



Fecha: 2 de marzo de 2014.

Código: L-GM-2531-2014

De: Gerencia Médica

Elaborado por: Coordinación Técnica de Cáncer (Grupo Cáncer de Pulmón)

Para: Todos los médicos radiólogos, neumólogos, cirujanos de tórax y las jefaturas respectivas.

Título: Gestión Prioritaria para la realización de Tomografía Computarizada (CT) y reporte estandarizado en personas con sospecha de cáncer de pulmón.

JUSTIFICACIÓN

La Junta Directiva acordó en la sesión N° 8317 del 22 de enero de 2009 declarar el cáncer como de interés institucional. En este contexto, en la sesión N° 8610 del 15 de noviembre del 2012 se aprueba el Plan Institucional para la Atención del Cáncer (PIAC) 2012-2016, el cual instrumenta una serie de acciones para fortalecer la prevención, detección temprana, el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y el cuidado paliativo para la atención de las personas con cáncer en todos los centros de atención de la Caja Costarricense del Seguro Social¹.

El cáncer de pulmón está dentro de los cinco cánceres prioritarios que afectan la población costarricense.

Los pacientes con este tipo de cáncer se diagnostican en un estadio avanzado, en parte porque es asintomático en los estadios tempranos y por la poca sospecha clínica en los pacientes de riesgo, principalmente de los tabaquistas. En los Estados Unidos la sobrevida por cáncer de pulmón es de 13% a cinco años y 7% a diez años². En Costa Rica no existen datos al respecto.

Aproximadamente el 70% de los casos por cáncer de pulmón presentan metástasis mediastinales o a distancia, estos hechos hacen que la sobrevida de estos pacientes sea baja.

Por las razones expuestas se debe agilizar y facilitar el **diagnóstico, clasificación y estadiaje** de los pacientes sospechosos por esta patología, con el fin de mejorar el pronóstico del paciente.

Objetivo:

Agilizar el diagnóstico del paciente con sospecha de cáncer de pulmón mediante la priorización de la realización y reporte estandarizado de la tomografía computarizada.

Fundamento del lineamiento.

La Tomografía Computarizada es el estudio estándar de elección para la detección, estadiaje y seguimiento del cáncer de pulmón. Así mismo es importante la estandarización de reporte porque:^{3 4 5}

¹ Caja Costarricense de Seguro Social (2012). Plan Institucional para la Atención del Cáncer 2012-2016. San José, Costa Rica: Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red de la CCSS.

² Willard, Fry, Jerry, Phillips, Herman, Menck. (1999, July). Ten-Year Survey of Lung Cancer Treatment and Survival in Hospitals in the United States. Cancer, pp. 1867-1876.

³ Suzuki, C. et al (2008). Radiologic Measurements of Tumor Response to Treatment: Practical Approaches and Limitations. RadioGraphics, 28, 329-344.

⁴ Chalian, H. et al (2011). Radiologic Assessment of Response to Therapy: Comparison of RECIST 1.1 and 1.0. RadioGraphics, 31, 2093-2105.

⁵ Nail, A et al (2011). Revisions to the TNM Staging of Non-Small Cell Lung Cancer: Rationale, Clinicoradiologic implication and persistent Limitations. RadioGraphics, 31, 215-238.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA MEDICA

Teléfonos: 2539-0941/ 2539-0942/ 2539-0804 Fax: 2223-44-05

- Reduce la variabilidad en la interpretación de la imagen.
- Evita la omisión de información relevante.
- Facilita la toma de decisiones para establecer el abordaje diagnóstico y el plan terapéutico.
- Permite la valoración de la respuesta terapéutica.

Descripción del Lineamiento

Características de la elaboración y gestión de la solicitud

1. El especialista que solicita la tomografía debe indicar en el formulario respectivo: **“Pacientes con factores de riesgo y sintomáticos por sospecha de cáncer de pulmón”** o bien **“Paciente con sospecha radiológica de cáncer de pulmón”** y anotar los resultados de nitrógeno ureico y creatinina.
2. Si existe sospecha de cáncer de pulmón evidenciados por imágenes convencionales, endoscópicas o por resultados de patología se deben anotar los resultados de estos estudios.
3. La tomografía debe abarcar desde la base del cuello hasta el abdomen superior.
4. Las Jefaturas de Radiología son las responsables de la gestión de los procesos de valoración de la referencia, asignación de la cita, realización del procedimiento y el reporte respectivo.
5. El proceso desde la solicitud de la tomografía hasta la elaboración del reporte no debe superar los 8 días hábiles.

Estandarización del reporte radiológico

1. En casos de alta sospecha de neoplasia de pulmón en las imágenes convencionales o endoscopia, o bien que cuenten con estudios de patología positivos por neoplasia pulmonar, debe incluir la información necesaria ajustada al Sistema de Estadificación TNM de la *American Joint Committee on Cancer*,^{6 7} según se observa en el anexo 1.
2. En los casos en que se detecte un nódulo pulmonar sospechoso por cáncer de pulmón por tomografía, este debe reportarse siguiendo la guía del anexo 1.
3. La información mínima que debe contener el reporte se incluye en la “Guía para el Reporte Tomográfico Estandarizado de lesiones sospechosas de Cáncer de Pulmón”, contenida en el anexo 2

⁶ American Joint Committee on Cancer (2010). *AJCC Cancer Staging Manual*. Springer.

⁷ UyBico, SJ. et al (2010). *Lung Cancer Staging Essentials: The New TNM Staging System and Potential Imaging Pitfalls*. Radiographics, 30, 1163-1181.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA MEDICA

Teléfonos: 2539-0941/ 2539-0942/ 2539-0804 Fax: 2223-44-05

Acatamiento:

El acatamiento es obligatorio para los neumólogos, cirujanos de tórax, radiólogos.

Responsable del cumplimiento:

Jefaturas de los servicios de radiología, neumología y cirujanos de tórax.

Rige a partir de su publicación aprobado por Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médica.



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA MEDICA**

Teléfonos: 2539-0941/ 2539-0942/ 2539-0804 Fax: 2223-44-05

**Anexo 1
Sistema de estadiaje por TNM para cáncer de pulmón⁸**

Supraclavicular	Mediastinal		Subcarinal		Hiliar		Peribronquial (ipsilateral)	Nódulo Linfático (N)								
	Escaleno	Contra-	Ipsi-	Contra-	Ipsi-	Contra-			Ipsi-							
									Estadio IV (Metastásico: M1a o M1b, cualquier T, cualquier N)							
									Estadio IIIB							
									Estadio IIIA							
									Estadio IIA				Estadio IIB		Estadio IIA	Estadio IIB
									Estadio IA		Estadio IB		Estadio IIA		Estadio IIB	
									N3		N2		N1		N0	
Metástasis (M): M1a: Diseminación local intratorácica: -Derrame pleural maligno / pericárdico -Nódulo tumoral separado (s) en el pulmón contralateral M1b Enfermedad diseminada (extratorácica) Hígado, hueso, cerebro, glándulas adrenales, etc.									T1a	T1b	T2a	T2b	T3	T4	Tumor Primario (T)	
									≤2cm	>2cm pero ≤3cm	>3cm pero ≤5cm	>5cm pero ≤7cm	>7cm	Cualquiera tamaño	a. Tamaño	
									No hay invasión proximal al bronquio lobar		Bronquio principal (≥2cm de la carina)		Bronquio principal (<2cm de la carina)	-	b. Localización endobronquial	
									Rodeado de pulmón o pleura Viseral		Pleura visceral		Pared torácica / diafragma / pleura mediastinal / pericardio parietal	Mediastino/ tráquea/ corazón/ grandes vasos, esófago/ cuerpo vertebral/ Carina	c. Invasión Local	
											Atelectasia / neumonitis obstructiva que se extiende a la región hilar pero que no compromete todo el pulmón		Atelectasia / neumonitis obstructiva de todo el pulmón, nódulo tumoral separado (s) en el lóbulo del tumor primario ipsilateral	Nódulo tumoral separado (s) en el pulmón ipsilateral pero en un lóbulo diferente al tumor primario	d. Otros	

Fuente: Traducido de: UyBico, SJ. et al (2010). Lung Cancer Staging Essentials: The New TNM Staging System and Potential Imaging Pitfalls. Radiographics, 30, 1163-1181.

⁸ UyBico, SJ. et al (2010). Lung Cancer Staging Essentials: The New TNM Staging System and Potential Imaging Pitfalls. Radiographics, 30, 1163-1181.



Anexo 2

Guía para el Reporte Topográfico Estandarizado de lesiones sospechosas de Cáncer de Pulmón⁹

Componentes del reporte

1. Demografía:

- a. Nombre del centro de atención
- b. Nombre del paciente
- c. Identificación del paciente
- d. Servicio que refiere
- e. Tipo de estudio
- f. Fecha del estudio

2. Información clínica relevante:

- a. Edad del paciente
- b. Historia de tabaquismo/exposición a contaminantes ambientales
- c. Historial oncológico, inmunológicas o de enfermedades pulmonares previas
- d. Tiempo de evolución del cuadro clínico

3. Cuerpo del reporte:

- a. Descripción del estudio: uso o no de medio de contraste IV, tiempo de retardo en la adquisición de las imágenes y potenciales limitaciones del estudio.
- b. Hallazgos: en el caso de las lesiones debe describirse
 - I. Ubicación anatómica detallada de las lesiones encontradas.
 - II. Aspecto general: niveles de atenuación de la lesión y diámetros. Buscar presencia de calcificaciones, cavitación, broncograma aéreo.
 - III. Definición de los bordes
 - IV. Relación con estructuras cercanas (resto del parénquima pulmonar, pleura visceral, bronquios, carina, hilio, corazón, mediastino, grandes vasos, esófago, columna vertebral)
 - V. Verificar presencia de ganglios sospechosos y anotar la estación en que se ubican.
 - VI. Anotar aparición de lesiones metastásicas.
 - VII. Determinar evolución de la lesión de contarse con estudios previos para comparar.
- c. Relaciones clínicas: responder preguntas directas planteadas por los médicos clínicos.

4. Impresión diagnóstica

- a. Todo reporte debe incluir un estadiaje de las lesiones utilizando el TNM.
- b. Agregar diagnósticos diferenciales cuando los hallazgos lo ameriten.
- c. Indicar necesidad de estudios de seguimiento o confirmación, según sea el caso.

⁹ Agency for Healthcare Research and Quality (2010). ACR Practice Guideline for Communication of Diagnostic Imaging Findings. USA