

Tratamiento radiante exclusivo del C.B.P. "no oat cell"

Dres. Ignacio M. Musé, Graciela Sabini, Alberto Vassallo y Héctor D. Navarrete

Se procura establecer el valor de la radioterapia exclusiva, tanto en la paliación sintomática como en la sobrevida en un grupo de pacientes con cáncer de pulmón no reseado y limitado al tórax.

Sobre una población de 567 enfermos tratados en la Cátedra de Oncología, entre 1970 y 1979, se realizó un muestreo analizando la casuística de los años 1970, 1975 y 1979. Fueron evaluables 87 pacientes.

La curva global de sobrevida evidenció una media de 4,5 meses, con 12% de sobrevida al año y 1,1% a los dos años.

La paliación sintomática se logró en el 100% de los pacientes.

Se analizaron los siguientes parámetros: edad, tipo histológico, dosis de irradiación, año de realizado el tratamiento y resultado del mismo correlacionándolos con la sobrevida.

Únicamente con las dosis se observaron diferencias significativas, a favor de la irradiación con dosis altas, 5.500 a 6.000 rad/tumor. Se propone una interpretación sobre este hecho.

Considerando los pobres resultados obtenidos, tanto con dosis subradicales como radicales, se cuestiona el valor de la radioterapia en esta población.

Finalmente, se llama la atención en el sentido de lograr consultas más oportunas, con menor masa tumoral, como única forma de lograr mejores resultados.

INTRODUCCION

El valor de la irradiación en el cáncer de pulmón, "no oat cell", constituye aún un aspecto polémico.

Existe acuerdo en sostener su indicación, como procedimiento paliativo, frente a la compresión mediastinal, el sangrado bronquial; el dolor, la neumatosis por obstrucción o compresión canalicular. En cada una de estas situaciones la radioterapia logra, habitualmente, un efecto beneficioso, sintomático, contribuyendo significativamente al logro de una mejor calidad de sobrevida.

También existe acuerdo sobre la utilidad de este procedimiento en las metástasis óseas, cerebrales o raquídeas.

Presentado como Tema libre al XXXII Congreso Uruguayo de Cirugía, Carmelo, Noviembre de 1981.

Prof. Adj., Prof. Adj., Médico y Post-Graduado de Oncología, Cátedra de Oncología - Facultad de Medicina.

Dirección: Jones Rose 6414, Montevideo. (Dr. I.M. Musé).

El aspecto polémico se centra sobre el efecto que, sobre la sobrevida, pueda ejercer la radioterapia, en pacientes con enfermedad localizada al tórax. Parece bien demostrado que la irradiación es capaz de inducir remisión lesional, en distinto grado y aún esterilización, cuando las dosis son del orden de 5.500 a 6.000 rad/tumor, en 5,5 a 6 semanas (279) (335). Dosis más elevadas se acompañan de serias complicaciones yatrogénicas.

El efecto que estas respuestas locales puedan tener sobre la sobrevida es estimado desde nulo por unos (92) (311), hasta favorables por otros, con sobrevidas comparables a las obtenidas con la cirugía (181)(335).

Diferentes planes de irradiación, dosis, fraccionamiento, criterios de evaluación de resultados y, especialmente, de selección de pacientes, hacen dificultoso llegar a una conclusión definitiva(277).

En el presente trabajo se procura establecer el valor de la radioterapia exclusiva, tanto en la paliación sintomática como en la sobrevida, en un grupo de pacientes con cáncer de pulmón no reseado. Se pretende con ello establecer criterios aplicables a nuestro medio.

Material y Métodos

Se analizan los casos de cáncer de pulmón ingresados en la Cátedra de Oncología de la Facultad de Medicina en los años 1970, 1975 y 1979. Esta población corresponde a 126 observaciones, siendo un 22% de la población total de enfermos de cáncer de pulmón (567) tratados entre 1970 y 1979.

De los 126 casos se excluyeron: 1o) los que presentaban metástasis en el momento de la consulta; 2o) los que no recibieron ningún tratamiento; 3o) los que no recibieron tratamiento radiante loco-regional; 4o) los que correspondían a la variedad histológica "oat cell". Se estudian finalmente 87 pacientes con cáncer de pulmón, "no oat cell", que recibieron tratamiento radiante loco-regional en el Dpto. de Oncología en los años 1970 (36), 1975 (27), 1979 (24).

El tratamiento quirúrgico no se realizó en 70 casos (80%) debido a la extensión loco-regional del proceso (T1,2; N2; M0), en 1 (1%) por la presencia de una metástasis costal —única—, la que quedó en la zona de irradiación (T2; N2; M1), en 1 caso (1%) por insuficiencia respiratoria, en 7 (8%) por insuficiencia respiratoria, en 7 (8%) por edad avanzada y en 8 (9%) por causas generales. Las última observaciones correspondían a estadios más precoces que las anteriormente señaladas.

CANCER DE PULMON NO RESECADO
ANALISIS DEL TRATAMIENTO RADIANTE

EADES DE COMIENZO EXPRESADAS EN PORCENTAJES

	1970	1975	1979
menos de 50	13.9	14.8	20.8
50 y 59	33.3	29.6	25.0
60 - 69	30.6	25.9	33.3
70 y mas	22.2	29.6	20.9

cuadro 1

El cuadro 1 muestra la distribución por edades de la población en los distintos años.

Ochenta y cinco pacientes eran de sexo masculino y solo dos de sexo femenino.

El cuadro 2 muestra la distribución de los tipos histológicos en los tres años analizados. Se destaca que aproximadamente la mitad corresponde a carcinomas epidermoides, con un neto aumento de los adenocarcinomas en 1979. Los dos casos de sexo femenino corresponden uno a un adenocarcinoma y el otro a un carcinoma epidermoide. Es significativo el descenso progresivo del porcentaje de casos sin confirmación microscópica.

Se estudia el tratamiento en función de la dosis de irradiación administrada. Todos los pacientes fueron irradiados con Cobalto 60, en el mismo equipo, y fueron seguidos hasta su muerte. Se consideró tratamiento radical cuando se alcanzó entre 5.500 y 6.000 rad/tumor y subradical cuando la dosis estuvo entre 4.000 y 5.500 rad/tumor. En todos los casos la dosis fracción fue de 200 rad/tumor por día.

Se evaluó el resultado del tratamiento considerando la mejoría del estado general del enfermo y la desaparición o mejoría de la hemoptisis, disnea, compresión mediastinal y/o bronquial.

CANCER DE PULMON NO RESECADO
ANALISIS DEL TRATAMIENTO RADIANTE

TIPOS HISTOLOGICOS EXPRESADOS EN PORCENTAJES

	1970	1975	1979
Epidermoide	44.4	48.2	54.2
Adenocarcinoma	2.8	7.4	25.0
Indiferenciado	16.7	18.5	12.5
Sin histología	36.1	25.9	8.3

cuadro 2

Se estudiaron las curvas actuariales de supervivencia y se analizó la significación estadística mediante el test de chi cuadrado.

Resultados

La figura 1 muestra la curva de sobrevida actuarial de los 87 casos analizados. Se destaca que el 50 % presenta una sobrevida de 4,5 meses, el 12% alcanza un año y solo 1 paciente (1,1%) sobrepasa los dos años y llega a los 30 meses.

Las curvas actuariales de supervivencia, según la edad de los enfermos, se muestra en la figura 2. La diferencia es estadísticamente significativa sólo entre el grupo de menos de 50 años y el que comprende edades entre 50 y 59 años (P: 0,05). Entre los otros grupos etarios no existen diferencias significativas.

El cuadro 3 muestra la predominancia de tratamientos radicales en los enfermos con edades comprendidas entre los 50 y 59 años.

La figura 3 muestra las curvas actuariales de sobrevida según el tipo histológico del tumor. No existen diferencias significativas entre los tres grupos considerados.

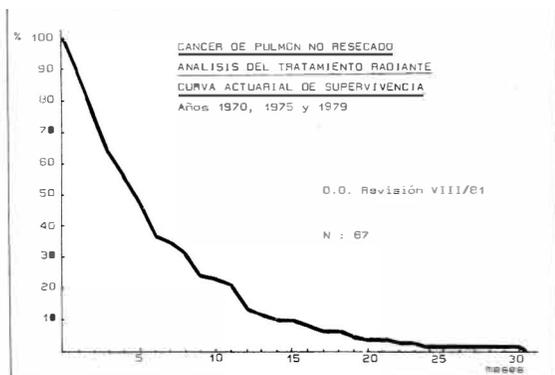


figura 1

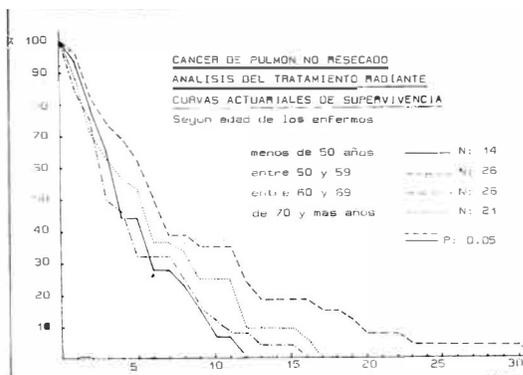


figura 2

CANCER DE PULMON NO RESECADO
ANALISIS DEL TRATAMIENTO RADIANTE

Relación entre la edad de comienzo de la enfermedad y el carácter radical o subradical del tratamiento realizado. Cifras expresadas en porcentajes.

Edad	Tratamiento	
	Radical	Sub radical
menor de 50	14.3	85.7
50 a 59	42.3	57.7

cuadro 3

En la figura 4 están diagramadas las curvas de sobrevida actuarial en función de la dosis de la irradiación. Existe una diferencia estadísticamente significativa (P: 0,025) en la supervivencia de aquellos enfermos que recibieron dosis radicales respecto a los que se irradiaron con dosis sub-radicales, con un incremento de la sobrevida media de 2 meses.

La figura 5 representa las curvas actuariales de sobrevida según el año de inicio del tratamiento. La sobrevida es estadísticamente mayor (P: 0,02) en los pacientes tratados en 1970 respecto a los tratados en 1975. No existen diferencias con los tratados en 1979. Como muestra el cuadro 4, existe un predominio de tratamientos radicales en 1970, en relación con los otros años.

La calidad de sobrevida post-tratamiento se muestra en la figura 6. Las curvas actuariales de supervivencia agrupan 3 categorías de pacientes: mejorados, incambiados y empeorados. La sobrevida es significativamente mayor en aquellos que fueron mejorados por el tratamiento.

El cuadro 5 muestra la relación entre el tipo de tratamiento recibido y la calidad de sobrevida. Los mejores resultados se obtienen con las dosis radicales.

Discusión y comentarios

La distribución por histología y sexo de nuestra muestra concuerda con lo comunicado, a nivel na-

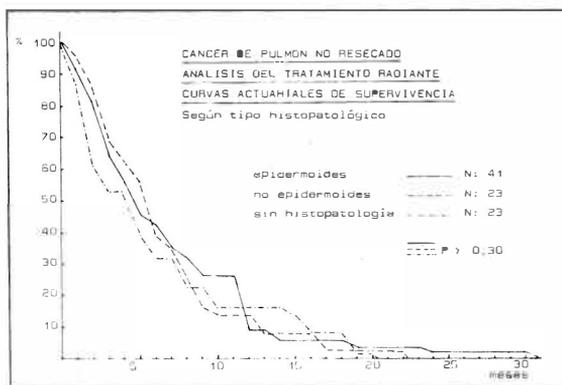


figura 3

CANCER DE PULMON NO RESECADO
ANALISIS DEL TRATAMIENTO RADIANTE

Relación entre año de realización del tratamiento y carácter radical o subradical del mismo. Cifras expresadas en porcentajes.

Años	Tratamiento	
	Radical	Sub radical
1970	36.1	63.9
1975	25.9	74.1
1979	25.0	75.0

cuadro 4

cional, por otros autores con casuísticas muy numerosas (90). Merece destacarse el aumento progresivo de los adenocarcinomas, en los tres períodos analizados, y la discreta disminución de los carcinomas indiferenciados, "no oat cell". Esto último estaría en relación con cambios en los criterios diagnósticos, los que permiten, actualmente, incluir dentro del grupo "oat cell", a los tumores indiferenciados a células medianas (247).

La disminución significativa de los casos sin confirmación microscópicas está, sin duda, en relación con la introducción de los métodos fibroendoscópicos y citológicos en el estudio del neoplasma de pulmón (108)(248).

El 39% de los pacientes se beneficiaron objetiva y/o subjetivamente, dentro de los cuales están comprendidos aproximadamente el 100% de aquellos que presentaban dolor, hemoptisis, compresión mediastinal u obstrucción bronquial. Esto confirma la utilidad de la irradiación como procedimiento paliativo, sintomático.

La figura 1 muestra la curva actuarial de sobrevida global. La media es de 4,5 meses, con el 12% de sobrevida al año y el 1,1% a los 2 años. Estos resultados contrastan con los comunicados en la literatura, no solo en los casos tratados (181) (335), sino que aún son muy inferiores a los grupos usados como control, sin tratamiento específico (92)(311).

El análisis de la sobrevida en función de la dosis de irradiación recibida, evidenció una diferencia

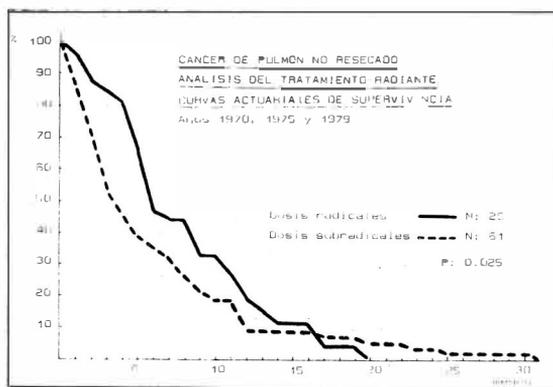


figura 4

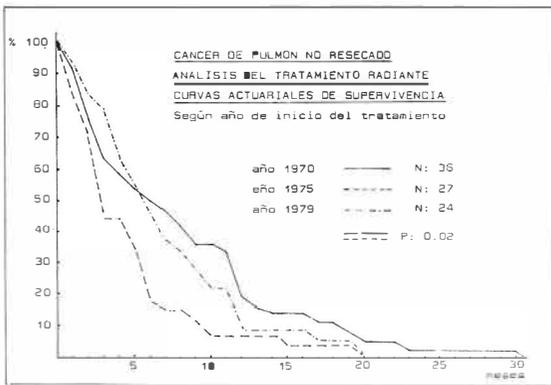


figura 5

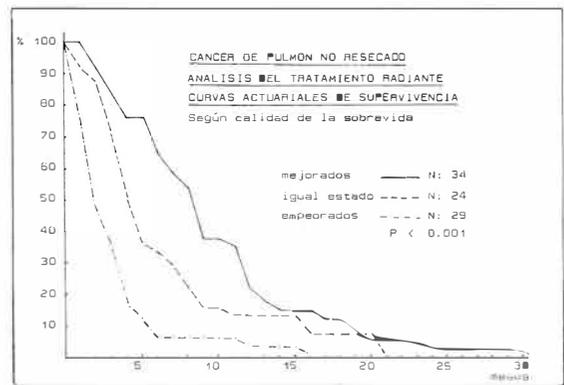


figura 6

CANCER DE PULMON NO RESECADO
ANALISIS DEL TRATAMIENTO RADIANTE

Relación entre la calidad de sobrevida obtenida y el carácter radical o sub radical del tratamiento realizado.
Cifras expresadas en porcentajes.

Calidad de sobrevida	Tratamiento	
	Radical	Sub radical
mejor	44.1	55.8
igual	25.5	75.0
peor	17.2	62.8

cuadro 5

estadísticamente significativa a favor del grupo de pacientes tratados con dosis radicales.

La sobrevida fue independiente del tipo histológico. En los restantes parámetros estudiados: edad, año en que fue realizado el tratamiento y respuesta al mismo, las diferencias observadas estuvieron en función de la dosis de irradiación, por selección de pacientes en cada subgrupo, y no en relación con el parámetro analizado.

Si bien se acepta que el porcentaje de respuestas está en función de la dosis de irradiación (279) y que la sobrevida está en relación con la respuesta, en nuestra experiencia el beneficio logrado con dosis radicales se presta a otra interpretación.

La pobreza de los resultados obtenidos, tanto con dosis radicales como sub-radicales, nos permiten suponer, sin poder afirmarlo, que las diferencias entre estas dos poblaciones se deben más a una selección de pacientes que a la mayor dosis de irradiación. Esto es, que recibieron dosis más elevadas aquellos enfermos que estaban en mejores condiciones y por ello, y no por la mayor irradiación, sobrevivieron más.

El valor pronóstico del estado general, en lo referente al tiempo de sobrevida, es un hecho reconocido y aceptado para todas las localizaciones tumorales. Lamentablemente, por tratarse de un análisis re-

trospectivo, no nos fue posible cuantificar en nuestros pacientes el estado general pretratamiento.

Sea cual sea la interpretación de nuestros resultados, lo exiguo de los mismos ponen seriamente en duda el beneficio que, sobre la sobrevida, puede ejercer la irradiación. La frecuente y precoz diseminación de todas las variedades histológicas (209), aún cuando tengan diferencias entre sí, determina que el posible efecto beneficioso quede enmascarado por la evolución inexorable de la enfermedad sistémica.

Los resultados expuestos reflejan una realidad asistencial, denunciando una población localmente avanzada, con metástasis no perceptibles en el momento de la consulta. En la medida que estos resultados son representativos de la situación en que nos llegan los pacientes a la consulta oncológica, ello cobra el valor de una alerta. Será muy difícil, si no imposible, mejorar estos resultados mientras no se logre una consulta más oportuna.

Nuestros esfuerzos se deben centrar, por el momento, en corregir esta situación.

Teniendo en cuenta nuestros resultados, estimamos que no se justifica la irradiación de enfermos portadores de cáncer de pulmón "no oat cell", asintomático, localmente avanzado.

Resta por definir, en nuestro medio, el rol de la radioterapia exclusiva en pacientes en estadios precoces, no operados por causas generales.

Estudios randomizados se deben realizar, a nivel nacional, a fin de determinar definitivamente el valor de la irradiación como procedimiento terapéutico exclusivo.

SUMMARY

The management of patients with lung cancer is discussed. The value of palliative and radical Rt in this groups is analysed. 567 patients were seen in a period of 10 years (1970-1979). 87 were analysed. The survival rate was 4.5 months, 12% survived 1 year and only 1.1% survived 2 years. Palliation was obtain in 100% of cases.

The following items were studied and related with survival rate: Age, histological type, radiation dosage and period in which Rt was administrated. This lets us conclude the poor value of Rt in treating lung cancer.