



### **Tratamiento multimodal en el carcinoma broncogénico no microcítico (N2) clínico: ¿cuál es la respuesta?**

**Sr. Director:** Hemos leído con gran interés la carta de López-Encuentra et al<sup>1</sup> en la que hacen mención a 2 ensayos clínicos aleatorizados. De ellos se resalta la conclusión final de que la cirugía no mejora la supervivencia global y, por tanto, se deduce que la resección quirúrgica no se contempla, en general, como parte del tratamiento multimodal de estos pacientes. En el último párrafo se admite que algunos pueden beneficiarse de ella, como aquéllos con tumores N0y.

Desde un punto de vista estricto ésa es la conclusión de ambos trabajos, pero en ellos, cuando se refieren a los resultados de la cirugía, se incluyen todas las resecciones (neumonectomía y lobectomía) y a todo tipo de pacientes (con o sin respuesta a la quimioterapia). En estos 2 trabajos el análisis por subgrupos demuestra que la supervivencia en los pacientes resecaados con tumor N0y o lobectomía duplica a la de los no resecaados. Por otra parte, en el ensayo ANITA<sup>2</sup>, presentado en el mismo congreso, respecto a la quimioterapia adyuvante frente a la observación, se obtienen mejorías igual de significativas en la supervivencia global de los pacientes resecaados en estadios II y IIIA. Del mismo modo, en el congreso de 2006 de la American Society of Clinical Oncology, un análisis<sup>3</sup> de 5 ensayos aleatorizados que incluye a 4.584 pacientes con quimioterapia adyuvante concluye que mejora la supervivencia, especialmente en los estadios II y III.

Por tanto, parece que la cirugía sí tiene un papel en el tratamiento multimodal de estos pacientes si se realiza lobectomía y/o tienen tumores N0y, tanto con tratamiento adyuvante como neoadyuvante, y es lo que realizamos en nuestra práctica diaria. Esperemos que un estudio prospectivo específicamente diseñado para evidenciarlo nos aclare estas dudas. Respecto a qué sería mejor, si el tratamiento adyuvante o neoadyuvante, los resultados de estudios como el NATCH<sup>4</sup> pueden darnos la solución. Respecto al debate sobre el mejor método para asegurar un N0y, sin duda sigue abierto y es un tema de actualidad<sup>5</sup>, precisamente por el valor que parece tiene la cirugía en estos casos.

**Federico González Aragonese**

Servicio de Cirugía Torácica. Hospital  
General Universitario Gregorio Marañón.  
Madrid. España.

## CARTAS AL DIRECTOR

1. López-Encuentra A, Martín de Nicolás JL, Paz-Ares L, Bartolomé A y el Grupo Cooperativo de carcinoma Broncogénico del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid. Tratamiento multimodal en el carcinoma broncogénico no microcítico (N2) clínico: ¿cuál es la respuesta? Arch Bronconeumol. 2006;42:154.
  2. Douillard J, Rosell R, DeLena M, Legroumellec A, Torres A, Carpagnano F. ANITA: phase III adjuvant vinorelbine (N) and cisplatin (P) versus observation (OBS) in completely resected (stage I-III) non-small cell lung cancer (NSCLC) patients (pts): final results after 70-month median follow-up. On behalf of the Adjuvant Navelbine International Trialist Association. 2005 ASCO Annual Meeting Proceedings. 2005;23:16 Suppl:7013.
  3. Pignon JP, Tribodet H, Scagliotti GV, Douillard JY, Shepherd FA, Stephens RJ, et al. Lung adjuvant cisplatin evaluation (LACE): a pooled analysis of five randomized clinical trials including 4,584 patients. On behalf of the LACE Collaborative Group. 2006 Annual Meeting Proceedings. 2006;24 18 Suppl:7008.
  4. Rosell R, Felip E, Maestre J, Sanchez JM, Sanchez JJ, Manzano JL, et al. The role of chemotherapy in early non-small cell lung cancer management. Lung Cancer. 2001;34 Supl 3:S63-74.
  5. Cerfolio RJ, Bryant AS, Ojha B. Restaging patients with N2 (stage IIIA) non-small cell lung cancer after neoadjuvant chemoradiotherapy: a prospective study. J Thorac Cardiovasc Surg. 2006;131:1229-35.
-