

## EL TRATAMIENTO DEL ADENOMA BRONQUIAL

*Dr. J. Juncosa Orga*

El adenoma bronquial, a pesar de su crecimiento lento, su topografía casi siempre localizada y su escasa repercusión sobre el estado general, no puede considerarse un tumor benigno si no se trata correctamente en plazo razonable. Abandonado a su evolución espontánea o tratado de manera incompleta, ocasiona siempre la muerte del paciente en un plazo más o menos largo.

El tratamiento del A. br. consiste en la ablación del tumor, cumpliendo los dos requisitos siguientes. 1) Extirpar toda la lesión, y 2) Procurar que la intervención sea lo más conservadora posible, respetando el máximo parenquima respirante.

El momento operatorio será, salvo contraindicaciones particulares, lo más precoz posible a partir de un diagnóstico establecido.

### PROCEDERES TERAPÉUTICOS.

#### 1.—*Exéresis por vía endoscópica.*

- a) Broncotomía simple.
- b) Resección del tumor con su base de implantación.
- c) Resección del tumor con el fragmento anular de tráquea o bronquio.

#### 2.—*Exéresis transpleural ...*

- d) Resección pulmonar.
  - 1. Segmentectomía.
  - 2. Lobectomía o bilobectomía.
  - 3. Neumonectomía.
    - Simple.
    - Radical.
- e) Combinaciones de «b» con «d2».

#### 3.—*Radiumterapia.*

#### 4.—*Radio y cobaltoterapia.*

1.—*Exéresis por vía endoscópica.*—Esta vía, en principio, ofrece más riesgos que ventajas. Siempre se originan hemorragias que en algunas ocasiones pueden ser de consecuencia fatal. Ya la simple biopsia puede ser peligrosa en este sentido por tratarse de tumores muy vascularizados. Resulta particularmente peligrosa esta vía en las personas de edad o que presentan insuficiencia respiratoria.

WILKINS, CLEMENT, DARLING, LAMAR, SOUTTER y SNIFFEN han descrito dos casos de muerte por hemorragia consecutivas a la práctica de la biopsia.

Después de las extirpaciones endoscópicas son frecuentes las recidivas «in situ» por resección incompleta del tumor. Otra de las desventajas de este proceder son las estenosis bronquiales cicatrizales a que dan lugar, creando nuevos problemas. Para resolverlos es necesario entonces practicar una resección bron-

quial o una resección pulmonar que, llevadas a cabo de primera intención, hubiesen resuelto el problema de una manera directa y eficaz.

En conjunto, puede decirse que sólo está justificada cuando se reúnan las condiciones que se exponen al tratar de la elección del procedimiento a emplear o en aquellos casos en los que no sea posible una toracotomía a pesar de tomar todas las precauciones posibles (Trendelenburg, decúbito lateral sobre el lado en que asienta el tumor, etc.).

*Broncotomía simple.*—Cuando por broncoscopia, broncografía y exploración táctil directa del bronquio se tenga una exacta localización del tumor, es suficiente la broncotomía. La incisión del bronquio se hará entonces sobre la masa tumoral y en sentido transversal a la luz bronquial con el fin de evitar ulteriores estenosis cicatrizales, mientras que cuando sea preciso explorar a bronquio abierto, la incisión se hará en sentido longitudinal para abarcar mayor extensión del mismo.

Según GOLDMAN por broncotomía simple pueden extirparse el 10 por 100 de todos los adenomas y siempre representa el primer tiempo de la siguiente intervención.

*Resección del tumor con su base de implantación causando una pérdida de sustancia parcial de la pared de la tráquea o bronquio.*—Cuando el tumor tiene una amplia base de implantación o es infiltrante es preciso reseca una porción mayor o menor de la pared traqueal o bronquial, reconstruyendo seguidamente la pérdida de sustancia. En la tráquea la reparación se hará mediante un injerto dérmico armado tipo GEBAUER.

En el bronquio la reconstrucción puede conseguirse por simple broncoplastia cuando la pérdida de sustancia es limitada y está en buena situación o por un injerto armado de GEBAUER, igual que en la tráquea.

*Resección anular traqueal con prótesis, o bronquial con anastomosis término-terminal.*—En la tráquea, cuando la infiltración del tumor obliga a una resección anular, la pérdida de sustancia se resuelve mediante un injerto cutáneo cilíndrico, armado con alambre, según técnica de GEBAUER, o con anillos de plástico.

OSLER ABBOTT menciona el caso de un cilindroma muy extenso de la tráquea cervical que englobaba seis anillos cartilaginosos, tratado con resección de toda la tráquea cervical y reconstrucción mediante un injerto cutáneo cilíndrico armado con anillos de plástico. En la actualidad hace siete años de la intervención y la enferma sigue bien, sin signos de recidiva.

Si la resección anular se ha practicado en un bronquio la pérdida de sustancia se corrige mediante una anastomosis término-terminal.

*Resección pulmonar.*—Puede abarcar desde una segmentectomía, pasando por una lobectomía o bilobectomía, hasta la exéresis total, incluso hasta la neumonectomía radical.

El 40 por 100 de los casos publicados han requerido una neumonectomía.

En principio se practicará una exéresis pulmonar:

a) Cuando el tumor no es extirpable por broncotomía, sea porque tenga una amplia base de implantación, porque es infiltrante en mucha extensión sin poder precisar el límite o porque esté localizado en un bronquio demasiado periférico.

b) Cuando haya alteraciones bronco-pulmonares distales no reversibles. (STEINER aboga por la reversibilidad de la mayoría de estas alteraciones, por lo que defiende la resección anular con anastomosis término-terminal.)

En muchos casos ofrece más garantía una exéresis pulmonar bien reglada que una anastomosis bronquial, especialmente si ésta es de un tronco proximal al que deben afrontarse dos o más troncos periféricos, por haberse resecaado a nivel de una bifurcación.

El estado funcional cardio-respiratorio del paciente tiene a veces influencia decisiva para inclinarse hacia una anastomosis, conservando todo el parenquima o por el contrario hacia una resección pulmonar.

c) Cuando se pueda sospechar cierta malignidad, sea por duda en el estudio histológico entre un carcinoma y un cáncer de pequeñas células o por tratarse de un cilindroma puro comprobado por biopsia.

d) Cuando radiológicamente se aprecie que el tumor ha rebasado el límite bronquial y afecta en mayor o menor grado el parenquima pulmonar.

e) Siempre que se trate de una recidiva.

La exéresis pulmonar radical se practicará siempre que se aprecie la existencia de adenopatías regionales que en biopsia per-operatoria se consideren afectadas.

#### ELECCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

Para saber ante un caso determinado cual es el mejor procedimiento a aplicar han de considerarse los siguientes puntos:

- 1.—Si el tumor es exclusivamente endotubular y, en caso afirmativo, si es pediculado o sesil, tamaño y localización topográfica.
- 2.—Si hay infiltrado la red traqueal o bronquial.
- 3.—Si hay invasión del parenquima pulmonar.
- 4.—Si hay metastasis ganglio-regionales.
- 5.—Si hay metastasis a distancia (síndrome carcinoma, biopsia hepática, tasa de ácido 5-hidroxi-3-indolacético en la orina y tasa de serotonina en sangre, datos que según PAUL KIRSCHNER son de gran valor incluso para el diagnóstico del adenoma).
- 6.—Si hay alteraciones pulmonares distales, con o sin supuración, recientes o antiguas.
- 7.—Cual es el estado general y funciones cardio-respiratorio del paciente.

#### ESQUEMA DE INDICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS.

Tumor pequeño, pediculado y asequible al broncoscopio de tal suerte que pueda practicarse una «biopsia-exéresis» completa, con imagen radiológica normal, sin clínica pulmonar y en paciente joven sin insuficiencia respiratoria y, por tanto, con facilidad para expulsar la sangre de sus vías aéreas: puede indicarse EXERESIS ENDOSCOPICA, aunque si una vez realizado el estudio histológico de «toda la pieza» se sospeche malignidad, se procederá inmediatamente a una EXERESIS PULMONAR.

*Tumor de implantación traqueal (sesil o infiltrante).—RESECCION y RECONSTRUCCION CON INJERTO.*

<i>Tumor implantado en br. tronco o en brs. lobares superior o inferior, sin imagen radiológica directa.</i>	Sin supuración. Con o sin atrapamiento aéreo o atelectasia ...	Broncografía exploradora.	RESECCION TUMOR.	BRONCOTOMIA. BRONCOPLASTIA. INJERTO. ANASTOMOSIS. EXERESIS PULMONAR. EXERESIS PARCIAL asociada a BRONCOPLASTIA.
	Con supuración.	Reciente.	RESECCION TUMOR.	BRONCOTOMIA. SIMPLE. BRONCOPLASTIA. INJERTO. ANASTOMOSIS. (STEINER) EXERESIS PULMONAR.
		Crónica.	EXERESIS PULMONAR lo más económica posible.	

*Tumor implantado en el bronquio lobar medio, bronquio lingular, bronquios segmentarios, sin imagen radiológica directa.—Con o sin manifestaciones de alteración parenquimatosa... RESECCION SEGMENTARIA O LOBAR.*

*Tumor visible a Rayos X.—... LOBECTOMIA, BILOBECTOMIA, NEUMONECTOMIA SIMPLE O NEUMONECTOMIA RADICAL.*

*Tumor con sospechas de malignidad.—... RESECCION PULMONAR AMPLIA, radical si es preciso.*

La implantación de RADIUM está prácticamente abandonada y la RADIO y COBALTOTERAPIA pueden ser soluciones de recurso en los cilindromas. (No tienen ninguna acción en los carcinoides y mioepiteliales.)