

Cirugía de metástasis pulmonares en 148 pacientes. Análisis de sus factores pronósticos

Javier Ayarra Jarne, Rafael Jiménez Merchán, Miguel Congregado Loscertales, Juan Carlos Girón Arjona, Gregorio Gallardo Valera, Ana Isabel Triviño Ramírez, Carlos Arenas Linares y Jesús Loscertales

Servicio de Cirugía General y Torácica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

OBJETIVO: Evaluar los factores pronósticos de supervivencia en una serie de pacientes intervenidos por metástasis pulmonares de diferentes tumores y órganos.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se ha realizado un estudio retrospectivo de 148 pacientes intervenidos entre mayo de 2001 y mayo de 2007, y se ha aplicado un análisis multivariante para valorar la supervivencia global. Los criterios de inclusión fueron: control del tumor primario, sin recurrencia extratorácica y función cardiorrespiratoria suficiente, siempre con intención de tumorectomía. Se valoró qué influencia tenían en el pronóstico los siguientes factores: número de metástasis, diámetro de éstas, adenopatías invadidas, cirugía completa y, sobre todo, tipo histológico, para un nivel de significación del 95%.

RESULTADOS: En total se intervino a 90 varones (60,81%) y 58 mujeres (39,19%). La edad media \pm desviación estándar era de $56,5 \pm 9,7$ años. Se obtuvo una supervivencia actuarial a 6 años del 30,3% ($n = 45$), con una mediana de supervivencia de 34 meses. Los factores que influyeron en el pronóstico fueron el número de metástasis ($p < 0,05$), el diámetro de éstas ($p < 0,05$), la presencia de adenopatías invadidas ($p < 0,05$), la cirugía completa ($p < 0,05$) y, sobre todo, el tipo histológico ($p < 0,05$). La tumorectomía fue la intervención más realizada.

CONCLUSIONES: Los resultados avalan que aceptemos para tratamiento quirúrgico a los pacientes sin otra posibilidad terapéutica a quienes pueda realizarse una resección completa, que tengan el tumor primario controlado y no presenten otras contraindicaciones, pues, aunque en presencia de ciertos factores empeora la supervivencia, los resultados son siempre mejores que con la abstención quirúrgica, máxime si se tienen en cuenta las cifras relativamente bajas de morbilidad y mortalidad con este tipo de cirugía.

Palabras clave: Metástasis pulmonares. Resección pulmonar. VATS. Factores de riesgo. Pronóstico. Supervivencia.

Introducción

La presencia de metástasis a distancia es un signo de afectación sistémica tumoral y el principal factor pronóstico negativo. Tras el hígado, el pulmón es el órgano donde se desarrollan preferentemente las metástasis,

Resection of Pulmonary Metastases in 148 Patients: Analysis of Prognostic Factors

OBJECTIVE: To evaluate the prognostic factors for survival in a series of patients who underwent surgery for pulmonary metastases from primary tumors in distinct organs.

PATIENTS AND METHODS: This was a retrospective study of 148 patients operated between May 2001 and May 2007. Multivariate analysis was used to evaluate overall survival. Patients scheduled for tumorectomy were included provided their primary tumor was controlled and they had no extrathoracic recurrence and adequate cardiorespiratory function. The influence of the following prognostic factors was analyzed: number and diameter of the metastases, lymph node infiltration, complete resection, and, above all, histological type. A significance level of 95% was used.

RESULTS: A total of 90 men (60.81%) and 58 women (39.19%) were operated. The mean (SD) age was 56.5 (9.7) years. The actuarial survival at 6 years was 30.3% ($n=45$) and the median survival was 34 months. The factors that affected survival were the number of metastases ($P<.05$), diameter of the lesions ($P<.05$), lymph node infiltration ($P<.05$), complete resection ($P<.05$), and, above all, histological type ($P<.05$). Tumorectomy was the most commonly performed operation.

CONCLUSIONS: These results suggest that, in the absence of other therapeutic options and contraindications, we should operate on patients in whom the primary tumor is controlled and in whom complete resection can be performed. Even if factors associated with poor prognosis are present, the outcomes are always better than when surgery is not performed, particularly in view of the relatively low morbidity and mortality associated with this type of surgery.

Key words: Pulmonary metastases. Pulmonary resection. Video-assisted thoracoscopic surgery. Risk factors. Prognosis. Survival.

que se presentan en el 20-54% de todos los cánceres y que pueden researse en el 15-25% de los casos, con lo que se consiguen supervivencias a los 5 años del 30-40%, bien con la modalidad quirúrgica sola o con quimioterapia asociada¹. Los sarcomas tienen una especial predilección por metastatizar en el pulmón; la mayoría se presenta en los 2 primeros años y suele desarrollarse sin afectación adenopática².

La primera metastasectomía se atribuye al cirujano francés Sedillot, que en 1855 reseccó un tumor de pared con una metástasis pulmonar única³. En 1883 Kronlein presentó un caso intervenido cuyo origen era un sarco-

Correspondencia: Dr. J. Ayarra Jarne.
Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario Virgen Macarena.
Avda. Dr. Fedriani, s/n. 41071 Sevilla. España.
Correo electrónico: javierayarra@tecnifip.com

Recibido: 15-8-2007; aceptado para su publicación: 9-2-2008.

ma de pared y que sobrevivió 7 años⁴. En EE.UU., Barney y Churchill trataron en 1933 una lesión procedente de un carcinoma renal, con una supervivencia de 23 años⁵, y Blalock publicó en 1944 otro caso de origen colorrectal⁶. En 1947 Alexander y Haight presentaron la primera serie (25 casos) en que ya se incluían algunas resecciones mayores⁷. Thomford et al⁸ publicaron en 1965 los resultados de 205 metastasectomías con una supervivencia a los 5 años del 30,3%. En esa misma década aparecieron múltiples trabajos, aunque con resultados muy contradictorios debido a la heterogeneidad de las muestras.

Ante la necesidad de unificar criterios de selección de pacientes se constituyó el Registro Internacional de Metástasis Pulmonares, que en 1997 publicó sus resultados sobre 5.206 pacientes procedentes de distintos hospitales de EE.UU. y Europa⁹. Aunque todavía se discute el verdadero beneficio de la cirugía en este campo, generalmente se admite que la supervivencia media de los pacientes no intervenidos es de 10 meses y la tasa de supervivencia a los 5 años inferior al 5%, mientras que las series quirúrgicas recogen tasas de supervivencia del 21-43% a los 5 años¹⁰.

Algunos tumores tienen predilección por presentar metástasis pulmonares únicas, como el coriocarcinoma, el osteosarcoma, los tumores testiculares y el melanoma, y otros son los causantes de metástasis múltiples, como

los sarcomas de partes blandas (85%), los de mama (60%), colon y riñón¹¹. Hay que tener en cuenta que, cuando un paciente tiene un nódulo solitario con un tumor extratorácico conocido, la probabilidad de que sea metastático es de un 24%, y de un 3% si no se conoce el origen del primario¹². Por otra parte, es infrecuente que la metástasis sea única, por lo que es necesaria una búsqueda exhaustiva, pues en caso de haber múltiples metástasis el tratamiento quirúrgico no es tan efectivo¹³.

Los primeros criterios para la realización de metastasectomía, descritos por Ehrenhaft en 1958¹⁴, se han ampliado, de modo que el consenso actual es como sigue: *a)* el tumor primario debe estar controlado, lo que se comprobará con todos los medios disponibles; *b)* no debe haber metástasis en otros órganos (si ante otra metástasis única se decide intervenir, la pulmonar se interviendrá posteriormente); *c)* deben researse todos los nódulos, si bien no está claro el número máximo aceptado; *d)* las pruebas de función respiratoria deben asegurar una adecuada función pulmonar tras la intervención, y *e)* no debe haber contraindicaciones mayores para este tipo de cirugía⁹. En la actualidad hay otras indicaciones unánimemente aceptadas: *a)* que se pueda disponer de una efectiva quimioterapia combinada; *b)* la dificultad de diagnóstico entre metástasis y tumor primario; *c)* la inexistencia de otro tipo de tratamiento que no sea el quirúrgico, y *d)* metástasis pulmonares sintomáticas (hemoptisis, hemotórax, neumotórax, etc.).

TABLA I
Localización del tumor primario

Colon	50
Mama	23
Osteosarcoma	13
Sarcoma de partes blandas	10
Melanoma cutáneo	10
Pulmón	9
Recto-sigma	9
Tiroides	5
Hígado	5
Riñón	5
Tumores germinales	4
Endometrio	3
Leiomiocarcinoma	3
Timo	3
Teratoma maduro	2
Adenocarcinoma de páncreas	1
Esófago	1
Vejiga	1
Carcinoma de células epiteliales	1
Mucoepidermoide de parótida	1
Vesícula	1
Ovario	1

TABLA II
Tipo de exéresis

Resección en cuña unilateral	122
Resección en cuña bilateral	14
Lobectomías (2 VATS)	8
Segmentectomías	8
Resección en cuña y lobectomía (homolateral)	3
Neumonectomías	3
Lobectomías que completan neumonectomías	3

VATS: cirugía torácica asistida por vídeo.

Pacientes y métodos

Entre mayo de 2001 y el mismo mes de 2007 se realizaron 161 intervenciones en 148 pacientes (13 de ellos fueron reintervenidos por nuevas metástasis), cuyo promedio \pm desviación estándar de edad era de $56,5 \pm 9,7$ años (rango: 15 a 78 años) y de los que 58 eran mujeres (62 intervenciones) y 90 varones (99 intervenciones).

El 88% de los pacientes se encontraban asintomáticos y la metástasis se descubrió en el curso de estudios de control como consecuencia del seguimiento del tumor primario. Se realizó a todos ellos un estudio radiológico básico, que fue diagnóstico en el 93%, aunque no exacto. Se efectuó tomografía computarizada (TC) convencional en el 44% y helicoidal en el resto. La tomografía por emisión de positrones (PET), que se realizó en 16 pacientes, tuvo un importante valor predictivo negativo y resultó más efectiva para la detección de posibles adenopatías mediastínicas que para los nódulos menores de 8 mm (fig. 1). Se realizó a todos los pacientes una fibrobroncoscopia para asegurarse de que no había lesiones endobronquiales. Todos tenían estudios de extensión previos según el caso (TC abdominal con contraste, PET, gammagrafía, etc.) y en ningún paciente se dejó de estudiar la función respiratoria, basada en el estudio de la capacidad vital forzada, el volumen espiratorio forzado en el primer segundo y la capacidad de difusión de monóxido de carbono. La gammagrafía de ventilación-perfusión se reservó para los casos de posible neumonectomía.

La localización del tumor primario, que para incluirlo en este estudio debía estar controlado y sin signos de recidiva, se presenta en la tabla I. El tipo de exéresis como tratamiento de las lesiones se muestra en la tabla II. La localización de las lesiones intervenidas por toracoscopia fue visual en 27 pacientes, por palpación instrumental en 17, digital en 14 (ampliando mínimamente uno de los orificios de entrada) y por

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4204299>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4204299>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)