Tratamiento de las metástasis pulmonares

*Dr. Luis Bergalli**

PALABRAS CLAVE (MOTS CLES, KEY WORDS) MEDLARS: Lung Neoplasm. Neoplasm Metastasis.

RESUMEN

Se destaca el valor del tratamiento quirúrgico en aquellos pacientes que presentan metástasis localizadas sólo en el pulmón (20%).

Una selección adecuada de los pacientes requiere que el primitivo haya sido resecado en forma completa y que no existan metastasis en otros órganos. Se analizan los distintos factores que revisten valor pronóstico y los criterios quirúrgicos a seguir.

SUMMARY

It is emphasized the value of the surgical treatment in those patients showing metastasis localized only in the lung (20%).

A proper selection of patients requires that the primitive tumor had been completely resect and that there are no metastasis in other organs.

We analize the different factors that have prognostic value and the surgical criteria to be followed.

RESUME

On souligne la valeur du traitement chirurgical dans des patients qui présentent métastases repérées seulement dans le poumon (20%).

Une adéquate sélection des malades demande que le primitif soit réséqué complètement et la non-existence de métastases dans d'autres sièges. On fait l'analyse de facteurs divers qui revêtent une valeur pronostique et les critères chirurgicaux à suivre.

INTRODUCCION

El tratamiento quirúrgico de las neoplasias pulmonares metastásicas se refiere únicamente al de la lesión nodular única o múltiple excluyendo a toda otra patología metastásica no localizada. No consideraremos por lo tanto como afecciones quirúrgicas a la linfangitis carcinomatosa ni a la metástasis endobronquial difusa que normalmente se asocia a la linfangitis. (1)

La lógica convencional establece que la presencia de lesiones metastásicas en el pulmón traduce la extensión de un cáncer mucho más allá de su sitio de origen. En estas circunstancias la cirugía es sólo una modalidad muy parcial de tratar una enfermedad generalizada y parecería que no tiene ningún lugar en el tratamiento de una afección tan avanzada.

Sin embargo, en estadísticas de autopsias (Farrell-Takita) se ha encontrado que los pacientes fallecidos por enfermedad metastásica, al morir, en el 20% de los casos sólo la presentan confinada al pulmón. Este 20% es sobrepasado ampliamente en los cánceres que se han originado en el riñón, la mama, el testículo o la próstata. (2) (3) (4)

* Tte. Cnel. (Médico) Jefe del Departamento de Cirugía. Jefe de la Seccional de Cirugía Torácica. Hospital Central de las FF.AA.

Si aceptamos que el lecho pulmonar representa el primer lugar donde pueden alojarse las células tumorales y subsecuentemente extenderse a otros órganos, podemos especular, que eliminando tempranamente al foco pulmonar se puede alterar y aún detener la continua diseminación del cáncer. (5)

Los pacientes con metástasis pulmonares tienen ciertas características comunes. Son asintomáticos, hallados mediante un procedimiento diagnóstico no invasivo como es la placa de tórax, con conocimiento previo de una afección maligna extra pulmonar y cuyo nódulo único o múltiple radiológicamente evidente, tiene confirmación histológica. Lo más sorprendente es que comparados con pacientes considerados candidatos para operaciones por cáncer primitivo de pulmón tienen mucho mejor sobrevida.

Creo que a pesar de las objeciones teóricas que se hacen sobre la terapéutica quirúrgica en estos pacientes (enfermedad sistémica-asintomática-paliación dolorosa, etc.) la selección cuidadosa de los mismos ha contribuído a probar su eficacia. El juicio del clínico debe evitar excesos terapéuticos y fomentar toda conducta quirúrgica selectiva de acuerdo con los criterios que deseamos destacar de inmediato.

CRITERIOS PARA LA SELECCION DE LOS PACIENTES QUE SERAN SOMETIDOS A CIRUGIA

Existen dos criterios fundamentales:

a) El tumor primario debe estar adecuadamente controlado mediante un tratamiento de resección completa. Esto que parece obvio, no siempre es así y es frecuente ser llamado para resecar la metástasis de un carcinoma orofaríngeo que sólo ha sido tratado mediante radioterapia o a la metástasis de un rabdomiosarcoma de miembro al cual se le efectuó una resección mínima.

b) La o las metástasis deben estar confinadas solamente al pulmón. Para esto es imprescindible agotar por todos los estudios paraclínicos disponibles otros posibles asientos de enfermedad neoplásica.

CONCEPTOS QUE SE DEBEN TENER PRESENTES FRENTE A LA METASTASIS PULMONAR

A. Número de nódulos

El nódulo solitario de pulmón tiene un mejor pronóstico que las lesiones múltiples. Sin embargo, por ejemplo, en el fibrosarcoma no hay ninguna diferencia entre la resección de múltiples metástasis o la resección de una lesión única. Pero en el sarcoma de Ewing las lesiones múltiples contraindican la cirugía. Lo que se debe tener presente siempre es que no hay lugar a las resecciones parciales, se deben resecar todas las metástasis visibles. (1)

B. La lesión es uni o bilateral.

Los estudios realizados demuestran que la sobrevida media es similar con resecciones uni o bilaterales. (1)

C. Tipo histológico del tumor primario.

Existen tumores como el hipernefroma con especial y única apetencia por el parénquima pulmonar, y otros como el melanoma que metastatisa simultáneamente en diferentes órganos. Se puede decir que hay tumores de desfavorable tipo histológico (sarcoma de Ewing, neuroblastoma, melanoma), otros de tipo "favorable" (riñón, mama, testículo) y otros intermedios (fibrosarcomas).

D. Intervalo libre de aparición de la metástasis.

A más largo intervalo libre más favorable es el pronóstico. En resecciones pulmonares cuando el intervalo libre fue de 6 meses o menos la sobrevida fue aproximadamente de 9 meses. En los pacientes en quienes el intervalo libre entre el control del tumor primario y la aparición de la metástasis fue mayor de 12 meses, la sobrevida media fue superior a 30 meses. (1)

E. El tiempo de duplicación de la metástasis.

Es un elemento muy seguro para establecer un pronóstico y fácil de medir. Cuando el tiem-

po de duplicación es menor de 20 días la sobrevida media es de 12 meses. Con un tiempo de duplicación de 20 a 40 días la sobrevida fue de 20 meses. Con una duplicación mayor de 40 días la sobrevida es de 44 meses como promedio o sea que el 63% de los pacientes sobreviven 5 años. (1)

F. Hay una terapéutica adyuvante.

El propio pulmón es el sitio más frecuente de recidivas luego de la resección de la metástasis, tanto en el pulmón operado (48%) como en el no operado (53%) o contralateral. Estos hallazgos sugieren que en el momento de la resección quirúrgica deben existir micrometástasis, que lógicamente sólo podrán ser combatidas por quimioterapia sistémica. Los tumores con quimioterapia coadyuvante eficaz (mama) tienen mejor pronóstico. (1)

CONCEPTOS QUIRURGICOS

A. Se debe ser muy conservador con el parénquima pulmonar sano. La resección en cuña debe ser la preferida.

B. Por biopsias extemporáneas se debe descartar tanto una lesión primitiva pulmonar como confirmar la metástasis pulmonar o ganglionar.

C. En lesiones bilaterales se debe comenzar con el pulmón menos comprometido.

D. Si bien la mayoría de las metástasis son subpleurales, el cirujano debe examinar y palpar todo el pulmón, el cual debe ser insuflado y colapsado para resecar todas las metástasis.

E. La esternotomía mediana es una excelente vía para abordar simultáneamente ambos campos pulmonares.

BIBLIOGRAFIA

1. RAMMING K.P.— Surgery for Pulmonary Metastasis. Surg. C.N. Am. 1980, 60: 815.
2. GILBERT H.A., KAGAN A.R.— Metastasis: Incidence. Detection, and Evaluation without Histological Confirmation. Weiss, L. (Ed.): Fundamental Aspects of Metastasis. North-Holland. Elsevier, 1976.
3. FARELL J.T.— Pulmonary Metastasis: A Pathology, Clinical Roentgenologic Study based on 78 cases seen at Autopsy. Radiology, 1935, 24: 444.
4. TAKITA H., EDGENTON F., MERRIN D.— Management of Multiple Lung Metastasis. J. Surg. Oncol. 1979, 3: 199.
5. SUGARBAKER E.V. y otros.— Do Metastasis Metastize? Ann. Surg. 1971, 174: 161.