

Valor de las resecciones ampliadas en el C.B.P.

Dr. Aníbal Sanjinés

Se consideran las distintas ampliaciones de una resección pulmonar, precisando los alcances del término R.A.

Se insiste que los imperativos funcionales más que los anatómicos son los que limitan la resección, destacándose la diferente repercusión de la lobectomía y neumonectomía.

La Selección de los pacientes debe ser muy rigurosa. La colonización de los ganglios del mediastino influye desfavorablemente en el pronóstico.

Se jerarquiza la calidad de sobrevida, de mayor trascendencia que el tiempo de sobrevida.

Excluyendo la indicación precisa de una Cirugía paliativa, las R.A. sólo se justifican cuando existe una razonable seguridad de que puedan ser completas, es decir presumiblemente curativas. La resección incompleta no arroja en general resultados satisfactorios, con sobrevidas más cortas y de peor calidad.

Entre las R.A. se destacan los mejores resultados de la lobectomía ampliada a la pared y al bronquio. De la neumonectomía, la ampliación a las estructuras mediastinales.

Se contraindican las resecciones superampliadas (aorta, esófago, cava).

Se destaca la responsabilidad del Cirujano al indicar una neumonectomía a un paciente asintomático o con mínima sintomatología, por su repercusión funcional e inevitable morbilidad. En estos casos cobra máxima importancia la detección de metástasis subclínicas. La centellografía ósea y la tomografía axial computorizada deben formar parte de los exámenes de rutina en este grupo de pacientes.

Se concluye que las R.A. en casos debidamente seleccionados tienen indicación precisa y resultados que pueden ser muy satisfactorios, curativas algunas paliativas la mayoría.

El Cirujano debe ser agresivo con el cáncer y no con el paciente. Luego de una rigurosa evaluación, convencido de la operabilidad, debe ir firmemente resuelto a llevar a cabo la resección proyectada. Sólo podrá hacerlo desistir un sorpresivo hallazgo operatorio de inoperabilidad.

La Toracotomía Exploradora es una agresión inútil para el paciente, en general injustificada y para el Cirujano constituye un fracaso.

Trabajo del Dpto. de Cirugía Torácica (Hospital Saint Bois - Pab. Martiríné, 2do. Piso) y de la Cátedra de Neumología (Fac. de Medicina).

INTRODUCCION

Las Resecciones Pulmonares del punto de vista anatómo-quirúrgico pueden ser típicas, atípicas o ampliadas (R.A.). El Estadío III (359), de cáncer que ha sobrepasado los límites del pulmón pero no del hemitórax correspondiente, es donde las R.A. pueden estar indicadas, extirpando el parenquima y las estructuras invadidas por el tumor.

No siempre se emplea adecuadamente el término R.A., que debería ser reservado a los casos en que un compartimiento extrapulmonar es abordado amplia y extensamente, representando por su propia jerarquía una operación suplementaria de la resección pulmonar. No se justificaría por lo tanto hablar de R.A. cuando sólo se ha extirpado algún ganglio mediastinal o un trozo de pleura parietal infiltrada. Tampoco cuando se penetra en la cavidad pericárdica para mayor seguridad en el control de los vasos pulmonares. Con estas limitaciones, la incidencia de R.A. debe ser menor que la que consignan algunas estadísticas.

En la cirugía del Cáncer de Pulmón (C.P.) la lobectomía y neumonectomía típicas representan el 80-90% de las resecciones, con el frecuente agregado de la excéresis de algún ganglio mediastinal o el control intrapericárdico de los vasos. Las verdaderas R.A. comprenden aproximadamente el 10-20%. En nuestra experiencia, el 25% de las neumonectomías y 14% de las lobectomías.

Cancerológicamente la R.A. puede ser completa, pretendidamente curativa, o incompleta en los casos en que pueda ser riesgosa la resección de estructuras vitales invadidas. En ciertas circunstancias se podrá recurrir ulteriormente a otras terapéuticas complementarias.

Por último en el cáncer inoperable (327) pueden realizarse resecciones paliativas, destinadas a "paliar" síntomas invalidantes y mejorar la calidad de sobrevida, proporcionando un mayor confort. No tienen por tanto finalidad cancerológica, pero pueden ser de gran beneficio para el paciente y ocasionalmente permitir sobrevidas significativas en el tiempo.

GENERALIDADES

El C.P. se extiende por invasión local, por propagación linfática y diseminación hemática.

Presentado como contribución al XXXII Congreso Uruguayo de Cirugía, Carmelo, Noviembre de 1981.

Jefe de Servicio M.S.P. y Prof. Agdo. de la Cátedra, Dirección: Gaboto 1461 - Apto. 501. Montevideo (Dr. Aníbal Sanjinés).

Según las estructuras invadidas, la ampliación de la resección pulmonar podrá incluir: la atmósfera celuloangiónica del mediastino, pared torácica, estructuras cardiovascular-pericárdicas y el árbol traqueobronquico. Por excepción, la de otros órganos o estructuras del mediastino.

Por su distinta repercusión funcional deben separarse nítidamente la lobectomía de la neumonectomía ampliadas. En la lobectomía la ampliación más frecuente comprende la pared costal y el sector mediastinal. Ocasionalmente puede ser factible la ampliación a la vía aérea (Resección-Anastomosis o Lobectomía en "manguito").

En la neumonectomía la ampliación habitual es mediastinal (estructuras cardiovascular-pericárdicas y atmósfera celuloangiónica).

En tumores muy periféricos puede estar indicada una resección pulmonar atípica ampliada a la pared.

Las limitaciones para una R.A. surgen fundamentalmente de imperativos funcionales y biológicos. Las barreras anatómicas podrían ser desconocidas y en un alarde de virtuosismo técnico concebir y realizar cualquier tipo de R.A.. Se podrían así llegar a reseccionar lesiones de absoluta inoperabilidad, ya que resecabilidad no es sinónimo de operabilidad.

La neumonectomía superampliada es de malos resultados, con elevada morbimortalidad operatoria. Sólo permite precaria supervivencia, de baja calidad y no significativa en el tiempo.

Nuestra exigencia de SELECTIVIDAD en cirugía del C.P. (327-362) podría parecer desmedida y más aún si son aceptados sin analizar los fríos enunciados de diversas estadísticas. Las estadísticas sólo deben ser tomadas como orientadoras de una conducta, pero la experiencia de los casos vividos es irremplazable.

Al respecto creemos de interés comentar la experiencia de Cirujanos de reconocida "agresividad" como LE BRIGAND y ABBEY SMITH.

Para indicar una neumonectomía LE BRIGAND exige una exhaustiva valoración funcional, destacando su mala tolerancia por encima de los 70 años. Ocasionalmente recurre a resecciones más económicas, que si bien peores del punto de vista cancerológico, podrían recibir el beneficio de terapéuticas complementarias. En las neumonectomías ampliadas sólo tiene una supervivencia a tres años de 3.8% de los operados, sin supervivencia a cinco años (216). Se muestra contrario a las resecciones superampliadas (cava superior, plexo braquial, aorta, esófago), por su elevada mortalidad, supervivencias cortas y de mala calidad.

Por su parte ABBEY SMITH (1) sólo indica la cirugía cuando existe una razonable posibilidad de exéresis completa. En su serie la incidencia de Toracotomías exploradoras es muy baja, no como consecuencia de una actitud reseccionista que pudiera parecer excesiva, sino debido a la rigurosa selección previa. Es así que debido a la selección inicial del neumólogo y a la del propio cirujano, sólo llegan a operarse el 12.5% del total de pacientes con C.P. (1 de cada 8).

En una serie de 417 resecciones sólo consigna 4 resecciones parciales de cava superior, sólo una total y 3 de pared muscular de esófago.

De sus resecciones, solamente en el 13.4% los ganglios mediastinales estaban colonizados y de 213 neumonectomías, cinco por adenocarcinoma, por lo

que es fácil deducir que por excepción realiza neumonectomía en el adenocarcinoma con invasión ganglionar mediastinal. También por excepción indica la neumonectomía por encima de los 65 años y siempre que por mediastinoscopia se descarte la invasión de los ganglios mediastinales.

Cuando los ganglios mediastinales estaban colonizados, fallecieron en los dos primeros años el 75% de las resecciones derechas y no tuvo supervivencia a 5 años con resecciones incompletas, así como tampoco con adenopatías en la mitad distal de la tráquea.

El análisis de la experiencia y resultados de estos autores, no creemos que invalide la posición de PAULSON (367), ni nuestra posición frente al C.P.

En indiscutible que los resultados de la neumonectomía ampliada son pobres en la mayoría de los casos. Existen supervivencias significativas que entusiasman, pero no deben hacernos perder objetividad y dejar a un lado lo que acontece con la mayoría de los operados que no tienen la fortuna de alcanzar largas supervivencias. Este es un punto que no está analizado en la mayoría de las estadísticas, para nosotros trascendente, del que se ocupan NOU y ABERG (254). Llegan a la conclusión que las resecciones incompletas carecen de efecto paliativo cancerológico, con supervivencias de peor calidad y que sólo deben ser operados pacientes en los cuales la resección pueda ser completa. Posición similar a la de ABBEY SMITH (1) y a ella nos sumamos.

VALOR DE LAS RESECCIONES AMPLIADAS

La lobectomía ofrece mayores posibilidades "curativas" que la neumonectomía y la posibilidad de resultados paliativos ampliamente satisfactorios.

Cuando un tumor de consistencia firme, bien delimitado, epidermoide en general y sin propagación linfática, manifiesta una tendencia exclusiva o predominante de invasión local, la indicación de R.A. es formal, aún incompleta. Complementada por otras terapéuticas puede ser muy gratificante. Los tumores con estas características expresan sobretodo una malignidad local y se acompañan de ausencia de repercusión general y un buen nivel inmunitario. En estos casos el cirujano debe mostrar máxima agresividad, no sólo en las ampliaciones a la pared, sino también a las estructuras cardiovascular-pericárdicas. Algunos buenos resultados han llevado a ABBEY SMITH (2) a emitir la hipótesis de que el tumor pueda perder parte de su potencial evolutivo al invadir tales estructuras.

La coexistencia de propagación linfática disminuye o anula las posibilidades curativas de la R.A.. La invasión del mediastino aún en pequeños tumores periféricos es de peor pronóstico que la parietal. BRACCO (43) en 15 lobectomías ampliadas a la pared, registra 7 supervivencias a 5 años. Por el contrario ninguna en 7 ampliadas al mediastino.

Ampliaciones a la pared torácica

La invasión del DIAFRAGMA no contraindica la R.A. salvo que exista compromiso de los órganos abdominales. En este caso la inoperabilidad es absoluta.

Las R.A. a PARED COSTAL son las que pueden ofrecer los mejores resultados. Cuando el dolor es síntoma dominante pueden ser de gran efecto paliativo y en ausencia de invasión linfática "curativas" (122).

La invasión de la columna o esternón es una contraindicación formal para la resección de pared.

La lobectomía es de mejores resultados que la neumonectomía, de mayor morbimortalidad en especial la derecha. La resección de la pared incrementa la propia repercusión funcional de la neumonectomía.

En el PANCOAST, tumor que se manifiesta con la típica sintomatología que en nuestro medio fuera comunicada por RICALDONI (297) en el año 1918, la experiencia de PAULSON (270) con radioterapia previa a la cirugía no ha sido confirmada por la mayoría de los autores.

La evidencia radiológica de extensa destrucción costal certifica inoperabilidad, aún cuando la resección pueda proporcionar una mejoría inicial transitoria. La cirugía debería encararse más oportunamente, en el inicio de la sintomatología dolorosa con sólo la sospecha fundamentada. La certificación histológica será de confirmación operatoria.

Ampliación a estructuras cardio-vásculo-pericárdicas

Son más frecuentes en la neumonectomía izquierda y en ambas lobectomías superiores.

La resección de PERICARDIO no presenta problemas y facilita el control de los vasos (325). La digitalización profiláctica que realizamos sistemáticamente, es de gran valor para prevenir o controlar los frecuentes trastornos del ritmo en el postoperatorio (322).

La ARTERIA PULMONAR derecha seccionada en el sector latero o retrocava, puede ser controlada en el receso intercavaoártico. La izquierda se controla en su origen previa sección del ligamento arterial.

De las VENAS PULMONARES, a izquierda la resección parcial de la aurícula puede ser necesaria. A derecha el clivado del plano interauricular (Maniobra de Söndergaard) posibilita la acción sobre la aurícula.

La CAVA SUPERIOR puede ser parcialmente reseccionada. Una invasión total obligaría a la resección incompleta; los riesgos de sustitución del vaso no son compensados por los resultados.

Ampliación a la atmósfera célula-linfática del mediastino.

Sobre este aspecto de polémica más aparente que real, existe acuerdo en puntos fundamentales.

La llamada neumonectomía "radical" con vaciamiento profiláctico del mediastino (Wertheim intratorácico) ha sido abandonada. Tiene mayor morbimortalidad que la neumonectomía típica y resultados inferiores en tiempo de sobrevida.

En la colonización masiva, difusa, de los diferentes grupos ganglionares, aún en tipos histológicos favorables, el vaciamiento ganglionar tampoco es de buenos resultados. Cuando existe colonización masiva, también están invadidos los ganglios contralaterales y los infradiaphragmáticos.

Los mejores resultados de esta ampliación se obtienen en el carcinoma epidermoide, pero sólo

cuando los ganglios se encuentran por debajo de la parte media de la tráquea. En la práctica, la mayoría de las resecciones de ganglios mediastinales son de grupos localizados o de ganglios aislados.

Ampliación a la vía aérea.

Corresponden a la neumonectomía ampliada a tráquea y la lobectomía ampliada (Resección-anastomosis).

El cáncer de pulmón que comprometa la tráquea, también lo hace a nivel de otras estructuras mediastinales y por tanto es inoperable. Un tumor de bronquio fuente puede invadir ocasionalmente sólo la tráquea, en forma localizada. Cabe entonces la posibilidad de una R.A. a pared traqueal o carina, en particular a derecha. El cayado aórtico resulta con frecuencia un obstáculo insalvable para la neumonectomía ampliada izquierda. (216).

La ampliación más frecuente de las lobectomías corresponde a la superior derecha, URIOSTE (373) en su excelente Relato sobre Tratamiento quirúrgico del cáncer de pulmón, destacaba que el lóbulo superior derecho es el que mejor se presta para una lobectomía típica, en el que tienen más posibilidades los procedimientos broncoplásticos y el de mejor pronóstico desde el punto de vista de la difusión linfática (pág. 88).

Frente a la contraindicación de neumonectomía, las resecciones-anastomosis pueden ser de gran valor, con alto índice de sobrevida y sin mayor menoscabo de su calidad. Lamentablemente la posibilidad de su realización es infrecuente, ya que solo por excepción se encuentran presentes las necesarias condiciones loco-regionales (exclusiva y limitada extensión al bronquio principal y ausencia de propagación linfática).

Ampliación a otras estructuras y órganos mediastinales.

La inclusión de estructuras vitales como cava superior, aorta y esófago, no justifican su resección; la inoperabilidad es formal. Sólo podrían caber en estos casos las resecciones incompletas.

CONCLUSIONES

En casos debidamente seleccionados determinadas R.A. tienen precisa indicación y resultados muy satisfactorios, curativas unas, paliativas la mayoría. Debe ser destacado el valor de la lobectomía ampliada a la pared o vía aérea, así como las R.A. a estructuras cardiovásculo-pericárdicas y en determinados casos a la atmósfera célula-linfática.

No es posible esquematizar las indicaciones de cada R.A.; cada situación debe ser resuelta en forma particular. La experiencia sin embargo, permite extraer conclusiones y validar ciertos principios básicos.

El confort y la calidad de la sobrevida es trascendente en la cirugía del C.P.

Los límites de una resección son más funcionales que anatómicos, por lo que la neumonectomía ampliada exige máxima selectividad y sólo por excep-

ción encuentra razonable indicación por encima de los 60 años, cuando pueda ser completa, presumiblemente curativa.

Las resecciones superampliadas son verdaderos malabarismos quirúrgicos con malos resultados. Son realizaciones de alto nivel artesanal, pero de muy discutible criterio quirúrgico (326). La reseabilidad, concepto técnico, debe ser nitidamente diferenciada de la operabilidad, concepto biológico, cancerológico.

La lobectomía ampliada a la pared y la resección-anastomosis (45) son las R.A. más redituables.

La colonización de los ganglios mediastinales influye de modo decisivo en el pronóstico vital alejado (337). No es de ningún modo elemento absoluto de inoperabilidad, pero exige de cada situación una evaluación muy precisa. El tipo histológico del tumor, el tipo de metástasis, la topografía de los ganglios, la extensión de la necesaria resección pulmonar, la sintomatología, expectativa vital y condiciones generales del paciente, así como la morbimortalidad operatoria, son elementos que deben ser siempre considerados en el balance de cada caso.

Vivimos una realidad que no puede ser desconocida. La mayoría de los pacientes con C.P. nos llegan fuera de las posibilidades quirúrgicas, a los que no debemos añadir sufrimientos con actitudes incoherentes y agresiones injustificadas.

La Cirugía permite la curación en algunos casos, largas sobrevividas en otros y los mejores resultados en calidad y confort en muchos.

Debemos y podemos formular diagnósticos más oportunos en el C.P. El estudio citológico del esputo en grupos de alto riesgo es promisor. Es condenable la actitud pasiva que se adopta con demasiada frecuencia frente al posible cáncer que se "muestra" como nódulo pulmonar o neumopatía no aclarada. Aquí es donde se requiere la mayor agresividad. Cuando la "ansiedad diagnóstica" no ha podido ser satisfecha debe irse a la Toracotomía, la Toracotomía Diagnóstica, permanente insistencia de ARMAND UGON (17).

La Cirugía del C.P. en Estadio III exige Selección rigurosa, máxima en dos situaciones extremas. La primera, en los pacientes con reservas funcionales límites. La otra, la de más difícil resolución y extrema responsabilidad para el Cirujano: el paciente asintomático o con mínima sintomatología en el que se plantea la neumonectomía. La repercusión funcional e inevitable yatrogenia de una R.A. en tal situación dimensiona al máximo la trascendencia de la decisión quirúrgica.

Con mayor insistencia que en otras situaciones, se deberán agotar los recursos que permitan eliminar todo elemento de inoperabilidad y en especial la posible existencia de metástasis subclínicas. La experiencia actual nos lleva a incluir entre los exámenes de rutina de estos pacientes, al estudio centellográfico del esqueleto y a la tomografía axial computorizada en especial encefálica. Se podrán así evitar muchas agresiones totalmente injustificables de las cuales seríamos los únicos responsables.

EN SUMA, nuestra posición en la Cirugía del C.P. es clara y definida. Reconocemos el extraordinario valor de las cifras que revelan los índices de largas sobrevividas. Demuestran una realidad incontrovertible: los resultados de la Cirugía en el Cáncer potencialmente curable, son indiscutiblemente superiores a los de cualquier otro procedimiento terapéutico. Pero no debemos perder de vista al analizar resultados, la calidad de vida que hemos de ofrecer a nuestros pacientes, operados o no y en especial a los que no han de sobrevivir largo tiempo.

Es indudable que en esta lucha el Cirujano debe ser agresivo y creemos serlo, pero con agresividad frente al tumor y no contra el paciente.

Exceptuando los casos de indicación de cirugía paliativa, los pacientes en Estadio III sólo deben ser operados cuando se presume que la R.A. podrá ser completa, en un paciente con condiciones generales y estado inmunitario satisfactorios. Cuando estas condicionantes están dadas, el Cirujano irá a la Intervención resuelto firmemente a reseca la lesión. Sólo se detendrá en su acción o cambiará su actitud, ante un sorpresivo hallazgo de elementos de inoperabilidad.

La Toracotomía Exploradora constituye para el paciente una agresión por lo menos inútil, amenuo injustificada y un fracaso para el Cirujano.

SUMMARY

Enlarged surgery is defined. Different functional repercussion of enlarged lobectomy and pneumonectomy is emphasized. Patients must be strictly selected and this kind of surgery should be performed only if there is a reasonable certainty that it could be curative.

The best results are obtained with enlarged lobectomy to the chest wall and tracheobroncheal tree as well as pneumectomy including mediastinal spread. Resection of aorta, esophagus and superior cava vein are contraindications for surgery.