

Un porcentaje de los cánceres de pulmón diagnosticados por rastreo con tomografía computada de baja dosis podrían corresponder a sobrediagnósticos

A significant percentage of lung cancers diagnosed by screening with low-dose CT may correspond to overdiagnosis

Ann Intern Med. 2012; 157:776-784

Antecedentes

El rastreo de cáncer de pulmón puede detectar un cáncer que nunca será sintomático (sobre-diagnóstico), conduciendo a sobre-tratamiento. El cambio de tamaño de las lesiones detectadas en el rastreo con tomografía computada de baja dosis (TCBD), expresados como tiempo de duplicación de volumen (TDV), pueden ayudar a distinguir cánceres agresivos de aquellos casos que improbablemente se hagan sintomáticos.

Objetivo

Evaluar el TDV de cánceres de pulmón detectados mediante rastreo con TCBD durante cinco años y su correlación con la evolución clínica como un modo posible de estimar sobrediagnóstico.

Diseño, lugar y pacientes

Evaluación retrospectiva de un estudio de cohortes, realizado en un único centro (Milán, Italia), en el que se ofreció (entre 2004 y 2005) a voluntarios asintomáticos tabaquistas o ex tabaquistas (de hasta diez años) de al menos 20 pack-year, rastreo de cáncer de pulmón anual y consecutivo durante cinco años con TCBD. Se acordó que no se informaría a los pacientes aquellas lesiones menores o iguales a 5 mm. Para las lesiones mayores el algoritmo de manejo variaba de acuerdo al tipo de lesión encontrada (nueva TCBD, PET-TC, biopsia, cirugía, etc).

Medición de resultados principales:

El TDV fue medido mediante TCBD y clasificado como de crecimiento rápido (<400 días), crecimiento lento (entre 400 y 599 días) o indolente (≥ 600 días). La información de la situación vital se valoró en las visitas de seguimiento, mediante llamados telefónicos (en caso de no asistencia) o mediante consulta a registros oficiales municipales.

Resultados

Se enrolaron y realizaron una TCBD basal 5.203 participantes (66% varones, 80,3% fumadores activos). La adherencia a las cinco rondas de TCBD fue del 79,2%. No se pudo obtener información sobre la situación vital de 44 participantes. Se diagnosticaron 175 casos de cáncer de pulmón durante los cinco años, 55 fueron casos prevalentes (1,1% de la población rastreada, diagnosticados basalmente en la primera TCBD) y 120 de diagnóstico subsecuente (los que interesan al estudio). Del último grupo, 19 casos (15,8%) fueron diagnósticos nuevos (lesiones no visibles en estudios previos) y de crecimiento rápido (media de VDT de 52 días); 101 (84,2%) fueron progresivos, incluyendo 70 casos (58,3%) de crecimiento rápido, 18 (15,0%) de crecimiento lento y 13 de crecimiento indolente (10,8%). La mortalidad específica por cáncer de pulmón fue significativamente ($p=0,01$) más alta (9,2%) por año en pacientes con cánceres nuevos, comparados con los de crecimiento lento o indolente (0,9% por año) y no significativamente ($p=0,138$) más alta al comparar aquellos de crecimiento rápido (4,1% por año) con los de crecimiento lento o indolente (0,9% por año).

Conclusiones

El cáncer de crecimiento lento o indolente comprende aproximadamente 25% de los casos incidentales, mucho de los cuales podrían haber sido sobrediagnosticados. Para limitar el sobre-tratamiento en estos casos se debería investigar estrategias de resección mínimamente invasiva y tratamientos no quirúrgicos.

Fuente de financiamiento: Asociación Italiana de Investigación de Cáncer.

L	M	M	J	V	S	D
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

Comentario

Si bien este estudio tiene limitaciones metodológicas (análisis retrospectivo, forma de asignar la velocidad de crecimiento de las lesiones nuevas), sus resultados sugieren que hasta un 25% de los cánceres diagnosticados por la TCBD (los cánceres indolentes y los de crecimiento lento) podrían ser sobre-diagnósticos¹⁻⁴.

Estos datos, además de otros no menos significativos como el

impacto de la aplicación de una técnica por el daño directo que puede producir, los falsos positivos y los costos que podrían ser detraídos de otros procedimientos más costo-efectivos y con mayor impacto poblacional deben ser tenidos cuidadosamente en cuenta a la hora de recomendar un procedimiento de rastreo⁵⁻⁷.

Carlos García [Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. carlos.garcia@hospitalitaliano.org.ar]

García C. Un porcentaje significativo de los cánceres de pulmón diagnosticados por rastreo con tomografía computada de baja dosis podrían corresponder a sobrediagnósticos. Evid Act Pract Amb. 2015;18(2):36. Abr-Jun. **Comentado de: Veronesi, G, et al. Estimating Overdiagnosis in Low-Dose Computed Tomography Screening for Lung Cancer: A Cohort Study. Ann Intern Med. 2012;157(11):776-784. PMID: 23208167.**

Referencias

1. Kubik AK, y col. Czech Study on Lung Cancer Screening: post-trial follow-up of lung cancer deaths up to year 15 since enrollment. Cancer. 2000;89(11 Suppl):2363-8.
2. Marcus PM, y col. Lung cancer mortality in the Mayo Lung Project: impact of extended follow-up. J Natl Cancer Inst 2000;92(16):1308-16.
3. Welch HG, Black WC. Overdiagnosis in cancer. J Natl Cancer Inst. 2010;102(9):605-13.
4. Patz EF, y col. Overdiagnosis in low-dose computed tomography screening for lung cancer. JAMA Intern Med. 2014;174(2):269-74.
5. Harris RP, y col. The Harms of Screening. JAMA Intern Med. 2014 Feb 1;174(2):281.
6. Sox HC. Better evidence about screening for lung cancer. N Engl J Med. 2011 Aug 4;365(5):455-7.
7. Aberle DR, y col. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. N Engl J Med. 2011 Aug 4;365(5):395-409.