



DERECK HARPER NARCIA

“ INFORME DE CANCER DE
PULMÓN ”

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MATERIA: GENÉTICA HUMANA
FECHA: 6 DE OCTUBRE DEL 2021
DR: RICALDI
TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS

CANCER DE PULMÓN

En corto

Introducción: Una de las principales causas de muerte en México y el mundo es el cáncer pulmonar y aún más complicado cuando es metastásico, por lo que la detección oportuna por medio de la Imagenología es primordial.

Diagnóstico: El diagnóstico por imagen se lleva a cabo a través de estudios de screening o por detección de nódulos en un estudio torácico.

Estadificación: La integración de la TC y del PET permiten obtener las imágenes anatómicas y funcionales en un solo estudio, ya que se combinan los beneficios de las dos técnicas.

Conclusión: La respuesta al tratamiento con FDG-PET es buen indicador, además de que una disminución en la retención tumoral de FDG tiene una adecuada correlación con el grado de respuesta patológica.

El cáncer pulmonar

El cáncer pulmonar fue considerado hasta mediados del siglo pasado como una enfermedad poco frecuente. A partir de 1930 su frecuencia ha aumentado y en la actualidad es el tumor maligno más frecuente en el mundo.

Diversos autores denotan un incremento en la frecuencia del CP en México en décadas recientes. Actualmente en nuestro país se encuentra entre las tres principales causas de muerte por tumores malignos en adultos mayores de 35 años y es más frecuente en varones, aunque se ha reportado un incremento mundial en los casos en mujeres. Es de hacer notar que los estados de Sinaloa y Sonora son las entidades con mayor tasa de mortalidad para el sexo masculino. En Estados Unidos es el segundo tumor canceroso más común diagnosticado en hombres y mujeres y el primero en fumadores, ya que está claramente asociado al consumo de tabaco, al estimarse que 80% de los casos pueden atribuirse a este hábito.

Su incidencia es muy alta y debido a su letalidad, la cifra de mortalidad es muy cercana a la de incidencia y se espera que esta última aumente con los años.

Los factores de riesgo para el CP son diversos, pero destacan el tabaquismo, tanto activo como pasivo; exposición a radiación por gas radón; dieta; exposición a compuestos químicos como asbestos, arsénico, cloruro de vinilo, cromato de níquel, clorometilo de éter, entre muchas otras sustancias más.

El CP se considera como enfermedad centinela del tabaquismo por las siguientes razones:

1. Fumar tabaco es el factor de riesgo presente en 90% de los pacientes con CP.
2. El riesgo de enfermar o morir por CP en fumadores aumenta drásticamente después de los 40 años de edad.
3. Las tasas de mortalidad por CP aumentan después de los 40 años de edad, en relación directa con el consumo de tabaco.
4. Después de 10 años de abstinencia, el riesgo relativo de desarrollar CP se reduce 50% en comparación con la persistencia en el hábito.

Tipos histológicos

El cáncer pulmonar es un tumor maligno que se desarrolla a partir de células, tanto pulmonares como bronquiales. Existen dos categorías de cáncer pulmonar clínicamente importantes considerando el origen y el comportamiento de las células cancerosas:

1. Cáncer pulmonar de células pequeñas (CPCP).
2. Cáncer pulmonar de células no pequeñas¹ (CPCNP).

El primero representa aproximadamente el 25% de los cánceres pulmonares y es de comportamiento muy agresivo, proliferando rápidamente. Muestra la mayor relación con el tabaquismo, ya que el 98% de los pacientes que lo presentan cuentan con historia de tabaquismo.

Por su parte, el segundo constituye, aproximadamente, el 75% de los tipos de cáncer pulmonar y se divide en tres subtipos mayores:

Cáncer de células escamosas (epidermoide):

Representa el 30% de todos los casos de cáncer de pulmón, muestra una fuerte relación con el tabaco y está asociado al mejor pronóstico. Adenocarcinoma: Ocupa el primer lugar en frecuencia epidemiológica (50%) y es también el tipo más común en pacientes no fumadores.

Surge de células mucoproducidas y se clasifica en cuatro subtipos:

- Acinar.
- Papilar.
- Bronquioloalveolar.
- Variedad sólida secretora de mucina.

Diagnóstico

El diagnóstico por imagen del CP ocurre en algunos casos durante estudios de screening o por detección de nódulos en un estudio torácico de rutina en pacientes asintomáticos. Estos tumores regularmente son pequeños y localizados al momento del diagnóstico.

Cuando la evaluación es motivada por la aparición de síntomas, regularmente el resultado es un estadio avanzado, con un tumor de mayor tamaño que puede presentar diseminación regional o a distancia.

Para la evaluación imagenológica se habla de dos grupos:

1. Tumores periféricos (localizados más allá del hilio o hacia bronquio segmentario).
2. Tumores centrales (localizados en o cerca del hilio o bronquio segmentario).^{6,9}

Tumores periféricos

Aproximadamente el 40% de los casos se encuentran más allá de bronquios segmentarios y en 30% el único hallazgo radiográfico es una masa periférica, la cual puede ser de cualquier tamaño, pero es raro que sea visto en una radiografía convencional si es menor de un centímetro. La tomografía, debido a su mejor resolución, detecta lesiones de menor tamaño.

Se evalúan los siguientes puntos:

Forma: Generalmente presentan forma ovalada o esférica, a excepción de los tumores del ápex, los cuales pueden simular engrosamientos pleurales. El carcinoma broncogénico es una de las principales consideraciones diagnósticas en adultos con un nódulo pulmonar solitario.

Contornos: El tipo de bordes de la lesión pueden ser sugestivos de malignidad, pero no diagnósticos. Los márgenes lobulados son un signo de crecimiento asimétrico y es común encontrarlos. Pueden presentar áreas de umbilicación que sugieren menor tasa de crecimiento en una zona específica del tumor.