

SANATORIO DE EL ESCORIAL (MADRID)

Director: Doctor G. Montes Velarde

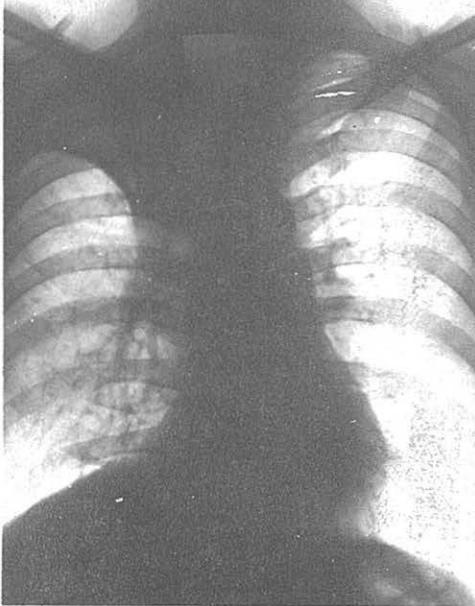
El tratamiento del cáncer de pulmón con exéresis económica y anastomosis bronquial término-terminal

Doctores G. Montes Velarde y S. Mallagray Casas

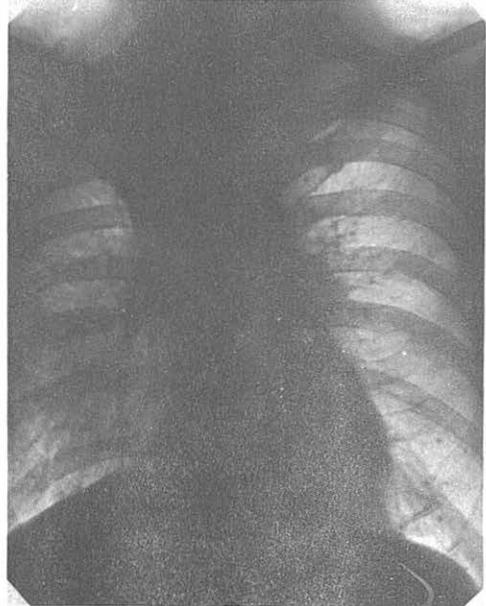
En determinados casos la localización lobular del cáncer pulmonar se ve agravada porque la invasión tumoral ha alcanzado al bronquio lobar correspondiente, y aun a veces, al bronquio principal.

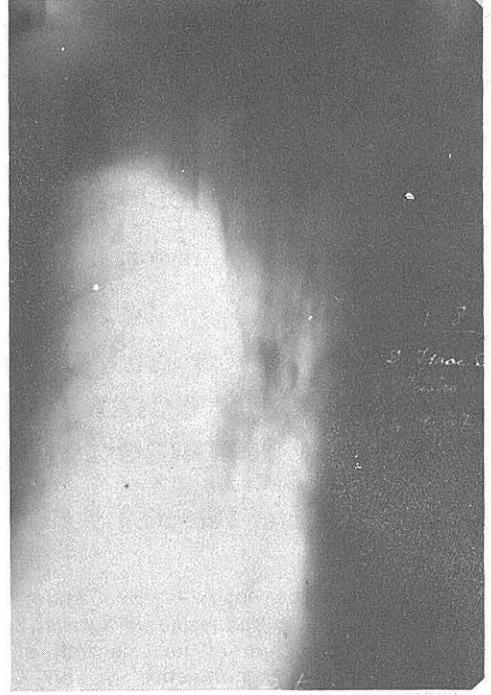
La invasión bronquial, en el orificio de entrada del bronquio lobular y sus alrededores, por el tumor impide la realización de una simple lobectomía y, por otra parte, la práctica de una neumonectomía viene con-

Caso 1.º Figura 1.—I. D. C. 4 de septiembre 1967.



Caso 1.º Figura 2.—I. D. C. 6 de septiembre 1967.





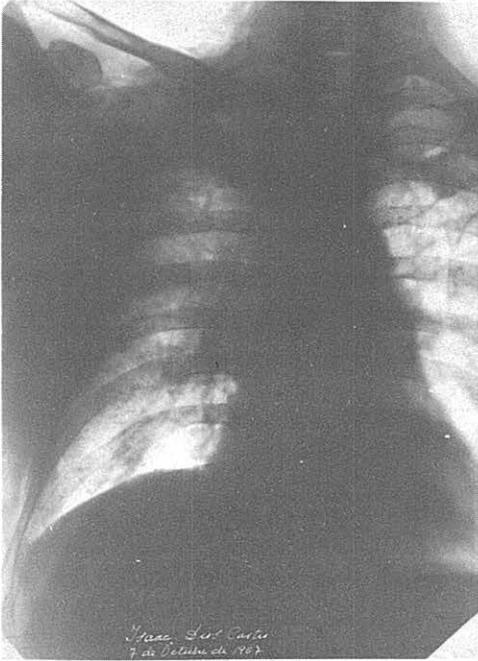
Caso 1.º Figura 3, 4 y 5.—Tomografías I. D. C. 4 de septiembre 1967. Preoperatorio.



traindicada en muchas ocasiones, bien por la edad avanzada del enfermo, ya por un grado más o menos acentuado de insuficiencia respiratoria o también por unas cifras altas de presiones pulmonares obtenidas en el cateterismo selectivo de la pulmonar.

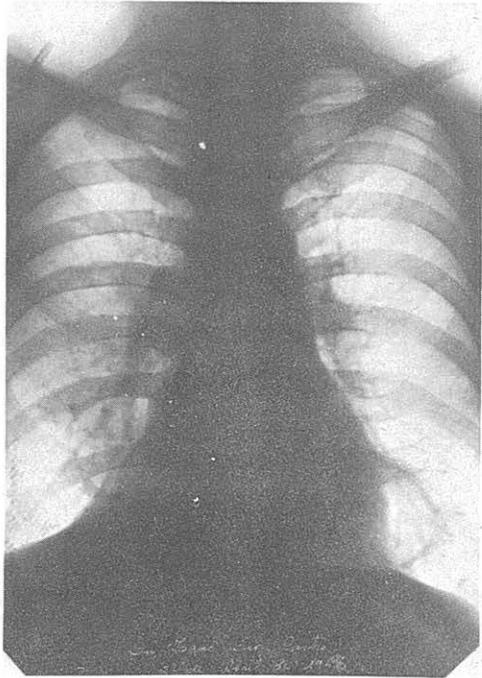
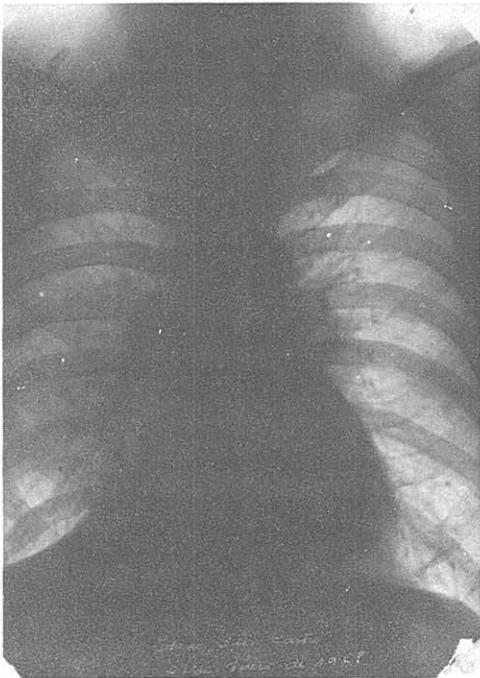
La exéresis pulmonar total, sobre todo en el lado derecho, en casos límites como los citados, condiciona muchas veces una victoria pírrica contra el cáncer pulmonar, puesto que si bien logramos la extirpación del tumor, el enfermo fallece y otras es un inválido permanente por insuficiencia respiratoria.

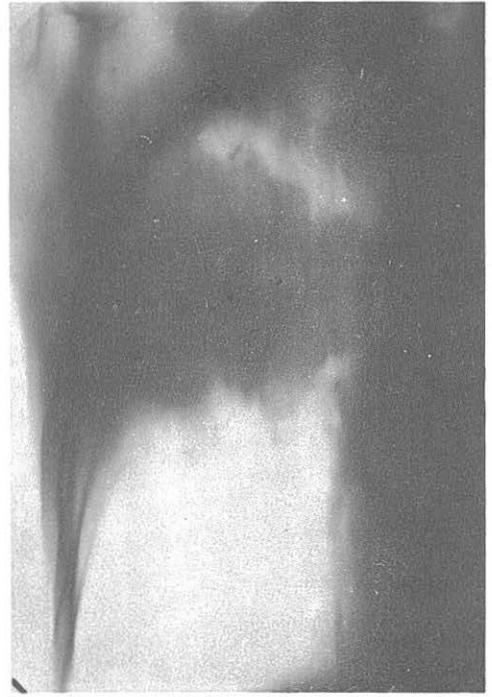
Es por ello que desde hace años se vienen practicando en muchas escuelas, en los tumores malignos de pulmón, exéresis económicas con preservación al máximo de tejido pulmonar sano y extirpación del foco tumoral bronquial, resecaando zonas más o menos extensas de bronquio principal, realizando luego, para mantener la continuidad



Caso 1.º Figura 6.—I. D. C. 7 de octubre 1967.
Caso 1.º Figura 8.—I. D. C. 27 de enero 1968.

Caso 1.º Figura 7.—I. D. C. 8 de octubre 1967.
Caso 1.º Figura 9.—I. D. C. 27 de abril 1968.





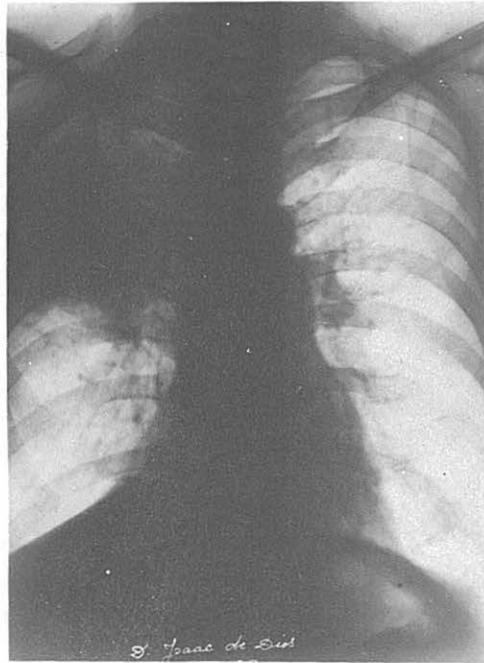
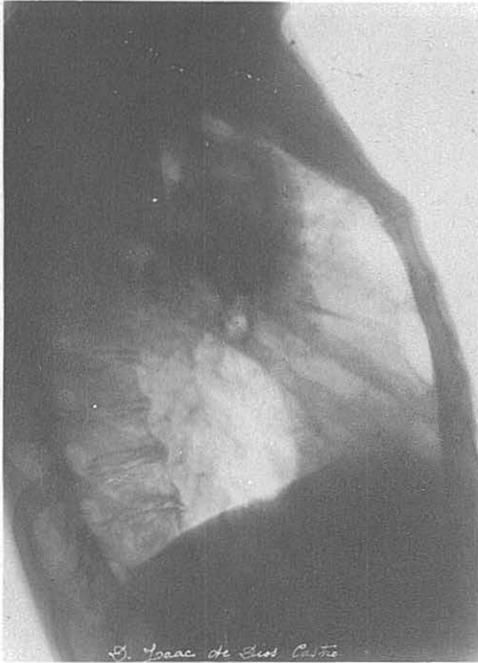
Caso 1.º Figuras 10, 11, y 12.—I. D. C. Mayo 1969. Metástasis.



del árbol bronquial, anastomosis bronquiales termino-terminales.

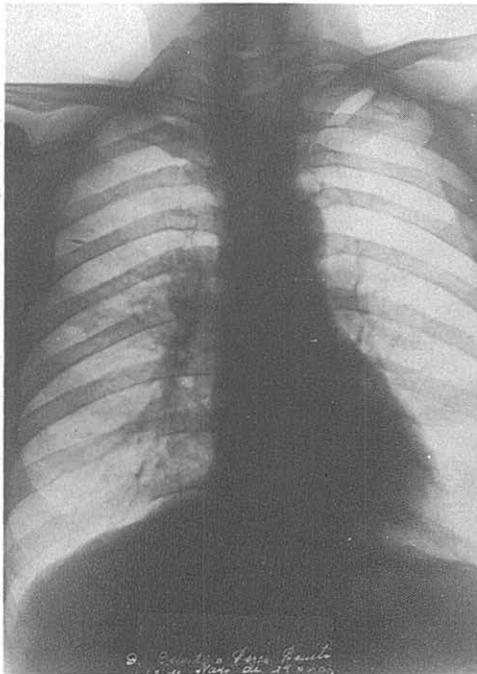
Con esta técnica, citada por Allison en 1952; por Donald L. Paulson y Robert R. Shaw en 1955 ("Journal Thoracic Surgery"); por Thompson, Mathius y Karakantzas en "Les Bronches" 1967 (18 casos), naturalmente se amplía el número de enfermos tributarios de tratamiento quirúrgico eficaz, sobre todo aquellos que, como hemos indicado antes, presentan edad avanzada, insuficiencia respiratoria e hipertensión pulmonar en el cateterismo, en los que es imposible la práctica de una neumonectomía.

Entre los numerosos casos de carcinoma pulmonar que hemos tenido ocasión de intervenir en nuestros servicios quirúrgicos, fundamentalmente en el Sanatorio de "El Escorial", del Patronato Nacional Antituberculoso y de las Enfermedades del Tórax; dos de ellos han sido casos típicos tributarios de este tipo de intervención.



Caso 1.º Figuras 13 y 14.—I. D. C. Mayo-junio 1969. Metástasis.

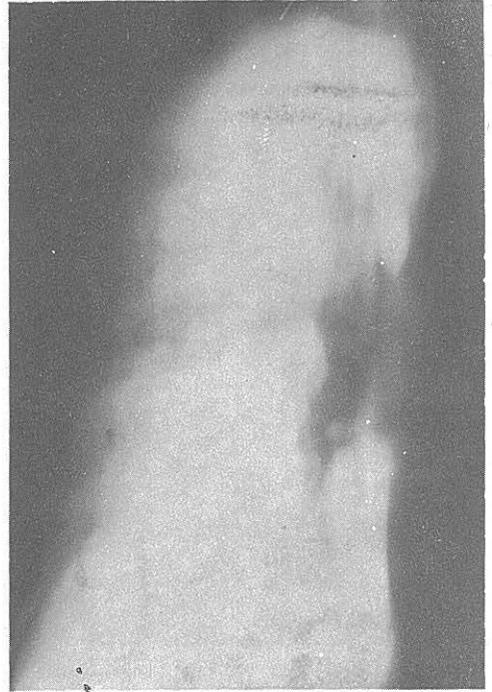
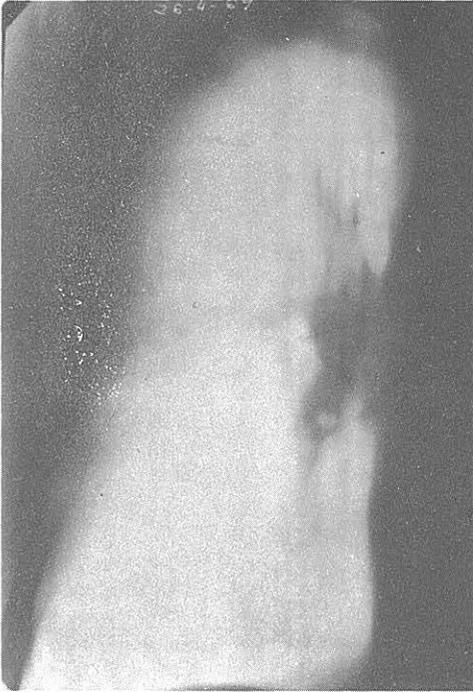
Caso 2.º Figura 15.—C. P. B. 13 de mayo. Preoperatorias.



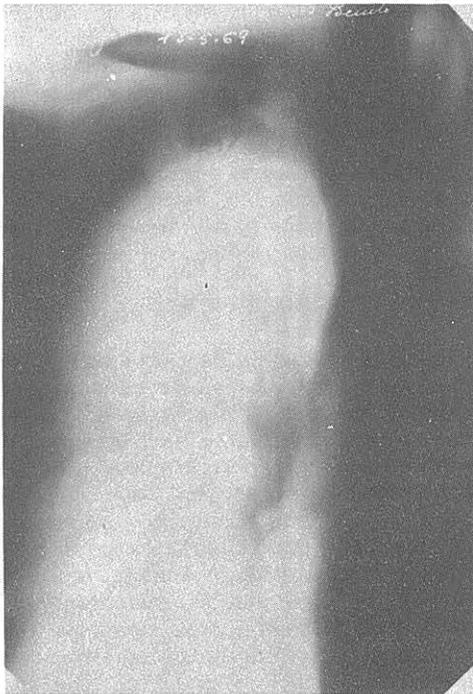
La técnica quirúrgica seguida ha sido: En un caso, (Enfermos I. de D.C.) Lobectomía superior derecha con resección de bronquio intermediario y anastomosis término-terminal, desde carina, a un centímetro de boca de horno. El otro caso (C.P.B.) Bilobectomía de lóbulos superior y medio derechos con resección de bronquio principal e intermediario desde carina hasta rasar el comienzo del bronquio lobar inferior derecho.

PRIMER CASO

Enfermo I. de D.C., de cincuenta y ocho años de edad. Su historia comienza en junio de 1967 con episodio agudo de fiebre, expectoración purulenta hemoptoica y mal estado general. Tres meses después ingresa en nuestro sanatorio con anorexia, regular estado de nutrición y tos, como síntomas más importantes. En los análisis hematológicos, discreta anemia, recuento de blancos y fórmula normal. Resto de pruebas sanguíneas y orina normales. Radiológicamente, proceso de condensación delimitado a lóbulo superior derecho con



Caso 2.º Figuras 16, 17 y 18.—C. P. B. Tomografías preoperatorias, 26 de abril 1969 y 13 de mayo 1969.

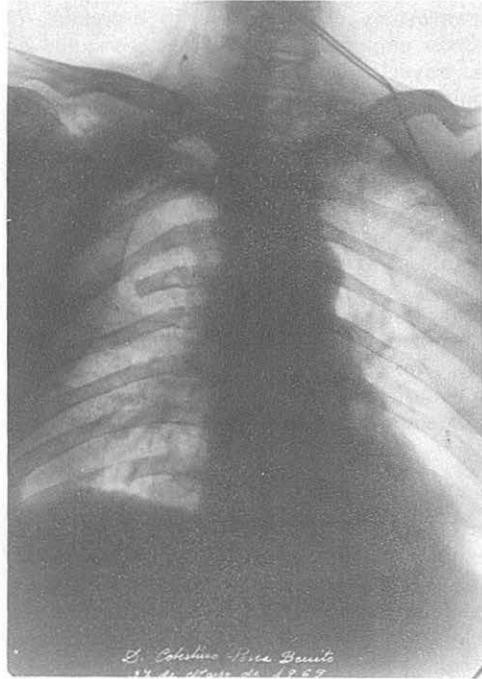
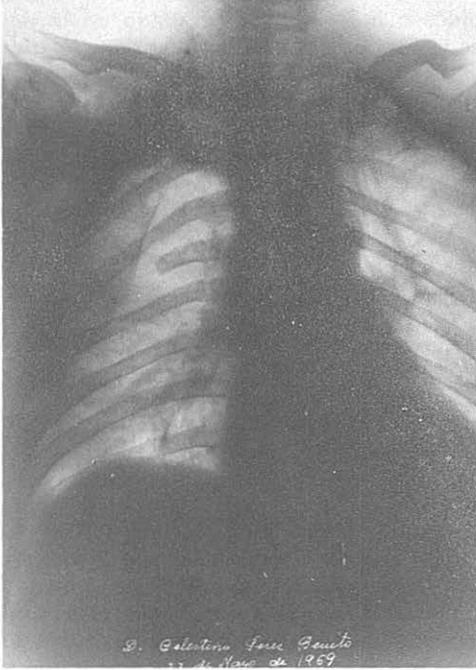


clara demarcación cisural y retráctil. Las pruebas funcionales indican una insuficiencia mixta restrictivo-enfisematosa de grado avanzado. Bacilo de Koch negativo.

Broncoscopia. Informe doctor Montes Velarde: Tráquea y carina normal. Carina del lóbulo superior derecho notablemente engrosada y edematizada, por probable proceso neoplásico, cerrada por completo y extendiéndose el proceso a bronquio intermedio. Biopsia positiva (carcinoma epidermoide).

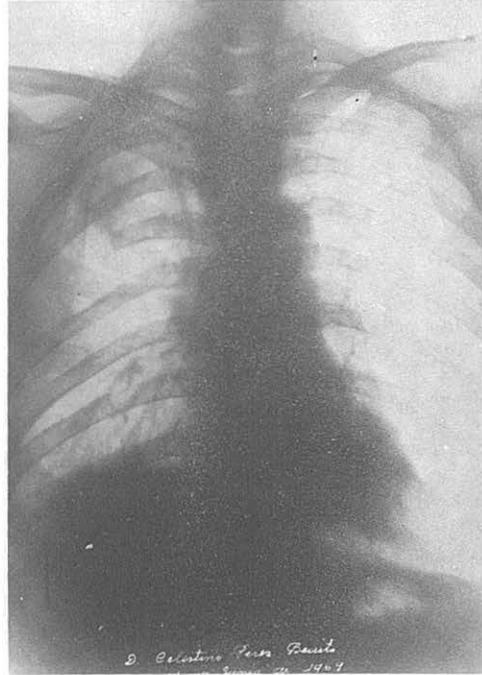
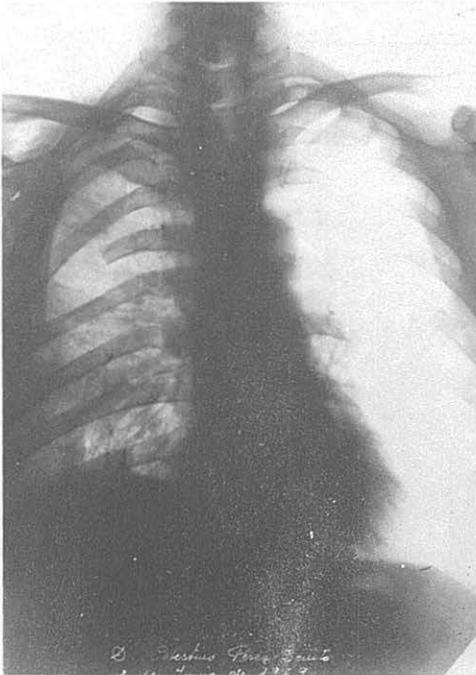
Intervención. 7-X-1967. Anestesia general controlada, doctor Ibáñez. Toracotomía con técnica habitual y resección costal. Se practica la citada técnica de resección bronco-lobular con anastomosis bronquial término-terminal. El posoperatorio es totalmente normal, con buena reexpansión pulmonar.

Resultados de pieza operatoria: Carcinoma epidermoide, poco diferenciado, con intensa actividad mitótica y fenómenos



Caso 2.º Figuras 19 y 20.—C. P. B. Posoperatorias.

Caso 2.º Figuras 21 y 22.—C. P. B. Posoperatorias actuales.



anaplásicos en el fragmento bronquial. El tumor engloba y destruye los bronquios en su trayecto parenquimatoso. Extremos bronquiales de resección normales (doctor Puchol).

Enero 1968. Broncoscopia: extracción de tres hilos de sutura. Resto, normal.

27 de abril de 1968. Revisión: El enfermo se encuentra perfectamente bien y se reintegra a sus ocupaciones habituales.

Deja de venir a revisión por el sanatorio durante un año y, en las revisiones actuales el enfermo ha reingresado con una metástasis en lóbulo medio, mal estado general e insuficiencia respiratoria, encontrándose actualmente traqueotomizado.

SEGUNDO CASO

Enfermo C.P.B., de sesenta y dos años, natural de Soria. Este enfermo ingresa el día 13-V-69 relatando una historia de expectoración hemoptoica esporádica de pequeña entidad, sin que este síntoma se acompañara de ninguna otra molestia, excepto tos. Radiológicamente, híleo derecho patológico.

Broncoscopia: 17-V-69, demostrando un

proceso neofornativo localizado en la desembocadura de bronquio lobar superior derecho que invade bronquio intermediario en bastante extensión. Espirometría normal. Electrocardiograma: Arritmia extrasistólica con pausa compensadora, con bloqueo completo de rama derecha. Determinaciones biológicas normales, excepto una glucemia de 2/gr./1.000. Glucosuria positiva. Velocidad 28/68. Biopsia en broncoscopia positiva.

Intervención, 22-V-69. Toracotomía derecha a nivel de cuarta costilla, con resección de la misma. El tumor engloba los lóbulos superior y medio, así como los bronquios principal e intermediario. Se realiza bilobectomía superior y media derecha, con resección del bronquio principal desde la tráquea a medio centímetro de arranque del bronquio lobar inferior derecho. Limpieza ganglionar mediastínica y anastomosis de tráquea a bronquio de lóbulo inferior.

Posoperatorio totalmente normal y broncoscopia de control el 21-VI-69, en que se visualiza la continuación anatómica de la tráquea con el bronquio inferior derecho, viéndose dos granulomas en los puntos de sutura. Excelente estado general.