

Actitud quirúrgica en el carcinoma broncopulmonar que se acompaña de un derrame pleural homolateral

A. Cantó, A. Arnau, R. Guijarro, A. Fernández Centeno y M. Martorell*

Servicios de Cirugía Torácica y *Anatomía Patológica. Hospital General Universitario. Valencia

Se revisan 129 pacientes con carcinoma broncogénico que se acompaña de un derrame pleural homolateral. La existencia de un derrame pleural masivo es un índice de mal pronóstico, aunque no de inoperabilidad, ya que un 10 % de los casos han sido resecables.

Cuando el derrame es mínimo, el índice de operabilidad y resecabilidad es mayor, llegando al 71 %.

La citología positiva para células neoplásicas en el líquido pleural es indicativa de la existencia de metástasis o por contra, de que el tumor está invadiendo la pleura visceral y en algunos casos la costal también, por lo que aún con citologías positivas en un derrame pleural, sólo podremos clasificarlos como T₄ cuando se comprueben las metástasis pleurales. Cuando el derrame es masivo, la rentabilidad de la toracoscopia es indiscutible, siendo la toracotomía de elección ante los derrames mínimos que acompañan al carcinoma broncogénico.

Arch Bronconeumol 1992; 28:332-336

Surgical approach in lung carcinoma associated with homolateral pleural effusion.

We review 129 patients with bronchogenic carcinoma associated with homolateral pleural effusion. The presence of a massive pleural effusion is an index of bad prognosis, but not an indicative of inoperability since 10 % of cases were resectable. When pleural effusion is minimal, operability and resectability are higher and reach the 71 %. Positive cytology for neoplastic cells in pleural liquid indicates either, the presence of metastases or the invasion of the visceral pleura by the tumor. Thus, cases with positive cytology in pleural liquid can not be classified as T₄ until pleural metastases have been demonstrated. The yield of thoracoscopy in cases of massive pleural effusion is unquestionable. Thoracotomy is the elective approach in cases of bronchogenic carcinoma with minimal effusion.

Introducción

El carcinoma broncopulmonar (CBP) se acompaña en ocasiones de un derrame pleural homolateral. Le-Roux¹ encuentra dicha combinación en un 5-10 % de pacientes. Storey² y Kaiser³ describen en sus respectivas series una incidencia similar.

La existencia de dicha pleuresía se consideró frecuentemente como signo de inoperabilidad, y en el mejor de los casos de muy mal pronóstico, colocando al cirujano torácico, al neumólogo y al oncólogo en una situación de difícil situación diagnóstica y terapéutica en dichos pacientes.

Si además en la citología del líquido pleural se identifican células neoplásicas, se indica un tratamiento paliativo, ya sea con quimioterapia y/o radioterapia.

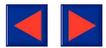
Mountain clasifica dicho hallazgo como inoperable y en el TNM los define como T₄ a no ser que las muestras de líquido pleural no hemorrágico sean negativas para células tumorales, clasificándolas en dicho caso como T₁, 2 y 3 en relación a la extensión tumoral.

Hasta aquí tenemos pues, dos posibilidades bien diferenciadas en relación a la citología del líquido pleural. Cuando exista una citología positiva, serán dados como inoperables por existencia de metástasis pleurales y cuando sean negativas, la incógnita que se presenta será si dicho resultado viene dado por la baja rentabilidad de la citología o porque la existencia del derrame pleural se debe a problemas paraneoplásicos locales como las neumonitis, abscesos y obstrucciones venosas y/o linfáticas locales.

En algunos casos sin signos de inoperabilidad local, si el derrame es por bloqueo mediastínico adenopático (N₂) o por metástasis a distancia (hepáticas más frecuentemente), se indicará la terapia combinada o la inoperabilidad, respectivamente.

Decker⁵ desarrolla la mediastinoscopia y la biopsia pleural a ciegas en los casos con citologías negativas y encuentra un grupo de pacientes toracotomizables, aunque después todos no serán resecables.

Buscando una técnica más rentable y menos cruenta que la toracotomía, desde hace años⁵ empleamos la toracoscopia diagnóstica ante un derrame pleural que acompaña a un CBP, obteniendo resultados satisfac-



torios comparables con los expuestos por Weissberg⁷ y Kauffman, Rodgers⁸ y Boutin⁹ entre otros. Hemos de hacer constar que si dichos autores indicaban la exploración siempre que la citología fuera negativa, nosotros la hemos venido realizando sin citología previa y sin tener en consideración el aspecto hemorrágico o no del derrame, con la justificación de que si encontrábamos metástasis durante y al final de la exploración, realizábamos la pleurodesis y si no encontrábamos metástasis, el paciente pasaba, ya sin líquido, a realizarse las pruebas preoperatorias comunes a todo paciente portador de un CBP para considerar su operabilidad.

En nuestra última revisión¹⁰ y a la vista de los resultados obtenidos, volvemos a cambiar nuestro protocolo de indicación de la toracoscopia, basándonos sobre todo en dos aspectos fundamentales¹⁰: la existencia de citologías positivas en pacientes a los que no se les detectaron metástasis pleurales y fueron resecables, y la relación estrecha que existe entre la cantidad de derrame pleural y posibilidades de operabilidad.

Método

En la actualidad¹⁰ y según la cantidad de derrame pleural, indicamos indistintamente la toracoscopia o la torcotomía "de entrada" ante todo CBP que se acompañe de un derrame pleural ipsilateral.

En los derrames masivos no cambiamos de actitud con respecto a protocolos anteriores. Se realiza la toracoscopia en quirófano con neuroleptoanalgesia. Lógicamente y debido a la cantidad de derrame, se suelen obtener buenas cámaras pleurales, permitiendo la observación de la totalidad de la cavidad.

Como vía de entrada usamos el 5.º o 7.º espacio intercostal en la línea axilar anterior. Una vez aspirado el líquido en su totalidad y remitiendo siempre muestra para citología, se introduce el toracoscopio. Si observamos la existencia de metástasis, efectuamos las correspondientes biopsias dirigidas, con control visual y finalizamos el acto con la correspondiente pleurodesis; nosotros usamos preferentemente talco.

Ante la duda diagnóstica, realizamos biopsias peroperatorias. Si no encontramos patología tumoral visible, realizamos tomas de biopsias pleurales y no practicamos la pleurodesis. Las localizaciones a observar y biopsiar en el CBP serán sobre todo las pleuras de vecindad al tumor¹⁰ (visceral y costal) y en su defecto realizamos las tomas sobre las pleuras visceral, costal inferior, mediastínica inferior y diafragmática, ya recomendada en anteriores publicaciones¹⁰⁻¹¹. En ambas situaciones dejamos un drenaje aspirativo que retiramos a las 48-72 horas.

Cuando la colección líquida es de pequeño volumen, sólo detectable en la TAC y que en los estudios radiográficos simples se presenta como pinzamientos de los senos costofrénicos, libres (Rx en decúbito) o encapsulados, preferimos realizar la torcotomía. Son derrames que no sobrepasan los 300-400 cc como máximo, no llegando corrientemente a los 100 cc.

Una vez realizada la torcotomía, aspiramos el líquido, que en muchas ocasiones será de aspecto serohemático, por contaminación durante la apertura torácica, y lo remitimos a Anatomía Patológica. Se explora minuciosamente la cavidad pleural buscando metástasis, sobre todo la pleura costal

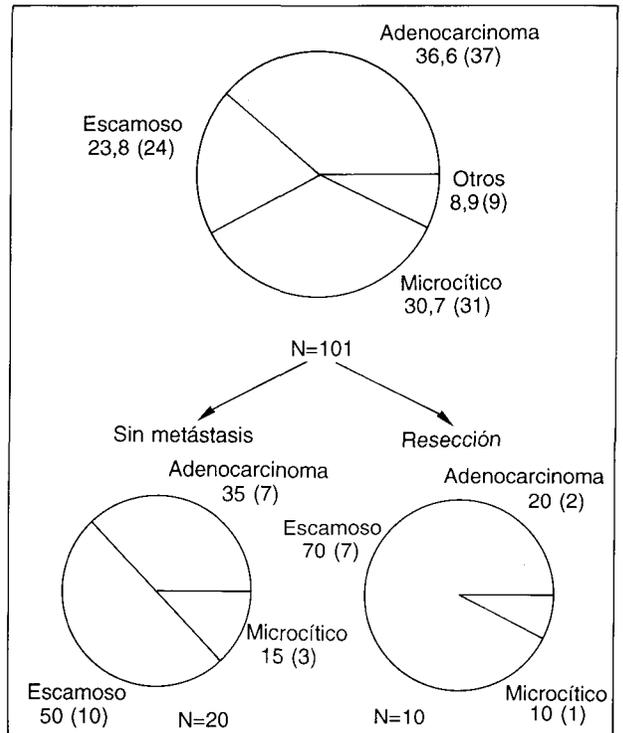


Fig. 1. Resultados en el grupo de las toracoscopias.

y visceral subyacente al tumor, que se biopsiará. Se comprobará si está invadida la pleura visceral por el propio tumor y si existen adherencias satélites. En caso de dudas macroscópicas, se acudirá a las biopsias peroperatorias. Si existen metástasis, tras la práctica de la pleurodesis (en nuestro caso con talco), se cierra la torcotomía según técnica habitual, dejando drenajes. Si no existen metástasis, realizamos la resección si es posible.

Procuramos que al inicio de la intervención, la incisión de la torcotomía sea reducida, siendo ampliable en caso de posibilidades de resección.

Resultados

Se han revisado 129 pacientes afectos de un CBP que se acompaña de derrame pleural. La edad media fue de 59,7 años (84-33) y en relación al sexo, el 70 % (90/129) del sexo masculino y el 30 % (39/129) del femenino.

La histología de la serie consta de un 42,5 % de adenocarcinomas, un 26 % de microcíticos, un 23,6 % de escamosos y un grupo de otras histologías compuesto por el 7,8 %.

Se dividen los pacientes en dos grupos. En el primero se incluyen grandes derrames recidivantes o no, a los que se les practicó sistemáticamente una toracoscopia diagnóstica y consta de 101 pacientes. En el segundo grupo se incluyen 28 pacientes que fueron sometidos a una torcotomía y que presentaban pequeños derrames localizados, sobre todo con la TAC.

En el primer grupo, como refleja la figura 1, no se encuentran metástasis pleurales en el 19,8 % (20/101)

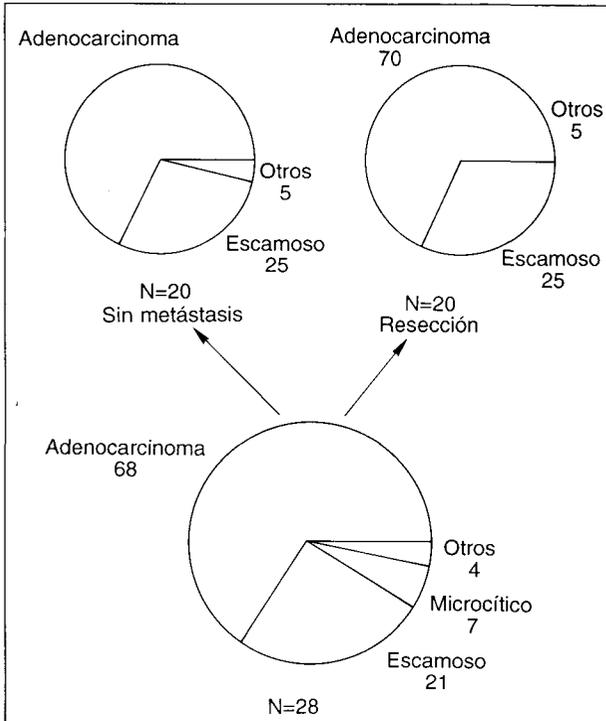
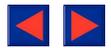


Fig. 2. Resultados del grupo 2 (toracotomías).

de la serie. Dicho pequeño grupo se programa para toracotomía, descartando de ellos 10 pacientes en los que por su histología, presencia de ganglios a distancia, invasión mediastínica o mal estado general, descartamos la resección. Se operaron pues el 9,9 % (10/

101), haciendo constar la existencia de un microcítico operado, ya que la biopsia endobronquial previa no era coincidente con el estudio histológico de la pieza de resección.

En el segundo grupo (fig. 2), un 71 % (20/28) de pacientes no presentaron metástasis pleurales y fueron resecables. El resto presentó metástasis pleurales.

Se revisan las citologías del líquido pleural de los pacientes de los dos grupos. En general, la citología fue positiva en un 46,5 % (60/129), destacando un 62 % cuando eran adenocarcinomas, un 21 % para los escamosos y sólo un 5,2 % para los microcíticos.

Las citologías positivas que se obtienen en los líquidos serohemáticos, superan a las halladas en los de aspecto seroso en proporción de un 2,5 por 1.

En el primer grupo (fig. 3) el 54 % (55 pacientes) de todas las citologías positivas correspondieron a pacientes con metástasis pleurales, por lo tanto no operables y los 46 pacientes restantes con citología negativa, el 43 % (20/46) no presentaron metástasis, siendo resecados 10 pacientes. Ningún enfermo de este grupo desarrolló metástasis pleurales en su evolución postquirúrgica, estando acorde su supervivencia con el estadio e histología, por el momento.

En el grupo de las toracotomías (fig. 4) llama la atención que existen cinco pacientes con citologías positivas y cuatro sin metástasis pleurales, que pudieron ser resecados. Los cuatro fueron periféricos, invadiendo pleura visceral y en un caso también costal. En su evolución postquirúrgica no han presentado metástasis pleurales. Dos han fallecido, un T2N2M0 por metástasis cerebrales al año y medio de la resección y una paciente con un T2N2M0 a los 7 meses de la resección con metástasis generalizadas a distancia.

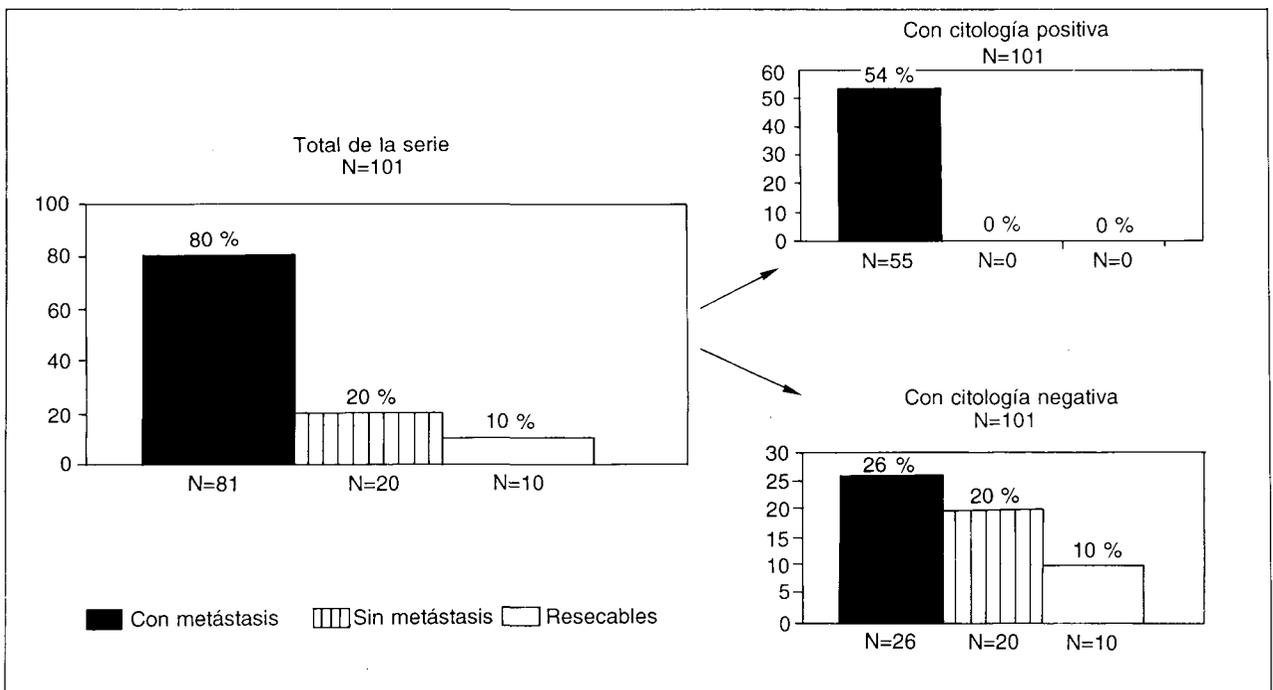


Fig. 3. Grupo I (toracoscopias).

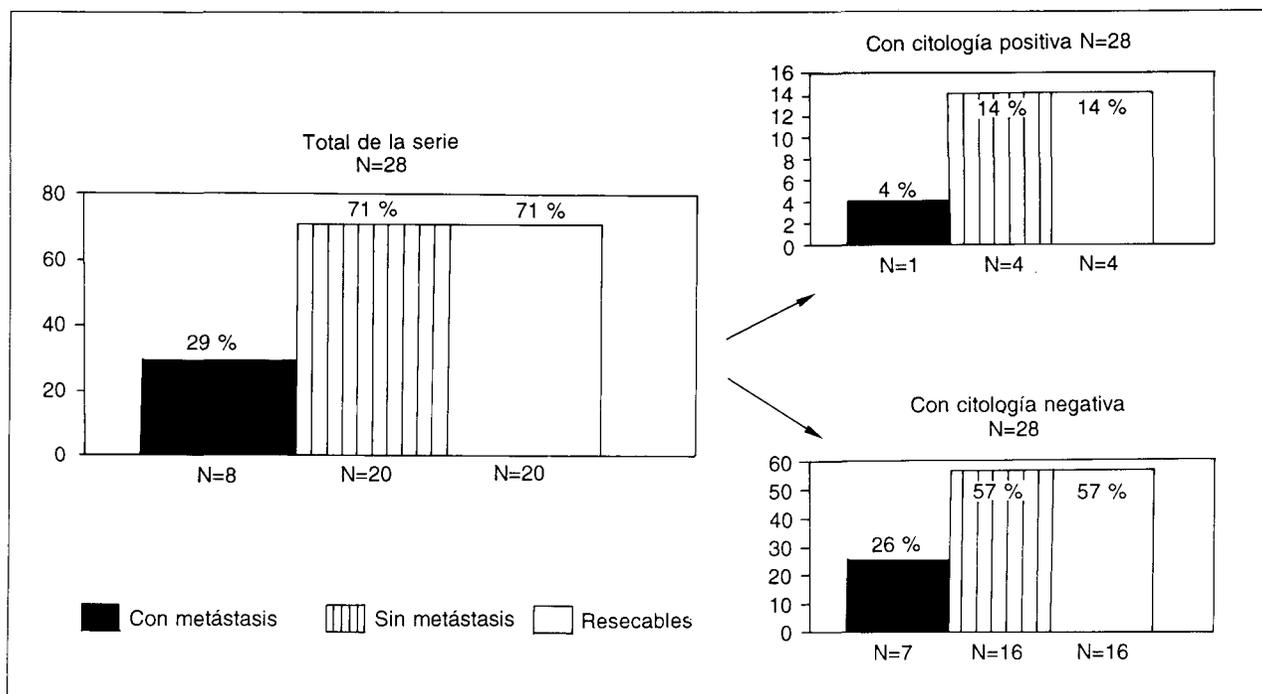


Fig. 4. Grupo II (toracotomías).

Un paciente T3N0M0 vive ya 4 años y 3 meses y el cuarto, un T2N2M0 lleva vivo 2 meses después de la resección.

En la figura 5 se expone la rentabilidad de la serie con relación al tipo histológico y al total de los pacientes revisados.

El carcinoma escamoso presentó mayor número de pacientes que pudieron ser intervenidos y nos lo explicamos por su disposición anatómica endobronquial que favorece las atelectasias. Asimismo encontramos un 23% de pacientes que pudieron ser resecables, cifra superior a otras series y que justificamos por la rentabilidad superior de las dos técnicas empleadas.

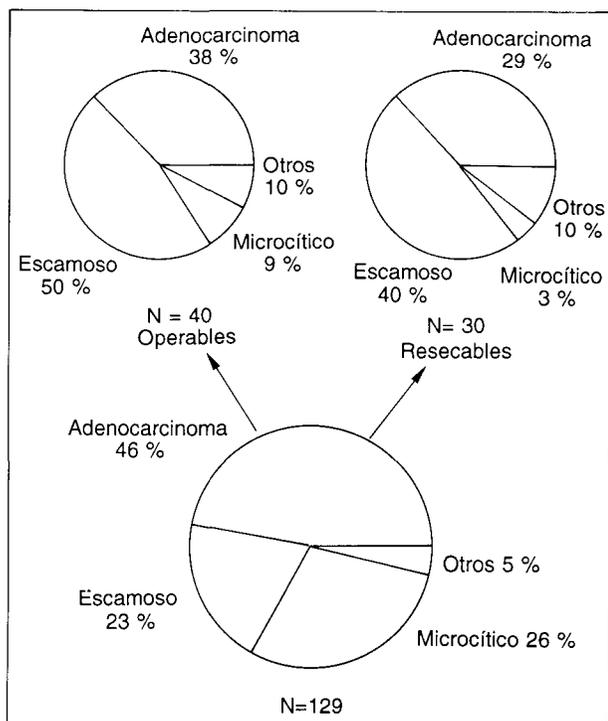


Fig. 5. Operabilidad y resecabilidad total de la serie.

Discusión

La presencia de líquido pleural acompañando a un CBP no es indicadora de la existencia de metástasis pleurales y consecuentemente de inoperabilidad. Cuando dicho derrame es de gran volumen, las posibilidades de metástasis son mayores y si además el aspecto macroscópico del líquido es serohemático, el mal pronóstico aumenta.

Ni la existencia del derrame, ni la sola citología del líquido pleural son suficientes para describir el TNM de un paciente que presenta dicha asociación clínica. Existe un determinado número de pacientes que se beneficiarían de la cirugía debido a que el derrame es de etiología paraneoplásica. La citología positiva para células neoplásicas quiere decir o que existen metástasis pleurales o que el tumor está invadiendo la pleura visceral o visceral y costal. En el último caso, si existe además un derrame paraneoplásico, pueden aparecer células descamadas del propio tumor, siendo en este caso también operables.

Sólo la presencia de metástasis pleurales clasificarán a un tumor como T4. Un carcinoma broncogénico acompañado de un derrame pleural aunque la citología del líquido sea positiva, puede ser clasificado como T1, 2, o 3 sin metástasis y por tanto resecables.



La toroscopia se presenta como la técnica más completa y rentable para objetivar metástasis pleurales cuando el derrame es de gran volumen.

En las pleuresías de pequeño volumen, como la incidencia de metástasis pleurales es pequeña, la toracotomía se presenta como la técnica de elección siempre que el paciente no presente otros signos de inoperabilidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. LeRoux BT. Bronchial carcinoma. London E & S. Livingstone Ltd 1968; 127.
2. Storey CF, Knudson RP, Lawrence BJ. Bronchiolar (alveolar cell) carcinoma of the lung. *J Thorac Surg* 1953; 26:331-405.
3. Kaiser LR. Empleo diagnóstico y terapéutico de la pleuroscopia (toroscopia) en cáncer de pulmón. *Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica (ed esp)* 1987; 5:1115-1121.
4. Mountain CF. A new international staging system for lung cancer. *Chest* 1986; 89:225S-233S.
5. Decker DA, Dines DE, Payne WS et al. The significance of cytologically negative pleural effusion in bronchogenic carcinoma. *Chest* 1978; 74:640-642.
6. Cantó A, Ferrer G, Romagosa V et al. Lung cancer and pleural effusion. Clinical significance and study of pleural metastases. *Chest* 1985; 87:649-652.
7. Weissberg D, Kaufman M, Schwecher I. Pleuroscopy in clinical evaluation and staging of lung cancer. *Poumon et Coeur* 1981; 37:241-243.
8. Rodgers BM, Ryckm FC, Moazam F et al. Thoracoscopy for intrathoracic tumors. *Ann Thorac Surg* 1980; 31:414-420.
9. Boutin C, Viallate J, Cargino P et al. Thoracoscopy in malignant pleural effusions. *Ann Rev Respir Dis* 1981; 124:588-592.
10. Cantó A, Martorell M, Arnau A et al. Significado del cáncer broncopulmonar que se acompaña de un derrame pleural homolateral. *Arch Bronconeumol* 1991; 27:254-258.
11. Cantó A, Rivas J, Saumench J et al. Points to consider when choosing a biopsy method in cases of pleuresy of unknown origin. *Chest* 1983; 84:176-179.