

Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Miguel Enríquez"

ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO DEL CÁNCER DEL PULMÓN. RESULTADOS DE LA CIRUGÍA

Dr. Armando Leal Mursuli,¹ Dr. Evelio T. Ramírez Hernández,¹ Dra. Rosalba Roque González,² Dr. Mario Mendoza González² y Dra. Amelí Pérez Sicili³

RESUMEN

Se realizó un estudio que incluyó a 221 pacientes valorados en el grupo multidisciplinario de cirugía torácica del Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Miguel Enríquez", en el período comprendido entre 1987 y 1997, por diagnóstico de cáncer pulmonar, y se seleccionaron para este trabajo a 104 enfermos que recibieron tratamiento quirúrgico. Los resultados obtenidos de la cirugía fueron aceptables y se concluye en que la mayoría de los casos pertenecían al sexo masculino, la operación más frecuente la lobectomía en los estadios I y II, la mortalidad operatoria de 11,3 % y la supervivencia a los 5 años de 28 %.

Descriptores DeCS: NEOPLASMAS PULMONARES/cirugía.

El carcinoma del pulmón fue descrito por *Laennec* a principios del siglo XIX como una neoplasia relativamente infrecuente; sin embargo, en los últimos 70 años su incidencia ha aumentado rápidamente por lo que se considera actualmente el cáncer visceral más frecuente en el hombre después que el de próstata. Este incremento puede estar relacionado no sólo con el desarrollo de las técnicas de diagnósticos, sino también con el incremento en el hábito de fumar y el aumento de la contaminación ambiental en la sociedad moderna.¹ Estos antecedentes y estudios preliminares realizados en nuestro centro, motivaron a la creación en el Hospital Clínicoquirúrgico

Docente "Miguel Enríquez" desde 1987, de un grupo multidisciplinario de cirugía torácica, según la tendencia actual de la valoración colectiva, para lograr de esta forma una decisión final más completa, lo que nos ha permitido la realización de diferentes investigaciones, entre las cuales tenemos el tratamiento quirúrgico del cáncer de pulmón, cuyos resultados se muestran en este trabajo.

MÉTODOS

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes estudiados en el grupo multidisciplinario de cirugía torácica de

¹ Especialista de II Grado en Cirugía General. Asistente.

² Especialista de I Grado en Cirugía General.

³ Residente de 3er. año en Cirugía General.

1987 a 1997, ambos inclusive, ingresados en nuestro centro y con diagnóstico de cáncer pulmonar.

De los pacientes valorados en nuestro grupo con sospecha de cáncer del pulmón, 221 fueron diagnosticados con esta penosa enfermedad, y de éstos se seleccionaron a 104 enfermos que recibieron tratamiento quirúrgico.

Al egreso se llenó la planilla de recolección de datos según protocolo de trabajo de nuestro grupo, en donde se plasmaron todos los aspectos en relación con su estadía hospitalaria y seguimiento posoperatorio.

Los resultados se exponen en tablas mediante cifras absolutas y cifras relativas en porcentajes.

RESULTADOS

De los 104 pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico 74 pertenecían al sexo masculino y 30 al femenino, y el grupo etáreo más afectado estaba entre los 60 y los 69 años, con 58 pacientes que representaron el 55,8 %. En nuestra serie el paciente más joven tenía 32 años y el más viejo 69, ambos del sexo masculino (tabla 1).

El carcinoma epidermoide es el tipo hístico más frecuente en nuestra serie, con 62 enfermos (59,6 %), seguido del adenocarcinoma hallado en 36 pacientes (34,6 %). El carcinoma de células pequeñas solamente fue encontrado en 2 pacientes (1,9 %) (tabla 2).

La radiografía de tórax y la fluoroscopia han sido la piedra angular de nuestra investigación acompañadas de la ultrasonografía abdominal, la broncoscopia, la punción aspiratoria con aguja fina y las pruebas funcionales ventilatorias entre otras, realizadas según las probabilidades existentes para el diagnóstico y estadiación preoperatoria.

TABLA 1. *Cáncer del pulmón. Distribución por grupos de edades y sexo*

Edad	Femenino	Masculino	Total (%)
30 - 39	1	3	4 (3,8)
40 - 49	4	4	8 (7,7)
50 - 59	12	22	34 (32,7)
60 - 69	13	45	58 (55,8)
> 70	-	-	-
Total %	30 (28,8)	74 (71,2)	104 (100)

TABLA 2. *Cáncer del pulmón. Variedades hísticas*

Tipo hístico	No. de casos	%
Carcinoma epidermoide	62	59,6
Adenocarcinoma	36	34,6
Carcinoma indiferenciado de células claras	4	3,9
Carcinoma de células pequeñas	2	1,9
Total	104	100

La lobectomía fue la operación que más se realizó en nuestra serie con 60 pacientes (57,6 %) y fueron los lóbulos superiores los más afectados: 33 enfermos (31,7 %); en 5 pacientes se realizó la bilobectomía (4,8 %). La neumonectomía fue la segunda operación en orden de frecuencia realizada en 42 pacientes (40,4 %). Es destacable que sólo 2 pacientes (1,9 %) fueron irresecables, y correspondieron al tipo hístico de carcinoma de células pequeñas (tabla 3).

La linfadenectomía mediastínica fue realizada sistemáticamente en nuestra serie, lo que permitió una adecuada estadiación posoperatoria, lo que representa que 42 pacientes se clasificaron en el estadio I (40,5 %), 55 enfermos en el estadio II (52,9 %), y solamente 2 pacientes en estadio IV (1,9 %) que no fueron resecables (tabla 4).

TABLA 3. *Cáncer del pulmón. relación entre operación y su localización*

Operación	Pulmón derecho	Pulmón izquierdo	Total (%)
Neumonectomía	27	15	42 (40,4)
Lobectomía superior	19	14	33 (31,7)
Lobectomía media	2	—	2 (1,9)
Lobectomía inferior	11	9	20 (19,3)
Bilobectomía	5	—	5 (4,8)
Tumor no reseccable	1	1	2 (1,9)
Total %	65 (62,5)	39 (37,5)	104 (100)

La sepsis de la herida quirúrgica constituyó la complicación más frecuente hallada en nuestra serie, con 14 pacientes (13,4 %); seguida del derrame pleural persistente después del quinto día posoperatorio, 8 pacientes (7,6 %) y la reexpansión pulmonar incompleta, 3 pacientes (2,8 %).

La mortalidad operatoria fue de 12 pacientes, lo que representó el 11,3 %, y fue la muerte súbita por fallo cardiorrespiratorio agudo la causa más frecuente, en 6 pacientes (5,7 %). Es de destacar que sólo tuvimos una fístula bronco-

pleurocutánea para el 0,9 %, por una neumonectomía izquierda (tabla 5).

La supervivencia a los 5 años fue del 28 %, lo que estuvo en íntima relación con la intervención quirúrgica realizada y el estadio clínico. Quince pacientes se encuentran en consulta de seguimiento después de 5 años de operados, y 11 se hallan fuera de control por no asistir a nuestra consulta.

DISCUSIÓN

El cáncer del pulmón se observa cada vez con mayor frecuencia en los varones de la sexta y séptima décadas de vida, aunque existe una tendencia a aparecer en edades tempranas si tenemos en consideración el incremento del hábito de fumar en la población y la gran contaminación del medio ambiente.²

Es importante considerar que existe una tendencia actual, en la cual la mayoría de los autores coinciden en aceptar, que el tratamiento quirúrgico no es recomendable en pacientes mayores de 70 años por el alto riesgo que ello implica, no obstante hay reportes de otras series que conside-

TABLA 4. *Cáncer del pulmón. Relación entre operación y estadio*

Operación	Estadio I	Estadio II	Estadio III		Estadio IV	Total
			III A	III B		
Lobectomía superior	22	11	—	—	—	33
Lobectomía media	2	—	—	—	—	2
Lobectomía inferior	14	6	—	—	—	20
Bilobectomía	4	1	—	—	—	5
Neumonectomía	—	37	4	1	—	42
No reseccable	—	—	—	—	2	2
Total	42 (40,5)	55 (52,9)	4 (3,8)	1 (0,9)	2 (1,9)	104 (100)

TABLA 5. *Cáncer del pulmón. Relación entre complicaciones y mortalidad*

Complicaciones	Pacientes (%)	Fallecidos (%)
Sepsis de la herida	14 (13,4)	—
Derrame pleural persistente	8 (7,6)	—
Reexpansión incompleta	3 (2,8)	—
Empiema pleural	3 (2,8)	2 (1,9)
Fallo cardiorrespiratorio agudo	6 (5,7)	6 (5,7)
Tromboembolismo pulmonar	3 (2,8)	3 (2,8)
Fístula broncopleural	1	1 (0,9)
Mortalidad operatoria %	—	12 (11,3)

ran que la edad es valorativa y dan un gran énfasis a las condiciones físicas y clínicas, y cuando sean favorables, recomiendan realizarlo.³

Aunque la relación entre uno y otro sexos es aún significativa, la incidencia del carcinoma de pulmón en la mujer va en aumento, al parecer por los mismos factores de riesgos para ambos.²

El carcinoma epidermoide corresponde al tipo hístico más frecuente en nuestra serie; este hecho coincide con los reportes de la literatura médica donde se observa un incremento en la incidencia del adenocarcinoma, y en algunos estudios constituye el tipo hístico más frecuente.⁴ El carcinoma de células pequeñas de manera general ocupa un porcentaje importante en el carcinoma del pulmón en su aparición clínica, pero su agresividad biológica lo hace aún poco accesible al tratamiento quirúrgico y en la actualidad sólo se lleva a cabo en casos selectos con enfermedad temprana.^{1,2} El índice de reseccabilidad en nuestra serie fue de 98 %.

Sólo en 2 pacientes no fue posible la resección quirúrgica y el 93 % de los casos operados se halla en los estadios I y II de la enfermedad, resultados que expresan una adecuada valoración y estadiación preoperatoria producto de un trabajo multidisciplinario, resultados que son similares a otras series.⁵⁻⁷

*Ginsber*⁸ plantea que el vaciamiento de los compartimientos mediastinales facilita la estadiación de la enfermedad y alarga la supervivencia. Un estudio comparativo muestra que a pacientes a los que no se les realizó el vaciamiento, la supervivencia disminuyó en el 50 %.⁴

La sepsis de la herida quirúrgica es la complicación más frecuente de nuestra serie, lo que consideramos se deba a la resección de varios planos musculares y la posible contaminación con secreciones bronquiales de la piel, lo que implica que el cirujano debe ser cada día más metódico con la técnica. La reexpansión incompleta depende del tipo de operación quirúrgica y el estado previo del pulmón. La experiencia del grupo ha demostrado que progresivamente el pulmón remanente ocupa casi todo el hemitórax, y si no concommita el espacio muerto con fugas de aire, no hay peligro de empiema. Otros autores siguen este mismo principio con buenos resultados.^{3,5,8} La mortalidad operatoria en nuestra serie fue del 11,3 % y fue el fallo cardiorrespiratorio agudo la principal causa de muerte, y sólo se halló una fístula broncopleural. Nuestros resultados son comparables con los de autores nacionales.^{3,5,7,9} Sin embargo al relacionarlos con otros grupos extranjeros como el de *Martini* que informa una mortalidad operatoria del 6 %, Mayo Clinic del 2,3 % entre otros,^{4,5,7,8} nos indica que debemos ser más exigentes en la valoración y preparación preoperatoria de nuestros enfermos. La supervivencia a los 5 años fue del 28 % y se considera aceptable al relacionarla con otras series nacionales^{3,5,7,9} resultados que están relacionados con el trabajo de un grupo de cirujanos torácicos acoplados a un grupo multidisciplinario de trabajo, y es ésta la tendencia actual en la cirugía moderna.^{2,8,10}

SUMMARY

221 patients with lung cancer diagnosis that were evaluated by a multidisciplinary team of thoracic surgery at the "Miguel Enriquez" Clinical and Surgical Teaching Hospital, from 1987 to 1997, were studied. 104 patients who underwent surgery were selected for this paper. The surgical results were acceptable and it was concluded that most of the cases were males, and that the most frequent operation was lobectomy at stages I and II. Operative mortality was 11.3 % and the survival after 5 years was 28 %.

Subject headings: LUNG NEOPLASMS/surgery.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Harpole DH, Herndon JE, Young WG. Stage I normal lung cancer. *Cancer* 1995;76:787-96.
2. Parker SL, Tong T, Bolden S. Cancer statistics chest 1997;5:28-30.
3. Hernández A. Cáncer del pulmón: Mortalidad y complicaciones post-operatorias inmediatas. *Rev Cubana Cir* 1988;30(1):7-22.
4. Miyamoto H, Hata E, Sakao Y, Harada R, Hamada T. Evaluation of neck lymph node dissection and extended lymphadenectomy through a collar incision and median sternotomy for lung cancer. *Nippon Kyobo Geka Gakk Zasshi* 1995;43(11):1804-9.
5. Mederos Curbelo O, Leal Mursulí A, Díaz Miguel M, Bernot Ramírez D, Alavez Velazco P, Agüero Bello N. Tratamiento quirúrgico del cáncer broncopulmonar: Revisión estadística en los años de 1974 a 1986. *Rev Cubana Cir* 1988;27(4):27-33.
6. Harpole DH, Herndon JE, Wolfe WG. A prognostic model of recurrence and death in stage I non small cell lung cancer utilizing presenting symptoms, histopathology and oncoprotein staining. *Cancer Res* 1995;55:51-6.
7. Selman-Housein Abdo E. Algunos criterios sobre el tratamiento quirúrgico del cáncer pulmonar. *Rev Cubana Cir* 1979;18:21-7.
8. Ginsberg RJ. Invasive and non invasive techniques of staging in potentially operable lung cancer. *Semin Surg Oncol* 1992;6(5):244-7.
9. Ríos Rodríguez A, Ríos Mesa A, Sánchez Sánchez A, Jiménez CJ. Experiencia y resultados en el tratamiento quirúrgico del cáncer del pulmón. *Rev Cubana Cir* 1988;27(3):97-110.
10. Rubinstein IV, Ginsberg RJ. Lobectomy versus limited resection in T1 lung cancer. *Ann Thorac Surg* 1996;62:1249-50.

Recibido: 12 de noviembre de 1998. Aprobado! 14 de diciembre de 1998.

Dr. *Armando Leal Mursulí*. Ramón Pintó 202, municipio 10 de Octubre, Ciudad de La Habana, Cuba.