

Abandono del tabaquismo: un componente esencial en el tratamiento del paciente con cáncer de pulmón

Smoking Cessation: An Essential Component in the Treatment of Lung Cancer Patients

Sr. Director:

La permanencia en el consumo de tabaco ha sido documentada en pacientes con cáncer. En algunos estudios, entre el 40 y el 60% de los pacientes con cáncer de pulmón continúan fumando después del diagnóstico, y en otros estudios de pacientes con cáncer que abandonan el hábito la recaída es frecuente. La continuidad en el consumo de tabaco en pacientes con cáncer puede reducir la supervivencia, incrementar el riesgo de la aparición de un segundo tumor primario y disminuir la efectividad del tratamiento médico, así como una pérdida en la calidad de vida¹⁻³. En consecuencia, cada vez se está fortaleciendo más el reconocimiento de integrar el tratamiento del tabaquismo dentro del contexto oncológico.

Desafortunadamente, existen muy pocos estudios en la literatura en los que se investigue el tratamiento del tabaquismo en pacientes con cáncer de pulmón, en la mayoría de los casos con un insuficiente número de participantes y con ausencia de validación fisiológica de la manifestación verbal de abstinencia (medición del CO [monóxido de carbono]) en el aire espirado. A pesar de que existe cada vez más evidencia de que el abandono del tabaquismo después del diagnóstico de cáncer de pulmón va unido a una mayor eficacia en el tratamiento y a un mejor pronóstico de la enfermedad, prevalece de modo erróneo la creencia de que el tratamiento de la dependencia a la nicotina no es útil en este grupo de pacientes⁴.

Las tasas de supervivencia del cáncer de pulmón están mejorando cada año, y actualmente las expectativas de supervivencia a 5 años para el cáncer de pulmón no de células pequeñas es del 60-75% para el estadio I y del 36-60% para el estadio II. Los nuevos agentes anticancerígenos tienen el potencial de incrementar la supervivencia en los pacientes con cáncer de pulmón⁵.

En el pasado, el tratamiento del tabaquismo no fue considerado como un factor importante en el paciente con cáncer, a pesar de los nuevos tratamientos anticancerígenos existentes que conseguían una mayor supervivencia. Hoy día existe una notable necesidad de esclarecer el papel del abandono del tabaco en el seguimiento del paciente con cáncer de pulmón.

Se ha constatado que la cesación tabáquica en este tipo de pacientes tiene efectos positivos muy significativos, como la disminución del riesgo de la enfermedad, el aumento del tiempo de supervivencia, la disminución de las complicaciones quirúrgicas y del postoperatorio, la reducción de las complicaciones de la radioterapia, una mayor tolerancia y resistencia al ejercicio y una mejora significativa de la calidad de vida, incrementando los niveles de actividad y de movilidad⁴. El abandono del tabaco también reduce el riesgo de aparición de un segundo tumor primario o una recurrencia de la enfermedad (metástasis).

La nicotina por sí misma no es cancerígena, pero se ha constatado que in vivo la nicotina puede impulsar la proliferación de líneas celulares cancerígenas, promueve la angiogénesis y potencia la resistencia a la apoptosis (muerte celular) inducida por la quimioterapia. Otro asunto digno de mención es que la persistencia en el fumar durante la quimioterapia y la radioterapia provoca más complicaciones en los fumadores que en los no fumadores. El tabaco puede disminuir la respuesta a la quimioterapia y afectar a la farmacocinética y al perfil de toxicidad de algunos fármacos⁶.

Dada la prevalencia de pacientes con cáncer de pulmón que siguen fumando y los notorios beneficios de su abandono, sería necesario desarrollar y ofrecer un apoyo completo y un tratamiento integral del tabaquismo que incluya las necesidades específicas de este grupo de pacientes. Los programas intensivos y prolongados en el tiempo que engloben consejo, terapia conductual, terapia farmacológica y un amplio seguimiento presentan una elevada eficacia, son coste-efectivos y un decisivo componente de calidad en el tratamiento y en los cuidados del paciente con cáncer de pulmón.

Bibliografía

- Walker MS, Vidrine DJ, Gritz ER, Larsen RJ, Yan I, Govindan R, et al. Smoking relapse during the first year treatment for early-stage non-small-cell lung cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2006;15:2370-7.
- Parsons A, Daley A, Begh R, Aveyard P. Influence of smoking cessation after diagnosis of early stage lung cancer on prognosis: systematic review of observational studies with meta-analysis. *BMJ.* 2010;340:b5569.
- Baser S, Shannon VR, Eapen GA, Jimenez CA, Onn A, Lin E, et al. Smoking cessation after diagnosis of lung cancer is associated with a beneficial effect on performance status. *Chest.* 2006;130:1784-90.
- Cataldo JK, Dubey S, Prochaska JJ. Smoking cessation: an integral part of lung cancer treatment. *Oncology.* 2010;78:289-301.
- Molina JR, Yang P, Cassivi SD, Schild SE, Adjei AA. Non-small cell lung cancer: epidemiology, risk factors, treatment, and survivorship. *Mayo Clin Proc.* 2008;83:584-94.
- Waller LL, Weaver KE, Petty WJ, Miller AA. Effects of continued tobacco use during treatment of lung cancer. *Expert Rev Anticancer Ther.* 2010;10:1569-75.

Segismundo Solano-Reina^{a,*}, José Ignacio De Granda-Orive^b
y
Carlos Andrés Jiménez-Ruiz^c

^a Unidad de Tabaquismo, CEP Hermanos Sangro, Neumología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^b Neumología, Hospital Infanta Elena, Valdemoro, Madrid, España

^c Unidad Especializada de Tabaquismo, Comunidad de Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ssr01m@gmail.com (S. Solano-Reina).

doi:10.1016/j.arbres.2011.05.005

Insuficiencia respiratoria grave secundaria a drenaje ventriculopleural

Severe Respiratory Failure Secondary to a Ventriculo-Pleural Shunt

Sr. Director:

La hidrocefalia es la dilatación anormal del sistema ventricular del encéfalo por acumulación de líquido cefalorraquídeo

(LCR). Existen varios tipos de derivaciones de LCR desde el sistema nervioso central a otras cavidades con capacidad absorbente, siendo la más utilizada la derivación ventriculoperitoneal (DVPT). En determinadas circunstancias este tipo de derivación se encuentra desaconsejado o contraindicado: infecciones, cirugías previas que puedan favorecer el desarrollo de bridas, trombosis u obliteración del sistema de drenaje. Por ello una alternativa simple y segura son las derivaciones ventriculopleurales (DVPL); sin embargo, esta técnica no se encuentra exenta de complicaciones.



Figura 1. Derrame pleural masivo derecho secundario a drenaje ventriculopleural.

Presentamos el caso de una mujer de 59 años con historia de hidrocefalia normotensiva que requirió DVPT para su tratamiento. Ocho años más tarde la paciente es sometida a cirugía abdominal por diverticulitis aguda perforada. La evolución posterior es tórpid, con episodios de meningitis de repetición y fistula de LCR a nivel nasal. Ante dichas complicaciones y la cirugía abdominal previa, se decide la colocación de DVPL programable. Al cabo de unos meses la paciente ingresa en la UCI por insuficiencia respiratoria de instauración progresiva hasta hacerse de reposo, con criterios de gravedad. A la auscultación presenta disminución del murmullo vesicular en el hemitórax derecho, y en la radiografía de tórax se observa un derrame pleural derecho masivo (fig. 1). Se practica toracocentesis evacuadora e inserción de tubo de drenaje intratorácico. El líquido presentaba características bioquímicas compatibles con hidrotórax. Tras incrementar la presión de apertura de la válvula y la evacuación del derrame, la evolución posterior fue satisfactoria.

Desde la descripción de la DVPL por Heile en 1914, esta técnica ha sido una alternativa útil a la DVPT, la cual hoy en día sigue siendo de elección¹. El LCR puede ser derivado a diferentes cavidades, como la peritoneal, la atrial y la pleural. Se han descrito tres grandes grupos de complicaciones: mecánicas (obstrucción del catéter, migración o rotura), funcionales (por malabsorción del LCR) e infecciosas (con una incidencia del 8-12% en los primeros 6 meses). La derivación ventriculoatrial ha caído en desuso por sus complicaciones tromboembólicas (pulmonar, intracardiaca, vena cava) e infecciosas (tromboflebitis, émbolos sépticos, nefritis). Por ello, el uso de la DVPL es una opción sencilla y útil aunque no exenta de complicaciones. Inicialmente, su uso fue concebido como derivación transitoria mientras se resolvían cuadros infecciosos relacionados con las DVPT. En 1954, Ransohoff realizó una

descripción de una serie de 6 pacientes con hidrocefalia secundaria a patología tumoral que se trataron exitosamente con DVPL, evidenciando la buena capacidad absorbente de la pleura, pero los resultados a largo plazo no fueron satisfactorios². Posteriormente, en 1988, Jones publicó una serie de 29 niños tratados con DVPL, de los cuales sólo en 7 se mantuvo funcional más allá de un año³. Megison y Benzell afirmaron que los niños y los adultos con enfermedad pulmonar no debían ser candidatos a la realización de esta técnica por su menor capacidad absorbente⁴. La aparición de válvulas con presión de apertura regulable y mecanismos antisifón ha permitido un mejor control del drenaje del LCR, disminuyendo la incidencia de derrame pleural sintomático. No obstante, la introducción de estas válvulas puede provocar, de forma inversa, efectos relacionados con el bajo drenaje de LCR debido a los estrechos márgenes de control de la presión intracraneal. A pesar de todos los avances en el manejo, los mecanismos por los que el LCR se acumula de forma patológica tras la DVPL siguen siendo una incógnita. Se postulan mecanismos irritativos o inflamatorios relacionados con el propio catéter (generando una mayor presencia de linfocitos en el líquido pleural). Este mecanismo genera un aumento de la producción de líquido pleural con alteración del flujo linfático, así como una disminución de la superficie absorbente pleural. Este último punto se hace especialmente patente en niños, ancianos y pacientes con patología pulmonar. La instauración de este fenómeno puede ser gradual, lo cual explicaría la patocrónia observada en nuestra paciente. A pesar de la carencia de estudios prospectivos que evalúen la efectividad de la DVPL, podemos concluir que es una alternativa eficaz para el drenaje de LCR a largo plazo cuando existen contraindicaciones para el DVPT⁵. Por tanto, debemos familiarizarnos con esta técnica, así como tener presente sus potenciales complicaciones, para lograr una detección precoz de las mismas.

Bibliografía

1. Heile B. Sur chirurgischen Behandlung des Hydrocephalus internus durch Ableitung der Cerebrospinalflüssigkeit nach der Bauchhöhle und nach der Pleurakuppe. Arch Klin Chir. 1914;105:501-16.
2. Ransohoff J. Ventriculopleural anastomosis in treatment of midline obstructed masses. J Neurosurg. 1954;11:295-301.
3. Jones RF, Currie BG, Kwok BC. Ventriculopleural shunts for hydrocephalus: A useful alternative. Neurosurg. 1988;23:753-5.
4. Megison DP, Benzell EC. Ventriculo-pleural shunting for adult hydrocephalus. Br J Neurosurg. 1988;2:503-5.
5. Torres Lanzas J, Ríos Zambudio A, Martínez Lage JF, Roca Calvo MJ, Poza M, Parrilla Paricio P. Tratamiento de la hidrocefalia mediante la derivación ventriculoperitoneal. Arch Bronconeumol. 2002;38:511-4.

Víctor Gascón-Sánchez*, Juan José Egea-Guerrero y Jaume Revuelto-Rey

U.G.C. Cuidados Críticos y Urgencias, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: victorgascon@comv.es (V. Gascón-Sánchez).

doi:10.1016/j.arbres.2011.05.012