

LX Congreso Médico Nacional

Simposio Cáncer De Pulmón

Hotel Meliá Confort Corobicí
Salón Corcovado 4 y 5
01 de diciembre, 1998

Coordinador:
Dr. José Alberto Mainieri Hidalgo

Temas

- Nódulo pulmonar solitario
- Manifestaciones clínicas del cáncer pulmonar
- Metodos de diagnóstico y tratamiento quirúrgico del cáncer pulmonar

Expertos Extranjeros

-Dr. Panagiotis N. Symbas, Especialista en Cirugía Cardiorálica, Jefe de Cirugía Cardiorálica del Hospital Grady, Profesor de Cirugía, Universidad Emory, Atlanta, Georgia.

Expertos Nacionales

Dr. Rodrigo Cabezas Moya, Especialista en Cirugía Torácica y Cardiovascular, Asistente de Cirugía de Tórax en El Hospital Dr. Rafael Calderón Guardia.

Dr. Ronald Chacón Chaves, Especialista en Neumología, Asistente de Neumología en el Hospital Dr. Rafael Calderón Guardia.

Dr. José Alberto Mainieri Hidalgo, Especialista en Cirugía General y Torácica, Jefe Cirugía de Tórax del Hospital Dr. Rafael Calderón Guardia.

Programa

- 08:00-09:00 Conferencia Magistral: Trauma Cardio-torácico.
Dr. Panagiotis N. Symbas
- 09:00-09:30 Refriferio
- 9:30-10:30 Inauguración
Dr. José A. Mainieri Hidalgo
Nódulo pulmonar solitario.
Dr. José A. Mainieri Hidalgo.

- 10:30-11:30 Manifestaciones clínicas del cáncer pulmonar.
Dr. Ronald Chacón Chaves
- 11:30-12:30 Métodos de diagnóstico y tratamiento quirúrgico del cáncer pulmonar.
Dr. Rodrigo Cabezas Moya.
- 12:30-13:30 Mesa Redonda: Sesión de preguntas y respuestas.
Panelistas: Dr. Panagiotis N. Symbas
Dr. José A. Mainieri Hidalgo
Dr. Ronald Chacón Chaves
Dr. Rodrigo Cabezas Moya

Auspiciantes

- Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica
- Ministerio de Salud
- Caja Costarricense de Seguro Social
- Asociación Costarricense de Neumología y Tisiología

S11 Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Pulmón

Rodrigo Cabezas Moya

Para establecer el diagnóstico de cáncer de pulmón se requiere una historia clínica completa con énfasis en antecedentes de tabaquismo, pérdida de peso, disnea, dolores óseos, cefaleas recientes, entre otros. En el examen físico es importante notar la apariencia del paciente, presencia de ganglios supraclaviculares y soplos carótidos. Si existen radiografías de tórax previas se deben comparar con las actuales y poder determinar la velocidad de crecimiento del posible tumor. Si es un nódulo presente por dos años o más sin cambios, podría tratarse de un proceso benigno.

La tomografía axial computarizada (TAC) de tórax se debe hacer con medio de contraste para dilucidar si las densidades mediastinales son ganglios linfáticos o masa tumoral o si se trata de vasos sanguíneos vistos normalmente en el mediastino. Debe incluir el hígado y las glándulas suprarrenales, sitios frecuentes de metástasis.

Si hay cefalea reciente se debe obtener también un TAC de cerebro con contraste. Si aún existen dudas, en ocasiones es necesario obtener también un estudio de resonancia magnética del cerebro. Excepto en este caso o cuando un tumor está cerca de cuerpos vertebrales y es necesario saber si penetra el canal espinal, la resonancia magnética no es muy útil en el diagnóstico de cáncer de pulmón y su costo es mucho más elevado que el TAC.

En el caso de presencia de dolores óseos o articulares recientes, un gama de hueso es muy útil y de acuerdo con las zonas anormales que muestre, se deben obtener radiografías simples de hueso para determinar si se trata de metástasis óseas.

Para definir el tratamiento quirúrgico, se debe obtener también pruebas de funcionamiento respiratorio, aún cuando el paciente no se queje de disnea. Cuando ellas son anormales y particularmente cuando la lesión podría requerir una neumonectomía, es de utilidad un gamagrama de pulmón en la fase de perfusión, solicitándole al especialista en Medicina Nuclear que cuantifique la perfusión por zonas pulmonares y por pulmón derecho versus izquierdo. Existen fórmulas simples que predicen en FEVI postneumonectomía cuando se saben esos datos.

Excepto en lesiones muy periféricas la broncoscopia da información referente a la posición anatómica del tumor, distancia de la carina, y otros datos esenciales para que el cirujano determine la operación quirúrgica correcta. Por esa razón si el cirujano no estuvo presente durante la broncoscopia original, debe repetirla.

La mediastinoscopia se debe practicar cuando hay ganglios linfáticos en el mediastino que miden más de 1 cm en el TAC o si se conoce el diagnóstico de adenocarcinoma, ya que este produce más micrometástasis en el mediastino que otros tipos histológicos.

En tumores totalmente avanzados sin metástasis distantes, la terapia de inducción con quimioterapia radioterapia simultáneas, puede convertir, en un número importante de pacientes, un tumor irresecable en un tumor resecable.

Previo a la cirugía, el paciente debe ser evaluado por un terapeuta respiratorio e instruido en técnicas para toser, espirometría incentiva, drenaje postural, percusión pulmonar y uso de aerosoles, entre otros. Estos procedimientos son de mucha utilidad durante el período postoperatorio.

La lobectomía es la operación estándar en cáncer de pulmón a menos que el tumor involucre más de un lóbulo o sea cercano al hilio, en cuyo caso es necesaria una neumonectomía. La resección segmentaria anatómica se utiliza en pacientes con reserva pulmonar limitada y tumores que no involucran todo un lóbulo, por lo que se esperan cifras de recurrencia local ligeramente más altas que la lobectomía. La resección en cuña, es una operación no oncológica y por definición se reserva para pacientes con compromiso pulmonar severo, esperándose cifras de recurrencia local aún más altas. La resección incompleta no solo no beneficia al paciente sino que lo somete a un riesgo quirúrgico innecesario y se menciona aquí solo para condenar este procedimiento.

En condiciones normales la terapia respiratoria antes descrita se inicia cuando el paciente sale de recuperación y se prolonga por varios días.

El control adecuado del dolor posiblemente es el factor principal entre un postoperatorio normal o difícil. Se inicia al concluir la resección, con el bloqueo de nervios intercostales bajo visión directa con anestésicos locales de larga duración, continua con catéter epidural idealmente o con analgésicos endovenosos preferiblemente usando una bomba de infusión, controlada por el paciente, con parámetros programados en cuanto a dosis y frecuencia.

El monitoreo del ritmo cardiaco es conveniente durante las primeras 24 horas y aún más en pacientes postneumonectomía, ya que las arritmias son frecuentes y pueden producir alteraciones hemodinámicas catastróficas si no se diagnostican y tratan tempranamente.

La ambulación temprana (en el primer día postoperatorio) previene atelectasias y trombosis venosas y se puede efectuar independientemente del sello o sellos de agua, vía endovenosa, sonda nasogástrica u otros aparatos que el paciente requiera.

El seguimiento del paciente de cáncer de pulmón es a largo plazo ya que en tabaquistas el riesgo de desarrollar otro cáncer de pulmón está presente por varios años. Generalmente se cita al paciente cada seis meses por los dos primeros años y después una vez al año por varios años. La visita incluye un examen físico y radiografía postero-anterior y lateral de tórax. En pacientes que recibieron terapia de inducción y en otros de más riesgo, un TAC de tórax y abdomen superior es de utilidad como base para comparar en el futuro.

Contrario a opiniones pesimistas, en un paciente con cáncer de pulmón bien estudiado y preparado, los resultados de la cirugía en centros con cirujanos preparados, anestesia moderna y cuidados postoperatorios bien planeados y ejecutados por personal de enfermería calificado, son altamente satisfactorios.

Notas: _____

