

Cáncer del Pulmón

El cáncer primitivo del pulmón se observa más comunmente en el nombre de los cincuenta a sesenta años-

Se ha invocado en su génesis la regla de que las pneumopatías crónicas crean un estado pre-canceroso. Esta teoría no puede ser generalmente admitida, puesto que en la clínica no es raro ver desarrollarse cánceres en sujetos indemnes de toda afección pulmonar anterior.'

Los cánceres secundarios se observan más frecuentemente. Todos los epitelomas, los sarcomas viscerales, los osteo-sarcomas pueden dar una metástasis en el pulmón, que en el caso de cáncer torácico puede hacerse por una propagación bronquial y en el caso de cáncer abdominal por vía venosa o linfática.

En los cánceres primitivos del pulmón se pueden descubrir diferentes tipos: una forma circunscrita bien limitada en un punto cualquiera del pulmón susceptible de excavar, una forma lobar infiltrando todo un lóbulo, una forma masiva que se caracteriza por su extensión, una forma pleural desarrollada" en superficie y una forma nodular constituida por múltiples nódulos diseminados en el parénquima de uno o de los dos pulmones.

Los cánceres primitivos de la pleura han sido descritos unos como endoteliomas, los otros como sarcoma, pero la histogénesis de estos tumores presentan ciertas veces puntos inciertos.

En la observación que describiré a continuación creo que se trata de un cáncer pulmonar de origen pleural.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

La señora E. de E., de 40 años de edad, casada, de oficios domésticos, originaria de San Pedro Sula, ingresó al Primer Servicio de Medicina de Mujeres quejándose de dolor torácico y disnea.

Anamnesis próxima

Refiere la paciente, que hace 9 meses principió su enfermedad' por un ataque de gripe, caracterizado por catarro de las vías respiratorias superiores, fiebre, cefalalgia y lasitud general. Cuatro * días después del comienzo sintió bruscamente un dolor fijo, de mediana intensidad, localizado en la región mamaria izquierda, acompañado de disnea y tos con expectoración mucopurulenta. Dos semanas más tarde se atenuaron notablemente estos síntomas, pudiendo la enferma reanudar sus ocupaciones, aunque con ligero dolor torácico y disnea con ocasión del ejercicio.

Tres meses después sintió acentuarse su dolor en la región mamaria e irradiarse a la región subaxilar *del* mismo lado; y dice ' que un mes más tarde le practicaron un examen radioscópico pulmonar, mediante el cual le diagnosticaron "pleuresía del lado iz-

Se practicó una punción exploradora del tórax y sólo se logró extraer una pequeña cantidad de un líquido francamente sanguinolento.

Exámenes complementarios

Sangre: Glóbulos rojos, 2.580.00; Glóbulos blancos, 6.700.

Hemoglobina, 60%; Hematozoario, 0.

Reacción de Kahn: 0.

Orina: norma. l

Espujo: 0 por bacilo de Koch.

Rayos X: Tumor intratorácico izquierdo, de forma redondeada que abarca los dos tercios inferiores del hemitórax; desviación de los órganos del mediastino hacia la derecha; destrucción parcial del cuerpo de la 7° y 8° vértebras dorsales.

Consideraciones sobre el diagnóstico

De la historia que nos cuenta y de los datos obtenidos clínicamente y de los datos de laboratorio, resaltan los hechos siguientes:

- 1°—Se trata de una paciente de 40 años, que desde hace nueve meses viene presentando un cuadro clínico con localización torácica y cuyas manifestaciones parecen de origen pleural.
- 2°—Esta enfermedad ha evolucionado por brotes sucesivos y crecientes en intensidad, acompañada de una desnutrición y anemia también progresiva.
- 3°—La existencia de signos de compresión vascular y nerviosa, como son: el edema de la pared torácica y las irradiaciones dolorosas hacia el miembro superior izquierdo.
- 4°—La desviación de los órganos del mediastino, atestiguada por el desplazamiento de la punta del corazón, y el dolor esofágico a la deglución de los alimentos sólidos.
- 5°—La comprobación de un abombamiento del tórax, abolición de las vibraciones vocales, abolición del murmullo vesicular, macidez absoluta, juntamente con signos de insuficiencia respiratoria.
- 6°—La toracentesis que sólo da salida a una pequeña cantidad de líquido francamente hemorrágico, intervención que no alivia la disnea intensa que acusa la paciente.
- 7°—La escasez de la expectoración con ausencia de esputos hemoptoicos o en jalea de grosellas.
- 8°—Por último, la comprobación radiográfica de un tumor intratorácico con destrucción parcial del cuerpo de algunas vértebras dorsales.

Considerando estas razones me inclino a creer que se trata en este caso de UN CÁNCER PULMONAR DE ORIGEN PLEURAL.

Tegucigalpa, D. C, 15 de mayo de 1943.

Manuel CACERES VIJIL.