



Resultados de las encuestas del Grupo de Trabajo de Cáncer de Pulmón de la SEPAR

Grupo de Trabajo de Cáncer de Pulmón de la SEPAR*.

ANTECEDENTES. Tras su constitución, en junio de 1991, el Grupo de Trabajo de Cáncer de Pulmón de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica elaboró una lista de temas prioritarios sobre los que se debía obtener una información básica a nivel nacional, que sirviera de punto de partida para la creación de futuros estudios multicéntricos.

OBJETIVOS. 1) Obtener información sobre la forma de diagnosticar, tratar y tomar decisiones en pacientes con carcinoma broncogénico; 2) conocer las diferentes actitudes ante el carcinoma broncogénico con adenopatías mediastínicas homolaterales afectados (N_2); 3) sondear la predisposición de los cirujanos torácicos a participar en estudios colaborativos nacionales sobre el carcinoma broncogénico T_3 y T_4 y conocer sus opiniones sobre aspectos quirúrgicos concretos, y 4) conocer cómo se realiza el control postoperatorio de los enfermos.

MATERIAL Y MÉTODO. El Comité Ejecutivo del Grupo de Trabajo, tomando en consideración las opiniones de los miembros del Grupo que aportaron comentarios, elaboró cuatro encuestas. Encuesta I: "Sistemática de estudio y tratamiento para tomar decisiones en pacientes con carcinoma broncogénico". Encuesta II: "Actitud diagnóstica y terapéutica ante el N_2 ". Encuesta III: "Carcinoma broncogénico T_3 - T_4 ". Encuesta IV: Evaluación postoperatoria en el carcinoma broncogénico". Se recibieron 47, 41, 35 y 42 respuestas, respectivamente. El análisis de las respuestas valorables constituye la base de los resultados.

RESULTADOS. Encuesta I: las 47 respuestas provenían de 32 centros hospitalarios; 21 de ellos remitieron copia del protocolo diagnóstico-terapéutico, de los que hay 19 modelos diferentes, de uso clínico (17) o de investigación (2).

Encuesta II: las radiografías y la TAC torácicas son las pruebas no invasivas utilizadas por la mayoría de los encuestados: 39 (95 %). La mediastinoscopia es indicada selectivamente por 32 (78 %) encuestados y sistemáticamente por 7 (17 %). Veintiocho (68 %) encuestados confirman histológica-

mente los N_2 radiológicos y 9 (22 %) los intervienen directamente. Cinco (12 %) excluyen de la cirugía cualquier N_2 objetivado por mediastinoscopia o mediastinotomía y el resto matiza la exclusión dependiendo del tipo histológico, número y localización de los ganglios y tipo de afectación mediastínica. Tras quimioterapia de inducción, en pacientes excluidos inicialmente de la cirugía, 24 (59 %) indican la cirugía si ha habido algún tipo de remisión. Si el N_2 se evidencia en la toracotomía, 25 (61 %) indican la resección pulmonar y la linfadenectomía mediastínica, aunque tienen en cuenta, antes de decidir, la operabilidad del paciente, si la resección puede ser completa, el tipo histológico, la invasión de la cápsula ganglionar y el número de adenopatías afectadas, fundamentalmente.

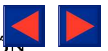
Encuesta III: la mayoría de los encuestados, 27 (93 %) sobre un total de 29 respuestas valorables, se muestra partidario de tener un registro nacional de carcinoma broncogénico T_3 - T_4 , utilizaría una historia informatizada y seguiría un mismo protocolo terapéutico. Todos los que contestaron la encuesta creen de utilidad la resección de la pleura parietal y de la pared costal y espacio intercostal; y algo más de la mitad cree rentable extender la resección a tráquea y carina, vena cava superior o aurícula. Ocho (30 %), 11 (41 %) y 12 (44 %) se muestran partidarios de la resección del cuerpo vertebral, pared muscular del esófago y arteria pulmonar, respectivamente. Veinticuatro (83 %) no creen en la cirugía incompleta en estas situaciones T_3 y T_4 .

Encuesta IV: 30 (96 %), de los 31 cirujanos torácicos que contestaron esta encuesta, revisan a sus postoperados, mientras que sólo 7 (63 %), de 11 neumólogos, lo hacen. Treinta y cuatro (80 %) de los encuestados utilizan un protocolo de seguimiento postoperatorio y 29 (69 %) hacen referencia al intervalo libre de tumor. Veintitrés (54 %) realizan valoración funcional del paciente y 26 (62 %) solicitan analítica sanguínea, incluyendo bioquímica. Hay poca uniformidad en la utilización de marcadores tumorales y sólo 6 (14 %) realizan estudios de inmunidad ocasionalmente. Todos los encuestados utilizan las radiografías simples de tórax de forma sistemática; y la TAC, la ecografía abdominal y la gammagrafía ósea, en función de la clínica y de la exploración física. La mayoría, 36 (85 %), cree útil y estaría dispuesta a colaborar en un protocolo postoperatorio de seguimiento a nivel nacional.

CONCLUSIONES. 1) Existen numerosos protocolos diagnóstico-terapéuticos y de toma de decisiones, algunos de los

Correspondencia: Dr. R. Rami Porta.
Santa Filomena, 3, 2.ª. 08017 Barcelona.

*Redactado por el Comité Ejecutivo: Dres. Ramón Rami Porta, José Luis Bravo Bravo, Ángel López Encuentra, Francisco París Romeu, José Luis Duque Medina, Julio Astudillo Pombo y Antonio Alix Trueba.



cuales con hojas de recogidas de datos, que pueden aportar una gran experiencia de validez para futuros proyectos de un modelo único de registro de datos a nivel nacional, así como facilitar la comunicación multilateral para mejorar el contenido de los protocolos ya establecidos. 2) La diversidad caracteriza el manejo diagnóstico-terapéutico de los pacientes con carcinoma broncogénico N_2 . Sin embargo, se observa una tendencia a perseguir la confirmación histológica de las alteraciones radiológicas sugestivas de N_2 y a matizar la contraindicación quirúrgica de los N_2 confirmados atendiendo al tipo histológico y al número y localización de los ganglios afectados. Si tras la quimioterapia de inducción se observa remisión total o parcial, se tiende a intervenir al paciente. Por regla general, en los N_2 confirmados intraoperatoriamente, se tiende a practicar resección pulmonar y linfadenectomía si la resección se considera que será completa. 3) Hay buena predisposición para realizar estudios multicéntricos sobre el carcinoma broncogénico T_3 y T_4 . Se observa una tendencia entre los cirujanos a ampliar las resecciones a estructuras anatómicas incluidas en la categoría T_4 . 4) Sería posible llevar a cabo un protocolo de evaluación postoperatoria a nivel nacional, ya que la mayoría de los encuestados utiliza uno en su práctica clínica y se sienten dispuestos a la participación multicéntrica. Para su realización sería necesario un consenso en cuanto a la valoración funcional, oncológica y estudios endoscópicos e invasivos, cuya utilización es muy heterogénea.

Results of the Spanish Pneumology and Thoracic Surgery Society (SEPAR) Lung Cancer Task Force Surveys

BACKGROUND. After its formation in 1991, the Lung Cancer Task Force of the Spanish Pneumology and Thoracic Surgery Society (SEPAR) wrote a list of Spanish research priorities as a basis for future multi-center studies.

OBJECTIVES. 1) To obtain information on ways of diagnosing, treating and making decisions regarding patients with bronchogenic carcinoma; 2) to identify different attitudes toward bronchogenic carcinoma with homolateral mediastinal adenopathy (N_2); 3) to sound out thoracic surgeons regarding their participation in nationwide collaborative studies on bronchogenic T_3 and T_4 carcinoma and obtain their views on concrete surgical questions; and 4) to study protocols for postoperative surveillance.

MATERIAL AND METHODS. The Executive Committee took into consideration the contributions of Task Force members in writing four survey questionnaires. Survey I: "Ways of studying, treating and coming to decisions about patients with bronchogenic carcinoma." Survey II: "Diagnostic and therapeutic attitudes toward N_2 ." Survey III: "Bronchogenic T_3 - T_4 carcinoma." Survey IV: Postoperative assessment in bronchogenic carcinoma." Forty-seven, 43, 35 and 42 replies, respectively, were received. Analysis of evaluable replies provide the basis of the results.

RESULTS. Survey I: The 47 replies came from 32 hospitals; 21 also sent copies of their diagnostic-therapeutic protocols, revealing 19 different models for clinical use (17) or research (2).

Survey II: X-rays and computed tomography (CT) of the thorax are the non-invasive procedures used by most of the respondents (39 or 95 %). Mediastinoscopy is indicated selectively according to 32 (78 %) and routinely according to 7 (17 %). Twenty-eight (68 %) respondents confirm N_2 X-rays

histologically and 9 (22 %) resort immediately to surgery. Five (12 %) exclude from surgery any N_1 found by mediastinoscopy or mediastinotomy, while the others may exclude such patients depending on histological type, number and location of ganglia and type of mediastinal involvement. After induction chemotherapy in patients excluded from surgery, 24 (59 %) may restore eligibility if some form of remission is observed. If N_2 is found during thoracotomy, 25 respondents (61 %) follow with pulmonary resection and mediastinal lymphadenectomy, although they first take into account mainly patient operability, likelihood of a complete resection, tissue type, invasion of the gangliar capsule and the number of malignant nodes found.

Survey III: Twenty-seven, or a 98 % majority of the 29 evaluable respondents, said that they would be in favor of a national register of T_3 - T_4 carcinoma, would use a computerized system for recording case histories and would follow a standard therapeutic protocol. All believe that resection of the pleura and the costal wall and intercostal space is useful; slightly more than half believe that it would be useful to extend resection to the trachea and carina, superior vena cava or atrium. Eight (30 %), 11 (41 %) and 12 (44 %) favor resection of the vertebral body, muscle wall of the esophagus and the pulmonary artery, respectively. Twenty-four (83 %) place no faith in partial surgery in cases of T_3 and T_4 .

Survey IV: Thirty (96 %) of the 31 thoracic surgeons who answered the questionnaire follow their patients after surgery, while only 7 (63 %) of the 11 pneumologists do so. Thirty-four (80 %) use a postoperative follow-up protocol and 29 (69 %) note the tumor-free interval. Twenty-three (54 %) make a functional assessment of the patient and 26 (62 %) order blood and biochemical work-ups. There is little agreement on the use of tumoral markers and only 6 (14 %) do immunological studies occasionally. All use simple chest X-rays routinely; CT, abdominal sonograms and bone gammagrams may be used, depending on clinical data and physical examination. Most (36 or 85 %) believe that collaboration on a postoperative protocol for nationwide use would be useful.

CONCLUSIONS. 1) A number of diagnostic-therapeutic protocols and decision-making processes exist, some with data collection sheets, and these can provide a great deal of valid experience for future efforts to establish a unified national model for recording data, as well as facilitate multi-faceted communication on improving the content of those protocols. 2) Diagnosis and therapeutic management of patients with bronchogenic N_2 carcinoma is diverse. Evident, however, is a tendency toward histological confirmation of X-rays that suggest N_2 , as well as a tendency to make subtle distinctions when surgery is contraindicated for confirmed N_2 based on histological type, number and site of affected ganglia. If total or partial remission occurs after induction chemotherapy, there is a tendency toward surgery. In N_2 confirmed intraoperatively, there is a general tendency to perform pulmonary resection and lymphadenectomy if complete resection is viable. 3) Physicians are well disposed to participate in multicenter studies on bronchogenic T_3 and T_4 carcinoma. Surgeons tend to extend resections to anatomical structures classified as T_4 . 4) Drafting of a nationwide protocol for postoperative follow-up is feasible, given that most respondents use one in their clinical practice and feel disposed toward multicenter cooperation. For drafting such a protocol, consensus would have to form functional and oncological assessment and on endoscopic and invasive studies, areas in which practice is highly heterogeneous at present.



INTRODUCCIÓN GENERAL

El día 13 de junio de 1991, durante el XXIV Congreso de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, quedó constituido el Grupo de Trabajo de Cáncer de Pulmón. El Comité Ejecutivo fue elegido entre los candidatos más votados, que fueron los Drs. Ángel López Encuentra, Ramón Rami Porta, José Luis Duque Medina, Francisco París Romeu, Julio Astudillo Pombo y José Luis Bravo Bravo. Posteriormente, la Junta Directiva de la Sociedad eligió al Dr. Antonio Alix Trueba como su representante en el Comité. Los Dres. Bravo Bravo y Rami Porta fueron encargados de la vicecoordinación y la coordinación, respectivamente, del Comité Ejecutivo.

Las actividades realizadas durante el primer año de funcionamiento quedan reflejadas en la Memoria de Actividades, resumida en el número 24 de Separvisión (1992).

Desde su constitución, el Comité Ejecutivo creyó prioritario obtener una información básica, a nivel nacional, de lo que se estaba haciendo en aspectos concretos del diagnóstico y del tratamiento del carcinoma broncogénico. Esta información básica serviría de punto de partida para desarrollar otros trabajos futuros. Para obtener esta información, el Comité Ejecutivo elaboró los borradores de estas cuatro encuestas: "Sistemática de estudio y tratamiento para tomar decisiones en pacientes con carcinoma broncogénico", "Actitud diagnóstica y terapéutica ante el N₂", "Carcinoma broncogénico T₃-T₄, y "Evaluación postoperatoria en el carcinoma broncogénico". Los borradores de estas encuestas se enviaron a todos los miembros del Grupo de Trabajo, a quienes se les solicitó su opinión. Aproximadamente una cuarta parte de los miembros del Grupo devolvieron los borradores con comentarios o correcciones, que fueron debidamente valorados y sirvieron para la redacción de los textos definitivos de las encuestas.

Las encuestas se enviaron a todos los miembros de la Sociedad, con excepción de la encuesta "Carcinoma broncogénico T₃-T₄", que fue enviada a los cirujanos torácicos exclusivamente. Los servicios y hospitales que contestaron a todas o a alguna de las encuestas se especifican en el Apéndice.

A continuación se exponen los resultados obtenidos.

RESULTADOS DE LA ENCUESTA "SISTEMÁTICA DE ESTUDIO Y TRATAMIENTO PARA TOMAR DECISIONES EN PACIENTES CON CARCINOMA BRONCOGÉNICO"

Informe elaborado por A. López Encuentra.

Introducción

El Comité Ejecutivo del Grupo de Trabajo de Cáncer de Pulmón de la SEPAR decidió que podría ser de interés el intercambio de ideas sobre la sistemática enunciada en el título.

Los objetivos concretos que se propusieron alcanzar fueron: 1) incremento de la información colectiva sobre las estrategias de manejo de los pacientes con carcinoma broncogénico (CB); 2) favorecer el intercambio multilateral de información entre los diferentes grupos de trabajo, y 3) generar pautas de manejo para estos pacientes, que sean más eficaces y eficientes.

Material y métodos

Para el presente análisis se ha utilizado la información contenida en los protocolos recibidos por este Comité Ejecutivo. La solicitud de envío de estos documentos se efectuó, inicialmente, por medio de una nota enviada a todos los miembros de SEPAR coincidiendo con la remisión de una encuesta orientativa sobre el tema. Los resultados de esta encuesta fueron presentados en el Congreso de SEPAR de Granada, 1992.

En algunas respuestas de la encuesta se indicaba la existencia de un protocolo de CB, pero no fue enviada una copia del mismo. En estos casos se les volvió a escribir solicitando una copia del documento original.

Para los objetivos del presente análisis, se define como "protocolo en CB" al "documento escrito en donde figura la sistemática de estudio y tratamiento para tomar decisiones en pacientes con CB". Aunque este documento escrito sobre CB que se ha remitido no detalla exactamente una sistemática de estudio y tratamiento, ha sido admitido para clasificación.

Inicialmente se han cuantificado las respuestas recibidas y posteriormente se ha procedido a la cualificación de los diferentes protocolos. La clasificación utilizada para esta cualificación se expone a continuación. Un protocolo puede ser clasificado de forma múltiple. La clasificación ha sido efectuada por un solo observador. Intentando una clasificación por objetivos, se han establecido las siguientes categorías: 1. Normas de clasificación de patología (extensión tumoral, estirpe, etc.). 2. Hojas de recogida de datos (por paciente): 2.1. Clínica; 2.2. Quirúrgica; 2.3. Clínico-Quirúrgica. 3. Exposición de decisiones: 3.1. Decisiones diagnósticas; 3.2. Decisiones terapéuticas; 3.3. Decisiones diagnóstico-terapéuticas: 3.3.1. Totalmente secuenciales; 3.3.2. Parcialmente secuenciales. 3.4. Otro tipo de decisiones. 4. Investigación.

Resultados

Se recibieron 47 encuestas contestadas, que representaban a 32 centros. Se remitieron en total 19 copias de los protocolos originales, que corresponden a los utilizados en 21 centros. Un mismo protocolo es presentado por 4 centros diferentes. En la tabla I se señalan los protocolos recibidos. La clasificación de estos protocolos se resume en la tabla II.

Discusión

Nueve protocolos, de los 19 disponibles, pueden ser clasificados bajo dos o más categorías. En 5 protocolos se exponen normas de clasificación (categoría 1); en 4, asociadas a exposición de decisiones (categoría 3) y en un protocolo también se asocia a una hoja de recogida de datos (categoría 2). De los cuatro pro-



toscolos restantes con múltiple clasificación, en dos la asociación consiste en la suma de categorías de hoja de recogida de datos (categoría 2) y de otro tipo de decisiones (categoría 3.4.) que se refieren a secuencias de estudios postratamiento. En los otros dos, la asociación es entre la categoría 2 referida y decisiones diagnóstico-terapéuticas (categoría 3.3.).

En total, se trata de 10 protocolos en donde existen hojas de recogida de datos (categoría 2), la mayoría (9 protocolos) clínicoquirúrgica. Estos documentos

pueden aportar una gran experiencia de validez para futuros proyectos de un único modelo de registro de datos de ámbito estatal.

Independientemente de haber recibido otras clasificaciones, en 11 protocolos se exponen decisiones (categoría 3), la mayoría (8 protocolos) de tipo diagnóstico y terapéutico, secuenciales (2 protocolos) o no (6 protocolos).

Finalmente, dos protocolos son de investigación. Obviamente, deben existir más protocolos así clasificables, pero no han sido enviados dado el carácter clínico-asistencial de la definición de protocolo que figura al comienzo de este informe.

TABLA I
Lista de protocolos recibidos

| Número de orden | Hospital | Ciudad |
|-----------------|-----------------------------|---------------|
| 1 | Bellvitge | Barcelona |
| 2 | Virgen del Rocío | Sevilla |
| 3 | Nuestra Señora del Pino | Las Palmas |
| | Regional de Málaga | Málaga |
| | Puerta de Hierro | Madrid |
| | Reina Sofía | Córdoba |
| 4 | Santiago Apóstol | Vitoria |
| 5 | Del Aire | Madrid |
| 6 | Santa Creu i Sant Pau | Barcelona |
| 7 | Nuestra Señora de Covadonga | Oviedo |
| 8 | De la Princesa | Madrid |
| 9 | Complejo Hospitalario | León |
| 10 | Miguel Servet | Zaragoza |
| 11 | Amara | San Sebastián |
| 12 | Nuestra Señora de Sonsoles | Ávila |
| 13 | 12 de Octubre | Madrid |
| 14 | Central de Asturias | Oviedo |
| 15 | Juan Canalejo | La Coruña |
| 16 | Mútua de Terrassa | Terrassa |
| 17 | Fundación Jiménez Díaz | Madrid |
| 18 | Getafe | Getafe |
| 19 | Marqués de Valdecilla | Santander |

TABLA II
Clasificación de los protocolos de CB

| Número de orden | Clasificación | | | | | | | | | |
|-----------------|---------------|-----|-----|-----|-----|-----|-------|-------|-----|---|
| | 1 | 2.1 | 2.2 | 2.3 | 3.1 | 3.2 | 3.3.1 | 3.3.2 | 3.4 | 4 |
| 1 | | | | X | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | X |
| 3 | | | | | | | | | | X |
| 4 | | | | | | | | X | | |
| 5 | X | | | | | | | X | X | |
| 6 | X | | | | | | | X | X | |
| 7 | X | | | X | | | | | | |
| 8 | | | | X | | | | | X | |
| 9 | | | | X | | | | | X | |
| 10 | | | | X | | | | | | |
| 11 | | | | | | X | | | | |
| 12 | | X | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | X | | |
| 14 | | | | X | | | | X | | |
| 15 | X | | | | | | | | X | |
| 16 | | | | X | | | | X | | |
| 17 | | | | X | | | | | | |
| 18 | X | | | | | | | | X | |
| 19 | | | | X | | | | | | |

Conclusiones

La utilidad de esta documentación, depositada en este Grupo de Trabajo, puede ser doble: 1) Posibilidad de acceder a los documentos originales de otros centros, clasificados adecuadamente, facilitando la comunicación bilateral o multilateral, según objetivos, a fin de mejorar el contenido de los protocolos. 2) Facilitar la reflexión conjunta sobre los métodos o sistemas de trabajo asistenciales en relación a esta enfermedad.

Resultados de la encuesta Actitud diagnóstica y terapéutica ante el N₂

Informe elaborado por J.L. Bravo Bravo.

Introducción

El tratamiento del carcinoma broncogénico con afectación de adenopatías mediastínicas homolaterales ha sido un tema muy debatido y discutido en los últimos años por diferentes grupos que defienden posturas contradictorias a este respecto.

El Grupo de Trabajo de Cáncer de Pulmón de la SEPAR ha llevado a cabo una encuesta entre todos los miembros de la sociedad con el objetivo de conocer las diferentes actitudes diagnósticas y terapéuticas que se adoptan ante esta enfermedad.

Material y métodos

El Comité Ejecutivo de este Grupo de Trabajo, en colaboración con todos sus miembros, elaboró una encuesta, que fue remitida tanto a neumólogos como a cirujanos torácicos, que consta de 8 preguntas básicas sobre diferentes aspectos del carcinoma broncogénico con adenopatías mediastínicas homolaterales afectadas.

Respondieron 41 especialistas (25 cirujanos torácicos, 15 neumólogos y un oncólogo médico) de un total de 26 centros hospitalarios.

Resultados

Utilización de medios no invasivos para el estudio mediastínico.

Treinta y nueve (95 %) encuestados utilizan las radiografías posteroanterior y lateral de tórax y la TAC



torácica. Sólo uno utiliza las tomografías en lugar de la TAC y solamente uno utiliza las tres técnicas juntas. Dos encuestados usan, además de lo referido anteriormente, el esofagograma para un mejor estudio mediastínico (uno de ellos de forma rutinaria). Otro encuestado realiza la resonancia magnética nuclear ante la posibilidad de infiltración mediastínica.

Indicación de la mediastinoscopia en candidatos quirúrgicos

Treinta y dos (78 %) encuestados la indican de forma selectiva y 7 (17 %) de forma sistemática. Dos encuestados no contestan. Los siete encuestados que realizan la mediastinoscopia sistemáticamente pertenecen a los servicios neumológicos y/o quirúrgicos de tres hospitales, sobre un total de 26 centros hospitalarios que han contestado la encuesta.

Actuación frente a un paciente con carcinoma broncogénico₁-T₃ de células no pequeñas con mediastino radiológicamente compatible con N₂

Ningún encuestado opina que un N₂ radiológico deba excluir al paciente de la cirugía. Veintiocho (68 %) encuestados opinan que se debe confirmar mediante mediastinoscopia y/o mediastinotomía paraesternal. Y nueve (22 %) creen que no se precisa la exploración instrumental y que se debe pasar directamente a cirugía. Hay cuatro respuestas no valorables. Además, cuatro encuestados aclaran que se puede prescindir de la exploración mediastínica instrumental y pasar a la cirugía en casos seleccionados, según la estirpe histológica, edad, etc.

Hallazgos de la mediastinoscopia/mediastinotomía que contraindican la cirugía

Cinco (12 %) encuestados excluyen la cirugía ante cualquier N₂, independientemente del tipo histológico, localización de las adenopatías, afectación de la cápsula, número de estaciones ganglionares afectadas, etc. Hay una gran diversidad de opiniones en cuanto a la exclusión según la localización de las adenopatías afectadas. Las respuestas a este apartado se resumen en la tabla III. Además, uno de los encuestados basaría su decisión en el tipo histológico y la afectación del tejido mediastínico; y otro piensa que no está confirmado que la distinta localización de las adenopatías comporte peor pronóstico. Hubo 13 contestaciones no valorables.

Por lo que respecta al tipo histológico, el carcinoma de célula pequeña sería excluyente de cirugía para 18 (44 %) encuestados; el carcinoma de célula pequeña, el adenocarcinoma y el carcinoma de células grandes lo serían para 6 (15 %), al igual que el carcinoma de célula pequeña y el carcinoma de células grandes. Para un (2,5 %) encuestado los tipos excluyentes serían el carcinoma de células pequeñas y el adenocarcinoma. Hay cinco respuestas no válidas en este apartado.

do. En la tabla IV se especifican otros criterios de exclusión de la cirugía.

Actitud ante un paciente con CB N₂ diagnosticado mediante exploración mediastínica y que haya completado un tratamiento de inducción

Ocho (19,5 %) no considerarían nuevamente el caso para cirugía. Once (27 %) indicarían la cirugía si hubiera habido remisión completa. Cuatro (10 %), si hubiera habido remisión parcial. Y 9 (22 %), si hubiera habido algún tipo de remisión, bien parcial o completa. Un (2,5 %) encuestado repetiría la exploración mediastínica. En este apartado hay 8 respuestas no valorables.

Actitud ante el N₂ descubierto durante la toracotomía

Veinticinco (61 %) encuestados practicarían la exéresis pulmonar y linfadenectomía radical. Un (2,5 %) encuestado practicaría una resección atípica y linfadenectomía. Sin embargo, muchos encuestados tendrían en cuenta alguno de los factores especificados en la tabla V antes de decidirse a practicar la resección pulmonar.

Tipo de exploración mediastínica realizada durante el acto quirúrgico

Veinticinco (61 %) encuestados practican la resección de los territorios ganglionares homolaterales siempre. Tres (7 %) extirpan las adenopatías visibles. Y uno (2,5 %) practica la palpación del mediastino sin abrir la pleura mediastínica. Doce respuestas no son valorables.

TABLE III
Exclusión de la cirugía según la localización de las adenopatías afectadas encontradas en la mediastinoscopia/mediastinotomía

| Localización | Número de encuestados (%) |
|---|---------------------------|
| Paratraqueales ipsilaterales | 9 (22) |
| Paratraqueales ipsilaterales y adenopatía del vértice | 2 (5) |
| Paratraqueales ipsilaterales, mediastínicas anteriores, subcarínicas y del vértice | 1 (2,5) |
| Paratraqueales ipsilaterales, mediastínicas anteriores, subcarínicas, del vértice y aortopulmonares | 2 (5) |
| Subcarínicas | 1 (2,5) |
| Del vértice y subcarínica | 1 (2,5) |
| Paratraqueales ipsilaterales y mediastínicas anteriores | 3 (7,5) |
| Paratraqueales ipsilaterales, mediastínicas anteriores y del vértice | 1 (2,5) |
| Paratraqueales ipsilaterales, traqueobronquiales ipsilaterales y aortopulmonares | 1 (2,5) |

Trece contestaciones no son valorables.



TABLA IV
Otros hallazgos de la mediastinoscopia/mediastinotomía que contraindican la cirugía

| Hallazgo | Número de encuestados (%) |
|--|---------------------------|
| Masa ganglionar fija al mediastino | 21 (51) |
| Afectación de la cápsula ganglionar | 18 (44) |
| Afectación de varias estaciones ganglionares | 10 (24) |
| Más de dos adenopatías afectadas | 3 (7,5) |
| Adenopatías afectadas > 1 cm | 1 (2,5) |

Diez respuestas no son valorables.

TABLA V
Factores que se valoran antes de proceder a la resección en los casos N₂ descubiertos intraoperatoriamente

| Factores | Número de encuestados (%) |
|---|---------------------------|
| Resección teóricamente completa | 24 (59) |
| Operabilidad del paciente | 22 (54) |
| Tipo histológico | 15 (37) |
| Invasión de la cápsula ganglionar | 12 (30) |
| Número de adenopatías afectadas | 10 (24) |
| Número de estaciones ganglionares afectadas | 9 (22) |
| Situación de las adenopatías | 6 (15) |
| Tamaño del tumor | 6 (15) |
| Tamaño de las adenopatías | 5 (12) |

Complicaciones de la linfadenectomía

El drenaje hemático abundante es referido por cuatro (10 %) encuestados. La parálisis recurrencial, por 2 (5 %). La fistula bronquial, por 2 (5 %). Y la prolongación del tiempo quirúrgico, por uno (2,5 %). Doce respuestas no son valorables.

Comentarios

Los casos de adenopatías homolaterales afectadas en el contexto del carcinoma broncogénico suponen uno de los grandes problemas con que se enfrentan diariamente tanto neumólogos como cirujanos torácicos. Previamente a la realización de esta encuesta se preveía la existencia de diferentes actitudes ante estos pacientes. Resulta difícil valorar sus resultados debido a las diversas posibilidades que pueden adoptarse e incluso a la combinación de las mismas. Sin embargo, algunos aspectos de los resultados merecen ser comentados.

Para el estudio no invasivo del mediastino, la mayoría de los encuestados utiliza las radiografías posteroanterior y lateral de tórax, junto con la tomografía axial computarizada. La utilización de otras técnicas es excepcional.

La mediastinoscopia se utiliza habitualmente de forma selectiva, dependiendo de los hallazgos radiológicos. Estos hallazgos radiológicos, indicativos de N₂, no excluyen la cirugía. La mayoría de los encuestados se inclina por la confirmación histológica mediante mediastinoscopia y/o mediastinotomía. Un pequeño

grupo de ellos opina que se debe realizar la cirugía prevista sin otra exploración instrumental previa, en casos seleccionados.

Ante los hallazgos de la mediastinoscopia, sólo un pequeño grupo excluye de la cirugía cualquier tipo de N₂, mientras que la mayoría de los encuestados matiza la exclusión según el tipo histológico, localización y número de estaciones ganglionares afectadas y tipo de afectación mediastínica. La presencia de afectación en varias localizaciones ganglionares, la histología diferente a carcinoma escamoso, la fijación ganglionar al tejido mediastínico y la afectación de la cápsula ganglionar son los criterios de exclusión más citados.

Tras la quimioterapia de inducción, en los casos descartados inicialmente para la cirugía, la mayoría de los encuestados intervendrían al paciente en caso de objetivarse, al menos, remisión parcial. Un pequeño grupo de especialistas no consideraría nuevamente la cirugía. Es excepcional la repetición de la exploración mediastínica para valorar nuevamente el caso.

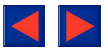
Ante un N₂ descubierto intraoperatoriamente, todos los encuestados practicarían resección pulmonar y linfadenectomía radical, siempre y cuando la resección se considerara completa y el paciente fuera funcionalmente apto para la resección prevista. Otros criterios que frecuentemente se valorarían antes de decidir la resección serían el tipo histológico, la invasión de la cápsula ganglionar, el número de adenopatías y el número de estaciones ganglionares afectadas. La mayoría de los encuestados siempre practica la resección de los ganglios mediastínicos homolaterales. Unos pocos extirpan solamente los ganglios visibles o palpables.

Conclusión

Aunque hay una gran variabilidad en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos en los casos de CB-N₂, de los resultados de esta encuesta podemos concluir que hay una actitud muy positiva tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de estos casos. Se persigue la confirmación histológica de las alteraciones observadas en los estudios radiológicos, pero la mera confirmación histológica de N₂ no es excluyente de cirugía, sino que la exclusión viene matizada por el tipo histológico y el número y localización de los ganglios. Los casos excluidos de cirugía no se abandonan, sino que son sometidos a quimioterapia de inducción y, si se observa remisión, al menos parcial, se intervienen quirúrgicamente. Además, en los N₂ detectados intraoperatoriamente, se practica exéresis pulmonar y linfadenectomía mediastínica homolateral completa, si se considera que, por el tipo de afectación y número de ganglios y estaciones afectadas, la resección que se va a practicar es completa.

RESULTADOS DE LA ENCUESTA CARCINOMA BRONCOGÉNICO T₃-T₄”

Informe elaborado por F. París Romeu y J.L. Bravo Bravo.



Introducción

El Comité Ejecutivo del Grupo de Trabajo de Cáncer de Pulmón de la SEPAR elaboró una encuesta con el objetivo de obtener información sobre la actitud terapéutica ante el carcinoma broncogénico con invasión de estructuras torácicas vecinas, incluidas en los grupos T₃ y T₄.

Material y métodos

La encuesta fue dirigida a los servicios quirúrgicos y se dividió en dos apartados. El primero recababa información sobre la utilidad y predisposición a realizar estudios prospectivos y/o retrospectivos multicéntricos nacionales, que serían la base de futuros proyectos de trabajos multicéntricos. En el segundo apartado se solicitó la opinión sobre determinados problemas puntuales en el cáncer de pulmón T₃-T₄, en vistas al tratamiento quirúrgico.

Respondieron a la encuesta 35 facultativos pertenecientes a 28 servicios hospitalarios, siete de neumología u oncología y 21 de cirugía torácica. Al analizar las respuestas, se descartó una por no considerarse válida. Dos cirujanos de un mismo servicio dieron contestaciones diferentes y, por tanto, respuestas se tabulan por separado. En total se han valorado 29 respuestas válidas. En el análisis de los resultados se excluye el número y el porcentaje de las respuestas no valorables.

Resultados

Necesidad de un registro nacional

Veintisiete (93 %) encuestados creen conveniente crear un registro nacional y 22 (76 %) aportaría sus casos para crear este registro. Además, 27 (93 %) seguirían una historia prospectiva informatizada de los casos de carcinoma broncogénico T₃ y T₄. Diez (34 %) de los encuestados excluirían de este estudio los tumores de Pancoast, mientras que otros 17 (59 %) los incluirían.

Predisposición a la colaboración multicéntrica

Veinticuatro (83 %) encuestados estarían dispuestos a colaborar en un estudio retrospectivo y 26 (90 %) seguirían un mismo protocolo terapéutico prospectivo.

Definición del T₃ y del T₄

Seis (21 %) encuestados mantendrían el actual criterio de definición del T₃ y del T₄, es decir, la definición basada en la estructura anatómica invadida. Sin embargo, 16 (62 %) opina que el criterio para esta definición debería ser la radicalidad de la cirugía: aquellos tumores clasificados T₄, de acuerdo con la estructura anatómica invadida, si se han extirpado de forma completa, deberían ser clasificados con T₃. Por el contrario, los tumores T₃ resecaados de forma incompleta deberían clasificarse como T₄. Cinco encuestados (17 %) no manifiestan su opinión en este apartado.

Rentabilidad de las resecciones ampliadas

El número total de respuestas en este apartado es de 27. La totalidad, 27 (100 %), de los encuestados considera rentable la extensión de la resección a la pleura parietal y a la pared torácica (costilla y espacio intercostal). El número de encuestados que apoya la extensión de la resección a otras estructuras es el siguiente: pericardio y nervio frénico 23 (85 %); tráquea o carina 17 (63 %); vena cava superior 16 (59 %); aurícula o venas pulmonares 15 (56 %); arteria pulmonar 12 (44 %); pared muscular del esófago 11 (41 %); cuerpo vertebral 8 (30 %).

Técnica quirúrgica empleada cuando hay infiltración de la pleura parietal, la disección extrapleurales posible y no parece haber afectación de la pared torácica

En este apartado el número de contestaciones valorables es de 25. Catorce (56 %) encuestados practican resección extrapleurales; 3 (12 %) realizan una resección en bloque; 5 (20 %) deciden tras realizar biopsia intraoperatoria de la pleura y del músculo intercostal. Ante la duda, todos los encuestados se deciden por la resección en bloque y la mayoría marca la zona para administrar radioterapia postoperatoria.

Técnica quirúrgica empleada cuando hay afectación del cuerpo vertebral. En este apartado se valoran 26 respuestas válidas. Diecisiete (65 %) encuestados practican una resección parcial del cuerpo vertebral. Ocho (31 %) consideran el caso irresecaable. Uno (4 %) solicita la valoración de los neurocirujanos. La mayoría recurre a la radioterapia coadyuvante.

Opinión sobre los resultados de la cirugía incompleta en el T₃ y T₄. Veinticuatro (83 %) encuestados no creen que sea útil; dos (7 %) opinan que sí lo es, si se completa con terapia adyuvante. Otros dos encuestados la creen útil en sentido paliativo.

Indicación de la terapia neo o coadyuvante en casos con afectación parietal, no Pancoast. Ocho encuestados la creen útil en sentido paliativo.

Indicación de la terapia neo o coadyuvante en casos con afectación parietal, no Pancoast

Ocho encuestados administran radioterapia pre y postoperatoriamente. Siete lo hacen en el postoperatorio. Cinco dan radioterapia postoperatoria si ha quedado poco margen de seguridad. Uno administra radioterapia preoperatoria. Y uno, preoperatoria y postoperatoria, si ha quedado poco margen de seguridad. Dos encuestados administran poliquimioterapia neoadyuvante. Dos opinan que este tratamiento no es válido.

Conclusiones

De los resultados de esta encuesta se puede concluir lo siguiente: 1) Sería posible la realización de estudios multicéntricos, tanto retrospectivos como prospectivos, siguiendo un mismo modelo de protocolo tera-



péutico, ya que la mayoría de los encuestados manifiesta su buena predisposición a participar en ellos aportando sus casos. 2) Es aparente, además, la tendencia a resear de forma radical y completa estos tumores, tanto los que invaden estructuras comprendidas dentro de la categoría T₃ como de la T₄; y la opinión de que el tipo de resección (completa o incompleta) debería ser el factor determinante del T y no la estructura anatómica afectada. 3) La mayoría de los encuestados no considera válida la cirugía incompleta en estos casos. 4) No hay un criterio uniforme para la administración de terapia neo o coadyuvante.

RESULTADOS DE LA ENCUESTA “EVALUACIÓN POSTOPERATORIA EN EL CARCINOMA BRONCOGÉNICO»

Informe elaborado por J.L. Duque Medina.

Introducción

Con el objetivo de conocer cómo se realiza el seguimiento postoperatorio de los pacientes tratados por carcinoma broncogénico, el Comité Ejecutivo del Grupo de Trabajo de Cáncer de Pulmón consideró enviar una encuesta sobre la forma de evaluación postoperatoria. La información obtenida a través de esta encuesta serviría de base para confeccionar un modelo de seguimiento postoperatorio consensuado que pudiera ser utilizado por todos los miembros de la Sociedad.

Material y métodos

Se recibieron 42 contestaciones a la encuesta: 31 de cirujanos torácicos (3 múltiples) y 11 de neumólogos. Se analizaron por separado las encuestas de unos y otros y no se encontraron diferencias apreciables en sus respuestas, por lo que la exposición de los resultados se hará globalmente.

Resultados

Aspectos generales. Los pacientes son revisados de forma sistemática, principalmente, por los cirujanos. Treinta (96 %) de ellos lo hacen, frente a 7 (63 %) neumólogos.

En el primer año tras la intervención, la media de revisiones efectuadas oscila entre 3 y 4. En los siguientes 5 años, vienen a ser dos revisiones por año.

Veintinueve (93 %) cirujanos torácicos y 4 (40 %) neumólogos revisan indefinidamente a estos pacientes. El resto de neumólogos lo hace hasta los 5 años.

Situación clínica. Treinta y cinco (83 %) de los encuestados realizan una valoración clínica completa en estos pacientes, incluyendo la consideración de la calidad de vida. Un poco más de la mitad de los encuestados, 24 (57 %), utiliza la clasificación de Karnofski y la creen útil (64 %).

La mayoría de los encuestados realiza sistemáticamente la exploración física, incluyendo la palpación de las regiones donde asientan ganglios linfáticos ac-

cesibles, 38 (90 %). Sin embargo, la exploración abdominal no la realizan todos: 31 (73 %).

Valoración funcional. La valoración funcional la realiza poco más de la mitad de los encuestados: 23 (54 %). Se realiza, principalmente, en el postoperatorio inmediato y al año. El parámetro más utilizado es la espirometría, seguida del ECG y la gasometría. Veinticinco (59 %) de los encuestados consideran útil dicha valoración y seis (14 %) no necesaria.

Valoración oncológica. Veintiséis (62 %) encuestados solicitan rutinariamente análisis de sangre y bioquímica sanguínea.

Menos de la tercera parte de los encuestados (la mayoría neumólogos) solicita marcadores tumorales de forma sistemática. En función de las respuestas recibidas no se puede determinar su utilización a nivel clínico o de investigación. El marcador más utilizado es el CEA. Veintisiete (64 %) encuestados consideran de interés su estudio.

Ningún grupo estudia de forma sistemática la inmunología en estos pacientes. Sólo seis (14 %) lo hacen ocasionalmente. Sin embargo, aproximadamente la mitad de los encuestados opina que su estudio puede tener interés.

Estudios de imagen. Prácticamente todos los que han respondido a la encuesta solicitan radiografías de tórax. Solamente 9 (21 %) indican, ocasionalmente, tomografías.

Sólo 6 (14 %) de los encuestados solicitan TAC de forma sistemática. Sin embargo, la mayoría, 33 (78 %), lo hacen en función de la clínica y la evolución del paciente. Por frecuencia, el estudio más solicitado es el torácico, seguido del abdominal y del craneal. En 25 (59 %) respuestas se especifica que el radiólogo y el cirujano torácico y/o el neumólogo utilizan esquemas de valoración semejantes.

Tanto la ecografía como la gammagrafía ósea apenas son realizadas sistemáticamente; en cambio, se solicitan frecuentemente en función de la clínica o la exploración física: 36 (85 %) y 33 (78 %) encuestados, respectivamente, apoyan este último supuesto.

La ecografía abdominal es la utilizada con mayor frecuencia. Con respecto a la gammagrafía ósea, es interesante reseñar que en la valoración de los resultados apenas son considerados buenos o malos. Treinta (71 %) de los encuestados los considera desconocidos y complementan esta exploración con otras. Además, 28 (66 %) de los encuestados realizan la confirmación histológica de las lesiones presuntamente positivas.

Con respecto a otras exploraciones solicitadas en la evaluación postoperatoria, la gammagrafía con galio apenas se utiliza. El esofagograma es pedido por 13 (30 %) encuestados, en función de la clínica y/o evolución. En general, la broncoscopia es realizada sólo ante una anamnesis sospechosa (76 %). Menos frecuente es su práctica de forma sistemática (23 %), aunque aproximadamente la mitad de los neumólogos que respondieron a nuestra encuesta la realiza periódicamente.

Por fin, existe una clara tendencia a conseguir la confirmación histológica ante una sospecha de recidi-



va: 24 (57 %) buscan siempre esta confirmación y 13 (31 %) lo hacen a veces.

Preguntas finales. Treinta y cuatro (80 %) encuestados utilizan las exploraciones de forma protocolizada. Veintinueve (69 %) hacen referencia al intervalo libre de tumor. Veinticuatro (57 %) valoran la supervivencia en función de este último dato. Veinte (47 %) creen necesaria una clasificación que complemente la TNM en caso de recidiva. Treinta y cinco (83 %) creen útil un protocolo de seguimiento postoperatorio a nivel nacional. Treinta y seis (85 %) de los encuestados estarían dispuestos a colaborar activamente en él.

Conclusiones

1. Sería factible un protocolo de evaluación postoperatoria que fuese aceptado y aplicado por la mayoría, dado que el 80 % de los encuestados utiliza ya los datos de forma protocolizada; el 83 % cree útil un protocolo postoperatorio de seguimiento a nivel nacional; y, además, estaría dispuesto a colaborar en él.
2. Dentro de este protocolo, los pilares básicos en los que sería relativamente fácil conseguir un acuerdo serían: periodicidad y mantenimiento de las revisiones; valoración clínica, y valoración oncológica a nivel radiológico.
3. Habría que intentar conseguir un consenso con respecto a: valoración funcional de estos postoperados; valoración oncológica a nivel de marcadores tumorales y estudios inmunológicos, y estudios endoscópicos y técnicas invasivas.

ÁPÉNDICE

Todas o algunas de las encuestas fueron contestadas por especialistas de Servicios de Cirugía Torácica (SCT), Servicios de Neumología (SN) y Servicios de Oncología (SO) de los hospitales (H) siguientes, a los que expresamos nuestro agradecimiento: SN, Hospital Nuestra Señora de Sonsoles (Ávila). SCT, Hospital de Bellvitge; SCT, Hospital Clínic i Provincial; SCT y SN, Hospital Mútua de Terrassa; SCT, Hospital Sagrado Corazón-QS Alianza; SCT, Hospital Santa Creu i Sant Pau, y SCT, Hospital Vall d'Hebron (Barcelona). SCT, Hospital Reina Sofía (Córdoba). SCT, Hospital Juan Canalejo (La Coruña). SN, Complejo Hospitalario (León). SCT y SN, Hospital del Aire; SCT y SN, Hospital 12 de Octubre; SCT, Fundación Jiménez Díaz; SO, Hospital Gregorio Marañón; SCT, Hospital La Paz; SCT, Hospital de la Princesa; SCT, Hospital Puerta de Hierro, y SN, Hospital Universitario de Getafe (Madrid). SCT, Hospital Carlos Haya (Málaga). SN, Hospital Álvarez-Buylla (Mieres). SCT y SN, Hospital Central de Asturias y SCT, Hospital Nuestra Señora de Covadonga (Oviedo). SCT, Hospital Nuestra Señora del Pino (Las Palmas). SN, Hospital Virgen del Camino (Pamplona). SN, Hospital Camino de Santiago (Ponferrada). SN, Hospital Amara (San Sebastián). SCT, Hospital Marqués de Valdecilla (Santander). SN, Hospital Virgen de la Macarena y SCT, Hospital Virgen del Rocío (Sevilla). SCT, Hospital Univertari la Fe y SCT, Hospital General Universitario (Valencia). SCT, Hospital Clínico Universitario (Valladolid). SN, Hospital Xeral-Cies (Vigo), SN, Hospital Santiago Apóstol (Vitoria). SCT, Hospital Miguel Servet (Zaragoza).