

## CONCEPTO DEL LIMITE EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL CARCINOMA DE PULMON

DR. JOSÉ LUIS MARTÍNEZ DE SALINAS Y SALCEDO

*Director del Grupo Sanatorial Amara,*

*San Sebastián*

En el estado actual de la terapéutica del carcinoma pulmonar es evidente que su pilar más importante se asienta sobre la extirpación quirúrgica del foco tumoral y sus metástasis asequibles.

De ahí la trascendencia que tiene el contestar a la pregunta de: ¿qué casos deben operarse? En ella quedan englobados conceptos tan trascendentes como los de operabilidad e inoperabilidad, de indicaciones y contraindicaciones.

Sumarizando, podríamos decir que **DEBE OPERARSE TODO CARCINOMA PULMONAR (sic., CP) SIEMPRE QUE SE PUEDA**. Es decir, que aquí, como en otras terapéuticas quirúrgicas, más que indicaciones operatorias existen contraindicaciones, ya que son precisamente éstas las que delimitan y dan perfil a las primeras. Desgraciadamente, sin embargo, son todavía tan frecuentes en la práctica que, junto al factor de recidiva tumoral, contribuyen de manera poderosa a empobrecer las posibilidades de curación. La experiencia de los distintos centros permite afirmar de manera global que tan sólo la mitad o la tercera parte de los enfermos admitidos por CP son susceptibles de someterse a un tratamiento quirúrgico.

En tres grupos podemos clasificar las **CONTRAINDICACIONES**:

- las vinculadas al estado clínico del propio tumor;
- las relaciones con el general del enfermo, y
- las deducibles de la situación anatómica descubierta tras la toracotomía.

Las dos primeras caen dentro del estricto campo de las limitaciones clínicas y el tercero en el de las limitaciones operatorias.

A) Dentro del primer grupo pueden hacerse varios apartados:

1) Por la **LOCALIZACION TUMORAL**, destacándose en este punto la importancia decisiva de la exploración broncológica, preferentemente endoscópica. Y así quedan fuera de las posibilidades quirúrgicas los tumores que asientan en tráquea o carina, o tan próximos a ellas que no dejen espacio suficiente de pared bronquial sana para realizar la sutura. Los intentos de plásticas traqueobronquiales a esta altura, en estas afecciones malignas, vienen dando muy malos resultados.

2) Por la **PROPAGACION TUMORAL**, que puede hacerse por:

a) **VÍA LINFÁTICA**. La existencia de cierto grado de propagación por esta vía es casi la regla, sobre todo y fundamentalmente en la variedad epidermoide; pero sólo constituye contraindicación firme cuando afecte a ganglios

no alcanzables en la intervención. Nunca podrán los métodos clínicos determinar la afectación microscópica; tan sólo la gran afectación ganglionar que supone que tal barrera ha sido ya superada. De esta manera, se considera como signo de contraindicación operatoria el redondeamiento de la normal agudeza carinal que traduce la amplia afectación de los ganglios subyacentes. Igualmente, la existencia de infarto ganglionar cervical, supraclavicular, torácico externo o axilar acompañante. A veces, en la práctica, puede haber dudas sobre la naturaleza tumoral de unos ganglios palpables, que antes de llevar a una decisión negativa deberá aclararse mediante la oportuna biopsia.

Dada la tendencia a la propagación tumoral por los ganglios del mediastino superior, se ha señalado la conveniencia de la exploración previa para precisar su afectación o no y limitar con ello la realización de la toracotomía. DANIELS expuso su técnica de biopsia escaiena, relativamente sencilla y sin inconvenientes, aunque también limitada, explorando la región cervical inferior y, sobre todo, los posibles ganglios de la cúpula torácica. Otros, como CARLENS y HARKEN, mediante una mediastinotomía cervical, llegan a los ganglios paratraqueales e intertraqueobronquiales. Esta técnica, sin embargo, dado que la exposición del área no parece ser suficiente y a existir además el riesgo de hemorragia y perforación pleural, no ha tenido más que muy limitada acogida.

Nosotros realizamos durante un tiempo la biopsia escalena de manera sistemática y, de quince casos, tan sólo en uno obtuvimos resultado positivo, que ya por simple palpación externa podía presumirse. Por ello, actualmente, tan sólo la realizamos cuando la palpación detenida de la región infunde alguna sospecha.

b) VÍA VASCULAR. Los estudios anatómicos realizados por NOHL en pulmones resecados por CP han demostrado la frecuente afectación, en mayor o menor grado, de los vasos pulmonares, por la propagación tumoral, hecho que tiene gran importancia, como él prueba, en el pronóstico. Sin embargo, es difícil en clínica señalar muchas veces tal afectación. La frecuente presencia de alteraciones del ritmo cardíaco o modificaciones electrocardiográficas en enfermos portadores de un CP pueden ser debidas a una propagación por vía venosa o arterial, pero también a influencias mecánicas, funcionales o tóxicas; de aquí que sea difícil asentar en este terreno verdaderas contraindicaciones. Se ha utilizado la biopsia por sondeo cardíaco y la angioneumografía para intentar descubrir tal contingencia, pero sus limitaciones nos parecen suficientes como para no poder aconsejarlas de manera sistemática.

c) PLEURA. La propagación pleural suele traducirse por la existencia de un derrame, habitualmente hemático, o por la evidencia de células neoplásicas en el líquido. En este punto es de señalar el hecho de que tal carácter de malignidad celular debe asentarse en una base de seguridad, bien porque se trata de agrupamientos celulares que permitan hacer un diagnóstico histológico certero, bien porque la exploración microscópica la haga personal realmente especializado en citología tumoral. Los informes ligeros de la existencia de células de «aspecto tumoral», hechos por personal no especializado, no deben hacernos rechazar el camino quirúrgico, pues como es bien sabido, se trata muchas veces de células normales modificadas por la descamación y exudación pleural.

d) PARED TORÁCICA. Radiológicamente se pone de manifiesto su afectación por la destrucción costal y clínicamente por el dolor que implica la afectación neurológica, agrupándose a veces en el llamado síndrome de PANCOAST. Aunque tal afectación parietal viene constituyendo un signo de inoperabilidad, algunos

autores abogan por la extirpación radical de la pared torácica en bloque con el tumor y aseguran algunos éxitos. THOMPSON, de nueve casos con síndrome de PANCOAST, seis tuvieron supervivencias de tres años. Nuestra experiencia, de cinco casos, es, sin embargo, muy pesimista; y preferimos tratarlos radiológicamente, al menos de manera inicial.

e) Por afectación NEUROLÓGICA. La parálisis diafragmática por englobamiento del nervio frénico, aunque tiene el valor de un signo desfavorable, no constituye en sí una contraindicación, pues todos tenemos experiencia de casos en los que, presentándose, no imposibilitaron la resección eficaz, por tratarse tan sólo de compresiones por los ganglios próximos resecables. Mucho peor pronóstico tiene la presencia de voz bitonal por parálisis de la cuerda vocal correspondiente, vinculada a la afectación del nervio recurrente, más frecuente, como es bien sabido, en las localizaciones izquierdas, dado su trayecto más largo y subpleural.

f) Y, en fin, siempre que existan signos clínicos de presencia de METASTASIS a distancia, entre las que son más frecuentes las cerebrales, óseas, hepáticas y renales.

B) Entre las limitaciones del tratamiento quirúrgico vinculadas al estado general del enfermo, podemos señalar:

1. Por supuesto, la existencia de signos de consunción cancerosa, que a veces pueden resultar difíciles de precisar. La elevación de la eritrosedimentación en grado marcado es signo bastante expresivo, aunque puede obedecer a la presencia de infección asociada. La persistencia de valores elevados tras el tratamiento antibiótico, así como la falta de normalización de la analítica sanguínea tras el tratamiento preparatorio, tiene ya más objetividad.

Señalaremos aquí una circunstancia que hemos visto. La presencia de una caquexia falsamente cancerosa en enfermos tratados previamente con radiación y que obedece al perjudicial efecto que a veces origina tal procedimiento.

2. La coexistencia de otras enfermedades graves; mas en este punto se ha de hacer la objeción de que algunos cuadros pueden deberse precisamente a epifenómenos de la enfermedad tumoral en sí, y en tal caso la intervención no sólo no está contraindicada, sino que originará la desaparición de los mismos.

Hay que traer a colación aquí una serie de anomalías extrapulmonares asociadas con el CP, por las que se viene acrecentando en los últimos tiempos el interés, que se vinculan a la potencialidad del tumor para actuar como una masa tisular funcionante. Como ha revisado recientemente BORUCHOW, pueden dar lugar a una serie de síndromes, como el de Cushing, o de hiperparatiroidismos primarios con hipercalcemia, pero sin afectación ósea metastática, o a un grupo de trastornos neuromusculares no originados por la presencia de metástasis y que por su similitud con los que éstas originan pueden plantear una difícil situación ante decisión terapéutica.

Entre ellas merece destacarse por su mayor frecuencia el síndrome reumático de BAINBERGER-MARIE de osteoartropatía hipertrófica y engrosamiento del tejido conectivo periarticular, preferentemente en las falanges terminales, pero a veces más extendido. Hemos tenido dos casos, diagnosticados inicialmente de reumatismo, con importante afectación del estado general, dolores poliarticulares y gran emplastamiento articular de extremidades, uno de ellos con fiebre alta, en los que cesó bruscamente su cuadro agudo tras la intervención, con fusión posterior de las modificaciones articulares y gran mejoría del estado general. En ambos se trataba de carcinomas de la variedad anaplásica.

3. La presencia de Bronconeumopatías crónicas, principalmente de componente enfisematoso, merecen señalarse aparte, dada la alta incidencia, vinculable en muy buena parte al hábito de fumar y también a la edad. La decisión quirúrgica impone siempre un estudio funcional minucioso y en un tanto por ciento respetable la contraíndican. Es de destacar, sin embargo, que en ocasiones tales alteraciones funcionales son corregibles mediante la oportuna política de reanimación respiratoria y pueden ser intervenidos eficazmente casos que en un enjuiciamiento inicial fueran rechazables.

4. Igualmente la existencia de signos de Isquemia miocárdica, que, como es bien sabido, aumentan el riesgo operatorio. BRANTIGAN ha señalado la frecuencia del factor isquémico en las causas de muertes tras neumonectomía por CP. De treinta fallecidos, catorce fueron de origen cardíaco, insuficiencia coronaria y déficit miocárdico. Hemos de señalar, sin embargo, que en algún caso con signos de isquemia difusa miocárdica, vimos mejorar su cuadro eléctrico, llegando incluso a desaparecer, tras un tratamiento previo de reanimación respiratoria, pudiendo realizarse satisfactoriamente la intervención quirúrgica.

La existencia de infarto antiguo, ya en fase cicatricial, no constituye contraíndicación. En dos casos nuestros en los que lo había, la tolerancia quirúrgica fue completa.

5. La edad avanzada es una contingencia razonablemente frecuente en la práctica y por ello también frecuente escollo en la decisión operatoria. Se ha señalado como frontera los sesenta y cinco años, aunque hoy en día tal límite pueda ser superado. Habrá que hacer en todo caso la diferenciación entre edad cronológica y orgánica y decidir en consecuencia.

La separación entre casos operables o no, no suele aparecer muchas veces en clínica de manera tajante. Se dan con frecuencia situaciones encajables dentro del concepto de «casos límites», en los que el médico se encuentra en la encrucijada de tener que decidir sobre un consejo tan trascendente, para lo que sopesará en el enjuiciamiento los distintos factores que sobre cada caso jueguen. Por la trascendencia del «no» a la Cirugía en lo que significa de abandono de toda esperanza, parece más oportuno inclinarse hacia la Toracotomía Exploradora en muchos de estos casos.

C) Aun cuando el hecho de llevar a un enfermo al quirófano implica la esperanza en la reseabilidad de su CP, lo cierto es que en términos generales tan sólo la mitad de los casos son factibles de extirpación. Ello impone un conocimiento del límite de las posibilidades quirúrgicas para poder actuar en consecuencia.

La primera afirmación en este punto es que habrá que evitar muchas veces el desánimo ante una impresión inicial poco favorable, que incline a pensar en la irreseabilidad, haciendo un esfuerzo sincero en intentar llevar a buen logro nuestra terapéutica.

Dos razones inclinan a insistir en tal actitud. La primera, de tipo conceptual, por el hecho de ser precisamente los carcinomas localmente extendidos, sin diseminaciones sistémicas, los mejores casos para la resección, dada precisamente su conducta biológica. La segunda, por lo justificado que está en algunos casos, el realizar resecciones paliativas, que con la extirpación del foco tumoral primitivo y sus zonas de necrosis e infecciones sobreañadidas, mejoran las cifras de morbilidad y supervivencia. No nos olvidamos, en este punto, que uno de nuestros resecados de más larga supervivencia (ocho años) presentó infiltración tumoral en todos los ganglios extirpados, lo que nos hizo deducir un mal pronóstico que afortunadamente el tiempo no confirmó.

Autores hay como CHAMBERLAIN y ABBEY SMITH que comunican cifras muy altas de reseccabilidad, el 80 y el 98 por 100, respectivamente. Aunque estas cifras en nuestro medio nos asombran, sí podemos decir que a medida que ha aumentado nuestra experiencia, lo ha hecho también el porcentaje de resecados.

Por supuesto que frente a la actitud excesivamente cauta, habrá que huir también, en el otro extremo, de posturas de reseccionismo a ultranza, mediante un ponderado juicio, no de nuestras posibilidades manuales, sino de las funcionales y vitales del propio enfermo.

En un intento de fijar las limitaciones operatorias, señalaremos:

1. Que la propagación ganglionar, por corresponder generalmente al tipo epidermoide, de crecimiento relativamente más lento y local, debe ser la que menos desanime a realizar la resección, siempre que la afectación macroscópica sea quirúrgicamente abordable.

2. En cuanto a la afectación parietal, la propagación pleural, cuando es diseminada, en pequeños acúmulos neoplásicos, por supuesto que contraindica la intervención. No así cuando se trata de propagación local por contigüidad y es extirpable localmente, junto a la zona osteomuscular subyacente.

Si existe propagación al plano osteomuscular, la resección podrá hacerse siempre que sea limitada e insular. En los casos de síndrome de Pancoast, por el contrario, suelen afectarse también los cuerpos vertebrales y los planos mediastínicos, por lo que las posibilidades de resección son muy aleatorias. Nuestra experiencia de cinco casos es muy desfavorable y creemos que sólo el intento de realizar una descompresión para reducir el síndrome doloroso, como señala ABBEY SMITH, puede justificar el proseguir la intervención.

3. En la propagación a los órganos cardiovasculares, la afectación de la aorta es una definitiva contraindicación quirúrgica.

No así las limitadas propagaciones a pericardio o paredes auriculares, cuya resección sea posible técnicamente, pues se han conseguido resultados favorables.

La afectación de la cava creemos que constituye un serio y definitivo inconveniente. Los casos en los que la toracotomía la puso de manifiesto, siempre hemos visto invasiones o compresiones amplias fuera ya del alcance de cualquier sutileza quirúrgica, relegando tales casos a un tratamiento radiológico posterior, cuyos buenos efectos temporales, hace que los incluyamos entre las pocas indicaciones claras de la radioterapia.

Sin embargo, algunos autores han comunicado casos, si bien raros, en los que se llevó a cabo la extirpación y restitución del vaso. Así JARVIS y KANAR realizaron con éxito una neumonectomía con anastomosis de la cava a la aurícula. ASHBUR, SEWELL y HUGGINS, PRICE THOMAS y ABBEY SMITH han señalado algunos casos singulares con buenos resultados iniciales. Por supuesto que se trataba de pequeños tumores localizados en los que la afectación de la cava era el único inconveniente para realizar una operación satisfactoria. La experiencia es, sin embargo, muy pequeña y desconocidos los resultados a largo plazo.

4. Junto a estas limitaciones de orden anatómico, bien deben incluirse otras de índole funcional, que también pueden impedir completar nuestra actuación quirúrgica en la toracotomía. Nos referimos a aquellos casos en los que el estudio funcional previo excluye la resección total y la exploración quirúrgica comprueba que la parcial no es posible. Igualmente aquellos otros en los que a pesar de un informe funcional previo suficiente, aunque razonablemente en el límite, se descubre en la toracotomía un enfisema difuso evidente y la extensión del tumor impone una resección total. Lo más prudente, en

estos casos, es abandonar el proyecto de exéresis, pues es muy alto el riesgo de que se plantee una insuficiencia respiratoria inmediata, sin posibilidades de recuperación.

### CARCINOMA BRONQUIAL: 163 casos

SEXO: hombres, 150; mujeres, 13.

TABACO: muy fumadores, 82 por 100.

BRONCOSCOPIA DIAGNOSTICA: 69 por 100.

Signos directos, 41.

Signos indirectos, 28.

TIPO ANATOMICO: 122.

Epidermoide, 55 por 100.

Anaplásico, 30 por 100.

Adenocarcinoma, 10 por 100.

Metastático, 5 por 100.

EXPLORACION QUIRURGICA: Toracotomía,

72 casos, 44 por 100.

Toracotomía simple, 31: 43 por 100.

Resecados, 41: 57 por 100.

MORTALIDAD QUIRURGICA.

Toracotomía simple, 2: 6,4 por 100.

Resecados, 4: 9,7 por 100.

SUPERVIVIENTES: 25 casos.

menos de un año, 5.

más de un año, 20.

más de dos, 16.

más de tres, 12.

más de cinco, 9.

más de ocho, 2.

De la contemplación de nuestra casuística se deduce el bajo tanto por ciento que todavía se da en nuestro medio de casos en los que es posible realizar la exploración quirúrgica, el 44 por 100. Es decir, que en el 56 por 100 restante llegó ya fuera de las posibilidades de la toracotomía.

En cuanto a los que fueron resecables, 57 por 100, más que una visión global de las cifras, resulta aleccionador destacar la estrecha relación existente entre el tiempo diagnóstico y las posibilidades de resección. De cinco casos de CP diagnosticados en la fase asintomática, merced a la exploración radiológica, los cinco fueron resecables y cuatro mantienen buenas cifras de supervivencia.

Dos hechos son de capital importancia en el enjuiciamiento de los resultados: la malignidad intrínseca de cada tipo tumoral y la extensión del proceso en el momento de tomar la decisión terapéutica, que depende en gran parte de la DETECCION o momento en el que se establece el diagnóstico, y de la SELECCION, tiempo en el que se toma la decisión quirúrgica.

Detección y Selección son factores cronológicos que en gran manera se relacionan con lo que pudiéramos llamar «tempo medico» de agudeza diagnóstica

y agilidad de decisión terapéutica. Con ellos se va a enfrentar en cada caso la propia malignidad tumoral, que pudiéramos llamar «tempo de ofensiva biológica de cada tumor» o «tempo tumoral». Y del juego de ambos va a depender algo tan trascendente como la resecabilidad y la curación.

Conocida la cada vez más frecuente incidencia del CP, nos debe inquietar el problema de su diagnóstico precoz, dada su trascendencia. Bastará en todo caso la sospecha, para encarrilar prontamente al enfermo a los medios específicos de exploración, que en las tres cuartas partes de los casos podrán darnos la evidencia diagnóstica. Y aun cuando ésta no se consiga, si la sospecha se mantiene, estará justificada la exploración quirúrgica de no existir firme contraindicación. Deberá huirse de la peligrosa postura de querer asegurar el diagnóstico a ultranza, con la repetición de exploraciones, a la espera de la evolución aclaratoria del proceso, pues, como decía OVERHOLT, tal retraso acrecentará la confianza del médico en la certeza de su diagnóstico, pero el enfermo pagará cara tal precisión.

A la espera de una quimioterapia más efectiva o una radioterapia de mejores logros y menos perturbante, con ser laboriosas y poco agradecidas, son la inquietud diagnóstica y la decisión quirúrgica temprana, las mejores armas con que hoy contamos para luchar contra el CP.