

Un Caso de Carcinoma Pulmonar, Revisión y Comentario de Otros Casos Observados

Por el Dr. GUSTAVO ADOLFO ZUNIGA

- I.—Introducción.
- II.—Conceptos Generales.
- III.—Presentación de un caso observado.
- IV.—Revisión de los casos observados hasta la fecha.
- V.—Consideraciones.
- VI.—Conclusiones.

El objeto de este trabajo es presentar a la consideración de Uds. un nuevo caso de carcinoma pulmonar, y al mismo tiempo, informarles el resultado de la revisión de 14 casos observados en varios centros hospitalarios de Tegucigalpa, D. C., durante los últimos 12 años.

Durante ese tiempo, ha sido muy irregular la incidencia de carcinoma pulmonar en nuestro medio. Muy infrecuente al principio, ha ido creciendo a partir de 1952, época en la cual, la broncoscopia y la histopatología, vinieron a auxiliar nuestros diagnósticos.

Esta aseveración se hace patente, si consideramos que las tres cuartas partes de los diagnósticos de carcinoma pulmonar han sido hechos en los últimos 5 años.

La revisión de estos casos se ha realizado a base de datos obtenidos en los archivos de diversos centros, en los cuales la documentación a veces insuficiente ha sido respaldada por el reporte histopatológico encontrado en el récord del especialista.

En los casos de carcinoma pulmonar comprobados con histopatología, el material diagnóstico por la mayor parte ha sido obtenido por broncoscopia, uno por lavado bronquial y otro más por el examen de la pieza después de la autopsia.

CONSEPIOS GENERALES

Universalmente, en los últimos 10 años, se ha observado un aumento evidente del carcinoma pulmonar, y esto se puede, deber, a un mejor diagnóstico de la enfermedad, o bien —como sucede

con otras neoplasias— a que lleguen mayor número de **personas**, gracias a los adelantos de la **geriatria**, a una edad más avanzada. Como posibles causas de mayor incidencia se han mencionado también, el incremento mayor en el hábito del fumado, el empleo de brea en las carreteras y la corrupción del aire de las grandes ciudades debido a gases y vapores industriales.

El hecho de que el carcinoma primario del pulmón sea broncogénico, nos hace ver la íntima relación que puede existir con un factor extrínseco irritante, que por inhalación puede producir proceso irritativo u obrar directamente como sustancia cancerígena, y es bien sabido la alta incidencia de cáncer **pulmonar** entre los trabajadores de cobalto, de asbesto, y muy recientemente en los que se exponen a la acción de materiales radioactivos. El 80% de los cánceres del pulmón se inicia en las ramas de uno de los bronquios principales, de aquí la razón porqué el mayor número de las formas incipientes ha sido diagnosticado por la **broncoscopia** y biopsia directa del bronquio, y porqué también la radiografía pulmonar ofrezca imágenes definidas hasta que el **parenquima** ha reaccionado con atelectasia por obstrucción bronquial y cuando las masas tumorales dan en la radiografía sombras nítidas.

En algunas clínicas de Estados Unidos fallecen, por lo menos, 15.000 individuos cada año, afectados de cáncer pulmonar, al grado de que ha sido colocado como frecuencia de muerte en tercer lugar, después el cáncer del estómago.

No hay nada patognomónico en la sintomatología del cáncer pulmonar, la cual puede simular cualquier **neumopatía** aguda o crónica; sin embargo, debe considerarse como sospechoso todo individuo mayor de 40 años que se queja de tos crónica y respiración sibilante. Este último síntoma induce frecuentemente a la sospecha de una mediastinitis o compresión de los bronquios mayores por una masa tumor al.

El dolor es síntoma que no debe despreciarse, acompañado de pérdida de peso y la disminución progresiva de la capacidad respiratoria, debe invitarnos a practicar broncoscopia.

Otra manifestación de gran valor es la ingurgitación venosa del tórax y base del cuello por compresión de **las venas torácicas**. **En** caso de compresión nerviosa también se pueden observar dolores irradiados al plexo **braquial**, y si interviene infección secundaria puede enmascarar neumonía de carácter **subclínico**. Incluso la invasión prematura de la pleura hace semejar el principio de la enfermedad a una pleuresía aguda con derrame y disminución progresiva de la capacidad respiratoria. Los signos objetivos **son** comunes con otras afecciones pulmonares.

Los signos obtenidos por la clínica deben ser ayudados por los diversos procedimientos que la radiología, anatomopatólogo a y tomografía nos ofrecen: el lavado bronquial para examen citológico (Papanicolaou), la biopsia directamente tomada de lesión sospechosa; el examen directo del esputo, buscando células, neoplásicas; la radiografía y tomografía pueden demostrar ulceraciones y estre-

chamiento del lumen de los bronquios, incluso la broncografía podría mostrarnos sombras tumorales por oclusión bronquial.

Cuando el tumor es periférico, la biopsia por broncoscopia y el lavado bronquial pueden ser frecuentemente negativas, debiendo usarse la punción del tumor a través de la pared torácica con aguja gruesa y aspiración.

Si el neoplasma produce derrame pleural, el examen de éste puede evidenciar células cancerosas.

En ocasiones especiales, la biopsia puede ser obtenida de metástasis ganglionares.

Los únicos casos de cáncer pulmonar que se consideran clínicamente curados son los que han sobrevivido 5 años a la pneumonectomía. La mortalidad continúa siendo elevada, 11.6 por ciento mueren durante el período operatorio, y el 15 a 20 por ciento mueren antes de los 5 años. Es de esperar que con los progresos de la técnica operatoria, los nuevos conceptos e investigaciones de la fisiología pulmonar, los adelantos crecientes de la anestesiología, transfusiones y antibióticos y la posibilidad del uso de isótopos radioactivos, los que mejoren el índice de mortalidad.

Algunos tumores indiferenciados responden al principio a la radioterapia, pero recidivan prontamente; el adenocarcinoma usualmente no responde a la radiación.

Los modernos tratamientos con mostaza nitrogenada, beta-cloretileno melamina, intravenosa o directamente en el tumor son, como la radioterapia, tratamientos paliativos.

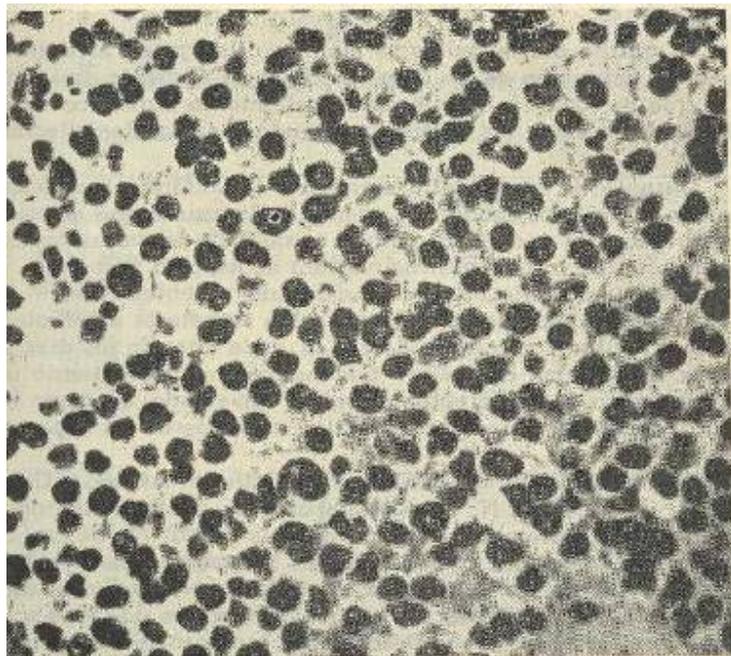
PRESENTACIÓN DE UN CASO OBSERVADO

P. S., de 73 años, soltera, telegrafista, fue internada en La Policlínica, S. A., con dolor en el costado derecho y dificultad para respirar.

Enfermedad actual: la paciente se encontraba gozando de buena salud hasta tres días antes, en que fue presa de malestar general y dolor en la base del tórax, que se propagaba hacia el flanco derecho y base del cuello, que se hacía manifiesto cuando respiraba profundamente y al toser. Dos días anteriores había notado catarro de las vías aéreas superiores y cierta molestia en la garganta, que atribuyó a resfrío. El día anterior al ingreso a la clínica fue presa de molestia para respirar, lo que hacía dificultosamente y con ruido sibilante, con marcado tono de la voz y de la tos, que se hizo ronca y apretada; en estas circunstancias manifestó opresión a nivel del cuello, calofrío y estado febril, por lo que consintió ser internada en La Policlínica.

Examen físico. —Reveló que se trataba de una paciente bastante adelgazada, con enfermedad aguda, disneica, con marcado dolor en el tórax, con facies de sufrimiento y marcado nerviosismo, que se mantenía mejor en posición sentada. Para someterla a examen fue necesario suministrarle una ampolla de Demerol. Ojos: pterigiones en ambos lados, conjuntivas pálidas, tenía defecto de refracción corregido con lentes. Boca; lengua seca, prótesis denta-

rias. Nariz y garganta: normales. En el cuello se observaba marcada ingurgitación venosa y una tumoración en la fosa supra-clavicular derecha del tamaño de una mandarina, que a la palpación era dura, aparentemente fija a los planos profundos, indolora y constituida de masas no individualizabas. En el resto del cuello, sólo llamaba la atención algunos nuevos telangiectásicos a nivel de la horquilla esternal. Tórax: marcada escoliosis con lordosis, asimetría torácica, mamas péndulas aparentemente normales. A la percusión, había aumento de la sonoridad en el lado izquierdo y submatidez en el hemitórax derecho; se apreciaba acentuado cornaje en las inspiraciones profundas. Como signos acústicos, no se encontró más que estertores sibilantes en el hemitórax izquierdo y disminución de la ventilación pulmonar en la base derecha. Abdomen: adiposo, blando, cuadro cólico algo doloroso, no se apreciaban masas tumorales, existía dolor a la palpación en el ángulo costovertebral derecho, poco en el izquierdo. No se hizo examen ginecológico debido al mal estado de la paciente. No se encontró ningún dato digno de mención en el resto de la exploración. Temperatura: 37.8 C, pulso, 100, P. A. 180/90. Tonos Y percusión cardíaca, normal. **Antecedentes personales.** —Desde hacía 4 años su salud había desmejorado notablemente. A la edad de 57 años le diagnos-



CARCINOMA ANAPLASICO de ganglio linfático supraclavicular, metastático de pulmón

ticaron hipertensión arterial, la cual había sido tratada en diversas formas y ocasiones, manifestando mejorías y recaídas diversas. Desde hacía 3 años sufría de estado vertiginoso. No fumaba ni había sido adicta a bebidas alcohólicas.

Antecedentes hereditarios: —Sin importancia.

Con anestesia local se practicó biopsia de la masa tumoral, que se envió al anatomopatólogo.

Exámenes de laboratorio. —Sangre: Reacción de Kahn, negativo. G. Rojos, 3.910.000; G. Blancos, 10.400; Neutrófilos, 80%; P. Eosinófilos, 2%; Linfocitos, 15%; Monocitos, 3%. Examen de heces: quistes de amibas. Examen de orina: albúmina, fuertes trazas; pigmentos biliares, negativo. Microscópico; leucocitos Y epitelios. Examen de esputo: negativo por Bacilo de Koch. Reporte radiológico: moderado estado congestivo de las bases. Área cardíaca aumentada de tamaño. Aorta dilatada con placas de ateroma, escoliosis. Reporte control después que había desaparecido en parte la congestión: se observa proceso infiltrativo de la base derecha, que deseamos seguir controlando.

La enferma fue tratada con antibióticos, terramicina 100 mgrs. cada 8 horas, y se mantuvo en posición semisentada durante todo el tiempo de la hospitalización. Al cuarto día aumentó la disnea, la enferma pasó intranquila e insomne, rechazó todo alimento, inclusive los líquidos, por lo que se le administraron 500 c.c. de suero de Dextrosa al 5%.

Al quinto día, el pulso se manifestó irregular, arrítmico, con marcada disminución de los tonos cardíacos y aumento de la disnea, por lo que se sometió la enferma a tratamiento digitálico en forma de Digilanid, 2 ampollas diarias, pensándose en un desfallecimiento **cardíaco**.

Durante el curso del tratamiento la enferma manifestó pesantez en el brazo derecho; un edema de la mano, que al principio fue atribuido a la venoclisis, se hizo manifiesto en pocas horas, con aumento progresivo por infiltración dura de aspecto linfoide.

Este cuadro disnéico fue mejorando notablemente, al grado que la paciente pudo ser movilizada para someterla a radioterapia, de la cual recibió 2 secciones de 500 rs. cada una. En los días subsiguientes, la enferma desmejoró marcadamente, presentando un estado adinámico e indiferente, entrando en estado de coma y muriendo después de pocas horas, 10 días después de su ingreso a la clínica.

«Dr. Raúl A. Durón, Patólogo; 5° Calle, 5ª Avenida, Comayagüela, D. C., Teléfono N° 20-62. —Reporte de Examen Anátomo Patológico N° 252. —Nombre: Perfecto Salinas. Edad: 72. Sexo: M. Médico remitente: Dr. Gustavo A. Zúniga. Hospital: «La Policlínica». Diagnóstico clínico: Ca. Pulmonar. Material enviado: Biosia de ganglio supraclavicular. Fecha de recibo: Septiembre 11/55. Fecha de reporte: Septiembre 14/55, Descripción macroscópica: La muestra consiste de dos fragmentos de tejido blando, gris rojizo, cada uno midiendo 1 X 0.5 X 0.3 cm. Descripción microscópica: No se observa estructura de ganglio linfático residual el cual ha sido totalmen-

te reemplazado por neoplasia epitelial en forma de cordones flojos de células con escaso protoplasma, pequeñas, casi redondas, de núcleos redondos hipercromáticos, sin muchas diferencias de tamaños entre sí y con abundantes mitosis. El carácter epitelial del neoplasma está casi destruido (anaplasia), pero es evidente este origen en algunas zonas aisladas donde semejan epitelio bronquial. Diagnóstico: CARCINOMA ANAPLASICO de ganglio linfático supraclavicular, metastático de pulmón. —**Dr. Raúl A. Durón.**

TABLA I

TIPO HISTOLOGICO	Casos revisados G. M. H. Washington, D. C.		Casos revisados diversos Centros Tegucigalpa, D. C.	
Carcinoma epidermoide	124	47%	8	88.9%
Adenocarcinomas	48	18%	—	—
Tipos indiferenciados	92	35%	1	11.1%
Histológicamente confirmados	264	100	9	100
Sin confirmación histológica	93		5	
TOTAL	357		14 casos	

TABLA II

Revisión de los casos de Carcinoma Pulmonar, 1944-55

CLASIFICACION SEGUN EDADES Y SEXOS

EDAD EN AÑOS	HOMBRES	MUJERES
Menores de 40 años	—	—
De 40 a 50 años	5	1
„ 51 „ 60 años	5	—
„ 61 „ 70 años	1	—
De más de 71 años	1	1
TOTAL	12	2
	85.71%	14.28%

REVISIÓN DE LOS CASOS OBSERVADOS HASTA LA FECHA
1944-1955

El material bibliográfico más reciente que pude encontrar en lo referente a carcinomas pulmonares, es el estudio de 357 casos de cáncer pulmonar, revisados en el Garfield Memorial Hospital de Washington, D. C, USA., durante los pasados 10 años, estudio que fue realizado por los Drs. Teodoro Windship y el compatriota Roberto Zepeda T. y publicado en el Medical Times en julio de 1955. De todos estos casos, fueron confirmados histopatológicamente, 264, los