

## Cáncer Primitivo del Pulmón

### ESTUDIO RADIOLÓGICO

*Por el Dr. MANUEL LARIOS*

Comprendemos en este estudio todos los tumores malignos del pulmón, sea cual fuere su punto de origen, así incluimos los de origen bronquial, los del parénquima (tumores peribronquiales o de intrusión) y los pleurales.

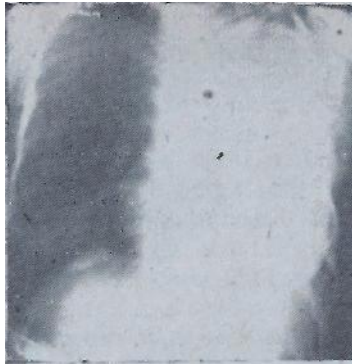
Todos los libros nos enseñan que los tumores benignos del pulmón son muy raros y la literatura nos dice que los malignos, considerados antes como rarezas, no se consideran hoy día como tales, por el contrario, su frecuencia ha aumentado en los últimos años. Si este aumento es absoluto o es simplemente la consecuencia de mayores facilidades de diagnóstico es lo discutible.

El hecho de haber observado en los últimos dos o tres años cinco casos de tumores pulmonares de naturaleza indudablemente maligna nos anima a reseñar aunque sea brevemente estos casos y a hacer algunas consideraciones sobre su diagnóstico, especialmente el diagnóstico radiológico.

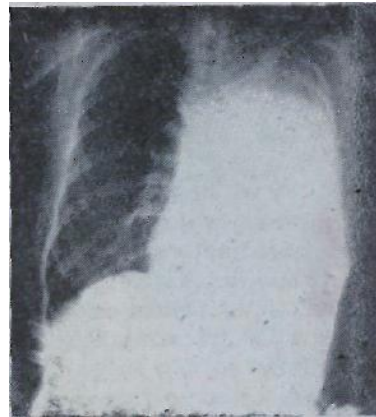
Radiológicamente, la determinación exacta del origen de un neoplasma pulmonar es muy difícil, a veces imposible. La imagen dependerá del efecto que el tumor ejerza sobre las estructuras vecinas. Agregando a esto que la mayoría de los casos nos llegan ya bastante avanzados y se comprenderá por qué es tan difícil su localización radiológica.

Existen dos grupos principales que por su imagen característica en la mayoría de los casos presentan un síndrome radiológico definitivo. Estos son el cáncer de la pared bronquial y el cáncer del parénquima o lobular.

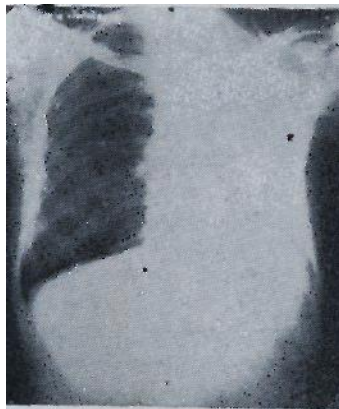
En el cáncer de la pared bronquial tenemos en primer término los tumores pequeños de la pared de un bronquio, estenosante. El tumor original puede no ser visible a los Rayos X, pero la estenosis origina un estado de atelectasia que se traduce por una opacidad densa, homogénea de uno o varios lóbulos pulmonares y a veces de todo el hemitórax. Esta es una atelectasia por reabsorción, llamada; también por compresión y no debe confundirse con la atelectasia por compresión o de colapso. La opacidad es total, uniforme, sus límites borrosos, el diafragma está casi siempre elevado y las estructuras del mediastino no están desviadas hacia el lado opuesto, frecuentemente están retraídas hacia el lado opaco. Esto es de suma utilidad en el diagnóstico diferencial con un derrame pleural. El diagnóstico diferencial de estas atelectasias es a veces bastante difícil. Una sombra como la descrita nos la da una neumonía masiva, un derrame pleural, un espesamiento pleural (pleuritis esclerosante y paquipleuritis). La neumonía se descartará por el estado ge-



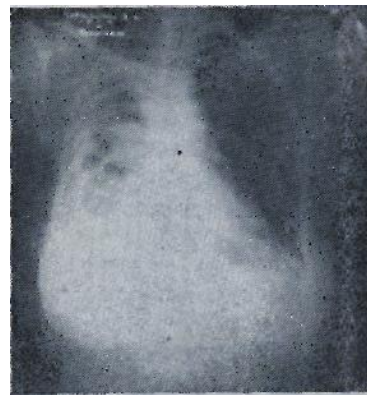
Cáncer primitivo del pulmón. (Forma bronquial estenosante. Atelectasia masiva del pulmón izquierdo, desviación de la tráquea. Síntomas de obstrucción bronquial. Punción negativa. Véase texto.



Cáncer primitivo del pulmón.. Gran derrame hemorrágico del lado izquierdo. Desviación paradójica del mediastino. Síntomas: tos, disnea. Muerte a los, tres meses..



El mismo caso después de extracción de 1.800 cc. de líquido hemorrágico. Persistencia de la opacidad demostrando espesamiento pleural.



Cáncer primitivo del pulmón Tumor perihiliar derecho. Derrame de la bases (hemorrágico). Síntomas: disnea, caquexia, seis meses de evolución...

neral, la historia del enfermo y los signos físicos. Tratándose de una neumonía masiva el enfermo estará tan grave que difícilmente conseguirá ponerle de pie para el examen. En los derrames las desviaciones del corazón y de las estructuras del mediastino serán hacia el lado opuesto. Con los espesamientos pleurales, pleuritis es-

clerosantes, fibrotórax, paquipleuritis, el diagnóstico diferencial ofrece mayores dificultades; en estos estados no hay desviaciones del mediastino hacia el lado opuesto, por el contrario, puede haber retracciones tal como en la atelectasia. Sin embargo, dos signos radiológicos se presentan en la atelectasia que pueden servirnos para establecer el diagnóstico. Primeramente el diafragma en esta afección está elevado, pero no paralizado, hecho fácilmente comprobable por medio de la fluoroscopia y en segundo lugar tenemos el hecho de que la tráquea en las pleuritis extensas de todo el hemitórax o casi todo presenta una desviación irregular, tortuosa y no uniforme o linear como en la atelectasia. Por último, la broncografía con lipiodol puede mostrar el lugar de la obstrucción bronquial. En los tumores de la pared bronquial no estenosantes falta después la atelectasia, que es producto de la obstrucción. Pueden manifestarse en la radiografía por alteraciones de la sombra hilar, desde el ensanchamiento de la sombra en forma difusa, con bordes mal definidos y deshilachados, hasta la aparición de grandes sombras tumorales, redondas, densas, homogéneas, haciendo saliente en el parénquima pulmonar: una verdadera adenopatía cancerosa. Otras veces la sombra hilar no ofrece grandes alteraciones, pero la desviación de los campos pulmonares se efectúa por medio de estrías opacas que siguen el surco de las ramificaciones bronquiales irradiándose por las vías linfáticas (los llamados *cordones cancerosos*). El otro grupo principal de cáncer pulmonar lo constituye el cáncer lobular del parénquima, peribronquial o de intrusión. Las

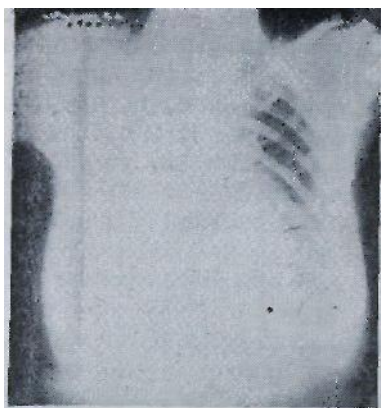
formas en este tipo son de lo más variadas, reducidas a simples términos puede decirse que se presentan ya sea como infiltración

lobular o como consolidación lobar. Entre estos extremos pueden presentarse innumerables variantes. El cáncer puede originarse en un bronquiolo o en el lóbulo pulmonar propiamente dicho. Pronto se manifiesta como una sombra aislada, intensa, de bordes irregulares y deshilachados, de forma redonda o alargada que poco a

poco se extiende hacia afuera y puede alcanzar la pleura. En este período del cáncer, su diagnóstico es casi imposible y por regla general no es sino hasta después de la aparición de manifestaciones secundarias que el diagnóstico se establece. Mucha importancia tienen, en este período, las desviaciones del mediastino *hacia el lado afectado*.

(Las manifestaciones secundarias no tardan en hacer su aparición y en muchos casos ellas establecen el diagnóstico. Las más importantes son: los derrames pleurales, la atelectasia, las desviaciones mediastínicas y las metástasis..

Los derrames no presentan nada de característico a la radiografía; no hay signo radiológico que nos indique la naturaleza cancerosa del derrame. Este se produce al invadir el tumor la pleura, sea por contigüidad, sea por conducto de los linfáticos. Puede llegar a obscurecer por completo el tumor original y ser necesaria la



El mismo caso dos meses después. El derrame ha aumentado y oscurece por completo la sombra del tumor.



Cáncer del pulmón. Forma infiltrante partiendo del hilio e invadiendo el parénquima hasta la pleura.



El mismo caso un mes después, la invasión pleural ha provocado un derrame que oscurece la lesión primitiva. Muerte seis meses después en New Orleans, EE. UU. Autopsia: cáncer bronquial.

punción evacuadora para visualizar éste. Al hacerlo se encuentra con frecuencia líquido hemorrágico que pone al clínico sobre la pista verdadera.

K

La atelectasia ha sido la descrita en detalle. Réstanos añadir que ésta puede ser total, como en el caso de los tumores estenosantes de los bronquios, o parcial.

Las desviaciones del mediastino son de gran utilidad para el diagnóstico. La tráquea, la aorta, el esófago o el corazón pueden estar desviados hacia el lado opuesto en casos de tumores voluminosos del hilio, retraídos: hacia el lado enfermo por la fibrosis que acompaña al tumor. Cabe aquí hablar de la *desviación parad-ocular* del mediastino en casos de derrames cancerosos. Este hecho, observado con poca frecuencia, consiste en la desviación del mediastino *hacia el lado del derrame* y es considerado por algunos autores como lo suficientemente característico para por sólo este hecho pensar en la naturaleza cancerosa del derrame.

Las metástasis por supuesto son la confirmación de la sospecha de que se trata de un tumor. Pueden ser metástasis pulmonares al mismo lado o al opuesto o metástasis óseas a las costillas, es cúpula, etc.

De propósito hemos dejado para el final algunas consideraciones sobre el diagnóstico diferencial. Como se comprende de las someras descripciones arriba hechas de las imágenes producidas por los tumores pulmonares, es imposible, en la gran mayoría de los casos distinguirlas de las producidas por la tuberculosis. Esta afección produce también infiltración, consolidación, atelectasia, ulceración, etc. En ambas la neumonía es atípica, sin el triángulo clásico de la neumonía lobar; en ambas los bordes de la consolidación son borrosos, mal delineados, las reacciones pleurales son frecuentes, lo mismo, aunque en menor grado en la tuberculosis, los derrames. Especialmente difícil resulta el diagnóstico diferencial con la tuberculosis en el caso de tumor del tipo lobular o pulmonar propiamente dicho. Aquí la semejanza de las imágenes es asombrosa, no así en el cáncer bronquial, especialmente el estenosante que produce las grandes atelectasias. La atelectasia de la tuberculosis es limitada a la vecindad de las lesiones, a veces abarca un lóbulo pulmonar.

La sífilis puede presentar imágenes parecidas a la de tumores-pulmonares malignos. El goma sífilítico, con sus bordes deshilachados, el infarto de los ganglios biliares vecinos, puede semejar un carcinoma pulmonar del tipo lobular cuando éste es circunscrito. Tampoco en estos casos podemos presentar una pauta clara y concisa para su diferenciación y para ella tenemos que recurrir a la búsqueda de fenómenos concomitantes de vecindad o a distancia, que aclaren el enigma.

A continuación presentamos algunas radiografías que ilustran ciertos conceptos enumerados en este trabajo, que por ser estrictamente radiológico, no contiene ninguna referencia a los datos clínicos.