

Resección de carcinoma broncogénico con invasión diafragmática

J. Padilla, V. Calvo, A. Morcillo, A. García Zarza, E. Blasco y J. Pastor

Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

El pronóstico de supervivencia de la invasión del diafragma en el carcinoma broncogénico no anaplásico de células pequeñas no está claramente establecido, puesto que se trata de una entidad poco frecuente. Presentamos una serie de 8 pacientes que fueron sometidos a una resección completa de un carcinoma broncogénico no anaplásico de células pequeñas con invasión diafragmática. De ellos, uno falleció en el postoperatorio, siendo la supervivencia media de los siete restantes de unos 8 meses. Ningún paciente logró sobrevivir 5 años, falleciendo todos de metástasis a distancia. A la vista de estos resultados cuestionamos si la cirugía es la modalidad terapéutica más adecuada.

Palabras clave: *Cáncer de pulmón. Diafragma. Cirugía.*

(*Arch Bronconeumol* 1999; 35: 297-298)

Introducción

En el nuevo sistema de estadificación publicado por Mountain en 1997¹ y aceptado por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) en 1998², el carcinoma broncogénico no anaplásico de células pequeñas (CB-NACP) con invasión diafragmática continúa siendo considerado como T3, pudiendo ser agrupado en el estadio IIB en ausencia de afectación ganglionar (N0), o bien como IIIA si ésta existe (N1-2). Sin embargo, el pronóstico de la invasión del diafragma no está claramente establecido puesto que se trata de una entidad poco frecuente. De aquí surge la escasez de bibliografía dedicada a la supervivencia de los pacientes resecados de un CB-NACP con invasión diafragmática³.

Pacientes y métodos

Desde enero de 1970 a diciembre de 1996 hemos resecado en nuestro Servicio de Cirugía Torácica un total de 1.634 pa-

Resection of bronchogenic carcinoma invading the diaphragm

The prognosis for survival when small cell non-anaplastic bronchogenic carcinoma (SCN-ABC) invades the diaphragm has not been clearly established because the diagnosis is rare. We report a series of eight patients who underwent full resection of SCN-ABC with diaphragm invasion. One died during the postoperative period. Mean survival was eight months for the remaining seven and no patient lived five years. All died as a result of remote metastasis. Given these results, we question whether surgery is the most appropriate treatment for these patients.

Key words: *Lung cancer. Diaphragm. Surgery.*

cientes diagnosticados de CB-NACP. De ellos, ocho presentaban invasión del diafragma. Los datos obtenidos de esto 8 casos fueron analizados retrospectivamente. La estimación de la función de supervivencia para cada uno de los tiempos de observación fue calculada según el método de Kaplan-Meier.

Resultados

Todos los pacientes eran varones, con una edad media de $61 \pm 9,03$ años (límites: 45-72). En un paciente el tumor fue un hallazgo casual, dos presentaron un cuadro catarral, cuatro expectoración hemoptoica y uno dolor torácico con cuadro constitucional. El tiempo de evolución clínica preoperatoria fue de $3,1 \pm 2,2$ meses (límites: 0-7). En tres ocasiones el tumor se localizó en el lóbulo inferior derecho y en cinco en el izquierdo. Se practicaron 3 neumonectomías y 5 lobectomías inferiores. En todas las ocasiones, la resección diafragmática se hizo en bloque, procediéndose a la sutura directa de la solución de continuidad mediante puntos sueltos de material no reabsorbible (nilon n.º 0), no precisando en ningún caso de mallas orgánicas o inorgánicas. Todos los tumores fueron etiquetados de epidermoides a excepción de uno que lo fue como adenocarcinoma. El diámetro tumoral medio fue de $8,1 \pm 2,6$ cm (límites: 5-12). Dos pacientes fueron clasificados como T3N0M0,

Correspondencia: Dr. J. Padilla Alarcón.
Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario La Fe.
Avda. Campanar, 21.
46009 Valencia.
Correo electrónico: vcalvo@separ.es

Recibido: 24-11-98; aceptado para su publicación: 12-1-99.

tres como T3N1M0 y tres como T3N2M0 (con invasión ganglionar subcarinal en un caso y paraesofágica en dos). Un enfermo falleció en el postoperatorio y la supervivencia media para el resto fue de $36,6 \pm 9,1$ semanas (límites: 21,5-74), falleciendo todos los pacientes de metástasis a distancia.

Discusión

Probablemente, el único artículo dedicado al tema sea el publicado por Weksler et al³ en el que recoge 8 pacientes con invasión diafragmática de entre 4.668 enfermos resecados por un CB-NACP, con una supervivencia media de 52,8 semanas. Nuestra supervivencia es algo más baja; sin embargo, no es posible establecer comparaciones dado el escaso número de pacientes.

A la vista de los resultados de ambas series, con una supervivencia inferior a la esperada para el estadio IIB y IIIA, es difícil determinar, como afirma Weksler, si la cirugía es la modalidad terapéutica más adecuada o habría que cambiar de estrategia, sobre todo ante la presencia de ganglios mediastínicos afectados, en los que otras terapias con criterio neoadyuvante pudieran mejorar los resultados^{4,5}. La baja supervivencia y el hecho de que todos los pacientes fallecieran de metástasis a distancia apunta a que nos encontramos ante casos de enfermedad avanzada en la que la cirugía aplicada de forma aislada proporciona un tratamiento incompleto.

Sin embargo, encontramos alguna dificultad a la hora de establecer nuevas estrategias. En primer lugar, en ambas series la invasión diafragmática se descubrió durante el acto quirúrgico, no existiendo ningún síntoma (dolor de hombro) que hiciera sospechar la afectación diafragmática. Por otro lado, y al menos en nuestra serie, la invasión ganglionar mediastínica se localizó en zonas difícilmente accesibles al mediastinoscopio, por lo que fue imposible confirmarla previa a la cirugía. Dada la escasa experiencia en el tema, si se decide aplicar un tratamiento coadyuvante, es más por un criterio personal que por una fundamentación científica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mountain CF. Revisions in the international system for staging lung cancer. *Chest* 1977; 111: 1.710-1.717.
2. Grupo de Trabajo de la SEPAR. Normativa actualizada (1998) sobre diagnóstico y estadificación del carcinoma broncogénico. *Arch Bronconeumol* 1998; 34: 437-452.
3. Weksler B, Bains M, Burt M, Downey R, Martini N, Rusch V et al. Resection of lung cancer invading the diaphragm. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1997; 114: 500-501.
4. Roth JA, Fosella F, Komaki R, Ryan MB, Putnam JB, Lee JS et al. A randomized trial comparing perioperative chemotherapy and surgery with surgery alone in resectable stage IIIA non-small-cell lung cancer. *J Nat Cancer Inst* 1994; 86: 673-680.
5. Rosell R, Gómez-Codina J, Camps C, Maestre J, Padilla J, Cantó A et al. A randomized trial comparing preoperative chemotherapy and surgery with surgery alone in patients with non-small cell lung cancer. *N Engl J Med* 1994; 330: 153-158.

INFORMACIÓN

Concesión Premio Archivos de Bronconeumología 1999

(Barcelona, 16 de mayo de 1999)

Primer Premio (Vol. 34, nº 9, octubre 1998)

Intervención mínima personalizada en el tratamiento del tabaquismo. Resultados de un estudio multicéntrico. C.A. Jiménez Ruiz, M. Barrueco Ferrero, M. Carrión Valero, R. Cordovilla, I. Hernández, E. Martínez Moragón, O. Perelló y M.J. Ruiz Mardo (Grupo de Trabajo de Tratamiento del Área de tabaquismo de SEPAR).

Primer Accésit (Vol. 34, nº 11, diciembre 1998)

Mejor en casa: un programa de asistencia continuada para los pacientes con enfermedad respiratoria crónica avanzada. R. Güell, A. González, F. Morante, M. Sengenís, C. Sotomayor, C. Caballero y J. Sanchis (Departamento Neumología. Hospital Santa Creu i Sant Pau. Barcelona).

Segundo Accésit (Vol. 34, nº 5, mayo 1998)

Sintomatología del síndrome de apnea del sueño en la población general. C. Zamarrón, F. Gude, Y. Otero, J.M. Álvarez Dobaño, A. Golpe y J.R. Rodríguez Suárez (Servicio de Neumología y Unidad Epidemiología Clínica. Hospital General de Galicia).

Tercer Accésit (Vol. 34, nº 4, abril 1998)

Papel del óxido nítrico (NO) endógeno en la adaptación de lecho vascular pulmonar y de la ventilación unilateral durante intervenciones torácicas. G. Varela, E. del Barrio, M. Jiménez, P. García Cosmes, M. Criado y J.M. López Novao (Sección Cirugía Torácica, Servicio de Anestesiología y Reanimación y Departamento de Fisiología. Hospital Universitario de Salamanca).

Cuarto Accésit

Predicción de capacidad de esfuerzo tras resección pulmonar en pacientes con limitación crónica al flujo aéreo. L. Puente Maestu, J.M. Ruiz de Oña, J.L. Rodríguez Hermosa, A. Santa Cruz Simiami, E. Tatay y J.M. Cubillo (Servicio de Neumología. Hospital Gregorio Marañón. Madrid).