



NUEVA CLASIFICACION POR ESTADIOS EN EL CARCINOMA BRONCOGENICO

C. LEON

Servicio de Cirugía Torácica.

Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau
Barcelona

La importancia de la clasificación de los pacientes afectos de carcinoma broncogénico por un sistema de estadios según las características del tumor (T), de las adenopatías (N) y de las metástasis (M), está plenamente reconocida por todos los grupos de trabajo, sin embargo, han existido hasta ahora diversas clasificaciones no totalmente superponibles, lo que ha dado lugar a cierto confusio-nismo al intentar comparar los resultados obtenidos por los diferentes grupos.

El nuevo sistema de clasificación presentado en este mismo número de la revista por Mountain es ya conocido entre nosotros por haber sido publicado por el Grupo de Trabajo de la SEPAR como Normativa sobre Nomenclatura y Clasificación del Carcinoma Broncogénico¹. Esta nueva clasificación ha sido aceptada por la mayoría de organizaciones médicas mundiales, entre ellas la AJCC, la UICC y el grupo japonés, pues se pactó en reuniones previas con estos grupos. El grupo de la SEPAR contactó directamente con Mountain durante la gestación de este nuevo sistema, movido por los mismos problemas que planteaba el anterior método y llegando a parecidas conclusiones tal y como se recogen en la introducción de la antedicha Normativa¹.

El anterior sistema de clasificación², nos ha permitido una metódica de trabajo y una disciplina en la toma de decisiones muy útil, pero de su uso han surgido discrepancias que era preciso subsanar. La utilización de esta clasificación por diversos grupos, puso de manifiesto una diferencia de criterio con los radioterapeutas para quienes los ganglios hiliares contralaterales y supraclaviculares, pueden ser incluidos en el mismo campo de irradiación y, por consiguiente, no deben ser considerados como metástasis a distancia, puesto que su tratamiento sería muy diferente. Otro motivo de discrepancia era el apartado T3, donde se agrupaban pacientes con indicación quirúrgica (invasión de la pared costal) y pacientes con tumor no resecable como pueden ser los que presentan invasión del esófago o vena cava. La no existencia del estadio IV en la clasificación de la AJCC² y sí en la de la UICC³ daba lugar a problemas de interpretación de resul-

tados, dependiendo del origen de la literatura consultada.

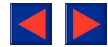
Toda esta problemática daba lugar, fundamentalmente, a una gran discrepancia en los datos de la supervivencia de cada grupo, lo cual deberá quedar paliado con esta nueva clasificación. El hecho de que esta clasificación haya sido aceptada ampliamente, permitirá una comparación de resultados entre diversas instituciones, pudiendo ampliarse los ensayos clínicos y, por consiguiente, llegar a resultados válidos en espacios de tiempo mucho más cortos.

Las variaciones producidas en la nueva clasificación son relativamente sencillas, pues se mantiene gran parte del anterior sistema; así los parámetros T1 y T2 se mantienen sin cambios, añadiendo a los T1 los carcinomas superficiales aunque éstos se extiendan hasta bronquio principal. En el parámetro T3 se produce un cambio sustancial al mantener como tal los tumores que pueden ser candidatos a cirugía radical a pesar de que se extiendan fuera de los límites del pulmón (pared costal, pericardio, etc.).

Con la creación de T4 se agrupan en un nuevo parámetro los tumores que invaden estructuras no resecables, tanto desde el punto de vista de técnica quirúrgica como de radicalidad oncológica, como puede ser la afectación del corazón, mediastino o cuerpo vertebral. También se ha recogido en este apartado a los pacientes con derrame pleural pero añadiendo unos condicionamientos para esta inclusión.

La definición de N1 se mantiene sin cambios, mientras que la N2 incluye exclusivamente la extensión neoplásica a los ganglios mediastínicos ipsilaterales y subcarinales y se añade el N3 para incluir a los pacientes con afectación de ganglios contralaterales a nivel de mediastino y/o la extensión a región supraclavicular, con lo cual el concepto de campo único de irradiación prevalece para estos pacientes, que en la antigua clasificación eran considerados como M1, o sea, en igual situación que los pacientes con metástasis hepáticas, óseas o cerebrales.

La definición de metástasis a distancia es la



misma que en la anterior clasificación, habiendo eliminado de ella la extensión a ganglios contralaterales y supraclaviculares tal y como se ha dicho en el párrafo anterior.

Según esta nueva clasificación, los agrupamientos por estadios comprenderían cinco diferentes apartados, de forma similar a la antigua de la UICC, incluyendo un estadio IV y dividiendo el estadio III en dos grupos. Como hechos más llamativos puede señalarse el cambio del estadio II, donde ahora quedan incluidos los pacientes T1 N1 que anteriormente eran clasificados en el estadio I. Otros hechos importantes son la subdivisión del estadio III, con un subgrupo IIIa candidato a tratamiento quirúrgico y el reservar el estadio IV para los pacientes con metástasis a distancia. Creemos que esta división en seis grupos permitirá una mejor distribución de las opciones terapéuticas, ya que existe una mayor homogeneidad en cada grupo. Esto, añadido a lo anteriormente dicho sobre la aceptación internacional de la presente clasificación, nos permitirá un rápido control de cualquier desviación en los resultados obtenidos en la aplicación de las diversas medidas terapéuticas que actualmente usamos o en otras que puedan ser propuestas.

Existen, como es lógico, algunos puntos de discusión no resueltos por esta nueva clasificación o, al menos, no considerados cerrados, como pueden ser la no indicación de cirugía en la invasión de la carina traqueal, la no inclusión de factores clínicos, inmunológicos o el tipo de cirugía como factores pronósticos, etc. A pesar de ello, creemos que es un arma de gran importancia, casi imprescindible, para obtener algún progreso en el tratamiento más eficaz de los pacientes afectados de carcinoma broncogénico.

BIBLIOGRAFIA

1. Grupo de Trabajo de la SEPAR: Normativa sobre la nomenclatura y clasificación del carcinoma broncogénico. Recomendaciones SEPAR, n.º 3. Barcelona, Ed. Doyma, 1983.
2. Mountain CF, Carr DT, Anderson WAD. A system for the clinical staging of lung cancer. *Amer J Roentgenol Radter Nucl Med* 1974; 120:130-138.
3. Harmer EM. TNM classification of malignant tumors. *Union International Contre le Cancer*. Geneve 1978; 41-45.