

ESTADO ATUAL DA CIRURGIA DO CÂNCER PULMONAR

DR. ADRIAN LAMBERT (*)

Atualmente, o câncer do pulmão constitui o maior desafio possível ao clínico ou ao cirurgião. Insidioso de início como sói acontecer, esta doença põe em cheque a habilidade do clínico para suspeitar a sua presença freqüentemente durante o curso de outra doença. Compete então, ao cirurgião empregar uma das diferentes medidas operatórias ao seu alcance para eliminar o tumor e ao mesmo tempo conservar a maior quantidade de tecido pulmonar funcionante.

Se a doença estiver no início, o diagnóstico será feito na mesa de operações, sendo necessário então, um julgamento inteligente para um adequado tratamento cirúrgico da mesma.

INCIDÊNCIA DA DOENÇA

A incidência do câncer pulmonar no sexo masculino, aumentou de um modo desproporcional entre relação e incidência de outras localizações primitivas. Admite-se em geral, que em 1950 o câncer do pulmão era 8 vezes mais freqüente do que em 1930, e estatísticas de então para cá, têm indicado um aumento contínuo no referido sexo.

As mulheres, têm sido menos acometidas do que os homens, tendo aumentado a incidência juntamente com o câncer em geral. Fato de interesse especial, é que os grupos de idade mais jovem estão sendo comprometidos com a doença de tal maneira, que não é fora do comum, um homem entre 30 e 45 anos ser vítima de câncer do pulmão. Das últimas 14.000 autópsias do Hospital Bellevue de Nova York, 16% eram devidas a câncer. Destas mortes por câncer, 23% eram devidas a câncer do pulmão. No grupo masculino de 1.200 mortes por carcinoma mais de 30% dos tumores em geral eram de carcinoma do pulmão. O câncer do estômago que era o causador número 1 de mortes no homem, passou para 2º lugar com o coeficiente de 15% de mortes nesta série.

Estas estatísticas têm sido confirmadas em outras partes dos E.E. UU. assim como alhures. Baseado nêstes cálculos, presume-se que por volta de 1970, um em cada 2 ou 3 homens que tenha contraído câncer, virão a ter câncer do pulmão. Isto quer dizer que, quer sejam especialistas de doenças do pulmão ou não, os clínicos estarão encontrando cada vez mais esta doença, e obviamente acentua-se a importância de se apreciá-la integralmente, assim como tratá-la.

(*) M. D. — F. A. C. S. — Cirurgião do Roosevelt e Bellevue Hospital. Prof. Associado do Colégio de Clínicos e Cirurgiões da Escola Médica de Columbia, N. Y. — City.

PATOLOGIA DA DOENÇA

Êstes tumores são catalogados em 3 grupos gerais. O primeiro é o tipo escamoso, ou o chamado câncer epidermoide do pulmão. É caracterizado pela proliferação de elementos escamosos da mucosa brônquica em todo blastoma. O segundo tipo é o adenocarcinoma que em seção representa proliferação de células do tipo glandular. O terceiro tipo é o indiferenciado ou tumor anaplástico que poderá ser de células pequenas ou grandes. O tipo de células pequenas representa o mais virulento ou o chamado de câncer do tipo de células de "aveia". Com exceção do tipo de células de "aveia", êstes cânceres se comportam via de regra como a maioria dos tumores, isto é, quanto mais cedo removidos, melhor será o prognóstico. O adenocarcinoma localiza-se de preferência na periferia do pulmão e tem tendência para fornecer metástases por via sanguínea.

O tumor do tipo escamoso localiza-se em geral no centro e tende a dar metástases por via linfática, antes de invadir os vasos sanguíneos. O tipo anaplástico pode se estender por via sanguínea, quer por via linfática se bem que o tipo da célula de "aveia" em geral se propaga primeiramente por via sanguínea. Não há todavia uma regra relativa a propagação dêstes tumores, nem poder-se-á usar à evidência do tipo de tumor, com que se está lidando, para se fazer um prognóstico seguro de 5 anos de sobrevivência do paciente, após a cirurgia. A única exceção desta possibilidade é a do tumor de células de "aveia" em que os resultados cirúrgicos são principalmente maus. De todos os tu-

moreos que eu encontrei dêste tipo de células de "aveia", segundo me consta, sòmente um sobreviveu além de 2 anos. Neste respeito, o tamanho do tumor não implica necessariamente em inoperabilidade, nem o fato de que êle tenha aumentado de tamanho, necessariamente queira dizer, que uma sobrevivência de 5 anos não possa ser obtida.

SINTOMAS

O câncer do pulmão é único, tendo-se em vista que aproximadamente 25 dos pacientes com a doença apresentam seus primeiros sintomas devido às metástases e não do tumor primitivo. Isto acentua o fato de que se os sintomas, involuem antes de levar o paciente a uma cirurgia exploradora, automaticamente 25% dos mesmos serão inoperáveis. Isto necessariamente portanto, levará o clínico a apreciar alterações iniciais radiológicas da doença, fazendo-o aceitar o fato de ser essencial para êle trazer o paciente com sinais radiológicos suspeitos para a mesa de operação sem aguardar um diagnóstico positivo. Se tal não fôr seguido, poderá acarretar a vinda do paciente à mesa de operação num estado tal ainda de operabilidade pulmonar, mas dois ou três anos depois o paciente morrerá de metástases que terão sido enxertados durante o período em que o clínico estava procurando pesar o risco da operação cirúrgica contra a possibilidade do paciente ser portador de um câncer pulmonar. Os cinco sintomas mais freqüentes do câncer do pulmão são: tosse, hemorragia, perda de peso, ruidos estertorosos e dor. Dêstes, a tosse é o mais freqüente mas é o mais decepcionante porque um pacien-

te freqüentemente poderá ter uma tosse antiga e adquirir a doença durante o processo de sua bronquite crônica. Sangramento e dor constituem em geral indicação de um estágio mais avançado da doença e são observados mais freqüentemente em tumores de localização central. A dor num tipo de tumor periférico será do tipo pleural ou indicará lesão da pleura quer por processo inflamatório quer neoplásico. Quando fôr esta a causa, o tumor comprometerá a parede torácica manifestando-se gradativamente pela erosão das costelas nesta zona. Os estertores são em geral causados pela obstrução parcial do brônquio pelo tumor, conjuntamente com uma porção de mucos que se prende entre o tumor e a parede oposta do brônquio de maneira a obstruí-lo temporariamente. No tipo periférico, o tumor poderá adquirir grandes dimensões sem sinal clínico algum de sua presença de maneira que no momento da primeira radiografia, êle já obstruiu completamente o brônquio. Esperar que os sintomas se apresentem ou usá-los como critério de presença do câncer obviamente é esperar complicação que automaticamente diminuirá o tempo de sobrevivência de 5 anos conseguido por qualquer tipo de cirurgia empregada nestes casos.

DIAGNÓSTICO

O melhor método de diagnóstico do câncer pulmonar, obviamente é pelo uso dos Raios-X. Devido à facilidade com que uma pequena sombra possa ser verificada contrastando com o tecido pulmonar normal, é possível com os Raios-X, constatar um pequeno câncer do pulmão, que esteja pre-

sente na periferia. A localização central dos tumores não será observada ao exame radiológico, até que êles obstruam os brônquios e denotem sua presença pela atelectasia do segmento ou do lóbulo pulmonar. Crescendo como êles fazem, na mucosa da parede brônquica, êstes tumores podem ocluir a luz do brônquio e estender-se para fora através os tecidos vizinhos e daí pelos linfáticos ou por extensão direta, invadir os vasos sanguíneos. Êste grupo dará precocemente metástases linfáticas e mesmo invasão da corrente circulatória antes que a presença do tumor seja notada aos R. X. O tipo periférico do tumor poderá estender-se por via linfática ao hilo ou à circulação geral por via da corrente sanguínea. Ao mesmo tempo êstes tumores podem estender-se para fora para invadir as pleuras visceral e parietal e secundariamente invadir a parede costal com erosão das costelas. Secundariamente, uma pneumonia não curada, insuspeita, situada perifêricamente no pulmão pode ser suspeitada inicialmente como sendo tumor maligno devido ao comprometimento costal. Quando o comprometimento mediastínico torna-se mais acentuado, os nervos Frênico e até mesmo o laríngeo podem ser envolvidos pelo tumor. A paralisia do diafragma bem como das cordas vocais, não indica necessariamente a inoperabilidade, mas representa um estágio mais avançado da doença. A localização alta dos tumores, no ápice do lobo superior, por outro lado, com seu progresso para comprometer a parede costal com invasão do plexo braquial, pode inicialmente indicar sua presença, devido a dor pelo braço. O chamado tumor de Pancoast ou tumor do sulco superior

é de origem brônquica e, quando os sintomas estão presentes, geralmente indicam um estágio mais avançado do que quando localizado no pulmão. Finalmente, um câncer do pulmão diagnosticado, envolvendo o mediastino com compressão dos grandes vasos apresenta a chamada síndrome mediastinal superior com elevação da pressão arterial nos braços, pescoço e cabeça, como um resultado da compressão da veia cava superior. Este comprometimento massivo dos órgãos mediastínicos denota a última etapa do câncer pulmonar. Ao lado dos R. X. como meio de identificação do câncer, dois outros métodos apresentam-se com algum valor no auxílio do diagnóstico: a broncoscopia com biópsia e o esfregaço de Papanicolau nos lavados brônquicos. Antigamente antes que a interpretação radiológica tivesse alcançado o lugar de destaque que ora ocupa, a broncoscopia era o mais importante método de diagnóstico. Uma biópsia na broncoscopia era suficiente para contraindicar ao risco operatório. Desde então grandes séries de carcinoma indicam o melhor prognóstico nos casos em que a exploração foi realizada apesar da biópsia negativa. Isto estabelece o princípio que a broncoscopia seria encarada somente como meio adjunto ao diagnóstico cirúrgico e não como critério para exploração de um paciente com possível carcinoma pulmonar.

Do mesmo modo, o esfregaço de Papanicolau tem levado pacientes à mesa de operação que poderiam além disso, ser tratados clinicamente por um longo período devido à falha do diagnóstico. Atualmente, a importância do esfregaço de Papanicolau ser positivo, reside em um grupo relati-

mente pequeno, no qual, o diagnóstico foi mascarado por uma supuração crônica. Como nos casos com broncoscopia positiva, o prognóstico atualmente é mais favorável se um paciente pode ser explorado antes que seus lavados brônquicos tornem-se positivos.

Considerando-se a broncoscopia e o uso do esfregaço de Papanicolau como detectores das células carcinomatosas, é no entanto da máxima importância ter-se em mente que uma sobrevida de 5 anos dependerá do paciente ser levado a uma operação precocemente em sua doença. Quando ele possa ser explorado antes que o diagnóstico seja estabelecido, suas oportunidades de uma sobrevida por 5 anos, serão maiores.

CONTRAINDIÇÃO À CIRURGIA

Até o presente momento, a cirurgia é considerada como o único meio de cura do câncer pulmonar.

Devido usualmente ser impossível determinar a extensão do crescimento e, oportunidade para uma remoção completa do tumor explorado, vários casos deverão ser explorados quando a doença estiver localizada no tórax. A terapêutica pelas irradiações é empregada seletivamente naqueles casos que já progrediram além do ponto de ressecção prescrito por ocasião da operação.

Seu principal benefício é obtido nos casos com comprometimento mediastinal massivo no qual a cirurgia falha.

Na avaliação pré-operatória dos pacientes, as contra indicações à cirurgia, no entanto, incluirão aquelas casos nos quais a doença estende-se

para fora do tórax dando tal comprometimento que qualquer cirurgia feita seria sem valor.

Outro grupo no qual a cirurgia é sem valor é aquele de pacientes cuja reserva respiratória esteja tão baixa que a remoção de qualquer tecido pulmonar não seria tolerada. Estes pacientes devido ao acentuado enfisema e fibrose podem apresentar-se com tão marcada dispnéa e insuficiência pulmonar que a cirurgia é considerada fora de propósito. Tais pacientes prestam-se à irradiação se cuidadosamente administrada, evitando a fibrose de tecido pulmonar normal distante.

O 3º grupo de pacientes no qual a cirurgia é contra indicada é aquele nos quais uma doença associada é tão predominante que o quadro clínico primário não é aquele do câncer, mas sim de outra doença.

A tuberculose disseminada é um exemplo disto no qual o câncer pulmonar não pode ser resolvido cirurgicamente, devido à doença associada.

INDICAÇÕES PARA A CIRURGIA

A cirurgia geral para o câncer pulmonar está indicada naqueles pacientes cuja doença acha-se localizada no tórax e que têm um equilíbrio cárdio-pulmonar suficientemente bom para suportar a exploração.

Com respeito a presença da doença coronariana com esclerose coronária ou mesmo um enfarte relativamente recente não há necessariamente uma contra-indicação para a exploração.

Um enfarte recente com continuadas alterações no E. C. G. determina um retardamento na cirurgia até que

a situação cardíaca do paciente possa ser estabilizada.

ESCOLHA DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Provavelmente a mais importante decisão de um cirurgião tem que ser tomada por ocasião da exploração e quando confrontada com um câncer pulmonar é a escolha do procedimento operatório.

As recentes evidências nas lobectomias para o câncer, quando este procedimento seria empregado somente para aqueles pacientes nos quais se percebe que a remoção completa do pulmão torna-lo-á insuficiente em sua reserva pulmonar. A remoção do lobo é provavelmente o procedimento de escolha, no entanto, no grupo de pessoas com idade além de 70 anos, quando a doença acha-se localizada em apenas um lobo, e quando o paciente torna-se um descompensado respiratório seria necessário a completa remoção do pulmão. Por outro lado, a pneumectomia oferece um caminho mais seguro de se excisar completamente o tumor e seria usada em pessoas mais jovens, que não necessitam tão desesperadamente do parênquima pulmonar, como as pessoas idosas.

A pneumectomia radical incluindo a dissecação, mediastíncia e excisão dos tecidos linfáticos vizinhos, desde a base até a artéria pulmonar e pericárdio em continuação à remoção do pulmão é a operação de escolha quando o câncer se propaga por via linfática. Tão extensa operação não terá nenhum valor para aqueles pacientes cuja doença propaga-se pela corrente sanguínea.

Como torna-se impossível de antemão determinar-se se as metástases, ocorrem por via linfática ou hemática, a operação radical é usualmente praticada em pacientes cujas condições permitam uma cirurgia complementar.

O 4º grupo no qual a cirurgia tem valor, exclue os pacientes que sofram de sintomas de sua doença inicial, embora o comprometimento pulmonar massivo, exija a excisão completa da propagação secundária do tumor. Estes pacientes estarão mais confortáveis seguindo-se a excisão do tumor primário pela eliminação dos sintomas hemorrágicos e supuração. Esta cirurgia não é curativa, mas pela remoção do foco primário da doença a propagação pode então ser tratada pelas irradiações.

A irradiação de um pulmão na presença de um brônquio obliterado resultará numa futura necrose do tumor com hemorragias contínuas e supuração que podem rapidamente tornar-se fatais.

RESULTADOS DA CIRURGIA

Como em grandes séries de operação de câncer, os resultados da cirurgia do câncer pulmonar dependem inteiramente do estágio da doença, por ocasião do envio da doente à mesa de operação.

O tipo de tumor periférico no qual a doença pode facilmente ser suspeitada precocemente e levado a mesa de operação pelo diagnóstico, obviamente terá mais possibilidade de sobrevida média de 5 anos e portanto mais longa que nos tumores que tenham invadido o mediastino. As localizações centrais dos tumores dão sintomas precocemente, mas comprometem os lin-

fáticos mais rapidamente que as do tipo periférico. Elas são mais frequentemente encontradas precocemente com comprometimento ganglionar linfático que as do tipo periférico da doença.

Até o presente momento, a média de sobrevida além de 5 anos para o câncer pulmonar é aproximadamente de 8%, embora os dados variem dependendo se os adenomas brônquicos forem ou não incluídos nas séries.

Como ninguém empregou a operação radical para o câncer pulmonar, há mais de 5 anos, torna-se impossível avaliar, os resultados desta operação em termos de 5 anos de sobrevida até o presente momento. Isto, no entanto, pode ser raciocinado que, como esta operação é usada cada vez mais para o câncer pulmonar mesmo incluindo o tumor periférico, os resultados melhorarão. Na série do autor, casos têm sido verificados com comprometimento dos gânglios mediastínicos, nos quais a sobrevida além de 4 anos sem evidência ou recorrência da doença, tem sido observada. Isto estabelece o fato de que a cirurgia radical está justificada e que seu valor será óbvio, especialmente nos casos em que os gânglios mediastínicos estejam envolvidos. A cura da tumor do tipo de célula de "aveia", provavelmente será conquistada com o diagnóstico precoce isolado e antes que o tumor tenha invadido a corrente sanguínea.

SUMÁRIO E CONCLUSÕES

No sumário do presente conhecimento do câncer pulmonar é necessário encarecer que os sintomas são relativamente de pouca significação e que a cirurgia é a única cura para a

doença. Quando a doença progride envolvendo o mediastino, a cirurgia torácica pode com experiência estender-se e incluir a dissecação radical dos gânglios linfáticos e assim aumentar as possibilidades de cura para o paciente.

A terapêutica pelas irradiações será de valor como paliativo na doença e, seria empregada em grande maioria, nos casos que estejam comprovadamente inoperáveis. É especialmente importante, afim de se obter uma so-

brevida além de 5 anos, que os pacientes com dados radiológicos, suspeitos sejam levados à mesa de operação precocemente, no intuito de que o diagnóstico possa ser feito pela exploração. Sòmente pela concentração na apreciação das várias fases desta doença que uma sobrevida de 5 anos será obtida pela cirurgia. Últimamente, aproveitando-se do mediastino à parede torácica, os cirurgiões demonstram que casos que por outro modo eram considerados inoperáveis, podem ser aliviados e curados.