

---

---

# Tabaco y cáncer de pulmón en Asturias

(Smoking and lung cancer in Asturias, Spain)

---

---

Sr. Director:

El interesante trabajo de Caicoya et al<sup>1</sup> permite hacer una buena aproximación a cómo influyen ciertas variables relacionadas con el hábito tabáquico en el riesgo de cáncer de pulmón. Sin embargo, hay ciertos aspectos que, a mi entender, deberían ser matizados o descritos con mayor detalle. En primer lugar, llama la atención el escaso efecto obtenido con el consumo de tabaco, tanto para el número de cigarrillos/día como para la cantidad acumulada en la vida. Otros estudios, alguno de ellos realizado en España, indican riesgos más elevados<sup>2,3</sup>. ¿Podría esto deberse a la procedencia hospitalaria de los controles y que éstos tengan un consumo de tabaco superior a la población de referencia, es decir, el clásico «sesgo de Berkson»? Esta posibilidad se suscribe con la falta de significación del hábito tabáquico para el adenocarcinoma pulmonar, a pesar de ser este tipo histológico de cáncer de pulmón el menos asociado al tabaco, y con la no existencia de diferencias entre casos y controles en los fumadores actuales (tabla 1 del artículo comentado<sup>1</sup>). También es necesaria la definición de fumador actual, ya que se entiende, a través de la tabla 2 del trabajo, que muchos fumadores actuales deben ser casos. De hecho, los riesgos más altos de todo el estudio se obtienen para los que han dejado de fumar hace un año, lo que coincide con la bibliografía, al haber muchos casos no diagnosticados que dejan el hábito en el año previo al diagnóstico porque la enfermedad ya está instaurada. También se puede observar en la tabla 1 que hay un 92,9% de fumadores actuales y ex fumadores entre los casos frente a un 66,3% en los controles. Esto significa que sólo un 33,7% de los controles nunca habían fumado, cifra baja que puede sesgar la *odds ratio* hacia

un menor efecto. Otro aspecto que necesita alguna aclaración es cómo se ha realizado el ajuste por edad (tabla 2). Esta variable necesita ser tratada con cautela en los estudios epidemiológicos que pretendan analizar factores relacionados con el tabaco. Esto se debe a que la cantidad fumada durante la vida incluye en sí misma la variable edad (dosis por duración del hábito, en la que la duración es la parte de la variable edad. Así, la propia edad del individuo es, en el caso de un fumador o ex fumador, igual a edad de inicio + duración del hábito + años de abstinencia (en su caso), lo que puede provocar un claro fenómeno de sobreajuste que debería ser explicado o tenerse en cuenta<sup>4</sup>.

Por otra parte, se debería especificar cómo se ha clasificado el riesgo laboral (definitivamente asociado, dudosamente asociado y sin sospecha de asociación). Existen clasificaciones publicadas<sup>5</sup> al respecto y su utilización puede evitar la aparición de arbitrariedades en la clasificación de ocupaciones. En la tabla 1 no se observan diferencias en las ocupaciones del posible riesgo, como sí se manifiesta habitualmente en la bibliografía.

Coincidiendo plenamente con las conclusiones de los autores, no nos queda más que seguir profundizando en el estudio de la lacra del tabaco con transparencia metodológica, que permita que la industria tabaquera, siempre atenta, no manipule para su propio provecho el buen trabajo de los epidemiólogos que se dedican al estudio del cáncer de pulmón.

**Alberto Ruano**

Área de Medicina preventiva y Salud Pública.  
Universidad de Santiago de Compostela. Santiago  
de Compostela. A Coruña. España  
Correo electrónico: mralbert@usc.es

---

---

## Bibliografía

1. Caicoya M, Mirón JA. Cáncer de pulmón y tabaco en Asturias. Un estudio de casos y controles. *Gac Sanit* 2003;17:226-30.
2. Armadans-Gil L, Vaqué-Rafart J, Rosselló J, Olona M, Alsedá M. Cigarette smoking and male lung cancer risk with special regard to type of tobacco. *Int J Epidemiol* 1999;28:614-9.
3. Simonato L, Agudo A, Ahrens W, Benhamou E, Benhamou L, Boffetta P, et al. Lung cancer and cigarette smoking in Europe: an update of risk estimates and assessment of inter-country heterogeneity. *Int J Cancer* 2001;91:876-87.
4. Leffondré K, Abrahamovitz M, Siemiatycki J, Rachet B. Modeling smoking history. A comparison of different approaches. *Am J Epidemiol* 2002;156:813-3.
5. Ahrens W, Merletti F. A standard tool for the analysis of occupational lung cancer in epidemiological studies. *Int J Occup Environ Health* 1998;90:1440-50.