



Original

Factores pronóstico en el carcinoma bronquial no microcítico menor de 3 centímetros (análisis actuarial, incidencia acumulativa y grupos de riesgo)



Juan C. Peñalver Cuesta^{a,*}, Carlos Jordá Aragón^b, Nuria Mancheño Franch^c, José A. Cerón Navarro^b, Karol de Aguiar Quevedo^a, Miguel Arrarás Martínez^a, Francisco J. Vera Sempere^c y Jose D. Padilla Alarcón^a

^a Servicio de Cirugía Torácica, Fundación Instituto Valenciano de Oncología (FIVO), Valencia, España

^b Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

^c Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 22 de octubre de 2014

Aceptado el 20 de noviembre de 2014

On-line el 14 de enero de 2015

Palabras clave:

Carcinoma pulmonar no microcítico

Cirugía

Supervivencia

Incidencia acumulativa

Grupos de riesgo

R E S U M E N

Introducción: En la clasificación TNM, los factores determinantes del factor T en el carcinoma pulmonar no microcítico apenas han variado con el tiempo y todavía se basan únicamente en características anatómicas. Nuestro objetivo fue estudiar la influencia en la supervivencia de estos y otros factores de tipo morfológico.

Métodos: Se incluyeron 263 pacientes sometidos a resección pulmonar por carcinoma pulmonar no microcítico en estadio I patológico y diámetro ≤ 3 cm. Se realizó un estudio de supervivencia y de estimación del riesgo competitivo observando variables clínicas, quirúrgicas y patológicas, siguiendo los métodos de análisis actuarial y de incidencia acumulativa, respectivamente. Posteriormente, se creó un modelo de riesgo de acuerdo con los resultados.

Resultados: La supervivencia fue de 79,8 y 74,3% a los 5 y 10 años, respectivamente. Los factores con mejor pronóstico, estadísticamente significativo según el método actuarial fueron: presencia de síntomas, hábito tabáquico, FEV1 $> 60\%$, número de ganglios resecaados > 7 , tipo histológico escamoso, ausencia de invasión vascular, ausencia de invasión pleural visceral y presencia de invasión bronquial lobar proximal. La edad < 50 años rozó la significación estadística. En el análisis multivariante entraron en regresión la invasión pleural visceral y la invasión vascular. El estudio de riesgo competitivo mostró una probabilidad de muerte por cáncer de 14,3 y 35,1% en 5 y 10 años, respectivamente. Las variables significativas en los análisis univariante y multivariante fueron similares excepto el FEV1 $> 60\%$.

Conclusiones: La presencia de invasión pleural visceral y la invasión vascular determina la supervivencia o el riesgo de muerte por carcinoma pulmonar no microcítico ≤ 3 cm y permiten elaborar un modelo predictivo de riesgo.

© 2014 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Prognostic Factors in Non-Small Cell Lung Cancer Less Than 3 Centimeters: Actuarial Analysis, Accumulative Incidence and Risk Groups

A B S T R A C T

Keywords:

Non-small cell lung cancer

Surgery

Survival

Cumulative incidence

Risk groups

Introduction: In TNM classification, factors determining the tumor (T) component in non-small cell lung cancer have scarcely changed over time and are still based solely on anatomical features. Our objective was to study the influence of these and other morphopathological factors on survival.

Methods: A total of 263 patients undergoing lung resection due to stage I non-small cell lung cancer ≤ 3 cm in diameter were studied. A survival analysis and competing-risk estimate study was made on the basis of clinical, surgical and pathological variables using actuarial analysis and accumulative incidence methods, respectively. A risk model was then generated from the results.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jpenalve@ono.com (J.C. Peñalver Cuesta).

Results: Survival at 5 and 10 years was 79.8 and 74.3%, respectively. The best prognostic factors were presence of symptoms, smoking habit and FEV1 > 60%, number of resected nodes > 7, squamous histology, absence of vascular invasion, absence of visceral pleural invasion and presence of invasion more proximal than the lobar bronchus. All these were statistically significant according to the actuarial method. The factor "age < 50 years" was close to the margin of statistical significance. Pleural invasion and vascular invasion were entered in the multivariate analysis. The competing-risk analysis showed a probability of death due to cancer of 14.3 and 35.1% at 5 and 10 years, respectively. Significant variables in the univariate and multivariate analyses were similar, with the exception of FEV1 > 60%.

Conclusions: Pleural invasion and vascular invasion determine survival or risk of death due to non-small cell lung cancer \leq 3 cm and can be used for generating a predictive risk model.

© 2014 SEPAR. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

En la clasificación TNM, promovida por la AJCC y la UICC para el carcinoma pulmonar no microcítico (CPNM), el descriptor T no había variado prácticamente desde 1974 hasta 2009. En la 7.^a y última revisión, avalada por IASLC, uno de los puntos novedosos ha sido la modificación del factor T en el estadio I. El estadio IA continúa reservado para tumores con un tamaño \leq 3 cm, sin invasión de la pleura visceral (IPV) o sin evidencia de invasión proximal a un bronquio lobar (ILP), atelectasia o neumonitis. Sin embargo, un nuevo punto de corte en 2 cm ha determinado dos nuevos subgrupos, T1aN0M0 para los \leq 2 cm y T1bN0M0 para los comprendidos entre 2,1-3 cm. El estadio IB también ha variado en función de tamaño tumoral; se incluirían como T2aN0M0 los de \leq 3 cm pero con IPV o ILP o atelectasia o neumonitis y los de 3,1-5 cm. Los comprendidos entre 5,1-7 cm se clasificarían T2bN0M0 y los > 7 cm como T3N0M0, pasando a engrosar el estadio IIB^{1,2}.

Sin embargo, otros condicionantes del descriptor T como la IPV, la ILP o la manifestación radiológica del tumor, han permanecido inalterables, habiéndose pospuesto el estudio de su implicación pronóstica para una futura revisión^{3,4}.

Igualmente, otros factores pronósticos, sobre todo de tipo morfológico y molecular, que pudieran condicionar la supervivencia, no han sido tenidos en cuenta en la clasificación TNM. Factores como la estirpe histológica, el grado de diferenciación tumoral, la invasión vascular (IV) tumoral, la presencia de necrosis, etc.^{5,6}, o de carácter molecular⁷ son motivo de interés a la hora de establecer el pronóstico y los posibles tratamientos con intencionalidad adyuvante^{5,7-9}.

El propósito de nuestro estudio es la validación del nuevo modelo de estadificación propuesto para los CPNM con un diámetro máximo de 3 cm y clasificados en estadio I, y la búsqueda de otros factores pronósticos, tanto clínicos como morfológicos, no recogidos en el actual sistema de clasificación TNM, a fin de confeccionar un modelo de riesgo para estos pacientes.

Material y método

El periodo de estudio comprendió entre el 1 de enero de 1990 y el 31 de diciembre de 2009. Se incluyeron, de forma prospectiva, los datos clínico-quirúrgicos de 268 pacientes consecutivos afectados de un CPNM con un diámetro máximo de 3 cm y clasificados en estadio I patológico. Todos ellos sometidos, en un único centro sanitario, a una resección pulmonar anatómica (lobectomía, bilobectomía o neumonectomía), excluyéndose las sublobares, con intencionalidad curativa. Las piezas anatomopatológicas fueron revisadas para este estudio por un único anatomopatólogo.

Fueron excluidos 5 pacientes fallecidos en el período perioperatorio, ya que el objetivo del estudio fue la valoración de factores pronósticos que pudieran condicionar la supervivencia a largo plazo. Los 263 pacientes restantes fueron seguidos evolutivamente durante un período mínimo de 12 meses (mediana:

5,31 años [0,23-21,46]). El seguimiento finalizó el 31 de diciembre de 2010, quedando establecido el censor el 1 de enero de 2011.

Variables clínicas

Se analizaron un conjunto de variables demográficas como el sexo y la edad, esta última tratada de forma continua y dicotomizada a través de cortes de estudio en los 50, 60 y 70 años. Entre las variables clínicas se incluyeron los distintos tipos de síntomas en el momento del diagnóstico de la enfermedad y la comorbilidad asociada al paciente y su categorización y ordenación según el índice de Charlson¹⁰. También se consideró el hábito tabáquico, categorizándose en no fumadores, fumadores y ex fumadores. Dentro de la valoración preoperatoria, se estudiaron el FEV1 y la FVC, expresado como el valor porcentual del teórico y la relación FEV1/FVC, la presencia de un ECG anormal, la localización radiológica tumoral, tanto en la lateralidad pulmonar como en la localización lobar o su situación central o periférica. La fibrobroncoscopia nos permitió definir su visualización bronquial y la afectación del eje bronquial principal.

Se estudiaron distintas variables asociadas al procedimiento quirúrgico como la amplitud de la resección, su ampliación a estructuras anatómicas vecinas y la necesidad de utilizar técnicas de angio o broncoplastia. Se analizó el número de ganglios resecaos en la exéresis.

Variables anatomopatológicas

El estudio de la estirpe histológica de la tumoración se realizó según la clasificación de la OMS de 2004, categorizándose el grado de diferenciación en bien, moderada o pobremente diferenciado. En el caso de los carcinomas escamosos se valoró la queratinización y la presencia de puentes intercelulares. En los adenocarcinomas se basó en criterios convencionales de arquitectura tumoral y atipias citológicas.

El tamaño tumoral se estimó en función de su diámetro máximo y fue tratado como variable continua y categorizado según puntos de corte en 1 y 2 cm. El grado de invasión de la pleura visceral se realizó en función de la propuesta de la IASLC⁴, basada en los estudios de Hammar¹¹. Se determinó la presencia o ausencia de IV, invasión linfática, invasión perineural y necrosis tumoral.

Análisis estadístico

Los datos de las distintas variables fueron recogidos en soporte informático, utilizando para análisis estadístico el lenguaje y entorno de programación RStudio v0.97.320, usando los paquetes maxstat v0.7-17, survival v2.37-2, Design 2.3-0, prodlim v1.3.7 y cmprsk v2.2-6.

Para el cálculo de la supervivencia se utilizó el método de análisis actuarial de Kaplan-Meier y para establecer comparaciones

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4203086>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4203086>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)