

INSTITUTO DE ONCOLOGIA, RADIOBIOLOGIA Y MEDICINA NUCLEAR.
CIUDAD DE LA HABANA. 1960-1972*

Resecciones pulmonares por carcinoma

Por los Dres.:

RICARDO YOFRE PIZARRO**, GILBERTO FLEITES BATISTA***, ERASMO GOMEZ SOSA** y JOSE CANDIDO SUAREZ RODRIGUEZ**

Yofre Pizarra, R. y otros. *Resecciones pulmonares por carcinoma*. Rev Cub Med 20: 3, 1981.

Se analizaron 171 pacientes a quienes se realizó resección pulmonar por carcinoma (70% de los explorados). La edad constituyó factor fundamental en la mortalidad operatoria. La lobectomía provocó la mitad del riesgo quirúrgico de la neumonectomía. La mortalidad quirúrgica no se relacionó con el sexo ni con la localización tumoral ni con la etapa clínica. La sobrevida global a 5 años fue del 25,76% para los operados solamente, y de 31 % para los pacientes que recibieron tratamiento radiante previo. La mejor posibilidad de sobrevida correspondió a los pacientes asintomáticos. Los carcinomas indiferenciados tuvieron un pronóstico peor que los epidermoides y adenocarcinomas. La presencia de metástasis regionales ganglionares y extensión a otras estructuras establece un criterio pronóstico malo en cuanto a sobrevida. Los nodulos aislados tuvieron una sobrevida a 5 años del 60%. La etapa clínica se correlacionó de manera perfecta con la sobrevida.

INTRODUCCION

El objetivo de nuestro trabajo ha sido evaluar la casuística del Instituto de Oncología (IOR) en el tratamiento quirúrgico de los carcinomas broncopulmonares para tener un panorama de nuestra experiencia medido en supervivencia a 5 años. Ello servirá de punto de partida real para hacer estudios posteriores, ai implantarse de una manera oficial y sistematizada los modelos tecnológicos de tratamiento (MTT).

Estos modelos permitirán superar el nivel tecnológico y encuadrar terapéuticas y estadios de enfermedades de una manera tal que a la hora de la evaluación los resultados

sean comparables. La carencia de una sistematización semejante es lo que hace dificultoso un lenguaje común en el análisis de resultados.

Al superarse las dificultades anestésicas, de transfusiones, de cuidados posoperatorios, parecería que la cirugía ha alcanzado "su techo de competencia" con la optimización de las técnicas quirúrgicas y a pesar de ello la sobrevida a más de 5 años no ha rebasado del 17 al 33%. Conviene también dejar en claro que este grupo de sobrevivientes no representa a la totalidad de los pacientes afectados. Sólo expresa lo que puede lograrse con aquellos pacientes que, a juicio del grupo médico que los trata, son susceptibles de admitir una terapéutica quirúrgica sola o asociada.

* Trabajo presentado en el V Congreso Cubano de Oncología y I para los Países de la Cuenca del Caribe.

** Cirujano del IOR.

*** Jefe del servicio de cirugía esplácica del IOR.

MATERIAL Y METODOS

Se analizaron 246 historias clínicas de pacientes operados por presentar carcinoma broncopulmonar, entre 1960 y 1972 en el IOR. De éstos, 171 (70%) recibieron resección pulmonar y fueron estudiados críticamente. Todo el grupo contó con una oportunidad de sobrevida hasta los 5 años. Es lógico que para lograr sobrevida operatoria deba pasarse por el riesgo del acto quirúrgico, de manera que hemos estudiado la mortalidad y morbilidad relacionándolas con distintas variables que *a priori* juzgamos como posibles factores de influencia: edad, sexo, localización del tumor, tipo de operación realizada, asociaciones terapéuticas, hallazgos operatorios, etapa clínica.

El estudio de la sobrevida se hizo con el grupo total de los pacientes que sobrevivió a la operación (85%) porque es el que expresa el riesgo puro de la enfermedad, liberada de un factor tan aleatorio como es la mortalidad operatoria. La sobrevida fue correlacionada con el análisis de variables como: edad, sexo, localización tumoral (centrales y periféricas), localización lobar, demora en el diagnóstico, tipo de operación, estirpe hística, existencia o no de metástasis regionales, asociación terapéutica, hallazgos operatorios y etapa clínica. Todos los datos fueron elaborados por el departamento de informática de nuestro instituto.

No obstante el hecho de que un número nada despreciable de nuestros pacientes tuvo también como asociación terapéutica la quimioterapia, la falta de un modelo adecuado y de criterios uniformes de aplicación nos imposibilita para elaborar un juicio crítico sobre su eficacia.

RESULTADOS Y DISCUSION

El grupo de pacientes analizados está constituido por 135 hombres (79%) y 36 mujeres (21%). Estas cifras en Cuba acercan notablemente la incidencia del carcinoma broncopulmonar operado en

la mujer y en el hombre, lo cual está muy por encima de lo comunicado internacionalmente. Al mismo tiempo es bueno aclarar que concuerda con la incidencia de esta enfermedad en la mujer en Cuba (24,3%).

Predominó la raza blanca (82,45%), lo cual no creemos sea significativo dada la distribución étnica de nuestra población.

La mayor incidencia de pacientes resecados estuvo comprendida entre la 5ta. y 6ta. décadas de la vida.

Mortalidad operatoria

De 171 pacientes fallecieron 26, o sea, el 15,20% (cuadro I). Esta cifra es expresión de una experiencia de 13 años, donde se mezclan variables criterios de selección y también diferentes experiencias en el manejo pre y posoperatorio, así como de anestesiología. Este porcentaje no demuestra el riesgo actual de una resección pulmonar por cáncer en el IOR. En los años 1976 al 1978, período en que se operaron un promedio de pacientes igual al de los años precedentes, la mortalidad operatoria fue del 3,5%. Este hecho puede obedecer a ajustes en los criterios de selección preoperatoria; a mejoras en la técnica de anestesiología, a la experiencia adquirida por nuestro equipo y a la correcta conducción del posoperatorio.

La variación en el tiempo de los porcentajes de mortalidad por resecciones pulmonares en nuestro instituto nos afirma en el criterio de analizar la sobrevida, eliminando del total los fallecidos en el acto operatorio.

CUADRO I

MORTALIDAD POR RESECCIONES PULMONARES

	No.	%
Fallecen	26	15,20
Sobreviven	145	84,20
Total	171	100,00

IOR. Cáncer del pulmón. 1960-72.

CUADRO II

	Total	MORTALIDAD OPERATORIA Y EDAD			
		30-39	40-49	50-59	60 y +
Fallecen	26(15,20%)	0 (0%)	1 (4,76%)	12(15,38%)	13(19,11%)
Viven	145	4	20	66	55
Total	171	4	21	78	68

IOR. Cáncer del pulmón. 1960-72.

CUADRO III

MORTALIDAD Y LOCALIZACION

	Total	Centrales	Periféricas
Fallecen	26(15,2%)	13 (16,46%)	13 (14,13%)
Viven	145	66	79
Total	171	79	92

IOR. Cáncer del pulmón. 1960-72.

En una serie de 900 pacientes comunicados por *T. Shields'* tratados en 23 hospitales del grupo de Administración de Veteranos de EEUU, la mortalidad operatoria fue del 15%.

Mortalidad operatoria y sexo

No hay diferencia significativa entre el riesgo de hombres y mujeres.

Mortalidad operatoria y edad (cuadro II)

El cuadro II presenta claramente el aumento del riesgo que es progresivo y paralelo con el aumento de la edad. Señala la necesidad de ajustar al máximo los criterios de selección quirúrgica en los pacientes mayores de 60 años, pero no de excluirlos de la oportunidad operatoria.

Mortalidad operatoria y localización (cuadro III)

Este cuadro clasifica a los tumores en centrales y periféricos entendiendo por centrales aquéllos que asientan en bronquios nominados o en bronquios accesibles a la visión broncoscópica y periféricos a los restantes. Se basa el examen en la presunción de que los tumores centrales acarrear un riesgo quirúrgico mayor. En este estudio la mortalidad fue moderadamente superior para los tumores centrales pero no de una manera significativa.

Mortalidad operatoria y tipo de operación (cuadro IV)

La lobectomía demuestra ser la operación de menor riesgo. Creemos que más que un producto de la técnica en sí esto es debido a la calidad de los pacientes en que se hacen posibles.

La neumonectomía en nuestro grupo ha sido una operación de necesidad y no de selección, lo cual significa que los pacientes a quienes se realizó una neumonectomía, ya eran en sí de más alto riesgo. Las resecciones ampliadas son aquéllas, que además de la exéresis pulmonar, necesitan de una toracectomía, por compromiso de la pared torácica y obviamente el riesgo es mayor.

Mortalidad y etapa clínica (cuadro V)

No se ha comprobado correlación entre la mortalidad operatoria y la etapa clínica. Ya veremos que es en la sobrevida, después de pasar el riesgo operatorio, donde la etapa clínica influencia claramente el destino de los enfermos.

CUADRO IV

MORTALIDAD Y TIPO DE OPERACION

	Total	Lobectomía	Neumonectomía	Ampliadas
Fallecen	26(15.2%)	9(10,1%)	14 (20,9%)	3 (20%)
Viven	145	80	53	12
Total	171 (100%)	89 (100%)	67(100%)	15 (100%)

IOR. Cáncer del pulmón. 1960-72.

CUADRO V

MORTALIDAD Y ETAPAS

	Total	Etapa I	Etapa II	Etapa III
Fallecen	26 (15,2%)	16 (15,38%)	4 (25,55%)	6(12%)
Viven	145	88	13	44
Total	171 (100%)	104 (100%)	17 (100%)	50 (100%)

IOR. Cáncer del pulmón. 1960-72

Mortalidad y asociación terapéutica

Hemos clasificado nuestros pacientes para este análisis en dos grupos: los de cirugía primaria, aunque luego se asociaran a otras líneas terapéuticas y los de irradiación preoperatoria. El grupo radiación cirugía demuestra un riesgo operatorio mayor. Hay que decir también que este grupo estaba constituido por pacientes con etapas avanzadas de la enfermedad en muchos de los cuales se podía realizar resección por medio de esta asociación terapéutica. Un estudio riguroso de este riesgo debería incluir pacientes comparables; los de este grupo analizado no lo son.

Mortalidad y hallazgos operatorios

Para este estudio hemos clasificado a nuestros pacientes en tres grupos: pacientes con nodulos aislados, con tumor localizado, y con extensión a otras estructuras. Aquí, como en la correlación

con las etapas clínicas, no parece existir asociación de factores. En la supervivencia sí se expresa esta asociación de una manera manifiesta.

Mortalidad según complicaciones

Aquí consideramos dos puntos: la incidencia de complicaciones y su correlación con la mortalidad. En general las complicaciones en la cirugía pulmonar son graves y acarrear un alto porcentaje de mortalidad. La hemorragia, la fístula y la sepsis son las tres complicaciones más temibles en las resecciones pulmonares. La mortalidad por insuficiencia respiratoria aguda, también grave, expresa más bien un fallo en el criterio de selección preoperatoria. La arritmia es también una complicación que se debe tener en cuenta y que obliga a tomar medidas de urgencia, principalmente en el paciente neumonectomizado.

Sobrevida

El análisis de la sobrevida se ha tomado sobre 132 pacientes descontando los fallecidos y los sin noticias. Hemos dividido esta sobrevida en 4 períodos: de 0 a 11 meses, de 12 a 35 meses, de 36 a 59 y de 60 y más. Hemos orientado nuestro análisis de la sobrevida hasta los 5 años.

La sobrevida global de 5 años de 132 pacientes es de 25,76%. Es decir, 1 de cada 4 pacientes resecados, cuando pasó su operación, sobrevivió 5 o más años.

Según *J. Jones y colaboradores*² las sobrevidas largas comunicadas en varias series oscilan entre 17 y 33% para los pacientes resecados. Sobre 358 pacientes de su serie la sobrevida a 5 años fue del 26%. *Lyman Brewer* discutiendo el trabajo anterior expresa que la sobrevida de 200 pacientes por él resecados fue de 26,5% para los 5 años. La serie de *T. Shields*' ya citada tiene una sobrevida a 5 años del 22%. Como puede observarse, nuestros resultados y los de la literatura caen dentro de lo que conceptuamos son los términos de eficiencia actual del tratamiento quirúrgico del cáncer pulmonar.

Sobrevida y edad

Existe una marcada diferencia en la sobrevida de los grupos más jóvenes con los pacientes de mayor edad. Como las causas de mortalidad no se especi-

fican, es dado pensar que un factor que se debe tener en cuenta en la sobrevida, es que el grupo de edad mayor haya alcanzado a los 5 años su promedio normal de vida. De cualquier manera una sobrevida del 18% a 5 años no es un mal logro para estos enfermos.

Sobrevida y sexo

Las mujeres demuestran un porcentaje de sobrevida a los 5 años mayor que los hombres. La mujer, de una manera general, constituye un grupo de pacientes de mejor condición física, reserva respiratoria, etc., que el hombre. Este último abusa mucho más del medio externo.

Sobrevida y demora (cuadro VI)

Una de las imputaciones que se hacen a los malos resultados en cirugía del cáncer pulmonar es la demora en el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes. El análisis de esta variable es

lo que se pretende en el cuadro VI. Sobre 13 pacientes asintomáticos, 5 sobrevivieron 5 o más años (38%) Los pacientes cuyo diagnóstico se estableció dentro del primer año de síntomas tuvieron una sobrevida peor que los pacientes con síntomas de más de un año de duración. Esta paradoja expresa el *carácter indolente* de los tumores que acarrean los pacientes con síntomas de larga duración. Hacemos énfasis en el buen pronóstico de los pacientes pesquizados en etapa asintomática (hallazgos radiográficos).

CUADRO VI
SOBREVIDA Y DEMORA

Meses	AsInt.	1-11	12 y +	No/S.	Total
0-11	4	38	8	2	52
12-35	2	22	6	1	31
36-59	2	9	3	1	15
60 y +	4 (38,46%)	19(21,59%)	7(29,17%)	3 (42,86%)	34 (25,76%)
Total	13	88	24	7	132

IOR. Cáncer del pulmón. 1960-72.

Sobrevida y localización

El carácter central o periférico de los tumores no fue una determinante fundamental en la sobrevida a 5 años (25 y 26% respectivamente). Sin embargo, en el trabajo ya mencionado de *Brewer* los que él llama *mid-lung tumours* tienen una sobrevida a 5 años del 56% aventajando al cáncer de bronquios principales y lobares. A estos últimos son a los que nosotros llamamos centrales. También aventajan a los tumores subpleurales.

Creemos que en realidad a lo que se refiere *Brewer* es a los tumores periféricos pequeños que no tuvieron volumen ni para alcanzar la pleura ni para "centralizarse", es decir, para hacerse presentes en bronquios lobares o principales.

En cambio, la comparación de la sobrevida de los tumores de los lóbulos superiores con los del resto de las localizaciones señala un mejor pronóstico para los primeros (24 y 15% respectivamente).

En general, el tamaño de los tumores operables de los lóbulos superiores es menor que en el resto del pulmón, en virtud del diámetro menor de la cavidad torácica en los vértices. Luego, para ser operable el tumor no debe haber crecido demasiado.

Sobrevida y tipo de operación

La sobrevida de las lobectomías es marcadamente superior a la de las neumonectomías y a las de las resecciones ampliadas. Lógicamente las lobectomías

determinan un déficit funcional menor y al mismo tiempo pueden ejecutarse en lesiones de menor tamaño, más periféricas y con menor extensión linfática y a la pared. A idéntica conclusión se llega en la serie de *Jones*²: 19% de sobrevida para las neumonectomías y 41% para las lobectomías. A los 191 pacientes de 5 ó más años de la serie de *Overholt*³ se les había realizado neumonectomías 99 pacientes, lobectomías 79 y resecciones segmentarias, 21. No obstante estos hallazgos, nosotros opinamos que el menor margen oncológico de seguridad para un cáncer de pulmón lo provee la lobectomía.

Sobrevida y asociación terapéutica (cuadro VII)

Los pacientes que fueron previamente irradiados y luego resecados ofrecen una sobrevida a los 5 años superior a los operados solamente (32,26% contra 27,15%). Este hecho resulta interesante, porque estando el grupo irradiación- cirugía constituido por pacientes en estadios más avanzados de la enfermedad, el lograr sobrevidas mayores a 5 años constituye una buena presunción para elaborar una política terapéutica como la que se planea en la constitución de los modelos tecnológicos terapéuticos (MTT). Esta línea de trabajo fue comunicada por nosotros en 1971⁵ y ha venido siendo perfeccionada en nuestra institución.

El grupo cirugía seguido de radiación presenta, como es lógico, una baja sobrevida a 5 años (10%). Las radiaciones en este grupo se indican por la eviden

CUADRO VII

SOBREVIDA Y ASOCIACION

Meses	Cirugía	Rad. cir.	Cir. rad.	Total
0-11	30	11	11	52
12-35	19	6	6	31
36-59	10	4	1	15
60 y +	22 (27,16%)	10 (32,26%)	2 (10%)	34
Total	81	31	20	132

IOR. Cáncer del pulmón. 1960-72.

cia de invasión mediastinal o por "estirpe hística" de mal pronóstico (carcinomas anaplásticos).

Sobrevida y "estirpe hística"
(cuadro VIII)

El cuadro VIII muestra cómo los tumores indiferenciados tienen un pronóstico peor que el de los epidermoides y adenocarcinomas que hasta los 5 años tienen características de una manera muy semejante. Dentro de los indiferenciados genéricos, se han incluido dos casos de *oat-celi* carcinoma cuyo pésimo pronóstico es de todos conocidos y que fallecieron antes del año de haber sido operados. *Campabasso y colaboradores*, aunque en la sobrevida según la estirpe hística coinciden con nuestros hallazgos, consideran que en la apreciación de la función de la histopatología en el pronóstico del cáncer del pulmón cuenta

la asociación con otros factores "patológicos". En tumores menores de 4 centímetros de diámetro sin metástasis ganglionares, tuvieron mejor sobrevida los tumores indiferenciados. El tipo hístico fue un factor determinante en tumores de tamaño mayor o con extensión a estructuras vecinas y a ganglios linfáticos regionales.

Sobrevida y metástasis ganglionares regionales: La presencia de metástasis comprobadas hísticamente en los ganglios regionales reduce marcadamente la sobrevida a 5 años (sin metástasis 27% y con metástasis 19%). En la serie de *Overholt*,* el 19% tenía compromiso ganglionar.

Sobrevida y hallazgos operatorios (cuadro IX): Existe una evidente correlación entre la sobrevida y los hallazgos operatorios. Cuando se operó un nódulo aislado la sobrevida a 5 años fue del 60%. Cuando el tumor estuvo bien loca-

CUADRO VIII
SOBREVIDA Y "ESTIRPE HISTICA"

Meses	Epider.	Aden oc.	Indif.	Total
0 - 11	26	11	15	52
12 - 35	17	8	6	31
36 - 59	10	2	3	15
60 y +	22 (29,33%)	8 (27,50%)	4 (14,29%)	34
Total	75	29	28	132

IOR. Cáncer del pulmón. 1960-72

CUADRO IX
SOBREVIDA Y HALLAZGO OPERATORIOS

Sobrevida en meses	Nódulo aislado	Tumor localizado	Extensión a otras estructuras	No/S	Total
0 - 11	0	23	29	0	52
12-35	1	20	10	0	31
36-59	1	10	3 (6,67%)	1	15
60 y +	3 (60%)	28 (34,57%)	3	0	34 (25,76%)
Total	5	81	45	1	132

IOR. Cáncer del pulmón. 1960-72.

CUADRO X
SOBREVIDA Y ETAPAS

Meses	Etapa I	Etapa II	Etapa III	Total
0-11	19	6	27	52
12-35	20	3	8	31
36-59	11	1	3	15
60 y +	29 (36.71%)	2 (16.67%)	3 (7.32%)	34
Total	79	12	41	134

IOR. Cáncer del pulmón. 1960-72.

lizado la sobrevida fue de casi el 35%, pero cuando el cirujano verificó extensión a estructuras vecinas (vasos, nervios, pericardio, pared, etc.) el pronóstico fue muy desfavorable (6,67%). Esta parece ser una de las correlaciones más ilustrativas en este estudio.

Jackman y colaboradores,^T de la Clínica Mayo, muestran una sobrevida a 5 años en tumores que se presentaban como nodulos solitarios de 51,3% cuando la resección se consideró curativa.

Sobrevida y etapas clínicas (cuadro X): Existe una perfecta correlación entre la etapa clínica del paciente y su sobrevida. En la etapa I la sobrevida es de casi 37%, en la etapa II de 17% y en la etapa III de sólo el 7%. En la etapa

II se reduce la sobrevida a menos de la mitad y en la III a menos de la 5ta. parte. Queremos señalar también el valor extraordinario de esta correlación.

CONCLUSIONES

- El 70% de los pacientes seleccionados para tratamiento quirúrgico por carcinoma pulmonar pudo alcanzar una resección pulmonar terapéutica.
- El riesgo de este acto se expresó en una mortalidad global de 15,2%. Este no es el riesgo actual de nuestros pacientes. La mortalidad en 1976-1978 fue de 3,5%.
- El factor que se identificó como de mayor correlación con la mortalidad operatoria fue la edad, señalando un riesgo creciente significativo para los grupos de edades mayores.

- Las lobectomías acarrearán la mitad del riesgo quirúrgico que las neumonec-tomías por resecciones ampliadas, pero este hecho expresa también la calidad de los pacientes sobre los que se realizan, ya que neumonec-tomías y resecciones ampliadas no son operaciones de elección, sino de necesidad.
- La asociación de radioterapia previa a cirugía demostró tener un riesgo mayor de mortalidad, pero también aquí el grupo en consideración se constituyó con pacientes de mayor riesgo.
- La mortalidad operatoria no se co-relacionó claramente con: el sexo, localización del tumor, hallazgos operatorios, ni con la etapa clínica.
- La sobrevida global a los 5 años fue de 25,76%.
- Los pacientes mayores de 60 años demuestran una menor posibilidad de exceder los 5 años de sobrevida.
- La mejor posibilidad de sobrevida lo ofrecen los pacientes asintomáticos. La demora en el diagnóstico se correlacionó demostrando mayor sobrevida en pacientes operados con síntomas de más de un año. Esto demuestra o expresa la *indolencia* de sus tumores.
- Los tumores de los lóbulos superiores ofrecen mejores perspectivas que el resto de las localizaciones. No hubo diferencia entre tumores centrales y periféricos. Los pacientes lobectomizados tienen un pronóstico muy superior al de los

- neumonectomizados o que tenían operaciones ampliadas. Estos hallazgos se enjuician, más que a las operaciones, al tipo de paciente que las tenían.
- La asociación con radioterapia previa ofrece indicios de que mejora el pronóstico de los pacientes y merece establecerse como modelos tecnológicos terapéuticos en pacientes seleccionados.
 - Los tumores indiferenciados establecen un pronóstico peor que los epidermoides y adenocarcinomas.
 - La presencia de metástasis ganglionares regionales ofrece un criterio pronóstico malo en cuanto a sobrevida.
 - La etapa clínica y los hallazgos operatorios se correlacionan de manera perfecta con la sobrevida.

SUMMARY

Yofre Pizarra, R. et al. *Pulmonary resections due to carcinoma*. Rev Cub Med 20: 3, 1981.

One hundred seventy one patients to whom was performed pulmonary resections due to carcinoma (70% of the explored) are analyzed. Age was the fundamental factor on the operative mortality. Lobectomy caused a half of surgical risks due to pneumonec- tomy. Surgical mortality was not related to sex neither to tumoral localization or clinical stage. A five year global survival was 25,76% for operated patients alone, and 31% for those patients who previously underwent radiant treatment. The best survival pos- sibility corresponded to asymptomatic patients. Indifferentiated carcinomas had worse prognosis than epidermoid cáncer and adenocarcinomas. The presence of nodal regional metástasis and the extensión to other structures establish a bad prognosis criterium regarding survival. Isolated nodes had 60% of a five year survival. Clinical stage was perfectly correlated with survival.

RÉSUMÉ

Yofre Pizarra, R. et al. *Resections pulmonaires par carcinome*. Rev Cub Med 20: 3, 1981.

Il s'agit de l'étude de 171 patients ayant subi une résection pulmonaire par carcinome (70% des explorés). L'âge a constitué un facteur fondamental dans la mortalité opératoire. La lobectomie a provoqué la moitié du risque chirurgical de la pneumonectomie. Ni le sexe, ni la localisation tumorale, ni le stade clinique étaient en rapport avec la mortalité chirurgicale. La survie globale à 5 ans a été de 25,76% pour les opérés seulement, et de 31% pour les patients qui ont reçu traitement par rayonnements au préalable. La meilleure possibilité de survie a correspondu aux patients asymptomatiques. Le pronostic des carcinomes indifférenciés a été pire que celui des carcinomes épidermoïdes et des adénocarcinomes. La présence de métastases régionales ganglionnaires et l'extension à d'autres structures établit un mauvais pronostic en ce qui concerne la survie. Les nodules isolés ont eu une survie de 60% à 5 ans. Le stade clinique était en parfait corrélation avec la survie.

