

Como conclusión final y sin establecer prioridades sobre otros métodos terapéuticos, la pleurectomía debe ser considerada como un procedimiento de gran eficacia, en los casos de indicación precisa.

Recibirán los mayores beneficios, aquellos pacientes con derrame unilateral, recidivante, secundarios a un neoplasma de mama y cuando otras metástasis, si existen, son controlables o no son muy extensas.

BIBLIOGRAFIA

1. BEATTIE, E. J. (Jr.). The treatment of malignant pleural effusions by partial pleurectomy. Surg. Clín. North America. 43: 99-108, 1963.
2. GIBBON, J. H. (Jr.). Surgery of the Chest. pp. 251-252. W. B. Saunders Company, Philadelphia, London, 1962.
3. HAUPT, G., CAMISHION, R., TEMPLETON, J. and GIBBON, J. Treatment of malignant pleural effusions by talc poudrage. J.A.M.A., 172: 918-921, 1960.
4. HEIMLICH, H. J. Valve drainage of the pleural cavity. Dis. Chest. 53: 282-287, 1968.
5. JENSIK, R., CAGLE, J. E., MILLOY, F., PERLIA, C., TAYLOR, S., KOFMAN, S. and BEATTIE, E. J. (Jr.). Pleurectomy in the treatment of pleural effusion due to metastatic malignancy. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 46: 322-330, 1963.
6. SHEDBALKAR, A. R., HEAD, J. M., HEAD, L. R., MURPHY, D. J. and MASON, J. H. Evaluation of talc pleural symphysis in management of malignant pleural effusion. J. Thorac. Cardiovas. Surg. 61: 492-497, 1971.
7. WATERMAN, J. H., DOMM, S. E. and ROGERS, W. K. A clinical evaluation of decortication. J. Thorac. Surg. 33: 1-20, 1957.

Quimioterapia local de los derrames pleurales neoplásicos *

Dr. MIGUEL A. SICA **

Cuando el derrame pleural es recidivante y sintomático, el primer tratamiento a ensayar es la quimioterapia intrapleural.

En el Instituto de Oncología de Montevideo, existe una experiencia de muchos años donde se trataron decenas de enfermos con drogas antitumorales por vía intrapleural. La mayoría de estos enfermos presentaban derrames pleurales secundarios a tumores de mama y pulmón.

En la mayor parte de los casos, se lograron respuestas favorables y duraderas, utilizando la mostaza nitrogenada original que es la metil-bis (B-cloretíl) amina (Dichloren) dosis de 20 a 40 mgs. Generalmente es suficiente una sola dosis, aunque en algunos casos la recidiva obligó a repetirla una o varias veces.

Los mejores resultados se obtuvieron en los derrames secundarios a epitelomas mamarios; en estos casos generalmente se asoció tratamiento hormonal:

Actualmente no se fabrica más el D'chloren, por lo que utilizamos los siguientes derivados de la mostaza nitrogenada: Trietilenimino benzoquinoma (Trenimón), dosis 0.8 a 1.4 mgs.; Manomustine (Degranol), dosis 400 a 800 mgs.; Trietilento-fosforamida (Th'o-tepa), dosis 30 a 60 mgs. Los resultados que logramos con estas drogas no son tan constantes como los obtenidos con el Dichloren.

Estevez (1) en la Argentina y Santos Silva (2) en Brasil, también señalan mejores resultados con esta última sustancia.

Además de la droga utilizada es muy importante la técnica a seguir para lograr los mejores resultados.

Es fundamental para el éxito del tratamiento local lograr la reexpansión total del pulmón para poner en contacto las hojas pleurales, parietal y visceral. Para ello, es necesario efectuar la evacuación casi total del líquido pleural antes de inyectar los agentes alquilantes en la cavidad pleural.

Cuando, luego de la toracentesis no se logra una reexpansión completa, debe suspenderse la quimioterapia local.

A veces el líquido pleural aumenta por unos días después de la inyección de la mostaza, por lo que frecuentemente es necesario repetir la toracentesis a las 24 horas para lograr el contacto de ambas superficies pleurales.

Santos Silva (2) realiza este tratamiento colocando un cateter de polietileno, por vía anterior, a través de un trócar hasta el fondo de saco pleural que se deja para efectuar la evacuación total del líquido residual a las 24 horas. Relata muy buenos resultados, prácticamente en el 100 % de los casos.

Estos hechos parecen indicar que estas drogas además del efecto antitumoral actuarían por su efecto inflamatorio que secundariamente produce la sinequia pleural.

No debe utilizarse para la quimioterapia intrapleural la ciclofosfamida (Endoxan) que no presenta efecto antitumoral si no es previamente activada en el hígado.

No hemos usado sustancias solamente irritantes como el talco o con muy poca actividad antineoplásica como la quinacrina (Atebrina), que actúa sobre todo por irritación local.

* Trabajo de la Sección Radioterapia (Jefe: Prof. Adjunto Dr. Kasdorf) del Departamento Clínico de Radiología del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de Montevideo (Director: Prof. Dr. Zubiaurre) y del Instituto de Oncología del Ministerio de Salud Pública (Director: Prof. Dr. Frangella).

Asistente de radioterapia (Facultad de Medicina de Montevideo).

Tampoco tenemos experiencia en el uso de coloides radioactivos por vía intrapleural. Desde Weisberger (3) en 1958, numerosos autores señalan iguales resultados con esta modalidad terapéutica que con el uso de agentes alquilantes, por lo que, considerando el costo mucho menor de estas últimas sustancias y su manejo más fácil, no vemos indicación para su utilización.

BIBLIOGRAFIA

1. ESTEVEZ, ROBERTO. Comunicación personal.
2. SANTOS SILVA, MOACYR. Comunicación personal.
3. WEISBERGER, A. S. Direct instillation of nitrogen mustard in the management of malignant effusions. Ann. New York Acad. Sc., 68: 1091, 1958.

La infusión intraarterial en el tratamiento de las metástasis hepáticas

Dres. AGUSTIN E. D'AURIA, LUIS S. IRIONDO
y JULIO C. PRIARIO *

INTRODUCCION

Realizado el diagnóstico de carcinoma secundario de hígado, y conociendo el pronóstico en general, fatal a breve plazo, la conducta habitual de médicos y cirujanos es la abstención de todo tratamiento o su limitación a analgésicos.

Frente a metástasis localizadas en una parte del hígado, es posible realizar intervenciones quirúrgicas como metastasectomías, segmentectomías o lobectomías hepáticas. Desgraciadamente, son pocos los casos en que el cirujano puede actuar de esa forma. Watkins (13) señala la posibilidad de exéresis en 2 de 195 casos tratados. La radioterapia tendría particular valor en las metástasis del neuroblastoma (7).

Dentro del armamentario actual contra la enfermedad neoplásica, la quimioterapia es la que va a prestar posibilidades de paliación a mayor número de pacientes. Preferimos la quimioterapia intraarterial (3, 9), porque la metástasis hepática recibe su irrigación casi exclusivamente por ramas de la arteria hepática (2); porque se logran mayores concentraciones de la droga; y porque el hígado se encarga de detoxificar algunos de los citostáticos, como el 5-FU. Preferimos la quimioterapia intraarterial continua, porque para que cada célula neoplásica fuera afectada por el citostático, debe estar expuesta en teoría por lo menos una vez al efecto de éste. La droga debe ser suministrada durante el tiempo de duplicación del tumor, que ha sido calculado para las metástasis hepáticas entre 19 y 110 días (12).

Dada la variabilidad de evolución de las metástasis hepáticas, y para evitar caer en el error científico de atribuir la mejoría del pa-

ciente o la lenta evolución de un tumor al tratamiento instituido, creemos necesario referirnos a la historia natural de la enfermedad.

HISTORIA NATURAL

Las metástasis hepáticas son frecuentes en el desarrollo de la afección neoplásica. En el Hospital de Clínicas de Montevideo, pluridisciplinario, egresaron en el lapso 1953-1970, 105.404 pacientes. Un total estimativo de 12.000 enfermos lo hicieron con el diagnóstico de cáncer (11,3 % del total). El número de pacientes con carcinoma secundario de hígado fue de 921 (0,8 % del total y 7,6 % de los enfermos neoplásicos).

El origen del tumor primario estuvo en estómago en 245 casos (26,9 %), en colon y recto 141 (15,5 %), en vías biliares y vesícula 119 (13,1 %), en páncreas 73 (8,0 %), en pulmón 27 (2,9 %), en mama 24 (2,6 %), en esófago 21 (2,2 %). Localizaciones variadas correspondieron a 34 casos (3,7 %) y en 226 pacientes (24,9 %) no se localizó el primario.

La sobrevida de estos pacientes es en general breve. En nuestro hospital hemos podido realizar el seguimiento de 60 pacientes con metástasis hepáticas, en los que no se había realizado un tratamiento específico de la localización secundaria: obtuvimos una sobrevida media de 48 días. Se hace notar que el 70 % de estos pacientes fallecieron dentro del hospital.

Estudios realizados en medios con seguimientos más correctos (5, 6, 8), han determinado que la mediana de sobrevida de estos pacientes es de 75 días (5). No obstante, 1 de cada 4 enfermos tiene una supervivencia mayor de 6 meses (1).

El pronóstico de las metástasis hepáticas depende de:

a) *Origen del primario.* La sobrevida es mayor cuando el primario está en colon (promedio de 101 días en nuestros casos); es menor

Trabajo del Equipo Oncológico de la Clínica Quirúrgica "B", Prof. Dr. Jorge Pradines.

* Docente Adscripto de Clínica Quirúrgica, Asistente de Clínica Quirúrgica y Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica.