

TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL CANCER DE PULMON

Discusión

Dr. MARTINEZ.—Del completo relato del Dr. Urioste, nosotros queremos comentar un par de aspectos, sobre todo en lo que se refiere a la táctica quirúrgica en la indicación de lobectomías y de neumonectomías y nuestro criterio con respecto a la ampliación de la resección. Desde hace años, desde el comienzo de la práctica quirúrgica, el Dr. Brea, con quien trabajamos, sostuvo que la lobectomía en ciertas condiciones era una operación tan radical como la neumonectomía desde el punto de vista cancerológico. Las condiciones necesarias eran: tumor periférico sin adenopatías y sin propagación a otros lóbulos. En esas condiciones, la lobectomía la catalogamos como radical.

Hay otro tipo de lobectomía en nuestra serie, y es la lobectomía ya de ex profeso paliativa. Es decir, aquel caso en que la intervención no podía ser radical, y que de cualquier manera tampoco lo iba a ser una neumonectomía.

Además, existe otro tipo de lobectomía que también ha dado resultados satisfactorios y que puede ser considerada radical. Es la extensión de la exéresis a la pared. En esas condiciones, por la estadística que mostró el doctor Brea, ustedes pudieron observar que la supervivencia de más de diez años en enfermos con cáncer de pulmón en los que se efectuó una lobectomía, es del 21 %. Y en los enfermos en quienes se efectuó una lobectomía llamada ampliada, y que en ese caso siempre es hacia la pared, la supervivencia llega al 17,5 %. Es decir, que si la propagación de la lesión es exclusivamente del tumor en sí, y no una propagación a distancia, como son las adenopatías la intervención ha sido de gran eficacia.

En cambio, con respecto a la neumonectomía, que por supuesto tiene indicación absoluta para nuestra manera de ver en los cánceres hiliares o centrales, como ustedes les llaman, en esos casos siempre está indicada la neumonectomía. Nosotros no tenemos ninguna experiencia con la lobectomía hecha en manguito que nos señaló hoy el Dr. Urioste; la creemos una intervención absolutamente paliativa, de acuerdo a la descripción que él ha hecho, y creemos que únicamente podrá hacerse cuando está contraindicada la neumonectomía, que tendría indicación para nosotros en ese caso.

La llamada neumonectomía radical por Brock, que le vimos hacer en el año 1952, y a partir de ese momento también la practicamos, no nos ha dado buenos resultados; es decir, no ha ampliado los buenos resultados con respecto

a la neumonectomía común. Tenemos en cuenta la biología en general del cáncer, la propagación linfática es siempre de mal pronóstico en cualquiera localización, y el cáncer de pulmón no es una excepción.

Ustedes vieron también en nuestra estadística, que las neumonectomías ampliadas, es decir, a las que se agregó un vaciamiento mediastínico por adenopatía, sólo consiguen una sobrevivida de cinco años, del 4%. Es decir, que para nuestro entender, cuando hay una propagación linfática que la hace paliativa, hacemos el vaciamiento, pero no tenemos una conducta de hacer la llamada neumonectomía radical de Brock en forma rutinaria. Creemos que cuando no hay propagación en los tumores de tipo hiliar, la neumonectomía común está indicada, y nosotros la ampliamos a las estructuras que están tomadas, según lo que hemos encontrado, sea pericardio, sea ganglios o pared.

Es lo que queríamos decir con respecto a nuestra conducta en este tipo de cirugía.

Dr. ARMAND UGON.— En primer lugar, quiero felicitar al relator, doctor Urioste, y a los correlatores, Dres. Pintos Fuentes, Costumalle, Acevedo de Mendilaharsu y Kasdorf, Dr. Barani y Dr. Piñeiro, por las interesantes contribuciones que han hecho.

Estamos en general, de acuerdo con todo lo que han expuesto. Tenemos algunas divergencias que sería muy largo discutir, y preferimos concretarnos exponiendo nuestra experiencia desde el 1º de enero de 1962 hasta el 15 de noviembre del mismo año.

(Proyección.) Se trata de un conjunto de 100 enfermos, del 1º de enero al 15 de noviembre. Sobre estos 100 enfermos vamos a ilustrar los síntomas dominantes. Son asintomáticos 3 enfermos; fueron descubiertos por examen de Masas, de Colectividades. Por síndrome pulmonar húmedo, tos, expectoración, expectoración hemoptoica, 35% de enfermos consulta por ese motivo. Un 15% consulta por el síndrome reumatoideo; es un síndrome fundamental que el médico debe conocer perfectamente bien, y muchas veces detrás de él hay un cáncer de pulmón, totalmente asintomático desde el punto de vista pulmonar. Sobre esto, es justo reconocerlo, ha insistido mucho la escuela argentina, el Dr. Brea en primer lugar. Pérdida de peso, 10%; disnea, otro 10%; astenia y decaimiento, 4%; dolor, 10%; fiebre, 5%; metástasis, 8%. Estos son los síntomas dominantes en 100 enfermos que han consultado este año. Enfermos que he visto en el Instituto del Tórax, en el Hospital Español, en el Sindicato Médico o en el Hospital Italiano.

De estos enfermos se ha considerado que eran inoperables por tener adenopatías supraclaviculares un cierto número de ellos. La biopsia sistemática supraclavicular no la practicamos. Se practica cuando hay duda diagnóstica, pero no nos ha aportado elementos de juicio importante. Sólo en 3 ó 4% de las biopsias supraclaviculares ganglionares pueden dar elementos que ya contraindica la toracotomía.

En cuanto a las parálisis frénicas o recurrenciales, son contraindicaciones terminantes a la intervención, sobre todo la recurrencial, contrariamente a lo que me hacía decir el Dr. Pintos Fuentes; puede ser que antes yo haya operado una parálisis recurrencial, pero hoy día considero que la parálisis recu-

rrencial derecha e izquierda es una contraindicación terminante de la intervención. No así la parálisis frénica. Cuando la parálisis frénica asienta por acción del tumor en la zona pericárdica, puede extirparse el tumor con un fragmento de pericardio.

Las metástasis, la más frecuente es la cerebral, sobre la cual ha hecho una hermosa comunicación la Dra. Acevedo de Mendilaharsu. Otras metástasis óseas se caracterizan, sobre todo, por los dolores. Es frecuente la asociación de neoplasma de pulmón incipiente con metástasis vertebral, y con metástasis coxal o humeral; lo hemos visto en todos lados.

Las pleuresías, si son sanguinolentas o sanguinolenta, o si en el exudado centrifugado hay células neoplásicas, contraindican terminantemente la operación. Otra contraindicación para hacer una cirugía radical, es la invasión de la pared torácica. Sobre esto vamos a hablar más detenidamente.

Es una contraindicación a hacer una cirugía radical curativa. Sin embargo, hay una variedad de tumor sobre la cual queremos insistir, y es un homenaje a un eminente profesor uruguayo, el Prof. Ricaldoni, que fue el primero, en 1920, a quien le oímos una clase sobre un tumor del vértice del pulmón. Tumor que después fue retomado en su sintomatología por el Prof. Tobías de Buenos Aires, y que posteriormente fue conocido como tumor de Pankov. Este tumor, perfectamente descrito por Ricaldoni, se caracteriza sobre todo, por ser un síndrome doloroso del ápice pulmonar, que se localiza casi siempre en la fosa suprarretropleural, tomando el simpático y los primeros nervios láterocostales superiores. Los síntomas más llamativos son síntomas dolorosos. Y los síntomas funcionales pulmonares son casi siempre nulos. Un tumor de origen pulmonar, que se manifiesta por síntomas dolorosos extrapulmonares.

En este tumor de Pankov, sobre el cual tenemos bastante experiencia —y tenemos un enfermo con sobrevida de seis años— nosotros practicamos la exéresis en block, de la primera, segunda, tercera y cuarta costillas, juntamente con el lóbulo superior. A veces, mismo con apófisis transversa y mismo con algún segmento de vértebra. Porque si se deja evolucionar este tumor, se transforma en los tumores más terriblemente dolorosos de la economía; son enfermos que mueren sufriendo rabiosamente, y no hay ninguna terapéutica, salvo la lobotomía, que los pueda aliviar de sus dolores. Por eso es que creo que vale la pena insistir, porque el tumor de Pankov es un tumor que creo que debe ser operable, no con el fin de curarlo radicalmente, a pesar de que tenemos un enfermo curado hace seis años, o mejorado, sino con el fin paliativo de evitar sufrimientos muy grandes.

La invasión mediastinal, fuera de los síntomas que nos da la broncoseopía y el neumomediastino, creemos nosotros que debe ser aclarada por la toracotomía exploradora, que es la única manera que nos permite cerciorarnos si el tumor es extirpable o no. Cuando hay caquexia, es evidentemente inoperable y la edad avanzada contraindicada, cualquier cirugía después de los 70 años.

De los 100 enfermos vistos en 1962, se operaron 38; no se operaron 62. Destaco que estos enfermos son ya un poco seleccionados. Son enfermos que nos son enviados en consulta para ver si se pueden operar; ya se han descartado

muchos enfermos que los médicos consideran inoperables. De esos 100 enfermos, 38 son operados; se les practica toracotomía exploradora, en 14; lobectomía, en 11, y neumonectomía en 13. Fallecieron 12 enfermos. En realidad, hay que agregar un tercer enfermo que falleció estos días. Son 13 enfermos fallecidos.

Dr. MAINETTI. — Como vecino de la otra orilla del Plata, no puedo silenciar mi admiración y felicitación al trabajo del Dr. Urioste y colaboradores. Voy a hablar como cirujano general, porque mi experiencia en cirugía del cáncer pulmonar es muy relativa; pero pueda aportar uno o dos puntos sobre la discusión.

En este momento los casos que opero de cáncer de pulmón en mi Servicio, son todos avanzados. En años anteriores, colaboraba conmigo un colega con quien hacíamos cirugía pulmonar. Pero actualmente, está separado desde que funciona en La Plata un Instituto de Cirugía Torácica. Pero todos los casos que llegan a mis manos en el Servicio de la cátedra, de cáncer de pulmón, son cánceres muy avanzados. Por eso he tenido que practicar en todos ellos, en la mayoría, salvo en algunos casos felices, que son los mejores, y que nos dejan más satisfechos, que son los enfermos que vienen con el síndrome reumático de que acaba de hablar el Prof. Ugón; en los demás casos he tenido que practicar cirugía radical ampliada, ya sea lobectomía ampliada, o neumonectomía ampliada, abriendo el pericardio, ligando las venas pulmonares dentro del pericardio y, en algunos casos, resecaando el atrio o parte de la aurícula. Aunque el resultado operatorio inmediato ha sido bueno, estos enfermos han vivido pocos meses; generalmente, 4 ó 5 meses, apareciendo al poco tiempo dolores, ya sea del tipo sacro, de tipo ciático, por metástasis, etc.

Pero hemos tenido algunas sobrevidas de diez años. No en enfermos avanzados, sino en los primeros operados, y en los que hemos intervenido peor desde el punto de vista técnico.

Quiero decir, también, algunas palabras sobre el cáncer del ápex, del cual vemos con mucha frecuencia el hombro doloroso y el síndrome de Ricaldoni y Tobías. En el cáncer del ápex he practicado en algunos casos la lobectomía superior ampliada, haciendo la resección en block de las costillas, de la pieza. Los resultados que he obtenido han sido siempre pasajeros. No han pasado de un año los resultados obtenidos; pero durante los primeros meses la mejoría ha sido evidente.

Creo que la mejor operación para los casos no resecaables, siempre que se pueda reseca debe resecaarse con la pared torácica, pero para aquellos no resecaables, la mejor operación para aliviar los dolores, que son terribles, y es una operación que debe hacerse relativamente en forma precoz, es la radicotomía posterior, extirpando las raíces posteriores del lado correspondiente, desde la 3ª cervical a la 2ª o 3ª dorsal. La radicotomía posterior la he hecho en más de media docena de casos, y como resultado paliativo es muy bueno. Uno de los enfermos que recuerdo en el que hice radicotomía posterior, le habían hecho una lobectomía y seguía con recidiva de los dolores. Lo interesante es que este cáncer se propaga al sistema nervioso, por las vías linfáticas perinerviosas, y

recuerdo dos casos en que al efectuarle radiotomía posterior, existía la metástasis sobre la raíz sensitiva posterior al lado de la médula. Lo mismo que en el cáncer de la parótida y en el cáncer del recto, es un cáncer que con frecuencia se trasmite por las vías linfáticas perineurales, y va muy lejos, al sistema nervioso central.

En ananto a la quimioterapia y a la radioterapia de supervoltaje, he visto resultados maravillosos, sorprendentes, que llevaban seis meses de evolución. Los he visto recientemente en Estados Unidos de Norteamérica, en los cuales se habían limpiado sombras enormes tumorales.

De los métodos de quimioterapia que se están haciendo en los Institutos de esa naturaleza, predominan los métodos que se hacen de perfusión o de infusión directa, ya sea en la arteria pulmonar o en las arterias bronquiales. Con esos métodos los autores muestran radiografías en que ha desaparecido completamente el tumor; lo mismo que con radioterapia de supervoltaje. Pero la experiencia es de seis meses para atrás; creo que es poco.

Esto es todo lo que puedo aportar a este magnífico relato del Dr. Urioste y sus colaboradores.

Dr. VICTORICA.-- Voy a tocar dos o tres puntos del relato del doctor Urioste, y a referirme a algunos de los correlatos. Sobre todo voy a comenzar con lo que se refiere a la toracotomía exploradora.

El Dr. Urioste mostró unas cifras, y señalaba que Overhall tenía una mortalidad de 15 ó 20 %; y ahora la mortalidad ha disminuido. Creo que hay que tener cuidado cuando se indican toracotomías exploradoras; lo mejor, cuando se piensa que se está frente a un cáncer de pulmón, es estudiar bien los enfermos. Porque abrir el tórax en esos enfermos de cierta edad, que son enfisematosos, que son más o menos tarados, no es una cosa sin riesgos. La prueba está que en los primeros años en que se hacían estas toracotomías exploradoras, un poco sin meditar bien, había una gran mortalidad. Ahora la mortalidad ha descendido. Yo creo que cuando se entra al tórax y se piensa que hay un neoplasma de pulmón, hay que ir decididos, salvo que haya vinculación de neoplasma con órganos vitales, a resear, si es posible. Hizo bien el Dr. Urioste en poner de manifiesto que hay riesgos al hacer las toracotomías exploradoras.

En las otras toracotomías exploradoras, cuando hay un nódulo en el pulmón, toracotomía que seguramente va a acabar en una resección de un proceso que puede ser neoplásico, o que puede no serlo, el problema es distinto. Cuando uno piensa que hay muchas probabilidades de que sea un neoplasma, hay que tener cuidado cuando se va a indicar la toracotomía exploradora.

El segundo punto a que me quiero referir, es la cuestión de las venas pulmonares. El Dr. Urioste, como buen anatomista, insistió en toda la anatomía, arterias, venas, y la diseminación vascular y linfática. Y en el cáncer de pulmón, particularmente, está permitido y es casi obligado, ligar primero las venas para evitar la diseminación por vía hemática. Pero en otras resecciones de pulmón no es imprescindible ligar primero la vena; es más bien necesario u obligatorio ligar la arteria, para economizar sangre, etc.

En cuanto a la lobectomía, estoy de acuerdo con lo que dice el relator, y con lo que ratificó el Dr. Martínez, de Buenos Aires: que la lobectomía es una muy buena operación en el cáncer de pulmón, cuando está indicada, y a veces es buena también aunque no esté indicada, y uno está obligado a hacerla, porque se trata de un enfermo que va a correr el riesgo por la edad, porque es un enfisematoso, etc. En estos días hemos operado un enfermo de 72 años, en el que hemos hecho la lobectomía porque tiene tal edad; quizá no hubiera tolerado una neumonectomía y se hubiera muerto en el postoperatorio.

Quiero también referirme a la función respiratoria. Al cirujano le interesa sobre todo saber que el individuo va a tolerar la operación, porque en lo que se refiere al neoplasma, si el enfermo queda con una insuficiencia respiratoria más o menos importante, no reviste la jerarquía que reviste, por ejemplo, en un bacilar, que se opera, en general, en edades tempranas de la vida. Lo importante para el cirujano es conocer la función respiratoria a fondo, para el futuro inmediato y para el futuro alejado. Pero lo importante es conocerlo para el futuro inmediato, saber si el enfermo tolerará la operación, o si se producirá algún desastre en el postoperatorio inmediato por la resección pulmonar.

En lo que se refiere a la interesante comunicación de la Dra. Mendilaharsu, creo que es muy importante conocer esos síntomas que dan los individuos portadores de neoplasma y que se piensa que tienen un neoplasma, y que estamos dispuestos a operar; y que al menor signo que haga pensar en una metástasis intracraneana, hacerle el estudio complementario, que parece que es fácil, aunque sea costoso. Tenemos la dolorosa experiencia de haber operado más de un enfermo, hacerle una resección, hacerle correr riesgos, y el enfermo, a los pocos días o semanas, aparece con una metástasis.

Dr. RUBIO.—Voy a referirme exclusivamente a un aspecto que fue tratado por el relator y por los Dres. Pintos Fuentes y Pommerenk, y es la grave asociación lesional que se presenta a veces en pacientes con un cáncer de pulmón y con insuficiencia respiratoria de grado variable, y destacar fundamentalmente el valor que puede tener la traqueotomía en el postoperatorio inmediato en este tipo de enfermos. Soy de los que creo, como la mayor parte, que el cirujano que va a tratar un paciente con esta asociación lesional, debe elegir un procedimiento operatorio que combine el ir a resear la lesión tumoral y en conservar parénquima pulmonar funcional. De manera que, en términos generales, la lobectomía tiene la indicación de elección. Sin embargo, con frecuencia no es posible hacer lobectomía, y se debe hacer cirugía más amplia, del tipo de la neumonectomía.

Yo voy a mostrar rápidamente dos pacientes que fueron operados en el Servicio del Prof. del Campo, en el Hospital de Clínicas.

Este paciente, con una lesión tumoral de lóbulo medio, bronquítico y con un enfisema importante, con una máxima capacidad respiratoria de 55 %, fue operado, y se le encontró en el acto operatorio que tenía una lesión localizada en el lóbulo medio, pero que además había invadido el pericardio, las venas pulmonares y el frénico. Se le tuvo que hacer obligatoriamente la neumonec-

tomía ensanchada, por vía extrapericárdica. Esta es la placa a las veinticuatro horas. El enfermo estaba relativamente bien, pero ya se puede observar el estado del pulmón remanente.

La placa a las cuarenta y ocho horas mostraba que el proceso había empeorado. Y así fue empeorando la condición general y, fundamentalmente, respiratoria, del enfermo.

Esta es la placa al tercer día; el enfermo se había agravado. Con ese cuadro de insuficiencia aguda respiratoria, le hicimos una traqueotomía.

Esta placa se hizo a las veinticuatro horas después de la traqueotomía. El paciente tuvo una mejoría franca, que se traduce por el estado que muestra el pulmón remanente.

Actualmente lleva dos años de operado. Está en buenas condiciones.

La otra observación es de un enfermo con lesión neoplásica nodular de lóbulo superior izquierdo, enfisematoso, con una máxima capacidad respiratoria de 50 %. Fue operado, y en la operación se encontró una lesión periférica, pero que invadía a través de la fisura del lóbulo inferior. Hubo que hacer neumonectomía simple. Tuvo también en las veinticuatro primeras horas un postoperatorio bueno, pero rápidamente en los días siguientes fue empeorando.

Esta es la placa a las cuarenta y ocho horas de operado. También debido al cuadro general, sobre todo de insuficiencia respiratoria, con polipnea y cianosis, debimos hacer traqueotomía. La traqueotomía, también en este caso, lo mejoró. No tenía secreciones, distinto del otro caso; el enfermo mejoró francamente.

Actualmente lleva tres años y medio y está en una buena condición.

En una palabra, creo que la traqueotomía es un procedimiento muy a tener en cuenta, que va a salvar muchos enfermos, sobre todo este tipo de enfermos, actuando fundamentalmente al permitir aspirar las secreciones. Además, mejora apreciablemente la ventilación alveolar. Yo diría que enfermos en estas condiciones, ningún cirujano se arrepentirá de hacer una traqueotomía, sino de haberla hecho a veces demasiado tarde. En estos dos pacientes, no fue necesario hacer respiración artificial por medios mecánicos, porque con este tratamiento solo y con antibióticos y corticoides, tuvieron una buena evolución.

Dr. PAHLKER.—Desde el siglo pasado se conocen los infartos de células neoplásicas en los enfermos operados por cáncer. El porvenir de estas células neoplásicas que pasan a la circulación, puede ser de dos clases: la célula puede morir o puede constituir una metástasis. Cuando el Dr. Kasdorf se refirió en su excelente correlato, al tratamiento químico, creo —de acuerdo a lo que he podido observar recientemente en Europa— que debo hacerle la siguiente pregunta: si se realiza el recuento y la localización de células neoplásicas en la sangre circulante, ya sea en la sangre periférica o en la sangre proveniente directamente del tumor.

En distintos Servicios que he visitado, he podido observar que células que desaparecen con un determinado citostático, ya sea un antimetabolito, o un agente altilante o altilisante, no desaparecen con otro. Y los resultados promi-

sorios, aunque de muy corta duración, que estamos observando, nos hacen insistir en esta técnica, que creemos que es una nueva vía para poder ofrecer alguna solución a los enfermos neoplásicos.

Dr. SANJINES. - Descaba referirme a algún punto del relato del doctor Urioste y colaboradores. A algo de ello ya se refirió el Dr. Victorica, respecto a la toracotomía exploradora. Creo, como él y posiblemente lo he aprendido de él, que la toracotomía debe ser muy bien valorada en relación con el paciente, en forma previa. Y el cirujano que opera un neoplasma de pulmón, sabiendo que la única terapéutica curativa del neoplasma del pulmón es la cirugía, debe operar lo que nosotros llamamos "operar con ganas"; no contentarse con abrir el tórax como se ve muy comúnmente, o se disecciona un poco para ver la extensión del neoplasma, y luego no se sigue por temor o por pensar que la intervención está demasiado avanzada, y el paciente se deja con todas las complicaciones de un pulmón desvitalizado en parte; y por lo tanto la mortalidad de la toracotomía exploradora es sumamente grande.

Otro punto al que me quiere referir, y que considero realmente importante, es el del empleo en el preoperatorio, en el intraoperatorio y en el postoperatorio, de los corticoides y de los digitálicos. Estamos absolutamente convencidos en esto, y nos asiste una experiencia grande, de más de dos años, que iniciamos nosotros en el Instituto de Enfermedades del Tórax, en relación con el empleo de dos medicamentos. En cuanto a los digitálicos, se nos decía siempre con el informe del cardiólogo y electrocardiográfico, que el enfermo no sufría de su corazón, que no había porqué digitalizarlo, olvidando en general, que son enfermos de edad, con lesiones probablemente no aparentemente clínicas o radiográficas, pero que si bien están en suficiencia cardíaca perfecta en el preoperatorio, sufren el traumatismo y la agresión importante de la operación y desarrollan cuadros de insuficiencia cardíaca evidente en el postoperatorio, a lo cual el Dr. Urioste se refirió, o sea a la frecuencia de las arritmias en estos enfermos, a las fibrilaciones. Nosotros prácticamente hemos visto a todo esto desaparecer; y las veíamos antes, en estadísticas que llevan a 40 ó 50 % con arritmia completa postoperatoria, grave. Y repetimos, esto lo hemos visto desaparecer desde que usamos sistemáticamente el digital preoperatorio, intraoperatorio y en los días subsiguientes.

En segundo lugar, era muy frecuente hasta hace dos años, en el Instituto, y en lugares que he visitado, el problema de los pulmones húmedos postoperatorios. Estos enfermos son enfermos, en general, bronquíticos, enfisematosos, y en el postoperatorio desarrollan, por tanto, pequeñas complicaciones canaliculares del pulmón controlateral o de los lóbulos remanentes, si es una lobectomía; y el pulmón húmedo era un hecho evidente. Hemos visto postoperatorios tormentosos a raíz del problema de las secreciones postoperatorias. Iniciamos nosotros hace dos años, por lo menos, en el Servicio en que estamos con el doctor Rosemalle, el empleo de los corticoides, que hacemos 5 ó 6 días en el preopera-

torio a dosis de 30 ó 40 miligramos de dispersión por boca y en el intraoperatorio hacemos de 100 a 200 miligramos intravenoso o intramuscular. Y continuamos en el postoperatorio. Y podemos afirmar que nosotros, en estos últimos dos años hemos visto desaparecer la incidencia de los pulmones húmedos, y hemos visto descender en forma apreciable el empleo de las traqueotomías, que era relativamente frecuente antes del empleo de estos medicamentos.

Además, desearía que me acompañaran y comenzaran el empleo del corticoide, porque estoy absolutamente convencido de su eficacia, sobre todo como factor para evitar el problema de la hipersecreción mucosa, la congestión bronquial, que los lleva a la insuficiencia respiratoria, y se establece el círculo vicioso del que es difícil salir.

Por último, quiero referirme al empleo de las drogas químicas anticancerosas, de las cuales aprendimos a través del Dr. Kasdorf, que colabora en el Instituto. Queremos hacer mención a algunas situaciones realmente espectaculares. Me refiero concretamente a un enfermo, que hay que haberlo vivido para apreciar la gravedad, que fue neumectomizado, que a los tantos meses hace una recidiva del muñón bronquial, una invasión rápida, prácticamente una obstrucción total de su tráquea terminar, y una insuficiencia respiratoria formidable tal, que al enfermo no lo pudimos transportar porque no toleraba en absoluto estar sin oxígeno, para hacerse la radioterapia. En ese paciente, iniciamos el dicloren, y a las doce horas el enfermo estaba sin disnea; limpió su metástasis bronquial, y falleció meses después de otro problema. Es un recurso que hay que tener en cuenta en ciertas situaciones.

Dr. PINTOS FUENTES.— Con respecto a lo que decía el Dr. Sanjinés, debo expresar que en forma sistemática no hacemos el tratamiento con digitálicos en estos enfermos, aunque el material con que trabajamos debe ser bastante comparable al del Instituto del Tórax. No lo hacemos en forma sistemática, y lo hacemos toda vez que nos parece que el enfermo debe beneficiarse de una terapéutica tonicardíaca. Lo mismo nos pasa con los esteroides; no los empleamos en forma sistemática, y los usamos en ciertas circunstancias en el postoperatorio. Por tanto, no tenemos ninguna experiencia en el problema que plantea el Dr. Sanjinés.

Nos parece, sin embargo, que este tipo de enfermos tiene que ser muy bien valorado, porque más de una vez nos ha pasado, a mí como internista que vive mucho en la sala de cirugía, ver enfermos operados de neoplasma de pulmón o de tuberculosis, que no eran hipertensos, y que en el curso del postoperatorio inmediato hacen una hipertensión, que no tenían una arritmia y que en el postoperatorio inmediato la hacen; que no tenían ningún trastorno miocárdico, y que el electrocardiograma pone de manifiesto las modificaciones de la onda P, de ese P o del complejo y, a veces, aparecen hasta bloqueos. Simultáneamente con ese cuadro, hemos podido ver que esos enfermos tienen una hipoventilación pulmonar y una hipercadmia. Y la corrección de ese tipo de enfermos ha estado en facilitar la ventilación, fundamentalmente manteniendo la vía aérea, permeable, suprimiendo los opiáceos que se suelen prodigar para calmar el dolor.

obligando a toser al enfermo apoyando el tórax, para que lo haga en forma eficaz, y ventilando el pulmón o suprimiendo la distensión abdominal que es sumamente frecuente en el postoperatorio de estos enfermos.

Por supuesto, no quiero afirmar que lo que dice el Dr. Sanjinés no sea exacto; estoy diciendo simplemente lo que he visto, y repito que no tengo ninguna experiencia con la técnica que él ha hecho. Por otra parte, si el problema del cáncer de pulmón tiene, como lo busca la Sociedad de Cirugía, una aplicación práctica, parece absolutamente fundamental que el problema se trate en el ambiente especializado en que se desenvuelve, pero que además esta reunión tienda a despertar ese sentido de responsabilidad que tiene que tener mucho más que el médico especializado, el que no lo es, y que es el que atiende a la mayor parte de estos enfermos. Porque en nuestra experiencia y en la de todo el mundo, una buena parte de los fracasos se deben a la biología del tumor imposible de determinar. Yo tengo algún enfermo que se ha operado a los veinte días de consultar, y ya era inextirpable. En ese sentido no tenemos ninguna responsabilidad. Pero todos hemos visto infinidad de enfermos donde los diagnósticos han sido tardíos, y le ofrecemos al cirujano un material donde las técnicas quirúrgicas son enormemente mutilantes, y que pueden pretender ser sólo escasamente paliativas. Entonces, no cumplimos con nuestra función médica.

Por eso creemos que este tema tiene que despertar en todos ese sentido de responsabilidad, que mejore las estadísticas.

Dr. KASDORF.—Por el Dr. Armand Ugón y por el Dr. Mainetti, ha sido mencionado el problema del cáncer del vértice del pulmón.

Quiero simplemente decir que también la roentgenoterapia y, especialmente la radioterapia de supervoltaje, puede ser eficaz en esta situación. No todos estos enfermos están en condiciones de ser operados. La respuesta, en general, es un poco irregular; pero por lo habitual, al cabo de la primera o segunda semana, cede en gran parte el dolor del hombro o del brazo, siendo más resistente el dolor torácico.

Hemos tratado un total de seis enfermos, con cáncer de vértice de pulmón, de los cuales en cuatro el dolor regresó en gran parte; y en un caso, inclusive, completamente. Para demostrar la eficacia que la roentgenoterapia o la radioterapia, fundamentalmente a supervoltaje, en nuestro caso de cobaltoterapia puede tener, quiero mostrar un caso.

(Proyección.) Se puede ver perfectamente a izquierda que la segunda costilla en su arco posterior, está completamente desaparecida, y cómo luego de la lisis del tumor, reaparece la costilla, es decir, produciendo una recalcificación. Esto demuestra que las radiaciones han sido eficaces.

La falta de tiempo no me permitió hablar sobre el problema de la quimioterapia antitumoral en los cánceres operables. Nosotros —y contesto la pregunta formulada por el Dr. Pahlker— personalmente no tenemos ninguna experiencia, pero sabemos que en muchos países, particularmente en Estados Unidos, en Europa, es un ensayo el que se está realizando. Pero puedo afirmar que en Estados Unidos, donde hay un programa cooperativo muy importante para estudiar el efecto que la asociación de sustancias químicas tiene en los cánceres que se operan, cánceres a diversas localizaciones, el Dr. Curreri, hace poco, so-

bre 1,066 cánceres de pulmón que habían sido operados en diversos hospitales, y a los cuales al mismo tiempo se le inyectó una sustancia, una droga tumoral —en el caso se trataba de gas de mostaza—, el porcentaje de supervivencia era exactamente igual, con el agravante de que con las dosis habituales que habían utilizado, que se repartían durante la operación y los tres primeros días después de la operación, la morbilidad era mayor. A tal punto que tuvieron que reducir la dosis.

No conocemos, por el momento, ningún trabajo en el cual se haya hecho una asociación de radioterapia y sustancias antitumorales al mismo tiempo, aunque últimamente parece que tiene cierta acción el fluor urasil.

Para finalizar, quisiera como radioterapeuta, dar mi punto de vista acerca del valor curativo que tienen las radiaciones, el papel de las radiaciones como agente curativo en el cáncer de pulmón, particularmente en su asociación con la cirugía. El Dr. Tomalino, en forma sumamente clara, nos demostró el panorama desolador que realmente representa el cáncer de pulmón en 1962. Sobre 600 enfermos vistos, solamente sobrevive un 4,5 %. Nosotros, con los medios terapéuticos actuales, la cirugía, radiaciones, sustancias químicas, logramos curar aquellos enfermos que tienen un potencial evolutivo favorable, y esto puede corresponder a veces a una lesión pequeña, a veces, inclusive, a una lesión localmente bastante extensa, y en forma excepcional, como lo ha hecho notar la Dra. Mendikaharsu, inclusive casos con metástasis cerebrales. Nuestros medios son absolutamente insuficientes en los cánceres que tienen un potencial evolutivo maligno, y que desgraciadamente son la gran mayoría.

Por otra parte, nos es absolutamente imposible conocer frente a cada caso, el potencial evolutivo del tumor. Quizá la única manera de poder hacerlo, sería ver en el tiempo cómo el tumor evoluciona, pero eso naturalmente no se puede hacer, ya que realizado el diagnóstico, uno tiene que ir de inmediato a hacer una terapéutica.

Creo que a esos pocos casos que tienen un potencial evolutivo lento, y por tanto favorable, y que no se puede conocer de antemano, nosotros debemos ofrecer el máximo de posibilidades. Y en ese sentido creo que si estamos en presencia de un cáncer localizado, pero que en momentos en que se hace el diagnóstico es inoperable, debe ser irradiado. Y la cifra demostrada por el Dr. Caubarrère, que refleja la experiencia del Dr. Leborgne, señala que un porcentaje no despreciable de enfermos puede hacerse operable. En la estadística del Dr. Leborgne, es un 40 %: 30 sobre 76 enfermos inoperables. Y, hecho importante, la evolución de esos enfermos que han sido resecaados, fue en el tiempo semejante a los resecaados de los enfermos que primitivamente eran operables.

En cuanto a los tumores inicialmente operables, también creemos que las radiaciones están indicadas como primer medida terapéutica, dado que por un lado está demostrado, en base sobre todo a la experiencia del Dr. Leborgne, que si se toman las precauciones debidas, las complicaciones no son mayores que en un enfermo no irradiado. Creemos que están indicadas, porque tienen una acción mucho más efectiva sobre los ganglios, que la que puede tener la cirugía, y es muy posible que el porcentaje o grado de resecaabilidad sea mayor.

Dra. ACEVEDO DE MENDILAHARSU.—Yo quiero apoyar la sugerencia del Dr. Victoria, sobre la conveniencia de hacer un examen neurológico y electroencefalográfico, quizá de rutina, en los enfermos que van a ser operados de un neoplasma de pulmón. En efecto, Roger y Gasteau estudiaron 24 casos de neoplasma broncopulmonares que iban a ser sometidos a cirugía, con electroencefalografía, y en 12 casos encontraron alteraciones que indicaban la presencia de metástasis cerebrales, que eran completamente latentes. De modo que me parece muy útil hacer un examen electroencefalográfico, completamente inocuo, y que puede, por otro lado, contraindicar la operación del neoplasma primitivo.

Dr. URIOSTE.—Voy a aprovechar el cierre de la discusión, para destacar algunos puntos de los expuestos por aquellos que intervinieron en la discusión.

De la comunicación del Dr. Tomalino me voy a referir a dos cosas que son muy importantes. Una, es la estadística a la que se refirió el Dr. Kasdorf. Ustedes habrán visto que al comienzo de mi exposición, di algunas cifras estadísticas mundiales, como telón de fondo, para ver no sólo aquí, sino en otros lugares, en que uno podría pensar que las cosas suceden mejor, cómo apenas el neoplasma de pulmón y cuánto es nuestra debilidad para su tratamiento.

En uno de los dispositivos del Dr. Tomalino, se muestra un enfermo con sobrevida de doce años, que luego plantea una recidiva del muñón. Recidiva o nuevo neoplasma. Estoy de acuerdo con él en que debe ser un nuevo neoplasma. En la literatura comienzan a aparecer actualmente las publicaciones con neoplasma sinérgico o dobles neoplasmas, que son verdaderos nuevos neoplasmas, después de haber sido resecaado un neoplasma de pulmón. En el "Journal of Thoracic Surgery", hay dos trabajos aparecidos en 1961; uno de ellos, en un neumonectomizado, a los 9 años de la resección aparece el nuevo tumor.

Es interesante, y en esto también cabe subrayar el valor de cuándo está indicada la lobectomía y cuándo se debe hacer, que uno de los fundamentos de la lobectomía es no agravar el porvenir patológico de esos enfermos. En una de esas publicaciones se ha resecaado el nuevo tumor, en una neumonectomía, tratando de hacer una resección segmental; en el que ha sufrido una lobectomía, haciendo una nueva lobectomía.

El Dr. Martínez reafirma conceptos de la posición de la escuela argentina. Al Dr. Brea, al Dr. Santos, al Dr. Martínez, los hemos seguido a través de muchos años en sus publicaciones. Justamente, nos debimos haber referido, subrayándolas, en algunas de las cosas que dijimos, sobre todo en relación con la última publicación de ellos del Congreso Argentino de Cirugía de 1960. En el fondo nosotros no estamos en desacuerdo; yo diría que en el punto en que se estaría en algo en desacuerdo, es en cuanto a la nomenclatura que usamos para definir la resección. Esto siempre ha estado en discusión en los Congresos. Recuerdo que por el año 1950, en un mitin de la Asociación de Cirugía Torácica de los Estados Unidos, esto se discutió con Allyson y otros; es decir, en cuanto al alcance de los verdaderos términos.

Creo, y en esto me acerco más a Cahen, que es más preciso, más útil, inclusive para saber qué se está haciendo, la nomenclatura que yo di en el relato.

En cuanto a neumoneotomías ensanchadas y neumoneotomías simples, dije hoy una frase de Brock, que me pareció muy ilustrativa. Pero voy a recordar otro argumento más, que es el de Collier. En el trabajo de Collier, uno de los más importantes de la bibliografía, en 1957 insiste en que no hacen neumoneotomías radicales. Pero cuando estudian cómo grava el porvenir de los enfermos la comprobación de las adenopatías, se preguntan si el trabajo de ellos no es la mejor indicación para hacer neumoneotomías radicales.

Yo debo agradecerle muy especialmente al Prof. Armand Ugón, no sólo su aporte, sino el aporte de los que integran el Instituto de Cirugía Torácica. Parecen muy importantes algunos de los puntos tratados por el Dr. Armand Ugón.

En cuanto a los síntomas, diré que sobre el síndrome de reumatismo leí hace unos catorce años en los Boletines de la Academia Argentina de Cirugía, un trabajo de Belleville sobre esto; síndrome que se ve no solamente en tumores malignos intratorácicos, sino también en síndromes benignos. Y he podido también comprobar a través del tiempo, la importancia que tiene desde el punto de vista clínico, para pensar en un neoplasma de pulmón de inmediato.

Ollier dice que hay que conocer toda la patología, y que conociendo toda la patología se conoce el neoplasma de pulmón. Es decir, que las formas de presentarse en la clínica el neoplasma de pulmón es tan múltiple, que —empleando un término que se utilizaba aquí— puede tener máscaras de distintos síndromes. Yo he visto dos casos con sintomatología digestiva, como primera manifestación: aparecer con la sintomatología de un ulceroso del duodeno. Uno de ellos, un enfermo que vimos con el Dr. Pintos Fuentes, e inmediatamente después leí en la literatura esa misma comprobación. Posteriormente vi otro enfermo en iguales condiciones. Se trata de enfermos que se presentan sin ningún síntoma respiratorio, sino como un duodenal. Y en el curso del estudio en los meses que siguen, aparece la sintomatología que lleva al diagnóstico de neoplasma de pulmón. Se opera el enfermo, y esa sintomatología de ulceroso desaparece por completo.

En cuanto a las adenopatías supraclaviculares, tenemos en la práctica el mismo concepto que el Prof. Armand Ugón. No puedo extenderme, por lo breve del tiempo de que dispongo, pero hay una serie de comprobaciones interesantes, sobre todo en el trabajo de Noll, sobre el valor de las adenopatías. Y quiero destacar esto: cuando hacemos una biopsia supraclavicular, tienen valor, sobre todo, las derechas, por el tipo de derivación linfática. Las biopsias hechas a derecha son siempre positivas, no sucediendo en la misma forma a izquierda. Las lesiones neoplásicas izquierdas, muchas veces donde está la lesión es realmente a derecha. Por tanto, cuando uno sospecha en el pulmón derecho o izquierdo, la posibilidad de metástasis supraclaviculares, hay que hacer la biopsia de Daniel, en primer lugar en la fosa supraclavicular derecha.

Me parece que es en la discusión del trabajo de Overholt y Bougas que un cirujano se refiere a este problema, y dice que si no hay contraindicaciones, él hace un vaciamiento de la fosa supraclavicular y al mismo tiempo la

neumonectomía radical para ofrecerle al enfermo las máximas garantías. Y Overholt le contesta diciendo que él tiene algún caso en el cual ha seguido también la misma conducta.

En cuanto a lo referido tanto por el Prof. Mainetti como el Prof. Armand Ugón, de los neoplasmas de vértice de pulmón, debo decir que por la tiranía del tiempo no pude dedicarme en forma más extensa a este tema tan interesante y que está relacionado con la literatura nacional.

Participo de los mismos conceptos que han vertido tanto el Profesor Armand Ugón, como el Prof. Mainetti. En la literatura hay algún trabajo de importancia relacionado con el tema. Me voy a referir al trabajo de Chadiac, en el cual señala que hace la extirpación y radioterapia después. También en el trabajo de Paulson y Shaw, se señala que extirpan la lesión después de haber realizado radioterapia en forma previa. Muestran estos autores una estadística —no recuerdo las cifras, pero es la más importante de las que he tenido a la vista— que demuestra la mejor sobrevida en relación con todo lo que se haya publicado.

Estoy totalmente de acuerdo en la importancia que tiene este síndrome, como lo destacara el Prof. Mainetti. Estoy de acuerdo en que en la parte dolorosa uno tiene que agotar los medios para combatir el dolor. Y hace unos días consultaba con un neurocirujano en uno de los Servicios en que actúo, sobre una indicación de radieotomía, justamente en uno de estos enfermos que ha pasado los límites de la operabilidad. Yo no tengo ningún enfermo resecaado, porque los enfermos que hemos tenido oportunidad de ver, que son seis, ya estaban en estado tan avanzado de la enfermedad, que era imposible intentar un tratamiento quirúrgico serio, como ocurre tantas veces.

Estoy también totalmente de acuerdo con lo expuesto por el Prof. Mainetti, y con el aporte que ha hecho en cuanto a la quimioterapia y radioterapia. Este es un punto que tanto nos interesa, que estamos viendo desde hace un tiempo que los radioterapeutas, en conjunto, todos estos enfermos, y especialmente con el Dr. Kasford, tenemos en el Hospital Militar un día de consulta, donde vemos todos los enfermos cancerológicos, para hacer una buena asociación del tratamiento radioterapéutico y quimioterápico. Al confiársenos el relato, tuvimos la inquietud de que uno de los correlatores tenía que tratar este punto tan importante.

En cuanto a lo manifestado por el Dr. Victorica, estoy totalmente de acuerdo, tanto en cuanto a sus conceptos sobre la toracotomía exploradora, como en relación con la parte venosa, las indicaciones de la lobectomía, la función respiratoria.

En relación con lo expuesto por el Dr. Rubio, habrá visto el Dr. Rubio que por dos veces yo me referí a la traqueotomía: cuando me referí a la traqueotomía como medida previa, como medida preventiva de las complicaciones en la cirugía plástica bronquial del cáncer de pulmón, y cuando debíamos actuar en el curso del tratamiento de las complicaciones pulmonares. Creo que es un tema sumamente importante, y me felicito que el Dr. Rubio haya presentado esas observaciones, con las que estoy realmente de acuerdo. Es proba-

ble que nos disgustemos por no haber hecho una traqueotomía a su debido tiempo. Pero debe conocerse el problema y hacerse tempranamente, con lo que sin duda, salvaremos vidas.

Al Dr. Pahlker le contestó el Dr. Kasdorf en relación con las células en sangre.

En cuanto a lo manifestado por el Dr. Sanjinés, estoy totalmente de acuerdo, así como también el Dr. Victorica, en que cuando uno va a hacer una toracotomía es porque cree que el enfermo es reseable, y que hay que hacerla con ganas. Para hacerla con ganas el cirujano tiene que tener un amplio conocimiento de la patología y de la anatomía quirúrgica y, por tanto, debe conocer dentro del tórax todos los medios donde poder actuar. Estoy de acuerdo con un viejo concepto, que me parece que es del Dr. Brea, planteado en un trabajo anterior, que vale más en lo posible hacer una resección, aunque sea paliativa, que hay que tratar de hacerla, aunque se deje algo o mucho del neoplasma en el tórax, porque el porvenir del postoperatorio inmediato del enfermo y el confort en las complicaciones pulmonares que tendrá, será mucho mejor.

En cuanto a las complicaciones cardíacas del tipo de las arritmias, las enunciamos en las complicaciones porque las consideramos importantes. Es frecuente, sobre todo, el tipo de la arritmia extrasistólica y de la arritmia completa en el postoperatorio de la cirugía de tórax, en general, en enfermos de más de 50 años. Pero, también se ve en otro tipo de cirugía y de gran cirugía, por ejemplo, en la abdominal. Y estoy de acuerdo con lo que respondió el Dr. Pintos Fuentes sobre las modificaciones abdominales, que muchas veces generan este cuadro.

Nosotros, por lo general, estamos atentos, y aun antes de consultar con el clínico ya damos los digitálicos, que rápidamente modifican el cuadro de estas arritmias; y más cuando, como ocurre, el enfermo está con un buen estado general, y ellas aparecen, en veinticuatro horas se puede corregir.

No tengo experiencia con los corticoides para prevenir el pulmón húmedo. En la asociación de citotóxicos con la cirugía de pulmón, creo que es una de las cosas de porvenir. Y este es un punto que nos ha preocupado en estos últimos tiempos.

Yo agradezco especialmente la intervención de los correlatores, de los contribuyentes al tema y de aquellos colegas que han intervenido en la discusión; a los cirujanos argentinos, a los maestros argentinos que han estado con nosotros, podemos decirles que ya conocen el afecto, la gratitud y el entusiasmo que nos provoca siempre, estar en contacto con ellos.