análisis multivariado sólo mantenían relación independiente con el pronóstico: tratamiento con cirugía (HR = 0,18 IC 0,06-0,55) o quimioterapia (HR = 0,20 IC 0,07-0,52) y ausencia de pérdida de peso (HR = 0,29 IC 0,14-0,60). En las mujeres posM no se apreciaron diferencias significativas en supervivencia con respecto a los varones.

Conclusiones: De acuerdo con nuestros resultados, el mejor pronóstico en las mujeres premenopáusicas parece estar mediado más por la edad que por el estímulo hormonal estrogénico.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL CÁNCER DE PULMÓN EN UN ÁREA DE SALUD

M. Castilla Martínez, R. Andújar Espinosa, P. García Torres, P. Menchón Martínez, M.Á. Franco Campos y J.M. Sánchez Nieto

Hospital "Morales Meseguer": Sección de Neumología.

Introducción: El objetivo del estudio fue valorar los resultados en cáncer de pulmón en nuestro hospital en un periodo de tiempo de 12 meses, para conocer la situación del cáncer de pulmón en nuestro área de salud.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo, desde julio de 2005 a julio de 2006 de 75 casos tomando como fuente de datos las citologías y biopsias del registro de anatomía patológica. Se analizaron diversas variables como tabaquismo, síntomas, procedimientos diagnósticos, diagnóstico histológico, estadije y tratamiento. También se analizaron estas variables según el procedimiento diagnóstico.

Resultados: Se analizaron 75 casos, 65 hombres (86,6%) y 10 mujeres (13,4%), con una edad media de 66,16 años (41-90 años), se llegó al diagnóstico por broncoscopia (FBB) en 44 casos (58,66%) y por PAAF-TAC en 31 casos (41,33%). Eran fumadores activos un 53,33% de los pacientes, exfumadores un 30,66% y nunca habían fumado un 6,66%. La histología predominante fue el adenocarcinoma. En el estadije de los carcinomas no microcíticos predominaba el estadio IV (40%) y en el de los microcíticos era predominante el extendido. En cuanto al tratamiento, sólo un 14,66% se podía beneficiar de cirugía, mientras que la mayoría (80%) era subsidiaria de tratamiento oncológico. El carcinoma microcítico fue el diagnóstico histológico más frecuente (34,01%) en los pacientes diagnosticados por FBB, mientras que fue más frecuente el adenocarcinoma (48,38%) en los diagnosticados por PAAF-TAC. De los no microcíticos diagnosticados por FBB, un 6,66% presentaban un estadio I, el 50% un estadio III y el 43,33% un estadio IV, mientras que de los diagnosticados por PAAF-TAC un 34,61% presentaban un estadio I, el 11,53% un estadio II, el 19,23% un estadio III y el 34,61% presentaban un estadio IV. En el carcinoma microcítico, un 66,6% de los diagnosticados por FBB estaban extendidos frente al 20% de los diagnosticados por PAAF-TAC. Tan sólo un 2,27% de los diagnosticados por FBB se beneficiaba de tratamiento quirúrgico frente a un 32,25% de los que lo hacían por PAAF-TAC.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con ca de pulmón eran fumadores (53%) o exfumadores (30%). El adenocarcinoma fue la histología predominante, siendo más frecuente el microcítico cuando se diagnosticaba al paciente por FBB y el adenocarcinoma por PAAF-TAC. El 80% era subsidiario de tratamiento oncológico frente al 15% que se podía beneficiar de cirugía.

EVALUACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS EN UN PROGRAMA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO RÁPIDO DE CÁNCER DE PULMÓN

J.R. Valdivia¹, V. Pajares¹, A. Torrego¹, M.C. Puzo¹, I. Bolibar² y V. Plaza¹

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau: Neumología, ²Epidemiología.

Introducción: Los pacientes que acuden al Hospital con sospecha de cáncer de pulmón (CP) son introducidos en un circuito asistencial preferente ambulatorio para intentar acortar los intervalos de tiempo diagnóstico-terapéutico. Se pretende que más del 70% de los pacientes con CP puedan iniciar tratamiento en < 30 días. Los resultados del programa, incluidos también los referentes a la patología no tumoral son motivo de la presente comunicación.

Material y métodos: Pacientes que acuden a consultas de Neumología con sospecha de CP. Los criterios de inclusión en el circuito fueron imagen radiológica sospechosa y/o hemoptisis en fumador > 35 años. Los pacientes siguieron un circuito preferente de visitas y exploraciones complementarias organizadas a tal propósito.

Resultados: En los dos últimos años se han incluido 246 pacientes en el programa. Los diagnósticos finales han sido: 147 neoplasias malignas (59%) y 99 patología no cancerosa (41%: 49 patología inflamatoria-infecciosa, 16 tumores benignos y 34 miscelánea). De los pacientes con cáncer el intervalo diagnóstico fue de 8 días de mediana y el 80,9% iniciaron tratamiento en < 30 días desde la primera visita (55% quimioterapia, 14% radioterapia, 21% cirugía, 10% paliativo). La sensibilidad de los criterios de inclusión para tener CP fue de 77% para "imagen radiológica sospechosa" (VPP 66%) y de 2% para "hemoptisis en fumador > 35a" (VPP 21%); la sensibilidad de estos criterios aumentan si se presentan ambos; 97% y 22% respectivamente. No hubieron diferencias significativas entre la edad de los pacientes con o sin cáncer (67 vs 65) pero sí en la historia de tabaquismo (85% vs 14% respectivamente). De entre los diagnósticos no cancerosos se encontraron diversas patologías poco habituales como: criptococoma, hipoplasia pulmonar, quiste broncogénico, colitis ulcerosa de afectación pulmonar, neumopatía por fluoxetina, etc.

Conclusiones: El circuito asistencial preferente organizado para personas con sospecha de CP consigue un intervalo diagnóstico-terapéutico bajo que concuerda con los objetivos del Servicio Catalán de Salud. La probabilidad de CP es claramente más alta cuando el motivo de consulta es "imagen radiológica sospechosa" y baja cuando es "hemoptisis sin imagen radiológica". El circuito ha permitido además el estudio de un variado espectro de patologías pulmonares no cancerosas poco habituales.

EXPRESIÓN DE MIRNAS EN EL CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULA NO PEQUEÑA: RELACIÓN CON EL TEJIDO NORMAL Y CON SUS DISTINTOS ESTADIOS

A. Huerta¹, A. Navarro⁴, R.M. Marrades¹, A. Quera³, E. Gallardo², N. Viñolas², C. Agustí¹, J. Ramírez², A. Torres¹, B. Gel⁴ y M. Monzó⁴

¹Hospital Clínic de Barcelona: Neumología; ²Oncología Médica; ³Centre de Diagnòstic Biomèdic; ⁴Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona: Departament d'Anatomia.

Introducción: Los microRNA (miRNA) son pequeñas moléculas de RNA que actúan como reguladores negativos de la síntesis proteica. Usualmente se traducen a partir de regiones intrónicas o intergénicas. Su función se realiza en el citoplasma, donde se unen a RNAs mensajeros específicos e inhiben su traducción. Participan en la regulación de múltiples procesos biológicos, entre ellos el cáncer. Nuestro objetivo es determinar la expresión de miRNAs en tejido pulmonar normal y en tejido pulmonar neoplásico para analizar la relación entre ellos y entre los distintos estadios de la enfermedad tumoral según la clasificación por estadios/TNM.

Material y métodos: En 31 pacientes con cáncer de pulmón de célula no pequeña se analizaron 62 biopsias bronquiales (31 tumorales y 31 normales) obtenidas durante la fibrobroncoscopia diagnós-

tica. Se determinó la expresión de 34 miRNAs mediante qRT-PCR y el análisis de datos se realizó con los programas TIGR M-Viewer y el BRB Array Tools.

Resultados: La agrupación jerárquica de la expresión de los miRNAs, mostró diferencias estadísticamente significativas en los siguientes grupos: a) Al comparar tejido tumoral contra tejido normal: hay infraexpresión de let7c y sobreexpresión de mir 17-5p, mir-221 y mir19a (miRNAs relacionados con el aumento del K-ras (carcinogénesis) e incremento de la proliferación celular). b) Al comparar CPCNP en estadio I contra el resto de estadios: se encontró infraexpresión del miRNA de la familia let7 (let7a, let7c y let7e) y sobreexpresión de miR 17-5p, miR19-a y mir-221 (miRNAs relacionados con la proliferación celular). c) Al comparar CPCNP con metástasis contra el resto: se encontró sobreexpresión de mir-21, mir-491 y mir-502 (miRNA relacionados con la disminución de la apoptosis y la polarización celular).

Conclusiones: El estudio de la expresión de los miRNA en tejido tumoral puede ser útil tanto como información diagnóstica como fisiopatológica. Potencialmente podrían contribuir a la búsqueda de dianas terapéuticas nuevas.

Con el apoyo de: FIS060087, SEPAR06, CIBER de respiratorio 06/06/0028.

FACTOR DE CRECIMIENTO VASCULAR ENDOTELIAL (VEGF) COMO POTENCIAL BIOMARCADOR PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS (NSCLC) EN SUJETOS DE RIESGO

C. Montero Martínez, L. Núñez Naveira, L.A. Mariñas Pardo, R. Fraga Iriso, A. Souto Alonso, N.S. Brienza, H. Vereza Hernando y D. Ramos Barbón

Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo: Unidad de Investigación Respiratoria, Servicio de Neumología y Centro de Investigación Biomédica, A Coruña.

Introducción: La detección precoz del cáncer de pulmón puede potencialmente disminuir su mortalidad. El screening de alteraciones genéticas asociadas con el NSCLC no es exitoso en discriminar fumadores de alto riesgo de sujetos con carcinoma invasivo en curso, porque dichas alteraciones se acumulan a lo largo de la exposición al tabaco. La tomografía computerizada y la broncoscopia de autofluorescencia pueden ser prometedoras como procedimientos de detección secundaria en sujetos seleccionados a través de un cribado previo mediante técnicas de biología molecular. Estudiamos aquí la hipótesis de que, siendo el VEGF un mediador de angiogénesis, puede actuar como marcador sensible a la vascularización tumoral y discriminar sujetos con carcinoma invasivo temprano descartando fumadores o exfumadores con lesiones avasculares de carácter premaligno o carcinoma in situ.

Material y métodos: La concentración de VEGF se determinó mediante inmunoanálisis enzimático en suero y condensado de aire exhalado (EBC) de no fumadores sanos (CTRL, n = 7), pacientes con NSCLC (n = 7), y fumadores sin enfermedad tumoral diagnosticada (Fum, n = 5).

Resultados: Las concentraciones de VEGF en suero en los grupos CTRL, NSCLC y Fum fueron respectivamente (media ± error estándar, pg/mL): 97,06 ± 16,94, 308,92 ± 93,4 y 146,72 ± 22,99; Kruskal-Wallis P = 0,033. En EBC: 50,03 ± 3,98, 32,80 ± 9,29, y 88,00 ± 26,15; P = 0,038.

Conclusiones: El VEGF sérico resultó significativamente incrementado en pacientes NSCLC, en comparación con los grupos CTRL y Fum, lo cual puede ser atribuible a liberación de VEGF por neovascularización tumoral. El VEGF sérico puede ser un potencial biomarcador útil en un panel de cribaje precoz de cáncer de pulmón en poblaciones de riesgo. El incremento de VEGF en EBC en fumadores sin enfermedad pero no en los pacientes con NSCLC puede ser debido a degradación o secuestro por receptores de VEGF sobre-regulados en los sujetos con NSCLC.

Financiado por: Fondo de Investigación Sanitaria, Instituto de Salud Carlos III (PI06/1643) y SEPAR.

FUNCION PULMONAR POSCIRUGÍA EN EL CÁNCER DE PULMÓN TRAS REHABILITACIÓN RESPIRATORIA

P. Díaz Blázquez¹, A. Santiago Recuerda²,
P.D. Arribas Manzanal¹, M. Ramiro González¹ y
L.P. Rodríguez Rodríguez¹

¹Hospital Clínico San Carlos: Medicina Física y Rehabilitación;
²Hospital La Paz: Neumología.

Introducción: Observar posibles cambios en la espirometría de pacientes intervenidos de cáncer de pulmón a los que se les pautó rehabilitación respiratoria.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 37 pacientes. Se produjeron 10 pérdidas (exitus/problemas médicos). Variables analizadas: edad, sexo, tipo de tumor (primario o metástasis), tipo de resección, lateralidad, grados de EPOC y espirometría (FVC, FEV1 y FEV1/FVC) precirugía, al mes, 3 y 6 meses postcirugía.

Resultados: Edad media: 65,8 años (hombres: 65,5 años y mujeres: 66,6 años). Sexo: hombres: 66,7% y mujeres: 33,3%. Tumor primario: 77,8%. Lateralidad: pulmón derecho: 55,6%. Tipo de intervención quirúrgica: segmentectomía: 40,7%, lobectomía: 48,1%, bilobectomía: 7,4% y neumonectomía: 3,7%. Grados de EPOC: grado I: 25,9%, grado II: 25,9%, grado III: 7,4% y no cumplen criterios de EPOC: 40,7%.

	Espirometría			
	Precirugía	1 mes	3 meses	6 meses
FVC	3,13	2,55	2,75	2,74
FVC (%)	94,94	78,43	83,88	84,08
FEV1	2,14	1,73	1,84	1,84
FEV1 (%)	81,16	65,97	68,48	68,35
FEV1/FVC	67,58	66,05	64,62	65,23

Hallamos una disminución estadísticamente significativa ($p < 0,001$) de FVC y FEV1 después de la intervención quirúrgica. Observamos una mejoría, también significativa ($p < 0,001$), de FVC y FEV1 a los 3 y 6 meses de la cirugía. No existen diferencias estadísticas en los valores espirométricos a los 3 y 6 meses postcirugía.

Conclusiones: - Existe una disminución de los valores de la espirometría tras la intervención quirúrgica. - Se aprecia una mejoría de la función pulmonar a los 3 y 6 meses de la cirugía en los pacientes tras realizar rehabilitación respiratoria. - No existen diferencias espirométricas entre los 3 y 6 meses postcirugía.

IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO (CDR) DE CÁNCER DE PULMÓN. RESULTADOS 2005-2007

D. de la Rosa Carrillo¹, N. Roldán López¹, I. Trias Puig-Sureda⁴,
A. Pedro Olivé² e I. Carrasco Miserachs²

¹Clínica Plató: Unitat de Pneumologia; ²Unitat de Medicina Interna;
³Servei d'Oncologia; ⁴Servei d'Anatomia Patològica.

Introducción: De acuerdo a los requerimientos del Catsalut, nuestro centro ha puesto en marcha un circuito para diagnóstico rápido y tratamiento precoz de pacientes con sospecha de neoplasia pulmonar. Describimos los resultados entre 2005-2007.

Material y métodos: Los pacientes con sospecha de cáncer de pulmón son remitidos a consultas de Neumología desde los centros de atención primaria (CAP) de zona de influencia o desde otros servicios del centro hospitalario. Los criterios de derivación son: radiología sugestiva de neoformación y presencia de síntomas de alarma (tos o disnea de reciente aparición, síndrome tóxico, adenopatías supraclaviculares, hemoptisis, derrame pleural). Las exploraciones que incluye el CDR son: analítica, espirometría forzada, TC Torácico ± PAAF y broncofibroscopia, que son realizadas en régimen ambulatorio. Se solicita además PET para estadiaje pre-quirúrgico en pacientes tributarios de cirugía o para caracterizar nódulos pulmonares no filiados.

Resultados: Entre octubre de 2005 y noviembre de 2007 nos fueron remitidos 64 pacientes (41 desde el CAP; 23 desde el propio centro). Se diagnosticó cáncer de pulmón en 23 casos (35,9%). La

tabla muestra los resultados anuales comparativos. Los tipos histológicos de los tumores fueron: carcinoma escamoso (8 casos), adenocarcinoma (4), carcinoma de célula pequeña (5), carcinoma de células grandes (3), tumor neuroendocrino (1), tumor neurogénico (1) y linfoma (1). El tiempo hasta el primer tratamiento fue mayor en los pacientes tributarios de cirugía, fundamentalmente por la realización de PET. El PET sirvió para descartar cáncer (3 casos), disminuir el estadiaje previo (1) o detectar metástasis inadvertidas (3).

	2005	2006	2007
n	2	26	36
Cumplen criterios CDR	2/2	19/26 (73,1%)	25/36 (69,4%)
Neoplasias confirmadas	1	9 (34,6%)	13 (33,3%)
PET	0	8	5
Tto. quirúrgico	1	3 (33,3%)	4 (30,8%)
Días hasta 1.ª visita	6	5,04 ± 4	5,3 ± 7,8
Días hasta diagnóstico	97	12,89 ± 7,4	14,2 ± 9,8
Días hasta 1.º tto.	97	55,1 ± 23,7	40,1 ± 25,3
En pac. intervenidos	97	73,0	56,7
En pac. con PET	-	68,4	56,7
Resto de pacientes	-	35,0	26,8

Conclusiones: 1. Obtuvimos un bajo porcentaje de neoplasias confirmadas, debido al elevado número de pacientes remitidos sin cumplir criterios de CDR, cuya exclusión sin pruebas complementarias resulta difícil. 2. Encontramos un retraso entre el diagnóstico y el primer tratamiento, fundamentalmente por la lentitud en la realización del PET. Esto plantea dudas sobre una posible evolución de la enfermedad durante el proceso diagnóstico. 3. Los resultados obtenidos con el PET son similares a las series publicadas.

INFLUENCIA DE LA EDAD EN LA SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES CON CARCINOMA BRONCÓGENICO NO CÉLULAS PEQUEÑAS (CBNCP) EN ESTADIO I Y II RESECADO

N. Moreno Mata, C.M. Simón Adiego, R. Peñalver Pascual,
G. González Casaurrán, L. Azcárate Perea y
F. González Aragonese

HGU Gregorio Marañón: Cirugía Torácica.

Introducción: El objetivo es analizar la relación entre la edad de los pacientes y las complicaciones perioperatorias, la mortalidad hospitalaria y supervivencia largo plazo tras la resección quirúrgica en pacientes con carcinoma broncogénico no células pequeñas (CBNCP).

Material y métodos: Análisis retrospectivo, descriptivo y de supervivencia de una serie prospectiva y consecutiva de pacientes con CBNCP operados desde 1991 a 2006. Criterios de inclusión: resección quirúrgica completa, estadio Ip y Iip y ausencia de tratamientos de inducción. La población se presenta agrupada en tres categorías en función de la edad, < 70 años (Grupo I), 70-74 años (Grupo II) y = 75 años (Grupo III). El análisis de la distribución de las variables categóricas se realizó mediante el test de χ^2 . Se llevó a cabo un análisis de supervivencia univariable-Kaplan-Meier (K-M) [log-rank]- y multivariable -regresión de Cox-. Se contempló la mortalidad por todas las causas.

Resultados: Un total de 463 pacientes (93% hombres y 7% mujeres) con una edad media de 64 años (DS 8,8) en estadio Ip (75%) y Iip (25%) se incluyeron en el estudio. Distribución por grupos de edad: G I, 332 pacientes (71%), G II, 81 pacientes (18%), G III, 52 pacientes (11%). La mortalidad hospitalaria de la serie fue del 5,9%; las diferencias encontradas entre los tres grupos no alcanzaron la significación estadística ($p = 0,3$). El desarrollo de neumonía ($p = 0,03$) e insuficiencia respiratoria ($p = 0,02$) postoperatorias se presentó con más frecuencia en el grupo de edad más avanzada. EL análisis univariable (K-M) indica que la supervivencia a largo plazo disminuye con el incremento de la edad ($p = 0,0004$); la mediana de supervivencia fue de 88, 40 y 55 meses y la supervivencia a 5 años fue de 58, 40 y 37 meses para los grupos GI-II-III respectivamente. El análisis multivariable demuestra que la edad es un factor pronóstico adverso e independiente para la supervivencia des-

pués de ajustar por sexo, tipo de resección, histología y estadio quirúrgico patológico; GII frente a GI: HR = 1,86 [IC al 95% 1,32-2,62]; GIII frente a GI: HR = 1,85 [IC al 95% 1,22-2,80].

Conclusiones: En nuestra serie quirúrgica, la edad avanzada se asocia con el desarrollo de neumonía e insuficiencia respiratoria postoperatorias y es un factor pronóstico adverso e independiente para la supervivencia a largo plazo.

LOBECTOMÍA POR VATS. EXPERIENCIA INICIAL DE UN SERVICIO DE CIRUGÍA TORÁCICA

M. Paradela de la Morena, D. González Rivas, R. Fernández Prado, M. De La Torre Bravos, M. Delgado Roel, J.A. García Salcedo, M.D. Platas y J.M. Borro Maté
CHU Juan Canalejo: Cirugía Torácica.

Introducción: La videotoracoscopia asistida (VATS) para la resección pulmonar en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico estadio I, ha demostrado ofrecer los mismos resultados desde el punto de vista oncológico, mejorando ciertos aspectos del postoperatorio. Nuestro objetivo es realizar un análisis descriptivo y retrospectivo de nuestra experiencia inicial en las lobectomías pulmonares realizadas por VATS.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo de nuestra experiencia inicial en las lobectomías pulmonares realizadas desde junio hasta noviembre del 2007 se realizó cirugía de resección pulmonar en 12 pacientes seleccionados según el estadio clínico-radiológico. En 9 de los 12 casos se completó la lobectomía. El postoperatorio de los intervenidos por VATS se ha comparado con un grupo de pacientes operados en el mismo período por toracotomía estándar. En este último grupo también se incluyeron pacientes en estadio iniciales, descartando resecciones postquimioterapia y retorcotomías.

Resultados: De los 12 casos 8 eran varones y 4 mujeres. El antecedente de tabaquismo estaba presente en todos los varones y en una mujer. La edad media fue de 58 ± 8 años. Se realizaron 2 lobectomías superiores derechas, 4 lobectomías inferiores derechas, 1 lobectomía media y 2 lobectomías superiores izquierdas en estadios IA (6), IB (1) y 2B (2). Fue necesaria la reconversión a toracotomía en 3 casos, con estadio IB (3), IIA (1) y 2B (1). La causa de reconversión fue oncológica en todos ellos. No hubo mortalidad postoperatoria en ninguno de los dos grupos. En los pacientes operados por VATS la mediana del tiempo de ingreso postoperatorio fue de 4 días, de uso de mórnicos 2 días, de epidural 3 días y de mantenimiento de DET 4 días mientras que en el grupo de pacientes operados por toracotomía la mediana del tiempo de ingreso postoperatorio fue de 10 días, de uso de mórnicos 9 días, de epidural 6 días y de DET 7 días.

Conclusiones: La videotoracoscopia asistida es una opción terapéutica válida en estadios iniciales de cáncer de pulmón no microcítico. En nuestra serie apreciamos un mejor control del dolor postoperatorio y una menor estancia hospitalaria.

NECESIDAD Y RENTABILIDAD DE LA PUNCIÓN TRANSTORÁCICA CON AGUJA (PTA) GUIADA POR TAC EN EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE PULMÓN

A.E. Jiménez, I. Bregón, A.R. Sánchez, J. Ramos, J.M. González, R. Cordovilla, R. Pajares y F.P. Gómez

Hospital Clínico Universitario Salamanca: Neumología.

Introducción: La broncoscopia es la técnica más eficaz en el diagnóstico del cáncer de pulmón; además de la visualización del árbol traqueo-bronquial, permite obtener muestras de forma eficaz, sencilla y con escasa morbilidad mediante sus distintas técnicas. Sin embargo, debido a su menor rentabilidad en los tumores de localización periférica, la PTA es considerada la técnica invasiva no quirúrgica de elección en estos casos, con una sensibilidad entre el 90-98%. Nuestro objetivo fue valorar la necesidad y rentabilidad diagnóstica de la PTA guiada por TAC frente a la broncoscopia en el diagnóstico del cáncer de pulmón.

Material y métodos: Estudio epidemiológico observacional descriptivo, tipo transversal, llevado a cabo en nuestro servicio entre enero de 2005 y diciembre de 2006. La muestra estaba compuesta por 140 pacientes diagnosticados en la consulta de Diagnóstico Rápido de Cáncer de Pulmón. Se estudiaron variables relacionadas con la sintomatología, localización radiológica, pruebas diagnósticas e histología de los tumores. Los datos recogidos han sido introducidos y codificados en el programa estadístico SPSS 14.0.

Resultados: El dolor torácico fue el síntoma más frecuente referido por nuestros pacientes (54 pacientes; 38,57%), con una relación estadística $p = 0,05$ al relacionarlo con la localización radiológica de los tumores. Se realizó broncoscopia a 123 pacientes, no mostrando alteraciones sospechosas de malignidad en 46 (32,9%). En la tabla se ponen de manifiesto los resultados de las distintas técnicas realizadas. La broncoscopia fue diagnóstica en 79 casos (S: 64,2%). En 44 casos (35,8%) fue necesario realizar la PTA con una rentabilidad diagnóstica del 97,7% (43 casos positivos). Fue estadísticamente significativa la relación entre la positividad de la PTA y la localización radiológica del tumor (el 93% fueron tumores de localización periférica; $p = 0,001$) así como con la estirpe histológica (el 86% fueron carcinomas no microcíticos; $p = 0,02$).

	Pruebas realizadas		Resultados negativos	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
BAS	110	89,4%	72	65,5%
Cepillado	96	78,0%	49	51%
BAL	10	8,1%	8	80%
PAAF transbr.	54	44,0%	27	50%
Biopsia	65	52,9%	17	26,2%

Conclusiones: La técnica diagnóstica predominante ha sido la broncoscopia (87,8%). Se observa una tendencia cada vez mayor a la utilización de la Punción Transtorácica con Aguja (PTA) con control radiológico por TAC, con una rentabilidad diagnóstica del 97,7%. Se encontró una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre la positividad de la PTA y la localización del tumor, así como con la estirpe histológica de los mismos.

PREDICCIÓN DE LA FUNCIÓN PULMONAR POSTOPERATORIA MEDIANTE GAMMAGRAFÍA PULMONAR DE PERFUSIÓN EN PACIENTES EPOC CON CARCINOMA BRONCOGÉNICO (CB)

N. Castejón Pina¹, L. Hernández Blasco¹, A. Galán Dávila¹, S. Romero Candeira¹, S. Asensio Sánchez¹ y J.M. Rodríguez Paniagua²

¹Hospital General Universitario Alicante: Neumología; ²Cirugía Torácica.

Objetivos: Valorar la precisión de la gammagrafía de perfusión pulmonar en la estimación de la función pulmonar postoperatoria en pacientes EPOC programados para resección pulmonar por carcinoma broncogénico (CB).

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional de 195 pacientes consecutivos operados de carcinoma bronquial durante 4 años en un Servicio de Neumología y Cirugía Torácica, con criterios de reseccabilidad y operabilidad según recomendaciones SEPAR. Previa a la cirugía a todos los pacientes se les realizó pruebas de función respiratoria (PFR), prueba de esfuerzo incremental máxima y se calculó mediante gammagrafía de perfusión los valores postoperatorios (ppo) para el FEV1 (ml), FEV1%, Dlco% y VO2 max. Posterior a la cirugía se realizaron PFR (1º, 3º y 6º mes) y prueba de esfuerzo (3º y 6º mes). La función pulmonar estimada (ppo) y la obtenida postoperatoria se compararon mediante el coeficiente de correlación de Pearson y la t de Student.

Resultados: De los 195 pacientes que cumplían con las condiciones del estudio, 95 pacientes eran EPOC (49%) (FEV1/FVC < 70 siguiendo los criterios GOLD). Se realizaron 20 neumonectomías, 65 lobectomías y 10 segmentectomías atípicas. Las siguientes ta-

Neumonectomías	ppo	1 ^{er} mes	3 ^{er} mes	6 ^o mes
FEV1 (ml)	1.252 ± 264	1.512 ± 528 (p = 0,19)	1.589 ± 676 (p = 0,03)	1.528 ± 399 (p = 0,05)
FEV1 (%)	44,8 ± 8,2	51,1 ± 14,7 (p = 0,13)	51,5 ± 19,6 (p = 0,12)	54,22 ± 13,5 (p = 0,04)
DLCO %	42,5 ± 17,2	50,8 ± 9,8 (p = 0,01)	55,5 ± 14,3 (p = 0,01)	57,9 ± 14,4 (p = 0,00)
VO _{2máx} (ml/kg/min)	11,2 ± 2,2		13,5 ± 3,9 (p = 0,23)	11,6 ± 4,9 (p = 0,35)

Lobectomías	ppo	1 ^{er} mes	3 ^{er} mes	6 ^o mes
FEV1 (ml)	1.749 ± 509	1.654 ± 368 (p = 0,000)	1.797 ± 363 (p = 0,57)	1.817 ± 392 (p = 0,46)
FEV1 (%)	64,9 ± 17,1	59,6 ± 11,3 (p = 0,000)	65,8 ± 11,5 (p = 0,79)	66,2 ± 12,0 (p = 0,73)
DLCO %	59,46 ± 15,2	56,2 ± 13,7 (p = 0,000)	63,6 ± 14,6 (p = 0,39)	67,0 ± 15,0 (p = 0,11)
VO _{2máx} (ml/kg/min)	15,1 ± 4,3		14,6 ± 3,2 (p = 0,07)	15,3 ± 3,3 (p = 0,86)

blas muestran los principales resultados (media ± SD) obtenidos en diferentes momentos y su grado de significación respecto a la función pulmonar estimada (* = p < 0,05).

Conclusiones: En pacientes con EPOC intervenidos por CB, la gammagrafía pulmonar de perfusión infraestima significativamente los valores postoperatorios de FEV1 y DLCO en las neumonectomías, estimando mejor dichos valores al 3^{er} y 6^o mes tras lobectomía.

QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE Y CIRUGÍA EN EL CÁNCER DE PULMÓN NO CÉLULA PEQUEÑA. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

J. Zabaleta Jiménez, B. Aginagalde Valiente, J.M. Izquierdo Elena, C. Hernández Ortiz, R. Berlanga González y A. de Frutos Gamero

Hospital Donostia: Cirugía Torácica.

Introducción: El desarrollo de una estrategia terapéutica en pacientes con cáncer de pulmón depende de la histología, estadio tumoral y la situación médica global del paciente. El sistema de estadiación más utilizado es el International Staging System (ISS), el cual fue revisado por última vez en 1997. El cáncer de pulmón estadio IIIA está definido como un situación locorregional avanzada, cuyo tratamiento óptimo no está claro y existe gran controversia en torno a éste, en gran medida debido a la gran heterogeneidad clínica de este grupo. En el Hospital Donostia, los CPNCP estadio IIIA son presentados en el comité de tumores torácicos, y en aquellos en los que ha habido respuesta al tratamiento inicial con quimioterapia y el estado general del paciente y la función pulmonar son aceptables se completa el tratamiento con intervención quirúrgica para resección pulmonar.

Material y métodos: Se han revisado los pacientes que tras ser valorados por el comité de tumores torácicos y recibir quimioterapia neoadyuvante han sido candidatos a intervención quirúrgica para resección pulmonar desde el 1 de enero del 2004 hasta el 31 de diciembre del 2006. Se han revisado la historia clínica de 20 pacientes que cumplían dichos criterios (19 CPNCP estadio III y 1 cáncer de pulmón célula pequeña estadio I) midiéndose las siguientes variables: edad, sexo, estadio TNM, histología, tipo de intervención realizada, complicaciones postoperatorias y supervivencia a los 12 meses.

Resultados: Edad media: 56,15 años. Sexo: 85% hombres. En 2 casos (10%) no se realizó la intervención quirúrgica planteada de inicio por presentar enfermedad más avanzada de lo esperado. Se han descrito las siguientes complicaciones: una fístula broncopleural, una fuga aérea persistente y un empiema, requiriendo reintervención sólo en el primer caso y las dos últimas complicaciones se resolvieron tras la colocación de drenajes torácicos. La supervivencia a los 12 meses fue del 95% (un fallecido tras 12 meses de seguimiento).

Conclusiones: La neoadyuvancia y cirugía pueden ser considerados tratamiento adecuado en CPNCP estadio IIIA ya que presenta

una supervivencia a los 12 meses del 95% (19/20), pero ha de hacerse una selección adecuada de pacientes ya que el 15% (3/20) han presentado complicaciones y en 10% (2/20) no se ha podido completar la resección.

RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA EN TUMORES PULMONARES Y MEDIASTÍNICOS LOCALMENTE AVANZADOS

S. Call¹, R. Rami Porta¹, I. Azinovic², M. Serra Mitjans¹, R. Saumench¹, P. Bretcha², J. Farré², R.M. Cañón², A. Fondevilla², M. Sureda², J. Rebollo², A. Brugarolas², C. Bidegain¹ y J. Belda Sanchís¹

¹Hospital Mútua de Terrassa: Servicio de Cirugía Torácica;

²Hospital San Jaime: Plataforma Oncológica.

Introducción: La radioterapia intraoperatoria (RIO) puede facilitar el control local de tumores torácicos avanzados al tratar áreas muy localizadas, durante el acto quirúrgico, con una dosis alta de irradiación. El objetivo de este trabajo consiste en analizar las posibilidades técnicas y complicaciones intra y postoperatorias de la RIO en cirugía torácica.

Material y métodos: Diez pacientes, con edad media de 49 años (extremos 25-65), intervenidos quirúrgicamente recibieron RIO entre enero del 2004 y octubre del 2007. Indicaciones: 7 con carcinoma de pulmón no microcítico avanzado y 3 con neoplasias del mediastino (1 tumor germinal, 1 teratoma maligno, 1 carcinoma medular de tiroides con infiltración mediastínica). Se administró quimioterapia y radioterapia de inducción excepto en el tumor germinal y en el carcinoma medular de tiroides que se trataron con quimioterapia y tratamiento hormonal, respectivamente. La media de tiempo transcurrido entre el tratamiento de inducción y la cirugía fue de 45 días (extremos 28-51). Se realizaron 8 toracotomías (5 derechas) y una esternotomía media. Se practicaron 4 lobectomías regladas, 1 lobectomía en bloque con resección de 4 costillas, 1 bilobectomía superior y media en bloque con tumor mediastínico, 1 neumonectomía, 1 tiroidectomía total con timectomía, 1 resección atípica y 1 resección de tumor mediastínico. La dosis media de RIO fue de 9Gy (extremos 6-10). Los campos tratados con RIO fueron: hilio pulmonar con muñón bronquial (3 casos), cayado aórtico y espacio subaórtico (3 casos), y, en 1 caso cada uno, pared torácica, mediastino anterior, mediastino superior y región paratraqueal derecha baja.

Resultados: No hubo complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias atribuibles a la manipulación del campo quirúrgico. La morbilidad postoperatoria fue: 1 caso de fibrilación auricular y otro de sepsis por catéter. Un paciente falleció a los 50 días de la intervención por hemoptisis masiva y otro por sepsis de origen pulmonar a los 57 días. En 8 casos se realizó resección completa (R0) (sin tumor en 4); en dos fue microscópicamente incompleta (R1). Ocho pacientes se encuentran vivos en la actualidad (6 libres de enfermedad) con un seguimiento entre 1-35 meses.

Conclusiones: La RIO es una técnica factible para ser usada en el tratamiento multimodal de tumores pulmonares y mediastínicos localmente avanzados con una aceptable morbilidad.

RECUESTO PLAQUETARIO COMO FACTOR PRONÓSTICO EN CÁNCER DE PULMÓN

M. Moldes Rodríguez¹, F.J. González Barcala³, J.M. García Prim¹, R. De la Fuente Cid², U. Calvo Álvarez³, A. Pose Reino² y L. Valdés Cuadrado³

¹Complejo Hospitalario Clínico Universitario de Santiago; ²Cirugía Torácica; ³Neumología.

Introducción: El Cáncer de Pulmón (CP) supone la causa más frecuente de muerte por cáncer en el mundo. Sería de utilidad identificar factores pronósticos que nos permitieran estratificar correctamente el riesgo de cada paciente. Nuestro objetivo fue evaluar la utilidad de la cifra de plaquetas al diagnóstico como factor pronóstico.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados de CP durante 3 años (1 de enero de 1997 hasta 31 de diciembre de 1999) en nuestra área sanitaria, con confirmación citohistológica. Se evaluó la supervivencia en función de la cifra de plaquetas al diagnóstico, ajustada por otros factores. Los pacientes con cifras de plaquetas dentro del rango de referencia (RR) (135000-381000/uL) se dividieron en dos grupos, entre 135000-258000 (plaquetas 1) y 258000-381000 (plaquetas 2) (siendo 258000, el punto medio del RR). Los pacientes que superaron las 381000 plaquetas formaron el grupo de plaquetas elevadas (plaquetas 3). La comorbilidad se evaluó según el Índice de Charlson. La edad se estratificó en grupos, según los cuartiles de la distribución. Se analizó supervivencia ajustada mediante regresión de Cox.

Resultados: Se recogieron inicialmente un total de 481 casos de CP incidente, lo cual supone una tasa bruta de incidencia de 41,79/100000 habitantes, y ajustada a la población europea del 30,92/100000 habitantes. Para este estudio han sido incluidos finalmente 419 pacientes con confirmación citohistológica. Por histologías, fueron CP epidermoide 188 casos (39,1%), adenocarcinoma 94 (19,5%), células grandes 48 (10,0%), y células pequeñas 98 (20,4%). El 75,3 de los casos se diagnosticaron en estadios III B y IV. Un total de 103 (21,9%) pacientes con CP presentaron trombocitosis. Ajustado por sexo, tabaquismo, histología y comorbilidad, los pacientes con plaquetas elevadas (grupo plaquetas 3) tienen un 37% menos de supervivencia que el grupo de plaquetas 1 (Odds Ratio 1,369, con intervalo de confianza 95% entre 1,035-1,809). Si se incluye entre las covariables el estadio tumoral no se observa efecto independiente de las plaquetas sobre la supervivencia.

Conclusiones: La cifra de plaquetas al diagnóstico podría ser un parámetro útil para establecer el pronóstico en CP, asociándose a la trombocitosis con menor supervivencia.

RELACIÓN ENTRE DISPLASIA BRONQUIAL Y METILACIÓN ABERRANTE

R. López Lisbona¹, M. Tarón², J.L. Ramírez², N. Rodríguez³, M.T. Fernández⁴, F. Andreo⁶, P. López de Castro⁵, E. Monsó⁶ y A. Rosell¹

¹Hospital Universitari de Bellvitge; ²ICO-Hospital Germans Trias i Pujol; ³Oncología Médica; ⁴Hospital de Vilafranca; ⁵Neumología; ⁶Hospital Germans Trias i Pujol; ⁷Anatomía Patológica; ⁸Cirugía Torácica; ⁹Neumología.

Introducción: Tanto la displasia bronquial como la metilación aberrante de genes represores tumorales son factores pronóstico de progresión a carcinoma escamoso. No se conoce la relación que puede existir entre ambos en una población de riesgo para cáncer de pulmón.

Objetivos: 1. Detectar el número y grado de lesiones displásicas a través de la broncoscopia con autofluorescencia (AF). 2. Determinar la metilación aberrante de p16, RASSFA1 y DAPK en el broncoaspirado (BAS). 3. Correlacionar el daño histológico con los cambios epigenéticos.

Material y métodos: *Población:* Sujetos con un tabaquismo mínimo acumulado de 30 paq/año, con EPOC leve a moderada, sin antecedentes de QTP y con indicación para realizar una broncoscopia. 41 pacientes (95,1% hombres), edad media 62,7 (SD 8,1), FEV1% medio 71,8 (SD 20,3), tabaquismo activo 14,6%, tabaquismo acumulado 46,8 paq/año. *Método:* Broncoscopia con autofluorescencia

(DAFE, Wolf), se realizaron biopsias sobre áreas sospechosas y biopsia control. Se procesó el BAS para estudio de un panel de genes con metilación aberrante (p16, RASSFA1 y DAPK), a través de la modificación química del ADN con bisulfito sódico, ampliación por PCR y separación por electroforesis en gel de agarosa.

Resultados: 1. Anatomía patológica: -AF anormal: 32 zonas en 23 pacientes (56,1% del total: 29,8% 1 lesión, 19% 2 lesiones y 7,3% 3 lesiones). No displasia 15/32 (46%), displasia leve 13/32 (40%) y displasia moderada 4/32 (13%). -Bx control en 32/41 pacientes. No displasia 18/32 (57%), displasia leve 14/32 (43%), displasia moderada 0%. 2. Metilación aberrante en el BAS: p16 (34,1%), RASSFA1 (12,1%), DAPK (24,4%). El 41,5% presentan algún gen metilado, el 12,1% 2 genes y un 2,4% 3 genes. 3. Relación displasia-metilación: -Sin displasia: No metilado 11 (27,5%) - Metilado 14 (35%). -Displasia leve: No metilado 6 (15%) - Metilado 6 (15%). -Displasia moderada: No metilado 0 - Metilado 3 (7,5%).

Conclusiones: 1. La prevalencia de displasia de alto grado en la población de riesgo estudiada es del 13%. 2. Se detecta un gen silenciado por metilación aberrante en el BAS en un 56%. 3. No existe relación entre displasia y metilación en la muestra estudiada. *Con el soporte de:* FIS (05/1715), FUCAP y SOCAP.

RELACIÓN ENTRE EL RETRASO DE CONSULTA Y TRATAMIENTO CON EL PRONÓSTICO EN CÁNCER DE PULMÓN

U. Calvo Álvarez¹, F.J. González Barcala¹, J.M. García Prim³, M. Moldes Rodríguez¹, R. De la Fuente Cid², A. Pose Reino² y L. Valdés Cuadrado¹

¹Complejo Hospitalario de Santiago; ²Neumología; ³Medicina Interna; ⁴Cirugía Torácica.

Introducción: El pronóstico del Cáncer de Pulmón (CP) parece depender del diagnóstico en estadios localizados; que se podría relacionar con la precocidad en la demanda de asistencia sanitaria por parte de los pacientes o en el desarrollo del proceso diagnóstico. El objetivo fue evaluar el efecto sobre la supervivencia de la demora en la demanda de consulta (RC) por los pacientes; y en el tiempo de estudio (RE) por el sistema sanitario.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes de nuestra área sanitaria con CP confirmado citohistológicamente, diagnosticado en 3 años (1-enero-1997 a 31-diciembre-1999). Será RC el tiempo entre la aparición del primer síntoma atribuible al CP y la fecha de la primera consulta por este motivo; y RE al tiempo entre primera consulta e inicio del tratamiento. Se estratificaron RC y RE en 4 niveles, menor de 30 días, de 31 a 60 días, de 61 a 90 días y mayor de 90 días. Ajustado por edad, sexo, tabaquismo, histología, estadio y comorbilidad, se analizó la influencia de RC y RE, por separado, en la supervivencia mediante Regresión de Cox, tomando como referencia aquellos pacientes que tardaron menos de 30 días en consultar o en ser estudiados.

Resultados: Se analizaron los datos de 393 pacientes, del total de 481 casos de CP recogidos. El 75% estaban en estadio III-B o IV en el momento del diagnóstico. En cuanto al RC, el 32,3% consultaron antes de 30 días de la aparición de los síntomas, 23,9% entre 31 y 60 días, 16,5% entre 61 y 90 días, y 27,2% tardaron más de 90 días en consultar. Para RE, el 55,9% de los pacientes se diagnosticaron en menos de 30 días, el 28,3% entre 31 y 60 días, el 7,1% entre 61 y 90 días, y el 8,7% en más de 90 días. El incremento de riesgo de cada categoría de RC y RE (HR) y el correspondiente intervalo de confianza al 95% (IC95%) han sido los siguientes (tabla).

RC	HR	IC95%	RE	HR	IC95%
0-30 días	1		0-30 días	1	
31-60	0,853	0,637-1,142	31-60	0,801	0,623-1,030
61-90	1,156	0,830-1,611	61-90	0,628	0,402-0,982
> 90	0,923	0,698-1,221	> 90	0,665	0,442-1,000

Conclusiones: El RC no parece influir en la supervivencia. Un menor RE parece asociarse con peor pronóstico; probablemente relacionado con que pacientes en estadios más avanzados son diagnosticados y tratados en plazos más cortos.

RESECCIONES PULMONARES EN PACIENTES NEUMONECTOMIZADOS PREVIAMENTE POR CARCINOMA BRONCOGÉNICO

E. Ramírez Gil, Í. Royo Crespo, P. Menal Muñoz, J. Hernández Ferrández, R. Embún Flor, P. Martínez Vallina, F.J. García Tirado y J.J. Rivas de Andrés

Hospital Universitario Miguel Servet y Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa: Cirugía Torácica de Aragón.

Introducción: Los pacientes sometidos a una neumonectomía por carcinoma broncoagénico, tienen riesgo de sufrir un tumor en el pulmón contralateral, ya sea en forma de un nuevo tumor primario o bien una metástasis del carcinoma previo. Sólo en algunos casos existe indicación quirúrgica de dichos nódulos, la cual vendrá determinada por criterios funcionales y oncológicos.

Material y métodos: Se revisa retrospectivamente nuestra serie de pacientes a los que se les ha practicado una resección pulmonar tras haberles realizado una neumonectomía por carcinoma broncoagénico entre enero de 1998 y septiembre de 2007.

Resultados: Se han intervenido 9 pacientes, 8 varones y 1 mujer. La edad media fue de 71,8 años (54-81). El FEV1 medio preoperatorio fue 54% (26-68%). El intervalo libre de enfermedad se situó entre 12 y 84 meses con una media de 40,5 meses tras la neumonectomía. En 7 pacientes se llevó a cabo una resección atípica única; en 1 paciente se realizaron 2, en 1 paciente 3 y se llevó a cabo una toracotomía exploradora. Los tumores resecados fueron 3(33,3%) tumores metacrónicos, 3 (33,3%) metástasis, 1 (11,1%) tumor sincrónico, 1 (11,1%) linfoma MALT de bajo grado y 1 (11,1%) nódulo necrótico no maligno. En cuanto a las complicaciones postoperatorias, aparecieron en 4 pacientes (44,4%): 2 fibrilaciones auriculares, 1 insuficiencia respiratoria que precisó de oxígeno domiciliario y 1 hemorragia digestiva alta. No se registró mortalidad postoperatoria. La estancia hospitalaria media fue de 7,9 días (3-14). De los pacientes intervenidos, 3 se encuentran vivos y libres de enfermedad con una supervivencia de 11 meses (paciente con tumor sincrónico), 17 meses (paciente con nódulo benigno) y 20 meses (paciente con tumor metacrónico). De los pacientes fallecidos la supervivencia media fue de 32 meses (23-44); de éstos, 3 eran metástasis, 2 tumores metacrónicos y 1 tumor sincrónico.

Conclusiones: La resección pulmonar contralateral en pacientes neumonectomizados se asocia con una morbimortalidad aceptable según las bibliografía revisada. A pesar del escaso número de pacientes en esta serie, la resección pulmonar de nódulos en pacientes con pulmón único es factible con supervivencias aceptables para la condición neoplásica de estos pacientes, según las escasas referencias bibliográficas en la literatura a este respecto.

RESPUESTA INFLAMATORIA Y CÁNCER DE PULMÓN

P. Bedate Díaz, P. Gudiel Arriaza, M.J. Vázquez López, A. Pando Sandoval, T. González Budiño, C. Escudero Bueno y S. Ramos Rodríguez

HUCA: Neumología 1.

Objetivo: Estudiar la relación entre respuesta inflamatoria y parámetros nutricionales en pacientes con cáncer de pulmón.

Material y métodos: Estudio prospectivo de datos recogidos de forma protocolizada de pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón con confirmación cito-histológica entre enero-07 y octubre-07. Se analizó la pérdida de peso, parámetros bioquímicos (PCR, albúmina, prealbúmina, LDH y hemoglobina), enfermedades asociadas y grado OMS. Los pacientes se agruparon de acuerdo con los niveles de PCR: Grupo A: ≤ 3 mg/dl y Grupo B: > 3 mg/dl. El estudio estadístico se realizó mediante análisis descriptivo, la t de Student y la chi cuadrado ($p < 0,05$).

Resultados: Se analizaron 33 pacientes con edad media de 62 años (41-63), 94% varones, 58% eran fumadores y 42% exfumadores.

El 51% de los pacientes tienen valores de PCR ≥ 3 mg/dl. Las características de los grupos quedan resumidas en la tabla.

	Grupo 1 (n = 16)	Grupo 2 (n = 17)	p
Sexo (V/M)	16/0	15/2	0,156
Edad (media, años)	60	65	0,159
Estadio (III/IV)	9	14	0,080
Pérdida de peso	2	12	$< 0,001^*$
Hb (g/dl, media)	13,77	12,94	0,124
Albúmina (g/L, media)	40,03	36,67	0,032*
Prealbúmina (g/L)	24,86	16,04	$< 0,001^*$
LDH (U/L)	446,86	375,52	0,404
OMS (≥ 2)	2	4	0,411
EPOC	6	10	0,220

Conclusiones: Un aumento en la respuesta inflamatoria (PCR ≥ 3 mg/dl) se asocia a un descenso en las concentraciones de albúmina y prealbúmina, así como con la pérdida de peso. No hemos encontrado relación con el estadio tumoral, grado OMS ni tampoco con la presencia de EPOC.

RESULTADOS DE LA INTRODUCCIÓN DE LA PET EN EL PROCESO DE ESTADIFICACIÓN DEL CARCINOMA BRONCOGÉNICO

H. Hernández Rodríguez¹, N. Mañes Bonet¹, G. Ramos Villalobos² y C. Cabrera Lacalzada²

¹Hospital Universitario de Canarias: Servicio de Cirugía Torácica;

²Neumología.

Introducción: Desde mayo de 2005 incluimos en el protocolo de estadificación del carcinoma broncoagénico el uso sistemático de la PET en todos los pacientes candidatos a cirugía de resección pulmonar. El objetivo de este estudio es revisar los resultados en el contexto de la práctica clínica diaria de la introducción de la PET en el proceso de estadificación.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con diagnóstico o sospecha citohistológica de CB en los que se solicitó la PET desde mayo de 2005 hasta diciembre de 2006. Para el estadio cT,cN y cM se elegiría como válido el proporcionado por la PET. Para el estadio cN se exigía una certeza mayor en pacientes candidatos a neumonectomía y en el límite de la operabilidad. Para el estadio cM se exigía evidencia citohistológica en casos de PET positiva.

Resultados: Se registraron 25 pacientes que cumplían los requisitos del estudio. Se excluyeron 29 pacientes por distintos motivos. Edad media: 5,9 años (DS 9,29); 76,9% varones. Media de los días entre la solicitud de la PET y la realización de la misma: 14,8 días (DS 4). El 68% de los tumores fueron derechos (lóbulos superiores 48%). Para la categoría N, la sensibilidad de la PET fue de 0,5, la especificidad de 1 y el valor predictivo negativo de 0,62, con una prevalencia de enfermedad N2/N3 para el grupo del 36%. En cinco tumores pN2 estadificados como cN0 por PET, el tamaño de las adenopatías en la TAC era significativo; la PET detectó enfermedad N3 en tres pacientes con TAC negativa. La PET identificó 4 tumores como M1, siendo 3 positivos en la estadificación preoperatoria (12,5%) pero no identificó metástasis pulmonares múltiples en un caso. La PET detectó otras captaciones consideradas como benignas o no concluyentes en el 52% de los casos. La distribución por estadios fue: IAc 12%, IBc 32%, IIAc 0%, IIBc 20%, IIIAc 12%, IIIBc 16%, IVc 8%. Número de pacientes intervenidos: 17; resección más frecuente: lobectomía (52%) y disección ganglionar sistemática (64,7%); media de ganglios resecados: 11,7. Tipo histológico más frecuente: carcinoma epidermoide (45,5%). La distribución pEstadios fue: pIA 8%, pIB 16%, pIIB 24%, pIIIA 16%, pIV 4%.

Conclusiones: En esta serie de casos y en un contexto clínico, el VPN de la PET ha sido inferior al publicado por otros grupos. Creemos que el valor de la estadificación ganglionar por TAC ha sido infraestimado en nuestra serie, ya que la mayoría de los falsos negativos por PET, eran verdaderos positivos en la TAC.

REVISIÓN RETROSPECTIVA DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE METÁSTASIS PULMONARES DE CARCINOMA COLORRECTAL EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO/2001 Y DICIEMBRE/2006

E. Fernández Araujo, P. López de Castro Alujes, J. Pérez Vélez, C. Martínez Barenys, M. Mesa Guzmán y J. Astudillo Pombo
H. Universitari Germans Trias i Pujol: Cirugía Torácica.

Introducción: El carcinoma colorrectal junto con el carcinoma broncogénico constituyen los dos tipos de neoplasias más comunes en los países industrializados. Aproximadamente el 10% de pacientes con carcinoma colorrectal presenta a lo largo de la evolución de su enfermedad metástasis pulmonares. La supervivencia a 5 años de los pacientes con metástasis pulmonares no tratados mediante cirugía no llega al 5% mientras que en los pacientes intervenidos la supervivencia oscila entre un 27-61% según las series.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de 60 pacientes intervenidos de metástasis pulmonares de cáncer de colon. Las variables clínicas recogidas fueron: edad, sexo, localización del tumor primario, cirugía y fecha del tumor primario, metástasis previas resecaadas, metástasis pulmonares resecaadas, localización, lateralidad, número y tipo de intervención practicada, periodo libre de enfermedad y supervivencia.

Resultados: La media de edad de los pacientes fue de 62,5 años (42-83). La distribución por sexos fue: 42 varones y 18 mujeres. En 32 pacientes el tumor primario estaba localizado en el colon y en 28 pacientes en el recto. En 19 (31,6%) pacientes se habían resecaado metástasis hepáticas previamente y en 4 de éstos el diagnóstico de las metástasis pulmonares fue sincrónico con el de las hepáticas. En 9 pacientes (15%) presentaban metástasis pulmonares en ambos hemitórax; en 8 de estos pacientes se llevo a cabo una toracotomía bilateral secuencial y en uno de ellos una esternotomía. En 10 pacientes (16,7%) se realizó una toracotomía iterativa por recidiva de las metástasis pulmonares. La media del periodo libre de enfermedad fue de 27,8 m (0-108). El tipo de cirugía realizado fue: resección atípica 63,6%, lobectomía 25,7%, segmentectomía + atípica 1,5%, neumonectomía 1,5%, lobectomía + atípica 6% y segmentectomía 1,5%. No hubo ningún caso de mortalidad operatoria. La supervivencia a 1, 3 y 5 años fue del 78,4, 51,8 y 37,7% respectivamente.

Conclusiones: La cirugía de resección de metástasis pulmonares constituye una cirugía factible y con una baja mortalidad en pacientes seleccionados. Se sugiere practicar resecciones económicas puesto que estos pacientes pueden presentar recidivas y beneficiarse de nuevas resecciones.

SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR (SVCS): CAMBIOS EN LA ETIOLOGÍA Y EL ABORDAJE DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO

I. Vidal García¹, C. Montero Martínez¹, M. Marini², C. Rodríguez García¹, P. Sanjuan López¹ y H. Vereá Hernando¹

¹Hospital Juan Canalejo: Servicio de Neumología; ²CHU Juan Canalejo: Radiología.

Introducción: *Antecedentes:* No existen series recientes que evalúen las consecuencias de la incorporación de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas en el SVCS. *Objetivo:* Analizar la etiología, diagnóstico y tratamiento del SVCS durante los últimos años en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de los pacientes diagnosticados de SVCS en nuestro centro desde enero 2000 a diciem-

bre 2006. Los pacientes fueron seleccionados de la base de datos hospitalaria, presentando signos clínicos y radiológicos de obstrucción de VCS. Analizamos la causa, los procedimientos diagnósticos y su tratamiento.

Resultados: Encontramos 74 pacientes con SVCS, 56 hombres y 18 mujeres. La edad media fue de 59,8 años (rango: 19-89). Diagnóstico: carcinoma de pulmón (CP) en 59 casos, 80% (29 NSCLC, 27 SCLC y 3 no clasificados); linfoma no Hodgking en 5 (7%), obstrucción de catéter endovascular en 4 (5%), metástasis en 3 (4%) y mediastinitis fibrosa en 3 (4%). Se realizó broncofibroscopia en 57 pacientes, punción transtorácica en 3, mediastinoscopia o toracotomía en 13 y otras muestras (adenopatías, toracocentesis y esputo) en 17 casos (tabla a pie de página). De los 20 casos en que se realizó PTB, ésta fue la única muestra positiva en 13 de ellos y negativa en 4 CP y 1 metástasis de melanoma. Se administró quimioterapia en 18 pacientes, radioterapia en 5 y quimioradioterapia en 40. Se colocó prótesis endovascular en 10 casos, como buena respuesta en 9. En 61 pacientes se emplearon corticoides y/o diuréticos, respondiendo únicamente el 26%. Los cuatro casos secundarios a obstrucción de catéter venoso respondieron con la retirada del mismo.

Conclusiones: 1. En la actualidad la causa más frecuentes del SVCS es el cáncer de pulmón, con una distribución similar de NSCLC y SCLC. 2. El catéter endovascular es la causa no tumoral más frecuente. 3. La punción transbronquial incrementa la rentabilidad de la broncoscopia y evita realizar procedimientos más invasivos. 4. La terapia con prótesis es muy eficaz en casos seleccionados. 5. El tratamiento sintomático con corticoides/diuréticos es de dudosa eficacia.

SUPERVIVENCIA DE CÁNCER DE PULMÓN EN MUJERES EN EL ÁREA SANITARIA DEL H.U. VIRGEN DEL ROCÍO

A. Cortés Caballero¹, A. Domínguez Petit¹, E. Pérez García¹ y A. Cayuela Domínguez²

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío: Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias; ²Servicio de Documentación Clínica.

Introducción: Conocer la supervivencia en mujeres diagnosticadas de cáncer de pulmón y posible asociación con factores en el momento del diagnóstico como edad, tipo histológico, estadio clínico y consumo de tabaco.

Material y métodos: Realizamos un estudio de cohortes retrospectivo revisando 117 casos de tumores broncopulmonares malignos diagnosticados en mujeres en el periodo de 1995-2005 atendidos en nuestro centro. Se obtuvieron datos en el momento del diagnóstico como edad, estadiaje tumoral (según la clasificación TNM), tipo histológico (adenocarcinoma, carcinoma de células grandes, carcinoma epidermoide y carcinoma de células pequeñas) y el consumo de tabaco. La supervivencia (medida en meses) se consideró desde el momento del diagnóstico hasta la fecha de exitus o, en su defecto, fecha de la última consulta con el paciente vivo. Posteriormente analizamos la posible asociación entre la supervivencia y el resto de factores recogidos.

Resultados: La edad media en el momento del diagnóstico fue de 60,9 años (DS 11,3). Dentro del grupo histológico encontramos las siguientes frecuencias: adenocarcinoma 61,5%, carcinoma de células grandes 14,5%, carcinoma epidermoide 7,7% y carcinoma de células pequeñas 16,2%. En cuanto al estadiaje clínico inicial se distribuyeron así: estadio I 12,5%, estadio II 3,8%, estadio III 23,1%, estadio IV 60,5%. En cuanto al consumo de tabaco el 54,7% eran fumadoras. Encontramos una asociación estadísticamente significativa entre la disminución del tiempo de superviven-

BAS		CB		BB/BTB		PTB		PT		MC/TC	
N	POS	N	POS	N	POS	N	POS	N	POS	N	POS
57	15 (26%)	7	4 (57%)	35	28 (80%)	20	15 (75%)	3	2 (65%)	13	11 (84%)

BAS: broncoaspirado; CB: cepillado bronquial; PTB: punción - aspiración transbronquial; PT: punción transtorácica; MC/TC: mediastinoscopia/toracotomía; N: casos totales; POS: positivos; entre paréntesis, porcentaje de positivos.

cia y el estadio clínico en el momento del diagnóstico [estadio I- 23 meses, estadio II- 20 meses, estadio III- 17 meses y estadio IV- 11 meses ($p < 0,05$)]. También hemos encontrado asociación entre el consumo de tabaco y el tipo histológico [adenocarcinoma 20%, carcinoma de células grandes 43,8%, carcinoma epidermoide 88,9% y carcinoma de células pequeñas 75% (todos con $p < 0,0001$)]. Sin embargo, no encontramos correlación entre el tipo histológico y el tiempo de supervivencia ni con la edad en el momento del diagnóstico.

Conclusiones: En las mujeres, se produce un descenso en la supervivencia conforme aumenta el estadio clínico en el momento del diagnóstico. Así mismo, en este grupo, existe también una clara relación entre el tipo histológico y el consumo de tabaco. También vemos como en mujeres el diagnóstico se produce con mayor frecuencia en estadios muy avanzados y como el tipo histológico más frecuente es el adenocarcinoma.

SUPERVIVENCIA DE LAS METÁSTASIS PULMONARES RESECADAS EN NUESTRO CENTRO. REVISIÓN DE 55 CASOS EN 10 AÑOS

M. Hernández Bonagua¹, J. Boldu Mitjans¹, P. Cebollero Rivas¹, M. Eguía Astibia¹, E. Vila Mayo², J. Guelbenzu Zazpe² y J. Hueto Pérez de Heredia¹

¹Hospital Virgen del Camino: Neumología;

²Hospital de Navarra: Cirugía Torácica.

Introducción: La resección quirúrgica de las metástasis pulmonares de tumores primarios extrapulmonares seleccionados, ofrece supervivencias superiores al 50% a los 3 años, y está bien establecido su papel en el manejo de dicha patología. Se revisa la experiencia en nuestro centro en 10 años, analizando supervivencia a 3 y 5 años en un número significativo de pacientes.

Material y métodos: Se revisan 55 pacientes con 82 metástasis pulmonares resecadas en los últimos 10 años. Se revisan datos de seguimiento, tanto del propio centro, como de atención primaria y registros de mortalidad cuando fue necesario.

Resultados: La edad media era de 61,9 años (30-82) siendo el 58% varones. El intervalo en meses desde el tratamiento del tumor primario y la primera metástasis fue de 51,5 meses (rango 1-240). - Los principales tumores primarios fueron de origen colorrectal (40%), renal (16%), melanoma (13%), ORL (7%), mama (7%), sarcomas partes blandas (3,6%), vejiga (3,6%), otros (8,8%). -Se practicó resección en cuña en la gran mayoría de pacientes (65,4%). Se reseccionó una metástasis en el 52% de los casos, dos en 29% y tres o más en el 18%. -La supervivencia al año fue del 92%. -A los 3 años se pudo calcular sobre 36 pacientes, siendo del 52%. -A los 5 años se calculó sobre 22 pacientes siendo del 41%. - Un 47% de pacientes desarrolló nuevas metástasis con una media de 17 meses de intervalo libre.

Conclusiones: -La resección quirúrgica de metástasis pulmonares de tumores extrapulmonares seleccionados en nuestro medio ofrece supervivencias muy buenas (52% a los 3 años y 41% a los 5 años). -El intervalo libre entre el tumor principal y la primera metástasis puede ser extraordinariamente largo con una media de más de 4 años. -Los tumores primarios más frecuentes fueron el carcinoma colorrectal, renal y melanomas. -La resección en cuña garantiza una buena supervivencia con una mínima repercusión funcional en este tipo de pacientes.

SUPERVIVENCIA DE NEUMONECTOMÍAS CON AFECTACIÓN N2 EN EL CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULA NO PEQUEÑA EN BASE A 22 CASOS

Í. Royo Crespo, E. Ramírez Gil, P. Menal Muñoz, J. Hernández Ferrández, R. Embún Flor, J. García Tirado, P. Martínez Vallina y J.J. Rivas De Andrés

Hospital Universitario Miguel Servet y Clínico Universitario Lozano Blesa: Cirugía Torácica de Aragón.

Introducción: El tratamiento en el cáncer de pulmón de célula no pequeña (CPCNP) con afectación mediastínica homolateral (N2)

sigue siendo controvertido, si bien parece aceptarse la no realización de neumonectomías en este estadio. Hemos querido analizar nuestra experiencia en aquellos casos en los que se ha dado esta circunstancia.

Material y métodos: Análisis retrospectivo y descriptivo, a partir de la revisión de Historias Clínicas y seguimiento telefónico, del periodo comprendido entre febrero de 2002 a mayo de 2007, durante el que se ha diagnosticado enfermedad N2 en 22 neumonectomías realizadas por CPCNP.

Resultados: La serie la componen 21(95,45%) varones y 1(4,65%) mujer con una edad media de 57,39 años (43-76). La histología más frecuente fue el carcinoma escamoso, 54,54%(12). En 14(63,63%) casos la neumonectomía fue izquierda. En el 54,54% (12) de los casos el método de confirmación histológica pretratamiento fue la mediastinoscopia. En 2 (9,09%) pacientes se realizó quimioterapia previa, persistiendo la afectación tras la cirugía a pesar de una respuesta completa radiológica. El resto fueron N2 diagnosticados en el espécimen postoperatorio. En 13 (59,09%) casos se observó una afectación extracapsular. La resección fue ampliada en 13 (59,09%) casos. La estadificación postoperatoria fue: Estadio IIIA (13; 59,09%); Estadio IIIB (6; 27,27%); Estadio IV (3; 13,64%). Las complicaciones postoperatorias aparecieron en 9 (40,9%) pacientes. La mortalidad postoperatoria fue de 13,64% (3). La supervivencia global a los 3 años se cifró en el 29,64% con una mediana de supervivencia de 22 meses. En meses, los pacientes sobrevivieron según la T: Un paciente T1: 3 meses y un paciente T3: 32 meses. En cuanto a la supervivencia al año de los T2 fue de 68,57% y de los T4:57,14%, disminuyendo de tal manera que a los 3 años la supervivencia en los T2 fue del 38,10%.

Conclusiones: 1.- La neumonectomía en enfermedad N2 conlleva una alta morbi-mortalidad postoperatoria como demuestran los datos anteriormente reseñados. 2.- La supervivencia de los pacientes de esta serie se encuentra entre lo publicado en la literatura (que incluyen otras resecciones), si bien cabe destacar la obtención de estos resultados con escasa utilización de la quimioterapia neoadyuvante.

SUPERVIVENCIA GLOBAL O ESPECÍFICA POR CARCINOMA BRONCOGÉNICO TRAS CIRUGÍA CON INTENCIÓN CURATIVA

R. Moreno Zabaleta¹, Á. López Encuentra¹, P. Benavides Mañas¹, J.L. Martín De Nicolás², R. García Luján¹ y F. González Torralba¹

¹Hospital 12 de Octubre: Servicio de Neumología; ²Servicio de Cirugía de tórax.

Introducción: Objetivo: Describir la supervivencia global de una serie consecutiva de pacientes con carcinoma broncogénico no microcítico (CBNM) operados con intención curativa, así como describir la supervivencia específica tomando como evento la muerte por cáncer.

Material y métodos: 354 enfermos con carcinoma broncogénico no microcítico (CBNM) operados de forma consecutiva en nuestro hospital entre el 1 de Enero de 1994 y el 30 de septiembre de 1997. Todos cumplían los criterios de operabilidad y resecabilidad vigentes (www.mbeneumología.org/pautaCB). Los datos de fecha y causa de muerte declarada se obtuvieron de la base de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE). La mortalidad perioperatoria (n = 32) fue excluida. De los 322 restantes, 92 (29%) estaban vivos en enero de 2003, 140 (43%) habían fallecido por CBNM, 21 (7%) por otras causas y en 69 (21%) se desconocía la causa del exitus. Se calculó la supervivencia por todas las causas y la específica por CBNM realizando un análisis de sensibilidad en función de los siguientes escenarios: Supervivencia específica A: considerando el grupo de casos con causa de muerte desconocida como secundaria a la neoplasia; Supervivencia específica B: excluyendo del análisis los casos con causa de muerte; Supervivencia específica C: considerando el grupo de casos con causa de muerte desconocida como fallecidos por otras causas. Se consideró estadio patológico inicial a los estadios I y II y como avanzado a los estadios III y IV.

Resultados: En la tabla se expone: la supervivencia a cinco años por todas las causas del total de la población y por estadios; la su-

pervivencia específica por CBNM del total de la población y por estadios, considerando el análisis de sensibilidad descrito.

	Todas las causas (n)	Específica - A (n)	Específica - B (n)	Específica - C (n)
Todos los casos	37% (322)	40% (322)	46% (253)	54% (322)
Casos en estadio inicial	52% (175)	58% (175)	67% (136)	73% (175)
Casos en estadio avanzado	10% (97)	11% (97)	11% (81)	15% (97)

Conclusiones: La supervivencia considerando todas las causas de muerte fue de 37%, siendo mayor en los casos operados en estadios iniciales. La supervivencia específica por CBNM varía dependiendo de la definición del evento final, fundamentalmente en los casos operados en estadios iniciales de CBNM (hasta un 21% de diferencia, en el análisis de sensibilidad). En los casos operados en estadios avanzados la diferencia entre extremos es muy escasa (5%).

SUPERVIVENCIA Y MANEJO DEL CÁNCER DE PULMÓN EN ESTADIO IIIB (T4) INTERVENIDO

Í. Royo Crespo, E. Ramírez Gil, J. Hernández Ferrández, P. Menal Muñoz, P. Martínez Vallina, R. Embún Flor, J. García Tirado y J.J. Rivas De Andrés

Hospital Universitario Miguel Servet y Clínico Universitario Lozano Blesa: Cirugía Torácica de Aragón.

Introducción: El papel de la cirugía en estadio IIIB (T4) se encuentra limitado a una escasa selección de pacientes. Presentamos nuestra experiencia en aquellos casos diagnosticados tanto pre como postoperatoriamente y cuál ha sido su evolución.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo desde febrero de 2002 hasta mayo de 2007, de pacientes clasificados como T4 e intervenidos quirúrgicamente, en base a la revisión de historias clínicas.

Resultados: Muestra de 27 pacientes de los que 23 (85,2%) son varones y 4 (14,8%) mujeres con una edad media de 61,21 años (45-80). La estirpe histológica más frecuente fue el carcinoma escamoso con 14 (51,8%) casos. Se realizaron 7 (25,9%) toracotomías exploradoras por 12 (44,5%) neumonectomías y 8 (29,6%) lobectomías. La denominación para T4 más frecuente, por sí sola, fueron nódulo/s en el mismo lóbulo con 9(33,3%) casos. En 14 (51,8%) casos la T se infradiagnosticó (T1: 1; T2: 5; T3: 8). El estatus N postquirúrgico fue el siguiente: N0 en 7 (25,9%) casos, N1 en 8 (29,6%) casos, N2 en 8 (29,6%), Nx en 4 (14,9%). Hubo 3 (11,1%) casos M1. La morbilidad global postoperatoria se observó en 15 (55,5%) casos. La mortalidad postoperatoria fue de 1 (3,7%) caso. La supervivencia observada en la serie a los 3 años es del 73,3%, bajando a una supervivencia a los 5 años del 24,4% con una mediana de supervivencia de 38 meses. La supervivencia al año según la afectación ganglionar es: N0:100%, N1: 56,2% y N2:13,6%, mientras que a los 3 años la supervivencia es para los N0 del 62,50% sin haber supervivientes en el resto de los grupos.

Conclusiones: En este subgrupo de pacientes se comprueba una alta tasa de toracotomías exploradoras (25,9%). La alta incidencia (8 casos: 29,6%) de afectación N2, a pesar de la estadificación preoperatoria negativa, nos obliga a ser más exhaustivos en el estudio de extensión locoregional de estos pacientes. Teniendo en cuenta la limitación estadística de este estudio y a la luz de las supervivencias observadas, el tratamiento quirúrgico en este estadio se ha de basar en una selección cuidadosa de los casos.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL BOCIO ENDOTORÁCICO

F. Quero Valenzuela, A. Cueto Ladrón De Guevara, I. Piedra Fernández, S. Sevilla López, C. Bayarri Lara, A. Sánchez-Palencia Ramos, J. Ruiz Zafra y J.C. Penagos Tafurt
Hospital Virgen de las Nieves: Cirugía.

Introducción: La patología endotorácica por crecimiento de la glándula tiroidea pueden provocar sintomatología compresiva local

grave y en ocasiones se requiere un acceso cervical y mediastínico para su resección.

Objetivos: Analizar las variables demográficas, clínicas, quirúrgicas y resultados del tratamiento quirúrgico del bocio endotorácico.

Material y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo de 42 pacientes intervenidos de bocio endotorácico entre los años 1986 y 2006. Analizamos edad y sexo, cirugía tiroidea previa, presentación clínica, pruebas diagnósticas, abordaje y técnica quirúrgica, carácter electivo o urgente, complicaciones y anatomía patológica.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 58,8 años (30-85), 26 mujeres (62%) y 16 hombres (38%) y que representan el 9,4% del total de tumores de mediastino. 7 casos (16,6%) tenían antecedente de cirugía tiroidea previa. La clínica más frecuente fue la disnea, masa cervical palpable, tos irritativa y disfagia. El 17% presentaba hipertirodismo. Se realizó fibrobroncoscopia a 11 pacientes (compresión extrínseca y estenosis moderada en 8 casos y severa en 3). Se realizó cirugía urgente en 3 pacientes, siendo electiva en el resto. La vía de abordaje más frecuente fue la cervicotomía 29 casos (69%), 5 cervico-esternotomía parcial, 1 esternotomía media completa, 4 toracotomía, 1 caso cervico-toracotomía y 2 cervico-esterno-toracotomía. La resección realizada fue tiroidectomía total 5 casos, tiroidectomía subtotal 29 casos, hemitiroidectomía izquierda 4, hemitiroidectomía derecha 4. La complicaciones más frecuentes fueron la hipocalcemia transitoria 10%, parálisis recurrencial unilateral 5% y fibrilación auricular 5%. La anatomía patológica fue benigna 93% (el más frecuente bocio coloide multinodular 88%) y maligna 7% (un caso carcinoma medular y dos carcinoma anaplásico de tiroides). Tamaño medio de la pieza 8,2 cm. rango (4-17). Ausencia de recidiva en la patología benigna entre un periodo de seguimiento mínimo de un año y máximo de 10 años.

Conclusiones: El bocio endotorácico presenta baja prevalencia en nuestro medio, con mayor frecuencia en el sexo femenino de edad media de la vida. En la clínica destacan los síntomas respiratorios derivados de la compresión local. El abordaje quirúrgico más frecuente realizado fue la cervicotomía que permite el acceso al mediastino anterior y superior. Los resultados obtenidos son buenos con un porcentaje de complicaciones aceptable y similar a otras series.

TUMOR CARCINOIDE BRONQUIAL

A. Mariscal de Alba, J.C. Meneses Pardo, C. Marrón Fernández, V. Díaz-Hellín Gude, J.A. Pérez Antón, E. Larrú Cabrero y J.L. Martín de Nicolás

H.U. 12 de Octubre: Cirugía Torácica.

Introducción: Los carcinoides bronquiales son tumores malignos poco frecuentes que característicamente involucran lesiones endobronquiales. Objetivo: describir características clínicas y quirúrgicas del tumor carcinoide bronquial.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de casos de tumores carcinoides bronquiales intervenidos quirúrgicamente entre diciembre de 1999 y octubre del 2007 en el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

Resultados: Se revisan un total de 32 pacientes de los cuáles 17 eran varones (53%) y 15 eran mujeres (47%). La edad media de los pacientes fue de 55 años (rango de 18-73). Eran no fumadores 62%, ex fumadores 19% y fumadores 19%. Presentaban alguna comorbilidad 50% (8 HTA y 4 DM) no encontramos relación con las complicaciones. En el 44% de los casos fue un hallazgo en la radiografía de tórax; 56% de los pacientes presentaban algún tipo de clínica: 31% síntomas de infección respiratoria (fiebre y tos o neumonía) y el 19% hemoptisis. Un paciente presentaba síndrome carcinoide y 2 (0,6%) pacientes síndrome de Cushing. El 0,9% habían sido diagnosticados de asma. Previo a la cirugía se les realizó a todos los pacientes fibrobroncoscopia encontrándose lesión endobronquial en el 69% de los casos, no encontrando relación entre la lesión endobronquial y los síntomas. La BTB fue diagnóstica en el 84% de los pacientes. Se realizó lobectomía en el 50%, bilobectomía en 25%, neumonectomía 0,9%, segmentectomía 0,9%, broncotomía y broncoplastia 12,5%, 1 reimplante bronquial. El tipo de ci-

rugía no se relacionó con la estancia post operatoria ni con las complicaciones. En la anatomía patológica uno de los casos fue diagnosticado como atípico siendo el resto típicos. Un paciente tenía metástasis ganglionares (carcinoma atípico). No encontramos casos de metástasis a distancia. La estancia media fue de 6-7 días. Presentaron algún tipo de complicación posquirúrgica 13 pacientes: persistencia de la fuga aérea 5, atelectasia 3, quilotorax 1 que se resolvió con dieta y octeótride y empiema por *S. aureus* 1.

Conclusiones: Los carcinoides atípicos son menos frecuentes y se relacionan más con metástasis ganglionares. Un alto porcentaje se diagnostican como hallazgo en la radiografía de tórax aunque la mayoría debutan con clínica respiratoria. La BTB es diagnóstica en la mayoría de los casos. El síndrome carcinoide es poco frecuente. La resección quirúrgica es el tratamiento de elección y es posible realizar resecciones con conservación de parénquima.

UBICACIÓN RURAL O URBANA. ¿FACTOR PRONÓSTICO EN CUANTO A SUPERVIVENCIA EN PACIENTES CON CARCINOMA BRONCOGÉNICO?

P. Benavides Mañas, A. López Encuentra, R. Moreno Zabaleta, M. Aguilar Pérez, A. Ochoa Ruiz, S. Salgado Aranda

Hospital Universitario 12 de Octubre: Servicio de Neumología.

Introducción: Se ha demostrado en análisis multivariable que la ubicación rural de la vivienda se asocia a un peor pronóstico en cuanto a supervivencia en pacientes diagnosticados y tratados de Carcinoma Broncoagénico (CB).

Objetivos: Conocer, en pacientes diagnosticados de CB, si existen diferencias en cuanto a supervivencia según la localización de su vivienda habitual, rural o urbana.

Población y métodos: Se estudió de forma retrospectiva una serie consecutiva de pacientes diagnosticados o tratados de CB en nuestro Hospital - Área de Salud desde enero de 1999 hasta diciembre de 2003. De los 1.291 pacientes atendidos se seleccionó a los pacientes que presentaron una extensión tumoral local o regional, y a los que tenían su domicilio habitual en zonas rurales o urbanas (basándonos en su dirección en el momento del diagnóstico). Se realizó un análisis de supervivencia con curvas de Kaplan-Meier y se compararon con el test de log rank.

Resultados: El total de pacientes incluidos fue de 604, con una media de edad de 67 años (DE 10,6), siendo el 89% (536) varones y presentando el 58% (350) una extensión tumoral local; falleció un total de 448 pacientes. Los grupos urbano y rural (con 505 y 99 pacientes, respectivamente) no presentan diferencias en edad, sexo y extensión tumoral (local o regional). La frecuencia en la estirpe escamosa es significativamente diferente: urbano 195 (38,6%); rural 24 (24,2%) ($p = 0,007$). La mediana de supervivencia rural fue de 11,6 meses con una supervivencia a 5 años (S5) del 27% (IC 95%: 17-37), y para la urbana de 14 meses con una S5 del 19% (IC 95%: 15-22). La diferencia en la supervivencia de los dos grupos no fue estadísticamente significativa ($p = 0,52$).

Conclusiones: En nuestra Área de Salud, la ubicación rural de la vivienda no se comporta como un factor negativo en el pronóstico de supervivencia en pacientes diagnosticados y tratados de CB. Existen diferencias entre ambas poblaciones en cuanto a la distribución de la estirpe histológica.

¹Pozet A. Rurality and survival differences in lung cancer: A large population-based multivariate analysis. *Lung Cancer* 2007 (en prensa).

VALOR PRONÓSTICO DE LA EXPRESIÓN DE PROTEÍNAS DE CICLO CELULAR EN TUMORES NEUROENDOCRINOS DEL PULMÓN

J.M. Naranjo Gómez¹, P. García Arranz², J. Ortega Morales¹, M. Hernández Alonso¹, M. Carabajo Carabajo¹, R. Mons Lera¹, S. Naranjo Gozalo¹ y J. Gómez Román²

¹HU Marqués de Valdecilla: Cirugía Torácica; ²Anatomía Patológica.

Introducción: Tumores pulmonares con diferenciación neuroendocrina: carcinoides típicos (TC), carcinoides atípicos (AC), carci-

nomas neuroendocrinos de célula grande (LCNEC), carcinomas de célula pequeña (SCLC). P53, KLF4 y P21 son proteínas centrales de ciclo celular. P53 se activa por aparición de daño en DNA. Induce expresión de p21 y aumento en cantidad de KLF4. P53 interacciona con KLF4, pudiendo así acceder al promotor de p21, lugar al que sólo KLF4 se une. Entonces se induce la actividad de p21: parada en progresión del ciclo celular.

Material y métodos: Estudio de 133 tumores neuroendocrinos intervenidos entre los años 1988 y 2005 : 11 tumorlets, 48 TC, 10 AC, 39 LCNEC, 25 SCLC. Se construyen 4 arrays de tejido con todos los tumores, se tiñen inmunohistoquímicamente y se identifican qué tumores tienen alterada alguna proteína. Telefoneamos a los pacientes para averiguar su supervivencia.

Resultados: P53: normal en tumorlet (100%), TC (100%) y AC (87%). Mutado en LCNEC (75%) y SCLC (58%). KLF4: sobreexpresado en tumorlet (100%), en TC no (72%), en AC no (55%), en LCNEC sí (60%), y en el SCLC sí (100%). P21: sobreexpresado en todos los tumores. En los TC KLF4 tiene valor pronóstico: en los tumores con sobreexpresión (13), 0 tuvo datos de mal pronóstico (metástasis a distancia, enfermedad N1 o N2). En los que no sobreexpresan (34), 7 tuvieron algún dato de mal pronóstico. Influencia en la supervivencia. En los AC también KLF4 tiene valor pronóstico: los pacientes con tumores que sobreexpresan KLF4 (4), 1 murió. Hay otro vivo 8 años después aunque tuvo metástasis hepáticas. Los otros 2 vivos sin problemas. En los tumores sin sobreexpresión (5), 4 murieron por progresión de la enfermedad y 1 está vivo sin problemas. También hubo diferencias en la supervivencia.

Conclusiones: 1. Existe mutación de P53 en la mayoría de los tumores malignos neuroendocrinos de pulmón. 2. La ruta para parar el ciclo celular cuando hay daño en DNA está intacta en Tumorlets pero empieza a fallar en AC. 3. Este fallo tiene importancia en los TC y en los AC, con acúmulo de casos con mal pronóstico y peor supervivencia en tumores que no sobreexpresan KLF4. En los otros tumores no es posible establecer conclusiones ya que son células con muchas alteraciones y todas ellas influyen en el pronóstico.

VALORACIÓN DE LA HEMOPTISIS COMO SÍNTOMA GUÍA EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CÁNCER DE PULMÓN

R. Casitas Mateo, M. García Sánchez, I. Bregón García, A.E. Jiménez Massa, R. García García, M.J. Bernabé Barrios, J.M. González Ruiz y F.P. Gómez Gómez

Hospital Universitario de Salamanca: Neumología.

Introducción: La mayoría de los pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón presentan en el momento del diagnóstico sintomatología, siendo menos del 5% los pacientes que están asintomáticos. Los síntomas más frecuentes son consecuencia de la acción directa del tumor a nivel local. Las estirpes epidermoide y microcítica tienen con mayor frecuencia una localización central pudiendo producir entre otros síntomas hemoptisis.

Material y métodos: Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo y trasversal. Se estudian 375 pacientes vistos en una consulta de diagnóstico rápido de cáncer de pulmón con diagnóstico final positivo para cáncer de pulmón primario, valorando cuántos han presentado hemoptisis como síntoma en algún momento de la evolución de su enfermedad, ya sea como síntoma motivo de consulta o como síntoma acompañante.

Resultados: La muestra consiste en 375 casos positivos para cáncer de pulmón primario. Se obtiene que 119 (31,73%) han presentado hemoptisis. En 42 pacientes (35,3%) este síntoma fue el motivo de alarma que originó la consulta, mientras que 77 pacientes (64,7%) pese a haber presentado hemoptisis en algún momento consultaron por otros motivos. En el momento de la consulta 115 pacientes (96,6%) tenían alteración en la radiografía de tórax compatible con cáncer de pulmón y 4 de ellos (3,4%) no tenían ningún tipo de alteración. Un único paciente presentó un TAC torácico normal. Del total de pacientes con hemoptisis, 90 (75,6%) tenían fibrobroncoscopia patológica, 22 (18,5%) sin alteraciones y en 7 casos no se realizó. Histológicamente obtenemos que 94 pacientes (79%) presentan tumores no microcíticos (60,6% carcinoma

epidermoide, 21,3% adenocarcinoma y 18,1% carcinoma indiferenciado), 16 pacientes (13,4%) presentan tumores microcíticos y 2 pacientes (1,7%) presentan tumor carcinoide; en 7 pacientes no se llegó al diagnóstico histológico.

Conclusiones: 1. Casi un tercio de los pacientes con cáncer de pulmón presentan hemoptisis, siendo el motivo de consulta en un 35,3%. 2. En algún caso la hemoptisis se presenta sin alteración radiológica compatible (tanto en la radiografía simple como en el TAC). 3. Las tres cuartas partes de los pacientes tenían alteración bronquial visible endoscópicamente. 4. La mayoría de los casos corresponden a carcinoma epidermoide.

VALORACIÓN PRONÓSTICA DE LA PRESENCIA DE CÉLULAS TUMORALES EN SANGRE PERIFÉRICA DE PACIENTES INTERVENIDOS DE CÁNCER DE PULMÓN

P. Martínez Martínez¹, S. Nieto Cerón², A. Arroyo Tristán¹, M.J. Roca Calvo¹ y J. Torres Lanzas

¹Hospital Virgen de la Arrixaca: Cirugía Torácica; ²Análisis Clínicos.

Introducción: El desarrollo de metástasis distancia es la principal causa de muerte de los pacientes con cáncer de pulmón (CP). Para predecir y prevenir la diseminación tumoral se están realizando múltiples estudios para detectar células tumorales en sangre o médula ósea. Para determinar la presencia de células neoplásicas en sangre y su valor pronóstico en un grupo de pacientes intervenidos de CP se ha diseñado un estudio prospectivo sobre 100 pacientes con CP no microcítico (CPNM) sin tratamiento neoadyuvante que van a ser tratados mediante resección quirúrgica. Presentamos los resultados preliminares sobre 39 pacientes.

Material y métodos: 36 varones y 3 mujeres, con edades comprendidas entre 45 y 81 años (edad media de 65 años) sometidos a resección quirúrgica. A partir de dos muestras de sangre, extraídas de forma preoperatoria y posteriormente, al año de la cirugía, se obtiene la fracción de células mononucleadas pre y postoperatoria. Para la identificación microscópica de las células tumorales, se emplean anticuerpos anti-citoqueratina marcados con fosfatasa alcalina (Carcinoma Cells Detection kit, Miltenyi Biotech) permitiendo la detección de las citoqueratinas 7, 8, 18 y posiblemente 19.

Resultados: Se han detectado células neoplásicas(células CK+) en sangre periférica de 19 pacientes (48,7%). De los 39 pacientes, 4 habían sido previamente tratados por tumores malignos extrapulmonares (3 de ellos con células positivas). Se ha detectado recidiva de la enfermedad en 8 pacientes durante el primer año, 5 con células tumorales en sangre (tabla a pie de pagina).

Conclusiones: Debemos destacar que se trata de valores provisionales, pendientes de evaluación final, hallándose una distribución similar por estadios y tipos histológicos, con detección de células CK+ en el 48,7% de los pacientes. Hemos detectado variabilidad de resultados según la metodología empleada en el aislamiento de las células neoplásicas. Tras conseguir una metodología adecuada para la detección de las células neoplásicas (aislamiento e identificación), y disponer de una muestra suficiente de pacientes con un seguimiento mínimo de un año, podremos determinar su implicación pronóstica. En la actualidad, se han publicado estudios sobre carcinoma colorrectal, mama y estadios avanzados de CP. Los hallazgos, por el momento, son contradictorios, probablemente debido en parte a problemas metodológicos.

Características del paciente	Pacientes con células citoqueratina+	Pacientes sin células citoqueratina+
Edad		
≤ 65 años	9/20	11/20
> 65 años	10/19	9/19
Tipo histológico		
Adenocarcinoma	4/9	5/9
C. epidermoide	6/12	6/12
C. indiferenciado de células grandes	5/10	5/10
C. bronquioloalveolar	3/7	4/7
Adenoescamoso	1/1	0/1
Estadio		
I	12/23	11/23
II	2/4	2/4
III	3/5	2/5
IV	2/4	2/4
Recidiva tumoral	5/8	3/8