

Carcinoma broncogénico

Principios básicos del tratamiento quirúrgico



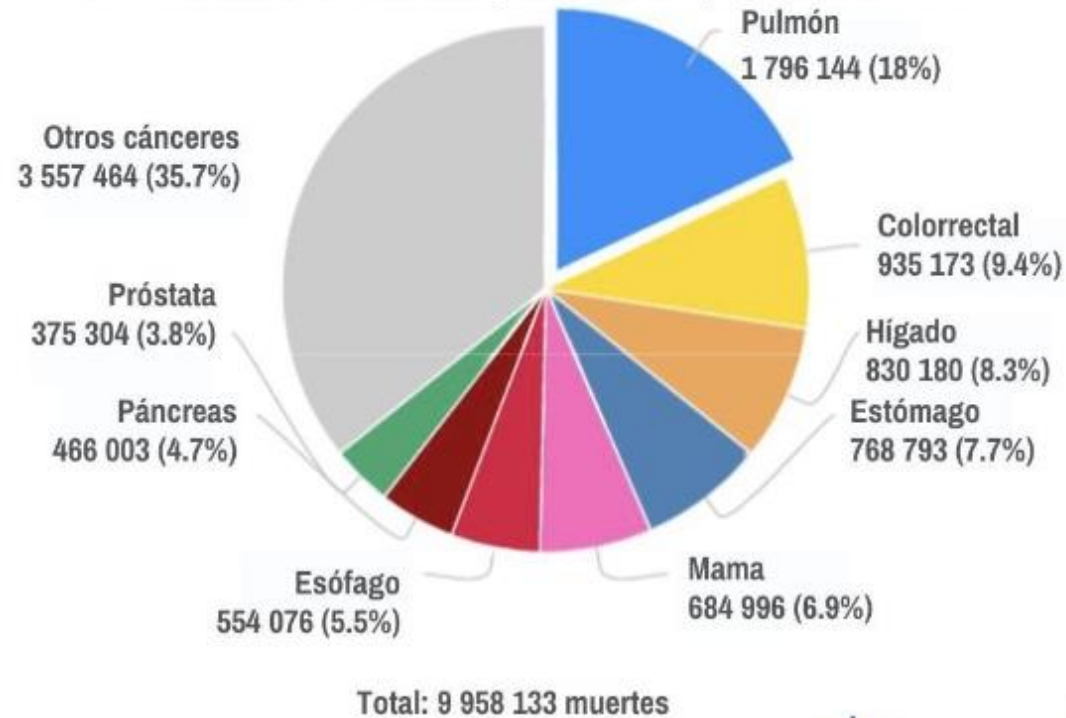
Ramón Rami Porta
Servicio de Cirugía Torácica
Hospital Universitari Mútua Terrassa
Terrassa, Barcelona



El Cáncer de Pulmón ocupa el **1^{er}** lugar de mortalidad en el mundo.



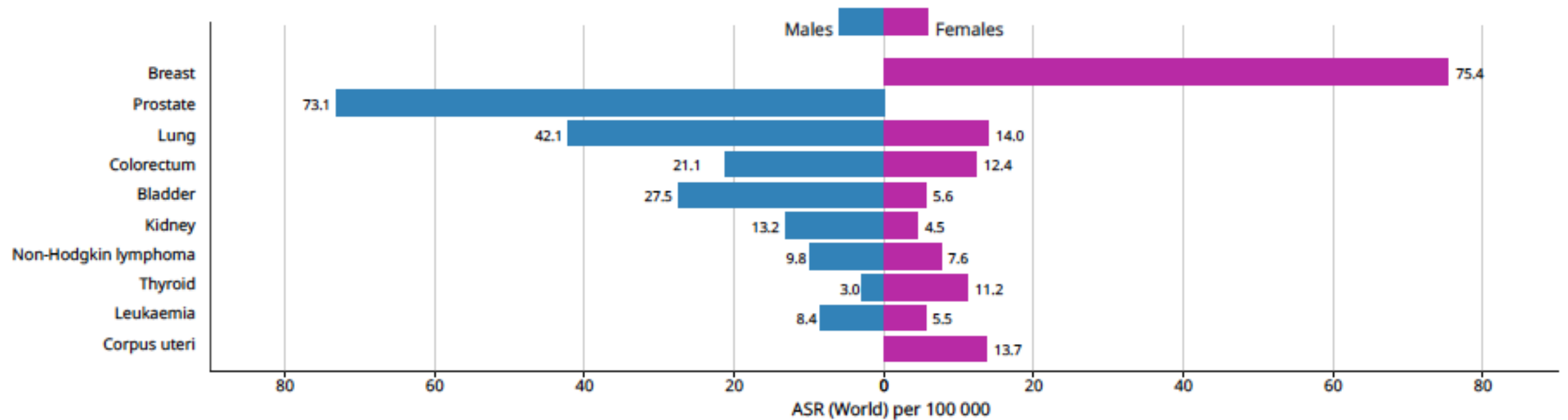
Número de muertes en 2020, ambos sexos, todas las edades



Incidencia



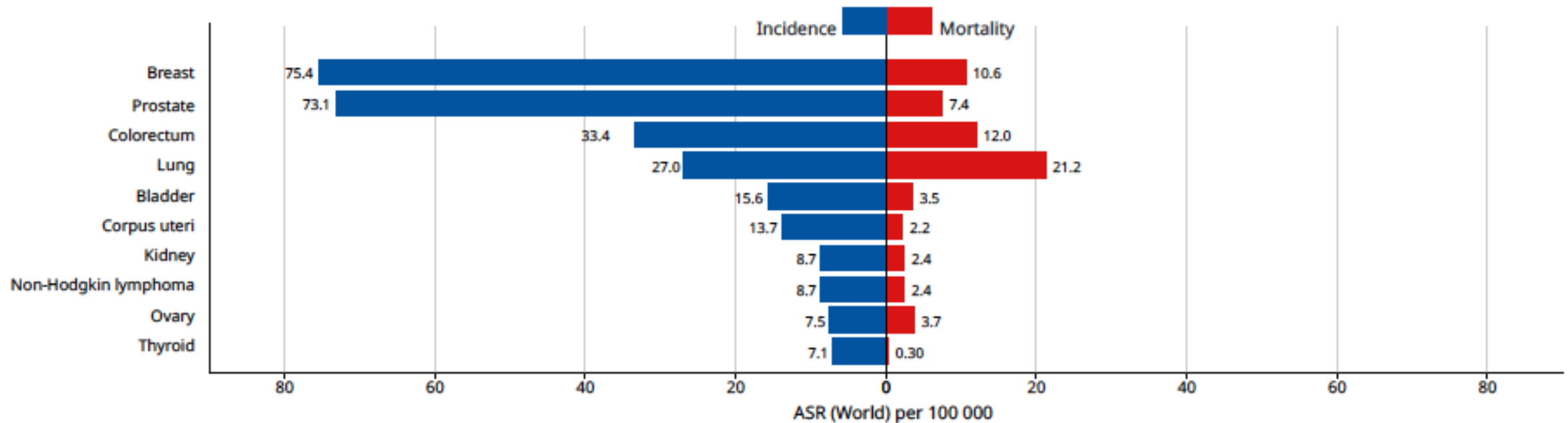
Age-standardized (World) incidence rates per sex, top 10 cancers



Mortalidad



Age-standardized (World) incidence and mortality rates, top 10 cancers



Contenido

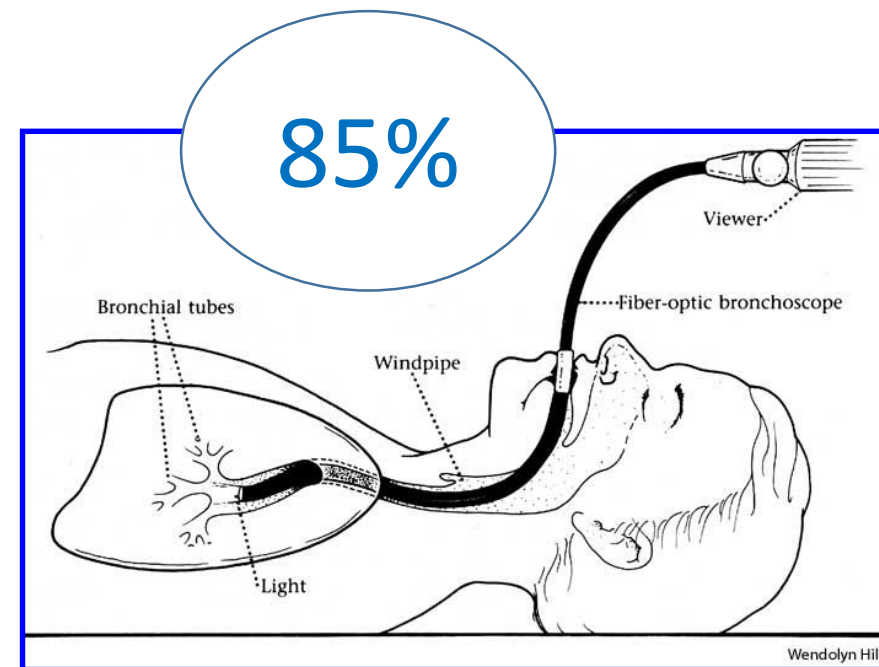
- Diagnóstico
- Estadificación
- Resecabilidad y operabilidad
- Resección completa
- Conclusiones

Contenido

- Diagnóstico
- Estadificación
- Resecabilidad y operabilidad
- Resección completa
- Conclusiones

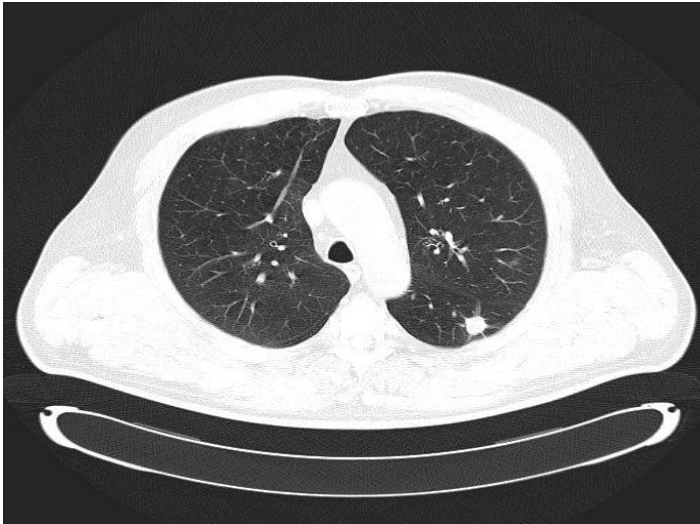
Diagnóstico

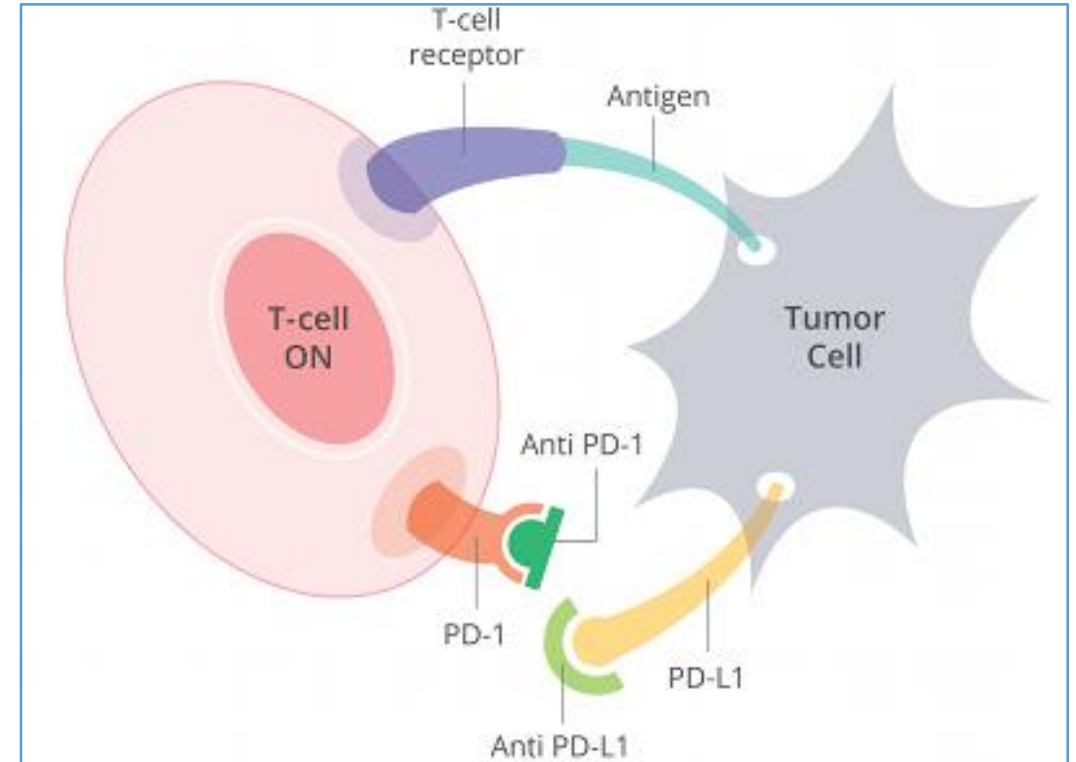
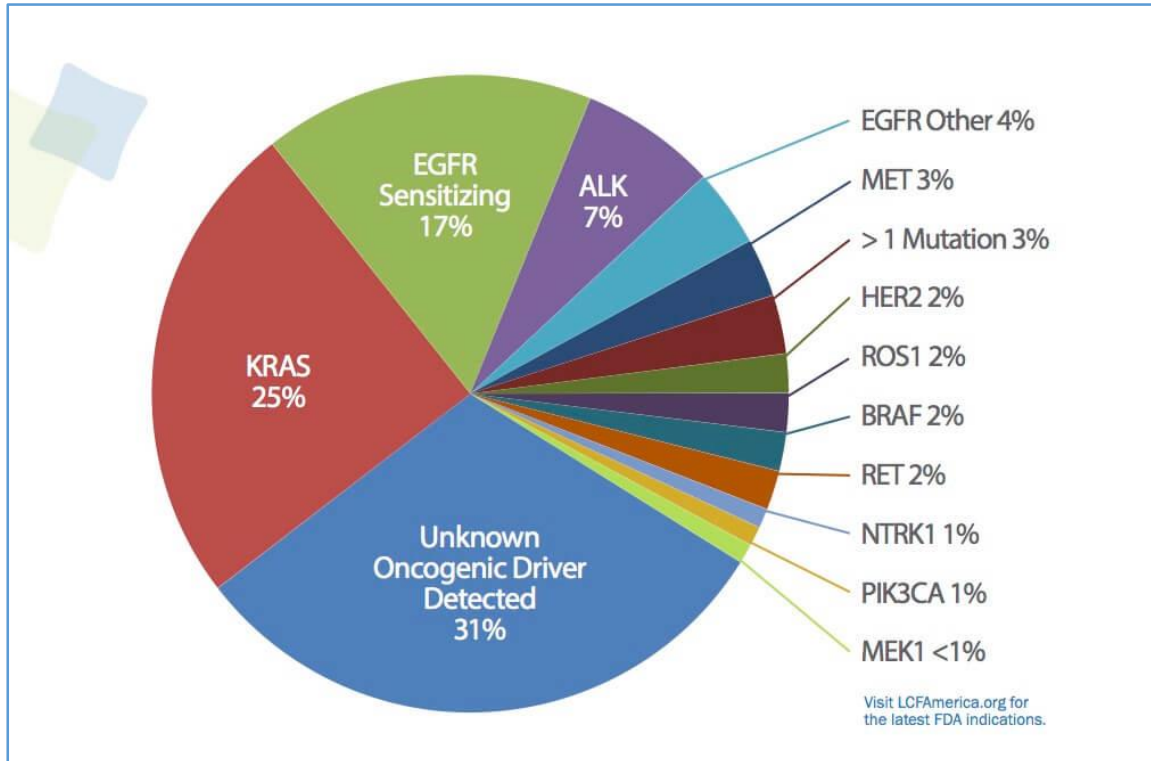
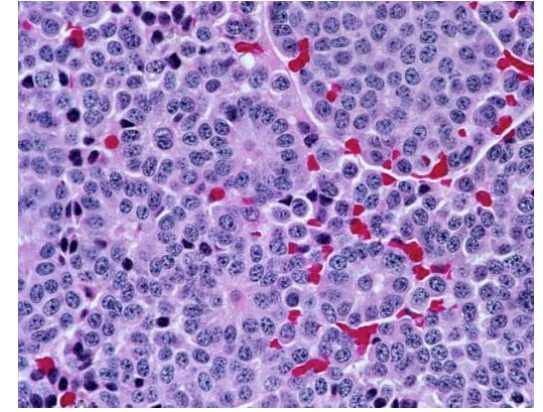
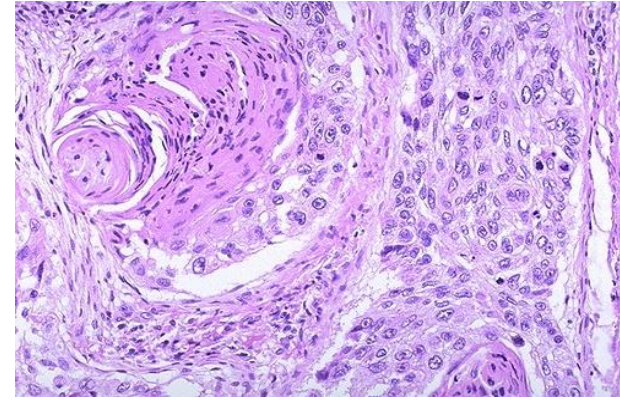
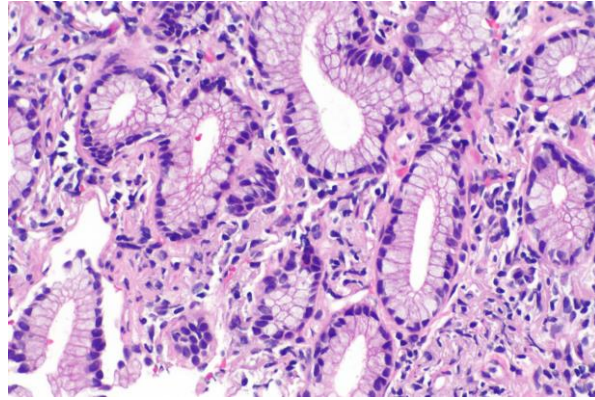
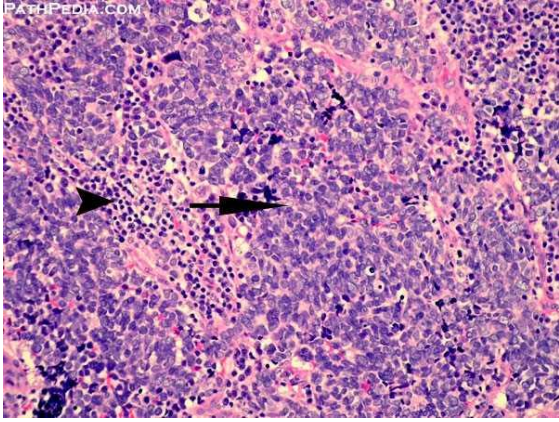
- Sospecha clínica
- Sospecha radiológica
- Confirmación cito-histológica:
 - Citología de esputo
 - Biopsia del tumor primario
 - Biopsia de su diseminación ganglionar
 - Citología del derrame pleural o pericárdico
 - Biopsia de metástasis distantes



Shigeto Ikeda 1925-2001

Diagnóstico: técnicas según localización



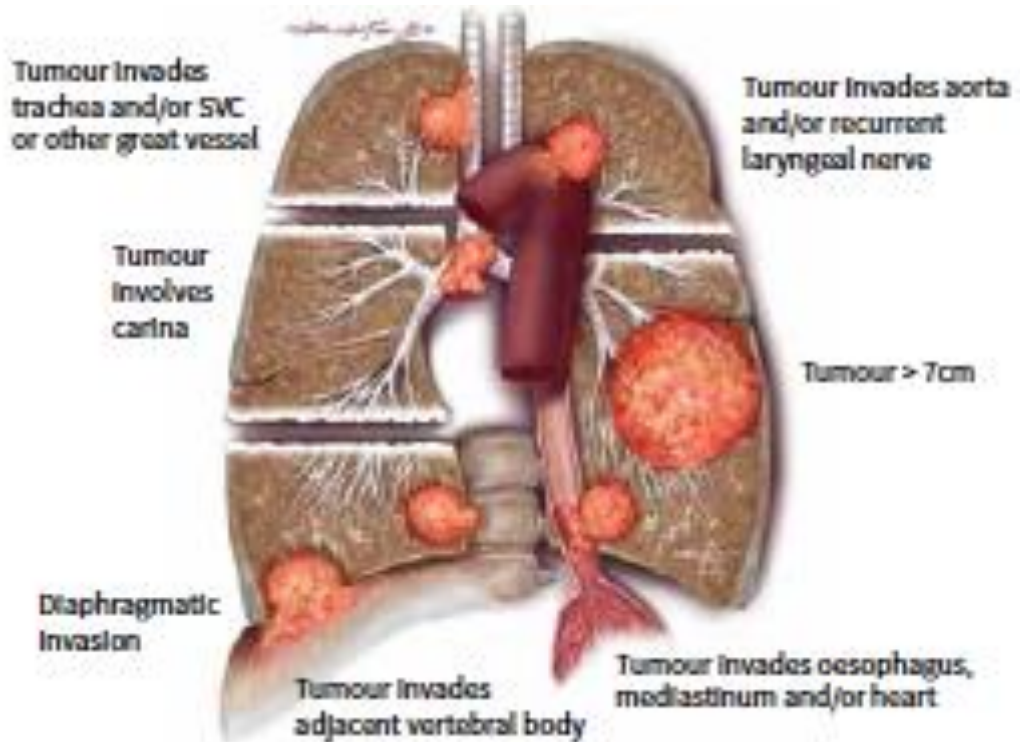


Contenido

- Diagnóstico
- Estadificación
- Resecabilidad y operabilidad
- Resección completa
- Conclusiones

Estadificación

- **T: Tumor primario**
 - Tamaño
 - Localización
 - Estructuras invadidas
- **N: Ganglios linfáticos**
 - Localización anatómica
- **M: Metástasis distantes**
 - Número
 - Localización



Estadificación clínica: secuencia de la IASLC

Fase I:

- Historia
- Exploración
- Rx PA & LAT tórax
- Análisis sangre

Fase II:

- FBS
- TAC tórax & abdomen sup
- PET
- CT/MR cráneo

Fase III:

- Exploración mediastínica
- Exploración pleural
- Exploración pericárdica

Estadificación clínica: secuencia de la IASLC

Fase I:

- Historia
- Exploración
- Rx PA & tórax
- Análisis sangre

Fase II:

- FBS

Secuencial

Invasión creciente

- CT/MR cráneo

Fase III:

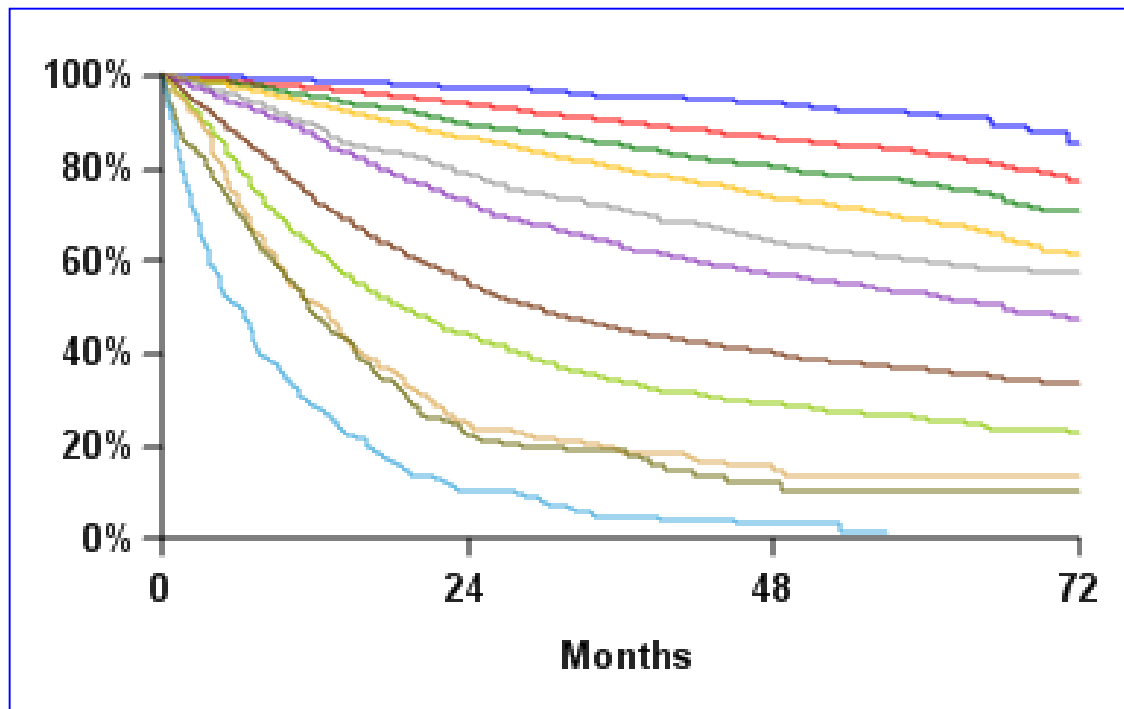
- Exploración mediastínica
- Exploración pleural
- Exploración pericárdica

Agrupación por estadios

	N0	N1	N2	N3	M1a cualquier N	M1b cualquier N	M1c cualquier N
T1a	IA1	IIB	IIIA	IIIB	IVA	IVA	IVB
T1b	IA2	IIB	IIIA	IIIB	IVA	IVA	IVB
T1c	IA3	IIB	IIIA	IIIB	IVA	IVA	IVB
T2a	IB	IIB	IIIA	IIIB	IVA	IVA	IVB
T2b	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IVA	IVA	IVB
T3	IIB	IIIA	IIIB	IIIC	IVA	IVA	IVB
T4	IIIA	IIIA	IIIB	IIIC	IVA	IVA	IVB

Agrupación por estadios

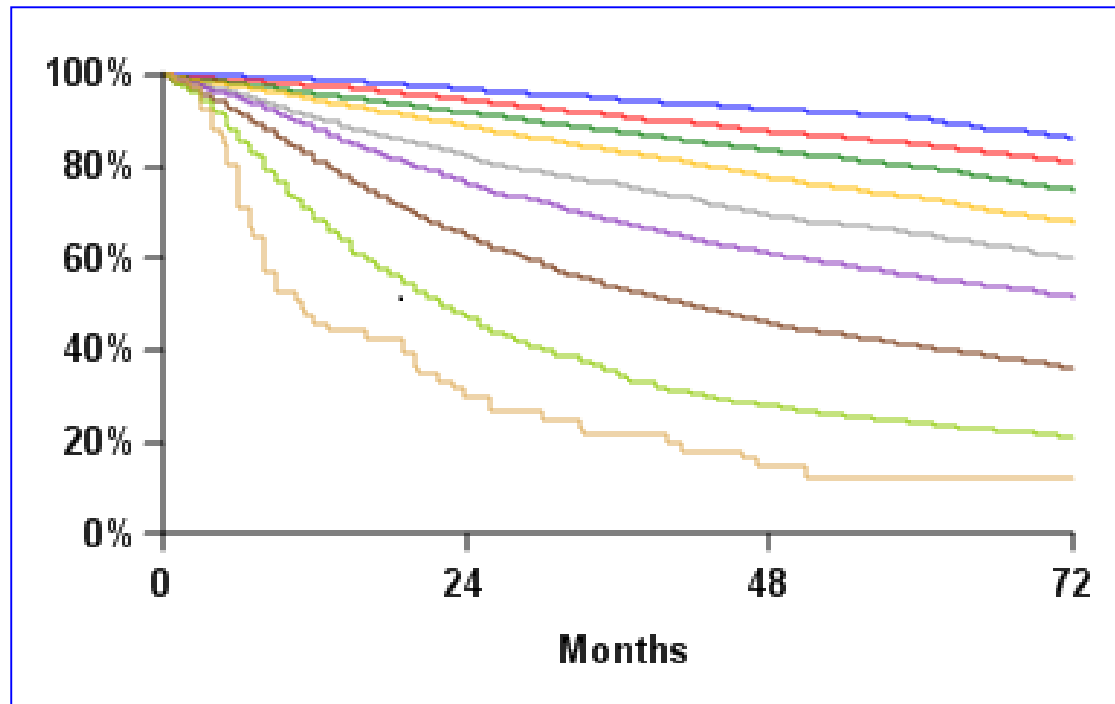
Clínicos



	Events/N	MST	24 month s	60 months
IA1	68/781	NR	97%	92%
IA2	505/3105	NR	94%	83%
IA3	546/2417	NR	90%	77%
IB	560/1928	NR	87%	68%
IIA	215/585	NR	79%	60%
IIB	605/1453	66.0	72%	53%
IIIA	2052/3200	29.3	55%	36%
IIIB	1551/2140	19.0	44%	26%
IIIC	831/986	12.6	24%	13%
IVA	336/484	11.5	23%	10%
IVB	328/398	6.0	10%	0%

Agrupación por estadios

Patológicos



	Events/N	MST	24 month s	60 month s
IA1	139/1389	NR	97%	90%
IA2	823/5633	NR	94%	85%
IA3	875/4401	NR	92%	80%
IB	1618/6095	NR	89%	73%
IIA	556/1638	NR	82%	65%
IIB	2175/5226	NR	76%	56%
IIIA	3219/5756	41.9	65%	41%
IIIB	1215/1729	22.0	47%	24%
IIIC	55/69	11.0	30%	12%

Contenido

- Diagnóstico
- Estadificación
- **Resecabilidad y operabilidad**
- Resección completa
- Conclusiones

Resecabilidad

Cualidad del tumor que permite
su extirpación completa
mediante la cirugía sin un riesgo
excesivo para el paciente

Opciones terapéuticas según estadio

Ca oculto
Estadio 0
Estadio IA
Estadio IB
Estadio IIA
Estadio IIB
Estadio IIIA
Estadio IIIB
Estadio IIIC
Estadio IV

Resección +/- adyuvancia

Quimio-radioterapia-inmunoterapia

Inducción + resección

Resección +/- adyuvancia

Terápias diana, inmunoterapia, quimioterapia,
resección ocasional

Operabilidad

Capacidad del paciente para someterse a una resección pulmonar sin riesgo excesivo y conservar una calidad de vida aceptable

Operabilidad

- Valoración multidisciplinar precoz
- Estado funcional y pérdida de peso
- Edad
- Función cardíaca
- Función pulmonar
- Otras comorbilidades

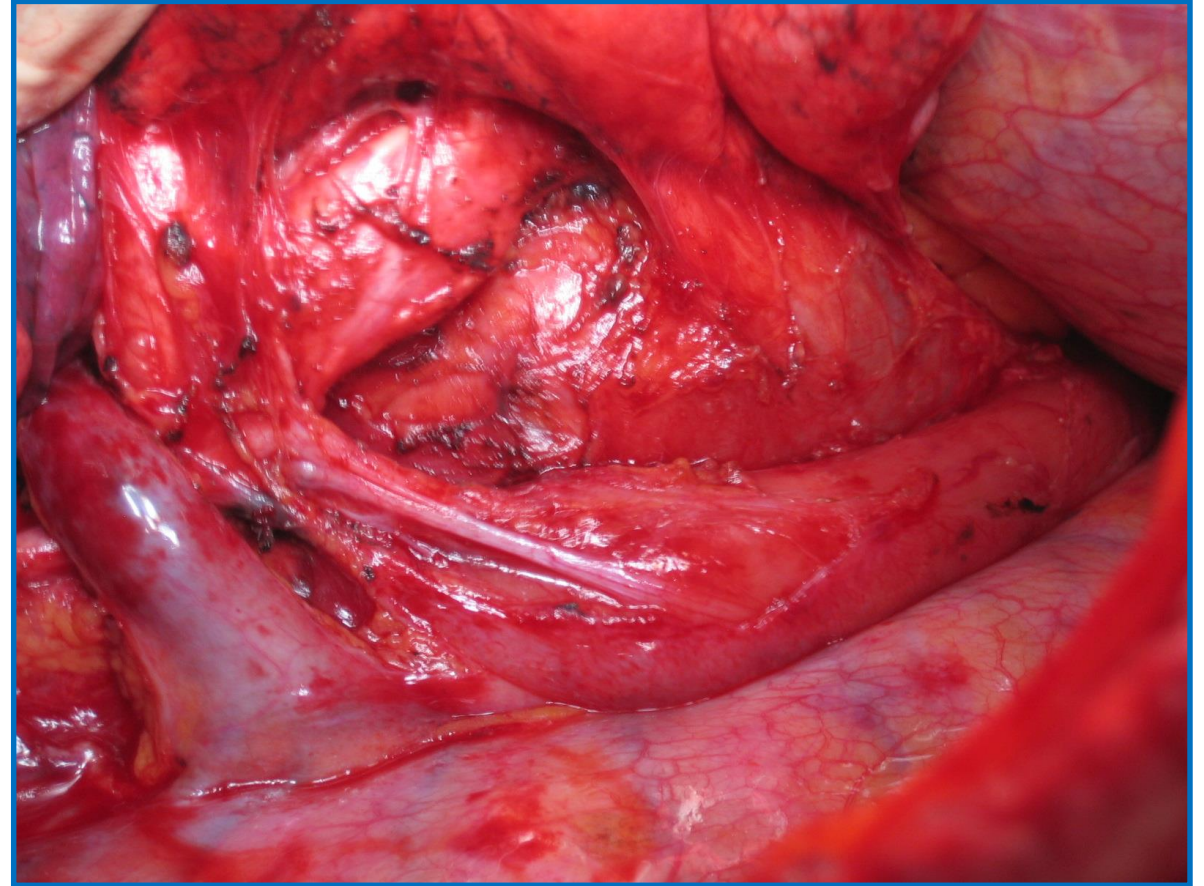
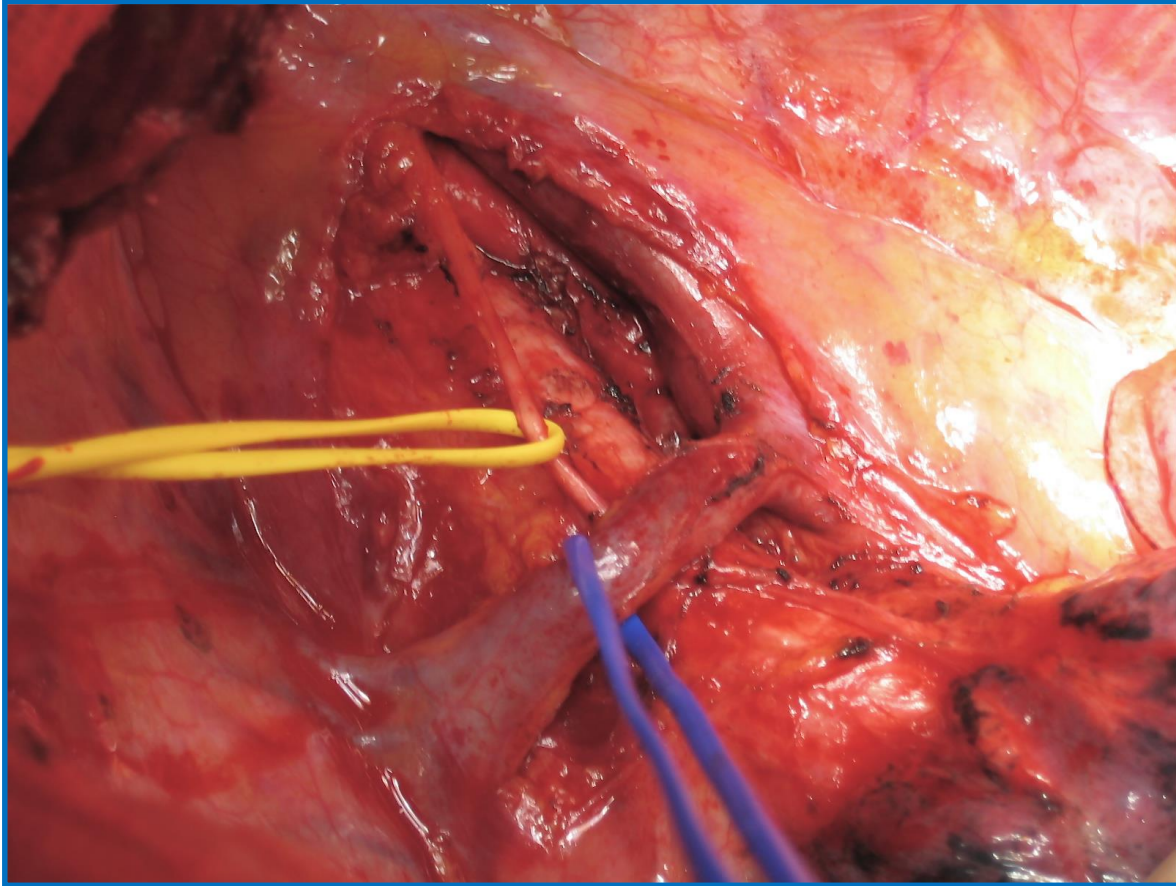
Contenido

- Diagnóstico
- Estadificación
- Resecabilidad y operabilidad
- **Resección completa**
- Conclusiones

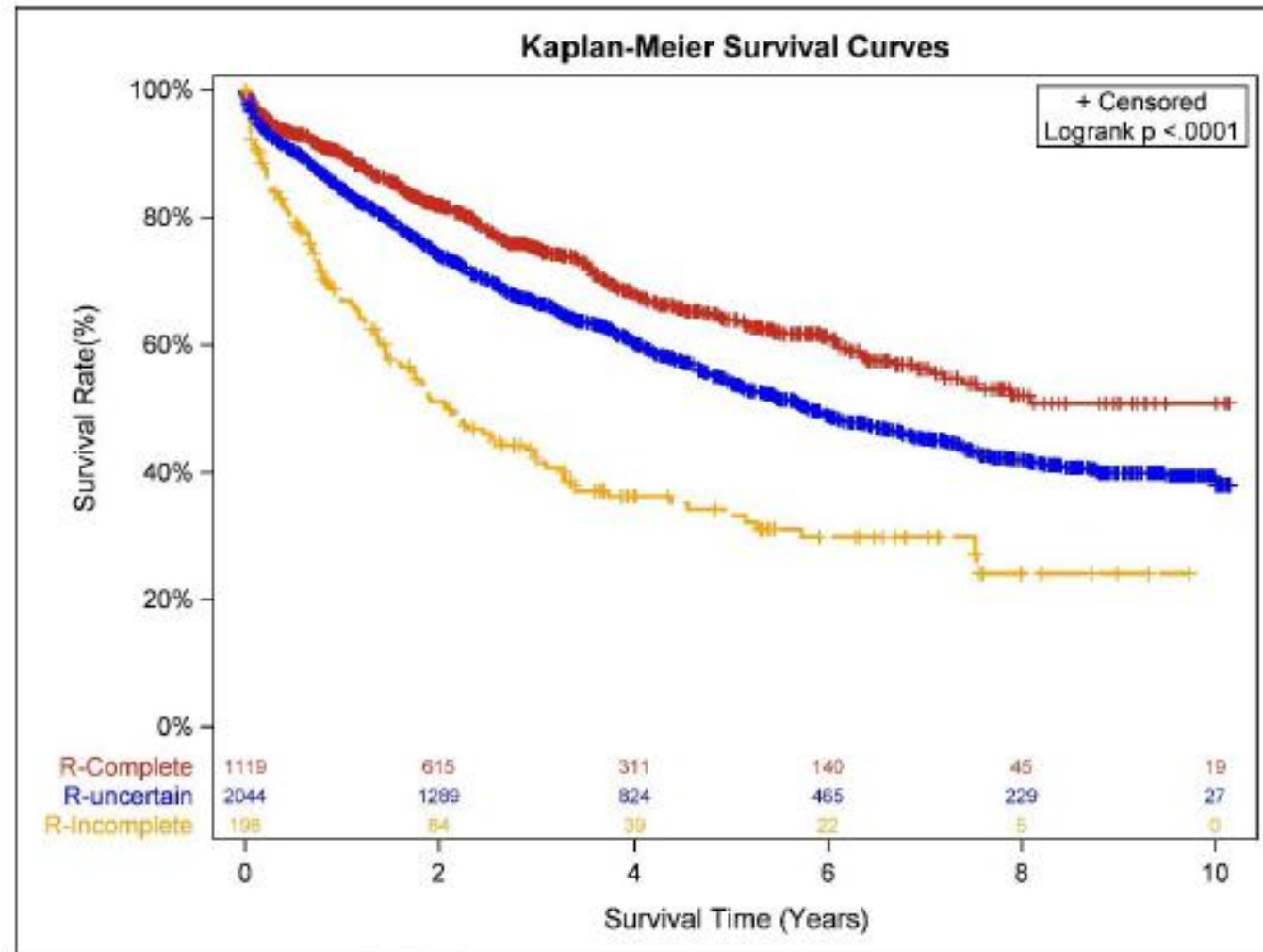
Resección completa: IASLC 2005

- Márgenes de resección libres de cáncer comprobado microscópicamente: bronquial, vascular, otros
- Disección ganglionar sistemática o disección ganglionar sistemática específica de lóbulo
- No hay invasión extracapsular de los ganglios extirpados por separado o invasión del margen del pulmón
- El ganglio mediastínico más alto debe ser negativo

Dissección ganglionar sistemática



Validación de las definiciones de la IASLC

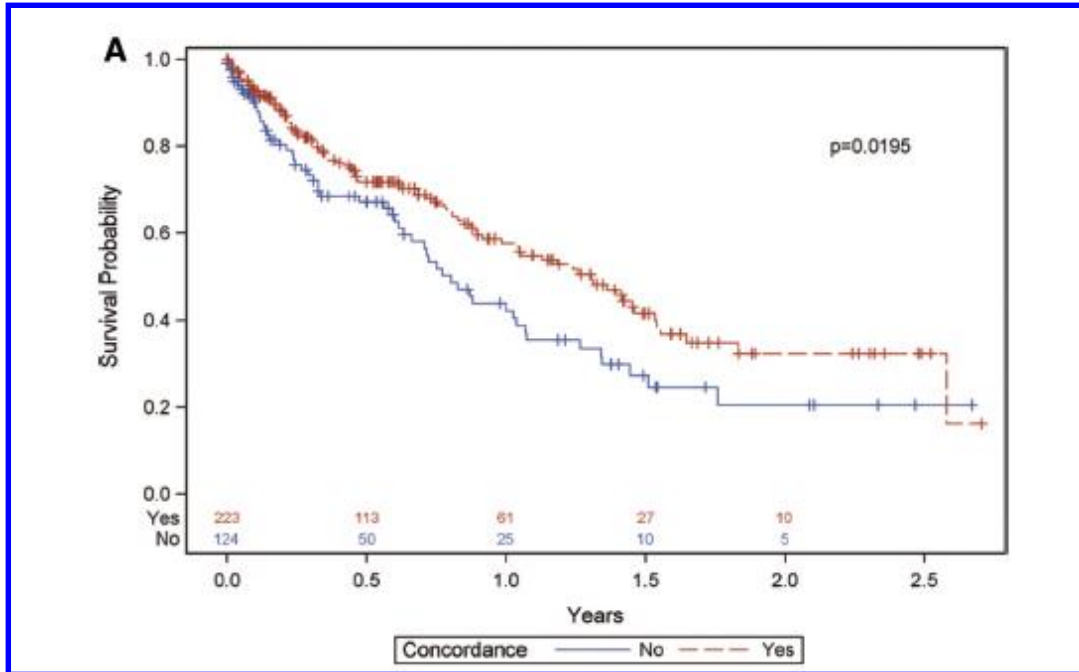


Osarogiagbon RU et al. J Thorac Oncol 2020;15:371-382.

Desviación de la recomendación multidisciplinar

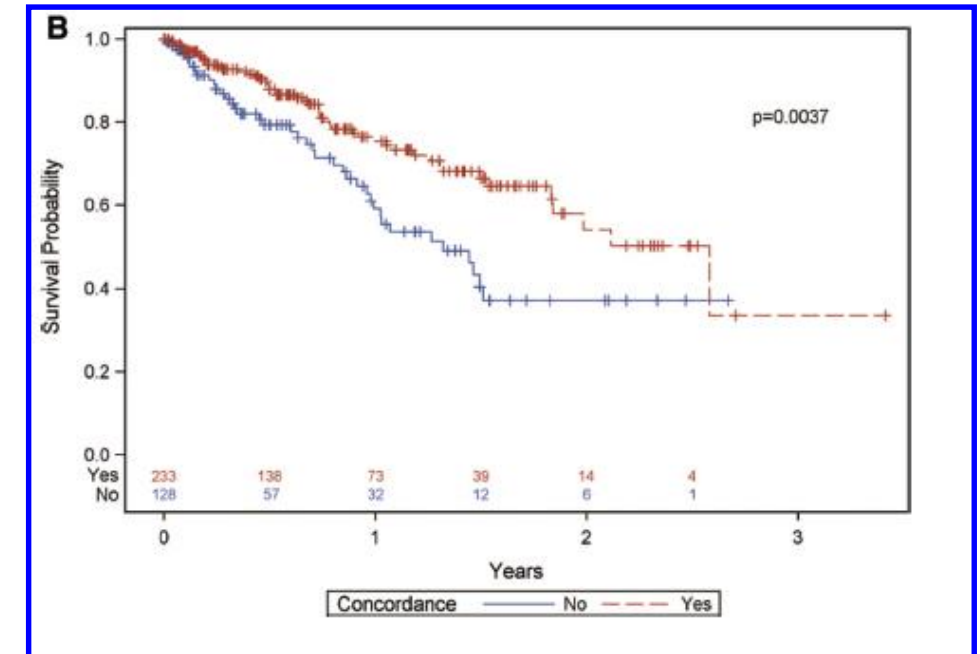


Raymond U. Osarogiagbon



Supervivencia global

Osarogiagbon RU et al. J Thorac Oncol 2011; 6: 510-6



Supervivencia libre de enfermedad

Contenido

- Diagnóstico
- Estadificación
- Resecabilidad y operabilidad
- Resección completa
- Conclusiones

Conclusiones

- Los principios básicos de la resección del cáncer de pulmón requieren una participación multidisciplinar
- La resección completa es la que se asocia a una supervivencia más prolongada y debe ser el objetivo de la indicación quirúrgica