



CANCER DE PULMON

I- INTRODUCCION

El cáncer de pulmón, de acuerdo a estadísticas internacionales, está ocupando los primeros lugares en el mundo, sobrepasando al de estómago, como la enfermedad tumoral maligna más común entre los hombres. En las mujeres, en algunos países, la incidencia del cáncer de pulmón está alcanzando al de mama y en ciertas zonas geográficas, algunos estados de EEUU, por ejemplo, ya lo sobrepasa.

La magnitud del problema en el Uruguay es tan grande que más del 25% de las muertes por causa tumoral en el hombre, son causadas por el cáncer de pulmón. En las mujeres ese porcentaje desciende al 4.5%.

De todos modos en los últimos años la tendencia por cáncer de pulmón en el Uruguay está sufriendo cambios. Mientras que en el hombre las tasas parecen haberse estabilizado insinuándose un ligero descenso, en las mujeres se evidencia un marcado ascenso de las tasas de mortalidad.

En EEUU la importancia de la mortalidad por cáncer de pulmón es todavía mayor. Esta localización neoplásica ocasiona el 31% de las muertes de causa tumoral en el hombre y el 25% en la mujer. En el Uruguay el número de muertes por cáncer de pulmón en el año 2000 fue de 1032 casos en hombres y 162 en mujeres.

La vinculación de este proceso con el tabaquismo es tan clara que las tendencias son paralelas: el aumento del consumo de tabaco por una comunidad se acompaña, años después, con un aumento en la incidencia del cáncer de pulmón.

En los países occidentales de Europa (Escocia, Inglaterra, Finlandia, Suiza,) y en los EEUU se observan los valores de incidencia más elevados, con curvas de tendencias francamente progresivas. Además, su baja curabilidad (14% a los cinco años en EEUU), determina la existencia de altas tasas de mortalidad, que en muchos países superan el valor de 100 por 100.000 personas.

II- FACTORES DE RIESGO

A- PREPONDERANTE

- 1- Tabaquismo** – Desde la década de los años 20 se sospechaba que el tabaco era un factor causal en el cáncer de pulmón. Se observó que el aumento del consumo de tabaco se acompañaba, años después, de un aumento de la incidencia del cáncer de pulmón.

Tres estudios clásicos llevaron a la convicción de la existencia de una relación de causalidad entre tabaquismo y cáncer de pulmón. El estudio de seguimiento de ocho años y medio de veteranos de guerra llevado a cabo por Kahn en 1966; el estudio patrocinado por la ACS y publicado por Hammond en 1972 que permitió seguir a un millón de personas; y, sobre todo, el trabajo de Doll y Peto, publicado en 1976, que mostró las tasas de mortalidad de 34.000 médicos británicos, seguidos durante 20 años y separados en fumadores y no fumadores, no dejaron lugar a dudas.

La edad del comienzo del hábito tabacal, la cantidad fumada diariamente, la profundidad de la inhalación, el tipo de cigarrillo utilizado, fueron factores sujetos a estudio y se obtuvieron cifras de dosis respuesta categóricas.

El riesgo de contraer un cáncer de pulmón se acrecienta con la duración del hábito tabacal, con la precocidad de su inicio, con la cantidad de cigarrillos fumados diariamente, con la profundidad de la inhalación del humo, con el uso de cigarrillos o tabaco con alto contenido en alquitrán y nicotina.

Al mismo tiempo se logra un descenso del riesgo con la cesación del hábito, Lentamente el ex fumador llega a tener el riesgo de la población no fumadora. Se calcula que se necesitan de diez a quince años para que el ex fumador llegue a tener el mismo riesgo que la persona no fumadora.

La utilización de cigarrillos con filtro y de cigarrillo livianos, con bajo contenido de alquitrán y nicotina, así como el uso de cigarrillos con filtro perforado, promueven una disminución del riesgo, aunque no se alcanzan las cifras de los no fumadores.

Aparentemente el uso de pipa o el uso de cigarros, no conlleva el riesgo elevado propio del que fuma cigarrillos.

Numerosos carcinógenos se encuentran en el humo del tabaco, especialmente hidrocarburos policíclicos, que son frecuentemente utilizados en las experiencias de cancerización con animales de laboratorio.

Se admite que todos los tipos histológicos del cáncer de pulmón pueden tener una dependencia tabacal, pero la tienen sobre todo el epidermoide y el indiferenciado a células pequeñas.

No está aclarado definitivamente el aumento del riesgo del fumador pasivo. Parece que el riesgo es más evidente para otras enfermedades tabaco - dependientes, como las coronariopatías, que para el cáncer de pulmón. En último término dependerá del contacto íntimo del fumador con el fumador pasivo y de la duración de ese contacto.

En resumen, no quedan dudas de que el tabaco es un factor causal en el cáncer de pulmón. Se lo hace responsable de por lo menos el 80% de los cánceres de esta localización. La aparición epidémica del cáncer de pulmón en estos últimos tiempos está condicionada por el aumento del tabaquismo ocurrido en las últimas décadas.

B- OTROS

2- Nutrición y dieta – Existe un mayor riesgo en desnutridos y en los que consumen dietas carenciadas en vitamina A. Esta vitamina (retinol, carotenos) actúa en la regulación de las células epiteliales y protegería frente a la inducción y progresión de los tumores surgidos en la intimidad de los epitelios.

La desnutrición y las carencias vitamínicas permiten explicar el aumento del riesgo que experimentan los habitantes de zonas rurales que emigran a zonas urbanas, donde encuentran dificultades para una alimentación adecuada.

3- Factores laborales – En el lugar de trabajo pueden existir carcinógenos que actuarían sobre el árbol respiratorio.

En los países desarrollados se han realizado numerosos estudios epidemiológicos que prueban el aumento del riesgo para los trabajadores en asbestos, en los obreros que trabajan con gas de mostaza o con otras sustancias como cromo, nickel, arsenicales inorgánicos, etc. La frecuente asociación con el tabaquismo acentuaría el riesgo en estos obreros.

En el Uruguay el número limitado de plantas industriales con numeroso personal obrero, minimiza la importancia del factor laboral como elemento de riesgo en el cáncer de pulmón. De todos modos cabe señalar el riesgo que corren los obreros de la construcción que inhalan polvos de materiales y mezclas, cuando trabajan sin las protecciones adecuadas.

4- Afecciones locales – Las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, las bronquitis crónicas y las cicatrices parenquimatosas residuales de otras patologías, se han incriminado,

en algunos estudios, como factores favorecedores de la instalación del cáncer de pulmón. Lo real es que sólo se ha podido comprobar la existencia, de bronquitis crónica, en porcentajes relativamente elevados, en la historia del enfermo de cáncer de pulmón.

- 5- Relación urbano rural. Polución ambiental** – Existe una mayor incidencia del cáncer de pulmón en los habitantes de las ciudades. El análisis de las tasas de incidencia en medios urbanos y rurales muestra una relación de 2 a 1, lo que señala que por cada cáncer de pulmón aparecido en medio rural hay dos que se originan en zonas urbanas.

En cuanto a la polución del aire, si bien teóricamente se podría pensar en su influencia en la incidencia del cáncer de pulmón, sólo se han encontrado pequeñas diferencias en la mortalidad categorizando las ciudades por índice de polución.

- 6- Factores genéticos** – Los factores genéticos tienen poca importancia en relación con los determinantes ambientales, especialmente el tabaquismo, como factores de riesgo en el cáncer de pulmón. Sin embargo, se han encontrado casos de concentraciones familiares de esta localización neoplásica. Es posible que lo que se herede sea la predisposición a sufrir enfermedades obstructivas crónicas, que a su vez favorecerían la instalación del cáncer de pulmón.

- 7- Factores socioeconómicos** – Hay suficiente evidencia que el cáncer de pulmón predomina en las clases bajas, de menores ingresos. La mortalidad por cáncer de pulmón en estas clases, duplica la que ocurre en las clases altas.

Es evidente la vinculación de estos factores con los nutricionales, señalados antes, y, probablemente, con el tabaquismo, que es más frecuente e intenso en los grupos de bajos ingresos.

- 8- Radiaciones** – Parece fuera de dudas el efecto de las radiaciones ionizantes como factor de riesgo en el cáncer de pulmón. Las tasas de incidencia encontradas en los sobrevivientes de la bomba atómica en Japón, fueron más elevadas que las esperadas en una población normal.

Lo mismo ha sucedido en sujetos que recibieron series prolongadas de radiaciones como terapia por afecciones reumáticas. Es posible que en la actualidad las medidas de protección y la mejor dosificación de las radiaciones en la práctica médica, disminuyan este riesgo.

- 9- Raza** – En los países desarrollados donde existe una población negra numéricamente importante, EEUU por ejemplo, se ha advertido que las tasas de cáncer de pulmón son más elevadas en los negros que en los blancos.

- 10- Sexo** – Es conocido el predominio masculino de esta localización tumoral. En muchos países la incidencia es 4 a 6 veces mayor en los hombres. En el Uruguay la relación de incidencia entre hombres y mujeres es todavía mayor, superando una relación de masculinidad de 10, lo que quiere decir que por cada caso de cáncer de pulmón en la mujer hay más de diez casos en los hombres. Pero considerando el aumento que en el Uruguay está teniendo el cáncer de pulmón en la mujer y manteniéndose estabilizadas las muertes en los hombres, esta relación descenderá.

III- MEDIDAS PREVENTIVAS

Se admite que el tabaquismo es responsable de la mayoría de los casos de cáncer de pulmón. Dada la relación probada entre tabaco y cáncer de pulmón, la consecuencia obvia es el control del tabaquismo. Pero no es fácil suprimir la fuerte dependencia tabacal de las poblaciones, alentada por la propaganda de los productores, ni convencer a los gobiernos que los gastos de salud causados por el hábito, superan la elevada contribución impositiva generada por la comercialización del producto.

Del mismo modo la prevención primaria debe hacerse en los lugares de trabajo disminuyendo la exposición del obrero a los polvos y gases de probada acción carcinogénica (asbestos, níckel, gas de mostaza, etc.), utilizando los mecanismos de protección industrial aconsejables (máscaras, filtros, etc.).

La mejora en la dieta con aporte adecuado de vitamina A completa el esquema de la prevención primaria.

La detección del cáncer de pulmón a través de la citología del esputo o de estudios radiológicos de tórax, sólo se aconseja en grupos de alto riesgo (hombres fumadores de más de 40 años).

Los trabajos de detección precoz en el ámbito poblacional (screening) no han dado, en esta localización tumoral, los resultados que se esperaban.

Fuente: Vassallo, J.A.; Barrios, E.- Actualización Ponderada de los Factores de Riesgo del Cáncer. Montevideo: Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, 2003.