

Una nueva era en el diagnóstico de cáncer de pulmón

Autora: Patricia Vujacich

Correspondencia:

E-mail: patricia.vujacich@gmail.com

Al Editor:

He leído con especial interés el artículo de Colt y Murgu *El rol del neumonólogo en el estudio de los marcadores moleculares en el cáncer de pulmón no pequeñas células* (RAMR 2014; 2: 115-124). Un enfoque claro, práctico y preciso.

Una vez más, es momento de hacer hincapié en el rol del neumonólogo en la toma de decisiones en pacientes con cáncer de pulmón. Tradicionalmente, se dejaba en manos del oncólogo la decisión terapéutica; sin embargo, el enfoque multidisciplinario es, desde hace años, el estándar de tratamiento.

Según las nuevas recomendaciones de CAP, IASLC y AMP¹ la **testificación molecular** de pacientes con adenocarcinoma puro o mixto es obligatoria. Ya no basta el viejo concepto de “pequeñas células” o no “pequeñas células”, tampoco el diagnóstico de tipo histológico es suficiente. Efectivamente, la estrategia terapéutica actual se basará en este “código de barras” del tumor. Parecería que, una vez más, “lo esencial es invisible a los ojos”.

Conocer el modo de optimizar el procesamiento de muestras, tal como se describe en el artículo de Colt, es fundamental a la hora de cumplir con este requisito. También la importancia del examen citopatológico (ROSE: rapid on site examination) en el momento de la toma de muestras es crucial para determinar si una muestra obtenida es representativa y/o suficiente. Además de mejorar el rendimiento², muchas veces guía al endoscopista y al intervencionista durante el procedimiento, evitando maniobras innecesarias o repetición de intervenciones diagnósticas. Por ejemplo, se consideran muestras adecuadas para el análisis de EGFR si éstas contienen más del 40% de células neoplásicas y esto puede obtenerse con cuatro “buenas” aspiraciones con aguja o 2-3 biopsias

core³. Existe sin embargo aún, algún debate en este punto.

En la era del tratamiento personalizado, esto es válido también cuando se evalúa el fracaso terapéutico y deben re-biopsiarse tumores con sospecha de progresión o al tratarse algún segundo primario. La elección de tratamientos de segunda o tercera línea recaerá en la confiabilidad de la determinación molecular.

Durante la implementación de nuevas técnicas como el EBUS, que ya se realiza en nuestro medio, es vital la prolijidad en la manipulación e identificación de las muestras obtenidas. La correcta estadificación mediastinal (el factor N) dependerá de ello.

Quizá el mensaje más importante del presente artículo es **la necesidad de optimizar en cada lugar de pertenencia el trabajo conjunto con patólogos y oncólogos**. Es hora de estar a la altura de los avances terapéuticos. Es hora de minimizar y corregir falencias.

Conflictos de interés: La autora declara no tener conflictos de intereses.

Bibliografía

1. Lindeman NI, Cagle PT, Beasley MB, et al. Molecular testing guideline for selection of lung cancer patients for EGFR and ALK tyrosine kinase inhibitors: guideline from the College of American Pathologists, International Association for the Study of Lung Cancer, and Association for Molecular Pathology. Arch Pathol Lab Med. 2013; 137(6): 828-860.
2. Santambrogio L, Nosotti M, Bellaviti N, et al. CT-guided fine-needle aspiration cytology of solitary pulmonary nodules: a prospective, randomized study of immediate cytologic evaluation. Chest 1997; 112: 423-5.
3. Nakajima T, Yasufuku K, Suzuki M, et al. Assessment of epidermal growth factor receptor mutation by endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration. Chest 2007; 132: 597-602.