

INDICACIONES QUIRURGICAS

Dr. A. CARALPS MASÓ

EL promedio de tiempo de supervivencia de los enfermos de cáncer de pulmón no operados es de cinco meses; el de los irradiados de 14, y el de los operados, aunque varía con los distintos países y autores, se incrementa en el transcurso de los años al establecer la única medida profiláctica del creciente número de muertes por cáncer pulmonar al año, que ocupa el número uno de los cánceres del hombre. En los Estados Unidos alcanza la cifra de 30.000 que amenaza convertirse en cien mil transcurridos diez años, y en Inglaterra se incrementa con quinientos mil casos nuevos anualmente.

El único procedimiento es el descubrimiento oportuno del mal. Del repaso en la literatura de 20 mil casos de cáncer de pulmón, se deduce lo siguiente: la única terapéutica que ofrece resultados relativamente buenos es la quirúrgica. La toracotomía exploradora simple no es peligrosa; los enfermos sometidos a la misma viven más que aquellos a los que únicamente puede hacerse tratamiento sintomático por la razón de que se les ha considerado menos inoperables. Ahora bien, deben hacerse pocas, cuantas menos, mejor; a la

larga son un descrédito, aunque son preferibles al abandono de una neoplasia curable. La cirugía radical, de exéresis, logra el 38 por 100 de supervivencias después de los cinco años, pero sólo el 18 de los que sufren invasión ganglionar las consiguen. Mejor que tratar de diagnóstico precoz, en materia de cáncer, sólo puede hablarse de diagnóstico oportuno, hecho a tiempo. Del estudio comparativo del promedio de meses transcurridos entre la aparición de los primeros síntomas y la intervención con la operabilidad, se deduce que no parece haber grandes diferencias en los operados prematura o tardíamente. Donde se encuentra y muy grande es en los enfermos cuyo cáncer fué un descubrimiento fortuito y aquellos que presentaban algún síntoma u otros signos que los puramente radiológicos. De los primeros, el 87'5 por 100 son operables, de los demás sólo el 40 por 100.

Ante el supuesto cáncer de pulmón, el cirujano tiene que resolver los siguientes problemas:

1.º *¿Se trata en realidad de un cáncer?*

No puedo ocuparme de este te-

ma por no corresponderme el de diagnóstico y porque el Dr. MANGRESA lo ha hecho ya, pero sí debo decir que, a pesar de agotados los medios clínicos para conseguirlo, el enfermo pueda llegar al cirujano sin un diagnóstico de seguridad. E insisto en mi punto de vista que ya he sostenido algunas veces, no debe extirparse un solo pulmón sin una biopsia positiva, lograda a menudo durante la toracotomía exploradora que, además de que determina la reseccabilidad, descubre la naturaleza del proceso y lo consigue siempre o por simple punción aspiradora, por biopsia de un ganglio regional, por extirpación de un segmento o por abertura de una cavidad y legrado biopsia de sus paredes y de sus bronquios de drenaje. Han sido abiertas muchas cavidades de pulmón creyendo que eran abscesos cuando en realidad, a nivel de uno de sus pequeños bronquios de drenaje existía un cáncer pequeñísimo que había determinado el establecimiento de dicha cavidad.

2.º *¿Será factible la resección?*

Se habla de resecciones paliativas y de resecciones curativas. Prescindiendo de los cánceres absceso en los que la resección alivia al enfermo de los síntomas de una supuración añadida y en los que el mote paliativo tiene un sentido, a priori, no puede aceptarse a conciencia una resección paliativa, es decir, una resección incompleta,

tras la que persistan zonas, ganglios o paredes invadidas por la neoplasia.

Muchas de las exéresis que nos han parecido curativas, no fueron en realidad más que no radicales, como lo demuestran los resultados a distancia de cinco años, que es lo que cuenta. A pesar de los progresos técnicos las exéresis son siempre limitadas.

3.º *¿Qué extensión debe darse a la resección?*

Yo entiendo que la máxima. Aunque parece que son sensiblemente iguales los resultados que se han logrado con la neumonectomías totales y con las lobectomías, no debe olvidarse que en el haber de estas últimas cuentan las neoplasias limitadas que permitieron realizarlas, y en el haber de las primeras las grandes neoplasias que precozmente saltando la barrera de la pared del bronquio se ha hecho parenquimatosas y amenazado la red linfática del mediastino. La reserva cardio-respiratoria limitada justifica tanto la exéresis parcial como las metástasis solitarias de un tumor extrapulmonar resuelto. La incapacidad, la mutilación funcional grave, hay que tener en cuenta que en la estadística cuenta tanto o más que los éxitos. Debe procurarse que la exéresis sea siempre radical. No entenderíamos la resección de una mama por cáncer sin un vaciado ganglionar completo, como tampo-

co la ablación aislada de un lóbulo de la misma invadido.

4.º *La mortalidad por exéresis.*

Hoy se ha reducido considerablemente gracias a la valoración del estado físico del paciente, al progreso de las técnicas de anestesia y quirúrgica, a la restricción en el abuso de transfusiones per y postoperatorias y a la nutrición y medicación razonadas en el postoperatorio. A pesar de todo, la mortalidad es todavía gravosa, la mayoría de enfermos son viejos y se adaptan mal a las nuevas condiciones hemodinámicas impuestas por la supresión brusca del campo respiratorio y de su lecho vascular.

Insisto de nuevo, el único tratamiento que ofrece resultados relativamente buenos del cáncer de pulmón es el quirúrgico. Su eficacia, como la de cualquier otro método terapéutico se basa en el examen crítico de resultados inmediatos y tardíos.

¿Qué enfermos deben operarse?

Creo es mejor comenzar puntualizando qué clase de enfermos de pulmón son los que no deben operarse. Mientras no se descubran los síntomas y signos que van a continuación, la operabilidad no la determina más que la toracotomía exploradora. Consideramos inoperables las metastasias a distancia o en el pulmón controlateral, la invasión avanzada del mediastino, la in-

vasión de la pleura, comprobada por biopsia, la invasión del recurrente aunque con ciertas reservas, el dolor en la espalda y en el brazo, la localización de la neoplasia a menos de un centímetro de la bifurcación de la tráquea, el mal estado general, la bronquitis crónica, el enfisema y el asma, la poca capacidad del pulmón sano y las deformidades y los trastornos en el esofagograma en los supuestos cánceres del bronquio principal izquierdo. ¿Cuáles son los porcentajes de operabilidad que nos dan los autores? Pese a que las estadísticas mantienen siempre puntos de vista subjetivos, damos las siguientes cifras. YUN, el 49 por 100; OXNER, el 35; OVERHOLT, el 22; NEUHOFF y colaboradores, el 57; BIÖRK, el 13; JOHNES, el 39; RAYMONDS, el 34; SELLORS, el 8; BURNET, el 15; GRAHAM, el 27; LINGTON, el 16; MASON, el 20; FREY, el 28, y LAMBERT, el 7 con 2. En relación con las toracotomías los porcentajes de reseabilidad son los siguientes: GROGDEL, 61; CHURCHILL, el 58; MASSON, el 56; OXNER, el 59; SELLORS, el 32, QUICKLONG, el 58; RAHAT SORENSEND, el 54 por 100.

La indicación operatoria debe hacerse equilibrando las posibilidades de curación con el riesgo y la posible incapacidad. Como todas las amputaciones la exéresis total o parcial es bárbara, pero es el único tratamiento con el cual el enfermo puede sobrevivir y con el

que se logran supervivencias iguales a las de la cirugía del cáncer de cualquier otro órgano, pero no es factible más que en la tercera parte de los enfermos que asistimos, y debe hacerse la indicación confiando en la fortuna de que el paciente y el cirujano se hayan encontrado en un momento feliz. La técnica ha progresado mucho más que los medios de diagnóstico, y mientras no ha desbordado la protección de la barrera cartilaginosa del bronquio, su cáncer es comparable al de la laringe y tan agradecido como él a la cirugía, pese a que en él la edad cuenta más que en los otros por el estado de la respiración y del circulatorio y porque la intervención significa agredirles directamente.

Los cánceres que se diagnostican con facilidad, generalmente no son operables y a menudo otros en los que la clínica, la radiología e incluso la broncoscopia les aprecian como inoperables se han podido extirpar radicalmente con buen resultado; lo cual significa que, dentro de ciertos límites, la exploración debe practicarse siempre. Así como en relación con los enfermos operados la supervivencia de más de 5 años alcanza cifras de hasta un 38 por 100; en relación con los asistidos sólo llega al 10. Esta diferencia se debe al hecho del silencio del período preclínico del cáncer bronquial, del período que a veces se ha creído era radiológico, pero que en

realidad puede no tener otra expresión que la histológica.

Mientras en el pulmón exista un proceso del que no podamos asegurar no sea un cáncer debe aconsejarse la intervención, porque lo difícil no es el tratamiento, sino el poder aplicarlo con oportunidad. De hacerlo en esta forma, los resultados son relativamente buenos. De igual modo como aumenta el número de cánceres, aumenta asimismo la operabilidad, la reseccabilidad y la supervivencia. La operabilidad la determina en cierto grado la clínica, la radiología, la broncoscopia, pero definitivamente sólo la toracotomía exploradora. En relación con la edad la mitad de su número total se observan entre los 50 y 60 años y de ellos son operables el 31 por 100. Algunos cirujanos no tienen en cuenta la edad ni el estado general para operar. Una cuarta parte después de los 60, siendo operables un 25 por 100, la otra cuarta parte antes de los 50, siendo operables solamente el 19 por 100. No se aprecia ninguna diferencia en la operabilidad de los varones y de las hembras.

En relación con la clínica, tengamos en cuenta que el progreso de la enfermedad se manifiesta por las tres fases a través de la que anatómicamente discurre, bronquial, pulmonar y mediastínica. La precocidad de la sintomatología tiene una base topográfica de un valor considerable y en rela-

ción con la capacidad sindrómica de las diferentes categorías bronquiales. La estridencia en la respuesta al estímulo de un tumor bronquial disminuye del hilio a la periferia, la expansibilidad de la neoplasia, o, mejor dicho, las facilidades para el asalto al parénquima disminuye de la periferia al centro.

El diagnóstico del cáncer pulmonar sería fácil si no lo enmascararan otros procesos debidos al mismo, o sea si lo viéramos precozmente. Todas las variedades de cáncer pulmonar se inician en la mucosa de los bronquios y, según sea la resistencia que le ofrecen los elementos de la pared de los mismos, su evolución es endobronquial, peribronquial o extrabronquial. La inspección del enfermo nos dice mucho de la operabilidad o, mejor dicho, de la inoperabilidad del proceso. El estado general, la disnea, la afonía, el estridor, la movilidad del tórax, las adenopatías, el edema cervical, el estasis venoso, las metastasis supraclaviculares y axilares, cutáneas, óseas y hepáticas, se descubren fácilmente; por la historia conocemos cuál fué el primer síntoma y la operabilidad varía ligeramente según el tiempo transcurrido entre la aparición de los primeros síntomas y la consulta. Por debajo de los seis meses son operables un 38 por 100; de 6 a 12 meses un 31, y de más de un año el 30. De todas maneras el plazo para un diagnóstico útil

es mayor de lo que parece. El diagnóstico clínico de la operabilidad del proceso se apoya en una serie de síntomas únicos o asociados. Estos son: tos, neumonías raras, catarrros frecuentes, pleuresías, dolor, hemoptisis, disnea y estridor.

La relación de los síntomas clínicos con la operabilidad es la siguiente: de entre los enfermos que presentan tos como único síntoma, son operables el 37 por 100. Cuando la tos se asocia a otros el 22. De los que sufren afecciones agudas, como catarrros, neumonías y pleuresías, son operables el 24. De los hemoptoicos, el 11; de los febriles con otros síntomas, el 19. Cuando la astenia iba asociada a otros síntomas han sido operables el 21; cuando fué el único síntoma, el 36; en los disnéicos puros, el 9 con 1, y de los disnéicos con otros síntomas, el 27. De los que presentan estridor no ha podido operarse ninguno, y de los que sufren dolor epigástrico en los cuales el tumor se localiza casi siempre en el lóbulo inferior izquierdo, ninguno asimismo.

Una prueba evidente de la dificultad que ofrece la lucha contra el cáncer por el silencio de su fase de oportunidad, se desprende del hecho de que entre 7 enfermos descubiertos por examen radiológico profiláctico, uno ya fué inoperable.

Aparte los casos avanzados, no existen grandes diferencias entre

los síntomas de los enfermos operables y los inoperables. El cirujano creo yo que sólo puede aspirar a resolver las perturbaciones que se establecen a consecuencia de una neoformación que obstruye los bronquios, lesiona los vasos, reduce el campo respiratorio y se re-

produce a distancia. No puede hacer nada absolutamente en contra de los fenómenos regresivos de la mucosa de un sistema, de la totalidad de un sistema, el bronquio, que, como la piel, se hace senil, preparándose para la elaboración neoplásica.