

TRABAJOS ORIGINALES

I. CANCER DE PULMON A propósito de 230 casos

Dr. José Alberto Guevara
Dr. Ricardo R. Ryan
Dr. Eduardo Pons
Dr. Salvador Galiardi

Unidad Pedagógica, Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Cuyo.
Servicio de Cirugía del Tórax, Hospital José N. Lencinas, Mendoza, Argentina.

RESUMEN

Se presenta una serie de 230 enfermos de cáncer de pulmón, realizándose 106 resecciones y 73 toracotomías exploradoras. Excluyéronse numerosos detalles; sólo hemos querido dar una versión general de la demora en el diagnóstico.

El esfuerzo debe estar dirigido a la prevención, revalorización por parte del médico y del enfermo de los síntomas considerados banales y sistematizar la búsqueda en individuos de "alto riesgo" mediante la citología de esputo y radiografías.

SUMMARY

The present survey have been made over 230 patients with lung cancer, including 106 resections and 73 exploratory thoracotomies. Several details were excluded just to give only a general overview about the delay in diagnostic.

As concluded, the major effort should be emphasised over prevention, reevaluating the symptoms considered as banal either as the doctor or the patient point of view, and making a systematical search over "high risk" people through sputum cytology and roentgenograms.

El cáncer de pulmón representa aproximadamente 30 % de todas las localizaciones de esa enfermedad, con fuerte tendencia a sobrepasar dicha cifra. La resección quirúrgica sigue siendo la base del tratamiento en los pacientes que tienen la enfermedad localizada, pero sólo 33 % de ellos se curarán y algo menos de 10 % sobrevivirá cinco años con cáncer broncopulmonar.

Todo pesimismo es poco constructivo y es preciso que los médicos profundicen el estudio de la historia natural del cáncer y los métodos que deben usarse para su diagnóstico. Con el uso racional de esta secuencia de medios de diagnósticos no agresivos, tenemos 25 a 30 % de falsos negativos en carcinomas periféricos y no debemos esperar un resultado positivo para un diagnóstico de cáncer. En tales condiciones la toracotomía exploradora no debe demorarse.^{1,2}

MATERIAL

Se presenta una serie de 230 enfermos tratados en el Hospital "José N. Lencinas" de Mendoza, correspondiendo 198 (86 %) al sexo masculino y 32 (13,9 %) al sexo femenino.

Las edades fueron:

0-13 años:	2 casos
30-40 años:	16 casos
41-50 años:	43 casos
51-60 años:	91 casos
61-70 años:	74 casos
71-80 años:	4 casos

Los dos casos de corta edad correspondieron a un niño de 7 años y una niña de 13 años, ambos con leiomiomas.

La sintomatología hallada la agrupamos de acuerdo con R. Rulliere:⁽¹⁰⁾

Manifestaciones lentas

Dos tercios se refieren a síntomas funcionales.

Tos seca.....	88 casos
Tos productiva.....	32 casos
Hemoptisis.....	78 casos
Dolor torácico.....	81 casos
Síndrome cérvico braquial.....	20 casos
Disnea - Crisis de broncoespasmo.....	28 casos
Astenia.....	30 casos
Pérdida de peso.....	55 casos

Manifestaciones agudas

Neumonía.....	15 casos
Neumonitis.....	14 casos
Síndrome febril.....	28 casos
Bronquitis.....	32 casos

Manifestaciones atípicas

Síntomas que llevan a la consulta a otros especialistas por metástasis, propagación locorregional o síndromes paraneoplásicos:

Disfagia.....	4 casos
Disfonía.....	7 casos
Síndrome mediastinal.....	3 casos
Síndromes paraneoplásicos, hipocratismo digital.....	11 casos
Osteoartropatía hipertrofica néumica.....	9 casos
Artritis.....	30 casos
Ginecomastia.....	5 casos
Hipercorticismos.....	1 caso
Síndrome carcinoide.....	2 casos
Miositis.....	6 casos
Neuropatías sensitivas.....	3 casos
S. cerebeloso.....	1 caso
Dermatomiositis.....	1 caso
Tromboflebitis.....	5 casos
Anemias.....	4 casos
Asintomáticos.....	3 casos

Esta agrupación establece un valor relativo a las cifras encontradas. Sin embargo tienen un inmenso valor al mostrar un panorama general de las múltiples facetas que puede presentar el inicio de un cáncer de pulmón.^(11,2)

La secuencia radiológica consignada es:

Atelectasia.....	79 casos
(5 de atelectasia total)	
Opacidad hilar derecha.....	23 casos
Opacidad hilar izquierda.....	19 casos
Total.....	42 casos
Nódulo periférico derecho.....	31 casos
Nódulo periférico izquierdo.....	23 casos
Total.....	54 casos
Derrame pleural.....	15 casos
Cavitarias abscedadas.....	13 casos
Neumonitis.....	10 casos
Quística.....	5 casos
Hidroneumotórax.....	4 casos
Tumor mediastinal.....	5 casos
Radiología normal.....	3 casos
(1 carcinoma de carina y 2 carcinoides de tráquea)	

La serie radiológica se completó con tomografía lineal de frente, perfil y oblicua a 57°, obteniendo excelentes resultados. En 30 casos se realizaron broncografías donde la virola y la amputación del segmento bronquial fueron los signos patognomónicos. Wisenbaum demuestra la utilidad de la misma, sobre una serie de 147 broncografías logra 89 % de diagnóstico positivo. La TAC se realizó en escaso número de enfermos.⁽¹¹⁾

El tiempo de evolución entre la iniciación de los síntomas y el diagnóstico clínico radiológico se estableció en 188 enfermos de los 230, encontrándose: 6-12 meses de evolución: 62,7 % - 118 casos
Hasta 5 meses de evolución: 37,3 % - 70 casos

Tres casos asintomáticos fueron hallazgos radiológicos. De los 39 casos restantes no se pudo conocer con exactitud el tiempo de iniciación.

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO

La citología de esputo se realizó en 90 casos, 38 fueron positivos.

La broncoscopia se realizó en 65 casos, 47 fueron positivos.

La broncofibroscopia se realizó en 85 casos, 70 fueron positivos.

La biopsia de Daniels se realizó en 14 casos, 10 fueron positivos.

La punción pleural (biopsia y citología de líquido) se realizó en 12 casos, 7 fueron positivos.

La toracotomía exploradora y la biopsia se realizaron en 73 casos, 73 fueron positivos.

Las resecciones pulmonares se realizaron en 103 casos, 103 fueron positivos.

La resección limitada traqueal se realizó en 3 casos, 3 fueron positivos.

No fueron explorados quirúrgicamente 51 de los pacientes por presentar biopsia de Daniels positiva, citología y biopsia pleural positivas, alteraciones cardiorrespiratorias y los portadores de tumor en carina.

UBICACION DE LAS LESIONES Y OPERACION REALIZADA

Hemitórax derecho

Neumonectomía.....	24 casos
Lobectomía superior.....	26 casos
Lobectomía inferior.....	9 casos
Lobectomía superior más pared.....	4 casos
Lobectomía superior y media (bilobectomía).....	2 casos
Lobectomía media e inferior.....	2 casos
Resección limitada traqueal.....	3 casos
Lobectomía y segmentaria.....	1 caso
Total.....	71 casos

Hemitórax izquierdo

Neumonectomía.....	14 casos
Lobectomía superior.....	12 casos
Lobectomía inferior.....	7 casos
Lobectomía y segmentaria.....	1 caso
Lobectomía superior más pared.....	1 caso
Total.....	35 casos
Total de resecciones.....	106 casos

La mortalidad intraoperatoria y posoperatoria, hasta los 7 días, observada fue de 7,5 %, en 106 resecciones.

Muerte intraoperatoria:

Paro cardíaco: 1.

Hemorragia: 3.

Muerte mediata hasta 7 días:

Insuficiencia cardiorrespiratoria: 2.

Neumotórax hipertensivo por rotura de frascos de drenajes: 1.

FBP, empiema y sepsis: 1.

Las complicaciones posoperatorias son frecuentes en este tipo de cirugía, consecuencia directa de la enfermedad, taras cardiorrespiratorias y la magnitud de los procedimientos quirúrgicos.

En nuestros operados observamos:

Complicaciones posoperatorias.

Neumonectomías

Fístula broncopleurales	2 casos
(Tratamiento: 1 drenaje pleural, 1 toracoplastia)	
Empiema sin fístula	4 casos
Hemorragia	1 caso

Lobectomías

Fístula broncopleurales	4 casos
(Tratamiento: toracoplastia)	
Fístula bronquiolar	2 casos
(Tratamiento: drenaje)	
Empiemas	3 casos
Hemotórax y atelectasia	6 casos
(Tratamiento: drenaje)	
Insuficiencia respiratoria	3 casos
Atelectasia por mal funcionamiento de tubos	5 casos

En 73 casos se efectuó toracotomía exploradora y biopsia, debido a la extensión locorregional de la lesión, que los hacía irreseccables. Se detalla a continuación la extensión de las mismas.

Toracotomía exploradora y biopsia

Invasión a pared	20 casos
Invasión mediastinal y cardíaca	26 casos
Invasión diafragmática	5 casos
Invasión cadena ganglionar mediastinal ...	22 casos

DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO

El estudio anatomopatológico de las piezas reseca- das confirmó en todos los casos el diagnóstico. La mayoría fue clasificada según su estirpe histológica, salvo en 29 casos no clasificados, que correspondieron a material obtenido de punciones pleurales y citológicos.

Carcinoma epidermoide

Bien diferenciado	25	Hombres: 64
Moderadamente diferenciado ..	20	Mujeres: 8
Poco diferenciado	27	
Total	72	(31,30 %)

Carcinoma anaplásico de células pequeñas

Oat-cells - Células en avena ...	15	Hombres: 30
Células intermedias	20	Mujeres: 5
Total	35	(15,21 %)

Adenocarcinoma

Bien diferenciado	21	Hombres: 50
Moderadamente diferenciado ..	17	Mujeres: 11
Poco diferenciado	13	
Broncoalveolar	10	
Total	61	(26,52 %)

Carcinoma de grandes células

Gigantes	7	Hombres: 15
Claros	1	Mujeres: 3
Elementos de adenocarcinoma ..	10	
Total	18	(7,82 %)
Carcinoides	10	(3 mujeres - 7 hombres)
Cilindroma	1	(mujer)
Mucoepidermoide	2	(mujeres)
Leiomioma	2	
Inclasificados	29	

La clasificación de cáncer pulmonar según la definición TNM en este trabajo tiene otra intención, que es la de señalar la pérdida de tiempo en decidir una conducta activa.

Observamos:

Etapa I: $T_1 N_0 M_0$ - 12 casos - 6,7 %
 $T_1 N_1 M_0$

Etapa II: $T_2 N_0 M_0$ - 16 casos - 8,9 %
 $T_2 N_1 M_0$

Etapa III: $T_3 N_0 M_0$ - 151 casos - 83,7 %
 $T_3 N_1 M_0$

CONCLUSIONES

Hay circunstancias que imposibilitan que esta enfermedad se pueda detectar en forma temprana. Estas dependen de: 1) la naturaleza de la enfermedad; 2) la interacción huésped-tumor; 3) fallas en el diagnóstico imputables al médico, y 4) descuido del paciente.

El reconocer estos hechos y la educación en el diagnóstico y prevención son los aspectos más prometedores en el tratamiento del carcinoma broncopulmonar.

En la casuística presentada nos alarma el tiempo transcurrido entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico clínico radiológico, ya que 62,7 % tenía entre 6 y 12 meses de evolución y 37,3 % llevaba 5 meses. Estos guarismos son indicadores directos del desprecio mostrado hacia la sintomatología, tanto por el médico como por el paciente. Si bien es cierto que no tenemos un síntoma guía patognomónico de esta enfermedad, vemos que los $\frac{1}{4}$ corresponden a síntomas funcionales de manifestación lenta, a los que no se presta la debida atención, como son: tos, dolores torácicos, cervicebraquialgias, astenia, broncoespasmo, etc., signos que no deben ser tratados sin un diagnóstico seguro.

Hacemos notar que en los enfermos de alto riesgo, los procesos agudos como neumonitis, neumonías o bronquitis, que no responden al tratamiento en 15 días, deben intensificarse otros medios de diagnóstico y no atribuirlos al genio epidemiológico de un germen.

Esta demora ocasiona lógicamente un desequilibrio en la interacción huésped-tumor, con mayores dificultades operatorias y pronósticos reservados con el tratamiento radiante quimioterápico.

Por estos motivos el Dr. Brea prefiere hablar de diagnóstico oportuno en lugar de diagnóstico precoz o temprano. El diagnóstico oportuno es el que se hace en el momento en que una afección puede ser tratada con éxito. Sin embargo, debemos deducir que es imprescindible que el médico piense en el cáncer de pulmón cuando se ven imágenes anormales o no en las radiografías.

BIBLIOGRAFIA

1. Bracco, Angel. "Cáncer de pulmón". Temas de Neumonología. Actualización de Tratamientos 6, 81.
2. Brea Mario, M.: "Cáncer de pulmón". Edit. El Ateneo, Buenos Aires, 1948.
3. Brett, G. Z. "Earlier diagnosis and survival in lung cancer". Brit. Med. J., 4:260, 1969.
4. Brouil, K. R., y Weiss, W. "Is curable lung cancer detected by semiannual screening?" J. Amer. Med. Assoc., 224:1361, 1973.
5. Feinstein, A. R. "Symptomatic patterns, biologic behavior, and prognosis in cancer of the lung". Ann. Intern. Med., 61: 27, 1964.
6. Mathys, J., y col.: "Les pneumonectomies pour cancer". Encyclopédie Médico Chirurgicale. Techniques Chirurgicales p. 1, 43200.
7. Matthews, M. S.: "Morphologic classification of bronchogenic carcinoma". Cancer Chemother. Rep., 4:229, 1973.
8. Mountain, C. F., Carr, D. T., y Anderson, W. A.: "A system for the clinical staging of lung cancer". Am. J. Roentgenol. Radium Ther. Nucl. Med., 120:130, 1974.
9. Piñeyro, J. A.; Pinlos Fuciles, R., y Fossemale, J. R. (Uruguay). "Síntomas iniciales del carcinoma de pulmón con especial referencia a los síntomas paraneoplásicos". XI Congreso Panamericano de la Tuberculosis y Enfermedades del Aparato Respiratorio. ULAST. Tomo II, p. 145, 1966.
10. Rulliere, R., Dessiner, J. L.: "Tumeurs malignes des bronches et de la trachée". Médico Chirurgicale, 5-1968, 6022 á 10.
11. Wissenbaum, J. (Forth Wayne, Indiana). "Bronchograpy in diagnosis of bronchogenic carcinoma". Dis. Chest, 46: 331, 1964.