

TRABAJO ORIGINAL

***Carcinoma bronquioloalveolar,
¿Diagnóstico precoz?. Experiencia 1994-1997
en el Instituto Nacional del Tórax***

JAIME GUACHALLA U.*, CARLOS CZISCHKE D.*, EDUARDO SABBAGH P.**,
MANUEL MENESES C.***, GLORIA GAJARDO M.***, RODRIGO LILAYÚ CH.****,
ESTEBAN HERNÁNDEZ R.****, FRANCISCA SALAS P.**** y REINALDO ROSAS B.****

BRONCHIOALVEOLAR CARCINOMA. EARLY DIAGNOSIS?
STUDY AT INSTITUTO NACIONAL DEL TORAX 1994-1997

Bronchioloalveolar Carcinoma (BAC) at an early stage is presented as an asymptomatic peripheral nodule being stable for some years. Surgical treatment has up to 80% five years survival at this stage. Up to 50% of patients are diagnosed at this stage in developed countries by screening. BAC's prognosis is drastically worse at the phase of diffuse invasion of microcanaliculi. Our aim was to asses the early diagnosis of BAC in our institution. We study retrospectively these patients from our data base registry in a 4 years period (1994 to 1997). Fifteen out of 673 lung cancer patients had BAC as diagnosis (2.2%) which was confirmed by cytology or/and histology. Mean age of these patients was 64 years old, male/female ratio = 1.1 and 56.2% of them were heavy smokers. Two patients (13,3%) with a peripheral nodule were subjected to a lobectomy with a survival time of 56 and 30 months respectively. The other 13 patients received only palliative treatment with a mean survival time of 9 months. In this series age, sex and smoking were similar to other series. However, the number of asymptomatic patients diagnosed as peripheral nodule is clearly much lower in comparison to other series published (13 versus 50%). These results show the importance of screening to find more patients with BAC at the earliest stage. The frequency of patients in which BAC is diagnosed in stage of nodule, might reflect the quality of detection for lung cancer at any medical center.

Key words: *Bronchioloalveolar Carcinoma, Lung Cancer; survival time.*

* Servicio de Cirugía y

** Servicio de Radiología, Instituto Nacional del Tórax.

*** Servicio de Anatomía Patológica, Hospital del Salvador.

**** Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

RESUMEN

El carcinoma bronquioloalveolar (CABA) se presenta inicialmente en etapa de nódulo periférico, asintomático y estable por algunos años. En esta etapa el tratamiento tiene una sobrevida de 75 a 80% a cinco años. En los países desarrollados su diagnóstico se logra en esta etapa hasta en un 50% de los pacientes. La fase de microdiseminación canalicular corresponde a un estadio difuso de mal pronóstico. Nuestro propósito fue evaluar el diagnóstico precoz del CABA en el Instituto Nacional del Tórax (INT). Se realizó una revisión retrospectiva de estos pacientes usando la base de datos de cáncer pulmonar del INT durante 1994-1997. Se encontró 673 pacientes con cáncer pulmonar, de los cuales 15 (2,2%) eran del subtipo CABA confirmado por citología y/o histología. El promedio de edad de estos pacientes fue 64 años. La relación masculino/femenino = 1,1 y 56,2% eran fumadores. En etapa de nódulo ingresaron dos pacientes con CABA (13,3%), que fueron tratados con lobectomía, sobreviviendo 56 y 30 meses respectivamente. El promedio de sobrevida de los 13 pacientes con tratamiento paliativo fue 9 meses. En este estudio los pacientes con CABA en cuanto a promedio de edad, distribución por sexo y hábito tabáquico son coincidentes con los de otras series. Sin embargo, el porcentaje de pacientes diagnosticados en etapa de nódulo periférico es claramente menor a los registrados en países desarrollados (13 versus 50%). Este hecho muestra la importancia del tamizaje oportuno del paciente con CABA para encontrarlos en la etapa más precoz. La frecuencia de pacientes con CABA diagnosticados en etapa de nódulo periférico podría reflejar la calidad de la pesquisa del cáncer pulmonar en cualquier centro hospitalario.

INTRODUCCIÓN

El CABA es un subtipo de adenocarcinoma poco frecuente, representado alrededor de un 5% del cáncer pulmonar total^{1,2}. Se presenta inicialmente en etapa de nódulo periférico, respetando el estroma pulmonar, sin producir síntomas por periodos de hasta varios años. Este tipo de cáncer presenta características radiológicas específicas en etapa de nódulo pulmonar periférico, estas son broncograma aéreo, retracción de la pleura visceral, espiculaciones y abombamiento de la cisura lobar³. En esta etapa la sobrevida a 5 años es del 75 a 80%, comunicándose su diagnóstico en las publicaciones internacionales hasta en un 50% de los pacientes^{4,5}. Posteriormente, en una fase más avanzada se produce microdiseminación canalicular comprometiendo difusamente al pulmón. Esta etapa presenta sintomatología variada siendo lo más frecuente la tos

irritativa, canina o productiva, taquipnea y toracalgia entre otros. Además, radiológicamente esta etapa puede presentarse como una imagen similar a neumopatía, condensación, tuberculosis, sarcoidosis, etc. Este estadio escapa del alcance quirúrgico, dado su carácter difuso y rápida progresión, traducéndose así, en un mal pronóstico del paciente^{6,7,8}.

OBJETIVO

Analizar la situación en el Instituto Nacional del Tórax en cuanto al diagnóstico precoz de esta enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

De la base de datos de cáncer pulmonar del Instituto Nacional del Tórax, se revisaron retrospectivamente las fichas clínicas de los pa-

cientes con diagnóstico histológico confirmado de CABA hospitalizados entre el 1 de Enero de 1994 y el 31 de Diciembre de 1997. Se excluyeron los pacientes que presentaron otro cáncer no pulmonar.

Los datos extraídos de dicho registro fueron: edad, sexo, hábito tabáquico, sintomatología, características radiológicas, procedimientos diagnóstico-histológicos realizados, estadio TNM, fecha de inicio de los síntomas, fecha de defunción del paciente.

Los datos clínicos, estudios radiológicos y los informes citohistológicos fueron revisados por los autores especialistas.

En los casos en que la fecha de defunción del paciente no fue consignada en la ficha clínica, esta fue obtenida del Servicio de Identificación y Registro Civil.

El análisis estadístico fue realizado con el método Kaplan Mayer SS8.

RESULTADOS

Se seleccionaron 673 pacientes con cáncer pulmonar de los cuales 15 (2,2%) eran del subtipo CABA. En las Tablas 1 y 2 se detallan los resultados obtenidos.

Tabla 1. Cáncer Bronquioloalveolar: Aspectos epidemiológicos y clínicos

Índice		n	%
Sexo	Hombre	8	53,3
	Mujer	7	46,7
Edad (Promedio)	Hombre	64	49-79
	Mujer	64	51-78
Hábito tabáquico	Fumadores	8	53,3
	No Fumadores	7	46,7
Síntomas	Tos	14	93,3
	Broncorrea	9	60
	Disnea	6	40
	Dolor	2	13,3
Radiología	Nódulo pulmonar solitario	2	13,3
	Condensación	6	40
	Nódulos múltiples	9	60
	Broncograma aéreo	5	33,3
	Lesiones bilaterales	6	40
Citohistología	Citología Expectoración (+)	12	80
	Biopsia Transbronquial	3	20
	Biopsia Pulmón	3	20

Tabla 2. Carcinoma Bronquioloalveolar: Oportunidad diagnóstica, etapificación y tratamiento

		n	%
Oportunidad diagnóstica	Diagnóstico Precoz	2	13,3
	Sobrevida	43 meses	
	Diagnóstico Tardío	13	86,7
	Sobrevida	9 meses	
Etapificación TNM	T1N0M0	2	13,3
	T4N0M0 (IIIB)	5	33,3
	T2-4N0M1 (IV)	8	53,3
Tratamiento	Quirúrgico	4	26,7
	Sintomático	11	73,3

DISCUSIÓN

El estudio realizado nos permite concluir que el CABA en cuanto a promedio de edad, distribución por sexo y hábito tabáquico son coincidentes con lo descrito en publicaciones internacionales, hecho que nos permite deducir que el grupo estudiado es representativo de esta patología. Lo anterior podría explicarse porque la población atendida en el Instituto Nacional del Tórax refleja su condición de centro de referencia nacional.

La mayor frecuencia de sexo femenino así como la menor tasa de pacientes fumadores en comparación con el resto de los cánceres pulmonares, concuerda con lo publicado en otras series, lo que nos lleva a plantear la teoría de la existencia de diversos factores que influyen en la etiología de esta enfermedad como por ejemplo carga genética, o agentes virales.

Respecto a las características clínicas que presenta esta patología podemos diferenciar claramente una etapa temprana de nódulo pulmonar solitario asintomático y una etapa difusa avanzada de microdiseminación canalicular con variada sintomatología. En ambas etapas el diagnóstico puede verse retrasado debido a su compatibilidad clínica y radiológica con el nódulo solitario benigno en la etapa temprana y su semejanza con neumopatías, condensaciones, tuberculosis, sarcoidosis y otras, en etapas avanzadas.

Cabe destacar el alto rendimiento que la citología de expectoración tiene en el diagnóstico de CABA de esta serie, lo que es fácilmente deducible dado el alto porcentaje de pacientes estudiados que ya se encontraban en etapas avanzadas, señalando a este examen diagnóstico como un indicador de la demora en la pesquisa precoz de esta patología.

El porcentaje de cáncer bronquiolo alveolar diagnosticado en etapa de nódulo pulmonar solitario es significativamente menor a lo registrado en las publicaciones de países desarro-

llados, lo que puede ser explicado por diversas razones como el desconocimiento de la enfermedad y sus síntomas y la sensación de invulnerabilidad ante ella por parte del paciente. Es también importante el temor que la población siente ante un diagnóstico de esta enfermedad. Por parte del personal de la salud debemos considerar la deficiente promoción de salud y error en el diagnóstico precoz de la enfermedad. Este hecho cobra vital importancia ante la notable diferencia que existe en el pronóstico de sobrevida del paciente diagnosticado en etapa temprana *versus* aquel diagnosticado en etapa avanzada.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- MARTINI N, MELAMED M. Multiple primary lung cancers. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1975; 70: 606-12.
- 2.- GUACHALLA J. Mediastinoscopía y Cáncer pulmonar. *Rev Chil Cancerología* 1993; 3: 84-5.
- 3.- GUACHALLA J. Cáncer Bronquioloalveolar. Experiencia del INERyCT. *Rev Chil Cancerología* 1992; 2: 19-30.
- 4.- HENSCHKE C I, MCCAULEY D I, YANKELEVITZ D I, NAIDICH D F, MCGUINNESS D P, MIETTINEN G et al. When early-stage lung cancer is detected and surgery is possible, 5-year survival rates can reach 85%. ("Early Lung Cancer Action Project: overall design and findings from baseline screening.") *Lancet* 1999; 354: 99-105.
- 5.- FONTANA R, SANDERSON D, WODNER L B, MANN J. Lung cancer screening the major program. *J Occupational Med* 1996; 28: 746-50.
- 6.- MULLER D, MCMANUS K, ALLEN M S, KARL F, BOHLENDER J. Results of surgical resection in patients with N2 non-small-cell lung cancer. *Ann Thorac Surg* 1994; 57: 1095-101.
- 7.- MOUNTAIN C. Surgical Treatment of Non Small Cell Lung Cancer. En: *Pulmonary Diseases and Disorders* 2ª Edición, Elsevier, Copenhagen, 1993 vol 3 pp 1991-2000.
- 8.- ICHINOSE Y, HARA N, OHTA M, HIDEHIKO, HIDEAKI U. Is T factor of the TNM staging system a predominant prognostic factor in pathologic stage I non-small-cell lung cancer? A multivariate prognostic factor analysis of 151 patients. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1983; 106: 90-4.