

II. CANCER DE PULMON

Análisis de 60 resecciones pulmonares

Dr. Ariel A. Sabas, Médico del Servicio de Cirugía II. Jefe de Trabajos Prácticos de la II Cátedra de Clínica Quirúrgica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.

Dr. Jorge E. Abdala, Médico de Guardia del Hospital Central. Auxiliar de 1ª de la I Cátedra de Clínica Quirúrgica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.

Dra. María Muñoz, Ex Residente de Cirugía II del Hospital Central, Mendoza, Argentina.

Dr. Jorge Pérez, Jefe del Servicio de Cirugía II del Hospital Central y Profesor Titular de la II Cátedra de Clínica Quirúrgica Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.

RESUMEN

Se presentan 168 enfermos portadores de cáncer de pulmón, de los cuales 78 fueron sometidos a cirugía y 60 de éstos lograron una resección pulmonar. Se analizan estas 60 resecciones pulmonares de acuerdo con el tipo de cirugía, tipo histológico, estudio TNM clasificatorio de la enfermedad, las complicaciones y las sobrevividas. Se aconsejan los caminos a seguir para mejorar los resultados en el tratamiento de esta enfermedad.

SUMMARY

A hundred and sixty-eight patients bearing cancer of the lung are presented. Seventy eight of these patients were submitted to surgery and sixty reached lung resection. These resections are analyzed in accord with the surgical and histological type, the TNM classification of the pathology, complications and survival. The way to improve results in the treatment of this pathology is advised by the authors.

El cáncer de pulmón sigue constituyendo la neoplasia más frecuente en el sexo masculino y concentra el interés de los médicos por su relación con agentes cancerígenos mutágenos, entre los cuales debemos citar el humo del cigarrillo (con su contenido de benzopirenos y otras sustancias), los gases de combustión de los motores, la irradiación, asbesto, amianto, cromo, etc.

Ante la necesidad de hallar procedimientos que permitan su diagnóstico temprano y terapéutica que permitan una mejor sobrevivida, es propósito de este trabajo comunicar la experiencia recogida en el estudio de 168 enfermos portadores de cáncer de pulmón.

MATERIAL Y METODO

Se analizaron 168 enfermos portadores de cáncer de pulmón internados en el servicio de Cirugía II del Hospital Central de Mendoza y de la actividad privada entre 1970 y mayo de 1986.

Correspondieron 91 % al sexo masculino y 9 % al femenino, siendo el promedio de edad 50 a 60 años, con edades límites entre los 15 y 75 años.

El índice de operabilidad fue de 46 % (78 pacientes), mientras que el índice de reseccibilidad fue de 35 % (60 pacientes).

Por lo tanto, de 78 pacientes operados se practicó:

- Toracotomía exploradora..... 18 pacientes
- Neumonectomía..... 20 pacientes
- Lobectomía..... 27 pacientes
- Bilobectomía..... 7 pacientes
- Lobectomía con resección en manguito..... 1 paciente
- Resección segmentaria..... 5 pacientes

Haremos el análisis sobre los 60 enfermos en quienes se pudo practicar resección del tumor pulmo-

nar y se determinó con exactitud el tipo histológico y el estudio siguiendo la clasificación TNM y el agrupamiento de la Unión Internacional contra el Cáncer que sufre modificaciones hasta 1978 (ya que ahora comenzamos a utilizar otro tipo de estadificación).

La determinación del tipo histológico en 60 resecciones pulmonares fue la siguiente:

- Carcinoma epidermoide..... 27 pacientes
- Indiferenciado de células grandes 19 pacientes
- Adenocarcinoma (incluidos tres bronquioalveolares)..... 11 pacientes
- Indiferenciado de células pequeñas (Oat-cell)..... 2 pacientes
- Cilindroma maligno..... 1 paciente

Se incluye una enferma con un cilindroma maligno y ganglios hiliares positivos, ya que éste se considera actualmente dentro de los tumores neuroendocrinos del Cáncer de pulmón.

La estadificación, de acuerdo con la clasificación ya mencionada, fue la siguiente:

- Estadios Ia..... 4
- Estadios Ib..... 11
- Estadios II..... 18
- Estadios III..... 26
- Estadios IV..... 1

RESULTADOS

La mortalidad posoperatoria sucedió en 7 pacientes por las siguientes causas:

- Fístula posneumonectomía..... 2
- Insuficiencia respiratoria..... 2
- Empiema posneumonectomía..... 1
- Accidente cerebrovascular..... 1
- Sepsis posoperatoria..... 1

La morbilidad sucedió en 3 pacientes por las siguientes causas, curando todos ellos:

- Fístula poslobectomía 2 casos
- Empiema poslobectomía 1 caso

La fístula bronquial se presentó en 4 oportunidades (6,6 %), dos de ellas posteriores a lobectomía (que curaron) y dos pospneumonectomía (no curaron).

Hubo 2 empiemas pospneumonectomía, uno de ellos por anaerobios (peptoestreptococo), curó mediante toracotomía de limpieza y toracoplastia.

En cuanto a las sobrevidas, si bien no todos los pacientes han superado los 5 años de la resección pulmonar, podemos ver lo siguiente:

- 5 pacientes han superado los 5 años sin signos de enfermedad
- 1 paciente ha superado los 4 años sin signos de enfermedad
- 2 pacientes han superado los 3 años sin signos de enfermedad
- 4 pacientes han superado los 2 años sin signos de enfermedad
- 2 pacientes han superado el año sin signos de enfermedad
- 3 pacientes han superado algunos meses sin signos de enfermedad

El resto, pese a los tratamientos instituidos, fueron superados por su enfermedad, sin dejar de advertir que muchos de los enfermos que fueron operados superaron el año y hasta los 6 años, falleciendo por otras enfermedades: cardíaca, arterioesclerosis, etc.

A todos los enfermos con estadios II, III o IV operados se los sometió posteriormente a radiaciones y quimioterapia, de acuerdo con el tipo histológico del tumor. Para las sobrevidas de estos pacientes, siguen siendo favorecidos los que tienen un carcinoma epidermoide o pavimentoso en estado I, o sea sin

adenopatías hiliares metastásicas. El resto sufre diferentes tipos de sobrevidas, donde entran a jugar otros tipos de parámetros: estadio, tipo histológico, estado inmunario del paciente, etc.

DISCUSION

Sigue siendo la cirugía de resección la única que puede ofrecer sobrevidas alejadas en estos pacientes y que consecuentemente complementadas con las radiaciones y/o quimioterapia logran aumentar la chance en estos pacientes.

La nueva estadificación propuesta por el capítulo Argentino de Cirugía Torácica, propuesta de la Thoracic American Society y el estudio previo de estos enfermos con tomografía axial computada y/o mediastinoscopia, punción percutánea, etc., permitirá determinar más frecuentemente el tipo histológico y la invasión ganglionar del mediastino y, por lo tanto, limitar a estos pacientes a una cirugía de resección que cuente con las mejores oportunidades de sobrevida.

De acuerdo con otros autores quedan algunos cambios para intentar solucionar esta grave enfermedad:

1. La prevención de la enfermedad evitando el humo del cigarrillo y los factores de contaminación aérea.
2. El diagnóstico temprano y la cirugía oportuna, para lo cual debe haber una sospecha sistemática del clínico, radiólogo, etc., y que más de una vez puede ser diagnosticado con sólo pensar en el mal.
3. Esperar que las sucesivas investigaciones sobre el cáncer nos den otras armas terapéuticas.

BIBLIOGRAFIA

1. Grinspan, R.: "Estadificación del cáncer del pulmón por medio del vaciamiento mediastinal como procedimiento de rutina". Rev. Argent. Cirug., 50:10, 1986.