

Supervivencia global a largo plazo en el cáncer de pulmón. Análisis de una serie de 610 pacientes no seleccionados

J. Sánchez de Cos Escuña, C. Disdier Vicente, J. Corral Peñafiel, J.A. Riesco Miranda, M.A. Sojo González y J.F. Masa Jiménez

Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres. España.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Muchos estudios sobre la supervivencia en el cáncer de pulmón se refieren a subgrupos de pacientes seleccionados por diferentes criterios que suelen influir favorablemente en la estimación del pronóstico. El objetivo de este trabajo es conocer la supervivencia global de los pacientes diagnosticados en nuestro medio.

PACIENTES Y MÉTODOS: De 694 pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón en nuestro centro en el período 1991-1998, se incluyó en el estudio a 610 (88%) con datos de supervivencia. Se analizaron la edad, el sexo, la estirpe histológica, estadios, tumor, nódulos, metástasis (TNM), tratamiento aplicado bienio diagnóstico y su relación con la supervivencia.

RESULTADOS: Se incluyó en el estudio a 596 varones y a 14 mujeres, con una mediana de edad de 67 años. En cuanto a la estirpe del cáncer de pulmón, 141 eran microcíticos, 447 no microcíticos y 22 de otra estirpe. Se operó a 118 pacientes (19,3%). El 6,4% de los casos de cáncer de pulmón microcítico y el 40,5% de los no microcíticos recibieron sólo tratamiento sintomático. Éste fue más frecuente en mayores de 70 años (52,5%) y menos habitual durante el último bienio (1997-1998; 19%). La supervivencia a los 5 años del grupo total fue del 7,9% (del 2,8% para los microcíticos y del 9,4% para los no microcíticos). Los mayores de 70 años tuvieron peor supervivencia. Hubo diferencias significativas entre los sucesivos estadios TNM clínico, salvo entre IIIA y IIIB. Los diagnosticados en el período 1997-1998 tuvieron mejor supervivencia (un 40,8% al año y un 11,2% a los 5 años).

CONCLUSIONES: La supervivencia observada, similar a la de otros países europeos, es pobre porque la tasa de resecciones quirúrgicas es baja dado el alto porcentaje de estadios avanzados.

Palabras clave: Cáncer de pulmón. Supervivencia global. Pacientes no seleccionados.

Introducción

El cáncer de pulmón (CP), que es la primera causa de mortalidad por cáncer en varones en el mundo occidental,

Correspondencia: Dr. J. Sánchez de Cos Escuña.
Isla de Hierro, 2, 3.º C. 10001 Cáceres. España.
Correo electrónico: juli1949@separ.es.

Recibido: 4-9-2003; aceptado para su publicación: 3-12-2003.

Overall Long-Term Survival in Lung Cancer Analyzed in 610 Unselected Patients

INTRODUCTION AND OBJECTIVES: Many studies of lung cancer survival are carried out in patients selected for certain features that usually influence prognosis favorably. The objective of this study was to assess the overall survival of unselected patients with a diagnosis of lung cancer in our practice.

PATIENTS AND METHODS: We studied 610 patients for whom survival information was available, a population comprising 88% of the 694 with lung cancer diagnosed in our hospital from 1991 through 1998. The variables analyzed for their correlation with survival were age, sex, histology, tumor-node-metastasis (TNM) stage, treatment, and time of diagnosis (with patients grouped by 2-year periods).

RESULTS: The cases of 596 men and 14 women with a mean age of approximately 67 years were studied. Small cell tumors were found in 141, non-small cell tumors in 447, and other tissue types in 22. Surgical excision was carried out on 118 (19.3%), and treatment was confined to control of symptoms for 6.4% of the patients with small cell tumors and 40.5% of those with non-small cell cancer. Symptomatic treatment alone was more common for patients older than 70 years (52.5%) and less common during the last 2 years of the study period (1997-1998: 19%). Overall 5-year survival was 7.9% (2.8% in small cell cancer and 9.4% in non-small cell cancer). Survival rates were lower in patients over 70 years of age. Significant differences in survival were seen for successive TNM stages, with the exception of IIIA and IIIB. The 1997-1998 period saw better survival rates, at 40.8% after 1 year and 11.2% after 5 years.

CONCLUSIONS: The survival rates in lung cancer patients in our hospital practice are low because the rate of surgical resections is low owing to the high percentage of cases found in advanced stages. Our observations are similar to those reported from other European countries.

Key words: Lung cancer. Overall survival. Unselected patients.

provocó en nuestro país, durante el año 2000, el 8,16% de todos los fallecimientos en los varones y el 1,1% de los del sexo femenino¹. Las previsiones para los próximos 20 años, en la población mundial en general², así como en nuestro país, son de un aumento de la mortalidad por CP, dado el probable aumento de incidencia en mujeres^{3,4}. Estas previsiones se deben tanto al probable aumento de la incidencia como al ominoso pronóstico que aún tiene en general dicha enfermedad.

Con respecto al pronóstico del CP, se conocen desde hace años datos fiables y precisos sobre la supervivencia en los casos operados, tanto de las poblaciones norteamericana y japonesa como, más recientemente, y gracias a los estudios del grupo GCCB-SEPAR, de la población española⁵. Sin embargo, los pacientes sometidos a cirugía representan sólo una pequeña proporción del total de casos y su pronóstico, mucho más favorable, no es representativo del de la enfermedad en general.

Las publicaciones sobre supervivencia global del CP muestran notables diferencias, incluso entre países europeos de situación socioeconómica muy similar⁶, que podrían deberse en parte a diferencias en los criterios de inclusión. En nuestro país, son escasos los estudios de supervivencia a largo plazo en series amplias de casos, y los pocos publicados no suelen detallar las características ni los criterios de inclusión de pacientes⁷.

El objetivo de este estudio ha sido conocer la supervivencia a corto y largo plazo de los pacientes diagnosticados de CP en nuestro centro en el período 1991-1998.

Pacientes y métodos

Se trata de un estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados y tratados en nuestro servicio desde 1991 hasta 1998, ambos inclusive, aunque muchos de los pacientes incluidos han participado en estudios prospectivos de otra naturaleza. Se ha excluido a los diagnosticados con posterioridad a dicha fecha para poder disponer en todos de un período de seguimiento suficientemente amplio. El tiempo de seguimiento mínimo ha sido de 54 meses, y se ha seguido al 94% de los pacientes durante más de 60 meses.

Nuestro centro tenía adscrita, durante el período indicado, una población de 188.431 habitantes, predominantemente rural y de escasa movilidad geográfica. En nuestra Sección de Neumología se diagnostica, trata y sigue a los pacientes con CP. Los candidatos a cirugía fueron remitidos e intervenidos en otros centros al carecer nuestro hospital de esa especialidad quirúrgica.

Para este trabajo, se han revisado los informes e historias de los pacientes diagnosticados durante dicho período (1991-1998). Se han recogido los siguientes datos de cada paciente:

- Fecha de diagnóstico, lugar de procedencia, edad y sexo.
- Estirpe histológica. Aunque en los pacientes operados se pudo conocer la estirpe mediante biopsia de la pieza reseca, en la mayoría de los casos el diagnóstico se estableció mediante biopsia bronquial y/o cepillado y/o broncoaspirado obtenidos a través de fibrobroncoscopia, de modo que en algunos casos sólo se dispuso de muestra citológica. Se ha incluido también a otros, aunque en mínima proporción (tabla I), en los que, pese a la realización de pruebas, no se obtuvo confirmación microscópica del diagnóstico. En éstos, el resto del estudio permitía descartar razonablemente un diagnóstico alternativo.
- Estadio tumor, nódulos, metástasis (TNM) (clasificación de 1997, adoptada por la SEPAR⁸). Se clasificó a los pacientes mediante procedimientos clínicos (TNM clínico), aunque en los operados también se dispuso de TNM quirúrgicopatológico (véase apartado "Resultados"). Para la estirpe microcítica se usó la clasificación habitual en 2 grupos: a) enfermedad limitada, cuando las lesiones estaban circunscritas a un hemitórax incluyendo ganglios mediastínicos ipso y contralaterales, y b) enfermedad extendida, si las lesiones excedían los mencionados límites. La mayoría de los pacientes disponían

TABLA I
Características de los pacientes

Sexo	
Varones	596
Mujeres	14
Edad (años)	
Media (rango)	65,2 (35-91)
Mediana	67
< 40	8
40-49	37
50-59	113
60-69	229
70-79	198
> 80	25
Estirpe histológica [n (%)]	
Microcítico	141 (23,1)
No microcítico	447 (73,3)
Epidermoide	245 (40,7)
Adenocarcinoma	116 (19,0)
Bronquioloalveolar	2 (0,3)
Mucoepidermoide	2 (0,3)
Indiferenciado de células grandes	
y/o no microcítico	82 (13,4)
No tipificado	18 (3,0)
No confirmado	4 (0,7)

de tomografía computarizada toracoabdominal, salvo algunos (clasificados como no estadificados) cuya situación clínica no permitió un estudio adecuado. Entre los pacientes en estadios IIIA y IIIB no operados, a menudo se pudo confirmar el estadio N₂ por métodos citohistológicos (punción transtraqueal y/o mediastinoscopia). La presencia de metástasis a distancia se estableció mediante métodos de imagen, salvo en 10 casos con metástasis cutáneas y/o hepáticas, que se diagnosticaron por métodos clínicos.

- Tipo de tratamiento aplicado. Se clasifica en los siguientes grupos generales: a) cirugía, con o sin quimioterapia y/o radioterapia asociadas y con o sin quimioterapia durante la recidiva; b) quimioterapia aislada; c) radioterapia aislada; d) quimioterapia y radioterapia combinadas, y e) tratamiento exclusivamente sintomático.

- Fecha de fallecimiento. Cuando no se pudo conocer directamente mediante el seguimiento del paciente, se estableció contacto con los familiares o con el registro civil de la localidad de residencia. El tiempo de supervivencia se calculó desde el inicio del tratamiento, salvo cuando no se aplicó ninguno, en cuyo caso se contabilizó desde la fecha de diagnóstico.

- Otros aspectos de relevancia pronóstica, como grado ECOG pérdida de peso, datos analíticos, etc., que sólo estaban registrados en subgrupos de pacientes, no se han analizado en este estudio.

Para la comparación de las curvas de supervivencia, elaboradas por el método de Kaplan-Meier, se usó la prueba de rangos logarítmicos, si bien la presentación de las gráficas se ha simplificado y muestra (Eastern Cooperative Oncology Group), sólo los porcentajes de supervivencia de año en año. Para la comparación de porcentajes, se ha utilizado la prueba de la χ^2 .

Resultados

Durante el período de estudio (1991-1998) se diagnosticó de CP a 694 pacientes. En 84 no se pudo conocer la supervivencia, de modo que se analiza sólo a los 610 (88% del total) en los que se dispuso de dicho dato. Las características de éstos se exponen en la tabla I.

Con respecto a la clasificación según estirpe, puesto que en muchos casos sólo se obtuvo muestra citológica, de poca fiabilidad para la tipificación, se han agrupado conjuntamente los diagnosticados como indiferenciados

TABLA II
Clasificación según estadio

Total de casos	Número (%)	
Microcítico		
Enfermedad limitada	54	(38,3)
Enfermedad extendida	82	(58,2)
Sin estadificar	5	(3,5)
No microcítico y otros ^a (TNMc)		
Estadios I y II	123	(26,2)
Estadio IIIA	41	(8,7)
Estadio IIIB	127	(27,8)
Inferior al estadio IV (sin precisar)	9	(1,9)
Estadio IV	106	(22,6)
Sin estadificar	53	(11,3)
Carcinomas no microcíticos operados	TNMc [n (%)]	TNMqp [n (%)]
Estadios I y II	97 (82,9)	86 (73,5)
Estadio III A	9 (7,7)	22 (18,8)
Estadio IIIB	2 (1,7)	8 (6,8)
Inferior al estadio IV (sin precisar)	9 (7,7)	—
Estadio IV	—	1 (0,4)

TNM: tumor, nódulos, metástasis. TNMc: TNM por procedimientos clínicos; TNM_{qp}: TNM quirurgicopatológico.

^aOtros son los no tipificados o sin confirmar.

TABLA III
Distribución según tratamiento aplicado

	Número (%)
Microcítico (n = 141)	
Cirugía ^a	1 (0,7)
Sólo quimioterapia	104 (73,8)
Quimioterapia y radioterapia	27 (19,1)
Tratamiento sintomático	9 (6,4)
No microcítico y otros ^b (n = 469)	
Cirugía ^a	117 (24,9)
Sólo quimioterapia	97 (20,7)
Quimioterapia y radioterapia	43 (9,2)
Sólo radioterapia	22 (4,7)
Tratamiento sintomático	190 (40,5)

^aAdemás de cirugía, 12 recibieron quimioterapia antes y/o después de la cirugía, a 10 se les administró radioterapia postoperatoria y a 18 se les aplicó quimioterapia en la recidiva; ^bOtros: no tipificados o sin confirmar.

de células grandes con los no microcíticos (sin mayor especificación). La estadificación se recoge en la tabla II, por un lado para los microcíticos, y por otro para los no microcíticos. También se presenta por separado, para los operados, la distribución según TNM clínico y según TNM quirurgicopatológico. En 9 de los sometidos a cirugía no se había evaluado con precisión el TNM por procedimientos clínicos, si bien se consideró que se hallaban en estadios inferiores al IV.

En la tabla III se describe la clase de tratamiento aplicado. Entre los sometidos a cirugía, como puede verse, algunos pacientes recibieron, además, otras modalidades terapéuticas (quimioterapia neoadyuvante y/o adyuvante, radioterapia postoperatoria y/o quimioterapia durante la recidiva).

La distribución según grupos de edad y según el bienio del diagnóstico, así como su relación con el grado de extensión (porcentaje de estadios más tempranos: TNM I y II para los no microcíticos, y enfermedad limitada para los microcíticos) y la proporción de no estadificados, se presenta en la tabla IV. En los de mayor edad hubo mayor porcentaje de pacientes no estadificados (p < 0,001).

En la tabla V se muestra el tipo de tratamiento aplicado según grupos de edad y bienio diagnóstico. Entre los más ancianos, hubo mayor proporción de tratamientos exclusivamente sintomáticos (p < 0,001). En relación con el tiempo del diagnóstico, esta opción terapéutica fue más infrecuente durante el último bienio (p < 0,001).

En cuanto a la tendencia temporal de los tratamientos aplicados, durante el último bienio (1997-1998) hubo un menor porcentaje de pacientes que recibieron sólo tratamiento paliativo (p < 0,001).

En la figura 1 se muestra la proporción de supervivientes del total de casos al cabo de uno, 2, 3, 4 y 5 años. Al clasificar a los pacientes en 3 grupos de edad (menores de 50 años, de 50 a 69 y con 70 años o más), se observó una menor supervivencia en los más ancianos (p < 0,001; fig. 2).

Con respecto a la estirpe, si se consideran sólo 2 grandes grupos, a saber, carcinoma microcítico (CPM) y no microcítico (CPNM), la supervivencia fue superior para estos últimos (el 9,4 frente al 2,8% a los 5 años; p < 0,05; fig. 3). En la figura 4 se muestra la supervivencia de los casos de CPNM, clasificados según el estadio

TABLA IV
Grado de extensión (TNM [tumor, nódulo, metástasis] clínico y enfermedad limitada [EL]/extendida) según grupos de edad y estirpe y según bienio diagnóstico y estirpe

	No microcítico u otros ^a (% de estadios I y II) ^b	Microcítico (% de EL) ^c	Total (% de no estadificados)
Grupos de edad			
< 50 años	8 (23,5%)	1 (9,1%)	4 (8,9%)
50-69 años	78 (30,0%)	33 (40,2%)	19 (5,6%)
≥ 70 años	37 (21,1%)	20 (41,7%)	36 (16,1%) ^d
Bienio diagnóstico			
1991-1992	25 (22,7%)	13 (35,1%)	13 (8,8%)
1993-1994	23 (34,8%)	14 (36,8%)	9 (8,6%)
1995-1996	38 (26,9%)	18 (46,1%)	25 (13,9%)
1997-1998	37 (24,3%)	9 (33,3%)	12 (6,7%)

EL: enfermedad limitada.

^aOtros: no tipificados o no confirmados. ^bPorcentaje sobre el total de pacientes con carcinoma no microcítico. ^cPorcentaje sobre el total de pacientes con carcinoma microcítico. ^dp < 0,001.

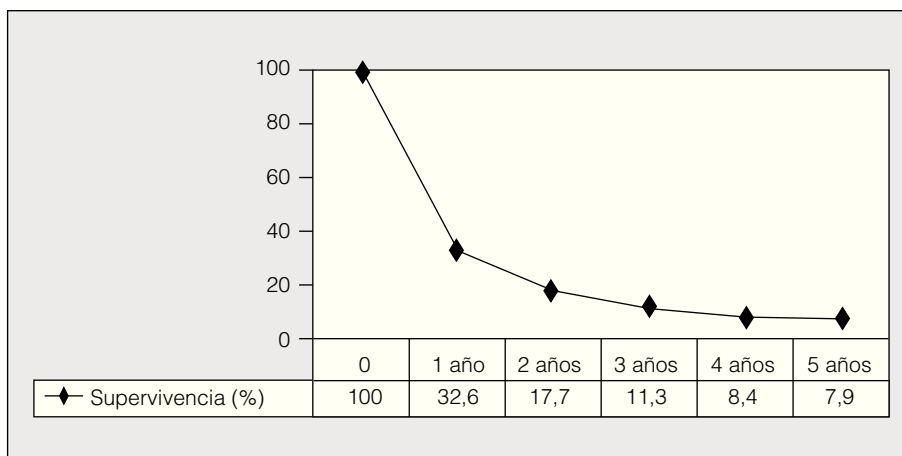


Fig. 1. Supervivencia global de todos los pacientes.

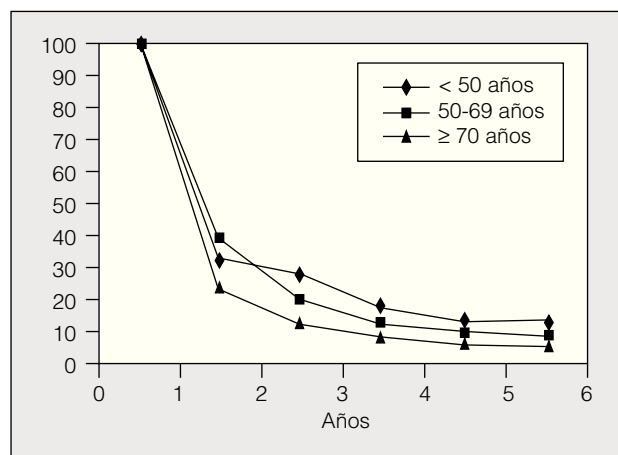


Fig. 2. Supervivencia según grupos de edad (p global $< 0,0005$; entre grupo 2 [50-69 años] y grupo 3 [≥ 70 años], $p < 0,001$).

TNM. Se reúnen en un solo grupo los estadios I y II, y se incluye un grupo de "no estadificados" que, como puede verse, tiene el peor pronóstico. Todas las comparaciones estadísticas entre cada grupo y el siguiente mostraron diferencias muy significativas, salvo las correspondientes a los grupos IIIA y IIIB.

TABLA V
Tratamiento aplicado según grupos de edad y según bienio del diagnóstico

	Cirugía ^a	QT y/o RT	Sintomático ^b
Según edad			
< 50 años	11 (24,4)	28 (63,8)	6 (13,3)
50-69 años	76 (22,2)	190 (55,5)	76 (22,2)
≥ 70 años	31 (13,9)	75 (33,6)	117 (52,5) ^c
Según bienio diagnóstico			
1991-1992	23 (15,8)	58 (39,7)	65 (44,5)
1993-1994	13 (12,4)	52 (49,5)	40 (38,1)
1995-1996	38 (21,1)	82 (45,5)	60 (33,3)
1997-1998	44 (24,6)	101 (56,4)	34 (19,0) ^c

QT: quimioterapia; RT: radioterapia. ^aCirugía con o sin QT y/o RT. ^bTratamiento exclusivamente sintomático. ^c $p < 0,001$

Por último, en cuanto a la tendencia evolutiva de la supervivencia global a lo largo del período analizado (1991-1998), se clasificó a los pacientes en 4 grupos según bienio diagnóstico (fig. 5). Se observó que los diagnosticados durante el último bienio (1997-1998) presentaron mayor supervivencia, especialmente destacable al final del primer año (el 40,8 frente al 28,8, el 27,6 y el 28,8% en los 3 bienios anteriores), aunque la ventaja se mantuvo también a los 5 años (un 11,2% en 1997-1998 frente al 7,5, el 5,7 y el 6,1% en los bienios previos; $p < 0,01$).

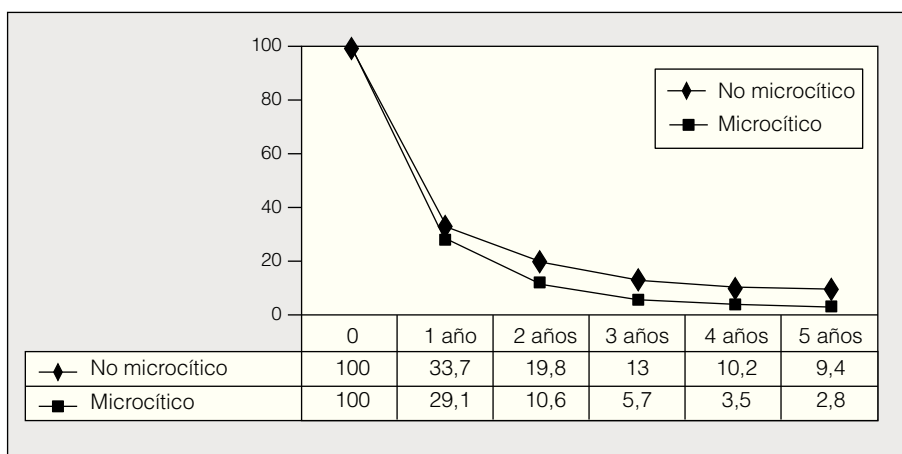


Fig. 3. Supervivencia según estirpe ($p < 0,05$).

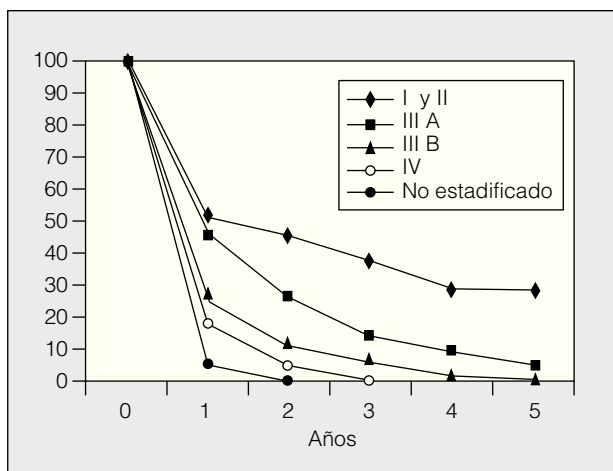


Fig. 4. Carcinoma no microcítico. Supervivencia según el estadio tumor, nódulos, metástasis (TNM) (p global < 0,00001; entre I + II y IIIA, p < 0,0001; entre IIIA y IIIB, p no significativa; entre IIIB y IV, p < 0,0001; entre IV y no estadificados, p < 0,001).

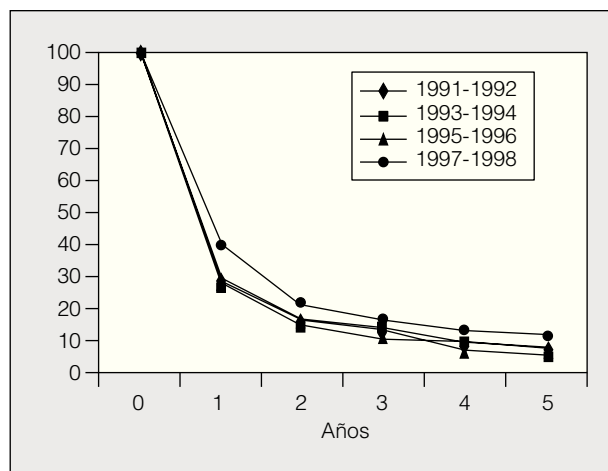


Fig. 5. Supervivencia según año de diagnóstico (p global = 0,06; entre 1991-1996 y 1997-1998, p < 0,01).

Discusión

El pronóstico de un paciente con CP es muy variable dependiendo de circunstancias diversas, pero la supervivencia en general es todavía muy pobre aunque diferente según el tipo de estudio y la zona geográfica. En Estados Unidos, donde se dispone de registros epidemiológicos con seguimiento de la mayoría de casos, la supervivencia global a los 5 años, en los diagnosticados entre 1985 y 1995, fue del 11% en los varones y del 15% en las mujeres⁹. En países europeos, el grupo de trabajo EURO-CARE observó diferencias notables: en los varones diagnosticados entre 1985 y 1989, los peores porcentajes de supervivencia (6%) se observaron en países como Polonia, Escocia o Dinamarca; por el contrario, en Holanda, Francia, España y Eslovaquia dicho porcentaje fue del 12%⁶. En las mujeres, las cifras de supervivencia fueron en general ligeramente superiores. En dicho estudio, algunos países incluían a toda su población, y otros, sólo al 20%. Es posible que tales discrepancias se deban a diferencias en los métodos de inclusión de casos.

Más recientemente, se ha observado en Escocia una supervivencia a los 3 años del 7%^{10,11}. Los autores de este estudio y un comentario de los editorialistas destacan la importancia de la implicación temprana de un neumólogo en el tratamiento de los pacientes con CP, ya que ello supone una mayor probabilidad de obtener la confirmación citohistológica de la enfermedad, una estadificación más precisa y mayores probabilidades de supervivencia¹⁰⁻¹².

En este trabajo hemos pretendido conocer la supervivencia de una serie amplia y no seleccionada de pacientes que consideramos bastante representativa de los casos de CP en nuestra región, si bien los casos perdidos (12%) y no incluidos en el análisis podrían haber contribuido a alterar el porcentaje de supervivencia obtenido. No hemos podido disponer de datos suficientes para saber si hubo entre ellos un mayor porcentaje de casos más avanzados o con mayor comorbilidad, aunque cabe suponer que así fue.

La supervivencia global a los 5 años que hemos registrado (7,9%), aunque ha de considerarse pobre, está dentro del rango observado en otros países europeos, como se expone más arriba. Los CPM tuvieron claramente peor pronóstico que los CPNM (un 2,8 y un 9,4%, respectivamente), lo que sin duda se relaciona con las grandes diferencias en cuanto a posibilidades quirúrgicas de ambos grupos (el 0,6 y el 24,9%, respectivamente; tabla III). En un trabajo realizado en Asturias¹² a partir del Registro Poblacional de Tumores, los porcentajes de supervivencia respectivos para ambas estirpes fueron del 6,4 y el 11,2%; la mayor supervivencia de los CPM de esta serie, en comparación con la nuestra, tal vez se deba a la diferente proporción de estadios inferiores al IV (clasificables en su mayoría como enfermedad limitada), si bien el hecho de tratarse de un estudio poblacional con participación de muchos centros y que se excluyera, por falta de datos, a un 25,7% de los registrados hace difícil la comparación. En otro trabajo, también a partir del Registro de Tumores realizado en Guipúzcoa⁷, se refiere una supervivencia global del 12,5%, aunque en esta publicación, centrada principalmente en aspectos de incidencia e histológicos, no se describen el tipo de tratamiento, el seguimiento ni el número de casos incluidos en el análisis de supervivencia. En otra serie de ámbito hospitalario de la provincia de Castellón, compuesta por 118 casos diagnosticados entre 1993 y 1997, Miravet et al¹³ describen una supervivencia global del 7,6%, que coincide muy aproximadamente con nuestros resultados.

Aunque el tratamiento médico del CP ha experimentado algunos pequeños avances, todavía la supervivencia a largo plazo depende muy estrechamente de la proporción de pacientes susceptibles de someterse a una intervención quirúrgica en la que se realice una resección completa. En los resultados comunicados en diferentes regiones también se aprecian notables diferencias en el porcentaje de operados, si bien cabe suponer que en este aspecto aún puede ser mayor el sesgo debido a los criterios de inclusión, ya que el total de pacientes que forman

el denominador depende de circunstancias múltiples, como área geográfica, tipo de población, características del centro de estudio, etc., que no siempre se explicitan en las publicaciones. De todos modos, en Estados Unidos, según el Registro Nacional del Cáncer, ese porcentaje se mantuvo en el 27% desde 1985 hasta 1995⁹, cifra claramente superior a la observada en países europeos, donde la tasa de intervenciones ha variado desde el 10,7% en Escocia (año 1995)¹⁰ hasta el 20% en Finlandia (1990-1992)¹⁴. En algunos trabajos españoles recientes que han intentado abarcar series de casos no seleccionados, se han referido tasas de intervención del 19,5% con respecto a los CPNM (Asturias¹⁵), del 23% para el total de casos en otro estudio de Castellón¹³ o del 17% (incluyendo tratamientos neoadyuvantes) en La Coruña¹⁶. A este respecto, las tasa en nuestro centro (el 19,3% para el total de casos y un 24,9% si se refiere sólo a los CPNM), aunque muy similar a la de otras provincias españolas y superior a la de algunos países europeos, sigue estando por debajo de lo deseable. Aumentar esa proporción debe ser uno de los objetivos prioritarios si se pretende mejorar el pronóstico global del CP.

Además de la cirugía, asociada o no a tratamientos adyuvantes, muchos enfermos recibieron tratamiento con quimioterapia, radioterapia o ambas (tabla III), aunque el 32,6% de todos nuestros pacientes se consideró subsidiario de medicación exclusivamente paliativa (el 6,4% de los casos con CPM y un 40,5% de los CPNM). En otras publicaciones españolas de ámbito hospitalario se refieren porcentajes similares^{14,16}, e incluso más elevados cuando se trata de registros poblacionales, como el de Asturias, de 1992, donde el 49,4% de los CPNM y el 23,5% de los CPM sólo recibió tratamiento paliativo¹². En Escocia, el 43,2% de los diagnosticados durante 1995¹⁰ no recibió ningún tratamiento activo o radical. Estos datos difieren sensiblemente del 19% referido en Estados Unidos también durante el año 1995⁹. Conviene señalar que justamente a partir de dicho año, en que se publicó un extenso y detallado metaanálisis cuyas conclusiones favorecían el uso de la quimioterapia¹⁷, se produjo en Europa un cambio hacia una actitud más activa en el tratamiento médico del CP, especialmente en la estirpe CPNM. Dado que el efecto de estos tratamientos sobre la supervivencia es muy modesto en términos generales, cabe esperar un aumento discreto del porcentaje de supervivientes a corto plazo (uno o 2 años). Al analizar la tendencia evolutiva de nuestros casos a lo largo de los 8 años del estudio, pudimos observar que en los diagnosticados durante el último bienio (1997-1998) se registró una supervivencia mayor, especialmente destacable a los 12 meses, del 40,8%, frente al 29% aproximadamente en los 3 bienios anteriores (figura 5). Esta leve, aunque significativa, mejora se correspondió con una más frecuente aplicación de tratamientos activos.

En lo que respecta a la edad del diagnóstico, previamente habíamos señalado una tendencia al aumento de la edad en los pacientes diagnosticados de CP^{3,4}, tendencia que previsiblemente continuará en el futuro y que es paralela al progresivo envejecimiento de la población española. En el presente estudio, hemos obser-

vado que los más ancianos (mayores de 70 años) son diagnosticados en estadios más tempranos más a menudo que los jóvenes, sobre todo en la estirpe CPM. Pese a ello, recibieron con menor frecuencia modalidades terapéuticas con intención radical, hecho que probablemente debemos atribuir no sólo a la edad *per se*, sino a la mucho más frecuente y grave comorbilidad que presentan los ancianos, aunque esta comorbilidad no ha podido analizarse en este trabajo. Dado que el CP suele ser la causa de muerte en quienes lo padecen, la menor supervivencia de los ancianos tal vez sea consecuencia, además de otras circunstancias, de la actitud terapéutica más conservadora. A este respecto, en un trabajo previo en el que analizamos la supervivencia de enfermos con CPM según la edad, prácticamente todos tratados con quimioterapia, la peor supervivencia correspondió al grupo de los más jóvenes (menores de 50 años)¹⁸.

También hemos analizado en los CPNM el estadio TNM y su relación con la supervivencia global (fig. 4). Pese a las obvias limitaciones de los procedimientos de estadificación (TNM clínico) y a que se trata de una serie general en la que se mezclan casos quirúrgicos y no quirúrgicos, la extensión anatómica mantiene una elevada capacidad discriminativa para la predicción de la supervivencia global. Otros autores que utilizaron también el TNM clínico en una serie de casos no sometidos a ningún tratamiento pudieron comprobar asimismo su poder pronóstico¹⁹. Como sucede en cualquier trabajo que pretenda abarcar a todos los pacientes, nosotros también tuvimos que incluir a un grupo del que no se disponía de pruebas suficientes para una estadificación mínimamente aceptable. No es sorprendente que estos enfermos no estadificados (tabla I) tuvieran una supervivencia aún peor que los clasificados como estadio IV (figura 4), ya que por lo general se trata de pacientes con edad muy avanzada, mal estado general y grave comorbilidad.

En conclusión, la supervivencia global del CP sigue siendo muy baja a largo plazo, pese a los pequeños avances que pueden haberse registrado a corto plazo con el uso más generalizado de la quimioterapia y la radioterapia. Sería muy conveniente, a nuestro juicio, aumentar el grado de sospecha diagnóstica en todo fumador por parte de los médicos de cabecera, para poder detectar más casos en estadios tempranos e incrementar así la tasa de operaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística. Fallecimientos en España por todas las causas (año 2003). Disponible en: www.ine.es
2. Murray CJL, López AD. Mortalidad según la causa en ocho regiones del mundo. Global Burden of Disease Study. *Lancet* (ed. esp.) 1997;31:153-61.
3. Sánchez de Cos J, Palomo L, Masa JF, Disdiar C, Sojo MA, Hernández Valle M. Incidencia de carcinoma broncopulmonar en la provincia de Cáceres (1986-95). *Gac Sanit* 1997;11:43-4.
4. Sánchez de Cos J, Riesco Miranda JA, Antón Martínez J, Díaz Santamaría P, Márquez Pérez L, Medina Gallardo JF, et al. Incidencia de carcinoma broncopulmonar en Extremadura durante el año 1998. *Arch Bronconeumol* 2000;36:381-4.
5. López Encuentra A, Bülzebruck H, Feinstein AR, Motta G, Mountain CF, Naruke T, et al. Tumor staging and classification in lung cancer. Summary of the International Symposium (Madrid, Spain, 3-4 December, 1999). *Lung Cancer* 2000;29:79-83.

SÁNCHEZ DE COS ESCUAÍN J, ET AL. SUPERVIVENCIA GLOBAL A LARGO PLAZO EN EL CÁNCER DE PULMÓN.
ANÁLISIS DE UNA SERIE DE 610 PACIENTES NO SELECCIONADOS

6. Janssen-Heijnen MLG, Gatta G, Forman D, Capocaccia R, Coebergh JWW and the EUROCARE Working Group. Variation in survival of patients with Lung Cancer in Europe, 1985-1989. *Eur J Cancer* 1998;34:2191-6.
7. Rezola Solaun R, Sanzo Ollakarizketa JM. Incidencia, tendencia y supervivencia del cáncer de pulmón, por tipo histológico, en Guipúzcoa (1983-1992). *Rev Clin Esp* 1999;199:208-14.
8. Grupo de Trabajo de la SEPAR. Normativa actualizada (1998) sobre diagnóstico y estadificación del carcinoma broncogénico. *Arch Bronconeumol* 1998;34:437-52.
9. Fry WA, Phillips JL, Menck HR. Ten-year survey of lung cancer treatment and survival in hospitals in the United States. *Cancer* 1999;86:1867-76.
10. Gregor A, Thomson CS, Brewster DH, Stroner PL, Davidson J, Fergusson R, et al. Management and survival of patients with lung cancer in Scotland diagnosed in 1995: results of a national population based study. *Thorax* 2001;56:212-7.
11. Fergusson RJ, Thomson CS, Brewster DH, Brown PH, Milroy R. Lung cancer: the importance of seeing a respiratory physician. *Eur Respir J* 2003;21:606-10.
12. Field JK, Brambilla C. Major conceptual change required to improve lung cancer: see a respiratory physician. *Eur Respir J* 2003;21:565-6.
13. Miravet L, Peláez S, Paradís A, Arnal M, Cabadés F. Estudio epidemiológico del cáncer de pulmón en el norte de la provincia de Castellón. *Arch Bronconeumol* 2001;37:298-301.
14. Mäkitaro R, Pääkkö P, Huhti E, Bloigu R, Kinnula VL. An epidemiological study of lung cancer: history and histological types in a general population in Northern Finland. *Eur Respir J* 1999;13:436-40.
15. Morote Gómez MP, Álvarez Riego JA, Quirós García JR. Supervivencia del cáncer de pulmón en Asturias. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, 2001.
16. Montero C, Rosales M, Otero I, Blanco M, Rodríguez G, Peterga S, et al. Cáncer de pulmón en el Área Sanitaria de A Coruña: incidencia, abordaje clínico y supervivencia. *Arch Bronconeumol* 2003;39:209-16.
17. Non-Small Cell Lung Cancer Collaborative Group. Chemotherapy in non-small cell lung cancer. A meta-analysis using updated data on individual patients from 52 randomised trials. *BMJ* 1995; 311:899-909.
18. López Parra S, Sánchez de Cos Escuin J, Fernández Rodríguez A, Sojo González MA, Hernández Valle M, Disdier Vicente C. Influencia pronóstica de la edad en el carcinoma microcítico de pulmón. *Arch Bronconeumol* 1996;32(Supl);71.
19. Vrdoljak E, Kornelija M, Sapunar D, Rozga A, Marusic M. Survival analysis of untreated patients with non-small-cell lung cancer. *Chest* 1994;106:1797-800.