

ARTÍCULOS ORIGINALES

Comportamiento clínico del cáncer de pulmón en un quinquenio

Clinical behavior of lung cancer during a quinquenium

Dra. Alina Monteagudo Canto; Dr. Carlos E. Salazar Cueto; Dr. Gabriel N. Willson Estévez; Dra. Yamilet Villalonga Mora

Hospital Clínico Quirúrgico Docente Provincial Manuel Ascunce Domenech.
Camagüey. Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo en el hospital provincial docente clínico quirúrgico Manuel Ascunce Doménech con todos los pacientes diagnosticados con cáncer de pulmón primario en el período de 1996-2000 para conocer su comportamiento clínico. El universo de estudio estuvo constituido por 269 pacientes, la información se obtuvo de las historias clínicas y se vertió en una encuesta con las siguientes variables: síntomas y signos más frecuentes, primer síntoma, manifestaciones paraneoplásicas, localización pulmonar y metástasis. La tos, la disnea, y el dolor torácico fueron los síntomas y signos más frecuentes, la tos y la disnea fueron las formas clínicas de presentación más encontradas. El 22 % presentó manifestaciones paraneoplásicas: anemia, deterioro mental y polineuropatía. Los lóbulos superiores del pulmón derecho fueron los más afectados (49, 07 %). Las metástasis aparecieron en el siguiente orden de frecuencia: cerebro (32, 89 %), mediastino (27, 63 %) y ganglios (17, 11 %).

DeCS: NEOPLASMAS PULMONARES

ABSTRACT

A descriptive study was carried out at Manuel Ascunce Domenech Provincial Teaching Hospital in all patients diagnosed with primary lung cancer from 1996 to 2000 as to know their clinical behavior. The study universe was composed by 269 patients; information was gathered from clinical charts and was written in a survey with the following variables: symptoms and signs most frequent, first symptom, paraneoplasia manifestations, pulmonary localization and metastasis. Coughing, dyspnea and thoracic pain were the most frequent signs, symptoms, and also the clinical forms of presentation most commonly found. The 22 % presented paraneoplastic manifestation: anemia, mental disorder and polyneuropathy. The right lung in its superior lobes were the most affected (49,07) Metastasis had the following frequency order : brain (32,89), mediastinum 827,63 %)and ganglia (17,11 %).

DeCS: LUNG NEOPLASMAS

INTRODUCCIÓN

El pulmón es el sitio de origen de tumores benignos y malignos, así como de metástasis de cánceres primarios provenientes de otros órganos y tejidos. Los tumores malignos del pulmón pueden ser primarios y secundarios. De los tumores primarios el más frecuente es el carcinoma, que se puede originar en cualquier parte de la tráquea, bronquios gruesos y finos o parénquima pulmonar; sin embargo, la mayoría de las neoplasias comienzan en el epitelio bronquial y por eso se denominan carcinoma broncogénico; y es más frecuente en el lado derecho y en los lóbulos superiores.¹⁻³ Su aumento espectacular es un hecho bien conocido, y se ha llegado a decir que se está sufriendo una auténtica epidemia de la enfermedad.⁴

El cáncer pulmonar por todos es conocido que es polimorfo en su forma de presentarse, tanto clínica como radiológicamente, pero desafortunadamente cuando se presenta con algunas de sus manifestaciones pulmonares o extrapulmonares, ya sean parte de un síndrome paraneoplásico, de una o varias metástasis,^{5,6} con mucha frecuencia es tarde, pues por regla general

su estadio será avanzado, aunque no olvidamos que muchas manifestaciones paraneoplásicas pueden preceder en meses y hasta años a la aparición clínica del tumor, al igual que se plantea que con la extirpación quirúrgica del tumor, muchas veces desaparece las manifestaciones paraneoplásicas.⁷ En algunos países se realiza pesquisa a personas con riesgos de desarrollar dicho patema a través de estudios seriados de citología del esputo y radiografía torácica y por medio de este seguimiento se han determinado precozmente pacientes con esta afección, ya sea por presencia de células anaplásicas, atípicas o neoplásicas y radiología negativa, llamado carcinoma oculto.⁸ Al igual que en pacientes totalmente asintomáticos se han detectado nódulos pulmonares solitarios que aún simulando radiográficamente la posibilidad de benignidad,⁹ el estudio citológico ha demostrado lo contrario e incluso luego de demostrada la presencia de metástasis a distancia.¹⁰ Con este estudio nos propusimos conocer el comportamiento clínico del cáncer de pulmón en un quinquenio.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo con el propósito de analizar el comportamiento clínico del cáncer del pulmón en el hospital clínico-quirúrgico Manuel Ascunce Domenech en el período comprendido entre el 1 de enero de 1996 y el 31 de diciembre de 2000; el universo de estudio estuvo constituido por 269 pacientes con cáncer pulmonar diagnosticados en el Hospital Manuel Ascunce Domenech y cuyo diagnóstico fue realizado en el período de tiempo antes dicho.

La información se obtuvo directamente del Centro Provincial de Higiene y Epidemiología, además del departamento de estadística del hospital Manuel Ascunce Domenech, donde se obtuvo el número de casos en total, por años, así como nombres y apellidos y número de historia clínica, para luego extraer de los expedientes clínicos datos de interés para la realización de este trabajo, en un modelo de encuesta que se confeccionó al respecto. (Ver anexo). Esta encuesta individual contiene la siguiente información.

Síntomas y signos más frecuentes

Primer síntoma.

Manifestaciones paraneoplásicas

Localización pulmonar.

Metástasis.

Los datos fueron procesados por medio de una calculadora inicialmente, para luego ser reevaluado en un microcomputadora Pentium compatible según el programa estadístico microstad para obtener estadística descriptiva.

De esta forma se obtuvo la distribución de frecuencia en valores absolutos y porcentajes.

RESULTADOS

La tos y la disnea fueron los síntomas y signos más frecuentes (82, 15 % y 77, 69 %). (Tabla 1)

Tabla 1. Síntomas y signos más frecuentes

Síntomas y signos	No.	%
Tos	221	82,15
Disnea	209	77,69
Síntomas generales	190	70,69
Dolor torácico	131	48,69
Fiebre	70	26,02
Hemoptisis	21	7,80
Ronquera	20	7,43
Sibilancia	19	7,06
Disfagia	12	4,46

Fuente: Encuesta

Los motivos de consulta más vistos fueron también la tos y la disnea (Tabla 2.)

Tabla 2. Identificación del primer síntoma o signo

Síntomas y signos	No	%
Tos	119	44,23
Disnea	106	39,40
Dolor torácico	60	22,30
Fiebre	30	11,13
Decaimiento	21	7,80
Hemoptisis	15	5,57
Cefalea	12	4,46
Pérdida de peso	9	3,34
Síntomas generales	2	0,74
Dolor epigástrico	1	0,37

Fuente: Encuesta

La anemia y el deterioro mental fueron las manifestaciones paraneoplásicas más frecuentes.

(Tabla 3)

Tabla 3. Manifestaciones paraneoplásicas

Manif. paraneoplásicas	No.	%
Anemia	29	10,78
Deterioro mental	17	6,31
PNP	7	2,60
Síndrome de Cushing	2	0,74
Síndrome Miasténico	1	0,37
Policitemia	1	0,37
Hipercalcemia	1	0,37
Ginecomastia	1	0,37
Total	59	21,93

Fuente: Encuesta

Las metástasis más frecuentes resultaron a cerebro y mediastino. (Tabla4)

Tabla 4. Localización tumoral más frecuente

Localizaciones	No.	%
Pulmón derecho	162	60,22
Lóbulo superior	38	14,12
Lóbulo medio	56	20,81
Lóbulo inferior	68	25,27
Pulmón izquierdo	107	39,77
Lóbulo superior	30	11,15
Lóbulo medio	77	28,62
Total	269	100

Fuente: Encuesta

Los lóbulos superiores y medio del pulmón derecho fueron los más afectados por el cáncer. (Tabla 5).

Tabla 5. Metástasis más frecuentes

Localizaciones	No.	%
Cerebro	25	32,89
Mediastino	21	27,63
Ganglios	13	17,11
Columna vertebral	10	13,16
Hueso	8	10,53
Hígado	4	5,26
Glándula	1	1,32
Suprarrenal		

Fuente: Encuesta

DISCUSIÓN

Muchos autores coinciden en que la tos es el síntoma más importante en la neoplasia de pulmón, algunos plantean que se presenta en el 100 % de los casos en algún momento del proceso. ^{4, 14} La disnea también coincide en

segundo lugar con otros autores, la difieren en relación con el derrame pleural y la ocupación por masa tumoral del parénquima pulmonar, etc. ¹¹

Los síntomas generales pueden deberse a infección crónica, aguda o sustancias metabólicas producidas por las células cancerosas. ³⁶ El dolor torácico es mal definido y generalmente evidencia toma pleural. ^{1, 11}

El Dr. Galindo obtiene en segundo lugar la pérdida de peso, si coincide en primer lugar la tos y la disnea pasa a tercer lugar. Cruz y Martí ^{12, 13} coinciden al mantener la tos como motivo de ingreso predominante con un 84 y 73.6 % respectivamente.

Según Stein el síntoma de presentación más importante del cáncer de pulmón es la tos que aparece en un 40 % de los pacientes y en el 100 % de los enfermos en algún momento del proceso. ^{1,2}. Este autor expone que el dolor torácico aparece como síntoma inicial en el 20 % de los casos y la hemoptisis sólo en un 6 %, lo que coincide plenamente con nuestros resultados.

Las manifestaciones paraneoplásicas son producidas por sustancias elaboradas por los distintos tipos de carcinomas pulmonares y su incidencia se relaciona a las diferentes formas histológicas. ¹¹⁻¹⁴ Nuestros hallazgos difieren un poco de la literatura revisada y pensamos que se debe a las dificultades diagnósticas para enfermedades como el síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética, síndrome de Cushing e hipercalcemia. El 22 % del universo de estudio presentó síndrome paraneoplásico, algunos autores refieren un 10 %. ^{11, 12, 14}

La anemia puede producirse por metástasis en la médula ósea, hemorragias, infecciones secundarias, por mecanismos autoinmunes. ¹¹

Dentro de las manifestaciones neurológicas los cambios mentales como psicosis, alucinaciones, agitación, confusión y deterioro mental están bien descritos, su causa es desconocida, pero se invocan trastornos electrolíticos. ¹¹⁻¹³

Las metástasis cerebrales resultan para casi la totalidad de los autores la más frecuente seguida de las óseas. ^{4, 11, 15-17} En el 5-7 % de los pacientes el síndrome inicial se debe a diseminación metastásica cerebral con manifestaciones como cefalea, parálisis de los nervios cerebrales, disfunción cerebelosa e incluso hemiplejía. ¹⁸

Si tomamos en cuenta la revisión hecha, donde existe el consenso general ^{11, 18-20} que los lóbulos superiores del pulmón derecho son los más afectados,

pudiéramos por sumatoria asegurar con nuestro trabajo este planteamiento 49, 07 %, o sea, 132 enfermos.

La localización tumoral está muy relacionada al tipo histológico.^{4, 5, 8} El 75 % de los carcinomas broncogénos asientan en el bronquio principal y se evidencia en el hilio pulmonar; el 25 % restante se origina en los bronquios finos, se detectan en la periferia del pulmón.^{17, 18, 20}

CONCLUSIONES

La tos y la disnea fueron los síntomas y signos más frecuentes, así como su forma clínica de presentación. La anemia y el deterioro mental fueron las manifestaciones paraneoplásicas más frecuentes. Los lóbulos superior y medio del pulmón derecho fueron los más afectados (49, 07 %). Las metástasis más frecuentes fueron cerebro (32, 89 %) y mediastino (27, 63 %)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cohen MH. Signs and Symptoms of bronchogenic carcinoma. *Semin Oncol* 1999; 1(2):183-5.
2. Bisbmas I, Lang Kmaer VG. Pit Falls and delay in the diagnosis of Pancoast tumour presenting in orthopaedic units. *Ann R Coll Surg Engl* 1999; 81 (5):291-5.
3. Cox JD, Yerner RA. Adenocarcinoma of the Lung Recent result From The Veterans Administration Lung group. *Am Rev Respir Dis* 1999; 120 (1):1025-7.
4. Informe de la OMS. El cáncer de pulmón en la actualidad. *Foro Mundial de la Salud* 1985; 3(5):79-85.
5. Sile CC, Perry DJ, Nam L. Small cell carcinocythemia. *Arch Pathol Lab Med* 1999; 123(5):426.
6. Phirole PC, Piehler JM. Broncogenic carcinoma with cleft wall invasion. *Ann Thorac Surg* 1998; 34(2):684-91.

7. Orts D, Hernández I, Barroso E. Romero S. Hypertrophic osteoarthropathy in lung cancer: Are the Radiographic bone changes reversible after curative resection ?. *Monaldi Arch Chest Dis* 2000; 55(2):122.
8. Schoenberg J, Klotz J, Wilcox H. Case control study residential radon and lung cancer among new jersey citizen. *Cancer Res* 1998; 50(1):6520-4.
9. Ketai L, Malby M, Jordan K. Small nodules detect on chest radiography : does size predict calcification ? *Chest* 2000; 118(3):610-12.
10. Seeman MD, Seeman O, Bowel H. Differentiation of Malignant from Beniga solitary pulmonary lesions using chest radiography, spiral CT and HRCT. *Lung Cancer* 2000; 29(2):105-24.
11. Awerbach O. Histological type of lung cancer in relation to smoking habits, year of diagnosis and sites of metastasis. *Cáncer* 1995 ; 67:82-7.
12. Cruz HJ. Cáncer broncopulmonar en nuestro medio. A propósito de 72 casos. *Rev Clin Esp* 1982; 165(5-6):337-41.
13. Eddy DM. Screening for lung cancer. *Ann Intern Med*. Mosby: McGraw-Hill; 1989. p.232.
14. F. Ferriols Lisart, Ferriols Lisant R. Influencia del tabaco, el alcohol y las enfermedades broncopulmonares en el desarrollo del cáncer de pulmón. Estudio de casos y controles. *Oncología* 1998: 21(3):58-68.
15. Sasuvulle EA. Lung Neoplasms. En: Kelley. *Textbook of Internal Medicine*. Newyork: Lippincott; 1993: 673-722.
16. Humphery EW, Ward AB, Perri RT. Cáncer de pulmón. *Manual Oncología Clínica*. Cancer Society. Washington: OPS, 2000: 249-66.
17. Sanderson JE, H JR. Lung cancer: The American view. *Eur Respir J* 1999; 2(10):2002-7.
18. Lannuzzi MC, Towes GB. Neoplasms of the lung. *Internal medicine*. ST Louis : Mosby; 1994. p. 121-28.
19. Samet JM. The epidemiology of lung cancer. *Chest* 103(suppl):205, 1993.
20. Leenhouts HP, Brogmans MJ. Calculation of the 1995 lung cancer incidence in the Netherlands and Sweden caused by Smoking an Radon. *Radiat Environ Biophys* 2001; 40(1):11-21.

Recibido: 5 de diciembre de 2002

Aprobado: 30 de abril de 2003

Dra. Alina Monteagudo Canto. Especialista de II grado en Medicina Interna
Hospital Clínico Quirúrgico Docente Provincial Manuel Ascunce Domenech.
Camagüey. Cuba.