

Cáncer Pulmonar: Tratamiento Quirúrgico en Pacientes con Pobre Reserva Funcional Respiratoria

Claudio Suárez , Clínica Santa María, Santiago de Chile
Buenos Aires, 24 de octubre de 2007

Pensamiento inicial

- Intentar operar al paciente
- Evitar mortalidad por IR y Cor P
- Buena calidad de vida postoperatoria
 - VEF1 postoperatorio >40%
- Si es menor:
 - entrenar+BD+corticoides y reevaluar
- Intentar resección oncológica

Evaluación del paciente

- General, metabólica, performance status
- **Funcional Respiratoria:**
 - **espirometría, gases**
 - **DLCO, cintigrafía pulmonar**
- **Cardiovascular:**
 - **ECG reposo-esfuerzo**
 - **Ecocardio-PArtPulmonar**
- **Locorregional: TAC Tx, FBC, Med, Vtc**
- **Diseminación: PET-CT o (Cx óseo TAC abd y cer)**

Pobre RESERVA FUNCIONAL

- VEF1 y/o DLCO <80% (neumonectomía)
- VEF1 < 60% (lobectomía)
- Test ejercicio - VO2 max
 - <40% o < 10 ml/kg/min inoperable
 - 40-75% o 10-20ml/kg/min **cintigrama pulmonar**
 - >75% o > 20 ml/kg/min operar

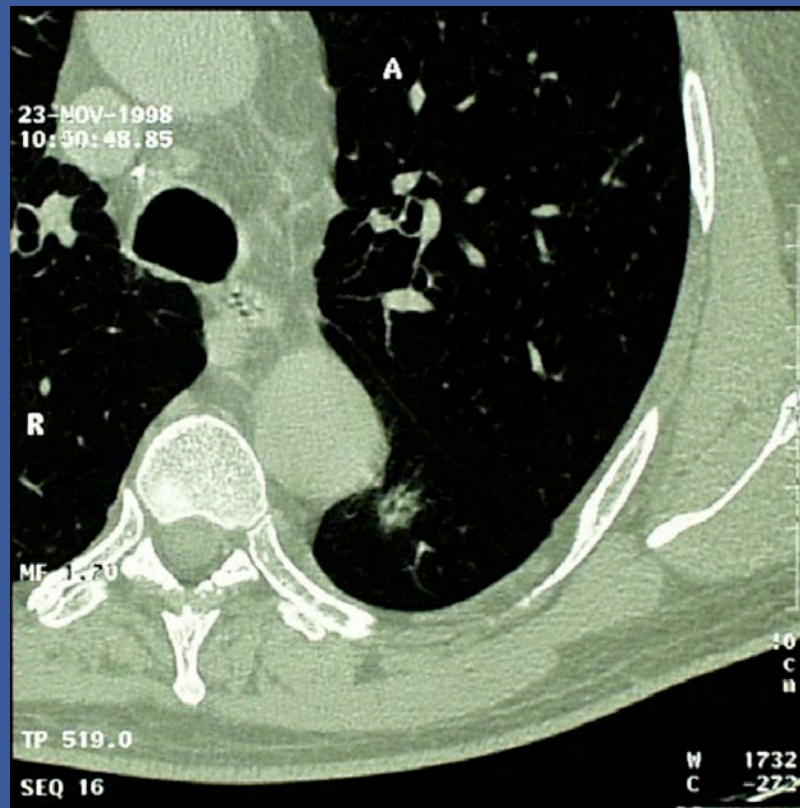
POBRE RESERVA FUNCIONAL

- CX Pulm muestra VEF1 Postop <40%, pero con PA pulmonar normal
 - Entrenamiento+BD+Corticoides
 - Reevaluar
- **RESECCION ECONOMICA SI:**
 - VEF1 POP <40% con resección reglada, pero mayor si es económica
 - Resecar el volumen que garantice 40%

Volumen reducción y cáncer pulmonar

- Si cancer es de LS y el enfisema es predominantemente de LS
 - Mejoría de ambos
 - Disminución de los valores de exclusión

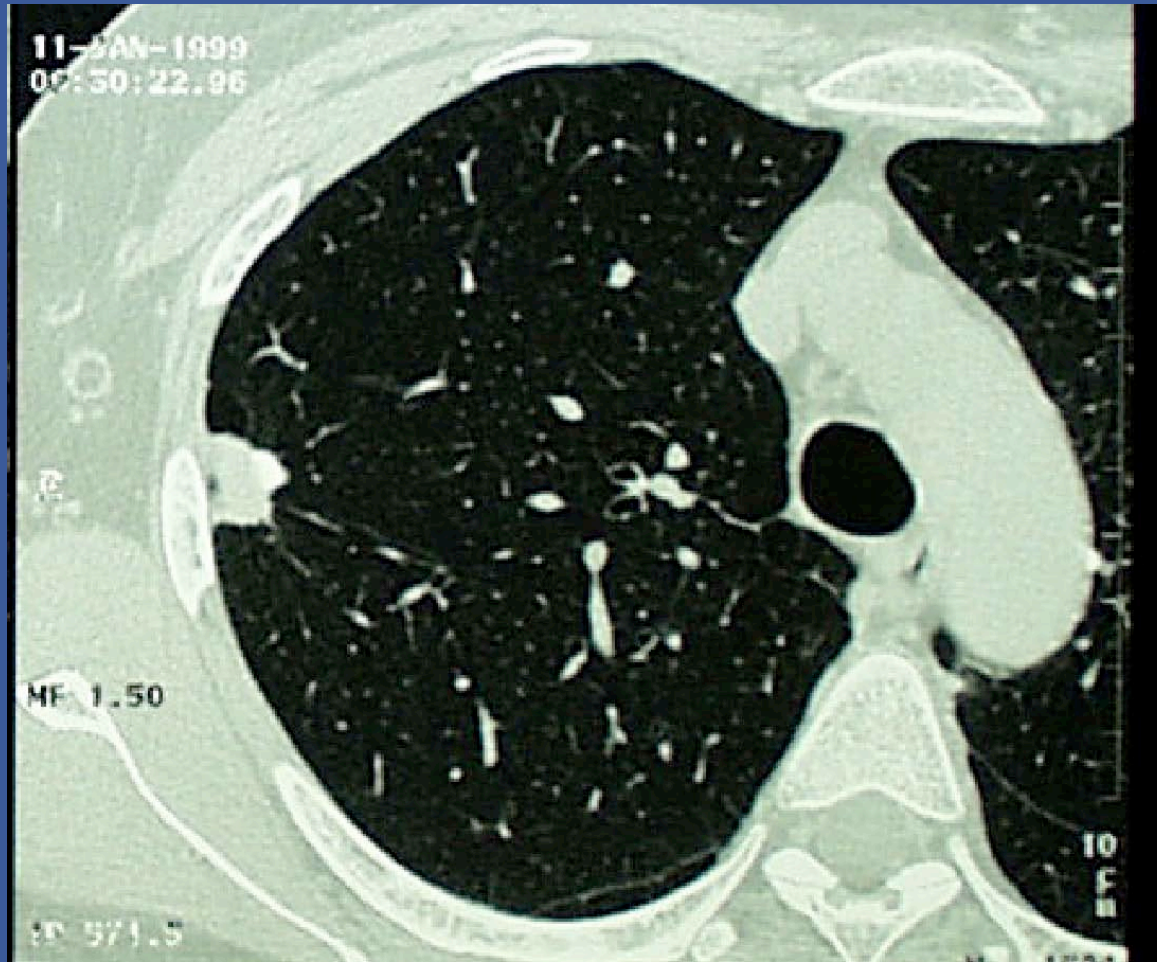
T



T



T



Clasificación

■ T1N0M0	IA
■ T2N0M0	IB
■ T1N1M0	IIA
■ T2N1M0	IIB
■ T3N0M0	IIB
■ T3N1M0	IIIA
■ T1-3N2M0	IIIA
■ T4N0-2M0	IIIB
■ T1-3N3M0	IIIB
■ M1	IV

Cambiará el 2009

Cáncer pulmonar

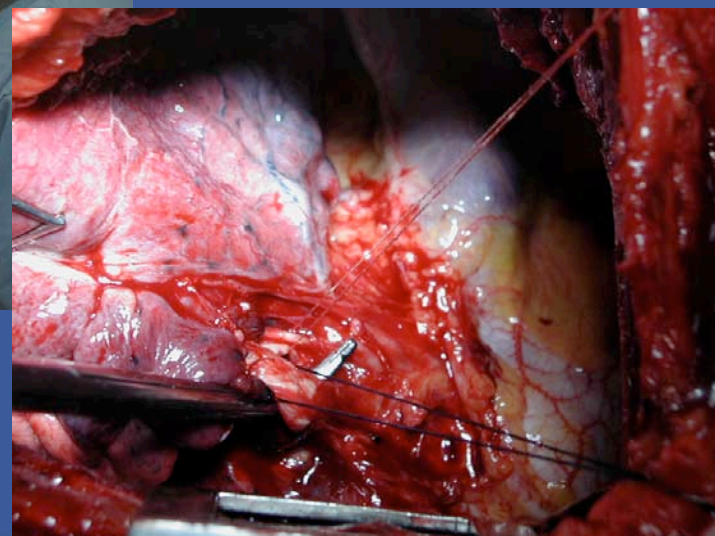
Cirugía para VEF1 >40%

- Lobectomía + LAM
- Resecciones limitadas:
 - pobre reserva funcional respiratoria, alto riesgo
 - ¿<1cm adenoca bien diferenciado, Noguchi A-B?

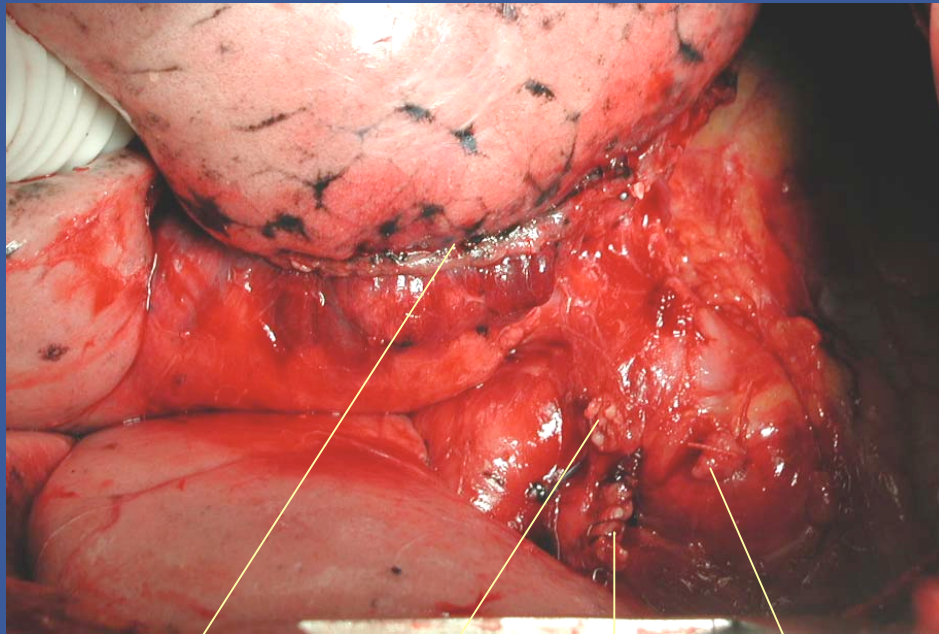
Tratamientos quirúrgicos



En los 80...
Toracotomía
amplia y
resecciones
oncológicas



Trat quirúrgicos: suturas mecánicas

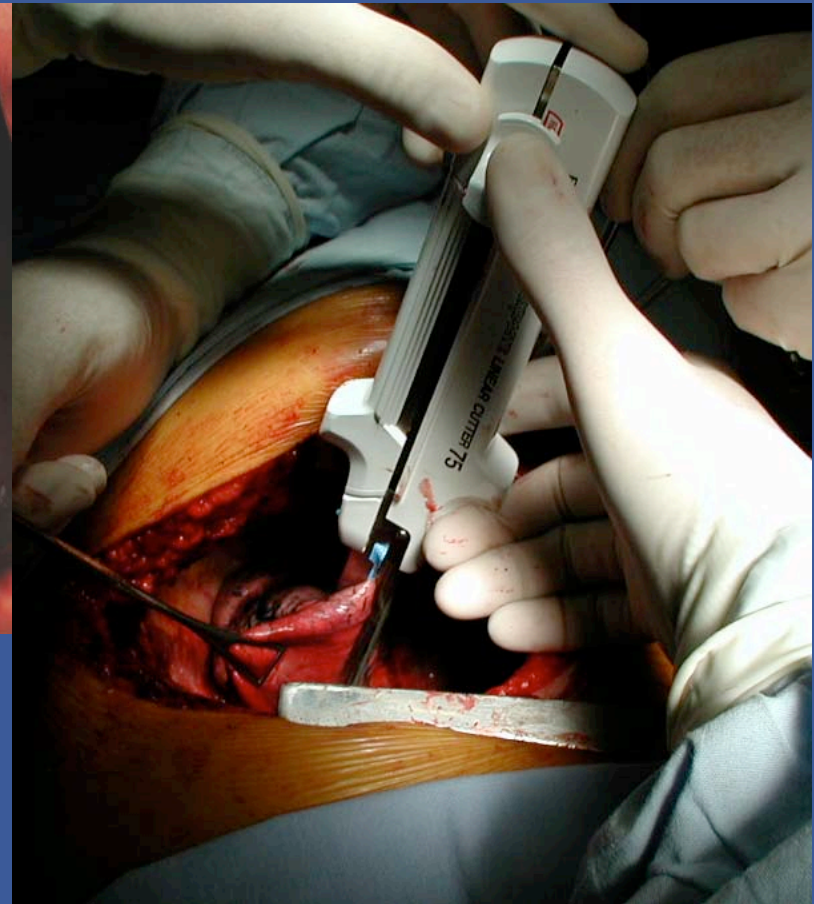


cisura
sutura
mecánica

arteria

bronquio
sutura
mecánica

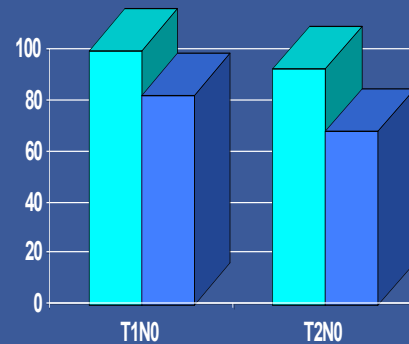
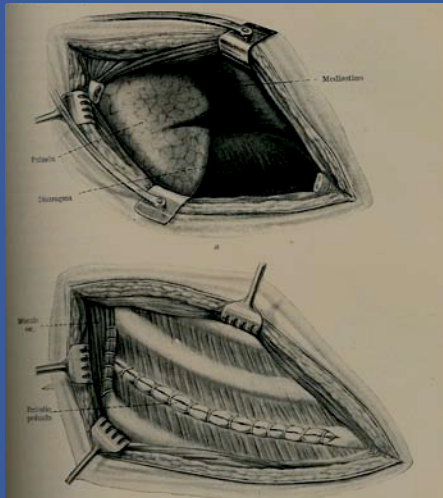
vena



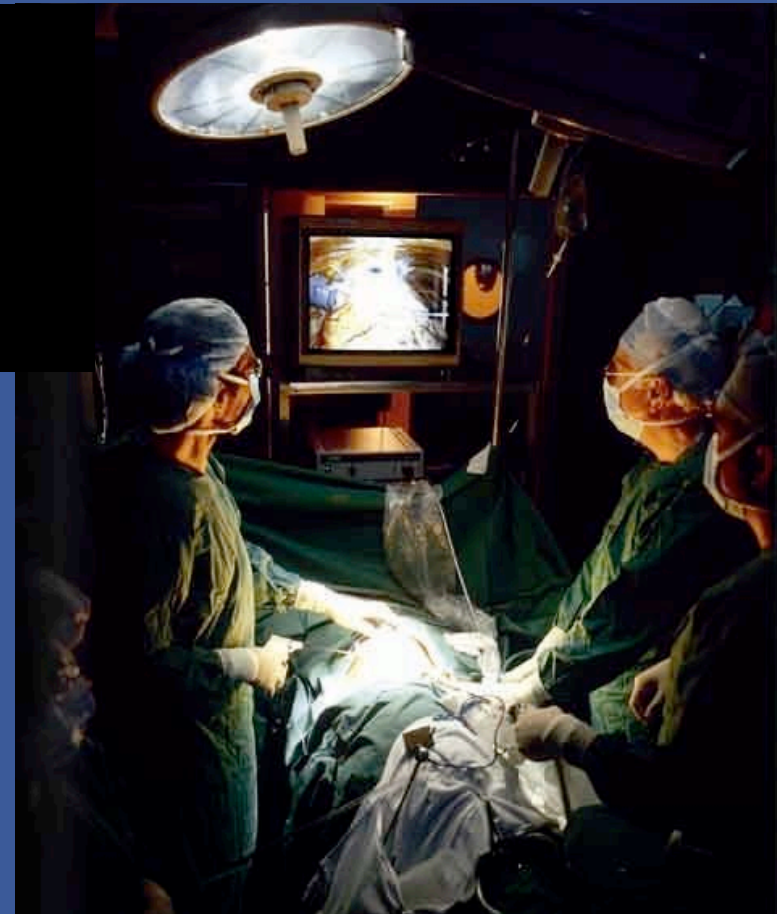
Tratamientos quirúrgicos

En los 90...

Cirugía Video Asistida (VATS)



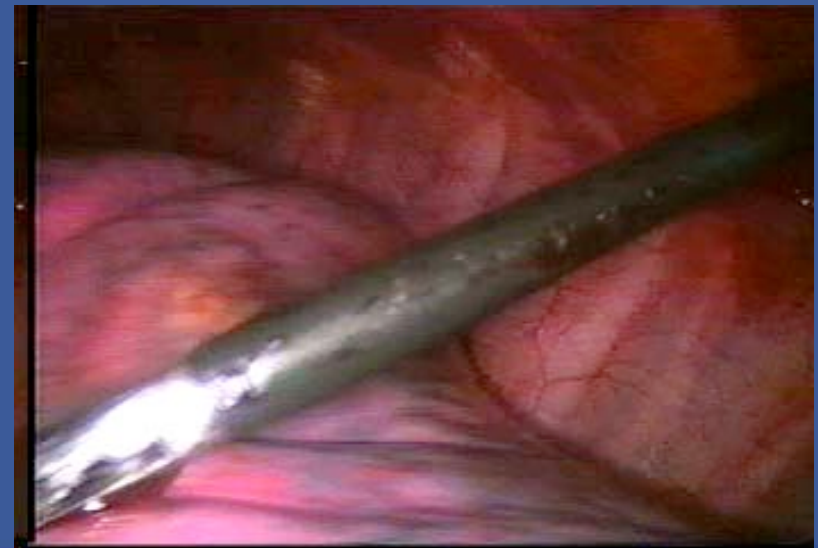
VATS vs
Toracotomía



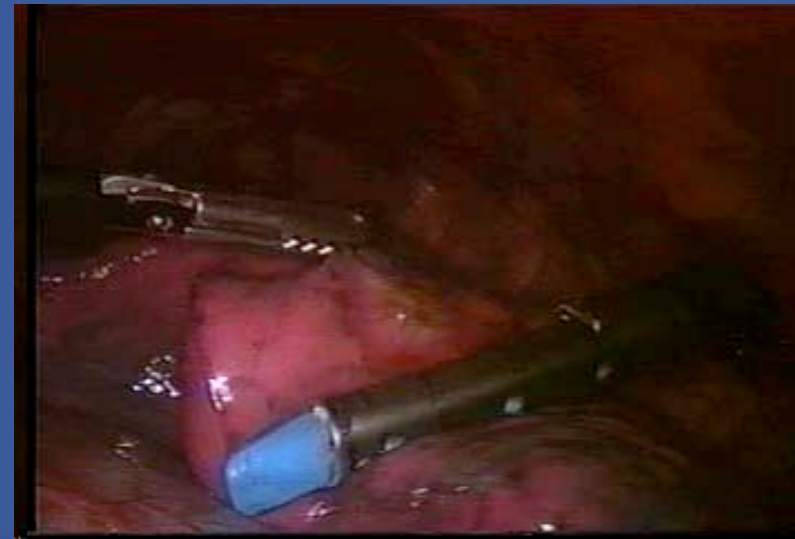
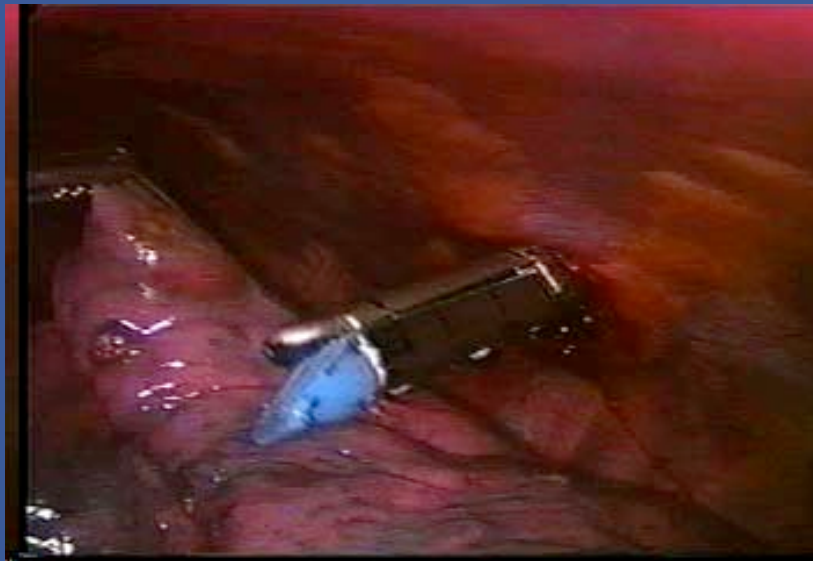
■ Naruke T et al. Prognosis and survival in resected lung carcinoma based in the new international staging system. J Thorac Cardiovasc Surg 1988;96:440-7

■ Naruke T et al. National Cancer Center, Tokio, Japan. Presentado en V Congreso Sudamericano de Cirugía Toràica, Noviembre 1996

CP y VTC: búsqueda



CP y VTC: corte y resección



Resecciones limitadas

- Ginsberg: solo en pacientes con función pulmonar limitada (>RECIDIVA Y <SOBREVIDA)
- Naruke: T1 menores de 1 cm
- Kondo: T1 <1 cm compromiso linfático o vascular 1% ¿riesgo de LAM es mayor?
- Noguchi: clasificación histológica ABCDEF
- Asamura: Noguchi AB y resecciones limitadas

Y ahora...

- Chest 2007; 131:136-140
- Kraeb et al USA y Canada
- 289 pacientes
- No hubo diferencia significativa en pacientes estadio I, en sobrevida ni recidiva
- La sobrevida **podría** ser mayor en T1 con lobectomía

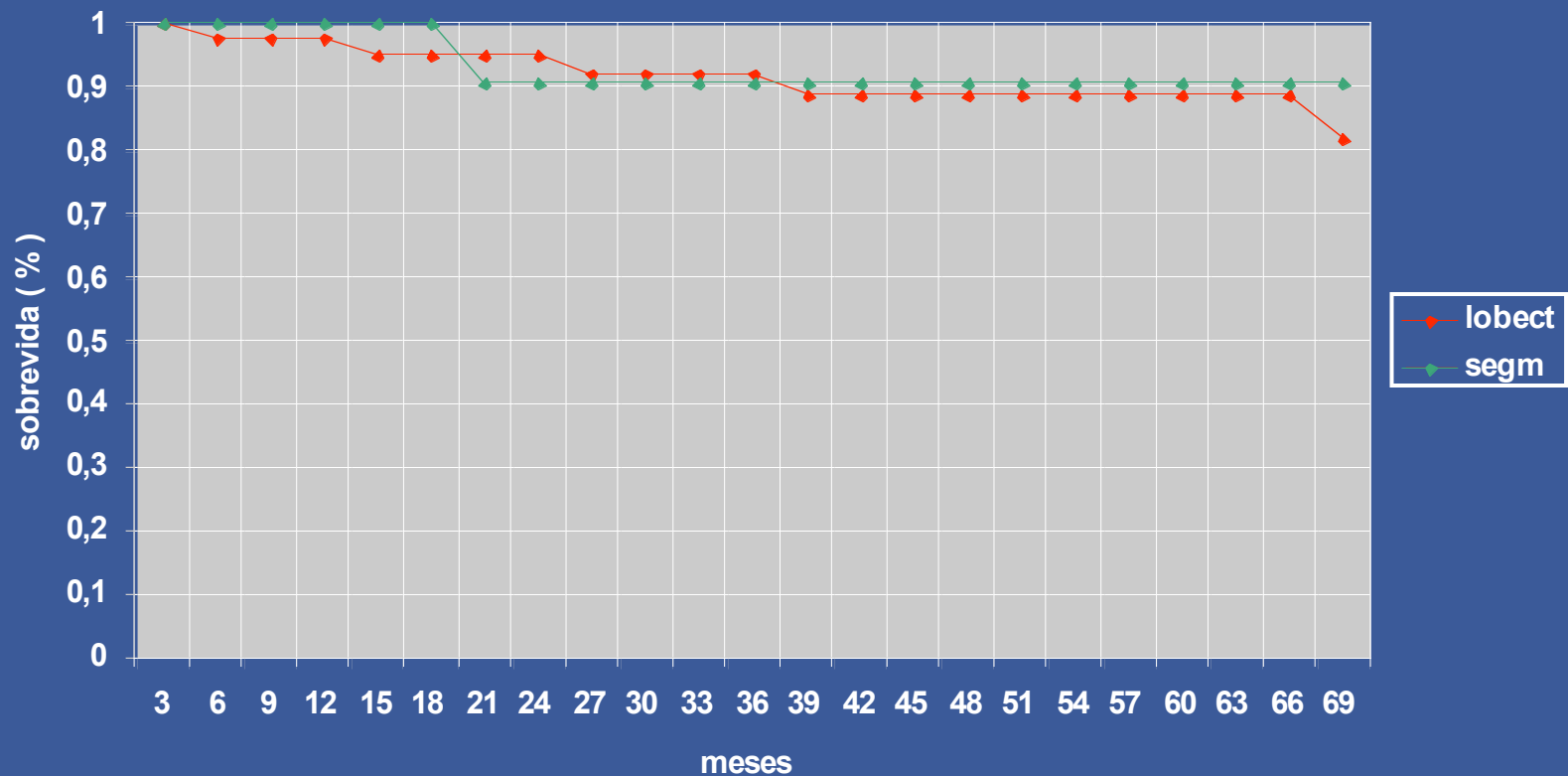
Y otro más

- Br J Cancer 2005; 92:1033-37
- Nakamura et al.
- Metaanálisis de 14 estudios
- 1887 lobectomías y 903 res limitadas
- No hubo diferencia significativa en la sobrevida

C Suárez: pacientes etapa I

- 116 pacientes cpncp etapa I operados
- enero 1998 a marzo de 2006
- Se analizó para la serie:
 - Tratamiento
 - Sobrevida global (Kaplan-Meyer, Actuarial) y por cirugía realizada

Sobrevida según tipo de cirugía (25% resecciones limitadas)



Pensamiento inicial

- Intentar operar al paciente
- Evitar mortalidad por IR y Cor P
- Buena calidad de vida postoperatoria
 - VEF1 postoperatorio >40%
- Si es menor:
 - entrenar+BD+corticoides y reevaluar
- ¿se debe intentar resección oncológica ?