

CANCER DE PULMON EN PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPATICA

Características clínicas de los pacientes con estas dos entidades.

Rochester, EE.UU.

El cáncer de pulmón asociado con fibrosis pulmonar idiopática suele aparecer en pacientes de mayor edad, fumadores o ex-fumadores, y normalmente se presenta como carcinoma de células escamosas.

[Mayo Clinic Proceedings 77:763-770, 2002 - SIIC]

El cáncer primario de pulmón en pacientes con fibrosis pulmonar idiopática (FPI) usualmente sobreviene en ancianos fumadores de sexo masculino y se presenta como un carcinoma periférico de células escamosas. Las conclusiones provienen de un estudio retrospectivo realizado en la Mayo Clinic, de Rochester, EE.UU. La asociación de fibrosis pulmonar y carcinoma de pulmón ya había sido reconocida desde 1939, describiéndose la predilección por los fumadores de sexo masculino así como la mayor frecuencia de afectación de los lóbulos superiores. Sin embargo, la mayoría de los estudios previos carecía de confirmación histológica, de forma tal que es posible que se hayan incluido casos de enfermedades del tejido conectivo o de asbestosis. En este trabajo los autores revisaron las características clínicas, radiológicas y patológicas en pacientes con la asociación de cáncer primario de pulmón y FPI, las que fueron comparadas con las de pacientes con cáncer de pulmón o con FPI en forma independiente, para intentar establecer diferencias en los aspectos clínicos y en la evolución.

En el análisis se identificaron 24 pacientes, de los cuales 21 eran hombres, con edad promedio de 72,3 años. La mayoría (22 pacientes) eran o habían sido fumadores y aproximadamente en la mitad de los casos el carcinoma de pulmón fue un hallazgo casual.

De los 14 enfermos en los que se realizó tomografía computada preoperatoria, 12 tenían tumores periféricos ubicados en áreas de fibrosis. El tipo histológico más común fue el carcinoma de células escamosas, que se diagnosticó en 16 casos. En los casos de asociación de ambas patologías la proporción de hombres a mujeres fue de 7 a 1, en tanto que en los pacientes con FPI como único diagnóstico se observó equilibrio entre ambos sexos ($p = 0.003$). A su vez, los pacientes con FPI y cáncer eran de mayor edad y significativamente más fumadores. La supervivencia media en los pacientes con estas dos enfermedades asociadas no fue estadísticamente diferente a la observada en aquellos con una sola de las patologías en forma aislada, aunque los autores acotan que el poder estadístico de este ensayo es limitado por la escasa cantidad de pacientes.

EL ANALISIS POR ULTRASONIDO ENDOBRONQUIAL PUEDE SER UTIL COMO ADYUVANTE EN LA BRONCOSCOPIA

Estudio observacional prospectivo.

Heidelberg, Alemania.

El ultrasonido endobronquial modificó u orientó las decisiones de tratamiento en un elevado número de pacientes sometidos a broncoscopia terapéutica.

[European Respiratory Journal 20:118-121, 2002 - SIIC]

Las evaluaciones por ultrasonido endobronquial pueden ser útiles como metodología adicional a las broncoscopias, señalan el Dr. Herth de la Toraxklinik-Heidelberg en Heidelberg, Alemania y colaboradores de centros en Israel y EE.UU.

Existen evidencias acerca de la superioridad del ultrasonido endobronquial con respecto a la tomografía computada convencional de pulmones para evaluar las estructuras de la pared traqueal y bronquial, afirman los expertos. Puede ser útil como herramienta para evaluar la anatomía de la pared de las vías aéreas y la patología tumoral relacionada.

El equipo del Dr. Herth analizó su experiencia en ultrasonido endobronquial, evaluando su utilidad como método adyuvante a la broncoscopia terapéutica.

Desde enero de 1998 hasta enero del 2001 se estudiaron prospectivamente todos los pacientes sometidos a broncoscopia terapéutica y ultrasonido endobronquial.

Se realizaron un total de 2• 446 broncoscopias terapéuticas. En 1• 174 casos se utilizó ultrasonido endobronquial (29 % con desbridamiento mecánico del tumor, 20 % con *stenting* de las vías aéreas, 13 % con uso de láser *Neodymium:yttrium aluminium garnet*, 23 % con coagulación del plasma con argón, 11 % con braquiterapia, 2 % con remoción de cuerpos extraños y 2 % con drenaje de abscesos endoscópicos).

El ultrasonido endobronquial guió o cambió la terapia en forma significativa en el 43 % de los casos. Los cambios incluyeron el ajuste de las dimensiones del *stent*, la terminación del desbridamiento del tumor al acercarse a los vasos y la derivación a intervenciones quirúrgicas, más que al tratamiento endoscópico.

Se utilizó ultrasonido endobronquial 293 veces en tráqueas (21 %), 319 en bronquios principales derechos (24 %), 83 en lóbulos superiores derechos (6 %), 49 en lóbulos intermedios (4 %), 41 en lóbulos inferiores derechos (3 %), 217 en bronquios principales izquierdos (16 %), 134 en lóbulos superiores izquierdos (10 %), 57 en lóbulos inferiores izquierdos (4 %) y 47 en la periferia (4 %). El tiempo total promedio por procedimiento (incluyendo broncoscopia y ultrasonido endobronquial) fue 23.2 minutos (5.7-43.5), mientras que el tiempo promedio de análisis por ultrasonido endobronquial fue 5.3 minutos (3.1-14.4). Por otro lado, las complicaciones asociadas con el ultrasonido endobronquial fueron mínimas. Ningún individuo sometido a destrucción del tumor guiada por ultrasonido endobronquial sufrió hemorragias graves o formación de fístulas. Se evidenciaron arritmias cardíacas, como taquicardia auricular transitoria, en 52 individuos (5.5 %) y este trastorno se asoció con procedimientos realizados en lóbulos izquierdos inferiores. Todas las arritmias fueron autolimitantes y ninguna produjo compromiso hemodinámico. No se observaron otras complicaciones asociadas con el uso de ultrasonido endobronquial.

El ultrasonido bronquial se realizó con facilidad y modificó o guió las decisiones terapéuticas durante los procedimientos broncoscópicos en un elevado número de casos. Dado que estos cambios pueden mejorar la evolución, se ha convertido en un procedimiento estándar adyuvante en la práctica para los especialistas.