

Generalidades

Dr. JULIO C. PRIARIO *

Las metástasis viscerales o la diseminación en las serosas no siempre significa la muerte a breve plazo. Se citan por parte de Rubin y col.(1) múltiples casos donde los pacientes han evolucionado por espacio de años después del tratamiento correcto de sus lesiones secundarias.

Los componentes de esta mesa redonda pudieron seleccionar varios casos de pacientes con metástasis hepáticas o pulmonares, diseminación en serosas y aún metástasis cerebrales que sobrevivieron por espacio de años y en buenas condiciones generales.

Algunos centros hospitalarios lograron reunir importantes series de lesiones metastásicas resecaadas; así por ejemplo la Mayo Clinic presentó un total de 221 resecciones de metástasis pulmonares en 205 pacientes, con un porcentaje del 30,3 % de sobrevividas a los 5 años (2). En nuestras series de metástasis hepáticas los Dres. D'Auria e Iriondo pudieron comprobar la existencia de pacientes que sobrevivieron 3 o más años y en aparente cura clínica.

Debemos agregar que metástasis cerebrales únicas han sido resecaadas y los pacientes presentaron largos períodos asintomáticos.

De esto sacamos la conclusión que el tratamiento de las metástasis debe ser encarado firmemente en virtud de que se le puede ofrecer al enfermo una prolongación de la vida y una desaparición de su sintomatología por un lapso variable, a veces de años. Así podrá evitarse la muerte por complicaciones tales como la hipertensión endocraneana, la hipoxia o la insuficiencia hepática.

La finalidad de esta mesa redonda es recalcar que el tratamiento de las lesiones metastásicas debe realizarse ya sea por cirugía, por radioterapia o por quimioterapia y hormonoterapia. Debe lucharse contra la actitud derrotista de algunos cirujanos, que al encontrarse con lesiones neoplásicas secundarias consideran al paciente fuera de todo recurso terapéutico. Si bien es cierto que en tales circunstancias no se podrá lograr la curación de la enfermedad, también es cierto que se le puede ofrecer alivio y confort al paciente neoplásico en esta situación.

El comportamiento de las metástasis es muy diferente según el tumor que les da origen, así por ejemplo es conocida la marcha lenta de las mismas cuando tienen su origen en el colon, contrastando con la rapidez de las de origen gástrico.

También es variable el comportamiento según el órgano donde asienta. El nódulo metastásico pulmonar es tolerado durante largos períodos, mientras que la inmensa mayoría de los tumores cerebrales desarrollan hipertensión endocraneana precozmente, con las consiguientes complicaciones que ésta origina. Si las metástasis cerebrales no son tratadas precozmente, el paciente puede fallecer como consecuencia de la hipertensión endocraneana y no como consecuencia de la progresión de la enfermedad neoplásica.

Respecto a la entrada de células neoplásicas en la circulación sanguínea debemos decir que varias hipótesis se han planteado, pero ninguna de ellas explica la totalidad de los casos. La presencia de células neoplásicas a nivel del torrente sanguíneo no lleva invariablemente a la metástasis. El aparato inmunitario puede reconocerla como extraña y entonces destruirla impidiendo así que ésta llegue a colonizar y por ende a constituir una metástasis.

Clasificaremos a las metástasis de acuerdo al momento de su aparición ya que de esta clasificación podemos sacar deducciones pronósticas y terapéuticas. Los puntos que tomaremos en consideración son: 1º) el momento en que se puso en evidencia el tumor primitivo; y 2º) el momento en que se puso en evidencia la metástasis.

De acuerdo a lo antes mencionado, las clasificaremos así: A) *Sincronas*; B) *Metacronas*; y C) *Precronas*.

Entendemos por "*Sincronas*" cuando la metástasis se descubren simultáneamente con el tumor primitivo.

Entendemos por "*Metacrona*" cuando la metástasis aparece un tiempo después de diagnosticado y tratado el tumor primitivo. Frecuentemente este lapso es de años y a veces de más de diez años, lo que ha dado origen a diversas hipótesis para explicar el fenómeno.

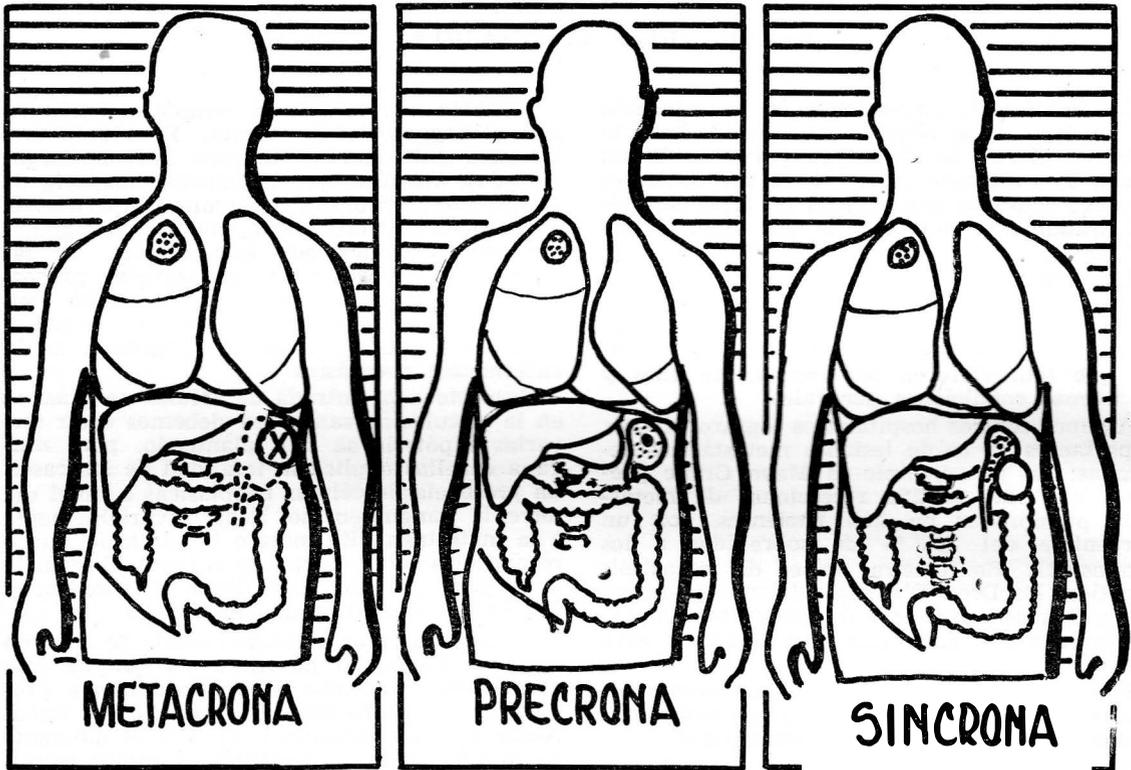
Entendemos por "*Precronas*" aquellas que se evidencian antes que el tumor primitivo y que en la mayoría de las veces tienen la apariencia de un primitivo. Así por ejemplo en pulmón y en cerebro en repetidas ocasiones el diagnóstico de metástasis fue totalmente insospechado y recién el estudio anatomopatológico lo evidenció.

Es curioso el hecho de que estos casos que parecen a priori estar fuera de los recursos terapéuticos, generalmente evolucionan bien, habiéndose relatado largas sobrevividas después de su exéresis quirúrgica.

La diseminación en las serosas casi siempre tiene su origen en la descamación de las células de tumores de órganos torácicos (Pulmón) o abdominales (ovario, estómago, colon, etc.).

* Profesor Adjunto de Cirugía (Facultad de Medicina de Montevideo).

METASTASIS



Esto se observa cuando el tumor alcanza durante su crecimiento la cara serosa del órgano, pudiendo en esta forma desprenderse células malignas, las que luego se adhieren en otro sector de la serosa o flotan en el líquido, ascitis o exudado pleural).

Parece indudable que las colonizaciones de las serosas (particularmente la miliar) pone en evidencia una disminución de las resistencias del huésped y por lo tanto son índice de mal pronóstico. Al igual que en el caso de las metástasis viscerales, esto no siempre es exacto y hay evidencias clínicas de lesiones pleurales y peritoneales que mejoraron por largos períodos.

El cirujano se puede encontrar en dos situaciones distintas: la primera cuando la metástasis visceral o la diseminación serosa es una sorpresa en el curso de un acto quirúrgico; la segunda es cuando realiza la intervención con un diagnóstico de lesión secundaria y busca realizar una terapéutica paliativa.

En la primer situación es frecuente que el impacto emocional lo induzca a una situación derrotista. En los capítulos siguientes serán desarrolladas las conductas terapéuticas que, adaptándose a cada caso, pueden ser puestas en juego. Pero debemos ponernos en guardia frente a resoluciones apresuradas de conductas heroicas, a veces desmedidas a la situación del paciente, así como a la actitud derrotista de "no hacer nada". *Debemos recordar que, frente a un paciente con metástasis, tenemos que ofrecerle "vida confortable" para las semanas, meses o años que le quede por vivir.*

BIBLIOGRAFIA

1. RUBIN, P. and GREEN, J. Solitary Metastases Charles C. Thomas, Publisher. Springfield Ill. 1968.
2. THOMFORD, N. R.; WOOLNER, L. B. and CLAGETT, O. T. Surgical Treatment of Metastatic Tumors in the Lungs. J. Thorac. Cardio. Surg. 49: 357, 1965.