

Resumen conferencia Club de Patología Pulmonar Congreso Nacional de Cadiz 2013.

Respuesta patológica post-quimioterapia neoadyuvante en el carcinoma pulmonar de células no-pequeñas.

Clara Salas, Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Madrid.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de pulmón es la primera causa de muerte entre las enfermedades neoplásicas en los dos sexos. Alrededor del 25-30% de los enfermos se presentan con enfermedad locorregional avanzada e irresecable, con una tasa de supervivencia del 15% con poca variación en los últimos 30 años.

En los pacientes en estadio IIIA con enfermedad N2 clínica, la supervivencia a los 5 años se encuentra entre el 2-5%.

El tratamiento quirúrgico del estadio IIIA es un campo de alta controversia, mientras los estadios IIIB son considerados por la mayoría como inoperables. El advenimiento de nuevos agentes quimioterapéuticos y su uso en tratamiento neoadyuvante ha supuesto un cambio en este subgrupo de pacientes.

El objetivo del tratamiento en estadios III debe ser tanto el control locorregional como de la enfermedad a distancia. Conocemos que al menos el 80% de los pacientes presentan enfermedad metastásica en el momento del diagnóstico.

La quimioterapia neoadyuvante permite conocer la respuesta al tratamiento, precoz erradicación de micrometástasis y logra un aumento de la resecabilidad.

Nuevos agentes con comprobada actividad en enfermedad metastásica se han incorporado a los tratamientos con intención neoadyuvante

Respuesta al tratamiento de los tumores sólidos y evaluación histológica.

Los primeros intentos para definir la respuesta objetiva de un tumor a un agente contra el cáncer se hicieron en la década de los 60, pero hasta la publicación de los criterios RECIST en el año 2009, no se generaliza de manera organizada.

En cuanto a la evaluación histológica de la regresión tumoral es conocida y utilizada en gran cantidad de tumores desde hace tiempo. En general en todos los casos, la clasificación de la regresión del tumor en respuesta a la quimioterapia se basa en una estimación del porcentaje de tejido tumoral residual en relación con el lecho del tumor macroscópicamente identificable. Esto precisa de la inclusión tumoral total o casi total.

El grado de regresión tumoral en los tumores pulmonares se propuso por Klaus Junker et al en *Pathologe* en el año 1997.

Describen los hallazgos histológicos característicos de la respuesta a la terapia neoadyuvante y además concuyen que la regresión tumoral marcada (<10% de tumor viable) o total en CPNCP en estado III, después de la neoadyuvancia y cirugía es un factor predictivo de supervivencia superior para estos pacientes y que los grados de regresión tumoral son un factor pronóstico independiente en el cáncer de pulmón avanzado.

Trabajos posteriores para todos los estadios, tipos histológicos y de tratamiento, confirman que el grado de regresión tiene importancia tanto en la supervivencia global, como en la supervivencia libre de enfermedad. En la mayoría de los trabajos se admite que la reducción significativa del tamaño tumoral esta en relación con el riesgo de recidiva y / o muerte en los pacientes con una reducción mayor del 10% de células tumorales viables en el lecho tumoral de la pieza quirúrgica.

Se propone para esta reunión llegar a un acuerdo en cuanto al número de bloques a incluir para estudio en las piezas de resección, método a seguir para la evaluación de la respuesta y propuesta homogénea en los informes diagnósticos.