



### Identificación del carcinoma broncogénico N0cy

**Sr. Director:** La carta de López-Encuentra et al<sup>1</sup> sobre el tratamiento multimodal del carcinoma broncogénico no microcítico N2 clínico con confirmación citohistológica termina con una pregunta que merece toda nuestra consideración: ¿cómo identificar a los pacientes cuyos tumores han experimentado una reducción de su extensión anatómica pasando de N2c (C3) a N0cy (C3) después de la inducción? Su selección es relevante, pues son los únicos que se benefician de la resección quirúrgica una vez completada la inducción<sup>2,3</sup>.

Aunque la reexploración tras inducción de los ganglios afectados puede realizarse de diversas maneras (punción transbronquial y transesofágica, punción transparietal, mediastinoscopia, toracoscopia y remediastinoscopia), en la práctica la mediastinoscopia es la técnica más utilizada para la clasificación clínica ganglionar, y su repetición, la remediastinoscopia tras inducción, la técnica que se ha empleado de forma más sistemática, aunque en pocos centros, para evaluar la respuesta tumoral. Cuando se practica de forma sistemática, la remediastinoscopia alcanza valores de sensibilidad y de exactitud y un valor predictivo negativo muy próximos a los de la mediastinoscopia de estadificación. Sin embargo, su difusión no es previsible a corto plazo por la dificultad que conlleva su realización, debido a las adherencias peritraqueales. Por este motivo, va a ser una necesidad clínica de primer orden la integración de las exploraciones endoscópicas con punción con el fin de evitar la mediastinoscopia de estadificación. Una punción positiva, en el contexto clínico adecuado y perfilado por técnicas de imagen, es información suficiente para el inicio del tratamiento de inducción. Finalizada ésta, la misma técnica endoscópica podría utilizarse para valorar la respuesta tumoral: si esta nueva punción fuera positiva, el paciente quedaría excluido del tratamiento quirúrgico. Sin embargo, las técnicas de exploración quirúrgica (mediastinoscopia, mediastinotomía, toracoscopia) tendrían que realizarse en los casos en que las punciones fueran negativas, porque de momento el valor predictivo negativo de las punciones es bajo. Con la integración de las punciones al algoritmo diagnóstico y clasificatorio, se ahorrarían muchas mediastinoscopias de estadificación y, en consecuencia, remediastinoscopias.

Los problemas no acaban aquí. A la vista de los resultados de los 2 ensayos clínicos<sup>2,3</sup> referidos por López-Encuentra et al<sup>1</sup>, cabe hacerse otra pregunta: ¿es realmente necesaria la resección pulmonar en los pacientes cuyos tumores han pasado de N2c (C3) a N0cy (C3) con el tratamiento de inducción? Sabemos que éstos viven más que aquellos en quienes persiste la afectación ganglionar, pero no sabemos, con la certeza que hoy deberíamos exigir, si vivirían lo mismo sin más trata-

miento o con más tratamiento no quirúrgico. Solamente un nuevo ensayo clínico donde de forma aleatoria se asignara tratamiento quirúrgico y no quirúrgico a los pacientes con tumores N0cy (C3) podría contestar esta pregunta.

Para finalizar, ¿qué hacer cuando, mediante técnicas emergentes de estadificación quirúrgica, se extirpan todos los ganglios mediastínicos y, cuando está indicada, se da inducción? Tanto la linfadenectomía mediastínica asistida por vídeo<sup>4,5</sup> como la linfadenectomía mediastínica transcervical ampliada<sup>6</sup> extirpan la práctica totalidad de los ganglios mediastínicos. Al mismo tiempo que estadifican, eliminan el sustrato que se debería reevaluar tras inducción. Podría decirse que estas técnicas, además de estadificar, constituyen parte del tratamiento de inducción, al conseguir, por métodos quirúrgicos, la reducción de la extensión anatómica antes del tratamiento definitivo. Como el parámetro más indicativo del pronóstico es el estado ganglionar tras inducción, en estos casos, al no haber ganglios que reexplorar, deberíamos encontrar otros parámetros que nos indicaran la idoneidad de la resección. Ésta es una situación clínica nueva con la que podemos encontrarnos si se generaliza la práctica de estas técnicas de linfadenectomía por vía cervical. Independientemente del valor terapéutico que puedan tener, que está por demostrar, la ventaja inmediata es el incremento de la sensibilidad, de la exactitud y del valor predictivo negativo en relación con la mediastinoscopia.

**Ramón Rami Porta, José Belda Sanchis y Mireia Serra Mitjans**

Servicio de Cirugía Torácica.  
Hospital Mutua de Terrassa. Universidad de Barcelona. Terrassa. Barcelona. España.

1. López-Encuentra A, Martín de Nicolás JL, Paz-Ares L, Bartolomé A, por 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. Albain KS, Swann RS, Rusch VR, Turrisi AT, Shepherd FA, Smith CJ, et al. North American Lung Cancer Intergroup. Phase III study of concurrent chemotherapy and radiotherapy (CT/RT) vs CT/RT followed by surgical resection for stage IIIA (pN2) non-small cell lung cancer (NSCLC): outcomes update of the North American Intergroup 0139 (RTOG 9309) [resumen 7014]. Actas de ASCO Meeting 2005; mayo 13-17; Orlando; 2005.
3. Van Meerbeeck JP, Kramer G, Van Schil PE, Legrand C, Smit EF, Schramel FM, et al. EORTC-Lung Cancer Group. A randomised trial of radical surgery (S) versus thoracic radiotherapy (TRT) in patients (pts) with stage IIIA-N2 non-small cell lung cancer (NSCLC) after response to induction chemotherapy (ICT) (EORTC 08941) [resumen 7015]. Actas de ASCO Meeting 2005; mayo 13-17; Orlando; 2005.
4. Hürtgen M, Friedel G, Toomes H, Fritz P. Radical video-assisted mediastinoscopic lymphadenectomy (VAMLA) – technique and first results. Eur J Cardiothorac Surg. 2002;21:348-51.
5. Leschber G, Holinka G, Linder A. Video-assisted mediastinoscopic lymphadenectomy (VAMLA) – a method for systematic mediastinal lymph node dissection. Eur J Cardiothorac Surg. 2003;24:192-5.
6. Kuzdzal J, Zielinski M, Papla B, Szlubowski A, Hauer L, Nabialek T, et al. Transcervical extended mediastinal lymphadenectomy – the new operative technique and early results in lung cancer staging. Eur J Cardiothorac Surg. 2005;27: 384-90.