



**cancer.org | 1.800.227.2345**

# DetECCIÓN temprana, diagnóstico y clasificación por etapas

## DetECCIÓN y diagnóstico

Encontrar el cáncer cuando se encuentra en sus etapas iniciales a menudo permite la posibilidad de contar con más opciones de tratamiento. En algunos casos de la enfermedad en etapa inicial surgen signos y síntomas que pueden ser notados, pero esto no siempre es así.

- [¿Se puede descubrir el cáncer de pulmón en sus comienzos?](#)
- [Signos y síntomas del cáncer de pulmón](#)
- [Pruebas para el cáncer de pulmón](#)

## Etapas y pronóstico (prognosis)

Después del diagnóstico, la clasificación de la enfermedad según su etapa proporciona información importante sobre qué tanto se ha propagado el cáncer en el cuerpo, así como información anticipada sobre la respuesta que habrá con el tratamiento.

- [Etapas del cáncer de pulmón no microcítico](#)
- [Etapas del cáncer de pulmón microcítico](#)
- [Tasas de supervivencia del cáncer de pulmón](#)

## Preguntas que deben responderse acerca del cáncer de pulmón

A continuación se presentan algunas de las preguntas que puede hacer a su equipo de profesionales médicos contra el cáncer para que le ayuden a entender mejor su diagnóstico de cáncer y opciones de tratamiento.

- [Preguntas que deben formularse sobre el cáncer de pulmón](#)

## ¿Se puede descubrir el cáncer de pulmón en sus comienzos?

La detección precoz consiste en el uso de pruebas o exámenes para encontrar una enfermedad en personas que no presentan síntomas. Las radiografías de pecho comunes han sido estudiadas para la detección del cáncer de pulmón, pero estas no han ayudado a la mayoría de las personas a vivir por más tiempo. En los últimos años, una prueba conocida como tomografía computarizada de baja dosis (LDCT, por sus siglas en inglés) se ha estudiado en personas con un mayor riesgo de padecer cáncer de pulmón. La LDCT puede ayudar a encontrar áreas anormales en los pulmones que pueden ser cáncer. Las investigaciones han demostrado que el uso de la LDCT como prueba de detección en personas con un mayor riesgo de cáncer de pulmón salvaron más vidas que las radiografías de pecho. Para las personas con un riesgo más alto, las LDCT anuales que se realizan antes de presentar síntomas ayudan a reducir el riesgo de morir a causa de cáncer de pulmón.

### Razones para detectar el cáncer de pulmón

El cáncer de pulmón es el segundo cáncer más común que afecta tanto a hombres como a mujeres en los Estados Unidos. Además, el cáncer de pulmón es la principal causa de muertes por cáncer.

Si el cáncer de pulmón se descubre en una etapa más temprana (cuando es pequeño y antes de que se propague), es más probable que se pueda tratar eficazmente.

Por lo general, los síntomas de cáncer de pulmón no aparecen sino hasta que la enfermedad ya se encuentra en una etapa avanzada. Aun cuando el cáncer de pulmón causa síntomas, muchas personas pueden confundirlos con otros problemas, como una infección o efectos a largo plazo causados por el hábito de fumar. Esto puede retrasar el diagnóstico.

Los fumadores y los exfumadores tienen un mayor riesgo de padecer cáncer de pulmón.

## Guías de la Sociedad Americana Contra El Cáncer para la detección del cáncer de pulmón

La Sociedad Americana Contra El Cáncer provee guías de detección para personas con un mayor riesgo de padecer cáncer de pulmón que se basan en el Estudio Nacional sobre Pruebas de Detección del Cáncer de Pulmón (se describe más adelante). La Sociedad recomienda tomografías computarizadas de baja dosis (LDCT) anuales como prueba de detección del cáncer de pulmón para personas que tienen de 55 a 74 años, que están relativamente bien de salud, y que también cumplan las siguientes condiciones:

- Fuman o dejaron de fumar en los últimos 15 años **y**
- Tienen un historial de haber fumado por lo menos el equivalente a una cajetilla de cigarrillos por día durante 30 años (30 cajetillas-año). (Este es el número de años que fumó multiplicado por el número de cajetillas de cigarrillos por día. Por ejemplo, una persona que fumó 2 cajetillas por día durante 15 años [ $2 \times 15 = 30$ ] tiene un historial de consumo de cigarrillos de 30 cajetillas-año. Una persona que fumó 1 cajetilla por día durante 30 años [ $1 \times 30 = 30$ ] también tiene un historial de consumo de cigarrillos de 30 cajetillas-año). **y**
- Recibieron orientación para dejar de fumar, si es que aún fuman **y**
- Recibieron orientación por parte de sus doctores acerca de los posibles beneficios, límites, y daños que conlleva hacerse la prueba de detección con LDCT **y**
- Pueden acudir a un centro donde el personal tiene experiencia en la detección y el tratamiento del cáncer de pulmón

## Beneficios de las pruebas de detección para el cáncer de pulmón

El beneficio principal de las pruebas de detección consiste en una menor probabilidad de morir de cáncer de pulmón, enfermedad que causa muchas muertes en fumadores y ex fumadores. Aun así, resulta importante saber que, como con cualquier tipo de prueba de detección, no toda persona que se haga las pruebas se beneficiará. Las pruebas de detección con LDCT no encontrarán todos los cánceres de pulmón, y no todos los cánceres que se detecten estarán en etapas iniciales.

Usted aún puede morir a causa de cáncer de pulmón incluso si se detecta un cáncer mediante pruebas de detección. Además, la LDCT a menudo encuentra cosas que no resultan ser cáncer, pero que requieren evaluación con más pruebas para saber de qué se trata. Puede que necesite más tomografías computarizadas, o pruebas invasivas, como una biopsia de pulmón, prueba en la que se extrae un fragmento de tejido de

pulmón con una aguja o durante cirugía. Estas pruebas por sí solas conllevan riesgos (vea información anterior).

Si usted tiene un riesgo más alto, su médico puede explicarle su riesgo y cómo se pueden utilizar en su situación las guías de detección del cáncer de pulmón de la Sociedad Americana Contra El Cáncer. Su médico también puede explicar cómo se hace la prueba de detección e indicar cuáles son los mejores centros para hacerse la prueba cada año. La prueba de detección precoz del cáncer de pulmón está cubierta por Medicare y por muchos planes de seguro médico privados. El equipo de profesionales que atiende su salud puede ayudarle a averiguar si su seguro le proporcionará cobertura.

Las pruebas de detección precoz solo se deben realizar en instalaciones que cuenten con el tipo apropiado de tomografía y con experiencia en el uso de LDCT para la detección del cáncer de pulmón. Además, la instalación debe contar con un equipo de especialistas que pueda proveer a los pacientes la atención y el cuidado posterior adecuados en caso de resultados anormales en los estudios por imágenes. Puede que la instalación apropiada no esté cerca de usted y que necesite viajar cierta distancia para realizar las pruebas de detección.

En caso presente un alto riesgo y requiera pruebas de detección precoz, deberá someterse a una LDCT cada año hasta que alcance la edad de 74 años siempre y cuando se mantenga en buena salud.

Si usted fuma, debe recibir orientación sobre cómo dejar de fumar. Se le debe informar sobre su riesgo de cáncer de pulmón y recomendarle un programa para dejar de fumar. **Las pruebas de detección precoz no son sustitutos a dejar de fumar. Al dejar de fumar, las personas pueden reducir su riesgo de padecer y de morir a causa de cáncer de pulmón.** Si desea ayuda para dejar de fumar, consulte [Cómo dejar de fumar o de consumir tabaco que no produce humo<sup>1</sup>](#) o llame a la Sociedad Americana Contra El Cáncer al 1-800-227-2345.

### ¿Qué significa “relativamente bien de salud”?

Las pruebas o los estudios de detección precoz tienen el objetivo de buscar cáncer en personas que no presentan síntomas de la enfermedad. Las personas que ya presentan síntomas que puedan ser causados por el cáncer de pulmón pueden requerir estudios (como CT) para determinar la causa subyacente, la cual en algunos casos puede ser cáncer. Sin embargo, esta clase de prueba se realiza para determinar un diagnóstico y no como prueba de detección precoz. Algunos de los posibles síntomas de cáncer de pulmón que se usaron para excluir a las personas del estudio NLST fueron tos con sangre y pérdida de peso involuntaria.

Para que se pueda obtener el mayor beneficio de las pruebas de detección precoz, los pacientes deben estar en buen estado de salud. Por ejemplo, estos pacientes deben estar en condición de someterse a una cirugía y recibir otros tratamientos para tratar de curar el cáncer de pulmón, si es que se detecta. Es probable que los pacientes que requieren terapia de oxígeno en el hogar no puedan resistir la extirpación de parte de un pulmón, y por lo tanto no sean candidatos para las pruebas de detección precoz. Puede que los pacientes con otros problemas médicos graves que acortarían el periodo de sus vidas o que les impedirían someterse a cirugía tampoco puedan beneficiarse lo suficiente de las pruebas de detección como para justificar los riesgos, y por lo tanto tampoco deberían hacerse las pruebas.

Los implantes de metal en el pecho (como marcapasos) o en la espalda (como varillas en la columna vertebral) pueden interferir con las radiografías y ocasionar que las imágenes de la CT que se tomen de los pulmones sean de pobre calidad. Las personas con estos tipos de implantes también se excluyeron del estudio NLST, y por lo tanto no deben ser sometidas a pruebas de detección precoz para cáncer de pulmón con tomografías computarizadas, según las guías de la Sociedad Americana Contra El Cáncer.

### **Si se descubre algo anormal durante el estudio de detección precoz**

A veces los estudios de detección precoz mostrarán algo anormal en los pulmones o áreas cercanas que podría ser cáncer. La mayoría de estos hallazgos anormales no será cáncer, pero se necesitarán tomografías computarizadas (CT) adicionales u otros estudios para confirmarlo. Algunas de estas pruebas se describen en [Pruebas para el cáncer de pulmón<sup>2</sup>](#).

Los estudios por CT de los pulmones también pueden a veces mostrar problemas en otros órganos que por casualidad se encuentran en el campo de visión de los estudios. Si se encuentran dichos hallazgos, su médico hablará con usted al respecto.

## **El Estudio Nacional sobre Pruebas de Detección del Cáncer de Pulmón**

Este estudio (en inglés, *National Lung Screening Trial [NLST]*) consistió en un estudio clínico abarcador que investigó el uso de la LDCT del pecho para detectar el cáncer de pulmón. La tomografía computarizada del pecho provee imágenes más detalladas que una radiografía del pecho y es más eficaz al detectar pequeñas áreas anormales en los pulmones. La CT de baja dosis del pecho usa menores cantidades de radiación que la CT del pecho convencional y no requiere el uso de una sustancia de contraste a través de una línea intravenosa (IV).

El NLST comparó la LDCT de pecho con las radiografías de pecho en personas con alto riesgo de cáncer de pulmón para determinar si esos exámenes podían ayudar a reducir el riesgo de morir a causa de cáncer de pulmón. El estudio incluyó a más de 50,000 personas entre las edades de 55 y 74 años que fumaban o que habían dejado de fumar y que estaban relativamente bien de salud. Para participar del estudio, estas personas tenían que presentar un historial de haber fumado por lo menos el equivalente a una cajetilla de cigarrillos por día durante 30 años.

Los exfumadores podían participar del estudio si habían dejado de fumar dentro de los últimos 15 años. El estudio no incluyó a las personas que tenían un historial de cáncer de pulmón o síntomas de cáncer de pulmón, ni a aquellas a quienes se les había extirpado parte de un pulmón, aquellas que necesitaban estar con oxígeno en sus casas para ayudarles a respirar, ni a quienes presentaban otros problemas de salud graves.

Las personas que participaron del estudio se sometieron a tres LDCT o tres radiografías de pecho, con un año de diferencia, para detectar áreas anormales en los pulmones que podrían ser cáncer. Después de varios años, el estudio encontró que las personas que se sometieron a una LDCT tuvieron un 20% menos de probabilidad de morir a causa de cáncer de pulmón en comparación con las personas que se sometieron a las radiografías de pecho. En general, también tenían 7% menos de probabilidad de morir (de cualquier causa) en comparación con las personas que se sometieron a las radiografías de pecho.

Se descubrió además que las pruebas de detección precoz realizadas con LDCT presentan algunas desventajas que se deben considerar.

Una posible desventaja de esta prueba es que en ocasiones también detecta anomalías que resultan no ser cáncer, pero que implican la realización de pruebas adicionales para ser analizadas. Por ejemplo, algunas personas podrían requerir someterse a pruebas adicionales como más tomografías o incluso pruebas más invasivas, como biopsias por punción o cirugía para la extirpación de algún tejido en los pulmones. En raras ocasiones, estas pruebas adicionales podrían resultar en graves complicaciones, incluso en personas que resulten no tener cáncer de pulmón (o que lo tienen en una etapa muy temprana).

La LDCT también expone a las personas a una pequeña cantidad de radiación con cada estudio. Esta radiación es menor a la que se recibe cuando se hace la tomografía convencional, pero la dosis es mayor que la emitida cuando se realiza una radiografía de pecho. Algunas de las personas que se someten a pruebas de detección pueden necesitar más tomografías computarizadas, lo que significaría más exposición a la radiación. Como consecuencia de la exposición a esta radiación, algunas pocas

personas de cada decena de miles pueden padecer posteriormente cáncer de seno (mama), pulmón o tiroides.

## Hyperlinks

1. </content/cancer/es/saludable/mantengase-alejado-del-tabaco/guia-para-dejar-de-fumar.html>
2. </content/cancer/es/cancer/cancer-de-pulmon/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/como-se-diagnostica.html>

## Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer ([www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html](http://www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html))

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

Actualización más reciente: febrero 9, 2021

---

# Nódulos pulmonares

Un nódulo pulmonar (o masa) es un área anormal pequeña que a veces se descubre durante una tomografía computarizada (CT) del pecho. Estos estudios se realizan por muchas razones, como parte de la detección del cáncer de pulmón, o para examinar los pulmones si usted presenta síntomas.

La mayoría de los nódulos pulmonares observados en las CT no son cáncer. Con más frecuencia, son el resultado de infecciones previas, tejido cicatricial, u otras causas. Sin embargo, a menudo se requieren pruebas para confirmar que un nódulo no es canceroso.

## Si tiene un nódulo pulmonar



En este caso, el siguiente paso con más frecuencia es repetir una tomografía computarizada para saber si el nódulo está creciendo con el pasar del tiempo. El tiempo que transcurra entre los estudios por imágenes podría variar desde varios meses a un año, dependiendo de si su médico sospecha que probablemente el nódulo sea cáncer. Esto se basa en el tamaño, la forma y la ubicación del nódulo, así como si parece ser sólido o lleno de líquido. Si al repetir un estudio se revela que el nódulo ha crecido, su médico también podría requerir otro tipo de estudio por imágenes llamado tomografía por emisión de positrones (PET) que a menudo puede ayudar a determinar si se trata de cáncer.

En caso de que estudios posteriores muestren que el nódulo ha crecido, o si el nódulo tiene otras características que causan preocupación, su médico querrá obtener una muestra para comprobar si hay células cancerosas. Este procedimiento se llama *biopsia*. Se puede hacer de distintas maneras:

- El médico puede pasar un tubo largo y delgado (llamado *broncoscopio*) por la garganta y hacia las vías respiratorias de sus pulmones para llegar al nódulo. Para obtener una muestra del nódulo, se usa una pequeña pinza ubicada en el extremo del broncoscopio.
- Si el nódulo está en la parte externa del pulmón, el médico puede pasar una aguja delgada y hueca a través de la piel de la pared torácica (utilizando como guía una CT) y hacia el nódulo para obtener una muestra.
- En caso de que haya una mayor probabilidad de que el nódulo sea canceroso (o si no se puede llegar hasta el nódulo mediante una aguja o un broncoscopio), se puede realizar una cirugía para extraer el nódulo y parte del tejido pulmonar circundante. En ocasiones, las partes más grandes del pulmón también se pueden extirpar.

Estos tipos de estudios, biopsias y cirugías se describen detalladamente en [Pruebas para el cáncer de pulmón<sup>1</sup>](#).

## Después de la biopsia

Después de realizar una biopsia, la muestra de tejido será examinada detenidamente en el laboratorio por un médico llamado *patólogo*. El patólogo examinará la muestra de la biopsia en busca de cáncer, infección, tejido cicatricial y otros problemas pulmonares. Si se encuentra cáncer, entonces se harán pruebas especiales para averiguar el tipo de cáncer. Si se encuentra algo que no sea cáncer, el siguiente paso dependerá del diagnóstico. A algunos nódulos se les dará seguimiento con una tomografía computarizada que se repite en 6 a 12 meses durante unos años para



asegurarse de que no hay cambios. Si la biopsia del nódulo pulmonar muestra una infección, es posible que le envíen a un especialista llamado médico de enfermedades infecciosas para realizar más pruebas. El médico decidirá el siguiente paso, dependiendo de los resultados de la biopsia.

## Hyperlinks

1. </content/cancer/es/cancer/cancer-de-pulmon/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/como-se-diagnostica.html>

## Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer ([www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html](http://www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html))

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

Actualización más reciente: octubre 1, 2019

---

# Signos y síntomas del cáncer de pulmón

La mayoría de los cánceres de pulmón solo causan síntomas cuando ya se han propagado. Sin embargo, algunas personas con cáncer de pulmón en etapas tempranas presentan síntomas. Si acude al médico cuando comienza a notar los síntomas, es posible que el cáncer se diagnostique en una etapa más temprana cuando es más probable que el tratamiento sea eficaz.

Es más probable que la mayoría de estos síntomas sean por causa distinta al cáncer de pulmón. No obstante, si tiene cualquiera de estos problemas, es importante que consulte con su médico de inmediato para que se pueda determinar la causa y recibir tratamiento de ser necesario.

Los síntomas más comunes del cáncer de pulmón son:

- Una tos que no desaparece o que empeora
- Tos con sangre o esputo (saliva o flema) del color del metal oxidado
- Dolor en el pecho que a menudo empeora cuando respira profundamente, tose o se ríe
- Ronquera
- Pérdida del apetito
- Pérdida de peso inexplicable
- Dificultad para respirar
- Cansancio o debilidad
- Infecciones como bronquitis y neumonía que no desaparecen o que siguen recurriendo
- Nuevo silbido de pecho

Si el cáncer de pulmón se propaga a otras partes del cuerpo, puede causar:

- Dolor en los huesos (como dolor en la espalda o las caderas)
- Alteraciones del sistema nervioso (como dolor de cabeza, debilidad o adormecimiento de un brazo o una pierna, mareos, problemas con el equilibrio o convulsiones) a causa de la propagación del cáncer al cerebro
- Coloración amarillenta de la piel y los ojos (ictericia) a causa de la propagación del cáncer al hígado
- Hinchazón de los ganglios linfáticos (grupos de células del sistema inmunitario) como las del cuello o por encima de la clavícula

Algunos cánceres de pulmón pueden causar **síndromes**, los cuales son grupos de síntomas específicos.

### **Síndrome de Horner**

A los cánceres de la parte superior de los pulmones a veces se les llama **tumores de Pancoast**. Hay más probabilidad de que estos tumores sean cáncer de pulmón no microcítico que cáncer de pulmón microcítico.

Los tumores *Pancoast* pueden afectar ciertos nervios de los ojos y parte del rostro, causando un grupo de síntomas llamados *síndrome de Horner*.

- Caída o debilidad de un párpado superior

- Una pupila (la parte oscura en el centro del ojo) más pequeña en el mismo ojo
- Poca o ninguna transpiración en el mismo lado de la cara

En ocasiones, los tumores de Pancoast también pueden causar dolor severo del hombro.

### **Síndrome de la vena cava superior**

La vena cava superior es una vena grande que lleva sangre desde la cabeza y los brazos hasta el corazón. Esta vena pasa cerca de la parte superior del pulmón derecho y de los ganglios linfáticos dentro del pecho. Los tumores en esta área pueden hacer presión en la vena cava superior, lo que puede causar que la sangre se retenga en las venas. Esto puede causar hinchazón en el rostro, el cuello, los brazos y la parte superior del pecho (algunas veces con una coloración rojo azulada de la piel). También puede causar dolores de cabeza, mareos y, si afecta el cerebro, alteraciones del estado de conciencia. Aunque el síndrome de la vena cava superior puede desarrollarse gradualmente con el pasar del tiempo, en algunos casos puede poner en peligro la vida, y requerir tratamiento inmediato.

### **Síndromes paraneoplásicos**

Algunos cánceres de pulmón producen sustancias similares a hormonas que ingresan en el torrente sanguíneo y causan problemas en tejidos y órganos distantes, aunque el cáncer no se haya propagado a esos lugares. Estos problemas se llaman síndromes paraneoplásicos. Algunas veces estos síndromes pueden ser los primeros síntomas de un cáncer de pulmón. Debido a que los síntomas afectan a otros órganos, primero se puede sospechar que la causa de los síntomas son una enfermedad distinta al cáncer de pulmón.

Los síndromes paraneoplásicos pueden ocurrir con cualquier cáncer de pulmón, pero con mayor frecuencia se asocian con el cáncer de pulmón microcítico. Algunos síndromes comunes son:

- **SIADH (síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética):** en esta enfermedad, las células cancerosas producen ADH, una hormona que ocasiona que los riñones retengan agua. Esto reduce los niveles de sal en la sangre. Los síntomas del SIADH pueden incluir cansancio, pérdida del apetito, debilidad o calambres musculares, náusea, vómito, nerviosismo y confusión. Si no reciben tratamiento, los casos graves pueden conducir a convulsiones y coma.
- **Síndrome de Cushing:** en esta afección, las células cancerosas del pulmón

pueden producir ACTH, una hormona que causa que las glándulas suprarrenales produzcan cortisol. Esto puede causar síntomas como aumento de peso, moretones que ocurren fácilmente, debilidad, somnolencia y retención de líquido. El síndrome de Cushing también puede causar hipertensión arterial, altos niveles de azúcar en la sangre, o incluso diabetes.

- **Problemas del sistema nervioso:** el cáncer de pulmón microcítico algunas veces puede causar que el sistema inmunitario del cuerpo ataque partes del sistema nervioso, lo que puede ocasionar problemas. Uno de estos es un trastorno muscular llamado *síndrome Lambert-Eaton*, en el cual los músculos cercanos a la cadera se debilitan. Uno de los primeros signos puede ser dificultad para levantarse cuando se está sentado. Luego, los músculos que están alrededor del hombro pueden volverse débiles. Un problema poco común es la **degeneración cerebelosa paraneoplásica**, que puede causar pérdida del equilibrio e inestabilidad en el movimiento de brazos y piernas, así como dificultad para hablar o tragar. El cáncer de pulmón microcítico también puede causar otros problemas del sistema nervioso, como debilidad muscular, cambios en la sensibilidad, problemas de visión o incluso cambios en el comportamiento.
- Altos niveles de calcio en la sangre (hipercalcemia) que puede causar incremento de la frecuencia urinaria, sed, estreñimiento, náusea, vómito, dolor abdominal, debilidad, cansancio, mareos y confusión
- Coágulos sanguíneos

Recalcamos que muchos de estos síntomas generalmente son causados por enfermedades distintas al cáncer de pulmón. No obstante, si tiene cualquiera de estos problemas, es importante que consulte con su médico de inmediato para que se pueda determinar la causa y recibir tratamiento de ser necesario.

## Hyperlinks

1. <mailto:permissionrequest@cancer.org>

### Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer ([www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html](http://www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html))

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios

conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

Actualización más reciente: octubre 1, 2019

## Pruebas para el cáncer de pulmón

Algunos cánceres de pulmón se pueden descubrir mediante pruebas de detección precoz, aunque la mayoría son detectados cuando causan molestias. El diagnóstico definitivo de cáncer de pulmón se hace al observar una muestra de las células del pulmón en el laboratorio. Si usted presenta posibles signos o síntomas de cáncer de pulmón, consulte con su médico.

### ***Saltar a una sección***

- [Antecedentes médicos y exploración física](#)
- [Estudios por imágenes para encontrar el cáncer de pulmón](#)
- [Pruebas para diagnosticar el cáncer de pulmón](#)
- [Pruebas que buscan la propagación del cáncer de pulmón en el pecho](#)
- [Pruebas de la función pulmonar](#)
- [Exámenes de laboratorio de la biopsia y de otras muestras](#)
- [Pruebas para ciertas proteínas en las células tumorales](#)
- [Análisis de sangre](#)

### **Antecedentes médicos y exploración física**

Su médico le preguntará acerca de su historial clínico para conocer sus síntomas y posibles factores de riesgo. Su médico también le hará un examen para detectar signos de cáncer de pulmón u otros problemas de salud.

Si los resultados del historial y el examen físico sugieren que usted podría tener cáncer de pulmón, se realizarán más pruebas. Estas pruebas pueden incluir estudios por imágenes, biopsias del pulmón, o ambos.

### **Estudios por imágenes para encontrar el cáncer de pulmón**

Los estudios por imágenes utilizan ondas sonoras, rayos X, campos magnéticos o sustancias radiactivas para obtener imágenes del interior del cuerpo. Los estudios por imágenes se pueden hacer por varias razones tanto antes como después del diagnóstico de cáncer de pulmón. Estas razones incluyen:

- Para encontrar áreas sospechosas que podrían ser cancerosas
- Saber cuán lejos se podría haber propagado el cáncer
- Ayudar a determinar si el tratamiento es eficaz
- Detectar posibles signos del cáncer que regresa después del tratamiento

### **Radiografía de pecho**

Una radiografía de pecho es a menudo la primera prueba que su médico pedirá para saber si hay áreas anormales en los pulmones. Si algo se ve sospechoso, su médico puede ordenar otras pruebas.

### **Tomografía computarizada**

Una tomografía computarizada (CT) usa rayos X para producir imágenes transversales detalladas de su cuerpo. En lugar de tomar 1 o 2 imágenes, como una radiografía común, una tomografía computarizada toma muchas imágenes y una computadora luego las combina para mostrar una sección de la parte de su cuerpo que se está estudiando.

Es más probable que los tumores de pulmón se detecten en tomografías computarizadas (CT) que en radiografías de pecho convencionales. Las tomografías también pueden mostrar el tamaño, la forma y la posición de cualquier tumor en el pulmón, y puede ayudar a encontrar ganglios linfáticos agrandados que pudieran contener cáncer que se haya propagado. Este estudio también se puede usar para encontrar masas en las glándulas suprarrenales, el hígado, el cerebro, y en otros órganos que pueden deberse a la propagación del cáncer de pulmón.

**Biopsia con aguja guiada por CT:** cuando la zona sospechosa de cáncer está alejada de la superficie del cuerpo, se puede usar una tomografía computarizada para guiar la aguja de una biopsia hacia esta área y obtener una muestra de tejido para saber si hay cáncer.

### **Imágenes por resonancia magnética**

Al igual que la CT, las imágenes por resonancia magnética (MRI) muestran imágenes

detalladas de los tejidos blandos del cuerpo. Sin embargo, la MRI utiliza ondas de radio e imanes potentes en lugar de rayos X. Las MRI se usan con más frecuencia para determinar la presencia de posible propagación del cáncer de pulmón al cerebro o a la médula espinal.

### **Tomografía por emisión de positrones (PET)**

Para una tomografía por emisión de positrones, se inyecta en la sangre un tipo de azúcar ligeramente radiactivo (conocida como FDG) que se acumula principalmente en las células cancerosas.

**Estudio PET/CT:** a menudo se combina una PET con una CT usando una máquina especial que puede hacer ambos estudios al mismo tiempo. Esto permite al médico comparar las áreas de mayor radiactividad en la PET con una imagen más detallada de la CT. Este es el tipo de PET que más se utiliza en pacientes con cáncer de pulmón.

Los estudios PET/CT pueden ser útiles:

- Si su médico cree que el cáncer se ha propagado, pero no sabe a dónde. Estos estudios pueden revelar propagación del cáncer al hígado, los huesos, las glándulas suprarrenales o a algunos otros órganos. Para observar el cerebro y la médula espinal, no son tan útiles.
- En el diagnóstico del cáncer de pulmón, pero su papel en la comprobación de si el tratamiento está funcionando no está probado. La mayoría de los médicos no recomienda los estudios PET/CT para el seguimiento rutinario de pacientes después del tratamiento para el cáncer de pulmón.

### **Gammagrafía ósea**

Para una gammagrafía ósea, se inyecta una pequeña cantidad de material de baja radiactividad en la sangre que se acumula principalmente en las áreas anormales de los huesos. Este estudio puede ayudar a mostrar si el cáncer se ha propagado a los huesos. Sin embargo, esta prueba no es necesaria muy a menudo porque los estudios PET generalmente pueden mostrar si el cáncer se ha propagado a los huesos.

### **Pruebas para diagnosticar el cáncer de pulmón**

Los síntomas y los resultados de ciertas pruebas pueden sugerir que una persona tiene cáncer de pulmón, pero el diagnóstico definitivo se hace al observar las células del



pulmón en el laboratorio.

Las células se pueden obtener de las secreciones del pulmón (flema que proviene de los pulmones y que usted expulsa al toser), del líquido del área que rodea al pulmón (toracocentesis), o mediante una biopsia de un área que causa sospecha usando una aguja o por medio de cirugía. La selección de la(s) prueba(s) depende de su situación particular.

### **Citología del esputo**

Una muestra de esputo (mucosidad que al toser sale de los pulmones) se examina en un laboratorio para determinar si tiene células cancerosas. La mejor manera de hacer la citología del esputo es obteniendo las muestras temprano en la mañana durante tres días consecutivos. Esta prueba es más probable que ayude a encontrar cánceres que se originan en las vías respiratorias principales del pulmón, como los cánceres de pulmón de células escamosas. Puede que no sea tan útil para encontrar otros tipos de cáncer de pulmón. Si su médico sospecha cáncer de pulmón, se realizarán más pruebas, incluso si no se encuentran células cancerosas en el esputo.

### **Toracocentesis**

Si se ha acumulado líquido alrededor de los pulmones (un **derrame pleural**), los médicos pueden extraer algo de líquido para determinar si se debe a la propagación del cáncer al revestimiento de los pulmones (pleura). La acumulación de líquido también puede ser causada por otras afecciones, como insuficiencia cardíaca o infección.

Para una toracocentesis, se adormece la piel y se inserta una aguja hueca entre las costillas para drenar el fluido. El líquido se examina en el laboratorio para detectar la presencia de células cancerosas. Otras pruebas del fluido algunas veces también son útiles para distinguir un derrame pleural maligno (canceroso) de uno que no lo es.

Si se ha diagnosticado un derrame pleural maligno y está causando problemas para respirar, se puede repetir una toracocentesis para eliminar más líquido que puede ayudar a una persona a respirar mejor.

### **Biopsia con aguja**

A menudo los médicos usan una aguja hueca para obtener una muestra pequeña de un área que luce sospechosa (masa). Una ventaja de las biopsias con aguja consiste en que no requieren de una incisión quirúrgica. Por otro lado, la desventaja consiste en que solo extraen una pequeña cantidad de tejido, y en algunos casos, puede que la

cantidad de tejido extraído no sea suficiente como para realizar un diagnóstico y hacer más pruebas en las células cancerosas que puedan ayudar a los médicos a seleccionar medicamentos contra el cáncer.

### ***Biopsia por aspiración con aguja fina***

El médico utiliza una jeringa con una aguja hueca muy fina para extraer (aspirar) células y pequeños fragmentos de tejido. También se puede hacer una biopsia por aspiración con aguja fina para determinar la presencia de cáncer en los ganglios linfáticos localizados entre los pulmones.

La **aspiración transtraqueal o transbronquial con aguja fina** se realiza pasando la aguja a través de la pared de la tráquea o de los bronquios (las vías respiratorias grandes que conducen a los pulmones) durante una broncoscopia o ecografía endobronquial (se describe más adelante).

En algunos pacientes se hace una biopsia FNA durante una ecografía esofágica endoscópica (se describe más adelante) al pasar la aguja a través de la pared del esófago.

### ***Biopsia por punción con aguja gruesa***

Se usa una aguja más grande para extraer uno o más pequeños cilindros de tejido. Las muestras de las biopsias por punción con aguja gruesa a menudo son preferidas porque son más grandes que las biopsias FNA.

### ***Biopsia transtorácica con aguja***

Si el tumor se encuentra en la parte exterior de los pulmones, la aguja para la biopsia se puede colocar en la pared torácica a través de la piel. El área donde se inserta la aguja se puede adormecer primero con anestesia local. Después el médico dirige la aguja hacia el área mientras observa los pulmones mediante fluoroscopia (que es como una radiografía) o una tomografía computarizada.

Una posible complicación de este procedimiento consiste en la posibilidad de que se escape aire del pulmón en el lugar de la biopsia y se acumule en el espacio entre el pulmón y la pared torácica. A esto se le denomina **neumotórax**, y puede causar que parte del pulmón colapse y a veces dificultad para respirar. Si la fuga de aire es pequeña, a menudo mejora sin ningún tratamiento. Las fugas de aire grandes se tratan colocando un tubo en el pecho (un pequeño tubo en el espacio del pecho) para succionar el aire durante uno o dos días, después de esto generalmente sanan por sí

solas.

## **Broncoscopia**

La broncoscopia puede ayudar al médico a encontrar algunos tumores u obstrucciones en las vías respiratorias más grandes. Durante el procedimiento, se puede hacer una biopsia a estos tumores.

## **Pruebas que buscan la propagación del cáncer de pulmón en el pecho**

Si se descubre cáncer de pulmón, a menudo es importante conocer si se ha propagado a los ganglios linfáticos del espacio entre los pulmones (mediastino) u otras áreas cercanas. Esto puede afectar las opciones de tratamiento de una persona. Se pueden emplear varios tipos de pruebas para detectar esta propagación del cáncer.

### **Ecografía endobronquial**

Una ecografía endobronquial puede emplearse para observar los ganglios linfáticos y otras estructuras de la zona entre los pulmones en caso de que sea necesario hacer biopsias en esas áreas.

### **Ecografía endoscópica esofágica**

Una ecografía esofágica endoscópica se dirige hacia el esófago para mostrar los ganglios linfáticos cercanos que pueden contener células de cáncer de pulmón. Las biopsias de los ganglios linfáticos anormales se pueden hacer al mismo tiempo que este procedimiento.

### **Mediastinoscopia y mediastinotomía**

Estos procedimientos se pueden hacer para observar más directamente las estructuras en el mediastino (el área entre los pulmones) y tomar muestras de éstas. La diferencia principal entre los dos procedimientos consiste en la localización y el tamaño de la incisión.

Una mediastinoscopia es un procedimiento que utiliza un tubo con una fuente de luz que se inserta detrás del esternón y delante de la tráquea para observar y tomar muestras de tejido de los ganglios linfáticos que se extienden a la tráquea y a las principales áreas de los conductos bronquiales. Si no se puede llegar a algunos

ganglios linfáticos mediante la mediastinoscopia, se puede hacer una mediastinotomía para que el cirujano pueda extraer directamente la muestra de biopsia. Para este procedimiento, es necesario hacer una incisión un poco más grande (por lo general, de aproximadamente 2 pulgadas de largo) entre la segunda y la tercera costilla de la izquierda próximas al esternón.

## Toracoscopia

La toracoscopia se puede hacer para determinar si el cáncer se ha propagado a los espacios entre los pulmones y la pared torácica, o a los revestimientos de estos espacios. También se puede usar para tomar una muestra de los tumores en las partes más externas de los pulmones, así como de los ganglios linfáticos y el líquido cercanos, y para evaluar si el tumor está creciendo hacia los tejidos u órganos adyacentes. Este procedimiento no se hace con frecuencia para diagnosticar cáncer de pulmón, a menos que otras pruebas, como las biopsias con aguja, no puedan obtener suficientes muestras para el diagnóstico. Además, la toracoscopia se puede usar como parte del tratamiento para extirpar parte de un pulmón en algunos cánceres en etapas iniciales. Este tipo de operación, conocida como *cirugía torácica asistida por video* (VATS) se describe en [Cirugía para el cáncer de pulmón no microcítico](#)<sup>1</sup>.

## Pruebas de la función pulmonar

Las pruebas de la función pulmonar se pueden hacer después del diagnóstico del cáncer de pulmón para saber cuán bien están funcionando sus pulmones. Esto es especialmente importante si la cirugía puede ser una opción en el tratamiento del cáncer. La cirugía para extraer el cáncer de pulmón puede conllevar remover todo un pulmón o parte de él. Por lo tanto, resulta importante saber con anticipación cuán bien están funcionando sus pulmones. Algunas personas con pobre función pulmonar (como aquellas con daño pulmonar debido al hábito de fumar) tienen un pulmón tan afectado que ni siquiera podrían tolerar la remoción de parte de un pulmón. Estas pruebas permiten que el cirujano estime mejor la conveniencia de la cirugía como opción de tratamiento, así como la cantidad de tumor que puede ser extirpado sin afectar su función.

Existen diferentes tipos de pruebas de función pulmonar. En todas ellas el paciente inhala y exhala aire dentro de un tubo que está conectado a una máquina que mide el flujo de aire.

A veces las pruebas de la función pulmonar son combinadas con una prueba llamada **gasometría arterial**. En esta prueba, se extrae la sangre de una arteria (en lugar de una vena, como la mayoría de las pruebas de sangre) para medir la cantidad de

oxígeno y dióxido de carbono.

## Exámenes de laboratorio de la biopsia y de otras muestras

Al laboratorio de patología se envían los tejidos obtenidos por biopsia y también otro tipo de muestras. El patólogo es un médico que diagnostica enfermedades como el cáncer mediante pruebas de laboratorio. Este médico examinará las muestras y puede hacer otras pruebas especiales para ayudar a clasificar mejor el cáncer. (Los cánceres de otros órganos también se pueden propagar a los pulmones. Es muy importante determinar dónde comenzó el cáncer, ya que el tratamiento es distinto dependiendo del tipo de cáncer).

Los resultados de estas pruebas se describen en un informe patológico que generalmente está disponible dentro de una semana. Si usted tiene alguna pregunta sobre los resultados de patología o sobre alguna prueba de diagnóstico, consulte con su doctor. De ser necesario, usted puede obtener una segunda opinión de su informe patológico si solicita que las muestras de tejido sean enviadas a un patólogo en otro laboratorio.

Para obtener más información, consulte [Cómo comprender su informe de patología<sup>2</sup>](#).

## Pruebas moleculares para cambios genéticos

En algunos casos, los médicos buscan saber si las células cancerosas tienen unos cambios genéticos específicos que indicarían que el cáncer podría ser tratado con ciertos medicamentos de terapia dirigida. Por ejemplo:

- El receptor del factor de crecimiento epidermal (EGFR) es una proteína que aparece en altas cantidades sobre la superficie del 10% a 20% de las células del cáncer de pulmón no microcítico y las ayuda a crecer. Algunos medicamentos que atacan el EGFR parecen funcionar mejor en los cánceres de pulmón que tienen ciertos cambios en el *gen EGFR*, los cuales son más comunes en ciertos grupos, como en los no fumadores, las mujeres y los asiáticos. Sin embargo, estos medicamentos no parecen ser tan útiles en los pacientes cuyas células cancerosas presentan cambios en el *gen KRAS*. Los médicos ahora pueden hacer pruebas para saber si hay cambios en los genes, como el *EGFR* y el *KRAS*, con el fin de determinar si es probable que estos tratamientos más recientes sean útiles.
- Alrededor de 5% de los cánceres de pulmón no microcíticos tienen un cambio en un gen llamado *ALK*. Este cambio se observa con más frecuencia en las personas que no fuman (o que fuman poco) y que tienen el subtipo adenocarcinoma del

cáncer de pulmón no microcítico. Los médicos pueden realizar pruebas a los cánceres para saber si tienen cambios en el gen ALK y así determinar si los medicamentos que atacan a estos cambios pueden ser beneficiosos.

- Alrededor de 1% a 2% de los tipos de cáncer de pulmón no microcítico presentan un reordenamiento en el gen ROS1, el cual puede provocar que el tumor responda a algunos medicamentos de terapia dirigida.
- Un pequeño porcentaje de cánceres de pulmón no microcíticos presenta cambios en el gen *RET*. Algunos medicamentos que atacan a las células con cambios en el gen *RET* pueden ser opciones para tratar estos tumores.
- Alrededor del 5% de los cánceres de pulmón no microcíticos tienen cambios en el **gen BRAF**. Ciertos medicamentos que atacan a las células con cambios en el gen *BRAF* pueden ser una opción para tratar estos tumores.
- Un pequeño porcentaje de los cánceres de pulmón no microcíticos tiene ciertos cambios en el gen *MET* que los hacen más propensos a responder a algunos medicamentos de terapia dirigida.
- En un pequeño porcentaje de cánceres de pulmón no microcíticos, las células cancerosas presentan ciertos cambios en el gen *HER2* el cual los hace más propensos a responder al tratamiento con algunos medicamentos de terapia dirigida.
- Un pequeño número de cánceres de pulmón no microcítico presenta cambios en uno de los genes *NTRK* el cual los hace más propensos a responder al tratamiento a responder al tratamiento con algunos medicamento de terapia dirigida.

Estas pruebas moleculares se pueden realizar en el tejido que se obtiene durante una biopsia o cirugía para el cáncer de pulmón. Si la muestra de la biopsia es demasiado pequeña y no se pueden hacer todas las pruebas moleculares, la prueba también se puede hacer en sangre que se extrae de una vena al igual que una extracción de sangre regular. Esta sangre contiene el ADN de las células tumorales muertas que se encuentran en el torrente sanguíneo de las personas con cáncer de pulmón avanzado. La obtención del ADN tumoral a través de una extracción de sangre a veces se denomina **biopsia líquida** y puede tener ventajas sobre una biopsia con aguja convencional que puede conllevar riesgos como un neumotórax (colapso del pulmón) y dificultad para respirar.

## Pruebas para ciertas proteínas en las células tumorales

También se pueden hacer pruebas de laboratorio para buscar ciertas proteínas en las células cancerosas. Por ejemplo, las células del cáncer de pulmón no microcítico

podrían analizarse para detectar la proteína **PD-L1**, que puede mostrar si el cáncer es más propenso a responder al tratamiento con ciertos medicamentos de inmunoterapia.

## Análisis de sangre

Los análisis de sangre no se usan para diagnosticar el cáncer de pulmón, aunque pueden ayudar a obtener una idea de la salud general de la persona. Por ejemplo, los análisis de sangre pueden ayudar a indicar si una persona es lo suficientemente saludable como para someterse a una cirugía.

Un **recuento completo de células sanguíneas** (CBC) determina si su sangre tiene los números normales de diferentes tipos de células sanguíneas. Por ejemplo, pueden indicar si usted tiene anemia (número bajo de glóbulos rojos), si el sangrado podría causarle problemas (debido a un número bajo de plaquetas) o si tiene un riesgo aumentado de infecciones (a causa de un número bajo de glóbulos blancos). Esta prueba se puede repetir con regularidad durante el tratamiento, ya que muchos medicamentos contra el cáncer pueden afectar las células productoras de sangre de la médula ósea.

Los **análisis bioquímicos de la sangre** pueden ayudar a encontrar anomalías en algunos de sus órganos, tales como el hígado o los riñones. Por ejemplo, el cáncer que se propagó a los huesos puede causar niveles de calcio y de fosfatasa alcalina más elevados de lo normal.

## Hyperlinks

1. </content/cancer/es/cancer/cancer-de-pulmon/tratamiento-no-microcitico/cirugia.html>
2. </content/cancer/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/pruebas/como-comprender-su-informe-de-patologia/patologia-del-pulmon.html>

## Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer ([www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html](http://www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html))

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.



Actualización más reciente: agosto 15, 2022

## Etapas del cáncer de pulmón no microcítico

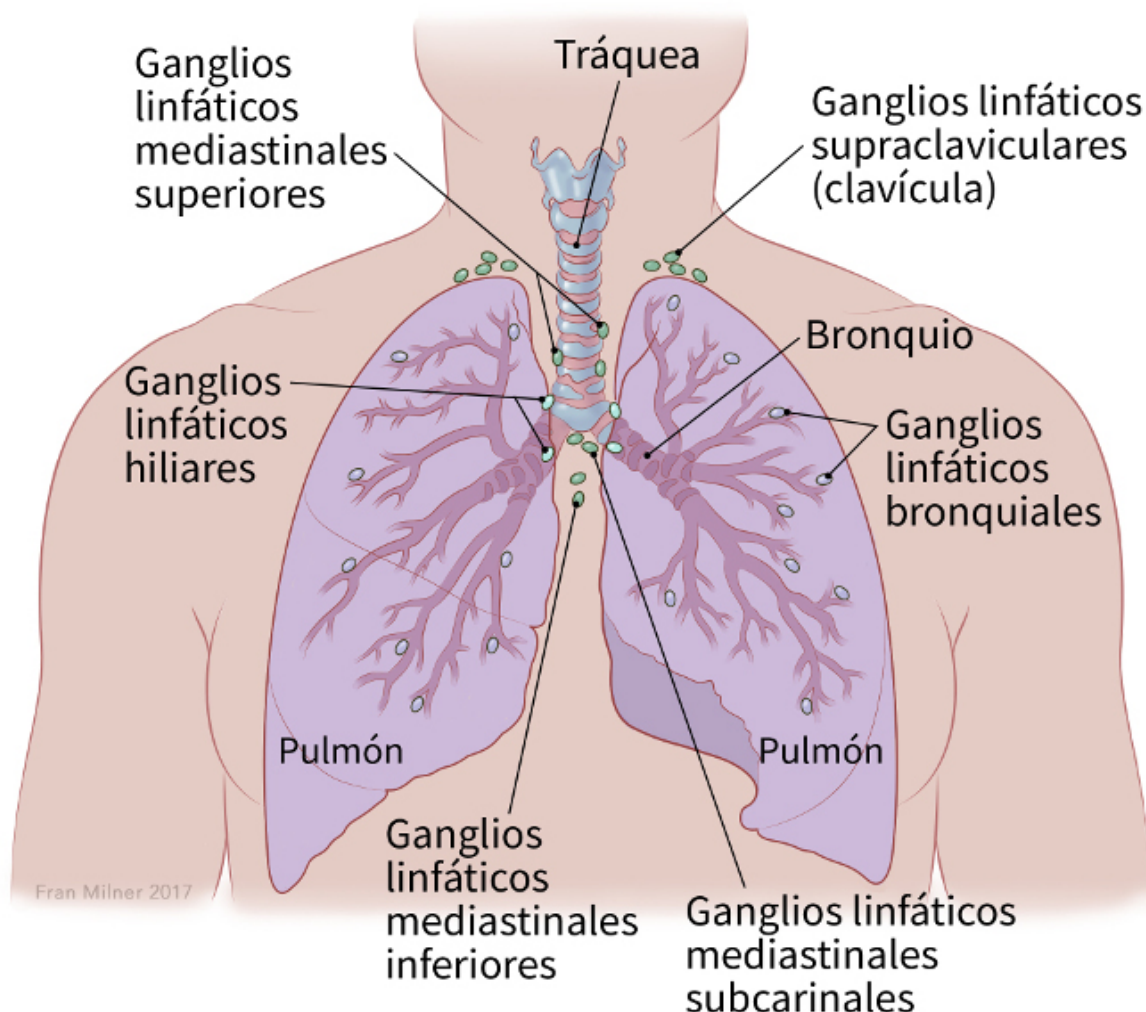
Después del diagnóstico de cáncer de pulmón no microcítico (NSCLC), los médicos tratarán de averiguar si el cáncer se ha propagado y si es así, a qué distancia. Este proceso se llama estadificación (o determinación de la etapa). La etapa (estadio) de un cáncer describe cuánto cáncer hay en el cuerpo, y ayuda a determinar qué tan grave es el cáncer, así como la mejor manera de tratarlo. Los médicos también usan la etapa del cáncer cuando hablan sobre estadísticas de supervivencia.

La etapa más temprana del NSCLC es la etapa 0 (también llamada carcinoma in situ o CIS). Otras etapas de este tipo de cáncer van desde la etapa I (1) a IV (4). Por regla general, mientras más bajo sea el número, menos se ha propagado el cáncer. Un número más alto, como la etapa IV, significa una mayor propagación del cáncer. Además, dentro de una etapa, una letra (o un número) menor significa una etapa menos avanzada. Si bien la experiencia del cáncer de cada persona es única, los cánceres con etapas similares suelen tener un pronóstico similar, y a menudo son tratados de manera muy similar.

### ¿Cómo se determina la etapa?

El sistema de estadificación que se emplea con más frecuencia para el cáncer de pulmón no microcítico (NSCLC) es el sistema **TNM** del *American Joint Committee on Cancer* (AJCC) que se basa en tres piezas clave de información:

- El tamaño y la extensión del **tumor principal (T)**: ¿De qué tamaño es el tumor canceroso? ¿Ha invadido las estructuras o los tejidos cercanos?
- La propagación a los ganglios (**nódulos**) linfáticos adyacentes (**N**): ¿Se ha propagado el cáncer a los ganglios linfáticos adyacentes? (Vea la imagen).
- La propagación (**metástasis**) a sitios distantes (**M**): ¿Se ha propagado el cáncer a órganos distantes como el cerebro, los huesos, las glándulas suprarrenales, el hígado o al otro pulmón?



Los números y las letras después de la T, N y M proporcionan más detalles sobre cada uno de estos factores. Los números más altos significan que el cáncer está más avanzado. Una vez que se han determinado las categorías T, N y M de una persona, esta información se combina en un proceso llamado *agrupación por etapas* para asignar una etapa general. Para más información consulte [Estadificación del cáncer](#)<sup>1</sup>.

El sistema descrito a continuación es la versión más reciente del sistema AJCC, en vigor desde enero de 2018.

Normalmente al cáncer de pulmón no microcítico se le asigna una **etapa clínica** en base a los resultados de un examen físico, biopsia y estudios por imágenes (conforme se describe en [Pruebas para el cáncer de pulmón](#)<sup>2</sup>). Si se realiza una cirugía, la **etapa patológica** (también llamada la **etapa quirúrgica**), se determina mediante el examen del tejido extirpado durante la operación.

La estadificación del cáncer de pulmón no microcítico puede resultar compleja, por lo tanto pídale a su médico que se la explique de una manera que usted pueda entender.

## Etapas del cáncer de pulmón no microcítico

Etapa AJCC	Agrupación por etapas	Descripción de la etapa*
Cáncer oculto	TX N0 M0	Esta categoría se usa cuando por algún motivo no se puede evaluar el tumor principal, o las células cancerosas se observan en una muestra de esputo (flema) o en otros líquidos del pulmón, pero el cáncer no es detectado por otras pruebas, de manera que la localización del cáncer no se puede determinar (TX). No se cree que el cáncer se haya propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (N0) ni a partes distantes del cuerpo (M0).
0	Tis N0 M0	En esta etapa, el tumor se encuentra solo en las capas superiores de las células que revisten las vías respiratorias, pero no ha invadido a tejidos pulmonares más profundos (Tis). El cáncer no se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (N0) ni a partes distantes del cuerpo (M0).
IA1	T1mi N0 M0	El cáncer es un <b>adenocarcinoma mínimamente invasivo</b> . El tumor no mide más de 3 centímetros (cm) de ancho, y la parte que ha invadido en tejidos pulmonares más profundos no mide más de 1/2 cm de ancho. El cáncer no se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (N0) ni a partes distantes del cuerpo (M0).
	O T1a N0 M0	El tumor no mide más de 1 cm de ancho, no ha alcanzado las membranas que rodean los pulmones y no afecta las ramas principales de los bronquios (T1a). El cáncer no se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (N0) ni a partes distantes del cuerpo (M0).
IA2	T1b N0 M0	El tumor mide más de 1 cm, pero no mide más de 2 cm de ancho. El cáncer no ha alcanzado las membranas que rodean los pulmones y no afecta las ramas principales de los bronquios (T1b). El cáncer no se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (N0) ni a partes distantes del cuerpo

		(M0).
<b>IA3</b>	<b>T1c</b> <b>N0</b> <b>M0</b>	El tumor mide más de 2 cm, pero no mide más de 3 cm de ancho. El cáncer no ha alcanzado las membranas que rodean los pulmones y no afecta las ramas principales de los bronquios (T1c). El cáncer no se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (N0) ni a partes distantes del cuerpo (M0).
<b>IB</b>	<b>T2a</b> <b>N0</b> <b>M0</b>	<p>El tumor presenta una o más de las siguientes características (T2a):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mide más de 3 cm, pero no mide más de 4 cm de ancho.</li> <li>• Ha crecido en un bronquio principal, pero está a más de 2 centímetros de la carina (el punto donde la tráquea se divide en los bronquios principales izquierdo y derecho) y no mide más de 4 cm de ancho.</li> <li>• El tumor ha invadido la pleura visceral (las membranas que rodean los pulmones) y no mide más de 4 cm de ancho.</li> <li>• El tumor está obstruyendo parcialmente las vías respiratorias (y no mide más de 4 cm de ancho).</li> </ul> <p>El cáncer no se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (N0) ni a partes distantes del cuerpo (M0).</p>
<b>IIA</b>	<b>T2b</b> <b>N0</b> <b>M0</b>	<p>El tumor presenta una o más de las siguientes características (T2b):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mide más de 4 cm, pero no mide más de 5 cm de ancho.</li> <li>• Ha crecido en un bronquio principal, pero a más de 2 centímetros de la carina (el punto donde la tráquea se divide en los bronquios principales izquierdo y derecho) y mide más de 4 cm pero menos de 5 cm de ancho.</li> <li>• El tumor ha invadido la pleura visceral (las membranas que rodean los pulmones) y mide más de 4 cm pero menos de 5 cm de ancho.</li> <li>• El tumor está obstruyendo parcialmente las vías respiratorias (y mide más de 4 cm pero menos de 5 cm de ancho).</li> </ul>

		El cáncer no se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (N0) ni a partes distantes del cuerpo (M0).
IIB	T1a/T1b/T1c N1 M0	El tumor no mide más de 3 cm de ancho, no ha invadido las membranas que rodean los pulmones y no afecta las ramas principales de los bronquios (T1). Se ha propagado a los ganglios linfáticos dentro del pulmón y/o alrededor del área donde los bronquios entran al pulmón (a los ganglios linfáticos hiliares). Estos ganglios linfáticos se encuentran en el mismo lado del cáncer (N1). El cáncer no se ha propagado a partes distantes del cuerpo (M0).
	O	
	T2a/T2b N1 M0	<p>El tumor presenta una o más de las siguientes características (T2):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mide más de 3 cm, pero no mide más de 5 cm de ancho.</li> <li>• Ha crecido en un bronquio principal, pero está a más de 2 centímetros de la carina (el punto donde la tráquea se divide en los bronquios principales izquierdo y derecho) y no mide más de 5 cm de ancho.</li> <li>• El tumor ha invadido la pleura visceral (las membranas que rodean los pulmones) y no mide más de 5 cm.</li> <li>• El tumor está obstruyendo parcialmente las vías respiratorias (y no mide más de 5 cm).</li> </ul> <p>El cáncer también se propagó a los ganglios linfáticos dentro del pulmón y/o alrededor del área donde los bronquios entran al pulmón (a los ganglios linfáticos hiliares). Estos ganglios linfáticos se encuentran en el mismo lado del cáncer (N1). El cáncer no se ha propagado a partes distantes del cuerpo (M0).</p>
O		
	T3 N0 M0	<p>El tumor presenta una o más de las siguientes características (T3):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mide más de 5 cm, pero no mide más de 7 cm de ancho.</li> <li>• Ha invadido la pared torácica, el revestimiento interno de la pared torácica (pleura parietal), el nervio frénico o las</li> </ul>

		<p>membranas del saco que rodea al corazón (pericardio parietal).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hay dos o más nódulos tumorales separados en el mismo lóbulo del pulmón.</li> </ul> <p>El cáncer no se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes [N0] ni a partes distantes del cuerpo [M0].</p>
IIIA	<p><b>T1a/T1b/T1c</b></p> <p><b>N2</b></p> <p><b>M0</b></p>	<p>El cáncer no mide más de 3 cm de ancho, no ha invadido las membranas que rodean los pulmones y no afecta las ramas principales de los bronquios (T1). El cáncer se propagó a los ganglios linfáticos que se encuentran alrededor de la carina (el punto donde la tráquea se divide en los bronquios izquierdo y derecho), o en el espacio entre los pulmones (mediastino). Estos ganglios linfáticos se encuentran en el mismo lado que el tumor primario del pulmón (N2). El cáncer no se ha propagado a partes distantes del cuerpo (M0).</p>
	O	
	<p><b>T2a/T2b</b></p> <p><b>N2</b></p> <p><b>M0</b></p>	<p>El tumor presenta una o más de las siguientes características (T2):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mide más de 3 cm, pero no mide más de 5 cm de ancho.</li> <li>• Ha crecido en un bronquio principal, pero está a más de 2 centímetros de la carina (el punto donde la tráquea se divide en los bronquios principales izquierdo y derecho) y no mide más de 5 cm de ancho.</li> <li>• El tumor ha invadido la pleura visceral (las membranas que rodean los pulmones) y no mide más de 5 cm.</li> <li>• El tumor está obstruyendo parcialmente las vías respiratorias (y no mide más de 5 cm).</li> </ul> <p>El cáncer se propagó a los ganglios linfáticos que se encuentran alrededor de la carina (el punto donde la tráquea se divide en los bronquios izquierdo y derecho), o en el espacio entre los pulmones (mediastino). Estos ganglios linfáticos se encuentran en el mismo lado que el tumor primario del pulmón (N2). El cáncer no se ha propagado a partes distantes del cuerpo (M0).</p>

<p><b>T3</b> <b>N1</b> <b>M0</b></p>	<p>○</p> <p>El tumor presenta una o más de las siguientes características (T3):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mide más de 5 cm, pero no mide más de 7 cm de ancho.</li> <li>• Ha invadido la pared torácica, el revestimiento interno de la pared torácica (pleura parietal), el nervio frénico o las membranas del saco que rodea al corazón (pericardio parietal).</li> <li>• Hay dos o más nódulos tumorales separados en el mismo lóbulo del pulmón.</li> </ul> <p>El cáncer también se propagó a los ganglios linfáticos dentro del pulmón y/o alrededor del área donde los bronquios entran al pulmón (a los ganglios linfáticos hiliares). Estos ganglios linfáticos se encuentran en el mismo lado del cáncer (N1). El cáncer no se ha propagado a partes distantes del cuerpo (M0).</p>
<p><b>T4</b> <b>N0 o N1</b> <b>M0</b></p>	<p>○</p> <p>El tumor presenta una o más de las siguientes características (T4):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mide más de 7 cm de ancho.</li> <li>• Ha invadido el espacio que existe entre los pulmones (mediastino), el corazón, los vasos sanguíneos grandes cercanos al corazón (como la aorta), la tráquea, el tubo que conecta la garganta con el estómago (esófago), el músculo delgado que separa el pecho del abdomen (diafragma), la columna vertebral o la carina.</li> <li>• Hay dos o más nódulos tumorales separados en distintos lóbulos del mismo pulmón.</li> </ul> <p>El cáncer puede (o no) haberse propagado a los ganglios linfáticos dentro del pulmón y/o alrededor del área donde los bronquios entran al pulmón (a los ganglios linfáticos hiliares). Todos los ganglios linfáticos afectados se encuentran en el mismo lado del cáncer (N0 o N1). El cáncer no se ha propagado a partes distantes del cuerpo (M0).</p>
<p><b>T1a/T1b/T1c</b></p>	<p>El cáncer no mide más de 3 cm de ancho, no ha invadido las</p>



<b>IIIB</b>	<b>N3</b> <b>M0</b>	membranas que rodean los pulmones y no afecta las ramas principales de los bronquios (T1). El cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos que se encuentran cerca de la clavícula en cualquiera de los lados, y/o se ha propagado a los ganglios linfáticos hiliares o mediastinales que se ubican en el lado opuesto al tumor primario (N3). El cáncer no se ha propagado a partes distantes del cuerpo (M0).
	O	
	<b>T2a/T2b</b> <b>N3</b> <b>M0</b>	<p>El tumor presenta una o más de las siguientes características (T2):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mide más de 3 cm, pero no mide más de 5 cm de ancho.</li> <li>• Ha invadido un bronquio principal, pero está a más de 2 centímetros de la carina (el punto donde la tráquea se divide en los bronquios principales izquierdo y derecho) y no mide más de 5 cm de ancho.</li> <li>• El tumor ha invadido la pleura visceral (las membranas que rodean los pulmones) y no mide más de 5 cm.</li> <li>• El tumor está obstruyendo parcialmente las vías respiratorias (y no mide más de 5 cm).</li> </ul> <p>El cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos que se encuentran cerca de la clavícula en cualquiera de los lados, y/o se ha propagado a los ganglios linfáticos hiliares o mediastinales que se ubican en el lado opuesto al tumor primario (N3). El cáncer no se ha propagado a partes distantes del cuerpo (M0).</p>
	O	
	<b>T3</b> <b>N2</b> <b>M0</b>	<p>El tumor presenta una o más de las siguientes características (T3):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mide más de 5 cm, pero no mide más de 7 cm de ancho.</li> <li>• Ha invadido la pared torácica, el revestimiento interno de la pared torácica (pleura parietal), el nervio frénico o las membranas del saco que rodea al corazón (pericardio parietal).</li> <li>• Hay dos o más nódulos tumorales separados en el mismo lóbulo del pulmón.</li> </ul>

		<p>El cáncer se propagó a los ganglios linfáticos que se encuentran alrededor de la carina (el punto donde la tráquea se divide en los bronquios izquierdo y derecho), o en el espacio entre los pulmones (mediastino). Estos ganglios linfáticos se encuentran en el mismo lado que el tumor primario del pulmón (N2). El cáncer no se ha propagado a partes distantes del cuerpo (M0).</p>
	<b>O</b>	
	<b>T4</b> <b>N2</b> <b>M0</b>	<p>El tumor presenta una o más de las siguientes características (T4):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mide más de 7 cm de ancho.</li> <li>• Ha invadido el espacio que existe entre los pulmones (mediastino), el corazón, los vasos sanguíneos grandes cercanos al corazón (como la aorta), la tráquea, el tubo que conecta la garganta con el estómago (esófago), el músculo delgado que separa el pecho del abdomen (diafragma), la columna vertebral o la carina (el punto donde la tráquea se divide en los bronquios principales izquierdo y derecho).</li> <li>• Hay dos o más nódulos tumorales separados en distintos lóbulos del mismo pulmón.</li> </ul> <p>El cáncer se propagó a los ganglios linfáticos que se encuentran alrededor de la carina (el punto donde la tráquea se divide en los bronquios izquierdo y derecho), o en el espacio entre los pulmones (mediastino). Estos ganglios linfáticos se encuentran en el mismo lado que el tumor primario del pulmón (N2). El cáncer no se ha propagado a partes distantes del cuerpo (M0).</p>
<b>IIIC</b>	<b>T3</b> <b>N3</b> <b>M0</b>	<p>El tumor presenta una o más de las siguientes características (T3):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mide más de 5 cm, pero no mide más de 7 cm de ancho.</li> <li>• Ha invadido la pared torácica, el revestimiento interno de la pared torácica (pleura parietal), el nervio frénico o las membranas del saco que rodea al corazón (pericardio parietal).</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hay dos o más nódulos tumorales separados en el mismo lóbulo del pulmón.</li> </ul> <p>El cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos que se encuentran cerca de la clavícula en cualquiera de los lados, y/o se ha propagado a los ganglios linfáticos hiliares o mediastinales que se ubican en el lado opuesto al tumor primario (N3). El cáncer no se ha propagado a partes distantes del cuerpo (M0).</p>
	O	
	<b>T4</b> <b>N3</b> <b>M0</b>	<p>El tumor presenta una o más de las siguientes características (T4):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mide más de 7 cm de ancho.</li> <li>• Ha invadido el espacio que existe entre los pulmones (mediastino), el corazón, los vasos sanguíneos grandes cercanos al corazón (como la aorta), la tráquea, el tubo que conecta la garganta con el estómago (esófago), el músculo delgado que separa el pecho del abdomen (diafragma), la columna vertebral (espinas dorsales) o la carina (el punto donde la tráquea se divide en los bronquios principales izquierdo y derecho).</li> <li>• Hay dos o más nódulos tumorales separados en distintos lóbulos del mismo pulmón.</li> </ul> <p>El cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos que se encuentran cerca de la clavícula en cualquiera de los lados, y/o se ha propagado a los ganglios linfáticos hiliares o mediastinales que se ubican en el lado opuesto al tumor primario (N3). El cáncer no se ha propagado a partes distantes del cuerpo (M0).</p>
<b>IVA</b>	<b>Cualquier T</b> <b>Cualquier N</b> <b>M1a</b>	<p>El cáncer puede ser de cualquier tamaño y puede o no haber invadido las estructuras cercanas (cualquier T). Puede o no haber alcanzado los ganglios linfáticos adyacentes (cualquier N). Además, presenta cualquiera de las siguientes características (M1a):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El cáncer se propagó al otro pulmón.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se detectan células cancerosas en el líquido que rodea el pulmón (llamado <b>derrame pleural maligno</b>).</li> <li>• Se detectan células cancerosas en el líquido que rodea el corazón (llamado <b>derrame pericárdico maligno</b>).</li> </ul>
	O	
	<b>Cualquier T</b> <b>Cualquier N</b> <b>M1b</b>	El cáncer puede ser de cualquier tamaño y puede o no haber invadido las estructuras cercanas (cualquier T). Puede o no haber alcanzado los ganglios linfáticos adyacentes (cualquier N). Se ha propagado como un solo tumor fuera del pecho, como a un ganglio linfático distante o a un órgano como el hígado, los huesos o el cerebro (M1b).
<b>IVB</b>	<b>Cualquier T</b> <b>Cualquier N</b> <b>M1c</b>	El cáncer puede ser de cualquier tamaño y puede o no haber invadido las estructuras cercanas (cualquier T). Puede o no haber alcanzado los ganglios linfáticos adyacentes (cualquier N). Se ha propagado formando más de un tumor fuera del pecho, como en los ganglios linfáticos distantes y/o a otros órganos como el hígado, los huesos o el cerebro (M1c).

\*Las siguientes categorías adicionales no se incluyen en la tabla anterior:

- **T0**: no existe evidencia de tumor primario.
- **NX**: no es posible evaluar los ganglios linfáticos cercanos debido a falta de información.

## Hyperlinks

1. </content/cancer/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/estadificaciondelcancer.html>
2. </content/cancer/es/cancer/cancer-de-pulmon/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/como-se-diagnostica.html>

## Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer ([www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html](http://www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html))

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios

conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

## Referencias

American Joint Committee on Cancer. Lung. In: *AJCC Cancer Staging Manual*. 8th ed. New York, NY: Springer; 2017: 431-456.

Actualización más reciente: octubre 1, 2019

---

# Etapas del cáncer de pulmón microcítico

Después del diagnóstico de cáncer de pulmón microcítico, los médicos tratarán de averiguar si el cáncer se ha propagado y si es así, a qué distancia. Este proceso se llama **estadificación** (o determinación de la etapa). La etapa (estadio) de un cáncer describe cuánto cáncer hay en el cuerpo, y ayuda a determinar qué tan grave es el cáncer, así como la mejor manera de tratarlo. Los médicos también usan la etapa del cáncer cuando hablan sobre estadísticas de supervivencia.

La etapa del cáncer de pulmón microcítico (SCLC) se basa en los resultados de exámenes físicos, biopsias, estudios por imágenes y otras pruebas que se hayan realizado (como se describe en [Pruebas para el cáncer de pulmón<sup>1</sup>](#)).

## Etapa limitada y etapa avanzada

Para propósitos de tratamiento, la mayoría de los médicos usan un sistema de dos etapas que divide a los cánceres de pulmón microcíticos en etapa limitada y en etapa avanzada. Para el cáncer en etapa limitada, una persona podría beneficiarse de tratamientos más agresivos, como quimioterapia combinada con radioterapia para intentar curar el cáncer. Para la enfermedad en etapa avanzada, es probable que la quimioterapia por sí sola sea una mejor opción para controlar (no curar) el cáncer.

## Etapa limitada

En esta etapa, el cáncer se encuentra solo en un lado del pecho y se puede tratar con un solo campo de radiación. Por lo general incluye cánceres que solo se encuentran en un pulmón (a menos que los tumores estén ampliamente extendidos por todo el pulmón), y que posiblemente también hayan alcanzado los ganglios linfáticos en el mismo lado del pecho.

El cáncer en los ganglios linfáticos que se encuentran sobre la clavícula (llamados **ganglios supraclaviculares**) podrían aún considerarse como en etapa limitada siempre y cuando estén en el mismo lado del pecho que el cáncer. Algunos médicos también incluyen a los ganglios linfáticos del centro del pecho (**ganglios linfáticos mediastinales**) incluso cuando están más cerca del otro lado del pecho.

Lo que resulta importante es que el cáncer se encuentre confinado en un área que sea lo suficientemente pequeña como para ser tratada con radioterapia en un “puerto” (port) o en un área de tratamiento. Solo alrededor de 1 de cada 3 personas con cáncer de pulmón microcítico presenta etapa limitada al momento en que se detecta por primera vez.

### **Etapas avanzadas**

Esta etapa describe los cánceres que se propagaron ampliamente por todo el pulmón, al otro pulmón, a los ganglios linfáticos del otro lado del pecho o a otras partes del cuerpo (incluyendo la médula ósea). Muchos médicos consideran que un cáncer de pulmón microcítico que se ha propagado al líquido que circunda al pulmón se encuentra también en una etapa avanzada. Aproximadamente 2 de cada 3 personas con cáncer de pulmón microcítico se encuentran en la etapa avanzada cuando se les detecta el cáncer por primera vez.

### **Sistema de estadificación TNM**

Un sistema más formal para describir el crecimiento y la propagación del cáncer de pulmón es el sistema **TNM** de la *American Joint Committee on Cancer* (AJCC) que se basa en las siguientes tres piezas clave de información:

- El tamaño y extensión del tumor principal (**T**): ¿De qué tamaño es el tumor canceroso? ¿Ha invadido las estructuras o a los tejidos cercanos?
- La propagación a ganglios linfáticos adyacentes (regionales) o (**N**)ódulos: ¿Se ha propagado el cáncer a los ganglios linfáticos adyacentes?
- La propagación (**metástasis**) (**M**) a otros órganos del cuerpo: ¿Se ha propagado el cáncer a órganos distantes como el cerebro, los huesos, las glándulas

suprarrenales, el hígado o al otro pulmón?

Los números o las letras que aparecen después de la T, N y M proveen más detalles acerca de cada uno de estos factores. Los números más altos significan que el cáncer está más avanzado. Una vez que se han determinado las categorías T, N y M, esta información se combina en un proceso llamado *agrupación por etapas* para asignar una etapa general. Para más información consulte [Estadificación del cáncer](#)<sup>2</sup>.

En el sistema TNM, la etapa más temprana es la etapa 0 (también llamada *carcinoma in situ*, o CIS). Las otras etapas principales van desde la etapa I (1) a IV (4). Algunas de estas etapas se dividen aún más con letras o números. Por regla general, mientras más bajo sea el número de la etapa, menos se habrá propagado el cáncer. Un número más alto, como la etapa IV, significa una mayor propagación del cáncer. Además, dentro de una etapa, una letra (o un número) menor significa una etapa menos avanzada.

El mismo sistema de estadificación TNM se usa tanto para el cáncer de pulmón microcítico (SCLC) como para el cáncer de pulmón no microcítico (NSCLC), aunque por lo general este no es tan importante para el SCLC. Para obtener información más detallada sobre este sistema, consulte [Etapas del cáncer de pulmón no microcítico](#)<sup>3</sup>. La clasificación por etapas con el sistema TNM puede resultar compleja, de modo que si su equipo de atención médica está usando este sistema, pida que se lo expliquen de una manera que usted pueda entender.

## Hyperlinks

1. </content/cancer/es/cancer/cancer-de-pulmon/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/como-se-diagnostica.html>
2. </content/cancer/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/estadificaciondelcancer.html>
3. </content/cancer/es/cancer/cancer-de-pulmon/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/clasificacion-por-etapas-no-microcitico.html>

## Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer ([www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html](http://www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html))

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con



amplia experiencia en contenidos médicos.

## Referencias

American Joint Committee on Cancer. Lung. In: *AJCC Cancer Staging Manual*. 8th ed. New York, NY: Springer; 2017: 431-456.

Horn L, Eisenberg R, Gius D, et al. Chapter 72: Cancer of the lung: Non-small cell lung cancer and small cell lung cancer. In: Niederhuber JE, Armitage JO, Doroshow JH, Kastan MB, Tepper JE, eds. *Abeloff's Clinical Oncology*. 5th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier; 2014.

Pietanza MC, Krug LM, Wu AJ, et al. Chapter 42: Small cell and neuroendocrine tumors of the lung. In: DeVita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA, eds. *DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 10th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.

Actualización más reciente: octubre 1, 2019

---

# Tasas de supervivencia del cáncer de pulmón

Las tasas de supervivencia proporcionan una idea del porcentaje de personas con el mismo tipo y etapa de cáncer que siguen vivas durante cierto tiempo (generalmente 5 años) después del diagnóstico. Estas tasas no pueden indicar cuánto tiempo usted vivirá, pero pueden ayudarle a tener un mejor entendimiento de cuán probable es que su tratamiento sea eficaz.

**Tenga en cuenta que las tasas de supervivencia son cálculos que a menudo se basan en los resultados previos de un gran número de personas que padecieron un cáncer específico; sin embargo, no pueden predecir lo que sucederá en el caso particular de una persona. Estas estadísticas pueden ser confusas y pueden ocasionar que tenga más preguntas. Hable con su médico para saber cómo puede que estas estadísticas se apliquen a usted, ya que él o ella está familiarizado con su situación.**

## ¿Qué es tasa relativa de supervivencia a 5 años?

Una **tasa relativa de supervivencia** compara a las personas que tienen el mismo tipo y etapa de cáncer con las personas en la población general. Por ejemplo, si la **tasa relativa de supervivencia a 5 años** para una etapa específica de cáncer de pulmón es 60%, esto significa que las personas que padecen ese cáncer tienen, en promedio, alrededor de 60% de probabilidades, en comparación con las personas que no padecen ese cáncer, de vivir al menos **5 años** después de recibir el diagnóstico.

## ¿De dónde provienen estos porcentajes?

La Sociedad Americana Contra El Cáncer obtiene la información de la base de datos del Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER\*), mantenida por el Instituto Nacional del Cáncer (NCI), para proporcionar estadísticas de supervivencia para diferentes tipos de cáncer.

La base de datos de SEER lleva un registro de las tasas relativas de supervivencia a 5 años para el cáncer de pulmón no microcítico y el cáncer de pulmón microcítico en los Estados Unidos, basándose en cuán lejos se ha propagado el cáncer. Sin embargo, la base de datos de SEER no agrupa a los cánceres según el [sistema de estadificación TNM del AJCC<sup>1</sup>](#) (etapa 1, etapa 2, etapa 3, etc.). En cambio, divide a los grupos de cánceres en etapas localizadas, regionales y distantes:

- **Localizado:** no hay signos de que el cáncer se haya propagado fuera del pulmón.
- **Regional:** el cáncer se ha propagado fuera del pulmón a estructuras o ganglios linfáticos cercanos.
- **Distante:** el cáncer se ha propagado a otras partes distantes del cuerpo, como el cerebro, los huesos, el hígado o al otro pulmón.

## Tasas relativas de supervivencia a 5 años del cáncer de pulmón no microcítico

(Basado en las personas diagnosticadas con cáncer de pulmón no microcítico entre 2008 y 2014).

Etapa SEER	Tasa relativa de supervivencia a 5 años
Localizado	60%
Regional	33%
Distante	6%

Todas las etapas SEER combinadas	23%
----------------------------------	-----

### Tasas relativas de supervivencia a 5 años del cáncer de pulmón microcítico

(Basado en las personas diagnosticadas con cáncer de pulmón microcítico entre 2008 y 2014).

Etapa SEER	Tasa relativa de supervivencia a 5 años
Localizado	29%
Regional	15%
Distante	3%
Todas las etapas SEER combinadas	6%

### Cómo entender los porcentajes

- **Estos porcentajes se aplican solo a la etapa del cáncer cuando se hizo el diagnóstico por primera vez.** No se aplican más adelante si el cáncer crece, se propaga o regresa después del tratamiento.
- **Al calcular estos porcentajes, no se tomaron en cuenta todos los factores.** Las tasas de supervivencia se agrupan en función de cuán lejos se ha propagado el cáncer. Sin embargo, otros factores también pueden afectar el pronóstico, como el subtipo de cáncer de pulmón no microcítico, los cambios genéticos en las células cancerosas, la edad, la salud en general de la persona, y qué tan bien el cáncer responda al tratamiento.
- **Las personas que en la actualidad reciben un diagnóstico de cáncer de pulmón no microcítico o de cáncer de pulmón microcítico pueden tener un mejor pronóstico de lo que muestran estos porcentajes.** Los tratamientos han mejorado con el pasar del tiempo, y estos porcentajes se basan en personas que fueron diagnosticadas y tratadas al menos cinco años antes.

\*SEER = Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales

## Hyperlinks

1. </content/cancer/es/cancer/cancer-de-pulmon/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/clasificacion-por-etapas-no-microcitico.html>

### Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer ([www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html](http://www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html))

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

Actualización más reciente: febrero 12, 2021

---

# Preguntas que deben formularse sobre el cáncer de pulmón

Es importante que tenga un diálogo sincero y transparente con los miembros de su equipo de atención médica contra el cáncer. Es recomendable que ellos contesten todas sus preguntas para que usted pueda tomar decisiones bien fundadas respecto a su vida y su tratamiento. Por ejemplo, considere las siguientes preguntas:

### En el momento en que le informan que tiene cáncer de pulmón

- ¿Qué [tipo de cáncer de pulmón](#)<sup>1</sup> tengo?
- ¿Dónde está exactamente el cáncer? ¿Se ha propagado desde el lugar donde se originó?
- ¿En qué etapa se encuentra mi cáncer y qué implica eso en mi caso?
- ¿Necesitaré otras pruebas antes de que podamos decidir el tratamiento?
- ¿Se debe enviar mi sangre o tejido tumoral para análisis moleculares?
- ¿Se le han realizado pruebas al cáncer para determinar la presencia de cambios

- genéticos que podrían ayudarme a seleccionar mis opciones de tratamiento?
- ¿Tengo que consultar con otros médicos o profesionales de la salud?
- Si me preocupan los gastos y la cobertura del seguro para mi diagnóstico y tratamiento, ¿quién me puede ayudar?

## Al momento de decidir un plan de tratamiento

- ¿Cuánta experiencia tiene usted con el tratamiento de este tipo de cáncer?
- ¿Cuáles son mis opciones de tratamiento?
- ¿Cuáles recomienda usted y por qué?
- ¿Cuál es el objetivo del tratamiento?
- ¿Debería buscar una [segunda opinión](#)<sup>2</sup>? ¿Cómo gestiono esto? ¿Me puede recomendar a alguien?
- ¿Cuáles son las probabilidades de que se pueda curar mi cáncer con estas opciones de tratamiento??
- ¿Cuán pronto debo decidir el tratamiento?
- ¿Qué debo hacer para prepararme para el tratamiento?
- ¿Cuánto tiempo durarán mis tratamientos? ¿Cómo será la experiencia del tratamiento? ¿Dónde se realizará mi tratamiento?
- ¿Cuáles son los riesgos y los efectos secundarios de los tratamientos que sugiere?  
¿Cuánto tiempo es probable que duren?
- ¿Afectará el tratamiento mis actividades diarias?
- ¿Cuáles serían mis opciones si el tratamiento no surte efecto o [si el cáncer regresa](#)<sup>3</sup> (recurre) después del tratamiento?

## Durante el tratamiento

Una vez que se inicie el tratamiento, pregunte qué esperar y a qué prestar atención. Puede que no todas estas preguntas sean pertinentes para usted. No obstante, puede ser útil formular las preguntas que sí son relevantes para usted.

- ¿Cómo se sabe si el tratamiento está funcionando?
- ¿Hay algo que pueda hacer para ayudar a manejar los [efectos secundarios](#)<sup>4</sup>?
- ¿Qué síntomas o efectos secundarios debo notificarle inmediatamente?
- ¿Cómo puedo comunicarme con usted durante las noches, días festivos o fines de semana?

- ¿Necesito cambiar mi alimentación durante el tratamiento?
- ¿Hay actividades que no deba hacer?
- ¿Puede sugerirme un profesional de la salud mental que pueda consultar si empiezo a [sentirme abrumado, deprimido o afligido](#)<sup>5</sup>?

## Después del tratamiento

- ¿Hay actividades que no deba hacer?
- ¿A cuáles síntomas debo prestar atención?
- ¿Qué tipo de ejercicio debo hacer ahora?
- ¿Qué tipo de atención médica de seguimiento necesitaré después del tratamiento?
- ¿Con qué frecuencia necesitaré exámenes de seguimiento y estudios por imágenes?
- ¿Necesitaré algún análisis de sangre?
- ¿Cómo sabemos si el cáncer ha regresado? ¿A qué debo prestar atención?
- ¿Cuáles serán mis opciones si el cáncer regresa?

Además de estos ejemplos de preguntas, asegúrese de escribir las que usted desee hacer. Por ejemplo, puede que quiera más información acerca del tiempo de recuperación del tratamiento. O tal vez desee preguntar si reúne los requisitos para participar en un [estudio clínico](#)<sup>6</sup>.

Los médicos no son los únicos que pueden proporcionarle información. Otros profesionales de la atención médica, como enfermeras y trabajadores sociales, pueden también responder a algunas de sus preguntas. Usted puede encontrar más información sobre cómo comunicarse con su equipo de atención médica en [La relación entre el médico y el paciente](#)<sup>7</sup>.

## Hyperlinks

1. </content/cancer/es/cancer/cancer-de-pulmon/acerca/que-es-cancer-de-pulmon.html>
2. </content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/su-equipo-de-tratamiento/buscar-una-segunda-opinion.html>
3. </content/cancer/es/tratamiento/supervivencia-durante-y-despues-del-tratamiento/preocupaciones-de-salud-a-largo-plazo/recurrencia-del-cancer.html>
4. </content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos.html>

5. </content/cancer/es/tratamiento/supervivencia-durante-y-despues-del-tratamiento.html>
6. </content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/estudios-clinicos.html>
7. </content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/su-equipo-de-tratamiento/la-relacion-entre-el-medico-y-el-paciente.html>

## Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer ([www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html](http://www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html))

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

Actualización más reciente: octubre 1, 2019

La información médica de la La Sociedad Americana Contra El Cáncer está protegida bajo la ley *Copyright* sobre derechos de autor. Para solicitudes de reproducción, por favor escriba a [permissionrequest@cancer.org](mailto:permissionrequest@cancer.org) (<mailto:permissionrequest@cancer.org>)<sup>1</sup>.

**cancer.org | 1.800.227.2345**