



# Tratamiento de la recidiva del cáncer de pulmón

N. Mañes Bonet, A. Alix Trueba, F. Suero Molina y M.J. Roca Calvo

Servicio de Cirugía Torácica. Fundación Jiménez Díaz. Madrid

De un total de 518 resecciones pulmonares por carcinoma broncogénico efectuadas entre 1972 y 1988 se detectaron 37 (7,14 %) recidivas locales o locorreregionales. El tiempo de aparición de la recidiva osciló entre los 3 y los 35 meses. La supervivencia media después de diagnosticada la recidiva fue de 2,8 meses para los que no recibieron tratamiento específico; de 8,93 meses para los que fueron tratados con radio y/o quimioterapia y de 6,2 meses para los que fueron reoperados.

*Arch Bronconeumol 1992; 28:348-350*

## Treatment of pulmonary cancer relapses.

Among a total number of 518 pulmonary resections performed in patients with bronchogenic carcinoma between 1972 and 1988, we detected 37 (7.14 %) of local or regional relapses. The time to the occurrence of relapse ranged 3 to 35 months. The mean survival after the diagnosis of the relapse was 2.8 months in patients who did not receive specific treatment, 8.93 months in those who were treated with radio and or chemotherapy, and 6.2 months in those who were operated on.

## Introducción

Los estudios sobre el tratamiento de la recidiva local o locorre regional en el carcinoma broncogénico tratado quirúrgicamente son escasos. En este trabajo pretendemos realizar una revisión de la literatura y aportar nuestra experiencia.

## Material y método

Entre enero de 1972 y diciembre de 1988 se efectuaron 518 resecciones pulmonares por carcinoma broncogénico de diversos tipos histológicos y distintos estadios tumorales en el Servicio de Cirugía Torácica de la Fundación Jiménez Díaz. De éstos se ha podido constatar recidiva local o locorre regional en 37.

Se ha llevado a cabo un estudio retrospectivo, valorando los datos recogidos de las historias clínicas relativos a los 37 pacientes con recidiva tumoral, su seguimiento clínico y oncológico, el tratamiento llevado a cabo y la evolución tras éste, en aquellos que continuaron acudiendo a las revisiones.

## Resultados

A lo largo del seguimiento de los pacientes que sufrieron cirugía oncológica, se ha apreciado recidiva local o locorre regional en 37 (7,14 % de la muestra), 36 varones y una mujer, con edades comprendidas entre los 40 y 74 años (x: 59,97, DE 7,72).

La histología del tumor primario (tabla I) fue epidermoide en la mayoría de los casos siguiendo en orden decreciente el adenocarcinoma y carcinoma indiferenciado de células medianas/grandes. Entre las resecciones llevadas a cabo (tabla II), la lobectomía

con/sin broncoplastia fue la más frecuente, seguida de neumonectomía y otras resecciones menores. La mayoría de los pacientes se encontraba en estadio IIIa (tabla III), siguiendo en orden decreciente los estadios I y II. En la mayoría de los casos no se detectó tumor en los bordes de resección bronquial y/o pleural (tabla IV). En cuanto a la afectación ganglionar (tabla III), la mayoría de los casos tenía adenopatías afectas hiliares o mediastínicas. Siete pacientes recibieron tratamiento ionizante postoperatorio, sin seguir ningún protocolo establecido.

El tiempo libre de enfermedad osciló entre 3 y 35 meses (x: 16,03; DE 11,59). La localización de la recidiva fue múltiple en muchos casos (tabla V) siendo la más frecuente la recidiva bronquial seguida de la mediastínica, parietal y pulmonar. En cuatro de los casos se detectaron al mismo tiempo metástasis a distancia.

Fueron operados por su recidiva ocho pacientes (21,62 %). Se realizó tratamiento radioterápico y/o quimioterápico en 21 y en ocho tratamiento sintomático exclusivamente. El tratamiento quirúrgico se indicó después de haber demostrado localización exclusivamente torácica con el estudio de extensión rutinario, salvo un caso con infiltración de pared en que se indicó con fines paliativos. De estos ocho casos, en tres se completó la neumonectomía y cinco fueron irresecables por infiltración del tronco de la arteria pulmonar en cuatro y uno por infiltración de pared torácica y partes blandas.

Tras la cirugía de la recidiva no hubieron complicaciones quirúrgicas en ningún caso, ni mortalidad pe-



rioperatoria. De los tres casos en que se pudo completar la resección, en dos de ellos fue satisfactoria y en uno paliativa por infiltración de aorta y tronco de arteria pulmonar. La supervivencia fue en uno de ellos de tres años y el otro se ha perdido su seguimiento. Tres pacientes recibieron tratamiento ionizante en el postoperatorio y la supervivencia fue de 2 a 13 meses (x: 6,2; DE: 3,92), excluyendo el paciente cuya supervivencia fue de tres años.

Los pacientes que recibieron tratamiento sintomático, por considerarse no candidatos a ningún protocolo oncológico fueron ocho, tres de los cuales fueron perdidos de seguimiento tras el diagnóstico de la recidiva (no acudieron a las revisiones posteriores programadas), uno vivía a los cinco meses con enfermedad generalizada y los otros cuatro murieron en un período de 1 a 5 meses. La supervivencia media fue de 2,8 meses; DE 1,83.

Los pacientes con tratamiento radio y/o quimioterápico fueron 21; 19 siguieron radioterapia exclusivamente, uno quimioterapia y otro radio y quimioterapia; viven dos actualmente, uno con enfermedad a los cinco años de la recidiva tumoral y el otro a los tres meses; siete pacientes no acudieron a la revisión programada tras el tratamiento y los demás tuvieron una supervivencia que oscilaba entre 2 y 18 meses. La supervivencia media, excluyendo el caso que vive a los cinco años, es de 5,69 meses; DE 7,48 (si se incluye éste, de 8,93 meses, DE 14,63).

Hemos optado por excluir estos dos pacientes de evolución excepcional (quirúrgico y oncológico) ya que son dos casos aislados en los dos grupos y distorsionan la media de supervivencia y su bondad de ajuste.

## Discusión

La recidiva local no se previene por la radioterapia postoperatoria, pero esta es eficaz en el control de la recidiva. En la serie de Law<sup>1</sup>, de 26 pacientes con límite de resección bronquial afecto, 12 recibieron radioterapia postoperatoria y 14 no. De los primeros, cinco sobrevivieron cinco años y tres desarrollaron recidiva local. De los segundos, cuatro sobrevivieron cinco años y cuatro desarrollaron recidiva local. Estas diferencias no son significativas, por lo que se considera que el solo hecho del límite de resección afecto, sin N2, no justifica la radioterapia postoperatoria. Esto puede explicarse por un error en la determinación del extremo de resección exacto por parte del patólogo<sup>2</sup>. En nuestra serie, siete pacientes sobre 37 habían recibido radioterapia tras la primera operación.

Otros autores<sup>3</sup> encuentran una relación entre la distancia del tumor al límite de resección y la demora en el tiempo de aparición de la recidiva local. Sí parece tener más importancia en la aparición de la recidiva la afectación del tejido peribronquial, que en nuestra serie y en la de Roeslin<sup>4</sup> no está determinado, pero sí en la de Law<sup>1</sup>, no teniendo supervivencia superior a los tres años en estos casos.

TABLA I  
Tipo histológico

Tipo histológico	N	%
Epidermoide	25	67,57
Adenocarcinoma	10	27,03
Indiferenciado de células grandes	2	5,40

TABLA II  
Resecciones

Resección previa	N	%
Lobectomía	18	48,65
Lobectomía + broncoplastia	3	8,11
Neumonectomía	11	29,73
Resecciones menores	5	13,51

TABLA III  
Estadio

Estadio postoperatorio	N	%
I	11	29,73
II	9	24,32
IIIa	17	45,95
N-0	17	45,95
N-1	10	27,02
N-2	10	27,02

TABLA IV  
Límite de resección

Límite resección	N	%
Afecto bronquial	6	16,22
Afecto pleural	4	10,81
Libre	27	72,97

TABLA V  
Localización recidiva

Localización recidiva	N	%
Bronquial	20	54,05
Mediastino	10	27,02
Pared	7	18,92
Pulmón	5	13,51

(Algunos casos tenían recidiva múltiple)

En las diversas series consultadas, el porcentaje de recidivas locales y locoregionales oscila entre el 3,6 % de Roeslin<sup>4</sup> y el 18 % de Immerman<sup>5</sup>, independientemente del estadio tumoral y del tipo histológico. En nuestra serie, la recidiva local, incluidas recidivas en pared, fue del 7,14 %.

El diagnóstico se realizó por la clínica, la radiología y la broncoscopia. Dado que las recidivas aparecen fundamentalmente entre los cuatro meses y el segundo aniversario de la operación, pero continua en una proporción del 8 % anual según Pairolo<sup>6</sup>, nosotros preconizamos la exploración endoscópica rutinaria cada seis meses durante los dos primeros años y luego anualmente mientras dure el seguimiento del paciente.



Una vez detectada la recidiva, el pronóstico es infausto, oscilando la supervivencia entre un mes en un paciente de nuestra serie que se presentó también con metástasis a distancia, hasta los pocos casos que sobrevivieron más de cinco años. Las supervivencias medias oscilan entre los 2,4 y los 21 meses, sin tener en cuenta el tratamiento realizado.

La mayoría de los autores proponen la radioterapia local como tratamiento de elección. En la serie de Law<sup>1</sup> se presentan buenos resultados, obteniendo la curación en los que la recidiva estaba limitada al muñón bronquial. Nuestra experiencia es mucho menos afortunada, si bien no hemos hecho distinción entre los casos con afectación exclusivamente bronquial y los que tenían también afectación mediastínica.

La quimioterapia está reservada en general, a los pacientes con recidiva local y metastásica. En otro grupo de pacientes considerados terminales, se opta por el tratamiento sintomático.

Los resultados de la cirugía de la recidiva son decepcionantes. En la serie de Nielsen<sup>7</sup>, no se separan bien los casos en los que la recidiva era local o había extensión homo o contralateral, pero teniendo en cuenta que ninguno era N2 y que, de nueve casos operados solamente dos estaban libres de tumor a los tres y 15 meses, se considerará que solamente deben ser sometidos a cirugía casos muy seleccionados en los que la radioterapia pudiera ser igualmente eficaz. Nuestra serie es de ocho casos reoperados, en los que solamente en tres pudo realizarse resección, en uno de ellos meramente paliativa. Uno sobrevivía a los tres años y de los otros dos no hemos tenido seguimiento.

Como conclusión podemos decir que la recidiva es generalmente imprevisible, que debe ser detectada precozmente y que el tratamiento de elección es la radioterapia, aunque en algunos casos muy seleccionados debe valorarse la posibilidad de tratamiento quirúrgico.

Actualmente como tratamiento paliativo está tomando auge la resección endobronquial con láser y la braquiterapia, si bien esta técnica está aún poco desarrollada y es de un coste muy elevado.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Law MR, Henk JM, Lennox SC, Hodson ME. Value of radiotherapy for tumour on the bronchial stump after resection for bronchial carcinoma. *Thorax* 1982; 37:496-499.
2. Law MR, Hodson ME, Lennox SC. Implications of histologically reported residual tumour on the bronchial margin after resection for bronchial carcinoma. *Thorax* 1982; 37:492-495.
3. Verleden G, Deneffe G, Demedts M. Bronchial stump recurrence after surgery for bronchial carcinoma. *Eur Respir J* 1990; 3:97-100.
4. Roeslin N, Yuste MG, Esposito R, Morand G, Wihlm JM, Witz JP. Recidives loco-regionales et pulmonaires apres exeresse pour cancer bronchique. *Ann Chir Thorac Cardiovasc* 1982; 36,2:107-110.
5. Immerman SC, Vanecko RM, Fry WA, Head LR, Shields TW. Site of recurrence in patients with stages I and II carcinoma of the lung resected for cure. *Ann Thorac Surg* 1981; 32:23-27.
6. Pairolero PC, Williams DE, Bergstralh EJ, Piehler JM, Bernatz PE, Spencer Payne W. Postsurgical stage I bronchogenic carcinoma: Morbid implications of recurrent disease. *Ann Thorac Surg* 1984; 38:331-338.
7. Nielsen OS, Boas J, Bertelsen S. Reoperation for recurrent bronchogenic carcinoma. *Scand J Thorac Cardiovasc Surg* 1984; 18:249-250.