

EDITORIAL

Una llamada a la esperanza

A call for hope



Se espera que el cáncer sea la principal causa de muerte y la barrera más importante para incrementar la expectativa de vida en todos los países en el siglo *xxi*. Con estas palabras comienza el informe GLOBOCAN 2018, recientemente publicado¹. En él se recogen las estimaciones de incidencia y mortalidad por cáncer recopiladas por la International Agency for Research on Cancer (IARC), la fuente más citada sobre datos epidemiológicos de cáncer. Según este informe, se estima que en 2018 habrá en el mundo 18,1 millones de casos nuevos de cáncer y 9,6 millones de muertes, de los cuales el 23,4% de los casos nuevos y el 20,3% de la mortalidad ocurrirán en Europa, a pesar de tener solo el 9% de la población global.

Estrechamente relacionado con esos datos está el consumo de tabaco, que continúa siendo la primera epidemia prevenible en todo el mundo. Se estima que el tabaco fue responsable de la muerte de 100 millones de personas a lo largo del siglo *xx*, cifra mayor que la suma de muertes causadas por la Primera y la Segunda Guerra Mundial. En España, durante el quinquenio 2010-2014, se produjeron 259.348 muertes atribuibles al tabaco, de las cuales la mitad fueron defunciones por cáncer (49,9%). Aunque en las últimas décadas se ha producido un descenso importante en el número de fumadores, según la Encuesta Nacional de Salud del año 2017, todavía fuman a diario un 18,8% de mujeres y un 25,6% de hombres.

La estrecha relación entre tabaquismo y cáncer de pulmón es bien conocida desde hace tiempo, pero esto no impide que aun hoy en día sea la primera causa de muerte por cáncer en el mundo. Así, según el informe GLOBOCAN, en el año 2018 se han diagnosticado 2,1 millones de casos nuevos de cáncer de pulmón y van a fallecer 1,8 millones de personas. En España es el segundo tumor más frecuente en hombres –después del cáncer de próstata– y el cuarto en mujeres, además de ser también la primera causa de muerte por cáncer (20,5%). En otras palabras, una enfermedad evitable es responsable de uno de cada cinco fallecimientos por cáncer en nuestro país. Además, a lo largo de los últimos años hemos visto cómo esta enfermedad también empezaba

a ser frecuente en mujeres. De hecho, el cáncer de pulmón es ya la primera muerte por cáncer en mujeres en 28 países, aquellos en los que las mujeres se incorporaron antes al hábito tabáquico. Así, en Estados Unidos mueren más mujeres por cáncer de pulmón que por la suma de fallecimientos debidos a cáncer de mama, colon y ovario juntos, tendencia que se espera reproducirán otros países de nuestro entorno en los que el consumo de tabaco en mujeres se popularizó más tarde.

Por ello, además de perseverar en la lucha contra el tabaco, es momento de recordar la importancia del cribado de cáncer de pulmón. El estudio más relevante durante mucho tiempo ha sido el *National Lung Screening Trial* publicado en 2011². En él se analizó la utilidad del cribado selectivo con tomografía computarizada de baja dosis (TCBD) en 53.454 fumadores o exfumadores con menos de 15 años de abstinencia, con un consumo acumulado mínimo de 30 paquetes-año y con edades entre 55 y 74 años. Este estudio demostró la utilidad de la TCBD al conseguir una reducción relativa de la mortalidad por cáncer de pulmón del 20% y de la mortalidad global de un 6,7%.

Sin embargo, el número de falsos positivos, la necesidad de realizar pruebas invasivas en algunos casos y el coste-efectividad han limitado su implementación. Según un reciente estudio en Estados Unidos, solo 262.700 personas de los 6,8 millones de fumadores elegibles se sometieron al cribado a pesar de estar contemplado en las guías y ser reembolsable por las principales compañías aseguradoras³. En esa línea, a finales del 2017 se hizo público un posicionamiento en el que expertos de 8 países europeos exhortaban a implementar el cribado de cáncer de pulmón, iniciando el documento con la frase “El cribado de cáncer de pulmón puede salvar vidas”⁴.

En España, conscientes del reto adicional que supone la fragmentación de nuestro sistema sanitario y a instancias de la Sociedad Española de Oncología Médica, se creó un grupo de trabajo al que se invitó a participar a diferentes sociedades científicas para debatir sobre la necesidad de impulsar la implementación en el entorno del Sistema

Nacional de Salud. Fruto de ese esfuerzo surgió el documento "Reflexiones sobre la implementación del cribado mediante tomografía computarizada de baja dosis en personas con riesgo elevado de padecer cáncer de pulmón en España"⁵. Lamentablemente, este documento no ha tenido la repercusión que hubiéramos deseado a pesar de haberse compartido con todas las administraciones sanitarias.

La buena noticia es que ahora tenemos una nueva oportunidad para impulsar este debate y plantear una vez más la necesidad de llevar a cabo experiencias piloto en las que aprendamos la mejor manera de implementar el cribado de cáncer de pulmón en nuestro entorno. La razón es el estudio NELSON⁶, recientemente comunicado, en el que se confirma que el cribado en población de riesgo disminuye la mortalidad por cáncer de pulmón. En este estudio, llevado a cabo en más de 15.000 personas a riesgo, se demostró de nuevo una disminución en la mortalidad por cáncer de pulmón del 26% en varones y del 39-61% en mujeres mediante el cribado con TCBD.

Considerando la magnitud del problema (elevada incidencia, enorme mortalidad) y la evidencia científica sustentada ahora por dos estudios positivos, creemos firmemente que es necesario impulsar un debate en nuestro entorno en el que las sociedades científicas y los responsables de las distintas administraciones planteemos la mejor manera de abordar esta situación. No podemos quedarnos de brazos cruzados ante un problema sanitario tan serio si está en nuestra mano contribuir a revertir unas cifras dramáticas. Por supuesto, cualquier abordaje o debate sobre cribado de cáncer de pulmón debe ir ligado a un compromiso contra el tabaco, promoviendo unidades de deshabituación, financiando el tratamiento de esta adicción y en nuestra opinión subiendo los impuestos, medida que puede ser especialmente efectiva en los jóvenes. También es necesario recordar que tenemos una ley que no siempre se cumple y que numerosas voces reclaman mayor control en lugares de ocio y restaurantes.

Los profesionales sanitarios tenemos mucho que aportar sobre este tema, no solo a través del liderazgo científico, sino a través de nuestro compromiso personal y potenciando la formación. Formación que ha de empezar en la carrera y que no debe limitarse a conocer los riesgos del tabaco, sino a profundizar en el conocimiento de los cánceres de pulmón (ya no existe el cáncer de pulmón como una única entidad, sino distintos tipos con diferentes abordajes y pronóstico), muchas veces poco conocidos debido al escaso o nulo peso de la Oncología como asignatura en el pregrado. Nos gustaría creer que de esa forma contribuiremos a que no haya un futuro médico que fume. La formación ha de continuarse durante el periodo MIR, para que en ningún paciente se retrase el diagnóstico por falta de conocimiento acerca de los nuevos perfiles clínicos de presentación o para que los equipos multidisciplinares estén preparados para tomar decisiones ante los hallazgos de las radiografías y TAC

en población de riesgo o en los cribados oportunistas, tan frecuentes en algunos entornos. También para convencer a nuestros residentes que abandonen el tabaco. Por último, la formación ha de acompañarnos a lo largo de nuestra carrera profesional, para contribuir a ofrecer los mejores tratamientos y la mejor calidad de vida a nuestros pacientes, así como para conocer y poder implementar los extraordinarios avances tecnológicos que estamos viviendo.

De esta forma, espero, seremos más capaces de influir positivamente en una sociedad en la que todavía fuma una de cada cinco personas, porque tienen que ayudarnos a salvar vidas promoviendo de manera responsable el cribado de cáncer de pulmón en nuestro entorno.

Bibliografía

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018; <http://dx.doi.org/10.3322/caac.21492> [Epub ahead of print].
2. The National Lung Screening Trial Research Team. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. *N Engl J Med.* 2011;365:395-409.
3. Jemal A, Fedewa SA. Lung Cancer Screening With Low-Dose Computed Tomography in the United States, 2010 to 2015. *JAMA Oncol.* 2017;3:1278-81.
4. Oudkerk M, Devarai A, Vliegenthart R, Henzler T, Prosch H, Heussel CP, et al. European position statement on lung cancer screening. *Lancet Oncol.* 2017;18:e754-66.
5. Garrido P, Sánchez M, Belda Sanchis J, Moreno Mata N, Artal Á, Gayete Á, et al. Reflections on the Implementation of Low-Dose Computed Tomography Screening in Individuals at High Risk of Lung Cancer in Spain. *Arch Bronconeumol.* 2017;53:568-73.
6. De Koning HJ, Van Der Aalst CM, ten Haaf K, Oudkerk M, et al. Effects of volume CT lung cancer screening: mortality results of the NELSON randomized-controlled population based trial. *J Thorac Oncol.* 2018;13. Suppl:S185 Abstract PL02.05.

P. Garrido López^{a,b,c,*} y L. Gorospe Sarasúa^d

^a *Presidente del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y de la Comisión Nacional de Oncología Médica*

^b *Profesor, Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid, España*

^c *Jefe Sección Oncología Médica, IRYCIS, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España*

^d *Servicio de Radiología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pilargarrido@gmail.com
(P. Garrido López).