

Seguimiento de los pacientes con cáncer de pulmón no microcítico sometidos a resección completa. ¿Deben hacerlo los cirujanos?

G. Varela, M. Jiménez y M. Hernández-Mezquita

Sección de Cirugía Torácica. Hospital Universitario de Salamanca.

El objetivo de este estudio ha sido evaluar la rentabilidad del seguimiento de los pacientes intervenidos de carcinoma pulmonar no microcítico con resección completa en la misma unidad donde fueron operados.

Se ha realizado una revisión retrospectiva de los registros de consulta externa de los pacientes intervenidos de cáncer de pulmón entre enero de 1994 y diciembre de 1996, que reúnen las siguientes condiciones: resección histológicamente completa (se excluyen también las resecciones segmentarias y en cuña) y una supervivencia posquirúrgica de al menos 3 meses. El seguimiento se llevó a cabo según una pauta preestablecida que incluye la anamnesis y la exploración física, la radiografía simple de tórax, el hemograma y la bioquímica, la TAC torácica y abdominal y la broncoscopia periódica.

En 103 casos seguidos entre 3 y 34 meses, se detectaron 27 recidivas (13 a distancia, 11 locales y tres locales y a distancia). El diagnóstico clínico de la recidiva se realizó en 18 casos por la anamnesis y exploración física, por la radiografía simple de tórax en tres, por los datos de la bioquímica hemática en dos, por broncofibroscopia en dos y por los hallazgos de la tomografía axial en otros 2 enfermos. Uno de los pacientes con recidiva local (muñón bronquial) fue reintervenido 11 meses después de la primera operación.

La mayor parte de las recidivas se detectan con exámenes simples que pueden efectuarse en el medio extrahospitalario. Sólo un paciente fue reintervenido por recidiva local, por lo que no parece rentable que el seguimiento se lleve a cabo en unidades de cirugía torácica.

Palabras clave: Carcinoma pulmonar. Evolución. Seguimiento.

Arch Bronconeumol 1998; 34: 14-16

Introducción

No existe acuerdo respecto a cuál es el ámbito y el protocolo ideal de seguimiento de los enfermos intervenidos de carcinoma pulmonar no microcítico (CPNM). Obviamente, las complicaciones tardías postoperatorias (tales como empiema posneumectomía, fístula bronquial, etc.) deben ser evaluadas y seguidas por el equipo quirúrgico, del mismo modo que es más razonable que los pro-

blemas posquirúrgicos funcionales respiratorios sean tratados por un neumólogo. El control de la evolución del cáncer a largo plazo por parte de los médicos que han intervenido al paciente es defendido por algunos autores¹.

En este artículo pretendemos evaluar la rentabilidad diagnóstica y terapéutica de un protocolo de seguimiento de los pacientes con carcinoma pulmonar sometidos a resección completa, llevado a cabo en la consulta externa de cirugía torácica.

Los registros de la mayor parte de los pacientes revueltos en este estudio se encuentran igualmente incluidos en el Grupo Cooperativo de Carcinoma Broncogénico de SEPAR (GCCB-SEPAR)².

Most recurrences are detected during simple checkups that can be performed without hospital admission. Only one patient underwent surgery for a local recurrence, suggesting that follow-up by thoracic surgery units does not appear to be worthwhile.

Key words: Pulmonary carcinoma. Evolution. Follow-up.

Correspondencia: Dr. G. Varela.
Sección de Cirugía Torácica. Hospital Universitario de Salamanca.
P.º de San Vicente. 58-182. 37007 Salamanca.

Recibido: 22-4-97; aceptado para su publicación: 1-7-97.

Material y método

Hemos llevado a cabo una revisión retrospectiva de los registros de consulta externa de todos los enfermos con CPNM sometidos a resección completa. Entendemos por resección completa la neumonectomía o lobectomía regladas o ampliadas a estructuras adyacentes, con márgenes libres en el estudio histológico y la linfadenectomía de todas las áreas en las que se encuentran adenopatías, si los límites de resección están también libres de tumor. No consideramos resección incompleta el hecho de que adenopatías de las áreas 2 y 9 contengan metástasis.

Excluimos del estudio a los pacientes fallecidos por cualquier causa antes de los 60 días posteriores a la intervención.

Los enfermos, posteriormente al alta hospitalaria, han seguido un protocolo de revisiones basado en el acordado por el GCCB-S (no publicado) que se resume en la tabla I.

Hemos considerado como recidiva local la evidencia histológica o citológica de tumor de la misma estirpe que el operado, en el mismo hemitórax. La recidiva a distancia se ha diagnosticado por la existencia de imágenes radiológicas o ecográficas de nueva aparición en otros órganos, aunque no se haya efectuado ningún método de diagnóstico citohistológico.

Se ha considerado como método diagnóstico de la recidiva el dato clínico, radiológico, o analítico o la exploración invasiva inicial que hayan proporcionado los primeros datos para llegar a un diagnóstico definitivo. Si en algún caso varios métodos de forma simultánea han permitido el diagnóstico (p. ej., la anamnesis y la radiografía simple) hemos considerado el método más sencillo, siguiendo esta gradación: 1) anamnesis/exploración física; 2) radiografía simple de tórax; 3) analítica rutinaria; 4) tomografía axial, y 5) broncofibroscopia.

Los resultados del análisis descriptivo se muestran como medias, rango y desviación estándar.

Por llevar a cabo nuestro trabajo en un hospital público de segundo nivel, y recibir pacientes de otros 10 hospitales no dotados de un servicio de cirugía torácica, hemos analizado también la procedencia de los enfermos intervenidos.

Resultados

Entre el 1 de enero de 1994 y el 31 de diciembre de 1996 hemos realizado 180 toracotomías en pacientes con carcinoma pulmonar, de los cuales seleccionamos para esta revisión los registros de 107 enfermos (105 varones y 2 mujeres) que cumplen las condiciones enunciadas en el apartado previo. La edad media es de 64 años (rango 39-77, desviación estándar 9,5 años). La estirpe histológica del tumor fue carcinoma epidermoide en 71 enfermos, adenocarcinoma en 19, carcinoma de células grandes en 16 y no concretada en un caso. Se

realizaron 71 lobectomías (14 ampliadas a otras estructuras) y 36 neumonectomías (10 ampliadas). La clasificación quirurgicopatológica de la extensión tumoral fue: estadio I en 62 casos, II en 12 y III-a en 33. En 4 casos no hemos podido establecer contacto postoperatorio, por lo que los hemos excluido del análisis. En los demás enfermos, el seguimiento se ha llevado a cabo durante un tiempo medio de 13,5 meses (rango 3-34, desviación estándar 9,2 meses).

Se ha diagnosticado recidiva tumoral en 27 casos (un 26,2% de los 103 operados). En 11 enfermos la recidiva fue local, en 13 a distancia y en tres local y a distancia. El dato inicial que condujo al diagnóstico de la recidiva se obtuvo por la anamnesis o exploración física en 18 enfermos, por la radiografía simple de tórax en tres, por la analítica en dos (enzimas hepáticas), por la tomografía axial en dos (metástasis hepáticas) y por broncoscopia en otros 2 enfermos. Un paciente con recidiva en el muñón bronquial a los 11 meses de una lobectomía superior izquierda fue reintervenido y se completó la neumonectomía. En los demás pacientes con diagnóstico de recidiva local el tumor no fue considerado reseccable y fueron remitidos, al igual que los casos con metástasis a distancia, a unidades de oncología o radioterapia para evaluar la indicación de otro tipo de terapéutica. El porcentaje de pacientes reintervenidos por recidiva tumoral es, por lo tanto, el 0,9% de los operados y el 3,7% de los diagnosticados de recidiva.

La procedencia de los enfermos analizados es la siguiente: 41 casos habían sido remitidos desde hospitales situados a menos de 100 km del nuestro (incluyendo otros servicios de nuestro mismo hospital); 27 enfermos procedían de centros distantes en 100 y 200 km y 39 de hospitales situados a más de 200 km de nuestro centro.

Discusión

Parece bastante claro que los pacientes intervenidos de CPNM deben seguir revisiones periódicas de por vida ya que el porcentaje de recidiva y segundo carcinoma es elevado, incluso en los casos operados en estadio I^{3,4}. Sin embargo, no existe acuerdo ni en cuanto al tipo de seguimiento que se debe llevar a cabo ni acerca de qué especialista debe tener a su cargo a estos enfermos. Según una revisión reciente¹, la mitad de los cirujanos torácicos miembros de la European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) no siguen indefinidamente a sus

TABLA I
Protocolo de seguimiento de los pacientes intervenidos de carcinoma de pulmón no microcítico

Meses	Meses										
	3	6	9	12	18	24	30	36	48	60	72+
Intervalo poscirugía	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#
Radiografía de tórax	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#
TAC torácica (especialmente recomendada en neumonectomizados)	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#
Hemograma y bioquímica	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#
Broncoscopia	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#
Gasometría arterial	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#
Espirometría	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#
ECG	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#

Modificada de GCCB-SEPAR. Reproducida con autorización. Datos no publicados.

pacientes operados de CPNM. Esto es debido a que la mayor parte estiman que menos del 1% de esos enfermos van a beneficiarse de una reintervención torácica en el futuro. Walsh et al⁵, analizando una población más numerosa que la nuestra, concluyen que la revisión rutinaria de los pacientes operados de CPNM no se justifica médicamente —ya que dichas revisiones modifican la estrategia terapéutica en menos del 3% de los casos— y además supone un gasto considerable. No nos es posible en la actualidad cuantificar el gasto que suponen las revisiones postoperatorias en nuestro medio de trabajo, por lo que no vamos a analizar los aspectos económicos del problema. Sin embargo, de acuerdo con los datos demográficos de los enfermos, suponemos que cada revisión conlleva un gasto considerable sólo en desplazamiento de los enfermos y su familia, que la mayor parte de las veces se efectúa con cargo a fondos públicos.

En nuestra serie, la mayor parte de los diagnósticos de recidiva (23 de 27) se efectuaron en estudios tan simples como la entrevista con el enfermo y/o la exploración física, la radiografía de tórax o un análisis de enzimas hepáticas. Este hecho nos hace pensar que se habrían obtenido resultados similares si las revisiones se hubieran efectuado en el medio extrahospitalario, con la ventaja adicional de evitar desplazamientos y disminuir el tiempo de espera. Debido a que este es un estudio retrospectivo, no nos es posible conocer en cuántos casos los pacientes referían síntomas indicativos de recidiva aunque posteriormente ésta fuera descartada con estudios más complejos. Sin duda sería interesante conocer estos datos mediante un estudio prospectivo diseñado para este fin.

De los 4 enfermos en los que la recidiva se diagnosticó por técnicas más complejas (2 casos de metástasis hepáticas por TAC y dos de recidiva bronquial por broncoscopia) solamente uno de ellos recibió tratamiento supuestamente curativo, que consistió en reintervención para completar la neumonectomía. En la serie de Darteville y Khalife⁶ el 1% de 3.083 pacientes intervenidos de CPNM precisan reintervención por recidiva local. Estos autores señalan que la gran mayoría de los pacientes con recidiva local no son operados, bien por irresecabilidad del tumor o por mala función secundaria a la resección previa.

No conocemos la existencia de ningún estudio prospectivo que analice la rentabilidad de diferentes tipos de protocolos de seguimiento posresección de CPNM. Las conclusiones de Walsh et al⁵ respecto a la inutilidad de las pruebas diagnósticas complejas son sólo orientativas, puesto que se trata de un estudio retrospectivo. Estos autores aconsejan que los enfermos sean evaluados en el medio extrahospitalario sólo mediante una radiografía de tórax efectuada periódicamente.

En enfermas operadas de carcinoma de mama sí parece estar demostrado que los diferentes protocolos de evaluación postoperatoria (más o menos intensos o complicados) no afectan a la supervivencia de las pacientes⁷, aunque las conclusiones de este estudio no pueden ser extrapoladas al CPNM.

Es interesante la opinión de Hiebert⁸, quien señala que existen otras razones para que el cirujano siga la evolución a largo plazo de sus pacientes operados por

CPNM. La primera sería conocer en profundidad de qué manera la cirugía modifica el curso natural del CPNM. El segundo motivo, más difícil de medir, es el hecho de que no solamente tratamos enfermedades caras, sino seres humanos enfermos, que necesitan una atención individualizada por parte de quien les ha intervenido. Respecto al primer punto, creemos que es posible recuperar toda la información relacionada con la evolución sin necesidad de hacer venir a los enfermos a nuestra consulta. Los aspectos humanitarios del seguimiento de los pacientes nos parecen muy importantes pero pueden potenciarse mostrándonos accesibles a cualquier consulta para la que nos requiera aunque no esté protocolizada.

La comorbilidad, especialmente respiratoria, de los pacientes con CPNM que son intervenidos es muy importante⁹, y con frecuencia se agrava tras la cirugía. Si el paciente es seguido sólo por el cirujano puede ser que el tratamiento de otros problemas, principalmente respiratorios, no sea realizado con el nivel de conocimientos y experiencia adecuados. Si, por el contrario, el seguimiento es llevado a cabo por un neumólogo, la consulta con el cirujano sólo se justifica para la evaluación de la resecabilidad de las posibles recidivas o, por supuesto, de las complicaciones tardías.

Los resultados que publicamos nos hacen poner en duda la utilidad de que los pacientes operados de CPNM sean citados periódicamente en una consulta externa de cirugía torácica. En la práctica pensamos proponer —en nuestra área de influencia— un programa de revisiones efectuado en la consulta del neumólogo de área, complementado con un seguimiento telefónico realizado por personal no facultativo de nuestro grupo de trabajo. En el futuro, compararemos los resultados obtenidos con este tipo de seguimiento en un grupo de pacientes similar al que hemos analizado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dosios T, Angouras D. Follow-up of patients after resection for bronchogenic carcinoma. *Eur J Cardio-thorac Surg* 1996; 10: 1.052-1.057.
2. Grupo Cooperativo de Carcinoma Broncogénico de SEPAR (GCCB-S). Cirugía del carcinoma broncogénico en España. Estudio descriptivo. *Arch Bronconeumol* 1995; 31: 303-309.
3. Martini N, Ginsberg RJ. Postresection follow-up. En: Pearson FG, Deslauriers J, Ginsberg RJ, Hiebert C, McKneally MF, Urschel HC Jr, editores. *Thoracic surgery*. Nueva York: Churchill Livingstone, 1995; 759-762.
4. The Lung Cancer Study Group. Malignant disease appearing late after operation for T1N0 non-small-cell lung cancer. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1993; 106: 1.053-1.058.
5. Walsh GL, O'Connor M, Willis KM, Milas M, Wong RS, Nesbitt JC et al. Is follow-up of lung cancer patients after resection medically indicated and cost-effective? *Ann Thorac Surg* 1995; 60: 1.563-1.572.
6. Darteville P, Khalife J. Surgical approach to local recurrence and the second primary lesion. En: Delarue NC, Eschapasse H, editores. *Lung cancer. International trends in general thoracic surgery*. Vol I. Filadelfia: W.B. Saunders, 1985; 153-163.
7. The GIVIO Investigators. Impact of follow-up testing on survival and health related quality of life in breast cancer patients. A multicenter randomized controlled trial. *JAMA* 1994; 271: 1.587-1.592.
8. Hiebert CA. The "cured" lung cancer patient: is follow-up by the surgeon worthwhile? *Ann Thorac Surg* 1995; 60: 1.557-1.558.
9. GCCB-SEPAR (presentado por A. López-Encuentra). Comorbilidad en el carcinoma broncogénico con tratamiento quirúrgico. *Arch Bronconeumol* 1995; 31 (Supl 1): 19.