



*Servicio de Cirugía Torácica.
Fundación Jiménez Díaz. Madrid.*

ACTITUD QUIRURGICA ANTE EL CANCER DE PULMON

F. Serrano Muñoz.

En la actualidad la única actitud terapéutica eficaz contra el cáncer de pulmón es la cirugía, aun a pesar de que muchas veces se llega tarde, por haber hecho el diagnóstico tardíamente.

La cirugía estará indicada siempre que sea posible, excepto en los casos que enumeraremos más adelante.

La lesión solitaria es indicación quirúrgica, por el alto porcentaje de malignidad y por la baja morbilidad y mortalidad operatoria, en estos casos.

Contraindicaciones operatorias

Las contraindicaciones dependerán, en parte, de la experiencia quirúrgica del cirujano, intervencionismo de éste, especial interés en cuidar la estadística, actitud filosófica ante el cáncer, integración en un centro hospitalario bien equipado, etc.

Contraindicaciones relativas

1) Mal estado general del enfermo, nefritis crónica, infarto de miocardio, arritmia cardíaca, hipertensión arterial, diabetes, que responden con cierta dificultad al tratamiento médico.

2) Propagación extratorácica del tumor. La resección tumoral y costal puede ser beneficiosa como terapéutica paliativa.

3) Parálisis del nervio frénico; a veces puede researse la tumoración incluyendo en la resección parte del pericardio.

4) Obstrucción esofágica por compresión extrínseca ganglionar.

5) Derrame pleural, con citología negativa.

6) Invasión ganglionar no masiva.

7) Edad por encima de 70 años, cuando haya necesidad de una neumonectomía.

8) Pruebas funcionales malas. Con una fisioterapia preoperatoria y buenos cuidados postoperatorios se puede ser bastante tolerante con ellas.

Contraindicaciones absolutas

1) Parálisis del nervio recurrente.

2) Derrame pleural con citología +.

3) Invasión tumoral esofágica.

4) Metástasis múltiples extrapulmonares.

5) Obstrucción de vena cava superior.

6) Invasión ganglionar masiva y extracapsular de las adenopatías mediastínicas.

7) Pruebas funcionales pulmonares incompatibles con toracotomía.

El ensanchamiento de la carina es una contraindicación relativa, depende, en parte, del broncoscopista. La invasión traqueal y la invasión del bronquio contralateral se considera contraindicación operatoria.

Cirugía del cáncer metastásico

Los factores que van a influir en la cirugía de las lesiones metastásicas son: origen del tumor primitivo; mejor pronóstico cánceres de mama, laringe y testiculares; peor pronóstico tumores procedentes del aparato digestivo y urinario.

Las metástasis por sarcoma son de evolución imprevista y sujetas a controversia.

Lesión única y pequeña es de buen pronóstico; demuestra un buen estado inmunológico. También mejorará el pronóstico si la lesión primitiva está controlada por más de uno o dos años.

Tipo de operación

A pesar de la tendencia en los últimos años a hacer operaciones radicales en el cáncer de pulmón, en la actuali-

Recibido el día 5 de julio de 1978.



dad se tiende a ser más conservadores, haciendo resecciones pulmonares lo más limitadas posible.

Esta actitud conservadora se fundamenta en: *a)* el estudio del drenaje linfático, que según Nohl es de localización lobular; *b)* la mejor supervivencia en las lobectomías que en las neumonectomías; *c)* la rareza de las recidivas locales; *d)* menor morbilidad y mortalidad operatoria en las lobectomías. También esta actitud conservadora se fundamenta en que los enfermos que padecen cáncer de pulmón suelen ser de edad avanzada, bronquíticos crónicos, hipertensos, etc., en los cuales la neumonectomía conlleva un alto riesgo quirúrgico, con tendencia al cor pulmonale y a la incapacidad cardiorrespiratoria.

Medidas terapéuticas complementarias de la cirugía

Radioterapia

La radioterapia puede ser de utilidad en los casos de resección paliativa, cuando el cáncer ha sido irresecable, para quitar el dolor, la obstrucción bronquial o la hemoptisis. También estaría indicada en los casos de resección incompleta del tumor, o cuando existiera invasión ganglionar mediastínica.

Hay autores que consideran útil la radioterapia preoperatoria, sobre todo en los tumores de Pancoast, con la finalidad de hacer resecable tumores invasivos y evitar, en parte, las metástasis peroperatorias.

Asimismo, estaría indicada la radioterapia en las recidivas locales. También es de utilidad la radioterapia en las metástasis óseas y cerebrales.

Quimioterapia

La única experiencia que tenemos con la quimioterapia anticancerosa

postoperatoria es con el Genoxal. Lo hemos utilizado en varias ocasiones, y con resultados no controlados. Hemos desistido de su uso por los resultados dudosos de otros autores. No incluimos aquí la experiencia del Servicio de Oncología de nuestra Fundación.

Inmunoterapia

Desde hace aproximadamente un año estamos utilizando la inmunoterapia postoperatoria, en casos seleccionados del grupo I. Hemos utilizado el Levamisol y B.C.G. intrapleural, con buena tolerancia. Pensamos que es una puerta que se abre a la esperanza, y aunque son pocos los casos y todavía no controlados, nuestras primeras impresiones son optimistas.

Pronóstico

El pronóstico de los cánceres reseccables nos lo va a dar el estado de invasión del cáncer. Para ello nos será de utilidad la clasificación americana del estadio del cáncer de pulmón: estadio I, tumor localizado en el pulmón; estadio II, afectación de las adenopatías biliares, y estadio III, invasión de las adenopatías mediastínicas.

En el pronóstico va a influir extensión de la resección, tipo histológico, estadio de la enfermedad y grado de afectación ganglionar.

En el estadio I, sea cual fuere el tipo histológico, excepto el cáncer «oat cell», el pronóstico es relativamente bueno, alrededor del 45 % de supervivencia a los 5 años y de 30 % a los 10 años. Lo que ya es imprevisible es la evolución en los grupos II y III, siendo uniformemente muy mala en el estadio III. En este estadio la única supervivencia digna de consideración es en los cánceres epidermoides, cuando son

suplementados postoperatoriamente con radioterapia.

También es importante el grado de afectación ganglionar; cuando el cáncer ha sobrepasado la cápsula ganglionar no suelen sobrevivir más de dos años; si la invasión es intradonal, pueden esperarse largas supervivencias.

La localización central o periférica no tiene importancia pronóstica, siempre que no exista invasión ganglionar.

Con relación al pronóstico de las lesiones metastásicas, lo ideal es la lesión solitaria, con la lesión primaria controlada más de dos años. En lesiones múltiples y aun bilaterales, también la cirugía puede jugar un importante papel. En estas lesiones múltiples la indicación quirúrgica sería: 1) control de la lesión primaria, 2) todas las metástasis de localización intratorácica, 3) buena tolerancia quirúrgica.

En estos casos, cuando el tiempo de duplicación es mayor de 40 días, el pronóstico puede ser relativamente bueno, midiendo el tiempo de duplicación en la lesión que crece más rápidamente.

El pronóstico también dependerá del origen e histología del tumor primario. Parecen ser de mejor pronóstico las metástasis de carcinoma de cuello, cabeza y testículos.

Los resultados en los sarcomas son muy discordantes; los mejores resultados se dan en los sarcomas osteogénicos, y los peores en los rabdiomiosarcomas.

También influirá en el pronóstico si contamos con quimioterapia postoperatoria coadyuvante.

Asimismo, en las lesiones múltiples bilaterales, deben extirparse todas en el mismo acto operatorio; si se hace en dos tiempos, en el lado no operado pueden crecer las lesiones o producir metástasis por disminución de la inmunidad, después de la operación.