

Papel del neumólogo en el tratamiento del cáncer de pulmón

J. Martínez González-Río

Servicio de Neumología. Hospital Central de Asturias. Oviedo

Más de 15.000 españoles padecerán en el año 2000 un carcinoma broncogénico (CB) y sólo un 15% estarán vivos a los 5 años¹. La magnitud de estos datos y la constatación de que recientes avances con nuevos fármacos quimioterápicos y su utilización en tratamientos combinados con radioterapia y/o cirugía han logrado mejoras importantes me llevan a reflexionar sobre cuál debería ser el papel del neumólogo, en mi opinión central, en este problema.

Nuestra participación en la lucha contra esta verdadera epidemia no sólo debe circunscribirse a la prevención primaria mediante el control del tabaquismo y su tratamiento, a la prevención secundaria a través de *screenings* periódicos a población de alto riesgo, como recientemente se ha postulado², a la evaluación pretratamiento, siguiendo las líneas de las recomendaciones recientemente publicadas por la ATS/ERS¹, a la participación conjunta con el oncólogo clínico, oncólogo radioterapeuta y cirujano torácico, en la elección de la pauta de tratamiento idónea, sino también a incidir en el seguimiento y control, fundamentalmente dentro de estudios protocolizados, de los pacientes susceptibles de quimioterapia. No está justificado el nihilismo terapéutico y está demostrado que un porcentaje elevado de pacientes, aun en estadios avanzados, se beneficia de una terapéutica eficaz, al menos en cuanto a los parámetros de calidad de vida³.

Por tanto, me es difícil justificar el porqué la neumología, especialidad que incluye la prevención, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del aparato respiratorio, debe conocer todas las modalidades de tratamiento y su aplicación (indicaciones, dosis, pautas, efectos adversos, etc.) en un proceso desgraciadamente tan frecuente como es el CB.

Debo recordar que en el Statement On Training In Pneumology⁴, recomendado para la formación del neumólogo en Europa, se especifica claramente que se "debe adquirir el conocimiento y la experiencia práctica en el manejo del cáncer de pulmón, incluida la quimioterapia", por lo que no hay duda que sería una dejación por parte de nuestra especialidad –y no estoy refiriéndome en absoluto a exclusividades– si no asumieramos la participación activa en protocolos de tratamiento, multidisciplina-

rios o únicos, con fármacos quimioterápicos. Me gustaría recordar que debemos conocerlos, aunque sólo fuese su utilización, aun cuando sea excepcional, en otras enfermedades neumológicas, como el metotrexato en el asma o la ciclofosfamida en el síndrome de Wegener.

Se estima que solamente el 1-2% de todos los casos de CB se tratan mediante protocolo¹, por lo que la implicación activa de los neumólogos sería fundamental para aumentar este número y así contribuir a la mejora de las opciones de tratamiento de los pacientes y al desarrollo de nuevas pautas en ensayos clínicos protocolizados cooperativos con otras especialidades.

Finalmente, desde hace más de 20 años en algunas unidades de neumología sentimos la necesidad de participar activamente en el tratamiento integral del CB, incluyendo a pacientes con CB de células pequeñas (CBCP) y no pequeñas (CBNCP), en protocolos de quimioterapia, lo que ha contribuido a la formación, dentro del Área de Oncología SEPAR, de un grupo de trabajo multicéntrico abierto para el tratamiento protocolizado común de estos pacientes, cuyas actividades son expuestas a través del área y desde donde estamos a total disposición para cualquier información y posibilidades de colaboración.

En conclusión, aun cuando idealmente, y debemos hacer esfuerzos en esta dirección, los pacientes deben ser evaluados por un grupo multidisciplinario que incluya un neumólogo, un oncólogo médico, un oncólogo radioterapeuta y un cirujano torácico, sobre todo cuando la opción terapéutica es controvertida, los neumólogos tenemos el derecho y la obligación de implicarnos y participar, con responsabilidad directa, en el seguimiento y tratamiento de los mismos, dependiendo esta contribución de factores locales de organización, distancia, tamaño del hospital, etc. Para ello debemos aunar esfuerzos de colaboración y evitar suspicacias estériles entre todas las especialidades implicadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Thoracic Society/European Respiratory Society. Pretreatment evaluation of non-cell lung cancer. *Am J Respir Crit Care Med* 1997; 156: 320-332.
2. Strauss G, Dominioni L. Varese meeting report. *Lung Cancer* 1999; 23: 171-172.
3. Non-small Cell Lung Cancer Collaborative Group. Chemotherapy Group. Chemotherapy in non-small cell lung cancer: a meta-analysis using updated data on individual patients from 52 randomised clinical trials. *Br Med J* 1995; 311: 899-909.
4. Dijkman JH, Martínez González-Río J, Loddenkemper R, Prowse K, Siafakas N. Report of the working party of the "UEMS Monospeciality Section on Pneumology" on training requirements and facilities in Europe. *Eur Respir J* 1994; 7: 1.019-1.022.

Correspondencia: Dr. J. Martínez González-Río.
Servicio de Neumología I. Hospital Central de Asturias.
Dr. Bellmunt, s/n. 33006 Oviedo.

Recibido: 26-6-99; aceptado para su publicación: 6-7-99.
(*Arch Bronconeumol* 1999; 35: 470)