



CANCER DE PULMON COMO SEGUNDA NEOPLASIA PRIMITIVA

G. Tiberio López, J. Huerto Pérez de Heredia, M. Murie Carrillo de Albornoz, J. Sánchez Alvarez y A. Rivero Fuente

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

El objeto de este trabajo ha sido averiguar la relación del cáncer de pulmón con otras neoplasias, para lo cual se han recopilado todas las neoplasias de pulmón vistas en nuestro centro en 10 años, resultando un total de 300. De éstas, 19 (6,1 %) habían presentado anteriormente otras neoplasias. Todos los pacientes eran varones con una edad media de $64,4 \pm 6,7$ años. La primera neoplasia en orden de frecuencia fue el cáncer de laringe (47 %), seguido del cáncer gástrico (15,7 %) y de la cavidad oral (15,7 %). El intervalo libre entre la primera neoplasia y el cáncer de pulmón fue significativamente menor cuando la localización era laringe ($p < 0,05$) con una mayor supervivencia. Considerando la histología del primer tumor, el intervalo diagnóstico fue menor con $p < 0,05$ de los epidermoides, no siendo significativa la supervivencia.

Arch Bronconeumol 1988; 24: 203-205

Lung cancer as a second primitive neoplasm

The purpose of the present work has been to assess the relationship between lung cancer and other neoplasms. A total of 300 cases of lung cancer have been attended in our centre for a 10-year period. Nineteen (6.1 %) of them had previously presented other neoplasm. All patients were men whose mean age was 64.4 ± 6.7 years. By order of frequency, the first neoplasm was laryngeal (47 %), followed by gastric cancer (15.7 %) and oral cavity cancer (15.7 %). The free interval between occurrence of first neoplasm and lung cancer was significantly lower when first neoplasm was from laryngeal origin ($p < 0.05$) with more prolonged survival. When considering the pathology of the first tumor, the diagnostic interval was lower, with $p < 0.05$ of epidermoid cancers; the survival was no significant.

Introducción

La aparición de una segunda neoplasia en pacientes portadores de neoplasias previas fue descrita por Billroth¹ en 1889. Las asociaciones tumorales pueden ser múltiples, destacando la leucemia linfática crónica y cáncer de piel, cáncer de colon y endometrio^{2,3}.

El reconocimiento de la asociación de cáncer de pulmón como segunda neoplasia y otros tumores fue descrita por primera vez por Cahán en 1950⁴, siendo la asociación de neoplasias de cabeza y cuello las más frecuentemente relacionadas. Estos hechos fueron corroborados posteriormente por Moertel⁵ y Dellon⁶.

Motivados por tal asociación, nos pareció interesante revisar todas las neoplasias primitivas de pulmón estudiadas en nuestro servicio en los 10 últimos años, para averiguar cuáles eran los tumores primitivos que se asociaban con el cáncer de pulmón como segunda neoplasia primitiva.

Material y métodos

Para este estudio se han revisado un total de 300 historias clínicas de pacientes afectados de un carcinoma broncopulmonar, estudiados en nuestro hospital en un período de 10 años.

Se ha investigado la presencia o ausencia de neoplasias previas, con la intención de averiguar la existencia o no de factores que puedan incidir en el diagnóstico y evolución de dichos pacientes, valorándose los siguientes parámetros: edad, sexo, antecedentes tabáquicos, localización y tipo histológico de la primera neoplasia, intervalo libre entre ambas, histopatología del cáncer de pulmón y supervivencia de estos pacientes en comparación con los que no presentaban neoplasias previas.

Para definir que el cáncer de pulmón era una neoplasia primaria y no metastásica, se han empleado los criterios de neoplasias primarias malignas múltiples (NPM), de Warren y Gates⁷: a) cada uno de los tumores deberá ser inequívocamente maligno; b) cada tumor deberá poseer individualidad histológica y c) deberá excluirse que uno sea metástasis del otro.

Para el análisis estadístico se han empleado el estudio de la varianza y el de igualdad de medias.

La supervivencia se determinó mediante el Archivo Central de Tumores de Navarra.

Resultados

De los 300 pacientes afectados de tumor pulmonar primitivo, en 19 (6,1 %) habían presentado neoplasia previa. Todos ellos eran varones, con edades comprendidas entre 55 y 79 años, con una media de $64,4 \pm 6,7$ años, siendo fumadores de más de 25 cigarrillos/día durante un período que superaba los 20 años.

De las 19 neoplasias, su localización era: laringe 9 casos (47 %); estómago 3 casos (15,7 %); vejiga 2 casos (10,5 %); testículo 1 caso (5,2 %) y parótida 1 caso (5,2 %) (tabla I).

En cuanto a la estirpe histológica del primer tumor, predominaban con un 63 % los epidermoides frente a un 16 % de adenocarcinomas (tabla II).

El intervalo libre global entre la primera neoplasia y segundo tumor primitivo fue de 57,5 meses, oscilando entre $31,6 \pm 6,1$ de los tratados por cáncer de laringe y $83,5 \pm 12,7$ del resto de otras localizaciones con significación estadística ($p < 0,05$) (fig. 1).

La supervivencia de los tumores laríngeos fue de $6,17 \pm 5,42$ meses frente a los de otras localizaciones con $3,67 \pm 2$, resultando estadísticamente significativa ($p < 0,05$) (fig. 2).

Recibido el 15-6-1988 y aceptado 20-6-1988.

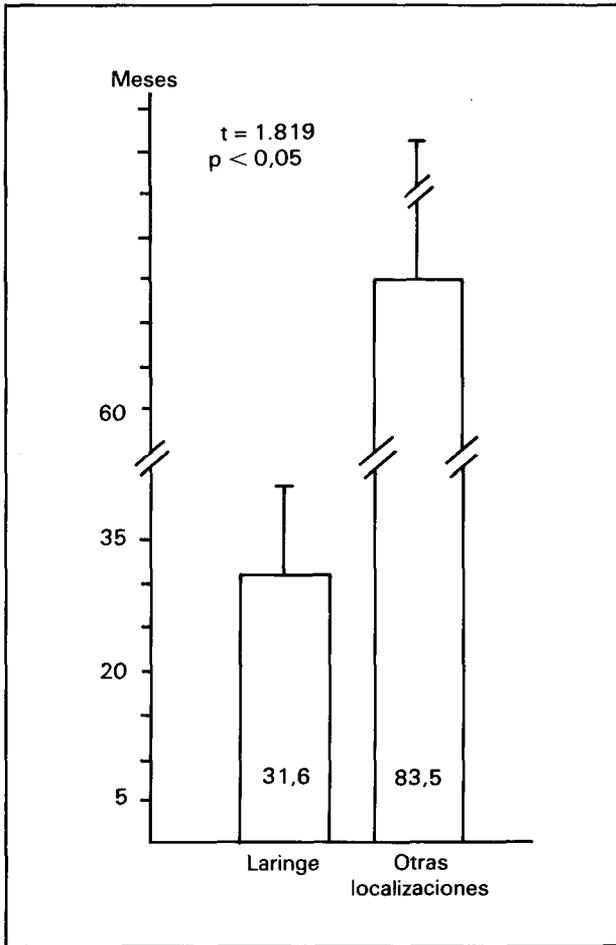
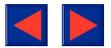


Fig. 1. Intervalo libre de diagnóstico.

Considerando la estirpe histológica del primer tumor, se obtuvo que el intervalo diagnóstico de los epidermoides fue de $30,08 \pm 22$ meses frente a $108,4 \pm 90$, siendo estadísticamente significativa (fig. 3). En cuanto a la supervivencia resultó que el epidermoide era $5,78 \pm 4,3$, frente a las de otras histologías con $4,5 \pm 4,4$ meses, no resultando significativa (fig. 4).

Histológicamente, el cáncer de pulmón se comportó como epidermoide (58,1%), anaplásico de células pequeñas (32,1%) y anaplásico de células grandes (10%). La supervivencia global en estos pacientes fue de $4,14\% \pm 3,89$ meses (se excluyeron 3 pacientes que en el momento de redactar este trabajo todavía estaban vivos), frente al $6,27 \pm 0,8$ de los pacientes sin neoplasias previas, no encontrándose diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos.

Discusión y comentarios

Aproximadamente el 4% de los pacientes diagnosticados de cáncer desarrollarán un segundo tumor detectable clínicamente⁸, cifra que se incrementaría si fuese posible analizar los tumores *in situ* y neoplasias ocultas.

La existencia de una segunda neoplasia primitiva en el tracto respiratorio en pacientes tratados de otro tumor primitivo es un hecho bien conocido^{9,10}, oscilando su frecuencia entre 1,6-2,7%; lo que representa el 41,5% de todas las segundas neoplasias.

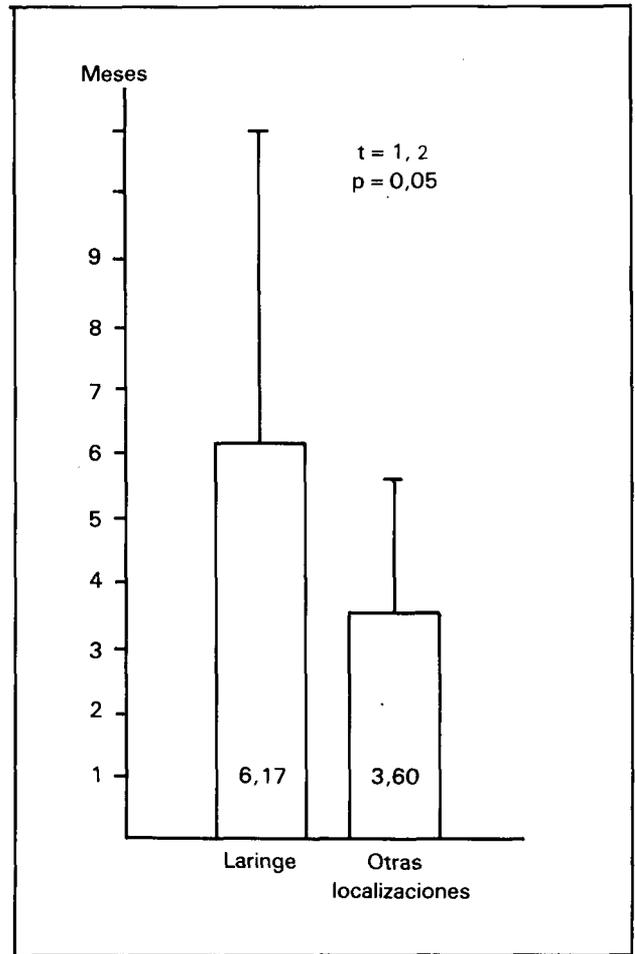


Fig. 2. Supervivencia entre tumores laríngeos y otras localizaciones. LRG: laringe.

Clásicamente se ha atribuido a los tumores de cabeza y cuello un mayor riesgo de presentar cáncer de pulmón^{5,6}. Resultados corroborados por nosotros en este estudio, en el que hemos encontrado predominio de los tumores de cabeza y cuello con un 62%, seguidos por los de estómago con un 15,7%. Únicamente llama la atención la escasa incidencia de cáncer de piel encontrada en nuestro estudio, que contrasta con los trabajos de Cahan⁹ y Derrick¹¹, ya que en estos autores el cáncer de piel es después del laríngeo el más frecuente. Hecho que pudiera explicarse porque en nuestro medio estos pacientes se controlaban ambulatoriamente al no existir servicio de dermatología en nuestro centro.

Hemos obtenido una mayor supervivencia para los tumores laríngeos frente a los de otra localización y con menor intervalo diagnóstico, atribuyéndolo a que mientras los primeros eran seguidos anualmente, los demás no habían sido sometidos a revisiones periódicas.

TABLA I
Diferentes localizaciones de la primera neoplasia primitiva

Localización	N	%
Laringe	9	47
Estómago	3	15,7
Vejiga	2	10,5
Testículo	1	5,2
Parótida	1	5,2

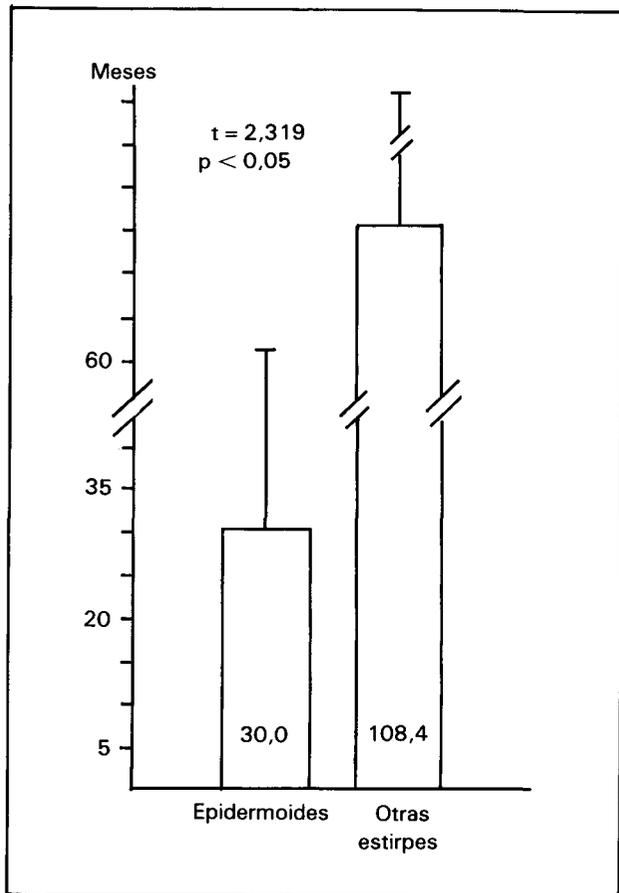


Fig. 3. Intervalo libre entre los tumores epidermoides y otras estirpes.

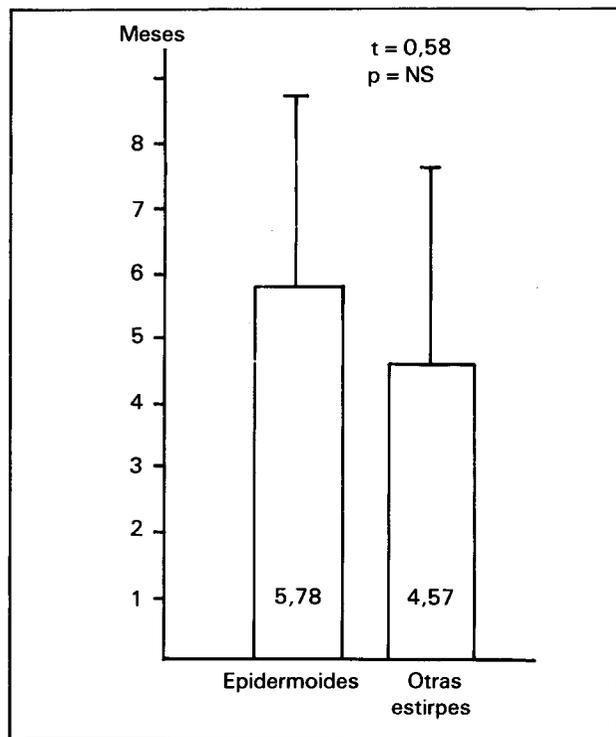


Fig. 4. Supervivencia entre los tumores epidermoides y otras estirpes.

TABLA II

Estirpe histológica de la primera neoplasia primitiva

Histología	N	%
Epidermoide	12	63
Adenocarcinomas	3	15,7
Papilares	2	10
Tumor mixto	1	5
Sarcoma	1	5

En cuanto a la anatomía patológica de la neoplasia pulmonar primitiva como segunda neoplasia, obtuvimos una mayor incidencia en nuestra serie de carcinomas epidermoides y anaplásicos de células pequeñas, a diferencia de los estudios de Reynolds¹², en los que era el adenocarcinoma.

Estas diferencias las atribuimos a que en nuestro medio el carcinoma epidermoide es el tumor pulmonar primitivo más usual, representando el 42 % de todos los tumores pulmonares diagnosticados en nuestro hospital, mientras que el adenocarcinoma es tumor poco frecuente¹³.

Por todo ello, en el paciente neoplásico, la posibilidad de una neoplasia primitiva pulmonar debe considerarse siempre y tenerse en cuenta para no considerarla erróneamente como recurrencia o metástasis.

BIBLIOGRAFIA

1. Billroth T. Die allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie. En: 51 Vorlesungen. Handbuch für Studierende und Ärzte, 14. Berlín, G Reimer, 1889; 908.
2. Lynch HT, Harris RE, Organ CH et al. The surgeons. Genetic and cancer control. The cancer family syndrom. Am Surg 1977; 185:435.
3. Cano Ruiz A, Aramburu Mangua J, De la Calle Santiuste A, Palacio Pérez-Mendel A, Belda Serna A. Carcinomas primitivos múltiples. Med Clín (Barc) 1978; 70:289.
4. Cahan NG, Butjer FS, Watson WL, Pool JL. Multiple cancers primary in the lung and other sites. J Thor Surg 1950; 20:335-348.
5. Moertel CG, Andersen HA, Beggenstoss H. The coexistence of primary lung cancer and other primary malignant neoplasms. Dis Chest 1959; 35:343-347.
6. Dellon AL, Chretien PB, Potvin C, Rogentine Jr GN. Multiple primary malignant neoplasm. Arch Surg 1975; 110:156-160.
7. Warren S, Gates O. Multiple primary malignant tumors; survey of literature and statistical study. Am J Cancer 1932; 16:1.358-1.414.
8. De Santiago Urquijo F, Mar Medina B, Toran Montserrat J, Del Campo Senosiain L. Neoplasias malignas múltiples. Estudio general y comentarios acerca de la NPMM del aparato digestivo. Oncología 1983; 80:232.
9. Cahan WG. Multiple primary cancers, one of with is lung. Surg Clin North Am 1969; 49:323-335.
10. Sole M, Bombi JA, Cardesa A. Asociación de cáncer de pulmón en otras neoplasias. Med Clín (Barc) 1986; 87:63.
11. Derrick LH, Wagenfeld MB, Harwood AR. Second primary respiratory tract malignancies in glottic carcinoma cancer. Cancer 1980; 46: 1.883-1.886.
12. Reynolds RD, Pajak TF, Greenberg BR. Lung cancer as a second primary cancer. Cancer 1978; 43:2.887-2.895.
13. Martí J, Linacisoro L, Agustí A et al. Tumores pulmonares primitivos. Características clínicas, histopatológicas y evolución. Rev Clín Esp 1985; 176:5-8.