

RESULTADOS EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CARCINOMA BRONCOGÉNICO EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS

J. Astudillo y C. Conill*

Servicios de Cirugía Torácica y *Radioterapia. Hospital General Vall d'Hebron. Barcelona.

Se ha efectuado un análisis retrospectivo de 50 pacientes con edades comprendidas entre 70 y 82 años, diagnosticados de carcinoma broncogénico y sometidos a tratamiento quirúrgico. Las intervenciones realizadas han sido: 30 lobectomías, 13 neumectomías, 2 segmentectomías y 5 toracotomías exploradoras. Cuatro pacientes fallecieron dentro del primer mes después de la intervención. La mortalidad operatoria de la serie es del 8%. La supervivencia actuarial a 3 años es del 32%, 67% para los pacientes clasificados en estadio I, y del 0% para los de estadio IIIa. La supervivencia mediana es de 15 meses, 42,8 meses para el estadio I y 8 meses para el estadio IIIa. Los malos resultados obtenidos en estos pacientes con estadio IIIa, plantea la dificultad de decidir qué candidatos son más favorables para cirugía y cuáles para radioterapia.

Arch Bronconeumol 1990; 26:297-300

Introducción

La cirugía sigue siendo el tratamiento de elección en el carcinoma broncogénico, ya que el pronóstico de los pacientes afectados por este tumor dependerá en buena medida de su reseccabilidad.

Sin embargo, para pacientes mayores de 70 años, se plantea la duda de si el beneficio de la cirugía potencialmente curativa justifica el riesgo quirúrgico.

En España, el incremento de la población anciana en las últimas décadas es evidente, pasando de un 8,2% en 1960 a un 12,2% en 1986¹. En esa fecha, la población con más de 70 años era de 3.187.423¹.

Como consecuencia de este hecho, cada vez será más frecuente el diagnóstico de un carcinoma broncogénico en pacientes ancianos sin ninguna contraindicación quirúrgica, salvo el que pueda plantear su edad cronológica.

Por otra parte, las expectativas de vida en España, para personas de 70 y 80 años era de 16,5 y 7,2 años

Results of the surgical treatment of bronchogenic carcinoma in patients older than 70 years.

This is a retrospective review of 50 patients aged 70 to 82 years diagnosed of bronchogenic carcinoma who underwent surgical treatment. The surgical procedures were: lobectomy in 30, pneumectomy in 13, segmentectomy in 2 and exploring thoracotomy in 5. Four patients died within the first month of the intervention. The surgical mortality was 8%. The actuarial survival at 3 years was 32%. For patients classified in stage I the survival was 67% and for those in stage IIIa the survival was 0%. The mean survival was 15 months: 42.8 months for patients in stage I and 8 months for those in stage IIIa. The bad results obtained in patients of stage IIIa create difficulties to decide which are the more appropriate candidates for surgery or radiotherapy.

respectivamente, en 1988². Sin embargo, para aquellos pacientes de más de 70 años, diagnosticados de un carcinoma broncogénico sin resección, la expectativa de vida es solamente de un 7% en el primer año³. Lo que parece indicar que el factor más importante que va a condicionar la supervivencia en estos pacientes está más relacionado con su carcinoma que con su edad.

El objetivo del presente trabajo es analizar nuestros resultados en un grupo de 50 pacientes con edad superior a 70 años, intervenidos quirúrgicamente.

Material y métodos

Entre junio de 1980 y diciembre de 1987, 450 pacientes fueron intervenidos por presentar un carcinoma broncogénico, de los cuales 50 (11,1%) tenían entre 70 y 82 años (media 72,7 años).

Este grupo estaba formado por 49 hombres y 1 mujer. Todos los pacientes fueron sometidos al mismo protocolo de diagnóstico de extensión de la enfermedad, que consiste en: exploración física, determinación analítica básica, radiografía de tórax, broncofibroscopia, pruebas funcionales respiratorias y electrocardiograma. Si hubo sospecha de metástasis se realizaron pruebas específicas de confirmación.

La tomografía axial computarizada (TAC), se ha añadido en los últimos años de forma habitual a la batería de exploraciones.

(* Actualmente: Hospital Clinic i Provincial. Barcelona.

Recibido el 24-1-1990 y aceptado el 3-4-1990.

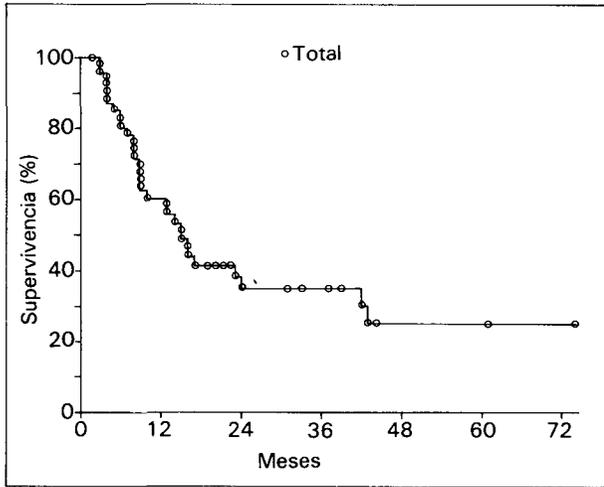
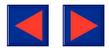


Fig. 1. Supervivencia actuarial global de la serie.

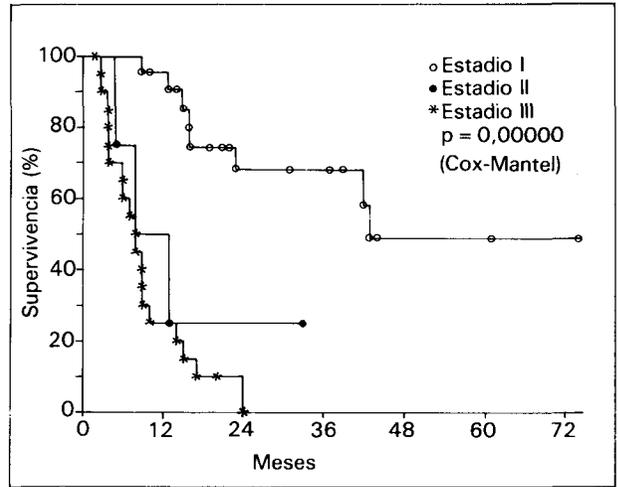


Fig. 2. Supervivencia actuarial por estadios.

No se ha efectuado de forma sistemática mediastinoscopia previa a la intervención. Durante el acto quirúrgico, se realiza de forma regular la exploración del mediastino y vaciamiento ganglionar si es necesario.

El estadiaje TNM fue realizado en función de los hallazgos anatómopatológicos de la pieza de resección, según la clasificación de la SEPAR⁴.

Todos los pacientes incluidos en este trabajo fueron calificados como operables y sometidos a intervención quirúrgica con un criterio de radicalidad oncológica con la única limitación de la restricción funcional respiratoria.

El seguimiento mínimo es de seis meses y el máximo de 102 meses.

El análisis de supervivencia se efectuó mediante el método actuarial de Kaplan-Meier⁵, y las diferencias entre las curvas fueron analizadas mediante el test de Mantel-Cox⁶.

Resultados

El tipo de intervención que se ha efectuado en la mayoría de pacientes ha sido la lobectomía (tabla I). En relación al tipo histológico, 32 casos (64 %) eran carcinomas epidermoides, 15 (30 %) adenocarcinomas y tres (6 %) carcinomas microcíticos.

Cuatro pacientes fallecieron durante los 30 primeros días después de la intervención, lo que supone una

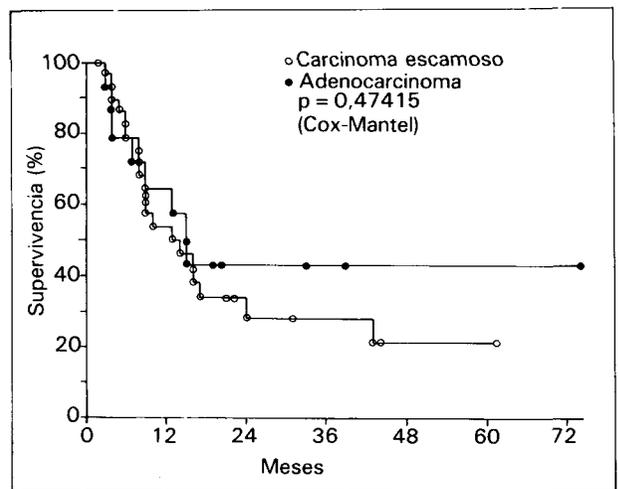


Fig. 3. Supervivencia actuarial según tipo histológico.

TABLA I

Tipo de intervención en pacientes mayores de 70 años

	N.º resecciones	(%)
Neumectomía	13	26
Lobectomía	30	60
Segmentectomía	2	4
Torac. exploradoras	5	10

TABLA II
Estadio TNM

	N.º casos	(%)
Estadio I	23	46
Estadio II	4	8
Estadio IIIa	23	46

mortalidad operatoria del 8 %. Las causas de muerte fueron: embolismo pulmonar, peritonitis secundaria a perforación duodenal, insuficiencia respiratoria por neumonía y muerte súbita provocada por trastornos del ritmo. Tres de los pacientes fallecidos habían sufrido una lobectomía o menos (3/32), por lo que la mortalidad para este grupo de intervención es del 9,3 %, neumectomías 1/13 (7,6 %) y 0 % para las cinco toracotomías exploradoras.

La clasificación según el TNM post-quirúrgico se muestra en la tabla II.

Para el análisis de supervivencia se han excluido los pacientes con diagnóstico histológico de carcinoma microcítico (n=3). La supervivencia actuarial a tres años es del 32 % para el global de la serie (fig. 1). Los pacientes clasificados en estadio I tienen una mejor supervivencia (67 % a 3 años) que los clasificados en estadios II y IIIa (25 % y 0 % respectivamente), con diferencias estadísticamente significativas (p = 0,000) (fig. 2). En relación al tipo histológico, la supervivencia

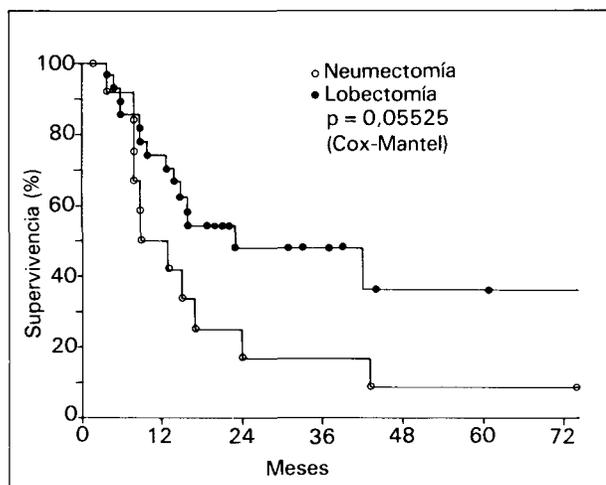


Fig. 4. Supervivencia actuarial según el tipo de resección quirúrgica.

TABLA III
Mortalidad operatoria según el tipo de resección

Tipo de intervención	N.º resecciones		Fallecidos	
	LCSG*	HGVH**	LCSG	HGVH
Neumectomías	85	13	5 (5,9 %)	1 (7,6 %)
Lobectomías o menos	368	32	27 (7,3 %)	3 (9,3 %)
Toracotomías exploradoras	-	5	-	0 (0 %)
Total	453	50	32	4

(*) LCSG: Lung Cancer Study Group.

(**) HGVH: Hospital General Vall d'Hebron.

fue del 27 % para los carcinomas epidermoides y del 42 % para los carcinomas no-epidermoides ($p = 0,740$) (fig. 3). Según la intervención realizada se observa una mayor supervivencia para las lobectomías (72 % y 47 % a 1 y 3 años) que para las neumectomías (50 % y 16 % para el mismo periodo de tiempo) ($p = 0,081$) (fig. 4).

Discusión

En nuestro servicio, la edad avanzada no se considera un criterio absoluto de inoperabilidad, valorándose el paciente con los mismos parámetros que se utilizan en enfermos más jóvenes.

En la literatura se encuentran opiniones discrepantes, así mientras Higgins⁷ opina que la supervivencia está fuertemente influida por la edad, Breyer et al⁸ creen que ningún paciente debería descartarse del tratamiento quirúrgico por este motivo.

Es cierto que trabajos publicados en la década de los setenta muestran cifras de mortalidad operatoria altas (entre el 15-20 % para pacientes intervenidos con

más de 70 años^{3,9,10}, sin embargo, trabajos más recientes publicados en la década de los ochenta revelan cifras inferiores al 10 %^{8,11,12}.

El Lung Cancer Study Group (LCSG)¹¹, recoge la experiencia de varios centros en la resección de 453 pacientes mayores de 70 años, con una mortalidad operatoria del 7,1 % (5,9 % en las neumectomías y 7,4 % en las lobectomías).

Los resultados de la presente serie, con una mortalidad del 8 %, son comparables a los mencionados anteriormente, si bien hay que destacar que este porcentaje es el doble del observado en una serie global de todas las edades publicado por nuestro grupo anteriormente¹³, al igual que ocurre en la serie del LCSG¹¹.

La mortalidad operatoria se correlaciona con la cantidad de parénquima pulmonar resecado^{8,10,14,15}, lo cual parece lógico al recaer este tipo de intervenciones en pacientes que en su mayoría padecen una broncopatía crónica, a la cual se va a asociar la restricción producida por la exéresis quirúrgica.

Sin embargo, tanto en nuestra serie como en la del LCSG¹¹, se observa una mayor mortalidad en las lobectomías que en las neumectomías, para este grupo de pacientes de edad superior a 70 años (tabla III), sin que dichos autores ni nosotros hayamos podido encontrar una justificación a este hecho. Evidentemente, somos partidarios de que la resección sea inferior a una neumectomía siempre que sea posible.

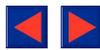
No hemos observado el riesgo que encuentran otros autores^{10,16,17} en relación a las toracotomías exploradoras (0/5), ni en este grupo de pacientes, ni en otra serie anteriormente publicada¹³.

En relación a la supervivencia, Kirsh⁸ y Evans³ dan cifras del 30 % a cinco años, Yellin¹⁸ del 35 % y Varela¹⁶ del 42 %. En el presente estudio es del 32 % a tres años, con una supervivencia mediana de 15 meses (42,8 meses para el estadio I y 8 meses para el estadio IIIa). Si bien los resultados en el estadio I son buenos, con un 67 % de supervivencia a los tres años, hay que destacar negativamente los pobres resultados obtenidos en el estadio IIIa (0 % a los dos años). Aunque este estadio tiene un reconocido peor pronóstico, contrastan estos resultados con el 24 % a tres años obtenido en una serie de 133 pacientes con el mismo estadio IIIa, de todas las edades analizado anteriormente por nuestro grupo¹⁹.

Por otra parte, el riesgo de mortalidad operatoria tras resección pulmonar en ancianos (8 % en nuestra serie) es aceptable, y creemos que deben ser asumidos estos riesgos con el mismo criterio con que se afrontan en pacientes más jóvenes, sin que prevalezca en ningún momento la edad cronológica del paciente como argumento final de decisión terapéutica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Padrón Municipal de Habitantes. Características de la población. Instituto Nacional de Estadística 1986:42.
2. Anuario Estadístico de España. Instituto Nacional de Estadística 1988; 81.
3. Evans EWT. Resection for bronchial carcinoma in the elderly. Thorax 1973; 28:86-88.



4. Sociedad Española de Patología Respiratoria. Normativa sobre nomenclatura y clasificación del carcinoma broncogénico. Ed Doyma, Barcelona 1986.
5. Kaplan EL, Meier P. Nonparametric estimation from incomplete observations. *J Am Statist Assoc* 1958; 53:457-481.
6. Mantel N. Evaluation of survival data and two new rank order statistics arising in its consideration. *Cancer Chemother Rep* 1966; 50:163-170.
7. Higgins GA, Beebe GW. Bronchogenic carcinoma. Factors in survival. *Arch Surg* 1967; 94:539-549.
8. Breyer RH, Zippe C, Pharr WF, Jensik RJ, Kittle CF, Faber LP. Thoracotomy in patients over age seventy years. Ten-year experience. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1981; 81:187-193.
9. Kirsh MM, Rotman H, Bove E et al. Major pulmonary resection for bronchogenic carcinoma in the elderly. *Ann Thorac Surg* 1976; 22:369-373.
10. Weiss W. Operative mortality and five year survival rates in patients with bronchogenic carcinoma. *Am J Surg* 1974; 128:799-804.
11. Ginsberg RJ, Hill LD, Eagan RT et al. Modern thirty day operative mortality for surgical resections in lung cancer. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1983; 86:654-658.
12. Shirakusa T, Tsutsui M, Iriki N et al. Results of resection for bronchogenic carcinoma in patients over the age of 80. *Thorax* 1989; 44:189-191.
13. Astudillo J, Conill C, Teixidor J, Margarit F, Salvador L. Resultados en el tratamiento quirúrgico del cáncer de pulmón no oat cell. *Arch Bronconeumol* 1986; 22:259-263.
14. Tarazona V, Padilla J, Blasco E et al. Resultados en el tratamiento quirúrgico del cáncer de pulmón. Factores pronósticos. *Arch Bronconeumol* 1978; 14:158-163.
15. Hoffmann TH, Ransdell HT. Comparison of lobectomy and wedge resection for carcinoma of the lung. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1980; 79:211-217.
16. Varela G, Roca R, Bogaert M, Larrú E, Toledo J. Toracotomía por carcinoma broncogénico en pacientes mayores de 70 años. *Arch Bronconeumol* 1988; 24:67-72.
17. Harviel JD, McNamara JJ, Strahley CJ. Surgical treatment of lung cancer in patients over the age of 70 years. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1978; 75:802-805.
18. Yellin A, Benfield JR. Surgery for bronchogenic carcinoma in the elderly. *Am Rev Respir Dis* 1985; 131:197.
19. Astudillo J, Conill C, Aguilera J et al. Carcinoma broncogénico estadio IIIa. Tratamiento quirúrgico y resultados. Primer Congreso Luso-Español de Neumología. *Arch Bronconeumol* 1989; 25 (supl):55.