

Hospital Universitario «Manuel Fajardo»

Segmentectomía a pulmonar en pacientes con pruebas funcionales precarias y cáncer de pulmón

Dr. Orestes N. Mederos Curbelo,¹ Dr. Juan C. Barrera Ortega,² Dr. Jesús M. Valdés Jiménez,³ Dr. Kai Cheng Hung,⁴ Dr. Alexis Cantero Ronquillo⁵ y Dr. Carlos A. Romero Díaz⁶

RESUMEN

La necesidad de preservar el tejido pulmonar en pacientes cuya capacidad respiratoria imposibilita las resecciones regladas, como lobectomía y neumonectomía, obliga a recurrir a procedimientos tolerables por estos. Se presenta una investigación prospectiva de 5 pacientes operados por cáncer de pulmón y enfermedades asociadas, a los que se les realizaron segmentectomías pulmonares en el Hospital Universitario «Manuel Fajardo». Los estadios de los tumores fueron I y IIA. El estudio histológico demostró que 4 pacientes padecían tumores epidermoides y 1, adenocarcinoma. Los pacientes se encontraban en la sexta y séptima décadas de la vida, con antecedentes de drogadicción por consumo de tabaco y afecciones médicas sistémicas, como diabetes mellitus (1), enfisema pulmonar o bronquitis crónica (2) y cardiopatía isquémica (2). El abordaje quirúrgico se realizó mediante incisiones axilares y entubación selectiva y se realizaron a todos los pacientes resecciones limitadas a una segmentectomía. No tuvimos mortalidad quirúrgica a pesar de que uno de los pacientes presentaba dificultades respiratorias en el postoperatorio. La supervivencia fue la siguiente: 1 paciente falleció al segundo año de la operación, 4 rebasaron los tres años, 2 los cuatro años y 1, los cinco. Las resecciones económicas como la segmentectomía son una opción quirúrgica de buenos resultados en el paciente con riesgo quirúrgico alto y pruebas funcionales respiratorias deficitarias.

Palabras clave: Segmentectomía pulmonar, cáncer de pulmón, pacientes con dificultades respiratorias.

El cáncer de pulmón es un serio problema de salud. En Cuba ocupa el primer lugar entre los cánceres que afectan el sexo masculino y el tercero en el femenino, incidencia similar a la que se existe en los países desarrollados: 38 por cada 100 000 habitantes y donde fallecen 4 275 enfermos anualmente. La segmentectomía en el cáncer de pulmón temprano ha sido

el procedimiento preconizado en los últimos 5 años para el estadio T1-N0-M0. Este procedimiento, como estrategia quirúrgica en el cáncer de pulmón, no es nuevo. *Jensik* lo popularizó en 1973¹ y durante años su uso fue controversial, fundamentalmente sobre la base de su radicalidad.

MÉTODOS

Se presentan 5 pacientes, operados en el Hospital Universitario «Manuel Fajardo», después de creado el Grupo Multidisciplinario de Cirugía Torácica en 1994. Al ingreso, los pacientes fueron registrados en el Departamento de Estadísticas como 162.1, según la Codificación Internacional de Enfermedades (CIE), lo cual corresponde al cáncer de pulmón. Presentaban riesgo quirúrgico alto por tener pruebas funcionales deficientes.

La información de los pacientes fue extraída de las historias clínicas y del seguimiento en consulta externa realizado por el Grupo de Cirugía Torácica.

Todos los pacientes fueron discutidos en el colectivo de cirugía torácica y se les realizó algún tipo de investigación con una sistemática diagnóstica, con el objetivo de conseguir información sobre la histología del tumor. A partir de los estudios realizados se estableció el estadio de la enfermedad (estadificación clínica o TNM). Todos los pacientes tenían pruebas funcionales respiratorias que prohibían la resección reglada por elevado riesgo quirúrgico.

RESULTADOS

Pertencieron al sexo masculino 4 de los 5 pacientes y el rasgo característico general fue que se encontraban en la sexta y séptima décadas de la vida. Todos los pacientes tenían antecedentes de hábitos tóxicos como el consumo de tabaco y presentaban afecciones médicas sistémicas como la diabetes mellitus (1), enfisema pulmonar o bronquitis crónica (2) y cardiopatía isquémica (2). En los 5, los resultados de las pruebas funcionales fueron prohibitivos de la resección quirúrgica reglada.

Al estadificar los tumores, todos fueron clasificados en los estadios IB y IIA del grupo de *carcinomas de pulmón no células pequeñas*, tipo histológico epidermoide (4 pacientes) y adenocarcinoma (1). El abordaje quirúrgico se realizó mediante incisiones axilares, intubación selectiva y se realizaron, a todos los pacientes, resecciones limitadas a un segmento pulmonar.

No tuvimos mortalidad quirúrgica, a pesar de que uno de los pacientes presentaba dificultad respiratoria en el postoperatorio. La supervivencia se comportó de la forma siguiente: 1 paciente falleció al segundo año de la operación, 3 rebasaron los tres años, 2 los cuatro años y 1 paciente, los cinco años.



Figura. A) Radiografía de tórax: nódulo del lóbulo superior derecho; carcinoma epidermoide; cardiopatía isquémica y diabetes mellitus. Supervivencia de 4 años.

B) Tomografía axial computadorizada: nódulo del lóbulo superior derecho; carcinoma epidermoide. Supervivencia de 3 años.

C) Radiografía de tórax: nódulo del lóbulo inferior izquierdo; enfisema pulmonar y asma bronquial; carcinoma epidermoide. Supervivencia de 3 años.

DISCUSIÓN

Es frecuente que los pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón se encuentren en su sexta y séptima décadas de la vida, lo que condiciona la presencia reiterada de enfermedades asociadas. También el hábito de fumar disminuye las posibilidades exeréticas extensas.

En todos nuestros casos realizamos incisiones axilares porque la consideramos menos traumática, facilita la respiración y el dolor postoperatorio es menos intenso. Aunque esta técnica está fundamentalmente indicada para el estadio I, en el caso del IIA es una opción en caso necesario.^{2,3} La importancia de preservar el tejido pulmonar es tan grande que, cuando la capacidad respiratoria del paciente contraindica una resección extensa, se prefieren resecciones más económicas, como las lobectomías con procedimientos broncoplásticos o segmentectomías, que incluso han permitido reseccionar tumores en pacientes con gran compromiso respiratorio.²⁻⁷ Estos procedimientos han permitido alargar la vida de los pacientes a los 5 años en el 55 %, ^{3,5,6} a diferencia de grupos similares en que solo se empleó radioterapia y la supervivencia ha sido inferior al 14 % en el mismo período de tiempo.⁶

La supervivencia a los 5 años fue similar entre los diferentes tipos de cáncer de pulmón no células pequeñas, epidermoides y adenocarcinoma, en los estadios I y II, algo similar a lo documentado en la literatura médica mundial.⁴⁻⁷ Diferentes autores lo realizan sistemáticamente en los pacientes T1-N0-M0^{2,6,7} a diferencia de otros que, por medio de resecciones abiertas o por cirugía videoasistida, refieren resultados mejores de supervivencia en las lobectomías. Tal es el caso de *Landreneau* en un estudio aleatorio de 219 pacientes.⁸ En general, esta operación es aceptada para los llamados grupos de riesgo por enfermedades crónicas no transmisibles o compromiso respiratorio⁴⁻⁷ y en resecciones residuales en casos con neumonectomía previa.^{9,10}

Conclusiones

Las resecciones económicas como la segmentectomía son una opción quirúrgica que ofrece buenos resultados cuando se trata de pacientes con riesgo quirúrgico alto, por presentar afecciones médicas asociadas y pruebas funcionales respiratorias deficitarias, no solamente en el estadio I sino también en el IIA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jensik RJ. The extent of resection for localized lung cancer: segmental resection. In: Kiffle CF (ed). Current controversies in thoracic surgery. Philadelphia: Saunders; 1986. pp.175-82.
2. Roy SW. Treatment of stage I and II non-small- cell lung cancer. Cancer Control. 2001; 8(4): 318-25.
3. Cerfolio RJ, Allen MS, TrasKek VF. Lung resection in patients with compromised pulmonary function. Ann Thorac Surg. 1996; 62: 348-51.
4. Yano T, Yokoyama H, Yphino L. Results of a limited resection for compromised or poor-risk patients with clinical stage I non small cell cancer. J Am Coll Surg. 1995; 181: 33-7.
5. Walsk GL, Morice RC, Putnam JB Jr. Resection of lung cancer is justified in high risk patients selected by exercise oxygen consumption. Ann Thorac Surg.1994; 58: 704-10.
6. Ginsberg RJ, Rubenstein LV. Randomized trial of lobectomy versus limited resection for T 1 No non small cell cancer. Ann Thorac Surg. 1995; 60: 615-22.
7. Kodama K, Doi O, Higashiyama M. Intentional limited resection for selected patients with T 1 No Mo non small cell cancer. J Thorac Cardiovasc Surg. 1997; 114:347-53.
8. Landreneau RJ, Sugarbaker DJ, Mack MJ. Wide resection versus lobectomy for stage I (T1 No Mo) non small lung cancer. J Thorac Cardiovasc Surg. 1997; 113:691-700.
9. Kittle CF, Faber LP, Jensik RJ. Pulmonary resection in patients after pneumonectomy. Ann Thorac. Surg. 1985; 40:294-9.
10. Spaggiari L, Grunenwald DH, Girard P. Cancer resection on the residual lung after pneumonectomy for bronchogenic carcinoma. Ann Thorac Surg. 1996; 62: 1598-602.

Recibido: 29 de julio de 2005. Aprobado: 14 de septiembre de 2005.

Dr. Orestes N. Mederos Curbelo. Calle Zapata y D, Municipio Plaza de la Revolución,
Ciudad de La Habana.

Correo electrónico: noemed@infomed.sld.cu

¹Especialista de II Grado en Cirugía. Profesor Titular. Doctor en Ciencias Médicas.

²Especialista de II Grado en Cirugía. Profesor Asistente.

³Especialista en Cirugía General.

⁴Especialista en Cirugía General.

⁵Especialista de II Grado en Cirugía. Profesor Auxiliar.

⁶Especialista de II Grado en Cirugía. Profesor Auxiliar.