

NEUMOLOGÍA



CÁNCER DE PULMÓN

Ignacio Inchaurrega Álvarez
Neumología. H U Dr Peset

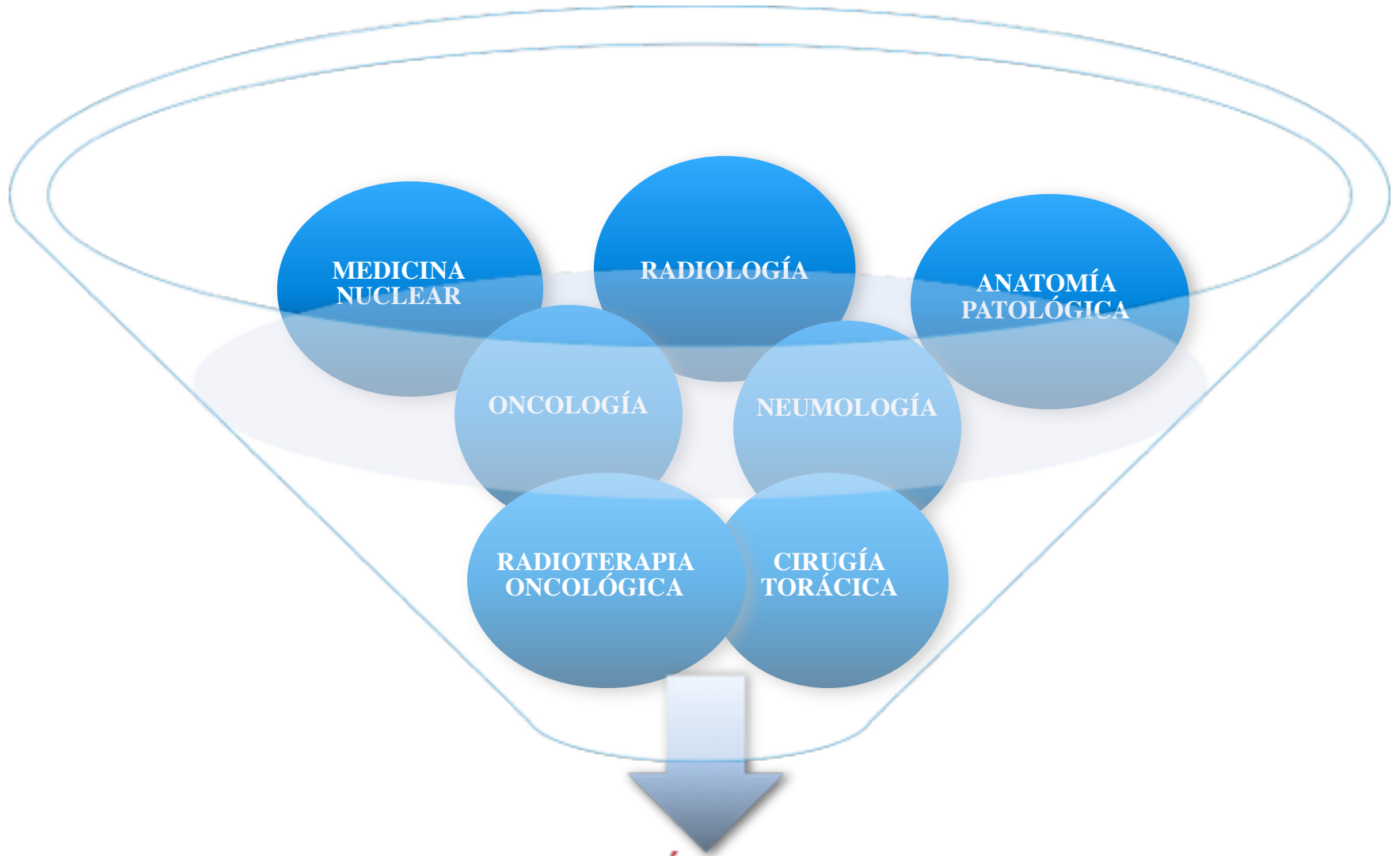
CÁNCER DE PULMÓN

NEUMOLOGIA

Diagnóstico

Estadificación

Seguimiento



**MEDICINA
NUCLEAR**

RADIOLOGÍA

**ANATOMÍA
PATOLÓGICA**

ONCOLOGÍA

NEUMOLOGÍA

**RADIOTERAPIA
ONCOLÓGICA**

**CIRUGÍA
TORÁCICA**

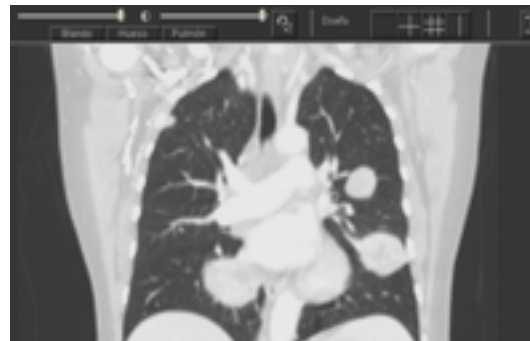
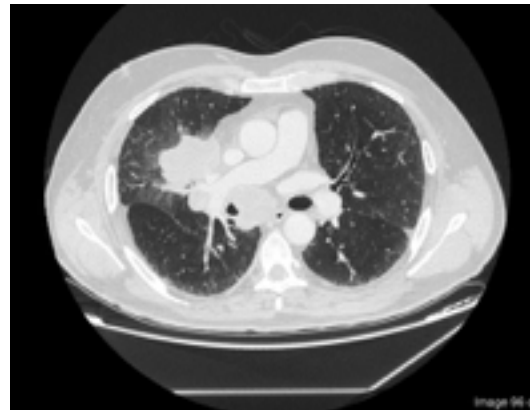
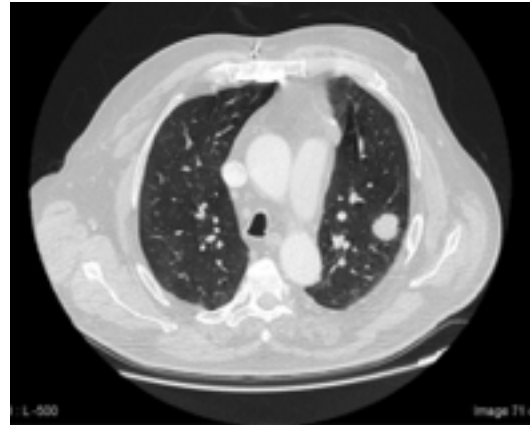
**SUBCOMISIÓN DE TUMORES
TORÁCICOS**

Cáncer?

LESIÓN \leq 3cm

LESIÓN $>$ 3cm

**LESIONES
MÚLTIPLES**



LESIONES MÚLTIPLES

Tumores sincrónicos?

Histología:

Diferente

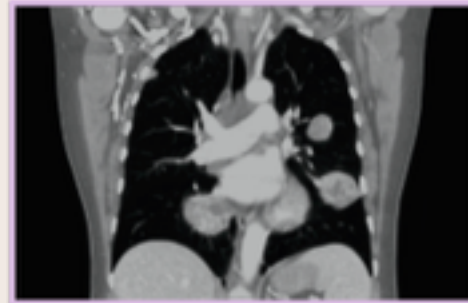
Idéntica, en diferente lóbulo o pulmón, si:

→ **Linfáticos libres (N0)**

→ **Sin metástasis extrapulmonares**

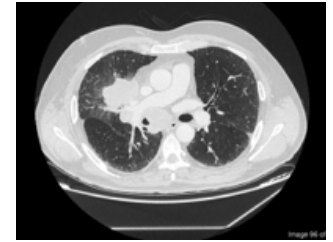
→ **Metabolismo / Vidrio?**

→ **Diferente ploidía ADN**



*Martini y Melamed. J Thorac Cardiovasc Surg 1975;
Antakli, et al. Ann Thorac Surg 1995*

LESIÓN > 3 cm



Diagnóstico
***Estadificación inicial**

Estadificación

M+

TAC Craneal
ECO Hepática
Rastreo óseo
PAAF...

Valoración Clínica
TAC TÓRAX+Ext
PET-TAC

N0-1

EXCEPTO
Adenopatía TC >15 mm
Tumor central
Tumor con SUV BAJO
Sospecha N1

CIRUGIA
TORÁCICA

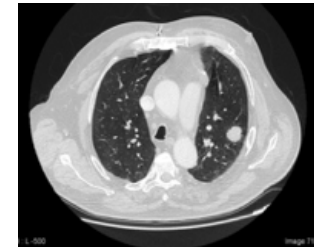
BRONCOSCOPIA
PAAF/Biopsia x TAC
ó Ecodirigida

N2
ó
DISCORDANCIA
N0-1 / N2

EBUS-EUS

Mediastinoscopia
Medistintotomía
VTC...

LESIÓN ≤ 3 cm



NP SÓLIDO

Valoración
Clínica

RIESGO
de
Cáncer

TAC

≤ 8 mm

> 8 mm

SIN
RIESGO

< 5 mm

STOP

5 - 6 mm

TAC 12 m \rightarrow estable \rightarrow STOP

7 - 8 mm

TAC 6 - 12 m y 18 - 24 m

CON
RIESGO

< 5 mm

TAC 12 m \rightarrow estable \rightarrow STOP

5 - 6 mm

TAC 6 12 m y 18 - 24 m

7 - 8 mm

TAC 3 - 6 m, 9- 12 y 24 m

P ALTA

(Broncoscopia) CIRUGÍA

P.
INTERMEDIA
Ó BAJA

PET-

TAC 3-6, 9-12 Y 24

PET+

Broncoscopia / PAAF_TAC
 \rightarrow SEGUIM. Vs CIRUGIA

P. MUY BAJA

TAC 3-6, 9-12 Y 24 m

TÉCNICAS NEUMOLÓGICAS



DIAGNÓSTICO

- Broncoscopia
- Punciones Ecoguiadas
- Ebus Radial
- Navegador Electromagnético
- Toracocentesis-Biopsia PI



ESTADIFICACIÓN

- Broncoscopia
- EBUS / EUS sectorial
- Toracocentesis-Biopsia PI

BRONCOSCOPIA

DIAGNÓSTICO

Citologías:

BAS
LBA
CEPILLO
PAAF

Biopsias



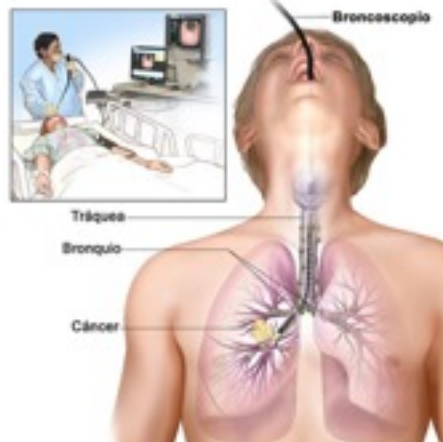
ESTADIFICACIÓN

Infiltración Traqueal
Infiltración carina Ppal
Lesiones múltiples
PAAF Transbronquial (N)



ORIENTACIÓN A LA CIRUGÍA

Localizaciones condicionantes



BRONCOSCOPÍA CON ULTRASONIDOS: EBS - EUS

⊛ RADIAL:

20-30 MHz

visión 360°

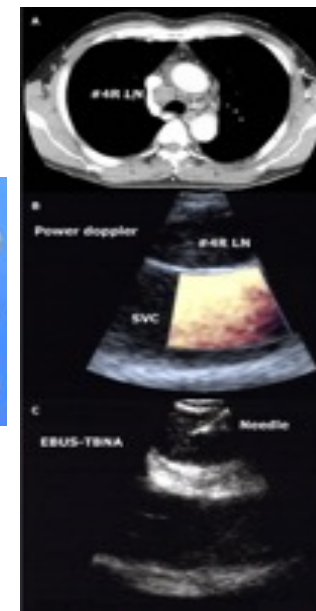
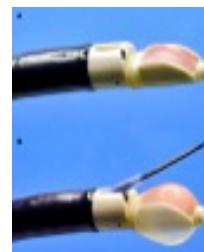
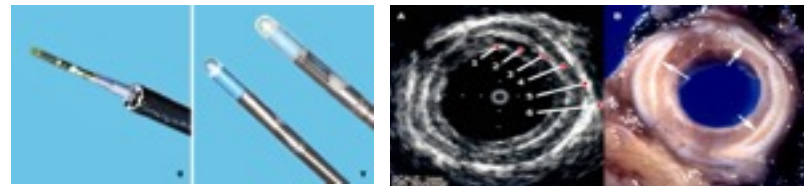
⊛ CONVEXA:

7,5 MHz

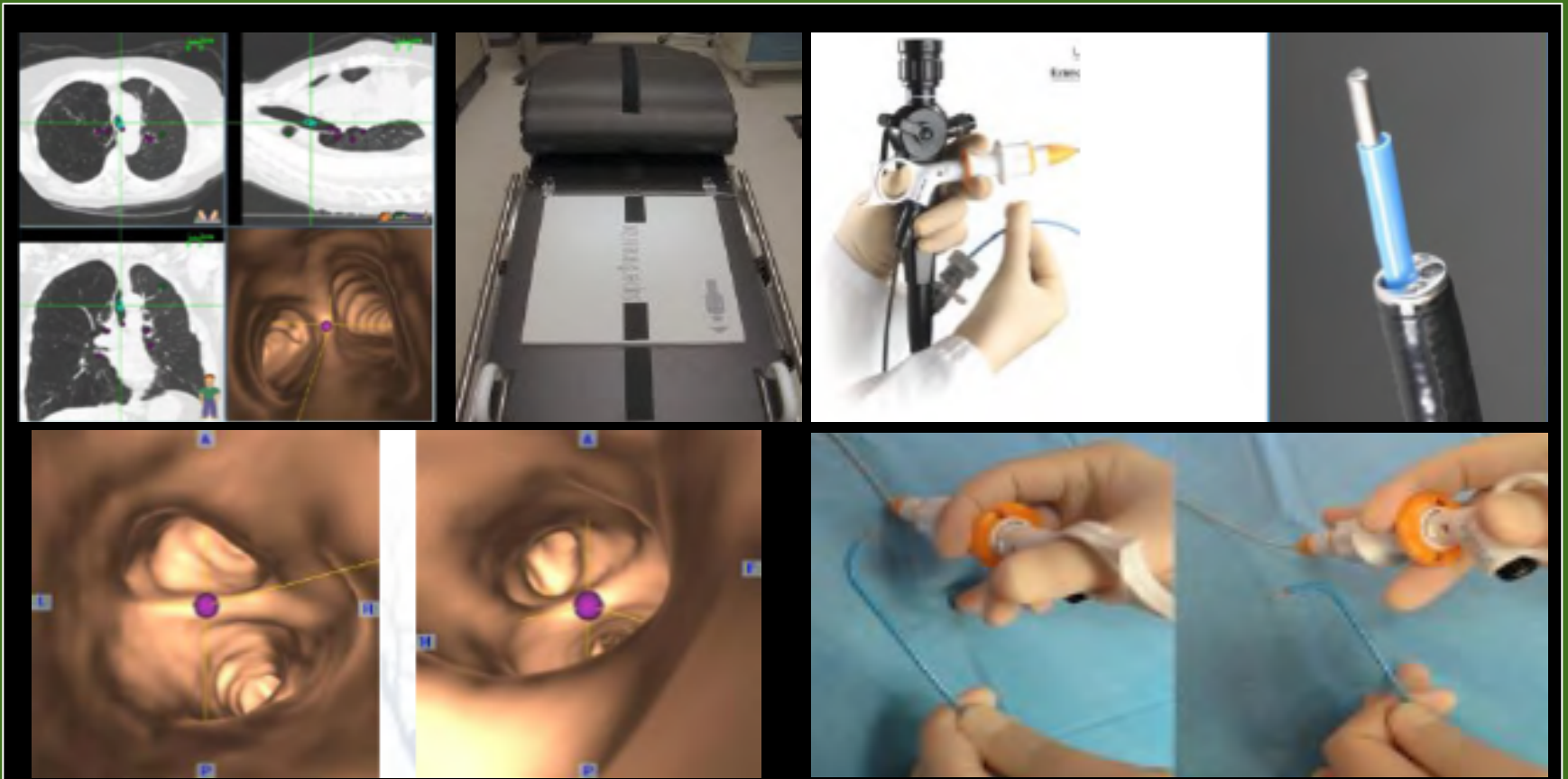
visión 90°

tiempo real

doppler



NAVEGADOR ELECTROMAGNÉTICO



BIOPSIAS PULMONARES TRANSTORÁCICAS ECOGUIADAS

ECOGRAFÍA TORÁCICA

Ventajas:

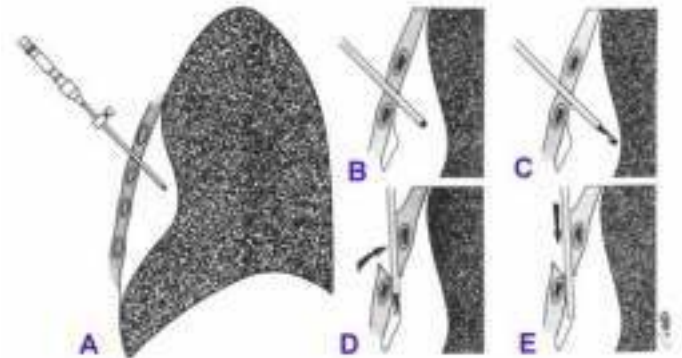
Rápida
Segura
Efectiva

Condiciones:

Contacto con pleura
Obstrucción costal



TORACOCENTESIS Y BIOPSIA PLEURAL



DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN

APLICACIÓN DE OTRAS TÉCNICAS NEUMOLÓGICAS EN CÁNCER DE PULMÓN

- **Braquiterapia** (Iridio 192)



- Repermeabilización bronquial con control de hemoptisis y disnea (**láser electrocauterio, crioterapia**)

- **Prótesis endobronquiales**

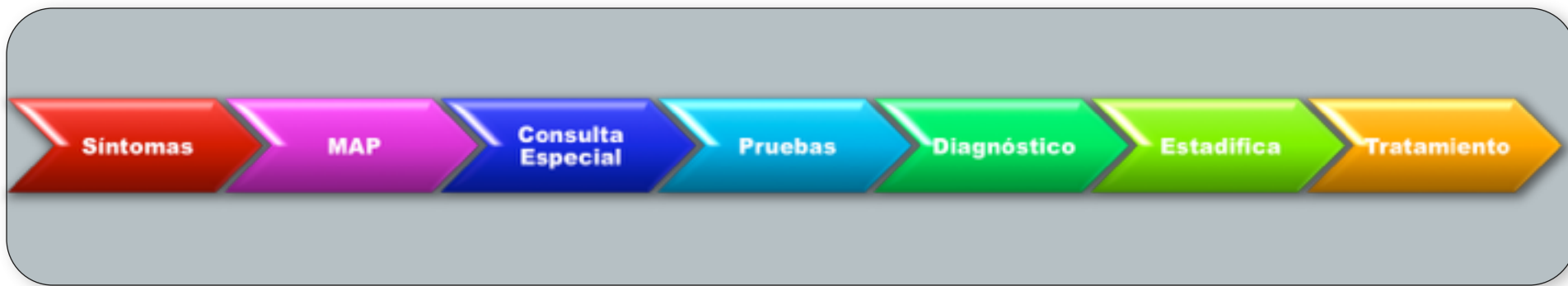


- Control disnea: **Drenajes permanentes** tunelizados



PROCESO DIAGNÓSTICO

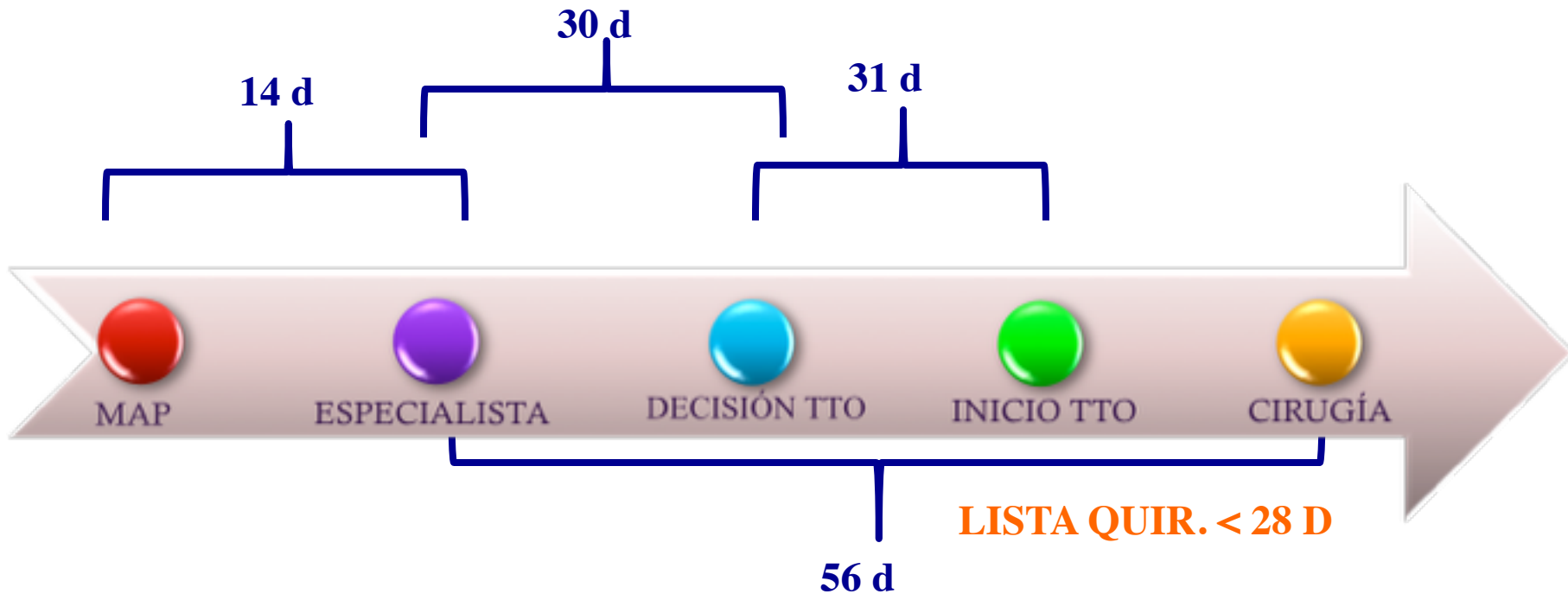
PROCESO DIAGNÓSTICO



TIEMPO

IMPORTANCIA DEL TIEMPO

Tiempos Recomendados



En general desde DECISIÓN DE TTO a su INICIO 31 días

IMPORTANCIA DEL TIEMPO

Progresión de la extensión ?

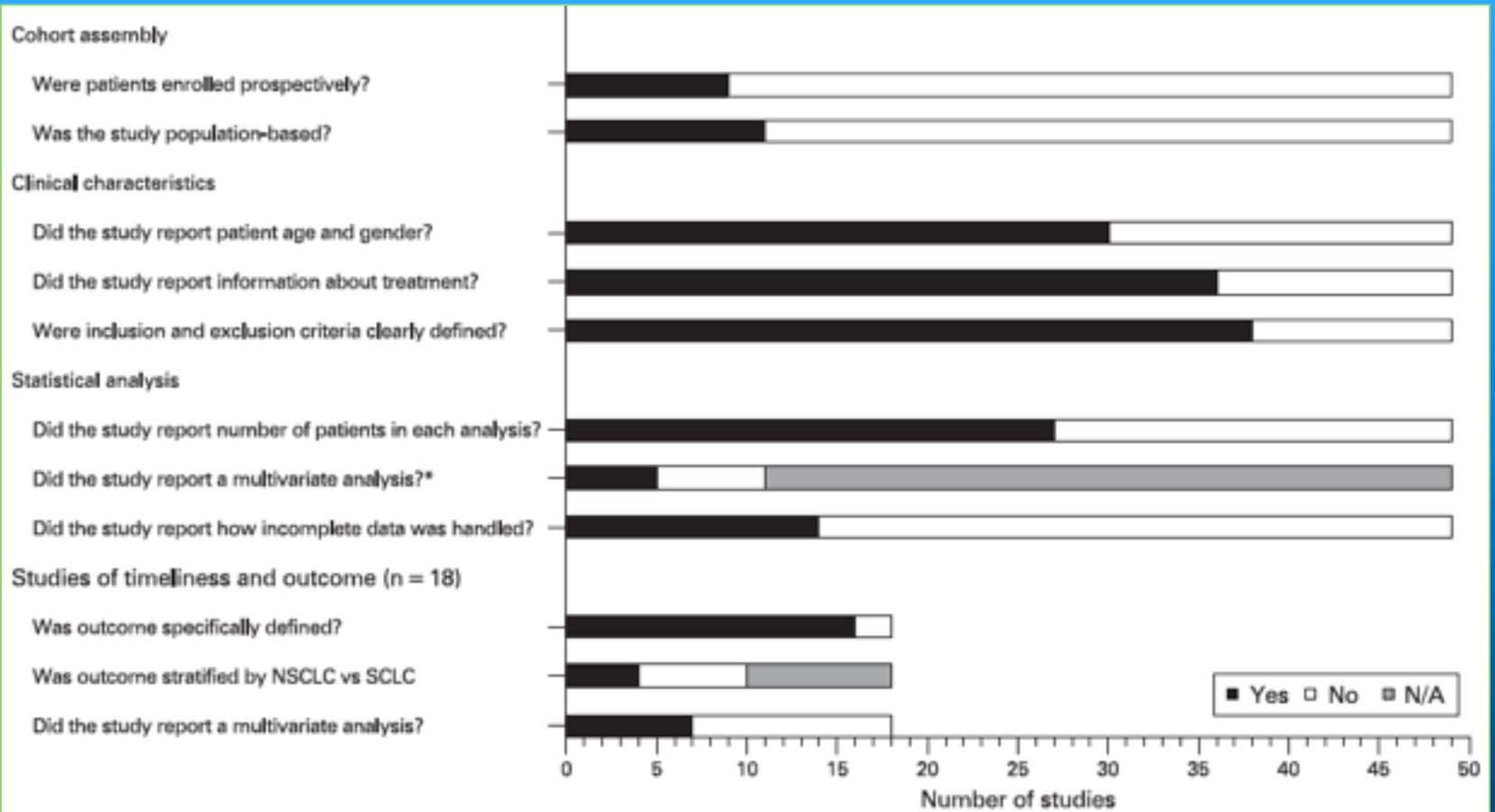
Supervivencia- Pronóstico ?

Control de síntomas ?

Psicológico de paciente y familiares ?

Timeliness of care in patients with lung cancer: a systematic review

J K Olsson, E M Schultz, M K Gould. *Thorax* 2009;64:749–756



SUPERVIVENCIA

LUNG CANCER

Effect of delays on prognosis in patients with non-small cell lung cancer

G Myrdal, M Lambe, G Hillerdal, K Lamberg, Th Agustsson, E Ståhle

Thorax 2004;59:45-49

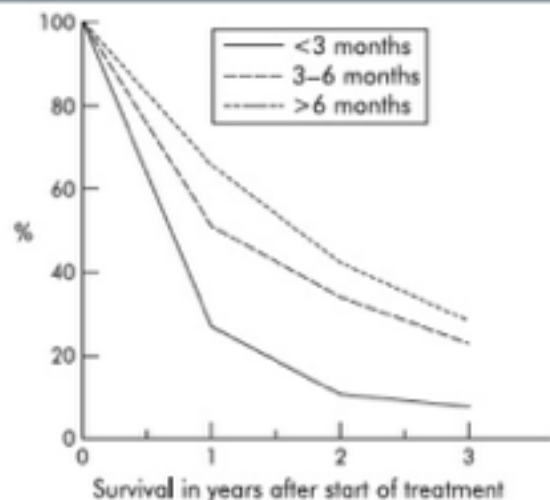


Figure 1 Overall survival in all patients treated for primary lung cancer during the study period (1995-9) in relation to symptom to treatment delay.

Table 2 Stage of lung cancer with respect to delay time, showing number of patients at each stage according to different delay

	Stage according to current TNM classification*			
	I-II	IIIA	IIIB	IV
Hospital delay*				
<1 month	17 (13)	8 (24)	41 (29)	46 (43)
1-2 months	50 (38)	13 (39)	57 (40)	35 (33)
2-3 months	36 (27)	4 (12)	22 (16)	17 (16)
>3 months	28 (21)	8 (24)	22 (15)	9 (8)
Symptom to treatment delay†				
<3 months	8 (9)	7 (25)	36 (27)	43 (43)
3-6 months	45 (49)	9 (32)	48 (36)	36 (36)
>6 months	39 (42)	12 (43)	50 (37)	20 (20)

Data are presented as n (%) within each disease stage.

*Missing (n = 53).

†Missing (n = 112).

SUPERVIVENCIA (espera quirúrgica)

Influencia de la demora quirúrgica en la supervivencia de los pacientes intervenidos por carcinoma broncogénico.

MA Cañizares Carretero et al. Arch Bronconeumol.2007;43:165-70

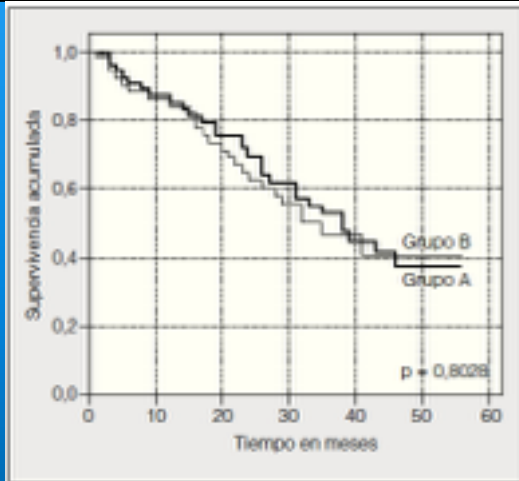


Fig. 2. Supervivencia de los pacientes intervenidos por carcinoma broncogénico según la demora en el tratamiento quirúrgico (grupo A ≤ 56 días; grupo B > 56 días).

Supervivencia de los pacientes según las variables estudiadas

	Número de pacientes	Mediana (meses)	IC del 95%	p (rangos logarítmicos)	Regresión de Cox		
					p	OR	IC del 95%
Tiempo de espera (días)				0,803			
≤ 56	55	38	29-47				
> 56	53	35	22-48		> 0,05	1,001	0,988-1,015

HOSPITALIZACIONES

Evaluación de la utilización de una consulta de diagnóstico rápido de cáncer de pulmón. Tiempos de demora diagnóstica y terapéutica

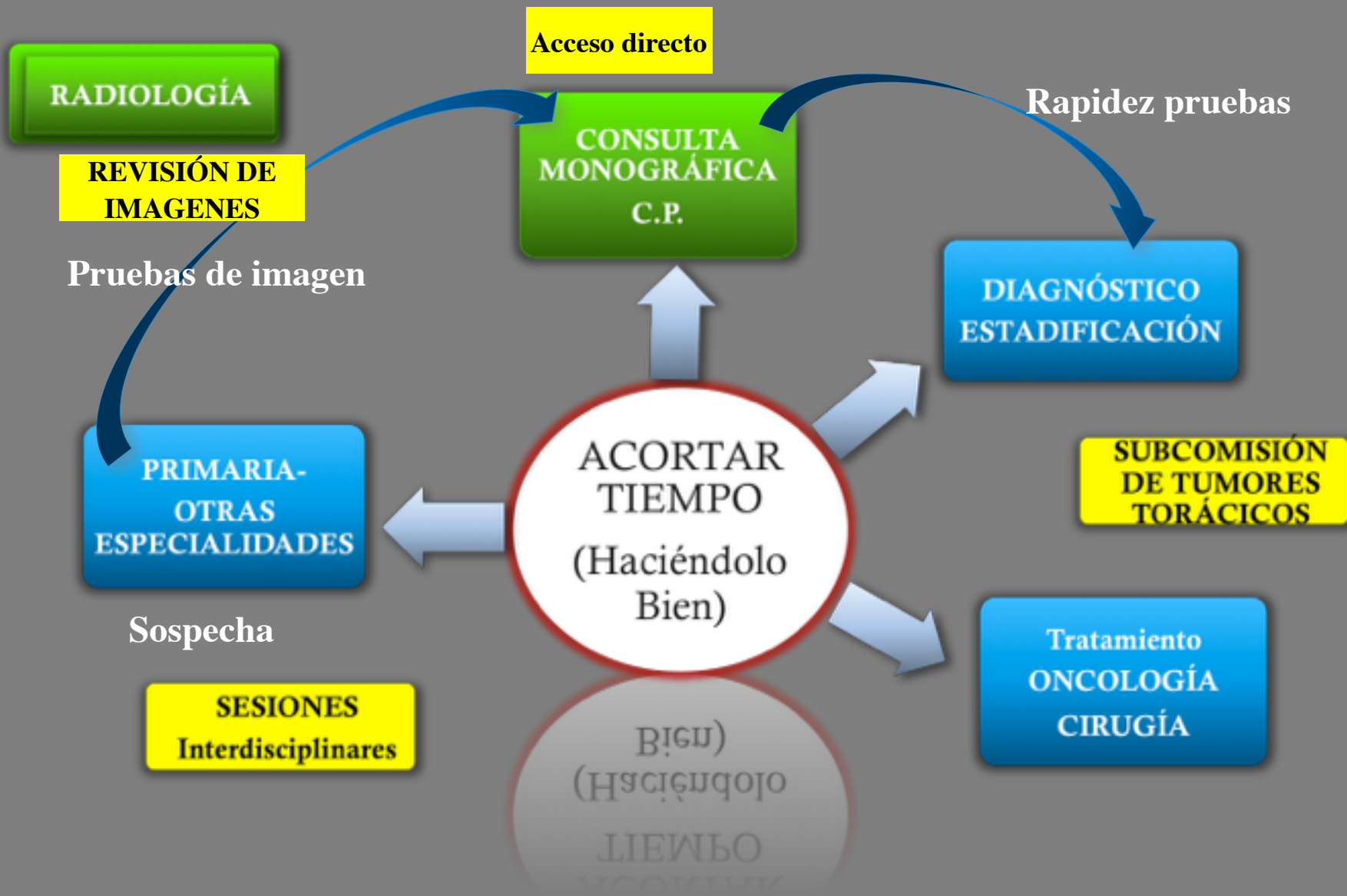
Javier Hueto Pérez De Heredia*, Pilar Cebollero Rivas, José Antonio Cascante Rodrigo,

Arch Bronconeumol. 2012;**48(8)**:267-273



Comparación entre las CDR-CP y NCDR-CP de datos de hospitalización y cumplimiento de las recomendaciones en las demoras diagnóstico-terapéuticas

	CDR-CP (n = 74)	NCDR-CP (n = 151)	p
<i>Datos de hospitalización</i>			
Pacientes que ingresaron a lo largo del estudio: n (%)	18 (24,3)	89 (58,9)	<0,0001
Días de ingreso en neumología: mediana (rango intercuartil)	2 (2-3)	5 (2-11)	0,0005
Días de ingreso totales ^a : mediana (rango intercuartil)	2 (2-3)	8 (3-13)	<0,0001



CONSULTA RÁPIDA

MOTIVOS:

No varía supervivencia (casos borderline de tto!!!)

Disminuye hospitalizaciones ... COSTE

Ansiedad paciente y familia → CALIDAD DE VIDA

Control síntomas

Evitar que una lesión curable deje de serlo

Cambiar pensamiento:

“ cual es el Tpo máximo tolerable” por

“ cual es el Tpo mínimo en el que podemos dar una respuesta”

“ A veces tardar más es acertar más”... en ese caso informar al paciente para disminuir ansiedad



COMO MEJORAR SUPERVIVENCIA?

- ➔ PREVENCIÓN TABAQUISMO
- ➔ DETECCIÓN PRECOZ (screening ?)



Gracias