

## CANCER DE PULMON (\*)

Dres. Oscar Cames, Alfredo Cesanelli y Juan José Boretti

Comentamos la experiencia obtenida en el tratamiento quirúrgico del cáncer de pulmón, en base a los enfermos atendidos en la ciudad de Rosario por dos equipos especializados que actúan en forma independiente.

En términos generales, existe coincidencia en la conducta seguida para el diagnóstico y terapéutica, razón que a nuestro juicio, justifica esta presentación en común.

Entendemos que, en el momento actual, el tratamiento del cáncer broncopulmonar es fundamentalmente quirúrgico.

Hemos logrado reunir 950 observaciones de cáncer pulmonar de las cuales han sido consideradas operables sólo 249. En estos pacientes, se efectuaron 145 resecciones y en los 104 restantes, el acto operatorio permitió establecer que la extensión de las lesiones hacía imposible la exéresis (Cuadro I).

### CUADRO Nº 1

Casos observados:	950
Casos operados:	249
Toracotomías exploradoras:	104
Resecciones: 145	{ Neumectomías: 118
	{ Lobectomías: 27
Indice de resecabilidad:	58,2 %

Salta a la vista que nuestra experiencia es coincidente con la de otros cirujanos, en el sentido de que los enfermos portado-

---

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la reunion conjunta con las Sociedades Argentinas de Buenos Aires y Rosario, el día 22 de agosto de 1956.

res de cánceres del pulmón siguen llegando a los centros quirúrgicos en circunstancias que hacen inoperables a la gran mayoría de ellos. Estamos conscientes que los porcentajes de inoperabilidad revelados en las estadísticas quirúrgicas no expresan la realidad del problema, ya que un buen número de enfermos no concurren a los servicios de cirugía, puesto que la inoperabilidad ha sido establecida de antemano por el clínico tratante.

En el estudio de nuestros pacientes, aparte del examen clínico habitual, hemos utilizado la radiología, la endoscopia y los recursos de laboratorio (biopsias, citología del esputo y de las secreciones obtenidas por el lavado bronquial y broncoaspiración).

El estudio citológico de las secreciones o del lavado bronquial, cuando es efectuado por un anatómo patólogo con experiencia en esta disciplina constituye un elemento de gran utilidad diagnóstica. Así y todo en algunos casos, un resultado falso positivo puede inducir a error.

En nuestra experiencia 6 casos fueron operados con diagnóstico erróneo de cáncer por el estudio citológico, correspondiendo 5 a neumonitis crónica y 1 a un hamartoma. En ellos se realizaron 4 neumectomías que evidentemente constituyen un exceso por la exéresis y dos lobectomías.

Desechamos la broncografía porque juzgamos que no es de real ayuda para el diagnóstico. En cuanto a la angioneumografía nuestra escasa experiencia no nos autoriza a emitir un juicio sobre su valor.

En un porcentaje aproximado al 70 % de los casos, hemos podido efectuar un diagnóstico preoperatorio de certeza. En el 30 % restante los pacientes fueron toracomizados con la sospecha de ser portadores de una neoplasia pulmonar.

En este sentido consideramos que la toracotomía exploradora es un método de diagnóstico que debe ser utilizado sin demoras injustificadas, sobre todo en los casos de tumores periféricos, en los cuales frecuentemente la endoscopia resulta negativa y donde el estudio de las secreciones no siempre aclara las dudas.

A pesar de que en ocasiones el cáncer de pulmón, por circunstancias varias puede evolucionar de modo tal que cuando se hace presente el primer síntoma ya el paciente está fuera de las posibilidades que ofrece la cirugía, esto no debe hacernos desmayar en la lucha para difundir los conceptos clínicos y los re-

cursos técnicos y de laboratorio tendientes a establecer un diagnóstico temprano. No olvidemos que, la operabilidad es función en gran parte del grado de desarrollo del tumor, en relación primordial con el tiempo de evolución y su forma anátomo-clínica.

Siendo por ahora imposible actuar sobre este último factor, será siempre poco lo que se insista para lograr que los enfermos lleguen a la operación oportunamente. En nuestra experiencia y considerando sólo las formas sintomáticas, el tiempo transcurrido entre el primer síntoma y la operación alcanzó a los 120 días. El tipo de resección empleado ha sido la neumectomía en 118 observaciones y la lobectomía en 27.

En los pacientes de cánceres de pulmón, con buen estado general y reservas cardio-respiratorias adecuadas, consideramos que la neumectomía debe ser la operación de elección y así procedemos.

Las lobectomías han sido indicadas con el siguiente criterio:

1º **Lobectomías curativas:** Empleadas en lesiones nodulares pequeñas, periféricas y con hilio lobar indemne. En estas circunstancias puede considerarse a la lobectomía tan radical como la neumectomía, con las ventajas de un menor riesgo operatorio y mejor resultado funcional.

2º **Lobectomías justificadas por razones de:** a) *orden funcional respiratorio*, en pacientes con insuficiencia respiratoria ya sea por enfisema, lesiones bronquiales crónicas, antecedentes de neumotórax espontáneos, o lesiones pleurales controlaterales.

b) *De orden general*, en enfermos cardiovasculares graves, por ejemplo en hipertensos, con antecedentes de accidentes cerebrales, o de insuficiencia cardíaca.

3º **Lobectomías paliativas:** En estos casos el cirujano al resecar, sólo pretende mejorar algunos síntomas molestos para el paciente, como nos ha sucedido en neoplasmas abscedados, causantes de hemorragias graves, o con intensos dolores por propagación a la pared. Con criterio paliativo se han intervenido seis tumores de Pancoast, dos de los cuales fueron considerados inextirpables; efectuando en los cuatro restantes la resección pulmonar, ampliada con la extirpación de las primeras costillas, con liberación y resección o no de las raíces inferiores del plexo bra-

quial. De los cuatro resecaos, tres murieron en el post - operatorio inmediato y el restante falleció a los 3 meses con metástasis cerebrales y sin dolor braquial.

Tenemos la impresión que, no obstante ser posible obtener alguna mejoría sintomatológica transitoria, la cirugía paliativa en el cáncer de pulmón, sólo está reservada a casos muy particulares, pues sus resultados son poco alentadores.

Los problemas a que nos hemos visto abocados durante la operación, con respecto a la conducta a seguir, han estado vinculados fundamentalmente a la falta de una certeza diagnóstica pre - operatoria. La neumonitis crónica, es la afección que en este sentido más nos ha preocupado por cuanto su cuadro clínico radiológico y macroscópico en el acto operatorio es el que más simula al cáncer. En nuestra casuística hemos operado como cánceres, 10 neumonitis.

En el curso de la operación son de utilidad para establecer un diagnóstico diferencial:

1º La experiencia del cirujano, quien, por el examen macroscópico puede determinar con cierto margen de error la verdadera naturaleza del proceso.

2º El estudio histológico, que en nuestros casos se ha cumplido mediante la lobectomía biopsia o el estudio extemporáneo de algún ganglio hiliar y sólo una vez por la extirpación de un trozo de tumor obtenido por neumotomía.

En segundo lugar, llamamos la atención, sobre algunas formas de tuberculosis que pueden simular al cáncer, sin olvidar que estas dos afecciones pueden encontrarse asociadas. En dos oportunidades hemos resecado lesiones tuberculosas intervenidas con diagnósticos erróneos.

Por último, otros tumores del pulmón de mucha menor frecuencia fueron resecaos pensando que se trataba de cánceres.

Estas consideraciones nos llevan a significar una vez más, la necesidad de que el cirujano disponga, durante el acto operatorio, de un anatómo - patólogo capaz de resolver a través de una biopsia extemporánea, cualquier situación de duda.

Los recursos quirúrgicos actuales y el progreso de la técnica, permiten practicar resecciones ampliadas en aquellos casos donde la lesión ha desbordado los límites del pulmón, invadiendo la pared, el diafragma o progresando hacia el mediastino.

En nuestros operados, además de los casos ya comentados de lobectomías con resección de un plastrón costal, figuran otras cinco neumectomías ampliadas del mismo modo, de las cuales sólo viven 2 enfermos a los 3 y a los 8 meses de operados.

No practicamos la disección y ligadura intrapericárdica de rutina asociado al vaciamiento célulo-ganglionar del mediastino como aconsejan algunos autores, Brock entre ellos, sino que hemos utilizado esta maniobra en casos de tumores hiliares o con adenopatías metastásicas que congelando el hilio, imposibilitan la individualización satisfactoria de los elementos del pedículo.

En una oportunidad debimos emplear este recurso para poder controlar una hemorragia por ruptura de la arteria pulmonar derecha, ocurrida en el curso de su liberación. En tres casos se efectuó una pericardiectomía parcial por invasión neoplásica.

En dos pacientes fue necesario extirpar una porción de aurícula con sutura de la brecha, y en un caso se hizo la resección lateral de un segmento de la vena cava superior.

## RESULTADOS

De los 118 pacientes a quienes se practicó una neumectomía hemos tenido 25 muertes (21 %). Las causas de algunas de ellas han sido imposibles de prever, tales como el infarto de miocardio y accidentes cerebrales. Otras han sido ocasionadas por factores que tal vez una mejor indicación operatoria pudo evitar, como los casos de insuficiencia respiratoria acaecidos después de la intervención.

Las muertes anestésicas por paro cardíaco hoy en día han visto, por fortuna, reducir su incidencia, en razón de los progresos técnicos y también a un mejor conocimiento del manejo de estos pacientes.

Cuando esta cirugía comenzó a realizarse, la fístula bronquial fue sin duda, uno de los factores causantes de un mayor número de muertes vinculadas a la operación. Así nos aconteció a nosotros cuando iniciamos nuestra experiencia. Felizmente este factor cuenta hoy poco, puesto que se conocen perfectamente bien algunos recursos tendientes a disminuir su frecuencia, tales como el traumatismo mínimo del bronquio, sección próxima a la carina de modo que el muñón quede perfectamente sepultado en el me-

diastino y la utilización de un material de sutura adecuado. Además es siempre conveniente recubrir al muñón bronquial con tejidos de vecindad, colgajos pleurales, tejido celular mediastinal o utilizando órganos vecinos de modo de favorecer aún más la evolución del proceso cicatricial.

En el cuadro siguiente se resume la evolución alejada de los 93 casos de sobrevidas en neumectomizados:

CUADRO 2

Sobrevidas de las 118 neumectomías: 93 casos.

Fallecidos: 69 casos	De 0 - 6 meses:	27		
	De 6 meses - 1 año:	20		
	De 1 - 2 años:	13		
	Más de 2 años	6		
	Se ignora	3		
Viven: 24 casos	}	De 0 - 1 año:	5	
		De 1 - 2 años:	4	
		De 2 - 3 años:	2	
		De 3 - 4 años:	4	
		De 4 - 5 años:	2	
		Más de 5 años:	7	(De estos uno lleva 10 años 9 meses; uno 10 años, 2 meses; y 2 han pasado los 7 años).

Los pacientes tratados por lobectomías suman 27, de los cuales 11 han fallecido por causas relacionadas al acto operatorio. (Cuadro 3).

CUADRO 3

Lobectomías:	27 casos
Muertes operatorias:	11 casos (40 %)
Lobectomías paliativas:	11 casos con 6 muertes operatorias.
Lobectomías por razones de orden funcional y general:	10 casos, con 4 muertes
Lobectomías curativas:	6 casos, con 1 muerte

Las 16 sobrevidas de las 27 lobectomías se resumen en el siguiente cuadro:

CUADRO 4

Sobrevidas de las 27 lobectomías. 16 casos.

Fallecidos: 10	}	De 0 - 6 meses:	1	
		De 6 meses - 1 año:	6	
		De 1 - 2 años:	2	
		Más de 2 años:	1	
Viven: 6	}	De 0 - 6 meses:	3	
		De 1 - 2 años:	1	
		Más de 2 años:	2	(Llevan 3 años de operados, habiéndose realizado en un caso una lobectomía paliativa y en el restante una lobectomía curativa).

Del análisis de nuestra estadística surge en forma indudable que es posible, mediante la cirugía, lograr sobrevidas prolongadas en un porcentaje apreciable. El 17 % de nuestros enfermos con cáncer de pulmón operados hasta agosto de 1951, viven en la actualidad libres de síntomas, de recidivas o metástasis.

Si bien los resultados obtenidos satisfacen sin duda y reconfortan a proseguir nuestra lucha como cirujanos en beneficio de estos enfermos, ambicionamos con criterio más amplio, que los progresos médicos en el terreno de la biología, permitan lograr éxitos mejores, mediante recursos no mutilantes. Hasta que llegue ese momento tan esperado, luchemos sin embargo con la convicción de que una mejor coordinación entre clínicos, radiólogos, broncoscopistas, anatómopatólogos y cirujanos, con un sentido de trabajo en equipo, logrará mejorar los resultados actuales. Una gran labor en ese sentido le cabe también a la Medicina Social que ha de disponer de los elementos necesarios para cumplir satisfactoriamente un control sanitario periódico de colectividades.

**Dr. Cames.** — Señor Presidente, señoras, señores, ustedes me van a permitir de que me aparte un poco de las normas establecidas y no entre de inmediato a tratar el tema del cáncer del pulmón. Lo hago porque creo que en una reunión como ésta, donde veo muchos jóvenes, es conveniente siempre recordar aquellos cirujanos que, más que cirujanos, fueron auténticos maestros que permitieron que la cirugía uruguaya llegara a ser este exponente que todos nosotros apreciamos por la seriedad de su trabajo, por a ponderación de sus juicios, y es por esto que yo me voy a permitir a los colegas uruguayos solicitarles que nos pongamos de pie en homenaje al maestro Mérola, al Profesor Lamas, al Profesor Navarro y al Profesor García Lagos.

Bueno, con los doctores Cesanelli y Boretti vamos a comentar nosotros en esta breve comunicación la experiencia obtenida en el tratamiento quirúrgico del cáncer del pulmón en base a los enfermos atendidos en la ciudad de Rosario por dos equipos especializados que actúan en forma independiente.

**Dr. Armand Ugón.** — Debemos agradecer, en primer término, a los comunicantes Dres. Brea, Cames, Cesanelli y Boretti y al Dr. Leborgne las documentadas y brillantes exposiciones sobre diagnóstico, tratamiento quirúrgico y tratamiento radioterápico del cáncer del pulmón, porque nos han aportado la invalorable experiencia que han adquirido con noble esfuerzo, en el estudio de esta grave enfermedad.

Para iniciar diremos, concordando con los dos primeros comunicantes, que el cáncer del pulmón hoy día se cura sólo con la cirugía. Mostramos este caso que es el primer caso que tenemos curado, que lleva diez años de evolución. Es un enfermo, maquinista del Ferrocarril que consulta por espantos hemotoicos en 1946. Se le practica una neumonectomía — la histología confirma el diagnóstico y en 1956 trabaja en su oficio. Para ser curable por la cirugía, el diagnóstico debe ser hecho precozmente, siendo preferible en la etapa presintomática; con el descubrimiento roentgenográfico del estudio de las colectividades. El promedio de vida del portador de un cáncer del pulmón es de 12 meses, de los cuales tres y medio son latentes, cinco meses sintomáticos, un mes está perdido por los médicos en el estudio del enfermo, de manera que en la realidad de los hechos, el enfermo es operado a los nueve meses de iniciada su enfermedad. Ese es el promedio que tenemos nosotros.

Sobre los enfermos tabulados en el Instituto de Enfermedades del Tórax, donde trabajan dos equipos: el equipo de médicos presidido por el Dr. Pourriel y el equipo de cirujanos que nosotros dirigimos, se han estudiado 369 enfermos, entre los del Instituto y la clientela privada nuestra. Todos estos enfermos han sido controlados histológicamente, la mitad llegaron después del quinto mes sintomático.

Se pasan estadísticas en proyección.

Diremos que lamentablemente el descubrimiento abreugráfico no es seguido inmediatamente de la sanción quirúrgica correspondiente así sobre diez enfermos latentes descubiertos por el examen de masas sólo cinco son

operados después de un mes, otros cinco son operados aunque parezca increíble, después del octavo mes. Sin querer decir una paradoja, hemos comprobado que la precocidad del envío del enfermo al cirujano está a veces, en razón inversa de la preparación del médico; cuando el médico tratante es erudito, se pierden meses de exámenes inoperantes para llegar a una conclusión práctica.

En el período de diez años que es el plazo que hemos tomado de lo que observamos en la Cruzada Antituberculosa que hemos practicado más de medio millón de abreugrafías en personas de 40 a 60 años, sólo se han diagnosticado diez enfermos con cáncer de pulmón. En ese mismo período hemos asistido 369 enfermos con cáncer de pulmón. Esto quiere decir que es necesario una policía de contralor más severa radiográficamente y que éstas deben repartirse en una etapa, de seis meses, para pesquisar en un momento útil el cáncer del pulmón. No nos detendremos en el estudio del diagnóstico precoz pero queremos poner el acento sobre la necesidad de las lobectomías biópsicas en todos los casos dudosos. Lobectomías biópsicas es la manera más segura de practicar el diagnóstico y tal vez de menos morbilidad que la extirpación cruenta, insegura de un fragmento pulmonar. Extirpación que muchas veces se practica en la zona de neumonía atelectásica. Por otra parte la lobectomía biópsica es también una terapéutica radical para la casi totalidad de las afecciones que pueden confundirse con el cáncer y para éste cuando es incipiente.

Se pasan proyecciones.

Son enfermos seleccionados porque son enfermos de clientela privada que tienen standard de vida más elevado y llegan en mejores condiciones. Esto último da sobre treinta enfermos operados hace más de cinco años, siete enfermos que sobreviven, es decir que admitiendo que a los cinco años se puede considerar curado al cáncer del pulmón, la cirugía proporciona 26 % de curaciones definitivas. Hay que ser más optimista. Nosotros nacimos en el filo del siglo, con la filosofía de Spencer que era de optimismo y gracias a la abreugrafía se ha superado la etapa del aprendizaje del diagnóstico útil del cáncer del pulmón, habiendo llegado a progresos en la anestesia y perfección de la técnica, se pueden obtener para el futuro resultados muy superiores al 16 % de curaciones definitivas para el cáncer del pulmón.

**Dr. Suiffet.** — La Sociedad de Cirugía del Uruguay se complace en agradecer a todos los presentes la colaboración prestada a esta magnífica sesión científica y especialmente a los colegas argentinos les agradece su presencia en el seno de nuestra Sociedad y la extraordinaria demostración de capacitación que nos han hecho y que mucho recordaremos.