

Hospital Universitario «Manuel Fajardo»

Carcinoma abscedado del pulmón: estudio prospectivo

Dr. Carlos A. Romero Díaz,¹ Dr. Juan C. Barrera Ortega,² Dr. Orestes N. Mederos Curbelo,³ Dr. Jesús M. Valdés Jiménez⁴ y Dr. Alexis Cantero Ronquillo⁵

RESUMEN

El carcinoma abscedado del pulmón es un problema serio y complejo en el que la solución es controvertida. Se realiza un estudio prospectivo de los pacientes diagnosticados de carcinoma de pulmón abscedado entre marzo de 1991 y agosto de 2003 en el Hospital Docente Clínicoquirúrgico «Manuel Fajardo». De los 9 pacientes estudiados, 8 fueron intervenidos quirúrgicamente. El mayor porcentaje de tumores correspondió al tipo epidermoide (7 pacientes) y el lugar más frecuente de las neoplasias, el lóbulo superior derecho. La lobectomía se practicó en el 80 % de los casos y la sepsis y la bronconeumonía fueron las complicaciones postoperatorias más frecuentes. La supervivencia a largo plazo en el cáncer de pulmón continúa siendo baja y los medios diagnósticos para la estadificación de los tumores pueden revelar falsos positivos, pues se presentan adenopatías homolaterales o contralaterales inflamatorias que no son metastásicas.

Palabras clave: Carcinoma, absceso, resección quirúrgica.

El cáncer de pulmón es un cruel devastador de vidas humanas. En Cuba ocupa el primer lugar entre los cánceres que afectan al sexo masculino y el tercer lugar de los que afectan al femenino, algo similar a la incidencia en los países desarrollados.¹⁻⁵ La presencia de procesos supurativos intratumorales dificultan el tratamiento, pues retardan el diagnóstico y conducen a una resección quirúrgica de mayor complejidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se investigaron los pacientes operados en el Hospital Universitario «Manuel Fajardo» después de creado el Grupo Multidisciplinario de Cirugía Torácica. Al ingreso los pacientes habían sido registrados en el Departamento de Estadísticas según la Codificación Internacional de Enfermedades (CIE) como 162.1, correspondiente al cáncer de pulmón. La característica particular de estos pacientes radicaba en que el tumor estaba abscedado.

El período de recolección de la información incluye desde marzo de 1991 hasta agosto de 2003. Se incluyeron 9 pacientes, de los cuales 8 fueron intervenidos quirúrgicamente. La información sobre los pacientes fue extraída de las historias clínicas, del control por tarjetas del Grupo de Cirugía Torácica y del seguimiento por consulta externa.

Los tumores fueron clasificados de acuerdo a la clasificación de la OMS, en epiteliales, mesenquimatosos y otros. Los epiteliales se dividieron en carcinoma de pulmón no células pequeñas (CPNCP) y carcinoma indiferenciado de células pequeñas (CPCP), y a su vez los CPNCP en epidermoides, adenocarcinomas y otros. La clasificación de estadificación clínica utilizada (o TNM, *tumor-node-metastasis*) es la que establece el Manual para el Estadiamiento del Cáncer, del Comité Americano de 1992, mediante la información preoperatoria (TNM clínico) y la postoperatoria (TNM postquirúrgico).[6] Al incorporar la nueva clasificación del estadio clínico se decidió unificar el estudio IA y IB como I y el IIA y IIB como II, el estadio III corresponde al IIIA, el que consideramos resecable, debido a que no hay IIIB resecados en el estudio.

Todos los casos fueron discutidos en el colectivo de cirugía torácica, y se les realizó algún tipo de investigación con el objetivo de conseguir información sobre la histología del tumor. Con los estudios realizados se estableció el estadio de la enfermedad (TNM clínico preoperatorio) y después de la operación fueron reclasificados (TNM posquirúrgico) para establecer una correlación entre unos y otros resultados. La supervivencia se estimó de acuerdo con el método estadístico de Kaplan Meier. Los pacientes fueron controlados mediante consulta de seguimiento.

RESULTADOS

De los 9 pacientes estudiados 8 eran del sexo masculino y 1 del femenino, con una relación de 8 a 1. Todos presentaban edades comprendidas entre la quinta y séptima décadas de la vida, con un promedio de 58 años de edad (el paciente de mayor edad tenía 69 años y el menor, 49). Todos eran fumadores de más de 1 cajetilla de cigarrillo diaria y fueron ingresados en Medicina Interna inicialmente con el diagnóstico de lesiones inflamatorias del pulmón y presentaban dolor torácico, disnea de variada intensidad y fiebre persistente.

Fueron intervenidos quirúrgicamente 8 pacientes. El diagnóstico histológico más frecuente fue el carcinoma epidermoide (7 pacientes); los otros 2 pacientes presentaron un carcinoma pulmonar de células grandes y un adenocarcinoma, este último en la única mujer de la serie.

El pulmón derecho fue el más afectado, con una relación de 5 a 3 en el izquierdo (Fig.). Tanto en el pulmón izquierdo como en el derecho, la mayor afectación se localizó en los lóbulos superiores, lo cual es destacable. El lóbulo superior derecho fue el lugar donde más neoplasias abscedadas se diagnosticaron y operaron.

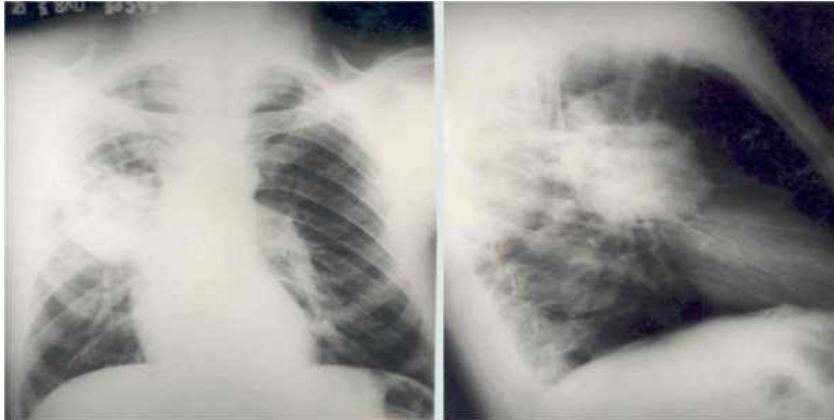


Figura. Radiografía de tórax en dos vistas. Localización: lóbulo superior derecho. Tipo histológico: carcinoma epidermoides. Operación: bilobectomía. Supervivencia: 3 años.

El estadio inicial de los pacientes fue en 6 pacientes el II (2 pacientes en IIA y 4 en IIB). Los 2 pacientes restantes fueron estadiados como IIIA.

En el estadiamiento postoperatorio se detectaron variaciones: 4 pacientes permanecieron en el estadio II y 2 pasaron al IIIA, con lo cual este grupo llegó a tener 4 pacientes.

La intervención quirúrgica más realizada fue la lobectomía (80 % de los pacientes). No tuvimos mortalidad quirúrgica a pesar de que se presentaron en el postoperatorio complicaciones complejas como la bronconeumonía, que obligó a utilizar apoyo ventilatorio y llegó a la necesidad de realizar traqueotomía para ventilación prolongada en 2 pacientes. Fueron las complicaciones postoperatorias más frecuentes.

Hasta el momento ningún paciente a rebasado los 4 años a pesar del tratamiento coadyuvante con poliquimioterapia.

DISCUSIÓN

El cáncer de pulmón es un diagnóstico por lo general tardío y los estadios I y II son escasos en las series quirúrgicas y se encuentra en menos del 80 % de los pacientes.

Un elemento que dificulta el diagnóstico temprano es el hecho de que no existen síntomas y signos de certeza y solamente el 30 % de los casos mostrarán enfermedad localizada y el 70 % enfermedad diseminada a ganglios o metástasis a distancia. La tos y la expectoración hemoptoica son síntomas de alarma en los carcinomas broncogénos y han sido vistos en más del 60% de los casos, lo que coincide con otros autores.⁵ La disfagia, disfonías y dolor torácico implican la infiltración de zonas de vecindad, en especial el mediastino. Como promedio transcurren 4 meses desde el inicio de los síntomas y el diagnóstico.

La localización más frecuente del cáncer de pulmón es en el pulmón derecho, en particular en los segmentos y lóbulos superiores, los cuales son los más afectados por la menor oxigenación de esta zona en la posición de pie. La presencia de bullas enfisematosas y procesos cicatrízales se han asociado con la aparición del cáncer.²⁻⁵

Existe un criterio universal de las ventajas de la lobectomía como procedimiento quirúrgico,^{2-5,7-11} preferiblemente en los lóbulos superiores y con cierta reserva en los inferiores, ya que esta localización tiende a metastaziar a los ganglios regionales con más frecuencia que los originados en los lóbulos superiores. En estos casos se trata de tumores periféricos que no rebasan la cisura, con bronquio lobar sano, hilio y mediastino libre de metástasis o tumores periféricos con metástasis ganglionar en los linfáticos de la raíz del lóbulo en que la neumonectomía sea de alto riesgo, por lo que queda esta para las indicaciones siguientes: tumor periférico con metástasis hilar y una reserva cardiorrespiratoria que no contraindique la supresión del pulmón; tumor que comprometa la cisura o tumor próximo al hilio pulmonar.

La elección del tratamiento quirúrgico depende del estadio, del tipo celular y la capacidad funcional del paciente.^{3-4,9-11} Es un paciente operable aquel que está clasificado como estadio I, II y IIIA con carcinomas no células pequeñas y aquel cuya capacidad funcional permita llevarlo al salón de operaciones.

La extensión de la resección depende del juicio quirúrgico a partir de los hallazgos exploratorios. Tiene como objetivo eliminar todo el tejido afectado por el tumor y dejar la máxima cantidad de tejido pulmonar posible, con la consideración de que incluso si se puede realizar una resección conservadora que abarque todo el tumor, los resultados de intervalo libre de enfermedad son similares a los que se registran para los procedimientos más agresivos.

Conclusiones

La supervivencia a largo plazo en el cáncer de pulmón sigue siendo baja y los medios diagnósticos para estadiaje pueden exponer a falsos positivos, pues se presentan adenopatías unilaterales o contralaterales inflamatorias y no metastásicas.

La presencia de procesos supurativos intratumorales complica el diagnóstico y disminuye las posibilidades de supervivencia de los pacientes.

El sexo masculino resultó ser el más afectado en el estudio, con predominio en la sexta y séptima décadas de la vida. Se registró una alta frecuencia del hábito de fumar.

El tiempo transcurrido desde la aparición de síntomas al diagnóstico condiciona el estadio clínico, y este a su vez en la posibilidad de reseccabilidad y supervivencia a largo plazo

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Landis SH, Murray T, Boldon S, Wingo PA. Cancer Statistics, 1999 CA Cancer J Clin. 1999, 48: 8-31.
2. Mederos CON, Barreras OJC, Pascual CHC, López PL. Variación del estadiamiento clínico y el post quirúrgico en el CPNCP. Rev. Cubana Onc. 2000; 16 (3).
3. Mederos CON, Saa VR, Cantero RA, Barrera OJC. Sobrevida del CPNCP sometidos a cirugía en relación con el estadio clínico. Rev. Cubana Onc. 2001; 17 (1).
4. Simoff JM. Endobronchial Management of Advanced lung cancer. Cáncer Control 2001, 8 (4): 337-342.
5. Mederos CON, Leal MA, Díaz MM, Bernot RD, Álvarez VP, Agüero BN. Tratamiento Quirúrgico del cáncer broncopulmonar. Rev Cubana Cir. 1988; 27 (4).
6. Mountain CF. Revision in the International System for Staging Lung Cancer. Chest. 1997; 111: 1710-1717.
7. Saa VR, Mederos CON, Barreras OJC, Menchaca DJL. Organización y resultados de la cirugía torácica en el Hospital Manuel Fajardo. Rev Cubana Cir. 1999; 88 (1)
8. Romero DC, Mederos CON, Barreras OJC, Valdés JJ, Cantero RA. Resecciones pulmonares. Morbilidad. Rev Cubana Cir. 2001; 40 (4): 268-71.
9. Michael AW. The future and lung cancer room for optimism Cancer Control Journal of the Moffitt Cancer Center. 2001; 8 (4): 305-306.
10. Smith RW. Treatment of stage I and II non-small-cell lung cancer .Cancer Control. 2001; 8 (4): 318-328.
11. Patz EF Jr, Rossi S, Harold DH. Correlation of tumor size and survival in patients with stage I non-small cell lung cancer. Chest. 2000; 117: 1568-1571.

Recibido: 7 de noviembre de 2005. Aprobado: 4 de enero de 2006.

Dr. Carlos A. Romero Díaz. Calle Zapata y D, Vedado. Municipio Plaza de la Revolución. Ciudad de La Habana, Cuba.

Correo electrónico: cromero@infomed.sld.cu

¹Especialista de II Grado en Cirugía. Profesor Auxiliar.

²Especialista de II Grado en Cirugía. Profesor Asistente de Cirugía.

³Especialista de II Grado en Cirugía. Profesor Titular de Cirugía. Doctor en Ciencias Médicas.

⁴Especialista de I Grado en Cirugía.

⁵Especialista de II Grado en Cirugía. Profesor Auxiliar.