

# Cirugía paliativa del C.B.P.

Dres. Jorge Pomi, Gustavo Bogliaccini, Juan Chifflet y Hugo Bertullo

Se analizan las indicaciones y las posibilidades tácticas de la cirugía en el tratamiento paliativo del cáncer broncopulmonar. Se define el concepto de cirugía paliativa diferenciándola de la cirugía oncológicamente incompleta, de la tioreductora y de la de las metástasis pulmonares de los cánceres no broncogénicos.

Se señalan 4 indicaciones de la cirugía en esta etapa del CBP: dolor torácico, supuración pulmonar, hemoptisis grave y osteoartropatía hipertrofiante néumica. No se analizan el neumotórax, el derrame pleural ni el empiema, puesto que son formas especiales de presentación o complicaciones del CBP con sintomatología que le es propia, no dependiendo directamente del crecimiento tumoral.

## INTRODUCCION

Actualmente cuando un cirujano indica una toracotomía por cáncer broncopulmonar piensa que la enfermedad puede ser curada con la resección.

En 1950, y luego en su relato al XIII Congreso Uruguayo de Cirugía en 1962, Urioste (372, 373) decía: "... el mayor número de enfermos nos llegan cuando están fuera del alcance terapéutico. . .", 20 años después la situación no ha variado mayormente. Es así que en algunas circunstancias el cirujano se ve enfrentado a la necesidad de operar independientemente de las consideraciones tácticas para la resección oncológica del tumor.

## DEFINICION

Entendemos por cirugía paliativa, con especial referencia a las resecciones, a aquella cirugía destinada a paliar un síntoma ominoso que aparece en la evolución de un CBP avanzado.

Sin embargo no todos los autores están de acuerdo con esta definición. Abby Smith (3) dice que

Presentado como Tema Libre al XXXII Congreso Uruguayo de Cirugía, Camelo, 1981.

Profesores Adjuntos de Clínica Quirúrgica "3" Fac. de Medicina, Asistente de Cirugía Torácica Fac. de Medicina, Cirujano de la Colonia Saint Bois M.S.P.

Dirección: Bulevar Artigas No. 3386. Montevideo (Dr. J. Pomi.

*Trabajo del Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Saint Bois. Equipo Cirugía Torácica CASMU.*

"... un buen procedimiento paliativo en el manejo del CBP en aquel que alarga el intervalo entre el diagnóstico y la necesidad de calmantes y reduce el tiempo durante el cual estas drogas son necesarias". Galofré y col. (118) entienden por cirugía paliativa todas las resecciones en las cuales se sabe que se deja tumor en el momento de la operación.

Por el contrario Chamberlain (73) denomina resecciones paliativas a todas aquellas resecciones indicadas para paliar un síntoma incontrolable en pacientes considerados incurables a priori, por algún motivo inequívoco: metástasis alejadas, metástasis pulmonares controlaterales, derrame pleural con células neoplásicas, etc.

Estando en total acuerdo con esta interpretación de lo que debe ser denominado cirugía paliativa, pensamos que es una definición parcial, ya que como se verá más adelante, hay cirugía paliativa sin resección en el CBP.

En nuestro medio Sanjinés (327) en 1975, considera cirugía paliativa del CBP: cirugía de elección y cirugía de necesidad.

Debe reverse el concepto de esta cirugía paliativa de necesidad, que no es otra cosa que cirugía oncológicamente incompleta, y en esto estamos de acuerdo con el propio Sanjinés (324).

Es así que considerando sólo cirugía paliativa la que tiene como único objetivo la paliación de síntomas invalidantes, excluimos de este calificativo A:

- 1) la cirugía incompleta. Es aquella cirugía no adecuada a la extensión del neoplasma por imposibilidad técnica de resección incompleta, por error en el estadificación del tumor u otra causa.
- 2) la cirugía cito-reductora. Es la cirugía del cáncer cuyo único fin es la reducción de la masa tumoral, lo que integra un protocolo de tratamiento multidisciplinario no curativo del CBP.
- 3) la cirugía de las metástasis pulmonares de un cáncer no pulmonar, que es cirugía paliativa o cito-reductora de un neoplasma no broncogénico.

Con el avance importante de los otros procedimientos no quirúrgicos de tratamiento del CBP, la cirugía paliativa tiende a ser cada vez menos frecuente (317). Sin embargo, una vez decidida y en condiciones de ser aceptada por el paciente, su eficacia es innegable.

No es propósito nuestro describir las diversas técnicas que pueden integrar el capítulo de la cirugía paliativa del CBP, sino únicamente analizar sus indicaciones y sus posibilidades.

## INDICACIONES

Las situaciones anátomo-clínicas del CBP que hemos de considerar para cirugía paliativa son cuatro:

- 1) Dolor torácico.
- 2) Supuración pulmonar.
- 3) Hemoptisis grave.
- 4) Síndrome paraneoplásico.

No se analizan otras situaciones que representan formas especiales de presentación o complicaciones del CBP como son: neumotórax, derrame pleural y empiema. Constituyen síndromes clínicos con sintomatología que le es propia, no dependiendo directamente del crecimiento tumoral, motivo por el cual no las consideramos.

Como en toda cirugía torácica de elección deben valorarse exhaustivamente las condiciones generales y cardiorrespiratorias del enfermo, contraponiéndolas al beneficio que pueda aportarle la cirugía, ya que su único objetivo es mejorar la calidad de la supervivencia. Con esto queremos decir que no hay cirugía paliativa de emergencia ni heroica, sólo cirugía eficiente.

Finalmente, en lo que respecta a indicaciones, hay alguna comunicación reciente (80), que incluye el síndrome de vena cava superior dentro de las eventualidades de tratamiento quirúrgico paliativo del CBP. Creemos que la cirugía de elección para el síndrome de vena cava superior por cáncer broncogénico es un exceso frente a las ventajas que ofrecen los otros procedimientos terapéuticos paliativos.

## DOLOR

El dolor en la evolución de todo neoplásico es uno de los síntomas más frecuentes y ominosos. Puede estar referido al crecimiento del tumor primario, al de sus metástasis o al de su recidiva.

Analizaremos exclusivamente el dolor de localización torácica del cáncer bronco-pulmonar por cualquiera de los mecanismos anteriormente citados. Ubicado temporalmente con respecto al diagnóstico inicial del tumor, diferenciamos el dolor sincrónico y el dolor metacrónico. Existen diversas posibilidades etiopatogénicas del dolor torácico en la evolución del CBP.

La conducta frente al dolor en el enfermo neoplásico incurable, ha tenido en los últimos años un cambio que podemos catalogar de revolucionario. A la morfina aún plenamente vigente no sólo se suman otros fármacos eficaces sino toda una serie de técnicas especializadas de tratamiento del dolor (185). Sin embargo, la cirugía aún conserva indicaciones precisas, y a veces insustituibles.

De todas las posibilidades etiopatogénicas de dolor torácico en el CBP consideramos sólo 3 situaciones de cirugía paliativa.

### 1) Tumor de Pancoast.

Sin desconocer los trabajos en el tema de autores de reconocida seriedad, como Hilaris (142), Paulson (265), que muestran excelentes resultados de supervivencia a 5 años para este tipo de tumor, es innegable que en nuestro medio la realidad es otra. La cirugía del tumor de Pancoast sigue siendo en la gran mayoría de los casos, cirugía paliativa del dolor. El enfermo con tumor de Pancoast llega muchas veces al cirujano en etapa evolucionada, no ya como un verdadero Tumor de Pancoast sino como un cáncer apical del pulmón con una grosera imagen radiológica y luego de deambular por múltiples consultorios.

Mientras esto sea así, la alternativa de tratamiento quirúrgico no existirá en la mayor parte de los casos, y cuando sea posible, sólo será como ya señalamos, paliativa del dolor.

Sigue estando vigente entonces, lo que Armand Ugon (16) dijera hace 20 años. . . "Porque si se deja evolucionar este tumor, se transforme en uno de los tumores más terriblemente dolorosos de la economía; . . . porque el tumor de Pancoast es un tumor que creo que debe ser operable, no con el fin de curarlo radicalmente, . . . sino con el fin paliativo de evitar sufrimientos muy grandes".

Pero una vez decidida la cirugía está indicada la resección ensanchada a pared torácica, parrilla costal, vértebras e intercostales. La combinación radioterapia preoperatoria más cirugía, parece ser la táctica que ofrece mejores resultados.

Cuando la exploración intraoperatoria muestre la irreseccabilidad del proceso tumoral, la sección, fenolización o alcoholización de los intercostales comprometidos puede ofrecer beneficios.

### 2) Invasión parietal por cánceres de otra topografía.

La manifestación clínica de la invasión parietal puede ser el dolor localizado. Ello implica la evasión neoplásica del ámbito lobar constituyendo por definición un T 3. Sin embargo, la resección pulmonar incluyendo pared torácica, cuando es oncológicamente satisfactoria, se hace con criterio curativo. Sólo en aquellas situaciones de dolor torácico, en pacientes con signos inequívocos de incurabilidad puede plantearse la posibilidad de cirugía paliativa. Pero antes habrá que ensayar todos los otros procedimientos no quirúrgicos de tratamiento del dolor; en el fracaso de éstos encuentra su indicación la cirugía: rizotomía o incluso resección paliativa.

### 3) Pleuritis neoplásica masiva o carcinomatosis pleural.

La pleuritis neoplásica masiva es una presentación infrecuente del CBP. En esta circunstancia se hace dificultoso el tratamiento no quirúrgico del tumor, por la extensión que toma en el tórax.

Puede indicarse entonces, como paliativa la pleurectomía parietal (67).

## SUPURACION

La supuración es un hecho relativamente frecuente en la evolución de un CBP. Corresponde a una supu-

ración pulmonar autóctona secundaria (205) y puede desarrollarse según dos modalidades: en el cáncer central y en el cáncer periférico.

En el primer caso, el crecimiento tumoral obstruye la luz bronquial impidiendo la eliminación normal de secreciones y facilita la supuración del territorio pulmonar ventilado por ese bronquio. Es una supuración distal al tumor.

En el cáncer periférico, por el contrario, supura el propio tumor. La necrosis de la masa tumoral, que se cavita, puede evolucionar a la supuración.

Desde que este tema fue considerado en la Mesa Redonda de Supuraciones Pulmonares, Bronquiales y Pleurales del XXV Congreso Uruguayo de Cirugía, poco es lo que se anduvo, sólo contamos con antibióticos más eficaces para floras más resistentes.

Las dos situaciones merecen consideraciones terapéuticas diferentes. En el cáncer supurado central, la cirugía es el procedimiento de tratamiento de elección. Cuando no existen elementos ciertos de incurabilidad, la resección será hecha con aspiración curativa.

Frene a una situación de incurabilidad, la radioterapia, junto a medicas apropiadas (antibióticos, corticoides, etc.) pueden ser efectivas. Su fracaso condiciona entonces la resección paliativa.

Para el caso del cáncer supurado periférico, la radioterapia agrava la situación al acentuar la necrosis. La cirugía está indicada de urgencia.

La importancia del cuadro infeccioso y su repercusión, determinan frente a elementos inequívocos de incurabilidad, la indicación de resección paliativa de elección.

## HEMOPTISIS

Los episodios rojos son uno de los motivos de consulta más frecuentes del CBP. Sólo en ocasiones llega a ser una hemoptisis grave; a veces se trata de una hemorragia masiva, lo que constituye el episodio terminal del enfermo.

Fuera de esta eventualidad, cuando existen signos claros de incurabilidad, el procedimiento de elección en las hemoptisis graves, es la embolización selectiva de las arterias bronquiales (357). Este procedimiento ha probado su efectividad aunque con cierta morbilidad.

La radioterapia también se ha mostrado efectiva en esta situación. Es entonces que frente a la reite-

ración de la hemoptisis y ante el fracaso de la embolización y la radioterapia, la cirugía paliativa puede estar justificada. La ligadura de la arteria pulmonar puede ser un tratamiento de tercera línea para la hemoptisis graves del CBP avanzado.

## SINDROMES PARANEOPLASICOS

Respecto a los SPN, la presencia de los mismos no indica incurabilidad, señala únicamente manifestaciones generales de alguna de las formas del cáncer.

Toda vez que se reseca un tumor con SPN con criterio pretendidamente curativo, al propósito de la cirugía es doble, el tratamiento oncológico del tumor y colateralmente el tratamiento del SPN. Lo mismo vale para la cirugía incompleta del CBP.

Por el contrario, en el CBP avanzado sólo en algunas ocasiones el SPN tiene la suficiente trascendencia clínica como para merecer cirugía.

Vamos a considerar exclusivamente dentro de todos los posibles SPN, la indicación quirúrgica de la osteoartropatía hipertrofiante néumica de Pierre Marie. Cuando esta entidad clínica invalida al enfermo considerado incurable y luego de agotados todos los tratamientos médicos, está indicada la cirugía.

¿Cuáles son los procedimientos quirúrgicos capaces de tratar la CAHN?

En la literatura médica consultada se señala especialmente la sección del neumogástrico (48, 100, 146, 192) como procedimiento efectivo. La simple toracotomía exploradora ha demostrado empíricamente también ser eficaz para el tratamiento de la OAHN, a veces con resultados espectaculares. En nuestro grupo de trabajo se tiene buen experiencia con los dos procedimientos señalados al comienzo.

La ligadura de la arteria pulmonar parece ser también útil, sin embargo no hemos encontrado casuística al respecto. Nos parece además una maniobra quirúrgica exagerada, al igual que la resección.

## SUMMARY

Palliative surgery in lung cancer is analyzed which is defined and differentiated from incomplete and cytoreductive resection. It has 4 indications: thoracic pain, pulmonary abscesses, massive hemoptysis and pneumie hipertrophic osteoarthopathy. Neumothórax and pleural effusion are not considered in this group.