

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Referencia Rápida

Para la detección diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Pulmonar de Células no pequeñas

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-030-08

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

C34.0 Y C34.X Tumor Maligno De Pulmón **Guía de Práctica Clínica Para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Pulmonar de Células no Pequeñas**

GPC

ISBN: 978-607-7790-41-9

Definición

El cáncer de pulmón de células no pequeñas es una enfermedad por la cual se forman células malignas (cancerosas) en los tejidos del pulmón.

Cada tipo de cáncer de pulmón de células no pequeñas tiene diferentes clases de células cancerosas. Los tipos de cáncer de pulmón de células no pequeñas se denominan según las clases de células que se encuentran en el cáncer y la apariencia de las células bajo un microscopio:

- Carcinoma de células escamosas: cáncer que se origina en las células escamosas, que son células delgadas y planas que se asemejan a escamas de pescado. Se conoce también como carcinoma epidermoide.
- Carcinoma de células grandes: cáncer que puede originarse en varios tipos de células grandes.
- Adenocarcinoma: cáncer que se origina en las células que recubren los alvéolos y fabrican sustancias tales como el moco.

El cáncer de pulmón de células no pequeñas es una enfermedad por la cual se forman células malignas (cancerosas) en los tejidos del pulmón.

Cada tipo de cáncer de pulmón de células no pequeñas tiene diferentes clases de células cancerosas. Los tipos de cáncer de pulmón de células no pequeñas se denominan según las clases de células que se encuentran en el cáncer y la apariencia de las células bajo un microscopio:

- Carcinoma de células escamosas: cáncer que se origina en las células escamosas, que son células delgadas y planas que se asemejan a escamas de pescado. Se conoce también como carcinoma epidermoide.
- Carcinoma de células grandes: cáncer que puede originarse en varios tipos de células grandes. Adenocarcinoma: cáncer que se origina en las células que recubren los alvéolos y fabrican sustancias tales como el moco.
- Otros tipos menos comunes de cáncer de pulmón de células no pequeñas son el tumor carcinoide pleomórfico, el carcinoma de la glándula salival y el carcinoma no clasificado

Factores De Riesgo

- Se ha evidenciado que el cáncer de pulmón se relaciona con el tabaco en un 90%.
- Lo cual está asociado con el tiempo de exposición, número de cigarrillos al día y profundidad de la inhalación.
- Se ha demostrado que el tabaquismo pasivo se asocia a un 24% del cáncer pulmonar.
- Otros factores de riesgo están relacionados con la exposición a radón, arsénico, asbesto, hidrocarburos policíclicos.
- La evidencia ha demostrado que en países en vías de desarrollo el uso de combustibles de biomasa constituyen un factor de riesgo para cáncer pulmonar.
- Una dieta rica en grasas asociada a obesidad incrementa el riesgo de cáncer pulmonar

Educación Para La Salud

1. Se recomienda la incorporación de programas educativos para la prevención del tabaquismo y apoyo para dejar de fumar.
2. En pacientes expuestos a riesgos ocupacionales se les deberá hacer énfasis en el uso de equipos de protección y rotación de área.
3. Se recomienda para las personas con exposición al humo de combustible orgánico tener área con buena ventilación.
4. Es importante que en la dieta se incluya el consumo de frutas y verduras crudas. (manzanas, col, brócoli, lechuga).

Diagnóstico

Hasta el momento no existe un cuadro clínico específico para el diagnóstico de cáncer pulmonar. No obstante se han considerado los siguientes signos y síntomas cuando se evalué un paciente: tos, hemoptisis, disnea, dolor torácico, pérdida de peso, fatiga.

- La tos es un síntoma presente en >del 65% de los pacientes en el momento del diagnóstico de cáncer pulmonar

Con relación a la radiografía de tórax:

- La evidencia hasta el momento no es concluyente con relación al uso de pruebas de tamizaje para reducir la mortalidad por cáncer pulmonar.
- No obstante se ha demostrado que las pruebas de tamizaje permiten la detección en etapas tempranas del cáncer pulmonar.

Todos los pacientes que presenten cualquiera de los siguientes síntomas:

- Tos
- Dolor torácico
- Disnea
- Hemoptisis
- Pérdida de peso
- Signos pulmonares

Los cuales persisten por más de tres semanas sin una causa aparente deberán ser referidos al servicio de radiografía para la toma de una RX de tórax en dos proyecciones

Todo paciente con sospecha de cáncer pulmonar deberá tener una historia clínica minuciosa, examen físico cuidadoso y la elaboración de pruebas de laboratorio (BH, QS y PFH) para detectar enfermedad metastásica.

Exámenes De Laboratorio Y Gabinete

- Se recomienda que una vez identificada la lesión sugestiva de neoplasia se realice el estudio de TC con ventana pulmonar y mediastinal con medio de contraste incluyendo hígado y glándulas suprarrenales.
- La citología de esputo debe de emplearse antes que los métodos invasivos, pero tiene mejores resultados cuando la lesión es central
- La broncoscopia se recomienda en pacientes con lesiones centrales para confirmar el diagnóstico.
- La biopsia por aspiración guiada por ultrasonido endoscópico en manos expertas confirman el diagnóstico
- Las pruebas de función respiratoria deben realizarse en pacientes con enfermedad pulmonar previa y en todos aquellos que van a ser sometidos a resección pulmonar amplia estando clínicamente estables.

Evaluación Funcional Preoperatoria

- Se recomienda que a todos los pacientes se les de información respecto a los riesgos y beneficios del tratamiento propuesto para que participen activamente en el proceso de toma de decisión
- La pobre función respiratoria está acompañada de un elevado riesgo peri operatorio con alta morbimortalidad y posibilidad a largo plazo de pobre calidad de vida por la insuficiencia respiratoria.
- Las pruebas de función respiratoria deben realizarse en pacientes con enfermedad pulmonar previa y en todos aquellos que van a ser sometidos a resección pulmonar amplia estando clínicamente estables
- No se requieren más pruebas de función respiratoria para la lobectomía si el FEV1 postbroncodilatador es de >1.5 litros y para neumonectomía postbroncodilatador con FEV1 >2 litros y sin evidencia de enfermedad intersticial.
- Todo paciente que tenga espirometría con cifras bajas deberá de realizarse PFR completas, estudio de difusión de CO y gammagrafía ventilatoria/perfusoria y gasometría de sangre arterial

Tratamiento

- En las etapas 1A, 1B resecaos completamente la quimioterapia adyuvante no está recomendada de rutina
- En pacientes con lesiones centrales o avanzadas localmente candidatos a resección, la lobectomía en manguito es recomendada sobre la neumonectomía.
- La quimioterapia adyuvante basada en combinaciones cisplatino no está recomendada en los estadios I, II y IIIA completamente resecaos excepto cuando se discute con el paciente los riesgos y beneficios o bajo protocolo.
- En pacientes con enfermedad N2 voluminosa identificada preoperatoriamente las combinaciones de quimioterapia con platino son recomendadas como tratamiento neoadyuvante
- La radioterapia postoperatoria no está recomendada para pacientes con resección radical estadios I y II y puede ser sólo considerada para pacientes con enfermedad IIA que involucra nódulos mediastinales
- La quimioterapia con radioterapia concurrente puede ser considerado como el tratamiento de elección para pacientes con enfermedad localmente avanzada o estadio IIIA no resecao o IIIB excepto T4 por derrame con citología positiva y buen estado físico. (ECOG 0-1)
- La quimioterapia con dos drogas combinadas Platino con Vinorelbine, Gemcitabina o un taxano prolonga la sobrevida, mejora la calidad de vida y controla los síntomas en pacientes con buena evolución
- En pacientes con estadio IV >de 70 años con ECOG de 2 pueden recibir monoterapia y aquellos con ECOG de 0 a 1 tratamiento convencional evaluando ajuste de dosis.
- Los principales análisis de los estudios clínicos que existen hasta el momento han mostrado que el beneficio de la terapia adyuvante es aceptable en las etapas IIIa.
- Para todos los pacientes con cáncer pulmonar avanzado y sus familias, se recomienda que los cuidados paliativos sean integrados como parte de su tratamiento incluyendo aquellos con propósito curativo o de prolongar la vida.

Pronóstico

El pronóstico del cáncer pulmonar de células no pequeñas se define acorde a la etapa clínica la cual es el factor pronostico de mayor importancia, la etapa clínica I con un 75 % de pacientes vivos a 5 años, EC II 35 %, EC III 15 % y la EC IV < 5 %.

Esquemas de quimioterapia adyuvante para cáncer pulmonar de células no pequeñas

Etapas	Esquema	Duración
IA	No recomendado	
IB	No recomendado	
II	Recomendado solo bajo protocolo	
IIIA	Esquema 1: Cisplatino 50 mgs /mt2 IV día 1 y 8 Vinorelbine 25 mgs /mt2 semanal	Cada 4 semanas por cuatro ciclos
	Esquema 2: Cisplatino 75 mgs /mt2 IV día 1 Gemcitabine 1000 mgs /mt2 Día 1 y 8	Cada 3 semanas cuatro ciclos
	Esquema 3 Cisplatino 75 mgs /mt2 IV día 1 Docetaxel 75 mgs /mt2	Cada 3 semanas cuatro ciclos

J Clin Oncol 25: 5506, 2007, J Clin Oncol 24 (18S):366, 2006, N Eng J Med 350:351, 2004

**Esquemas de quimioterapia para cáncer pulmonar de células no pequeñas
Etapas N2 voluminoso y IIIB sin derrame pleural o compromiso pericárdico**

	Esquema	Duración
Pacientes con ECOG 01	Cisplatino 50 mg/mt2 días 1,8, 29 y 36 Etoposido 50 mg/mt2 días 1, 5 29 y 33	Concomitante con radioterapia a dosis de 61 Gys
Pacientes con ECOG 2	Carboplatino AUC 6 día 1 Gemcitabina 1000mg/mt2 días 1 y 8	Cada 3 semanas por 4 ciclos

J Clin Oncol 25: 5506, 2007, J Clin Oncol 24 (18S):366, 2006, N Eng J Med 350:351, 2004

Nota: En pacientes con ECOG 3 la quimioterapia con fines paliativos en casos bien seleccionados la monoterapia ha mostrado resultados favorables.

**Esquemas de quimioterapia para cáncer pulmonar células no pequeñas
Etapa IIIB con derrame pleural**

	Esquema	Duración
Etapa IIIB y IV	1: Carboplatino AUC 6 día 1 Gemcitabina 1000mg/mt2 días 1 y 8	Cada 3 semanas por cuatro ciclos
	2: Carboplatino AUC 6 día 1 Docetaxel 75 mg/mt2 día 1	Cada 3 semanas por cuatro ciclos

Nota: Pacientes con etapa IV con bajo performance status se puede utilizar un esquema sin platino como Gemcitabine, navelbine o docetaxel como monodroga.

J Clin Oncol 25: 5506, 2007, J Clin Oncol 24 (18S):366, 2006, N Eng J Med 350:351, 2004

Procedimientos Quirúrgicos Para Cáncer Pulmonar

SEGMENTECTOMIA	Recomendada únicamente en pacientes que se encuentran en estadios I y II médicamente no competentes para una resección mayor.
LOBECTOMIA	Cirugía mínima recomendada en cáncer pulmonar
RESECCION EN MANGUITO	Recomendada en pacientes con lesiones centrales susceptibles de conservar parénquima distal.
NEUMONECTOMIA	Se realiza en pacientes, con lesión central o localmente avanzado y con adecuada reserva pulmonar.
DISECCION GANGLIONAR OMUESTREO GANGLIONAR	Recomendada en pacientes con cáncer pulmonar como parte de la estadificación y tratamiento.

Tratamiento del Cáncer Pulmonar de Células no Pequeñas

	ESTADIO I	ESTADIO II	ESTADIO IIIA	ESTADIO IIIB	ESTADIO IV WHO 0-1	ESTADIO IV WHO 2	ESTADIO IV WHO>2
CIRUGIA							
RADIOTERAPIA SEGUIDA DE CIRUGIA							
CIRUGIA SEGUIDA DE RADIOTERAPIA							
QUIMIOTERAPIA PREOPERATIVA Y CIRUGIA	a	a	a				
CIRUGIA SEGUIDA DE QUIMIOTERAPIA							
CIRUGIA CON QUIMIO Y RADIOTERAPIA		a	a				
RADIOTERAPIA RADICAL							
QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA RADICAL				b			
QUIMIOTERAPIA RADICAL						a	
TRATAMIENTO SINTOMÁTICO INCLUYENDO RADIOTERAPIA PALIATIVA							

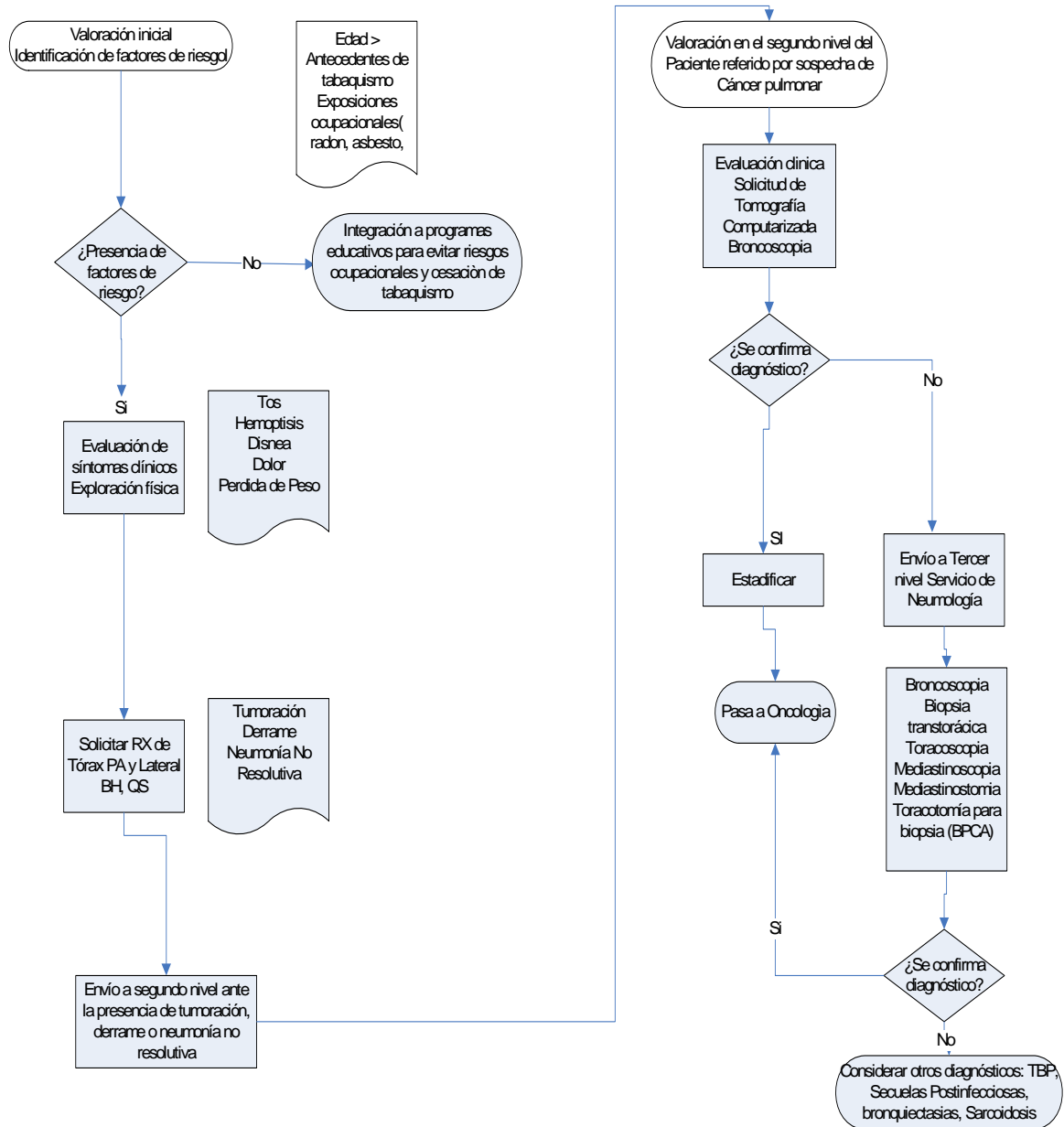
CLAVES

DE PRIMERA ELECCION
OPCIONAL EN ALGUNOS PACIENTES
NO RECOMENDADO

- (a) Excepto con ensayo clínico
- (b) Puede ser la primera elección de tratamiento en pacientes con buena respuesta y enfermedad localizada que puede ser segura acompañada con tratamiento de radioterapia radical.

ALGORITMOS

Algoritmo 1.
Detección y Diagnóstico del Cáncer Pulmonar



Algoritmo 2. Tratamiento del cáncer de pulmón de células no pequeñas

