

# CÁNCER DE PULMÓN MICROCÍTICO

## (enfermedad limitada)

### INTRODUCCIÓN

El carcinoma microcítico de pulmón constituye el 15-20% de las neoplasias pulmonares. Se caracteriza por su rápido crecimiento, la aparición precoz de metástasis a distancia y está muy relacionado con el hábito tabáquico. Se trata del tipo histológico más agresivo, siendo la supervivencia a 5 años menor del 10%.

Es un tumor epitelial maligno formado por células pequeñas, redondas y ovaladas, con escaso citoplasma y bordes mal definidos, cromatina nuclear, núcleo prominente y con nucléolo en ocasiones ausente.

El actual sistema (revisión por IASLC y WHO) reconoce dos categorías:

- **Carcinoma microcítico puro (90%):** formado por las células descritas, típicas "oat cell".
- **Carcinoma microcítico mixto (10%):** contiene además de las células patognomónicas elementos de carcinoma no microcítico de pulmón (tipo adenocarcinoma, carcinoma epidermoide o carcinoma de células grandes).

### CLASIFICACIÓN POR ESTADIOS

Desde 1973 se mantiene en vigencia la clasificación que divide el carcinoma microcítico de pulmón en dos categorías:

- A. ENFERMEDAD LIMITADA**
- B. ENFERMEDAD EXTENDIDA**

La **ENFERMEDAD LIMITADA** representa el 35% de pacientes con tumores de pulmón microcíticos. El tratamiento se basa en la combinación de quimioterapia con radioterapia torácica. Un 70-90% de pacientes alcanzan respuesta objetiva (de las cuales un 50-60% son remisiones completas). Se consideran factores pronósticos un buen PS-ECOG al diagnóstico, edad menor de 70 años, sexo femenino y niveles normales de LDH.

1. **QUIMIOTERAPIA:** El esquema de elección es la combinación de cisplatino con etopósido por haber demostrado un aumento en la supervivencia, y menor toxicidad en comparación con otros esquemas que combinan antraciclinas, alcaloides de la vinca, metotrexate y ciclofosfamida. Suelen administrarse de 4 a 6 ciclos.

En pacientes ancianos, o con mal PS-ECOG podemos usar un esquema secuencial y usar carboplatino en lugar de cisplatino.

2. **RADIOTERAPIA TORÁCICA:** Dos metaanálisis han demostrado que en pacientes con EL la administración de quimioterapia con radioterapia concomitante reduce la tasa de recurrencias locales en un 25-30% e incrementa la supervivencia global en un 5-7%. La dosis máxima recomendada es 45Gy con esquemas hiperfraccionados y 70Gy con esquemas convencionales. Se ha evidenciado un aumento de supervivencia de un 5% si la radioterapia se inicia de forma precoz, por lo que en la actualidad la recomendación es comenzar la irradiación torácica en los siguientes 30 días tras la primera administración de quimioterapia.
3. **RADIOTERAPIA CRANEAL PROFILÁCTICA:** Un metaanálisis demostró que disminuye la incidencia de recaídas en SNC, que, de otro modo sucedería en el 50% de los pacientes a los 2 años del diagnóstico, y aumenta la supervivencia en 5.4% a los 3 años en pacientes que alcanzan respuesta completa con quimiorradioterapia concurrente en EL. Respecto a la dosis, se recomienda el uso de 25 Gy fraccionada en 10 sesiones, administradas dentro de las 6 semanas tras el fin de la quimioterapia. Sin embargo, no debe ser recomendada en pacientes con comorbilidad importante, alteraciones neurológicas o mal PS. La toxicidad neurológica tardía (demencia, confusión) no han podido ser confirmadas en estudios prospectivos.
4. **CIRUGÍA:** Hasta 1973 el tratamiento estándar fue la cirugía, pero con resultados pobres. Desde la aparición de la quimioterapia basada en platino se cambió el estándar, considerándose solamente resección de entrada en pacientes con estadio I, en particular en aquéllos con estadio T1 N0, con quimioterapia adyuvante a continuación. También se debe plantear para aquellos pacientes con estadio III que obtengan buena respuesta con quimiorradioterapia y en los que la mediastinoscopia descarte afectación ganglionar.