

Correspondencia

Joaquín García-Morato
Centro Universitario de Cirugía Experimental
Hospital de Clínicas
Av. Córdoba 2351, Piso 13 (CP 1120)
Buenos Aires, Argentina
e-mail: jmorato@fibertel.com.ar

Recibido: 19/09/2008 - Aceptado: 26/11/2008

Cáncer de pulmón. Actualización de su diagnóstico y tratamiento. Aporte de las Guías del ACCP

Autores Joaquín García-Morato¹; W. Michael Alberts², MD, MBA, FCCP

¹Jefe de Cirugía Torácica, Hospital Universitario "Instituto de Investigaciones Médicas Dr. A. Lanari", Universidad de Buenos Aires, Argentina

²Chief Medical Officer, H. Lee Moffitt Cancer Center and Research Institute, Professor of Medicine, University of South Florida College of Medicine

Introducción

Desde que el American College of Chest Physicians (ACCP) publicó las guías para el "Diagnóstico y Manejo del Cáncer de Pulmón"¹ en septiembre de 2007, estas se convirtieron en la referencia estándar para neumólogos, médicos generalistas, cirujanos torácicos, oncólogos y otros involucrados con el cáncer de pulmón en todo el mundo. Estas guías representan la versión actualizada de las primeras guías de práctica clínica del cáncer de pulmón basadas en la evidencia del ACCP, publicadas en 2003². La segunda edición de las guías fue editada con la esperanza de que una revisión sistemática, una evaluación y una síntesis de la literatura publicada, junto con la opinión de los expertos y el consenso de los mismos cuando fuera necesario, permitiera una serie de recomendaciones que asistan al médico en alcanzar el mejor resultado para sus pacientes, dado el conocimiento y capacidades disponibles en este momento. Al mismo tiempo que fueron añadidos nuevos capítulos, otros fueron reescritos extensamente. En las guías se utilizó el nuevo sistema de categorías de las recomendaciones del ACCP³. Este sistema de categorías clasifica las recomendaciones como fuertes (grado 1) o débiles (grado 2) de acuerdo al equilibrio entre los beneficios, riesgos, complicaciones, posibles costos, y grado de confiabilidad al calcular los beneficios, riesgos y complicaciones. Además, clasifica la calidad de la evidencia como: alta (grado A), moderada (grado B), o baja (grado C) de acuerdo con los factores que incluyen el diseño del estudio, la consistencia de los resultados y el grado de evidencia. El sistema fue diseñado para ser simple, transparente,

explícito y consistente con la metodología actual de abordaje en las distintas categorías. Aproximadamente 100 docentes voluntarios y miembros del staff del ACCP trabajaron en las guías.

En reconocimiento a la importancia en la actualización del conocimiento que se presenta en estas guías, los editores de la "Revista Americana de Medicina Respiratoria" le solicitaron a uno de nosotros (Dr. W. Michael Alberts MD, FCCP), participar como co-autor de esta publicación. El objetivo de este esfuerzo fue poner a disposición de los especialistas Latinoamericanos la traducción al castellano del Sumario Ejecutivo de las guías.

Si bien muchos médicos latinoamericanos tienen acceso al suplemento completo en inglés, publicado en Chest en 2007, reconocemos que tanto el acceso a la revista (aún cuando un año después de su publicación es accesible en forma gratuita en la web) como la limitación que la barrera idiomática representa, hacen que no todos nuestros colegas interesados en el tópico lo tengan disponible. Aquellos interesados en el suplemento completo, algún tópico específico o las referencias bibliográficas, están invitados a ver el suplemento en la web.

Si logramos ayudar a los lectores de la "Revista Americana de Medicina Respiratoria" a que consultando este sumario de las guías logren los mejores resultados en sus pacientes con cáncer de pulmón, habremos cumplido nuestro objetivo.

Resumen de recomendaciones

Quimio-prevención en Cáncer de Pulmón

1. Para pacientes con antecedentes de fumar > 20 pack-year o antecedentes de cáncer de pulmón, no se recomienda el uso de suplementos con beta-carotenos para la quimio-prevención

primaria, secundaria o terciaria del cáncer de pulmón. Grado de recomendación: 1A

2. Para pacientes con riesgo de cáncer de pulmón o antecedentes de cáncer de pulmón, no se recomienda el uso de vitamina E, retinoides, N-acetilcisteína y aspirina para la quimio-prevención primaria, secundaria o terciaria del cáncer de pulmón. Grado de recomendación: 1A
3. Para pacientes con riesgo de cáncer de pulmón o antecedentes de cáncer de pulmón, no se recomienda el uso de budenoside, inhibidores de la 2-ciclooxigenasa, inhibidores de la 5-lipogenasa y análogos de las prostaglandinas para la quimio-prevención primaria, secundaria o terciaria del cáncer de pulmón, fuera de un estudio clínico adecuadamente elaborado. Grado de recomendación: 2C
4. Para pacientes con riesgo de cáncer de pulmón o antecedentes de cáncer de pulmón, no se recomienda el uso de oltipraz como agente de quimio-prevención primaria, secundaria o terciaria del cáncer de pulmón. Grado de recomendación: 1B
5. Para pacientes con riesgo de cáncer de pulmón o antecedentes de cáncer de pulmón, no se recomienda el uso de selenio y anethole dithiolethione, para la quimio-prevención primaria, secundaria o terciaria del cáncer de pulmón, fuera de un estudio clínico adecuadamente elaborado. Grado de recomendación: 1B
6. Para pacientes con riesgo de cáncer de pulmón o antecedentes de cáncer de pulmón, no hay aún suficientes datos para recomendar el uso de ningún agente solo o combinado en la quimio-prevención primaria, secundaria o terciaria del cáncer de pulmón fuera de un ensayo clínico. Grado de recomendación: 1B

Screening del cáncer de pulmón

1. No se recomienda el uso de TAC de baja dosis para el screening del cáncer de pulmón, salvo en el contexto de un estudio clínico bien diseñado. Grado de recomendación: 2C
2. No se recomienda el uso de radiografías seriadas de tórax para el screening del cáncer de pulmón. Grado de recomendación: 1A
3. No se recomienda el uso de citología de esputo único o seriado para el screening del cáncer de pulmón. Grado de recomendación: 1A

Patología diagnóstico-quirúrgica del cáncer de pulmón

1. En el diagnóstico anatomopatológico del cáncer de pulmón, se recomienda realizar un informe del tipo histológico del tumor, tamaño y ubicación del mismo, grado de diferenciación (si corresponde), invasión vasculolinfática, invasión pleural, márgenes quirúrgicos, ubicación y estado de los ganglios linfáticos por estación. Grado de recomendación: 1B
2. En pacientes con riesgo de cáncer de pulmón pero sin síntomas o antecedentes de cáncer, no presenta beneficio clínico ni es recomendable la utilización de citología de esputo solo o seriado para el screening de cáncer de pulmón. Grado de recomendación: 1A
3. En pacientes con tumores de origen pleural, para distinguir entre un adenocarcinoma pleural y un mesotelioma maligno, se recomienda la utilización de un panel de histoquímica e inmuno-histoquímica para aumentar la certeza diagnóstica. Los casos más difíciles pueden necesitar estudios adicionales, incluyendo un análisis ultraestructural. Grado de recomendación: 1B
4. En pacientes con tumores de origen parenquimatoso, se recomienda la diferenciación entre carcinoma de células pequeñas y carcinoma de células no pequeñas de pulmón. Para casos difíciles se recomienda un panel diagnóstico de inmunohistoquímica para aumentar la certeza diagnóstica. Los casos más difíciles pueden requerir estudios adicionales, incluyendo un análisis ultraestructural. Grado de recomendación: 1B
5. En pacientes con tumores glandulares, se recomienda la diferenciación entre carcinoma bronquiolo-alveolar (BAC) y adenocarcinoma con o sin componente de BAC. Grado de recomendación: 1C
6. En pacientes con tumores de pulmón cuyo diagnóstico diferencial incluye carcinoma de pulmón versus carcinoma metastático, se recomienda el uso de un panel de inmunohistoquímica dirigido a aumentar la certeza diagnóstica. Grado de recomendación: 1C
7. En pacientes con cáncer de pulmón con diagnóstico patológico y estadificados, la evaluación con marcadores biopatológicos y moleculares es apropiada para protocolos de investigación, pero no se recomienda de rutina para el manejo clínico. Grado de recomendación: 1C

8. En pacientes con cáncer de pulmón con diagnóstico patológico y estadificados, no es recomendable y es clínicamente insuficiente, la utilización de técnicas de patología o moleculares para determinar enfermedad oculta o micro-metástasis. Grado de recomendación: 1C

Manejo de pacientes con nódulos pulmonares: ¿cuándo es cáncer de pulmón?

1. En cada paciente con un nódulo solitario de pulmón (NSP), se recomienda que el clínico realice un diagnóstico de la probabilidad de malignidad, ya sea cualitativamente con su juicio clínico o cuantitativamente con el uso de un modelo convalidado. Grado de recomendación: 1C
2. En cada paciente con un NSP visible en la Rx de tórax, se recomienda revisar radiografías de tórax previas y otros estudios por imágenes relevantes. Grado de recomendación: 1C
3. En pacientes que tienen NSP que en las imágenes muestran clara evidencia de crecimiento, se recomienda obtener diagnóstico histológico a menos que exista una contraindicación específica. Grado de recomendación: 1C
4. En pacientes con NPS estable en las imágenes por al menos 2 años, se sugiere no realizar una evaluación diagnóstica adicional, excepto en aquellos que presenten opacidades en vidrio esmerilado en la TAC, en los cuales un control anual de largo seguimiento debe ser considerado. Grado de recomendación: 2C
5. En pacientes con un NSP que presenta un patrón de calcificación claramente benigno, se recomienda que no es necesario realizar evaluaciones diagnósticas adicionales. Grado de recomendación: 1C
6. En todo paciente con un NSP indeterminado visible en la Rx de tórax, se recomienda realizar una TAC de tórax, preferentemente con cortes finos a nivel del nódulo. Grado de recomendación: 1C
7. En todo paciente con un NSP indeterminado visible en la TAC, se recomienda revisar los test por imágenes previas. Grado de recomendación: 1C
8. En pacientes con función renal normal y un NPS indeterminado en la Rx de tórax o TAC, se recomienda considerar una TAC dinámica con refuerzo y contraste, en centros con experiencia en esta técnica. Grado de recomendación: 1B
9. En pacientes con un pretest con baja a moderada probabilidad de malignidad (5 a 60%) y un NSP que mide como mínimo 8 a 10 mm de diámetro, recomendamos realizar una tomografía con emisión de positrones (PET) para caracterizar el nódulo. Grado de recomendación: 1B
10. En pacientes con un NSP que tienen un pretest con alta probabilidad de malignidad (>60%), o pacientes con nódulos menores a 8 a 10 mm, se sugiere que el PET no resulta útil para caracterizar el nódulo. Grado de recomendación: 2C
11. En todo paciente con un NSP, se recomienda que los clínicos discutan los riesgos y beneficios de las distintas alternativas de estrategias de manejo y escuchen las preferencias del paciente. Grado de recomendación: 1C
12. En pacientes con un NPS indeterminado cuyo diámetro es al menos de 8 a 10 mm y son candidatos para el tratamiento curativo, el seguimiento con TAC es una estrategia de manejo aceptable en las siguientes circunstancias:
 - Cuando la probabilidad de malignidad es muy baja (<5%)
 - Cuando la probabilidad es baja (<30 a 40%) y la lesión no es hipermetabólica en el PET o no refuerza más de 15 unidades Hounsfield en la TAC dinámica con contraste
 - Cuando la punción con aguja no es diagnóstica y la lesión no es hipermetabólica por PET
 - Cuando un paciente completamente informado prefiere un manejo no agresivo. Grado de recomendación: 2C
13. En pacientes en observación con un NPS indeterminado con diámetro mínimo de 8 a 10 mm, recomendamos que se repita una TAC al menos a los 3, 6, 12 y 24 meses. Grado de recomendación: 2C
14. En pacientes con un NPS indeterminado, con diámetro mínimo de 8 a 10 mm y candidatos para tratamiento curativo, es apropiado realizar una punción transtorácica o una fibrobroncoscopia en las siguientes circunstancias:
 - Cuando el pretest clínico y los hallazgos en las imágenes son discordantes; por ejemplo, cuando la probabilidad de malignidad es alta en el pretest y la lesión no es hipermetabólica en el PET.
 - Cuando se sospecha una patología benigna que requiera tratamiento médico específico.

- Cuando un paciente totalmente informado desee confirmar el diagnóstico de malignidad antes de la cirugía, especialmente cuando el riesgo de complicaciones quirúrgicas es alto.
En general, se sugiere que la punción transtorácica sea la primera opción para pacientes con nódulos periféricos a menos que el procedimiento esté contraindicado o el nódulo sea inaccesible. Se sugiere realizar una broncoscopia cuando hay broncograma aéreo o en centros con experiencia en las nuevas técnicas guiadas. Grado de recomendación: 2C
- 15. En candidatos a la cirugía con un NSP indeterminado que mide como mínimo 8 a 10 mm de diámetro, el diagnóstico quirúrgico es preferible en la mayoría de las circunstancias, incluyendo:
 - Cuando la probabilidad clínica de malignidad es de moderada a alta (>60%)
 - Cuando el nódulo es hipermetabólico en la imágenes del PET.
 - Cuando un paciente totalmente informado prefiere realizarse un procedimiento diagnóstico definitivo.
Grado de recomendación: 1C
- 16. En pacientes con un NSP indeterminado en el tercio periférico del pulmón que eligen cirugía, recomendamos que se realice una toracoscopía para obtener una resección en cuña diagnóstica.
Grado de recomendación: 1C
- 17. En un paciente que elige la cirugía para un NSP indeterminado que no es accesible por toracoscopía, broncoscopia o punción transtorácica, recomendamos realizar una toracotomía diagnóstica. Grado de recomendación: 1C
- 18. En pacientes con un NSP, en quienes se realizó un resección en cuña toracoscópica y en la congelación se diagnostica cáncer, recomendamos que se realice durante la misma anestesia una resección anatómica con relevamiento ganglionar sistemático o vaciamiento ganglionar mediastinal. Grado de recomendación: 1C
- 19. En pacientes con un NSP considerados candidatos marginales para una lobectomía, recomendamos tratamiento definitivo con una resección en cuña/segmentectomía (con relevamiento ganglionar sistemático o vaciamiento ganglionar mediastinal).
Grado de recomendación: 1B
- 20. Para el paciente con un NSP que no es candidato para la cirugía y prefiere tratamiento, recomendamos que el diagnóstico de cáncer de pulmón sea confirmado por biopsia, a menos que este contraindicado. Grado de recomendación: 1C
- 21. Para el paciente con un NSP maligno que no es candidato para la cirugía y prefiere tratamiento, recomendamos referirlo para radioterapia externa, un ensayo clínico, un tratamiento experimental como cirugía estereotáxica o ablación por radiofrecuencia. Grado de recomendación: 2C
- 22. Para candidatos a la cirugía con nódulos menores de 1 cm y que no tienen factores de riesgo para cáncer de pulmón, la frecuencia y duración del seguimiento (preferentemente con TAC de baja dosis) dependerá del tamaño del nódulo. Sugerimos:
 - Nódulos que midan hasta 4 mm de diámetro no necesitan seguimiento, pero los pacientes deben ser bien informados de los riesgos y beneficios de esta conducta.
 - Nódulos que midan > 4 a 6 mm deben ser reevaluados a los 12 meses, sin necesidad de seguimiento adicional si no cambiaron.
 - Nódulos que midan > 6 a 8 mm deben ser reevaluados entre los 6 y 12 meses, y luego nuevamente entre los 18 y 24 meses si no cambiaron. Grado de recomendación: 2C
- 23. Para candidatos a la cirugía con nódulos menores de 1 cm y que tienen uno o más factores de riesgo para cáncer de pulmón, la frecuencia y duración del seguimiento (preferentemente con TAC de baja dosis) dependerá del tamaño del nódulo. Sugerimos:
 - Nódulos que midan hasta 4 mm de diámetro deben ser reevaluados a los 12 meses sin necesidad de seguimiento adicional si no cambiaron.
 - Nódulos que midan > 4 a 6 mm deben ser reevaluados entre los 6 y 12 meses, y luego nuevamente entre los 18 y 24 meses si no cambiaron.
 - Nódulos que midan > 6 a 8 mm deben ser evaluados inicialmente cada 3 a 6 meses y luego subsecuentemente entre 9 y 12 meses y nuevamente a los 24 meses si no cambiaron. Grado de recomendación: 2C
- 24. Para candidatos quirúrgicos con nódulos menores de 1 cm que muestren evidencia inequí-

- voca de crecimiento durante el seguimiento, recomendamos obtener tejido para diagnóstico, sea por resección quirúrgica, punción transtorácica o broncoscopia. Grado de recomendación: 1C
25. Para pacientes con nódulos menores de 1 cm que no sean candidatos para tratamiento curativo, recomendamos seguimiento limitado (dentro de los 12 meses) o seguimiento cuando desarrollen síntomas. Grado de recomendación: 1C
 26. En pacientes candidatos para tratamiento curativo que presentan un NSP dominante y uno o más nódulos adicionales menores, recomendamos que cada nódulo sea evaluado individualmente según sea necesario, y no se deniegue el tratamiento curativo a menos que haya confirmación histopatológica de metástasis. Grado de recomendación: 1C
 27. En candidatos quirúrgicos con metástasis pulmonar solitaria, recomendamos que se realice la metastasectomía si no hay evidencia de enfermedad maligna extrapulmonar y no hay mejor tratamiento disponible. Grado de recomendación: 1C
 28. En candidatos quirúrgicos con un NSP que fue diagnosticado como carcinoma de células pequeñas (SCLC), recomendamos la resección quirúrgica con quimioterapia adyuvante, si la estadificación no invasiva e invasiva excluyen la presencia de metástasis regionales o a distancia. Grado de recomendación: 1C
 29. En pacientes con NSP en quienes se diagnostica SCLC intraoperatoriamente, recomendamos la resección anatómica (con muestreo ganglionar sistemático o vaciamiento mediastinal) bajo la misma anestesia, si no hay evidencia de invasión ganglionar y el paciente tolerase la resección. La cirugía debe ser seguida por quimioterapia adyuvante. Grado de recomendación: 1C
- punción-aspiración bajo ecografía endoscópica [EUS-NA]), según dicte la presentación del paciente. Grado de recomendación: 1C
2. En pacientes en quienes se sospecha un cáncer de pulmón y tienen un derrame pleural accesible, se recomienda la punción pleural para diagnosticar la causa del derrame pleural. Grado de recomendación: 1C
 3. En pacientes en quienes se sospecha un cáncer de pulmón y tienen un derrame pleural accesible, si la citología del líquido es negativa (después de cómo mínimo 2 toracocentesis), se recomienda la toracoscopia como siguiente paso, si se considera importante establecer la causa del derrame pleural. Grado de recomendación: 1C
 4. En pacientes en quienes se sospecha un cáncer de pulmón y tienen un solo sitio sospechoso de metástasis extratorácica, se recomienda que la confirmación de metástasis sea obtenido por punción con aguja fina o biopsia, si son factibles. Grado de recomendación: 1C
 5. En pacientes en quienes se sospeche un cáncer de pulmón y tengan múltiples sitios sospechosos de metástasis extratorácica, pero la biopsia de la metástasis pueda ser técnicamente dificultosa, se recomienda que el diagnóstico del tumor pulmonar primario sea obtenido por el método más sencillo (citología de esputo, broncoscopia con TBNA o EBUS-NA, EUS-NA o punción con aguja fina (PAF)). Grado de recomendación: 1C
 6. En pacientes en quienes se sospeche un cáncer de pulmón con infiltración extensa del mediastino (basado en los estudios radiográficos) se recomienda el método más sencillo y seguro (broncoscopia con TBNA o EBUS-NA, EUS-NA, PAF o mediastinoscopia). Grado de recomendación: 1C
 7. En pacientes sospechados de cáncer de pulmón, que presentan una lesión central sin evidencia radiológica de enfermedad metastásica, en quienes un procedimiento semi-invasivo como una broncoscopia o PAF pueden implicar un riesgo alto, se recomienda la citología de esputo como método aceptable para establecer el diagnóstico. Sin embargo, la sensibilidad de la citología de esputo varía con la localización del cáncer de pulmón. Se recomienda realizar otros exámenes con una citología de esputo no diagnóstica, si la sospecha de cán-

Diagnóstico inicial de cáncer de pulmón

1. En pacientes en quienes se sospecha SCLC basados en los hallazgos clínicos y radiológicos, se recomienda que el diagnóstico sea confirmado por el método más sencillo (citología de esputo, toracocentesis, punción aspiración con aguja fina, broncoscopia incluyendo aspiración transbronquial [TBNA], punción-aspiración bajo ecografía endobronquial [EBUS-NA] y

cer de pulmón persiste. Grado de recomendación: 1C

8. En pacientes que tienen una lesión central sospechosa de cáncer de pulmón, la broncoscopia está recomendada para confirmar el diagnóstico. Sin embargo, se recomienda realizar nuevos estudios si los resultados de la broncoscopia no son diagnósticos y la sospecha de cáncer persiste. Grado de recomendación: 1C
9. En manos expertas, los equipos con ecografía pueden incrementar el rédito diagnóstico de la broncoscopia flexible en lesiones periféricas de un tamaño < 20 mm. Su uso puede ser considerado previo a la derivación del paciente para una PAF. Grado de recomendación: 2B
10. En pacientes en quienes se sospecha un cáncer de pulmón, que tienen una lesión periférica pequeña (<20 mm), y que precisan un diagnóstico etiológico se requiere la PAF antes de planear el manejo futuro. Sin embargo, se recomienda realizar nuevas pruebas si los resultados de la PAF no son diagnósticos, y la sospecha de cáncer de pulmón persiste. Grado de recomendación: 1B
11. En pacientes en quienes se sospecha un cáncer de pulmón, el diagnóstico de cáncer de células no pequeñas (NSCLC) realizado por citología (esputo, PAF o por muestras de broncoscopia) es altamente confiable y puede ser aceptado como de alto grado de certeza. Grado de recomendación: 1B
12. La posibilidad de un diagnóstico erróneo de SCLC en muestras citológicas debe ser tenida en cuenta, si la presentación clínica o la evolución clínica no corresponden a aquella de un SCLC. En ese caso, se recomienda realizar otros exámenes (biopsia para evaluación histológica) para establecer el tipo histológico definitivo. Grado de recomendación: 1B

Evaluación inicial del paciente con cáncer de pulmón: Síntomas, signos, test de laboratorio y síndromes paraneoplásicos

1. Se recomienda que los pacientes con cáncer de pulmón conocido o sospechado reciban cuidados a tiempo y eficientemente. Grado de recomendación: 1B
2. Se recomienda que todos los pacientes con cáncer de pulmón conocido o sospechado tengan una detallada historia clínica, examen físico, y exámenes de laboratorio estándares para la

búsqueda de enfermedad metastásica. Grado de recomendación: 1C

3. Se recomienda que los pacientes con cáncer de pulmón y síndrome paraneoplásico no sean excluidos de un tratamiento potencialmente curativo sólo por la presencia de esos síntomas. Grado de recomendación: 2C

Evaluación fisiológica del paciente con sospecha de cáncer de pulmón considerado para la resección quirúrgica

1. Se recomienda que el paciente con cáncer de pulmón sea considerado para una resección quirúrgica curativa por un grupo multidisciplinario, que incluya un cirujano torácico especializado en cáncer de pulmón, un oncólogo, un radioterapeuta oncólogo y un neumonólogo. Grado de recomendación: 1C
2. Se recomienda que los pacientes con cáncer de pulmón no sean descartados de la resección quirúrgica en base a su edad solamente. Grado de recomendación: 1B
3. Se recomienda que los pacientes con cáncer de pulmón evaluados para cirugía que tienen factores mayores de riesgo cardiovascular perioperatoria, tengan una evaluación cardiológica preoperatoria. Grado de recomendación: 1C
4. En pacientes considerados para la resección quirúrgica de un cáncer de pulmón, se recomienda la espirometría. Si el FV1 es > 80% del normal predicho o > 2 lts. y no hay evidencia de disnea de ejercicio o enfermedad pulmonar intersticial, el paciente es candidato para una resección incluyendo neumonectomía sin otras evaluaciones fisiológicas. Si el FV1 es > 1.5 lts. y no hay evidencia de disnea de esfuerzo o enfermedad pulmonar intersticial, el paciente es candidato para una lobectomía sin otras evaluaciones fisiológicas. Grado de recomendación: 1C
5. En pacientes considerados para la resección del cáncer de pulmón, si hay evidencia tanto de disnea inesperada al esfuerzo o enfermedad pulmonar intersticial, aún si el FV1 fuera adecuado, se recomienda medir la capacidad de difusión de monóxido (DLCO). Grado de recomendación: 1C
6. En pacientes considerados para la resección del cáncer de pulmón, si el FV1 o la DLCO son < 80% del predicho, se recomienda que la fun-

- ción pulmonar postoperatoria sea predicha con test adicionales. Grado de recomendación: 1C
7. En pacientes con cáncer de pulmón considerados para cirugía, tanto el porcentaje del FV1 < 40% del predicho para el postoperatorio como el porcentaje de DLCO < 40% indican un riesgo elevado de mortalidad perioperatoria y complicaciones cardiopulmonares con resecciones pulmonares estándares. Se recomienda que esos pacientes realicen pruebas de ejercicio preoperatorio. Grado de recomendación: 1C
 8. En pacientes con cáncer de pulmón considerados para la cirugía, tanto el producto del porcentaje del FV1 y el porcentaje de la DLCO predichos para el postoperatorio < 1,650 o el porcentaje predicho para el postoperatorio del FV1 < 30% indican un riesgo aumentado de muerte perioperatoria y complicaciones cardiopulmonares.
Se recomienda que esos pacientes sean aconsejados sobre cirugía no estándar y opciones de tratamiento no quirúrgico para su cáncer de pulmón. Grado de recomendación: 1C
 9. En pacientes con cáncer de pulmón considerados para cirugía, el consumo de oxígeno máximo < 10 ml/kg/min indica un riesgo aumentado de muerte perioperatoria y complicaciones cardiopulmonares con resecciones quirúrgicas estándar. Estos pacientes debieran ser aconsejados sobre cirugía no estándar y opciones de tratamiento no quirúrgico para su cáncer de pulmón. Grado de recomendación: 1C
 10. Los pacientes con cáncer de pulmón considerados para cirugía que tengan un consumo de oxígeno máximo < 15 ml/kg/min y ambos porcentajes predichos para el postoperatorio de FV1 y DLCO < 40 tienen un riesgo aumentado de muerte perioperatoria y complicaciones cardiopulmonares con resecciones pulmonares estándar. Se recomienda que dichos pacientes sean aconsejados sobre cirugía no estándar y opciones de tratamiento no quirúrgico para su cáncer de pulmón. Grado de recomendación: 1C
 11. Los pacientes con cáncer de pulmón considerados para cirugía que caminan < 25 shuttles en dos shuttle test o suben menos de un piso por escaleras tienen un riesgo aumentado de muerte perioperatoria y complicaciones cardiopulmonares con una resección pulmonar estándar. A estos pacientes se les debe aconsejar cirugía no estándar y opciones de tratamiento no quirúrgico para su cáncer de pulmón. Grado de recomendación: 1C
 12. En los pacientes considerados para cirugía, una $\text{PaCO}_2 > 45\text{Hg}$ no es un factor de riesgo independiente de aumento de las complicaciones perioperatorias. Sin embargo, se recomienda que estos pacientes realicen otras pruebas fisiológicas. Grado de recomendación: 1C
 13. En pacientes con cáncer de pulmón considerados para cirugía, la saturación arterial de oxígeno < 90% indica un riesgo aumentado de complicaciones perioperatorias para resecciones pulmonares estándar. Se recomienda que estos pacientes sean sometidos a otras pruebas fisiológicas. Grado de recomendación: 1C
 14. En pacientes con una función pulmonar muy pobre y cáncer de pulmón en un área de enfisema en los lóbulos superiores, se recomienda que una combinación de cirugía de reducción de volumen y de resección del cáncer de pulmón sea considerada si ambos, el FEV1 y la DLCO, son > 20% del predicho. Grado de recomendación: 1C
 15. Se recomienda que todos los pacientes con cáncer de pulmón sean aconsejados respecto a dejar de fumar. Grado de recomendación: 1C
- Estadificación no invasiva del NSCLC**
1. En pacientes con un cáncer de pulmón conocido o sospechado que son candidatos para tratamiento, debe realizarse una TAC de tórax con contraste incluyendo el abdomen superior (hígado y glándulas suprarrenales). Grado de recomendación: 1B
 2. En pacientes con discreto aumento de los ganglios mediastinales en la TAC (> 1 cm en su eje menor) y que no tienen evidencia de enfermedad metastásica, se debe realizar una evaluación más detallada del mediastino previo al tratamiento definitivo del tumor primario. Grado de recomendación: 1B
 3. El PET debe ser considerado para evaluar el mediastino y la estadificación extratorácica en pacientes con estadio clínico 1A del cáncer de pulmón que son considerados para tratamiento con intención curativa. Grado de recomendación: 2C
 4. Los pacientes con cáncer de pulmón estadio IB-IIIB considerados para tratamiento con intención curativa deben realizarse un PET (si está disponible) para la estadificación

- mediastinal y extratorácica. Grado de recomendación: 1B
5. En pacientes con un resultado anormal en el FDG-PET, se debe realizar una evaluación más precisa del mediastino con muestras de los ganglios linfáticos anormales previo a la resección quirúrgica del tumor primario. Grado de recomendación: 1B
 6. En pacientes con cáncer de pulmón conocido o sospechado que son candidatos para tratamiento, no se debe realizar la RNM del tórax de rutina para estadificar el mediastino. La RNM puede ser útil en los pacientes con NSCLC cuando hay sospecha de invasión del sulcus superior o invasión del plexo braquial. Grado de recomendación: 1B
 7. En pacientes con cáncer de pulmón conocido o sospechado, se debe realizar una detallada evaluación clínica. Grado de recomendación: 1B
 8. Los pacientes con una evaluación clínica anormal deben hacerse estudios por imágenes para metástasis extratorácica. Síntomas en sitios específicos justifican la evaluación directa de ese sitio con el estudio más apropiado (ej. TAC/RNM de cerebro mas PET de cuerpo entero o centellograma óseo y TAC de abdomen). Grado de recomendación: 1B
 9. Se debe realizar el estudio rutinario por imágenes de metástasis extratorácica (ej. TAC/RNM de cerebro mas PET de cuerpo entero o centellograma óseo y TAC de abdomen) en pacientes con estadio clínico de enfermedad IIIA y IIIB (aún si tienen una evaluación clínica negativa). Grado de recomendación: 2C
 10. Los pacientes con estudios por imágenes consistentes con metástasis a distancia no deben ser excluidos de un tratamiento potencialmente curativo sin confirmación histológica o una certera evidencia clínica y radiológica de metástasis. Grado de recomendación: 1B
3. En pacientes con aumento discreto de los ganglios mediastinales (y sin metástasis a distancia), se sugieren varias técnicas invasivas como aproximaciones razonables para la confirmación del estado ganglionar N2-3, (mediastinoscopía, EUS-NA, TBNA, EBUS-NA, PAF) siempre y cuando se cuente con la apropiada experiencia y destreza. Grado de recomendación: 1B
 4. En pacientes con aumento discreto de los ganglios mediastinales (y sin metástasis a distancia), un resultado negativo para malignidad por una técnica con aguja (EUS-NA, TBNA, EBUS-NA, PAF) debe ser subsecuentemente confirmado por mediastinoscopía (a pesar de un hallazgo en el PET positivo o negativo en los ganglios mediastinales). Grado de recomendación: 1C
 5. En pacientes con un mediastino radiológicamente normal (por TAC) y un tumor central o adenomegalias N1 (y sin metástasis a distancia), se recomienda la confirmación invasiva del estadio radiológico (independientemente de que los hallazgos del PET sean positivos o negativos en los ganglios mediastinales). Grado de recomendación: 1C
 6. En pacientes con tumores centrales o adenomegalias N1 (y sin metástasis a distancia), se recomienda la estadificación invasiva. En general se sugiere la mediastinoscopía, sin embargo la EUS-NA o la EBUS-NA pueden ser alternativas razonables si, en caso de ser no diagnósticas, son seguidas por la mediastinoscopía. Grado de recomendación: 2C
 7. En pacientes con tumores periféricos, clínicamente estadio I en quienes el PET muestra hipercaptación en los ganglios mediastinales (y sin metástasis a distancia), se recomienda la estadificación invasiva. En general se sugiere la mediastinoscopía, sin embargo, la EUS-NA o la EBUS-NA pueden ser alternativas razonables si, en caso de ser no diagnósticas, son seguidas por la mediastinoscopía. Grado de recomendación: 1C
 8. En pacientes con tumores periféricos, clínicamente estadio I, la confirmación invasiva del mediastino no es necesaria si el resultado del PET es negativo en el mediastino. Grado de recomendación: 1C

Estadificación mediastinal invasiva del cáncer de pulmón

1. En los pacientes con infiltración mediastinal extensa por tumor (y sin metástasis a distancia), la evaluación radiológica (CT) es generalmente suficiente sin necesidad confirmación invasiva. Grado de recomendación: 2C
2. En pacientes con aumento discreto de los ganglios mediastinales (y sin metástasis a distancia), se recomienda la confirmación invasiva

9. En pacientes con cáncer en el lóbulo superior izquierdo en quienes la estadificación mediastinal invasiva está indicada de acuerdo con las recomendaciones previas, se sugiere que la estadificación mediastinal invasiva incluya la evaluación de los ganglios de la ventana aortopulmonar (vía Mediastinotomía de Chamberlain, toracoscopía, mediastinoscopía cervical extendida, EUS-NA o EBUS-NA), si se encuentra que las otras estaciones ganglionares mediastinales no están invadidas. Grado de recomendación: 2C

Neoplasia bronquial intraepitelial/Carcinoma pulmonar temprano de vía aérea central

1. En pacientes con displasia severa, carcinoma in situ (CIS), o carcinoma en la citología de esputo pero con imágenes del tórax que no muestran anormalidad, se recomienda la broncoscopía estándar con luz blanca. La broncoscopía con auto fluorescencia deberá ser usada si está disponible. Grado de recomendación: 1B
 2. En pacientes considerados para terapia endobronquial curativa para tratar CIS, la broncoscopía con autofluorescencia puede ser considerada para guiar la terapia. Grado de recomendación: 2C
 3. En pacientes con displasia severa conocida o CIS en la vía aérea central, se recomienda el seguimiento con broncoscopía estándar de luz blanca a intervalos periódicos (3 a 6 meses). La broncoscopía con auto fluorescencia deberá ser usada si está disponible. Grado de recomendación: 2C
 4. En pacientes con carcinoma escamoso superficial que no son candidatos para la cirugía, la terapia fotodinámica, el electrocauterio, la crioterapia y la braquiterapia son recomendados como opciones terapéuticas. No se recomienda el uso del YAG laser por el riesgo de perforación. Grado de recomendación: 1C
- ### Tratamiento del NSCLC Estadío I y II
1. En pacientes con NSCLC estadío clínico I y II y sin contraindicación médica para la operación, se recomienda la resección quirúrgica. Grado de recomendación: 1A
 2. En pacientes con NSCLC estadío clínico I y II, se recomienda que sean evaluados por un cirujano torácico oncólogo especialista en cáncer de pulmón aún si los pacientes son considerados para terapias no quirúrgicas como ablación percutánea o radioterapia estereotáxica. Grado de recomendación: 1B
 3. En pacientes con NSCLC estadío I y II que se encuentran en condiciones médicas para una resección quirúrgica, se recomienda la lobectomía o una resección mayor antes que las resecciones sublobares (en cuña o segmentectomía). Grado de recomendación: 1A
 4. En pacientes con NSCLC estadío I que pueden tolerar una intervención quirúrgica pero no una lobectomía o resección mayor debido a comorbilidades o disminución de la función pulmonar, la resección sublobar se recomienda sobre las intervenciones no quirúrgicas. Grado de recomendación: 1B
 5. En pacientes con NSCLC estadío I que son considerados candidatos apropiados para una resección pulmonar anatómica por toracoscopía (lobectomía o segmentectomía), el uso de la cirugía toracoscópica video-asistida por cirujanos con experiencia en la técnica es una alternativa aceptable a la toracotomía abierta. Grado de recomendación: 1B
 6. En pacientes en los que se realiza una resección por NSCLC estadío I y II, se recomienda que el muestreo o vaciamiento ganglionar intraoperatorio sea realizado sistemáticamente para una adecuada estadificación patológica. Grado de recomendación: 1B
 7. En pacientes con NSCLC central o localmente avanzado la lobectomía en manguito es recomendada antes que la neumonectomía, cuando una resección completa puede ser realizada con cualquiera de las dos técnicas. Grado de recomendación: 1B
 8. En pacientes con metástasis ganglionar N1 (estadío II NSCLC) la resección en manguito es preferible a la neumonectomía, cuando la resección completa puede ser realizada con cualquiera de las dos técnicas. Grado de recomendación: 1B
 9. En pacientes con NSCLC estadío IA reseccionado completamente, no se recomienda el uso de quimioterapia adyuvante en forma rutinaria fuera de un protocolo de investigación. Grado de recomendación: 1A
 10. En pacientes con NSCLC estadío IB reseccionado completamente, no se recomienda el uso de quimioterapia adyuvante en forma rutinaria. Grado de recomendación: 1B

11. En pacientes con NSCLC estadio II resecado completamente y buen estado general, se recomienda el uso de quimioterapia adyuvante basada en platino. Grado de recomendación: 1A
12. En pacientes con NSCLC estadio I o II que no son candidatos para la cirugía (“médicamente inoperables”) o que rechazan la cirugía, se recomienda la radioterapia fraccionada con intento curativo. Grado de recomendación: 1B
13. En pacientes con NSCLC estadio IA o IB completamente resecado, la radioterapia postoperatoria está asociada con una menor sobrevida y no se recomienda. Grado de recomendación: 1B
14. En pacientes con NSCLC estadio II completamente resecado, la radioterapia postoperatoria disminuye la recidiva local pero no muestra un beneficio claro en la sobrevida, por lo que no se la recomienda. Grado de recomendación: 1B

Tratamiento del NSCLC Estadío IIIA: N2 imprevisto (oculto) hallado en la toracotomía (Estadío IIIA1-2) Consideraciones quirúrgicas

1. En pacientes con NSCLC que tienen un N2 (IIIA2) imprevisto (oculto) hallado durante la resección quirúrgica y en quienes una resección completa del tumor primario y los ganglios es técnicamente posible, se recomienda completar la resección pulmonar planeada y la linfadenectomía mediastinal. Grado de recomendación: 2C
2. En pacientes con NSCLC en quienes se realiza una resección quirúrgica, se recomienda el muestreo o vaciamiento ganglionar mediastinal sistemático. Grado de recomendación: 1B

Quimioterapia Adyuvante

3. En pacientes con NSCLC resecado en quienes se encuentra imprevistamente enfermedad N2 (oculta) (IIIA1-2) y tienen buen estado general (performance status PS), se recomienda la quimioterapia adyuvante basada en platino. Grado de recomendación: 1A

Radioterapia Adyuvante

4. En pacientes con NSCLC resecado, en quienes se encuentra imprevistamente enfermedad N2 (oculta) (IIIA1-2), la radioterapia adyuvante postoperatoria debe ser considerada para reducir la recurrencia local luego de la quimioterapia adyuvante. Grado de recomendación: 2C

Quimioradioterapia Adyuvante

5. En pacientes con NSCLC resecado en quienes se encuentra imprevistamente enfermedad N2 (oculta) (IIIA1-2), no se recomienda la combinación concurrente postoperatoria de quimioterapia y radioterapia, excepto como parte de un protocolo de investigación. Grado de recomendación: 1B

Tratamiento del NSCLC Estadío IIIA: Enfermedad N2 potencialmente resecable (Estadío IIIA3)

6. En NSCLC los pacientes con N2 identificado preoperatoriamente (IIIA3), se recomienda referirlos para una evaluación multidisciplinaria (que incluya un cirujano torácico) antes de emprender el tratamiento definitivo. Grado de recomendación: 1C
7. En pacientes con NSCLC con enfermedad N2 identificada preoperatoriamente (IIIA3), no se recomienda la terapia de inducción seguida de cirugía, excepto como parte de un protocolo clínico. Grado de recomendación: 1C
8. En pacientes con NSCLC con enfermedad N2 identificada preoperatoriamente (IIIA3), que reciben quimioradioterapia de inducción como parte de un protocolo clínico, la neumonectomía no está recomendada. En esta situación la resección quirúrgica subsecuente debe limitarse a una lobectomía. Si después de la quimioradioterapia de inducción, la impresión es que se requerirá una neumonectomía, se recomienda no realizar la neumonectomía y continuar el tratamiento con dosis completa de radioterapia. Grado de recomendación: 1B
9. En pacientes con NSCLC con enfermedad N2 identificada preoperatoriamente (IIIA3), la resección quirúrgica primaria seguida por terapia adyuvante no está recomendada, excepto como parte de un protocolo clínico. Grado de recomendación: 1C
10. En pacientes con NSCLC con enfermedad N2 identificada preoperatoriamente (IIIA3), la cirugía aislada no está recomendada. Grado de recomendación: 1A
11. En pacientes con NSCLC con enfermedad N2 identificada en el preoperatorio (IIIA3), se recomienda quimioradioterapia basada en platino. Grado de recomendación: 1B

Consideraciones quirúrgicas

12. En pacientes con NSCLC con enfermedad N2 identificada en el preoperatorio (IIIA3), no se

recomiendan procedimientos quirúrgicos de reducción de masa tumoral. Grado de recomendación: 1A

13. En pacientes con NSCLC con enfermedad N2 identificada preoperatoriamente (IIIA3) que tienen resecciones incompletas, se recomienda la quimiorradioterapia basada en platino. Grado de recomendación: 1C

Tratamiento del NSCLC Estadío IIIA:

Enfermedad irreseccable "Bulky" N2 (Estadío IIIA4)

14. En pacientes con NSCLC que tienen enfermedad N2 "bulky" (IIIA4) y buen PS, la radioterapia aislada no está recomendada. Grado de recomendación: 1A
15. En pacientes con NSCLC que tienen enfermedad N2 "bulky" (IIIA4) y buen PS, se recomienda la combinación de quimioterapia basada en platino y radioterapia. Grado de recomendación: 1A
16. En pacientes con NSCLC que tienen enfermedad N2 "bulky" (IIIA4) y buen PS y pérdida de peso mínima, se recomienda la quimiorradioterapia concomitante antes que la quimiorradioterapia secuencial. Grado de recomendación: 1A

Tratamiento del NSCLC Estadío IIIB

1. En pacientes con NSCLC estadío clínico T4N0-1 seleccionados, que presentan nódulo(s) tumoral (es) satélite (es) en el mismo lóbulo, con invasión carinal o invasión de la vena cava superior (SVC), se recomienda que la evaluación sea realizada por un equipo multidisciplinario, que incluya un cirujano torácico con experiencia en cáncer de pulmón, para determinar si el paciente es operable. No se recomienda la cirugía si existe compromiso N2. Grado de recomendación: 1C
2. En pacientes con enfermedad estadío IIIB por N3, no se recomienda el tratamiento neoadyuvante (inducción) con quimioterapia o quimiorradioterapia seguido de cirugía. Grado de recomendación: 1C
3. En pacientes con enfermedad estadío IIIB sin derrame pleural maligno, PS 0 o 1 y mínima pérdida de peso (<5%), se recomienda la quimioterapia combinada basada en platino. Grado de recomendación: 1C
4. En pacientes con estadío IIIB y PS 2 o en aquellos con pérdida de peso significativa (>10%),

se recomienda la quimiorradioterapia sólo luego de una cuidadosa evaluación. Grado de recomendación: 1C

5. En pacientes con NSCLC estadío IIIB con PS 0 o 1 y pérdida de peso mínima (<5%), se recomienda la quimiorradioterapia concurrente. Grado de recomendación: 1A
6. Las drogas más eficaces para la quimioterapia a ser combinadas con la radioterapia torácica y el número de ciclos de quimioterapia necesarios para alcanzar el mejor resultado es actualmente incierto. Ninguna combinación de quimioterapia puede considerarse superior. Grado de recomendación: 2C
7. En pacientes con NSCLC estadío IIIB, se recomienda la radioterapia torácica más quimioterapia una vez por día. Grado de recomendación: 1B
8. En pacientes estadío IIIB y un mal PS o enfermedad muy extendida para ser tratada con intento curativo y síntomas debidos a la enfermedad torácica, se recomienda la radioterapia paliativa. El patrón de fraccionamiento debe ser elegido en base al criterio médico y las necesidades del paciente. Grado de recomendación: 1A

Tratamiento del NSCLC Estadío IV

1. En pacientes con NSCLC estadío IV y buen PS, se recomienda la quimioterapia con dos drogas. La adición de un tercer agente citotóxico quimioterapéutico no está recomendada porque no provee beneficio en la sobrevida y puede ser perjudicial. Grado de recomendación: 1A
2. El bevacizumab combinado con carboplatino y paclitaxel, mejora la sobrevida en un grupo NSCLC estadío IV clínicamente seleccionado con buen PS (histología no epidermoide, sin metástasis cerebrales y sin hemoptisis). En estos pacientes el bevacizumab agregado al carboplatino y al paclitaxel debe ser considerado una opción terapéutica. Grado de recomendación: 1A
3. En pacientes con NSCLC estadío IV que son mayores (≥ 70 a 79 años), se recomienda la quimioterapia con un solo agente. Grado de recomendación: 1A
4. Sin embargo, en pacientes con NSCLC estadío IV que son mayores (≥ 70 a 79 años) y tienen buen PS y ausencia de comorbilidades, se re-

comienda la combinación de dos drogas. Grado de recomendación: 1B

5. En pacientes con NSCLC estadio IV que son ≥ 80 años, el beneficio de la quimioterapia no es claro y debe ser decidido en base a las circunstancias individuales. Grado de recomendación: 2C
6. En pacientes con NSCLC estadio IV y PS de 2, se recomienda la quimioterapia basada en el grado de respuesta definido por la mejoría de los síntomas. Grado de recomendación: 1B
7. En pacientes con NSCLC estadio IV y PS de 2, no se puede dar ninguna recomendación específica respecto a la estrategia de quimioterapia óptima. Un único ensayo en fase III mostró un beneficio en la sobrevida con dos drogas basadas en carboplatino en comparación con la de un solo agente. Grado de recomendación: 2C
8. Se recomienda que la calidad de vida y salud de los pacientes se mida de acuerdo al FACT-L o al cuestionario de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer QLQ-C30, pues es un indicador pronóstico de sobrevida. Grado de recomendación: 1A
9. Se recomienda que los pacientes con NSCLC estadio IV reciban adecuada educación sobre los riesgos y beneficios de la quimioterapia, para permitirles la activa participación en el proceso de decisión del tipo de tratamiento. Grado de recomendación: 1C

Consideraciones especiales en el tratamiento del cáncer de pulmón

1. En pacientes con tumor de Pancoast, se recomienda obtener diagnóstico etiológico antes de iniciar la terapia. Grado de recomendación: 1C
2. En pacientes con tumor de Pancoast considerados para la resección quirúrgica con intención curativa, se recomienda una RNM del estrecho torácico y plexo braquial para descartar invasión de estructuras vasculares irresecables o del espacio extradural. Grado de recomendación: 1C
3. En pacientes con tumor de Pancoast con invasión de los vasos subclavios o la columna vertebral, se sugiere que la resección se lleve a cabo solo en un centro especializado. Grado de recomendación: 2C
4. En pacientes con tumor de Pancoast considerados para la resección quirúrgica con intención curativa, se recomienda la estadificación mediastinal invasiva y el estudio radiológico extratorácico (TAC/RNM de cerebro y PET de cuerpo entero o TAC abdominal y centellograma óseo). La afectación de los ganglios mediastinales y/o la presencia de metástasis contraindican la resección. Grado de recomendación: 1C
5. En pacientes con tumor de Pancoast potencialmente resecable, sin metástasis y buen PS, se recomienda la quimioradioterapia concurrente previa a la resección. Grado de recomendación: 1B
6. En pacientes con tumor de Pancoast que van a ser operados, se recomienda realizar el máximo esfuerzo para lograr una resección completa. Grado de recomendación: 1A
7. En el tumor de Pancoast se recomienda la lobectomía (en lugar de resecciones atípicas no anatómicas) así como la resección de la pared torácica comprometida. Grado de recomendación: 1C
8. En pacientes con tumor de Pancoast y resección completa o incompleta, no se recomienda la radioterapia postoperatoria por la falta de beneficio demostrada en la sobrevida. Grado de recomendación: 2C
9. En pacientes con un tumor de Pancoast no resecable pero sin metástasis y que tengan un buen PS, se recomienda la quimio y radioterapia concurrente como tratamiento definitivo. Grado de recomendación: 1C
10. En pacientes con tumor de Pancoast que no son candidatos para un tratamiento curativo, se recomienda la radioterapia paliativa. Grado de recomendación: 1B
11. En pacientes con NSCLC clínicamente estadio T4,N0-1,M0 considerados para resección con intención curativa, se recomienda realizar la estadificación mediastinal invasiva y el estudio extratorácico por imágenes (TAC/RNM de cerebro más PET de cuerpo entero o TAC de abdomen y centellograma óseo). El compromiso de los ganglios mediastinales o las metástasis contraindican la resección. Grado de recomendación: 1C
12. En pacientes con NSCLC T4, N0-1,M0, se recomienda que la resección sea realizada solo en un centro especializado. Grado de recomendación: 1C
13. En pacientes con cáncer de pulmón sospechado o probado y un nódulo satélite en el mismo

- lóbulo, se recomienda no realizar otros estudios del nódulo satélite. Grado de recomendación: 1B
14. En pacientes con una lesión satélite en el mismo lóbulo sospechosa o confirmada como cáncer de pulmón primario, la evaluación de las metástasis extratorácica y la confirmación del estado ganglionar mediastinal deben ser realizadas sólo para el tumor primario y no deben ser modificadas por la presencia de la lesión satélite. Grado de recomendación: 1C
 15. En pacientes con NSCLC y un nódulo satélite en el mismo lóbulo (sin metástasis mediastinales o a distancia), se recomienda como tratamiento la resección mediante lobectomía. Grado de recomendación: 1B
 16. En pacientes con dos NSCLCs sincrónicos candidatos para la resección quirúrgica curativa, se recomienda la estadificación mediastinal invasiva y la estadificación extratorácica por imágenes TAC/RNM de cerebro más PET de cuerpo entero o TAC abdominal y centellograma óseo). El compromiso de los ganglios mediastinales o las metástasis representan una contraindicación para la resección. Grado de recomendación: 1C
 17. En pacientes en quienes se sospecha la presencia de dos tumores primarios NSCLCs, se recomienda una exhaustiva búsqueda de un cáncer primario extratorácico para descartar que ambas lesiones pulmonares correspondan a metástasis. Grado de recomendación: 1C
 18. En pacientes en los que en periodo intraoperatorio se encuentra un segundo foco de cáncer en otro lóbulo, no sospechado previamente, se recomienda la resección de cada lesión, siempre que el paciente tenga una adecuada reserva funcional y no haya compromiso N2. Grado de recomendación: 1C
 19. En pacientes con NSCLC metacrónico considerados para una resección quirúrgica curativa, se recomienda la estadificación mediastinal invasiva y la estadificación extratorácica por imágenes (TAC/RNM de cerebro más PET de cuerpo entero o TAC abdominal y centellograma óseo). El compromiso de los ganglios mediastinales o la presencia de metástasis representan una contraindicación para la resección. Grado de recomendación: 1C
 20. En pacientes con una metástasis cerebral única por un NSCLC estadio I o II del tumor primario, considerados para una resección curativa, se recomienda la estadificación mediastinal invasiva y la estadificación extratorácica por imágenes (TAC/RNM de cerebro y PET de cuerpo entero o TAC abdominal y centellograma óseo). El compromiso de los ganglios mediastinales o la presencia de metástasis representan una contraindicación para la resección. Grado de recomendación: 1C
 21. En pacientes con tumores primarios NSCLC N0-1 sincrónicos resecables y una metástasis cerebral única, sin metástasis en otros sitios, se recomienda la resección o ablación radioquirúrgica de la metástasis (como así también la resección del tumor primario). Grado de recomendación: 1C
 22. En pacientes sin metástasis en otros sitios y una resección completa previa de un NSCLC, que presentan una metástasis cerebral única metacrónica, se recomienda la resección o ablación radioquirúrgica de la metástasis. Grado de recomendación: 1B
 23. En pacientes que han tenido una resección curativa de una metástasis cerebral única, se sugiere la radioterapia cerebral total adyuvante, a pesar de que los datos sobre el beneficio son conflictivos e insuficientes con respecto a la supervivencia y el porcentaje de recidiva. Grado de recomendación: 2B
 24. En pacientes que han tenido una resección curativa del tumor primario y la metástasis cerebral única, se puede considerar la quimioterapia adyuvante. Grado de recomendación: 2C
 25. En pacientes con una metástasis suprarrenal única por NSCLC considerados para una resección quirúrgica con intención curativa, se recomienda la estadificación mediastinal invasiva y la estadificación extratorácica por imágenes (TAC/RNM de cerebro más PET de cuerpo entero o TAC abdominal y centellograma óseo). El compromiso de los ganglios mediastinales o la presencia de metástasis representan una contraindicación para la resección. Grado de recomendación: 1C
 26. En pacientes con un primario NSCLC N0-1 y metástasis sincrónica suprarrenal única resecable, sin otros sitios de metástasis, se recomienda la resección del tumor primario y de la metástasis suprarrenal. Grado de recomendación: 1C
 27. En pacientes con un NSCLC primario previamente resecado y una metástasis suprarrenal

única (presentación metacrónica) sin otros sitios de metástasis, se recomienda la resección de la metástasis suprarrenal única si el intervalo libre es > 6 meses y la resección del NSCLC primario había sido completa. Grado de recomendación: 1C

28. En pacientes con NSCLC que invade la pared torácica y es considerado para la resección quirúrgica con intento curativo, se recomienda la estadificación mediastinal invasiva y la estadificación extratorácica por imágenes (TAC/RNM de cerebro y PET de cuerpo entero o TAC abdominal y centellograma óseo). El compromiso de los ganglios mediastinales o la presencia de metástasis representan una contraindicación para la resección. Se recomienda quimioradioterapia definitiva para estos pacientes. Grado de recomendación: 2C
29. Durante la resección de un tumor que invade la pared torácica, recomendamos realizar todo el esfuerzo posible para lograr la resección completa. Grado de recomendación: 1B

BAC (carcinoma bronquioloalveolar)

1. Recomendamos que el uso del término *BAC* se reserve para aquellos cánceres de pulmón que cumplen los criterios establecidos por el sistema de clasificación revisado para tumores de pulmón de la Organización Mundial de la Salud. Grado de recomendación: 1B
2. En pacientes en los que se sospecha *BAC*, recomendamos la realización de una biopsia quirúrgica para establecer el diagnóstico histopatológico. Grado de recomendación: 1C
3. En pacientes en quienes no se puede realizar una biopsia quirúrgica, el diagnóstico de *BAC* debe hacerse sólo con un patrón histológico compatible de una biopsia transbronquial o con aguja gruesa de biopsia y una TAC que muestre apariencia de vidrio esmerilado puro o de neumonía. Grado de recomendación: 1C
4. En pacientes cuya TAC muestra opacidad en vidrio esmerilado o consolidación neumónica (sugestivo de *BAC*), los resultados del PET son habitualmente falsos negativos, por lo que recomendamos que un resultado negativo en el PET sea seguido por pruebas diagnósticas adicionales para descartar la presencia de cáncer. Grado de recomendación: 1C
5. En pacientes en quienes se sospecha un *BAC* y que son buenos candidatos quirúrgicos, una resección sublobar puede ser apropiada, siempre y cuando la TAC muestre apariencia de vidrio esmerilado puro, la consulta patológica intraoperatoria confirme que se trata de *BAC* puro sin evidencia de invasión y los márgenes quirúrgicos se encuentran libres de enfermedad. Grado de recomendación: 1B

6. En pacientes con un *BAC* irreseccable y buen PS, recomendamos el uso de quimioterapia estándar. El uso de inhibidores del factor de crecimiento epitelial como agente de primera línea, debe ser reservado para pacientes con un mal PS o aquellos enrolados en un protocolo de investigación. Grado de recomendación: 2C

Manejo del SCLC

1. La estadificación rutinaria del SCLC incluye lo siguiente: anamnesis y examen físico, hemograma, rutina de laboratorio, TAC de tórax y abdomen o TAC de tórax incluyendo el hígado y las glándulas suprarrenales, TAC o RNM de cerebro y centellograma óseo. Grado de recomendación: 1B
2. El PET no se recomienda en la estadificación rutinaria del SCLC. Grado de recomendación: 2B
3. Los pacientes con enfermedad diseminada no deben recibir más de cuatro a seis ciclos de quimioterapia combinada basada en cisplatino o carboplatino. El cisplatino puede ser combinado con etopósido o irinotecan. Grado de recomendación: 1B
4. Después de la quimioterapia, a los pacientes que logren respuesta completa fuera del tórax y respuesta completa o parcial en el tórax, se les puede ofrecer radioterapia torácica. Grado de recomendación: 2C
5. No se recomienda el tratamiento de mantenimiento en pacientes con enfermedad extensa o limitada que obtuvieron remisión parcial o completa, fuera de un protocolo de investigación. Grado de recomendación: 1B
6. A los pacientes con SCLC y recaída o enfermedad refractaria se les debe ofrecer una nueva quimioterapia. Grado de recomendación: 1B
7. Los pacientes mayores con buen PS (Grupo Oncológico Cooperativo del Este PS de 0 o 1) con función orgánica intacta, deben ser tratados con quimioterapia basada en platino. Grado de recomendación: 1A

8. Los pacientes mayores con malos factores pronósticos, tales como mal PS o comorbilidad médica significativa, aún pueden ser considerados para quimioterapia. Grado de recomendación: 2C
 9. Fuera de un protocolo de investigación, no se recomienda el tratamiento con intensidad/densidad de dosis, ni una terapia de inducción o mantenimiento en el tratamiento de los estadios diseminados o limitados del SCLC. Grado de recomendación: 1A
 10. Los pacientes con SCLC y enfermedad limitada deben ser tratados con quimioradioterapia combinada concurrente. Los pacientes deben ser derivados a un radioterapeuta y a un médico oncólogo para considerar la modalidad de tratamiento combinado. Grado de recomendación: 1A
 11. Si el PS y las enfermedades comorbidas lo permiten, los pacientes con enfermedad limitada deben ser tratados con quimioterapia y radioterapia administrada simultáneamente. Grado de recomendación: 1C
 12. En pacientes candidatos para recibir quimioradioterapia concurrente temprana, los pacientes deben ser tratados con radioterapia hiperfraccionada simultáneamente con quimioterapia basada en platino. Grado de recomendación: 1B
 13. A los pacientes con SCLC y enfermedad limitada que obtienen una remisión completa o a los pacientes resecaos con enfermedad en estadio I se les debe ofrecer radioterapia craneal profiláctica (PCI). Grado de recomendación: 1B
 14. A los pacientes con SCLC en estadio diseminado que logran una remisión completa se les debe ofrecer PCI profiláctica. Grado de recomendación: 1C
 15. En pacientes con SCLC y enfermedad en estadio I, que son considerados para una resección quirúrgica con intención curativa, se les debe ofrecer la estadificación mediastinal invasiva y la estadificación extratorácica por imágenes (TAC/RNM de cerebro, TAC abdominal y centellograma óseo) seguido por quimioterapia basada en platino. Grado de recomendación: 1A
 16. En pacientes con SCLC estadio I que han tenido una resección quirúrgica con intención curativa, se recomienda la quimioterapia adyuvante basada en platino. Grado de recomendación: 2C
 17. Los pacientes con histología mixta SCLC/NSCLC deben ser tratados como pacientes con SCLC. Todas las recomendaciones de tratamiento hechas para el SCLC se aplican a esta categoría de pacientes. Grado de recomendación: 2C
- ### Terapias complementarias y oncología integrativa en cáncer de pulmón
1. Se recomienda que todos los pacientes con cáncer de pulmón sean específicamente interrogados sobre el uso de terapias alternativas y complementarias. Grado de recomendación: 1C
 2. Se recomienda que a todos los pacientes con cáncer de pulmón, personal calificado les de orientación sobre las ventajas y desventajas de las terapias complementarias de una manera abierta, basada en la evidencia y centrada en el paciente. Grado de recomendación: 1C
 3. En pacientes con cáncer de pulmón, se recomienda la modalidad cuerpo y mente como parte de un abordaje multimodal para reducir la ansiedad, los trastornos del humor o el dolor crónico. Grado de recomendación: 1B
 4. En los pacientes con cáncer de pulmón con ansiedad o dolor, se recomienda la masoterapia efectuada por un masajista entrenado en oncología como parte de un tratamiento multidisciplinario. Grado de recomendación: 1C
 5. La aplicación de presión profunda o intensa no se recomienda en la cercanía de lesiones por cáncer o de alteraciones anatómicas como por ejemplo cambios postoperatorios, como así tampoco en pacientes que tengan tendencia al sangrado. Grado de recomendación: 2C
 6. Para pacientes con cáncer de pulmón, no se recomiendan las terapias basadas en manipulaciones dudosas o campos de bioenergía. Grado de recomendación: 1C
 7. Se recomienda la acupuntura como terapia complementaria cuando el dolor es mal controlado o cuando los efectos secundarios de otras modalidades, como neuropatía o xerostomía son clínicamente significativos. Grado de recomendación: 1A
 8. Se recomienda la acupuntura como terapia complementaria cuando las náuseas y los vómitos asociados con la quimioterapia no son bien controlados. Grado de recomendación: 1B
 9. No se recomiendan las pulseras de electroestimulación en el manejo de las náuseas o los vómitos inducidos por la quimioterapia. Grado de recomendación: 1B

10. Cuando el paciente con cáncer de pulmón no deja de fumar a pesar de otras opciones, se recomienda una prueba con acupuntura para ayudarlo a dejar de fumar. Grado de recomendación: 2C
11. En pacientes con cáncer de pulmón que sufren síntomas como disnea, cansancio, neuropatía inducida por la quimioterapia o dolor post-toracotomía, se recomienda una prueba con acupuntura. Grado de recomendación: 2C
12. En pacientes con tendencia al sangrado, se recomienda que la acupuntura sea realizada por médicos calificados y utilizada cuidadosamente. Grado de recomendación: 1C
13. Se recomienda que los suplementos dietarios, en particular los productos derivados de hierbas, sean evaluados sobre sus efectos secundarios y potenciales interacciones con otras drogas. Aquellos que probablemente interactúen con otras drogas, como agentes de quimioterapia, no deben ser usados durante la quimioterapia, la radioterapia o antes de la cirugía. Grado de recomendación: 1B
14. En pacientes con cáncer de pulmón en los que las terapias antitumorales fallan o son rechazadas, se recomienda el uso de agentes botánicos sólo en el contexto de un protocolo de investigación. Grado de recomendación: 1C
15. Se recomienda que los pacientes sean asesorados para evitar terapias promocionadas como "alternativas" al tratamiento establecido. Grado de recomendación: 1A

Seguimiento y vigilancia del paciente con cáncer de pulmón después de una terapia con intención curativa

1. En pacientes con cáncer de pulmón tratados con intención curativa, el seguimiento de las complicaciones referidas a la terapia con intención curativa debe ser realizado por el especialista apropiado y puede durar como mínimo de 3 a 6 meses. En ese punto, el paciente debe ser reevaluado por un comité oncológico multidisciplinario para continuar con un adecuado programa de seguimiento a fin de detectar recurrencias y/o tumores metacrónicos. Grado de recomendación: 2C
2. En pacientes con cáncer de pulmón tratados con intención curativa que tienen un adecuado rendimiento y función pulmonar, se recomienda el seguimiento con anamnesis, examen físico, y estudios por imágenes (tanto Rx de tórax o TAC) cada 6 meses por 2 años y luego

anualmente. Todos los pacientes deben ser advertidos acerca del reconocimiento de los síntomas y aconsejados para consultar a su médico en caso de síntomas preocupantes. Grado de recomendación: 1C

3. Idealmente, el seguimiento para reconocer la recidiva del tumor primario y/o el desarrollo de un tumor metacrónico debe ser coordinado por un equipo multidisciplinario. En lo posible, el médico que diagnosticó el cáncer pulmonar primario e inició el tratamiento con intención curativa, debe actuar como supervisor del equipo de salud en el proceso de seguimiento. Grado de recomendación: 2C
4. En pacientes con cáncer de pulmón que recibieron una terapia con intención curativa, actualmente no se recomienda en el seguimiento el uso de test sanguíneos, PET, citología de esputo, marcadores tumorales y broncoscopia con autofluorescencia. Grado de recomendación: 2C
5. Los pacientes con cáncer de pulmón que fuman, deben ser enérgicamente animados a dejar de fumar y se les debe ofrecer tratamiento farmacológico y terapias cognitivo-conductuales así como también un seguimiento. Grado de recomendación: 1A

Cuidados paliativos en cáncer de pulmón

1. A todos los pacientes con cáncer de pulmón y a sus familias se les debe transmitir que el dolor puede ser aliviado segura y efectivamente. Asimismo se los debe interrogar regularmente sobre su dolor, usando el propio informe del paciente y una escala simple como fuente primaria de evaluación. Grado de recomendación: 1A
2. En todos los pacientes, usar medicación personalizada para controlar el dolor, administrar la medicación regularmente y tratar el dolor adecuadamente. Documentar la efectividad en el manejo del dolor a intervalos regulares durante el tratamiento. Grado de recomendación: 1A
3. En todos los pacientes con dolor leve a moderado, inicialmente tratar el dolor con acetaminofeno o un antiinflamatorio no esteroide, asumiendo que no hay contraindicaciones para su uso. Usar opioides cuando el dolor es más severo o cuando aumenta. Grado de recomendación: 1B
4. Si se anticipa que algunos pacientes van a tener una necesidad continua de opioides, no se

- recomienda la meperidina porque tiene una acción de corta duración y su metabolito la normeperidina es tóxica y puede estimular el SNC causando disforia, agitación y convulsiones. Grado de recomendación: 1B
5. En los pacientes en los que el dolor no se puede controlar sólo con analgésicos, el agregado de antidepresivos tricíclicos, anticonvulsivantes y neurolépticos pueden a menudo aumentar los efectos de la medicación analgésica sola. Grado de recomendación: 1C
 6. Administrar a todos los pacientes la medicación en forma oral dada la conveniencia y la relación costo-beneficio. En los pacientes con cáncer de pulmón que no pueden tomar medicación oral para el dolor, se recomienda la administración rectal y transdérmica. No se recomienda la administración de analgésicos por vía intramuscular por el dolor, la incomodidad y la absorción irregular. Grado de recomendación: 1C
 7. En todos los pacientes que reciben opioides, la constipación es frecuente. Hay que anticiparla tratándola profilácticamente y monitorearla. Grado de recomendación: 1B
 8. Se debe alentar a todos los pacientes a mantenerse activos y a cuidarse a sí mismos, siempre que sea posible. Se debe evitar la inmovilización prolongada. Grado de recomendación: 1B
 9. En los pacientes que tienen dolor asociado a tensión muscular y espasmos, se recomienda la utilización de métodos complementarios para aliviar el dolor tales como: técnicas de estimulación cutánea (aplicaciones de frío y calor), acupuntura, cuidados psicosociales y la incorporación del cuidado espiritual dentro del plan de manejo del dolor, pero no como sustitutos de los analgésicos. Grado de recomendación: 1C
 10. En pacientes con cáncer de pulmón avanzado, indicar radioterapia paliativa para controlar el dolor. Se recomienda la quimioterapia paliativa para disminuir el dolor y otros síntomas, aún cuando el aumento de la sobrevida sea sólo moderado. Grado de recomendación: 1B
 11. En pacientes con cáncer de pulmón que no responden a los métodos habituales de control del dolor, se recomienda la derivación a un centro especializado en tratamiento del dolor o de cuidados paliativos. Grado de recomendación: 1C
 12. En todos los pacientes con cáncer de pulmón que padecen disnea, se recomienda que sean evaluados por causas potencialmente corregibles como: obstrucción localizada de la vía aérea principal, derrame pleural importante, embolia pulmonar, exacerbación de EPOC coexistente o insuficiencia cardíaca congestiva. Si se identifica alguno de estos problemas, se recomienda el tratamiento apropiado. Grado de recomendación: 1C
 13. En todos los pacientes con cáncer de pulmón que padecen disnea de causa no tratable, se recomiendan los opioides. También se recomiendan otras propuesta farmacológicas tales como: oxígeno, broncodilatadores y corticosteroides. Grado de recomendación: 1C
 14. En todos los pacientes con cáncer de pulmón y disnea, se recomienda considerar tratamientos no farmacológicos y no intervencionistas tales como: educación del paciente y su familia, control de la respiración, actividades tranquilas, técnicas de relajación, ventiladores y soporte psicosocial. Grado de recomendación: 2C
 15. En pacientes con cáncer de pulmón que tienen dificultad para toser, se recomienda que sean evaluados por eventuales causas tratables. Grado de recomendación: 1B
 16. En pacientes con cáncer de pulmón que tienen dificultad para toser sin una causa tratable, se recomienda el uso de opioides para controlar la tos. Grado de recomendación: 1B
 17. En pacientes con cáncer de pulmón que padecen dolor por metástasis óseas, se recomienda la radioterapia externa para aliviar el dolor. Una sola fracción de 8 Gy es tan efectiva para el alivio inmediato del dolor, como dosis mayores fraccionadas de radioterapia externa. Grado de recomendación: 1A
 18. En pacientes con cáncer de pulmón que padecen dolor debido a metástasis óseas, dosis mayores de radioterapia fraccionada brindan mayor duración en el alivio del dolor, la frecuencia de retratamiento es menor y tienen menos episodios de dolor óseo que las dosis únicas. Grado de recomendación: 1A
 19. En pacientes que tienen cáncer de pulmón y metástasis óseas dolorosas, se recomiendan los bifosfonatos junto con la radiación externa para el tratamiento del dolor. Grado de recomendación: 1A
 20. En pacientes con cáncer de pulmón que tienen metástasis óseas dolorosas refractarias a los analgésicos, la radioterapia y los bifosfonatos, se recomienda el tratamiento radio-

- farmacológico para aliviar el dolor. Grado de recomendación: 1B
21. En pacientes con cáncer de pulmón y metástasis dolorosas de los huesos largos y/o de los huesos de sostén y una lesión lítica solitaria bien definida que compromete > 50% de la circunferencia de la corteza y una expectativa de vida > 4 semanas, con un estado general satisfactorio, se recomienda la fijación quirúrgica para minimizar la posibilidad de fractura. El enclavado endomedular es el método de preferencia, especialmente para el fémur y el húmero. Grado de recomendación: 1C
 22. En pacientes con cáncer de pulmón que tienen metástasis cerebrales sintomáticas, se recomienda dexametasona 16 mg/día durante el transcurso de una terapia definitiva con carga rápida y discontinuarla dentro de las 6 semanas de haber finalizado la terapia definitiva (tanto cirugía como radioterapia). Grado de recomendación: 1B
 23. Los pacientes con NSCLC y metástasis cerebral única deben ser considerados para una resección curativa del tumor pulmonar primario, siempre que una cuidadosa búsqueda de metástasis en otros sitios o en los ganglios mediastinales resultara negativa. Grado de recomendación: 1C
 24. En pacientes con una metástasis cerebral única, sin metástasis en otros sitios y con un NSCLC N0-1 sincrónico resecable, se debe llevar a cabo la resección o la ablación radioquirúrgica de la metástasis cerebral (así como también la resección del tumor primario). La resección de una metástasis cerebral única debe ser seguida por radioterapia cerebral total. Grado de recomendación: 1B
 25. En pacientes con cáncer de pulmón que presentan una nueva aparición de dolor dorsal, se recomienda la RNM sagital en T1 de toda la columna con propósito diagnóstico. No se recomiendan otros estudios diagnósticos como radiografías simples, centellograma óseo, TAC y mielogramas. Grado de recomendación: 1C
 26. En pacientes con cáncer de pulmón y metástasis espinales epidurales que no están paréticos y son ambulatorios, se recomienda el rápido tratamiento con altas dosis de dexametasona y radioterapia. Grado de recomendación: 1B
 27. Cuando hay confirmación radiológica de una compresión sintomática de la médula espinal, se debe pedir la consulta neuroquirúrgica y si corresponde, la cirugía se debe realizar inmediatamente y debe ser seguida por radioterapia en pacientes con compresión medular y buen PS. Grado de recomendación: 1A
 28. En pacientes con cáncer de pulmón y hemoptisis abundantes, se recomienda la broncoscopia para identificar el origen del sangrado, seguida por alguna alternativa de manejo endobronquial como coagulador de argón-plasma, Nd-YAG laser o electrocauterio. Grado de recomendación: 1C
 29. En pacientes con cáncer de pulmón y derrame pleural maligno sintomático, se recomienda la toracocentesis como el primer procedimiento para aliviar los síntomas. Grado de recomendación: 1C
 30. En pacientes con cáncer de pulmón y derrame pleural maligno sintomático que recidiva luego de la toracocentesis, se recomienda el drenaje con tubo pleural y la pleurodesis. Grado de recomendación: 1B
 31. En pacientes con obstrucción de la vena cava superior (VCS) y sospecha de cáncer de pulmón, se recomienda el diagnóstico histológico o citológico definitivo antes de iniciar el tratamiento. Grado de recomendación: 1C
 32. En pacientes con obstrucción sintomática de la VCS por SCLC, se recomienda la quimioterapia. Grado de recomendación: 1C
 33. En pacientes con obstrucción sintomática de la VCS por NSCLC, se recomienda la colocación de un stent o la radioterapia. Los stents también se recomiendan en pacientes con obstrucción sintomática de la VCS y SCLC o NSCLC que no responden a la quimioterapia o la radioterapia. Grado de recomendación: 1C
 34. En pacientes con fístula traqueo-esofágica o bronco-esofágica maligna, se debe considerar la colocación de stents en la vía aérea, el esófago o ambos para aliviar los síntomas. No se recomiendan los intentos de resección curativa o by-pass esofágico y de la vía aérea afectada. Grado de recomendación: 1C
 35. Se recomienda que todos los pacientes con cáncer de pulmón sean evaluados sobre la presencia de depresión y si existiera, que sea tratada apropiadamente. Grado de recomendación: 1C

Cuidados paliativos, evaluación de calidad de vida y proceso de duelo durante el cuidado del paciente terminal con cáncer de pulmón

1. Para todos los pacientes con cáncer de pulmón avanzado (y sus familias), se recomienda que el cuidado paliativo sea parte integral del tratamiento, incluyendo aquellos que siguen terapias curativas o que prolonguen la vida. Grado de recomendación: 1C
2. En pacientes con cáncer de pulmón avanzado, se recomienda que el cuidado tanto paliativo como terminal incluya una consulta con el equipo de cuidados paliativos, el que debería estar disponible. Grado de recomendación: 1C
3. En pacientes con cáncer de pulmón avanzado, se recomienda que se lleven a cabo evaluaciones estandarizadas de los síntomas y cuestionarios breves de calidad de vida específicos por el miembro responsable del equipo de cuidados de la salud y con una frecuencia apropiada. Grado de recomendación: 1B
4. Se recomienda que los médicos de pacientes que mueren por cáncer de pulmón tengan comunicación con la familia y los amigos luego de la muerte. Grado de recomendación: 1C
5. En pacientes con cáncer de pulmón, intervenciones proactivas como las enumeradas a continuación, son recomendadas para mejorar las consecuencias del duelo: a. Informar al paciente y su familia de que la muerte es previsible en semanas b. Alertar a la familia sobre la muerte inminente c. Permitir el cuidado paliativo efectivo enfocado en preocupaciones espirituales, existenciales, físicas y cuestiones prácticas. Grado de recomendación: 1C
6. Se recomienda que los médicos de pacientes terminales con cáncer de pulmón estimulen a los cuidadores a mantener un estilo de vida saludable durante el período del cuidado, como

así también durante el duelo. Grado de recomendación: 1C

7. Se recomienda que los médicos de pacientes terminales por cáncer de pulmón honren los rituales de muerte y el luto respetando la cultura del paciente. Grado de recomendación: 1C

Comentario final

Este resumen de la guía de práctica clínica de cáncer de pulmón permitirá al médico que atiende a estos pacientes tener a mano una clara expresión del “estado del arte” en el tema, y por ende una herramienta que le permitirá tomar las decisiones más apropiadas para orientar y atender a sus pacientes con esta enfermedad.

La 2ª edición de la guía del ACCP es un compacto suplemento de la revista *Chest* que contiene artículos sobre los temas más importantes. La publicación de la traducción del sumario ejecutivo de estas guías puede servir como una introducción para aquellos que deseen profundizar sobre el tema. A los interesados los invitamos a leer los artículos completos de la revista *Chest* o de su versión “on line”. Del mismo modo, no se transcribe la extensa lista de referencias que dan sustento a las distintas recomendaciones; las mismas también están disponibles en el documento completo.

Referencias

1. Alberts WM, American College of Chest Physicians, Health and Science Policy Committee. Diagnosis and management of lung cancer executive summary: ACCP evidence-based clinical practice guidelines (2nd Edition). *Chest* 2007;132 (3 Suppl): 1S-19S.
2. American College of Chest Physicians, Health and Science Policy Committee., Diagnosis and management of lung cancer: ACCP evidence-based guidelines. American College of Chest Physicians. *Chest* 2003; 123 (1 Suppl) D-G: 1S-337S.
3. Guyatt G, Vist G, Falck-Ytter Y, Kunz R, Magrini N, Schunemann H. An emerging consensus on grading recommendations? *Evid Based Med* 2006;11: 2-4.

La traducción al español de “Diagnosis and Management of Lung Cancer Executive Summary: ACCP Evidence – Based Clinical Practice Guidelines” (2nd Edition) ha sido publicada con el permiso del American College of Chest Physicians, propietario de CHEST. El ACCP y sus directivos, miembros del comité ejecutivo, miembros, entidades relacionadas, empleados, representantes y otros (“Grupo del ACCP”) no han tenido ningún rol en la traducción de este Sumario Ejecutivo del inglés al español. El Grupo del ACCP no garantiza y se desliga de toda responsabilidad por el contenido de este artículo y el uso del mismo, así como también por la precisión de la traducción, quedando toda la responsabilidad en manos de los autores, los auspiciantes o la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria. Además, el contenido no debe ser considerado como consejo médico y no intenta reemplazar la consulta con un profesional idóneo. Bajo ninguna circunstancia puede el Grupo del ACCP ser responsabilizado por cualquier daño directo, indirecto, incidental, especial o consecuente que resulte, directa o indirectamente, de la revelación o uso del contenido, los avisos u otro material publicado, sin perjuicio de los fundamentos legales.