

---

# Carcinoma Bronquiogeno

---

Drs. Rigoberto Alvarado, Cornelio Corrales, Adán Cueva

---

El cáncer del pulmón, en un tiempo considerado como una rareza, es hoy en día una de las neoplasias malignas que con más frecuencia nos encontramos.

El interés que tales neoplasias han despertado, es particularmente vehemente en las grandes clínicas especializadas en patología torácica, cuyas estadísticas enormes hablan **elocuentemente**, PATOGENIA.—Se incrimina con frecuencia a la irritación crónica como causa del carcinoma bronquial, apoyándose en el hecho de que esta neoplasia se encuentra principalmente entre las personas que padecen enfermedades crónicas de los pulmones, o que están expuestas a atmósferas contaminadas con polvos, humos de diversas naturalezas, etc.

La frecuencia actual del carcinoma bronquial más que **real**; parece debida al aumento de una población de edad más avanzada y a la mayor exactitud de los métodos de diagnóstico que hacen posible su descubrimiento aún en su estado inicial.

SÍNTOMAS.—El interrogatorio de un paciente portador de esta neoplasia con frecuencia descubre, que ha habido un comienzo brusco o que desde hace algún tiempo viene sufriendo de una serie de síntomas, tales como tos seca y persistente-, dolores difusos, expectoración abundante, fétida o no, a menudo hemóptica. En ocasiones la hemoptisis suele ser mortal.

La forma apical se caracteriza por un síndrome al cual se designa con el nombre de Pancoast, y cuyas principales características son: 1) Dolor homolateral del hombro y del brazo, acompañado a veces de atroñas musculares; 2) síndrome de Horner del lado afectado, constituido por miosis con enoftalmos y estrechamiento de la abertura palpebral; también puede encontrarse atroña, anhidrosis e hipertemia local en la mitad de la cara correspondiente al lado enfermo; 3) Invasión de partes blandas, más destrucciones de las estructuras óseas.

EXPLORACIÓN FÍSICA.—Al igual que los síntomas, los signos que se encuentran a la exploración física son debidos al crecimiento del tumor. Los signos imputables directamente a la neoplasia se encuentran con mayor frecuencia cuando está afectado uno de los bronquios principales. Las de localización periférica a menos que haya sido tomada la pleura son asintomáticas. Por lo regular los signos que proporciona la exploración física son dados por lesiones pulmonares secundarias, como atelectasias, supuraciones y procesos pleurales. Por desgracia todos estos signos suelen presentarse en etapas avanzadas de la enfermedad, escapándose por consiguiente, de esta manera, todos los demás casos en donde la neoplasia se encuentra en sus primeras etapas.

**RADIOLOGÍA.**—La radiología moderna ha contribuido poderosamente a la pesquisa de estas neoplasias. Con el empleo cada vez más frecuente de ella, ha sido posible el descubrimiento de esta lesión en sus etapas más tempranas.

La expresión radiográfica del carcinoma bronquial es sumamente variada y para su mejor comprensión es necesario un ligero recuerdo anatómico y fisiológico de pulmones y bronquios, al mismo tiempo que la anatomía patológica de la lesión que nos ocupa.

1 —Los pulmones divididos en tres lóbulos, el derecho y dos el izquierdo, están subdivididos en segmentos, los cuales a pesar de tener individualidad anatómica y funcional, carecen de expresión radiográfica, adquiriéndola solamente cuando son atelectasiados o se vuelven efisematosos.

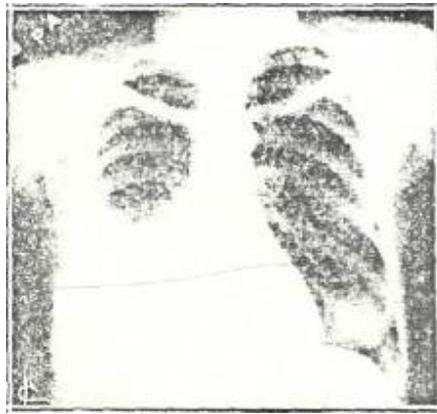


Fig. N° 1  
Zona de menor contenido aéreo ocupando parte de la base derecha.

*Infirmo Broncoscopico*

En el esquema adjunto a este trabajo se pueden apreciar todos estos segmentos pulmonares, en sus proyecciones frontal, lateral y mediastinal, con los bronquios que van a cada uno de ellos.

2 —Los bronquios, elementos tubulares, experimentan durante los movimientos respiratorios, cambios apreciables de su calibre. Durante la inspiración aumentan su calibre para disminuirlo en la misma medida durante la expiración.

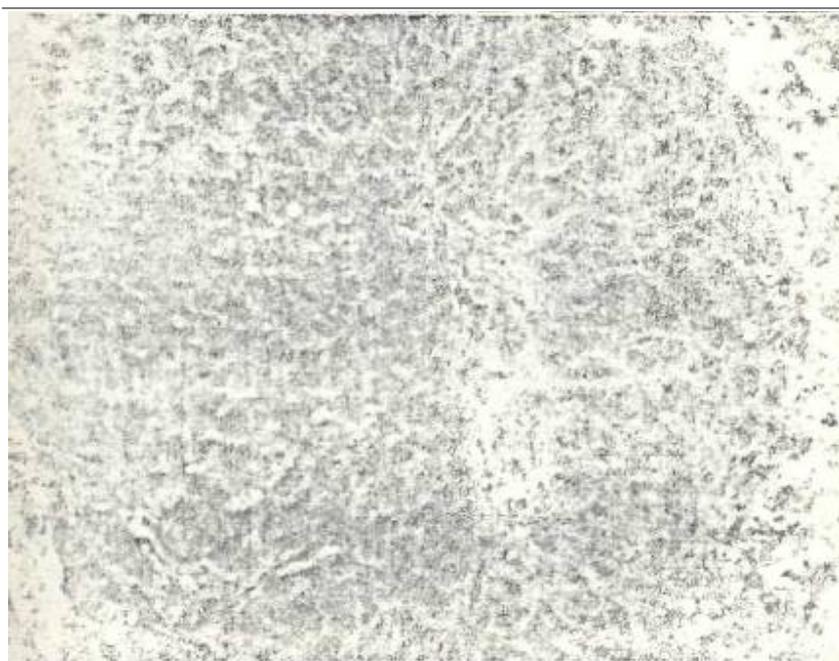
3 —En un 75% el carcinoma bronquiógeno tiene su localización en los bronquios de primer orden y en el 25% restante en los demás bronquios, designándose a estos periféricos, bien conocidos por su alta malignidad y facilidad con que interesan pleura, estructuras óseas y partes blancas.

La neoplasia que nace de la misma mucosa bronquial, se extiende en su crecimiento ya sea por debajo de dicha mucosa, invadiendo la luz bronquial o destruyendo todos los elementos de la pared del bronquio y demás tejidos vecinos.

Hecho esto recuerdo, es fácil comprender la diversidad de imágenes del carcinoma bronquial.

Supongamos un carcinoma en cualquier bronquio, ocupando su luz total o parcialmente.

Puede suceder que el aire inspirado llegue hasta el pulmón franqueando el obstáculo, gracias al aumento de calibre del bronquio durante la inspiración, no pudiendo ser expulsado después por la misma disminución de calibre que acompaña a la expiración, razón por la cual se va progresivamente produciendo un enfisema de todo el pulmón, lóbulo o segmento, según corresponda la neo-



Microfotografía N°  
2

Proliferación atípica carcinoma bronquio derecho

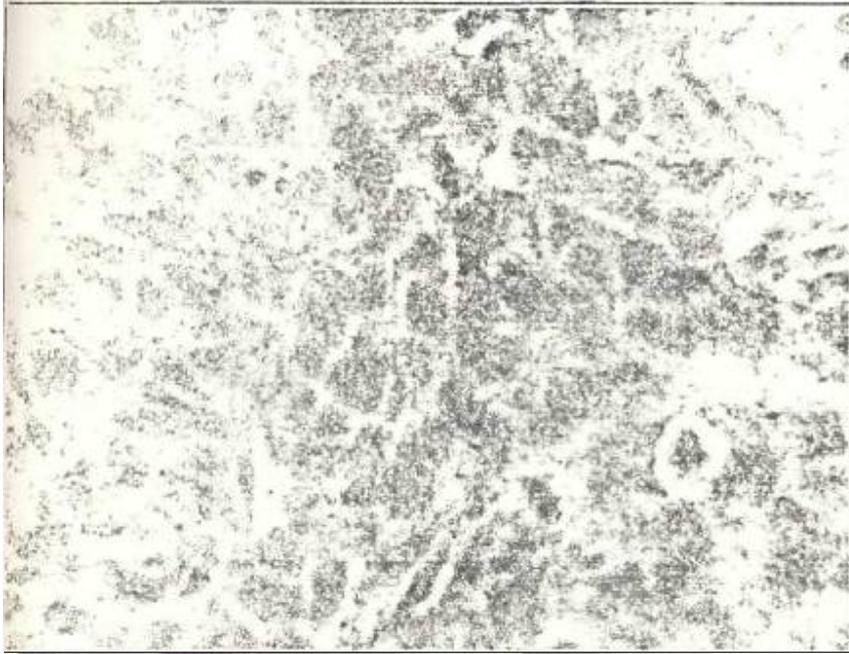
Instituto Patológico

plasia a un bronquio de primero, segundo o tercer orden, observándose, por consiguiente, en la radiografía, una mayor iluminación del pulmón, lóbulo o segmento.

Otras veces la neoplasia se opone tanto a la entrada de aire como a su salida debido a que por su gran tamaño ocupa sobradamente la luz del bronquio, en cuyo caso el aire pulmonar, lobar o del segmento, se va absorbiendo y por consiguiente, produciéndose una atelectasia, traduciéndose en la radiografía por una zona de menor contenido aéreo más los fenómenos compensadores propios de la atelectasia, tales como la retracción de los espacios intercos-

talos, elevación diafragmática y desviación del mediastino hacia el lado afectado.

La placa simple del tórax debe forzosamente ser complementada por las radiografías de perfil, al mismo tiempo que por la placa con gran penetración, y las tomografías, con lo cual se adquiere seguridad sobre la localización justa del tumor y se indaga sobre el estado de las estructuras óseas.



Microfano Nº 3

Gran aumento donde pueden apreciarse algunas mitosis y su caracter pavimentoso.

La broncografía es un elemento radiológico de gran valor y que no representa mayor riesgo cuando es practicada por alguien con experiencia en ella y ejecutada bajo control fluoroscópico, única manera de evitar los artificios que en radiología se producen cuando se examinan elementos tubulares con sustancias radiopacas.

A todo lo anterior debe agregarse las imágenes suministradas por las neoplasias abscedadas, que por más que se insista en que existen signos radiológicos para su distinción, no los hay, siendo prueba de ello la frecuencia con que se han confundido éstas con los abscesos pulmonares de cualquier otra naturaleza.

**BRONCOSCOPIA.**—La broncoscopia es un medio diagnóstico de gran valor. Con su empleo ha sido posible el descubrimiento

de procesos endobronquiales en sus etapas más tempranas, facilitando, por medio de la toma de tejidos sospechosos, o el lavado bronquial, indagar sobre la naturaleza de la lesión.

La visión directa de la lesión, el aspecto del espolón traqueal, especialmente su movilidad y las formaciones endobronquiales tales como los pliegues de tironamientos, (signo del embudo del Dr. Vence) son de gran valor para el broncoscopista.

### PRESENTACIÓN DE TRES CASOS DE CARCINOMA BRONQUIAL

L. G. de 57 años de edad, casada, vecina de Loarque, Tegucigalpa, consulta el 16 de Julio de 1952, por tos y fiebre.

En la Historia, nos relata: que hace un año, viene padeciendo de tos seca, leve, a veces acompañada de expectoración mucosa, pero generalmente improductiva, que le molesta más durante la noche y de dolor suave, en la base del hemitorax derecho, en su cara posterior. Hace aproximadamente tres meses tuvo un período febril de 20 días de duración, que fue precedido de intenso escalofrío, acompañado de exacerbación de la tos, que entonces se acompañó de expectoración mucopurulenta, aumento del dolor descrito antes, anorexia, malestar general e insomnio, La fiebre llegó hasta cuarenta grados por las tardes, teniendo remisiones por la mañana. Después la fiebre se hizo de tipo remitente, con varias elevaciones diarias y acompañada de gran postración, anorexia intensa, sudores nocturnos y emaciación rápida.

**HISTORIA FAMILIAR:** En 3a historia familiar lo único importante es que una hermana murió de cáncer de la matriz, hace cuatro meses.

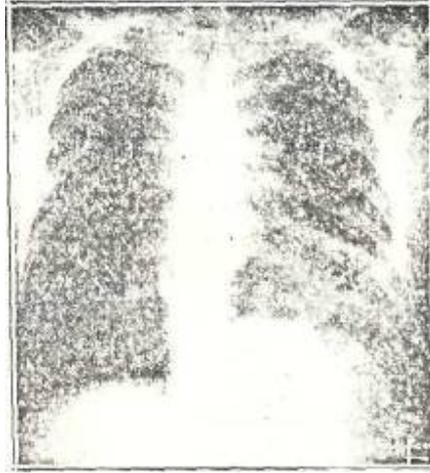
**APARATO RESPIRATORIO:** Tórax simétrico. Tipo respiratorio: torácico superior, con 26 respiraciones por minuto. Percusión: Submactés en la región intercapular izquierda y en la base derecha, junto a la línea media. Auscultación: estertores bronquiales gruesos, diseminados, excepto en la base derecha, donde hay disminución del murmullo vesicular. Frotos pleurales en la base derecha.

**EXAMENES DE LABORATORIO:** G. R. 3.600.000. G. B, 16.000. Neutrofilos 84%. Eosinofilos 2%. Linfocitos 14%. Hemoglobina 60%. Eritrosedimentación 20 en la primera hora. Esputo directo y homogenizado: negativo varias veces. **EXAMEN DE ORINA:** Normal Examen de Hece: Positivo por ascárides.

**INFORME DE ANATOMÍA PATOLÓGICA:** El caso que nos ocupa macroscópicamente pudimos constatar que se trataba de un tejido color blanquecino-grisáceo, poco duro. Microscópicamente, se presentaba un tejido pavimentoso, tipo frecuente en los carcinomas broncogénos, previa metaplasia. El mayor número de las células presentaba carácter basal, atípicas inmaduras, también se encontraban algunas pignóticas y abundantes mitosis, cuya sola presencia por su cantidad determina la malignidad de esta clase de blas-

tomas. No encontramos asociación de otra clase de lesiones, cosa que es importante descartar ya que bien pueden estar asociados a otra patología.

Las microfotografías que acompañamos son lo bastante elocuentes en el presente caso.



**Fig. N° 4**  
Zona de Atelectasia de la base derecha, es muy notorio la desviación mediastino **hacia** el lado derecho, disminución de los espacios **intercostales y metastasis linfoganglionares** hiliares y paratraqueales del mismo lado.

## SEGUNDO CASO

A. G., de 47 años de edad, casado, residente en Tegucigalpa, se presenta a consulta por dolor en el hemitórax derecho, tos seca al principio, sanguinolentos pocos días después.

Relata el paciente que hace aproximadamente tres meses sufrió por primera vez de ligero dolor en el mismo hemitórax y tos con expectoración con estrías sanguíneas, lo que pasados algunos días sedieron casi por completo sin ninguna medicación, razón por la cual no acudió a consulta en tal ocasión.

Posteriormente hace unos tres días se presentó el cuadro sintomático antes expuesto, con mayor intensidad y unos grados de fiebre, anorexia, malestar general e insomnio. La tos, el síntoma que más le molesta, aumenta en la posición horizontal, produciéndole casi asfixia, viéndose, por consiguiente, para contrarrestar tal situación, obligado a permanecer sentado, con lo que consigue mejoría.

Historia lejana, colateral y familiar sin importante.

APARATO RESPIRATORIO.— Abolición de las vibraciones vocales y matites de todo el hemitórax derecho.

EXAMENES DE LABORATORIO.— G. R. 42.000.000, G. B; U.000, Neutrófilos 83%, Linfocitos 15%, Eosinófilos 2%.

Orina Normal.

En la primera radiografía **que se le tomó** se encontró un derrame pleural total, el que **fue** evacuado en su totalidad, retirándose tres litros de un líquido francamente hemático.

Enviado de nuevo al servicio de Rayos X, se descubrió una zona de atelectasia de la base pulmonar derecha, constatándose por las radiografías penetradas y de perfil, que dicha zona de menor contenido aéreo correspondía a los segmentos basales.

Nota: Obsérvese en la radiografía la disminución de los espacios intercostales, ligera desviación del mediastino hacia el lado derecho, las irregularidades del calibre bronquial y las metástasis linfoglioniarias hiliares y paratraqueales del mismo lado.

En el producto de la expectoración se encontraron abundantes células neoplásticas.

Posteriormente el paciente presentó signos de compresión vascular, desarrollando gran edema de cuello y tórax, principalmente del lado derecho, muriendo más o menos a los dos meses.

#### TERCER CASO

E. S., de 56 años de edad, casado y de esta localidad, se presenta al servicio de Radioterapia del Hospital San Felipe a solicitar unas aplicaciones de radioterapia por recomendación de una clínica de Norteamérica, en donde se le diagnosticó una neoplasia bronquiógena del lado derecho.

La radiografía que nos presenta, muestra una zona de menor contenido aéreo apical derecho, la cual motivó la intervención quirúrgica que se *lo* practicó y que constató el grado avanzado de la lesión que el departamento de anatomía patológica reportó como carcinoma bronquial.

---

---

## Nota Bibliográfica

Como un obsequio de la Legación de **Francia**, ha **recibido** la facultad de **Medicina** y Cirugía, de nuestro país, un **ejemplar** del libro intitulado «**Medicina Francesa—1953\***», interesantísimo volumen que contiene una Síntesis de los **principales** avances de la Medicina y la **Cirugía** francesa durante el año de **1951**.

La obra ha sido editada bajo la dirección de *los* Doctores Pasteur Vallery Rodot, Lucien de Gennes. Claude Saroche y Eduardo Benzecry.

Por medio de estas líneas, nuestra Facultad rinde las más expresivas gracias a la Legación de Francia.