

Carcinoma Bronquiogénico

Trabajo presentado por el Dr. Jorge Rivera M. a las VI Jornadas Médicas celebradas en San Pedro Sula en diciembre de 1960*

(Presentación de 6 Casos)

Durante las tres últimas décadas ha aumentado de manera espectacular el número de casos diagnosticados de carcinoma bronquiogénico y lo que antes se consideraba como una curiosidad de autopsia, constituye en la actualidad una terrible realidad clínica. Dicho aumento es debido en parte al empleo de métodos de investigación más científicos. Pero al lado de este aumento aparente, también se ha demostrado a plenitud que hay un aumento real de esta afección, lo cual quizás se explique por la abundancia en la atmósfera de las ciudades, de sustancias químicas irritantes para los pulmones, las cuales provienen de las numerosas industrias de nuestra era y más que todo al parecer, al consumo exagerado de cigarrillos, pues ya se ha demostrado de manera definitiva, que los grandes fumadores, es decir, los que consumen de dos a tres paquetes diarios de cigarrillos, son las víctimas predilectas de esta forma de cáncer.

El carcinoma bronquiogénico tiene preferencia por el sexo masculino y **únicamente** de 10 al 15% de sus víctimas son mujeres. Por regla general aparece de los cuarenta a los setenta años, observándose con más frecuencia durante la sexta década de la vida.

Patología.—Casi todos los tumores pulmonares se desarrollan a expensas del epitelio bronquial y unos pocos nacen de epitelio alveolar o del mesotelio pleural.

El carcinoma bronquiogénico es más frecuente en el pulmón derecho, donde afecta de preferencia el bronquio principal del lóbulo superior. En el 75% de los casos ataca un bronquio principal y queda reducido a un 25% los casos en que el tumor nace de un bronquio periférico. Con frecuencia el carcinoma bronquiogénico se extiende a lo largo de las paredes bronquiales, por debajo de la mucosa, a la que puede ulcerar. Puede asimismo destruir los cartílagos bronquiales y llega en ocasiones a invadir la pleura. Con el crecimiento el tumor puede llegar a comprimir diversos nervios, como el frénico, vago, recurrente y simpático cervical, lo que da origen a síntomas característicos. A veces comprime y obstruye la vena cava superior.

Desde el punto de vista microscópico el carcinoma bronquiogénico se divide en tres variedades: a) carcinoma de células escamosas, b) adenocarcinoma y c) carcinoma no diferenciado. Sin embargo, hay que hacer la salvedad de que varios patólogos creen que esta división morfológica no es práctica, ya que el tumor siempre se origina en la misma célula del epitelio bronquial, la cual puede dar origen a glándulas mucosas, epitelio escamoso, etc. y a veces es posible encontrar en un mismo tumor zonas de carcinoma epidermoide mezcladas con otras de adenocarcinoma.

Extensión metastásica.—La diseminación más frecuente es la que sigue la vía linfática y los ganglios mediastinales y paratraqueales son casi siempre invadidos. Cuando las células neoplásticas invaden las venas pulmonares, tiene lugar una diseminación hematogena y entonces el cerebro, huesos, glándulas supra-renales e hígado

■ Radiólogo del Hospital S. in Felipe.

son invadidos en dicho orden de frecuencia. **Cuando** más indiferenciado es el tumor, tanto más tempranas y numerosas son las metástasis.

Síntomas.—Los tumores pulmonares son de los más traicioneros y por lo general sólo dan síntomas tardíamente. Unos pocos casos presentan síntomas llamativos en una fase temprana de su evolución y en ciertos casos afortunados se descubren accidentalmente en su fase asintomática inicial, durante el curso de un examen radiológico rutinario. Las más de las veces los pacientes se presentan con síntomas (espiratorios no específicos, tales como tos, que a veces es sólo nocturna y que K acompaña de expectoración mucosa, la cual puede teñirse de sangre o bien pueden ocurrir verdaderas hemoptisis. La aparición de fiebre es otro síntoma frecuente, lo cual **generalmente** se debe a .".laques de neumonía que complican la evolución del c;u:-<-r. Otro síntoma es el dolor torácico constante y sordo, que aparece más que todo en aquellos-, casos en que se produce una atelectasia como consecuencia de la obstrucción bronquial por el tumor.

En ocasiones aparecen síntomas debidos a la compresión de órganos y nervios vecinos, tales como disfagia (compresión del esófago, **disfagia** (nervio recurrente), síndrome obstructivo de la cava superior, etc. En el llamado síndrome de Pancoast, existe un tumor del lóbulo superior con lesiones destructivas de las primeras costillas, todo esto en un paciente que presenta **un** síndrome de **Homer**. Generalmente los que padecen de este síndrome se quejan de dolor en el hombro, el cual se irradia al brazo, lo que es debido a una compresión de las raíces del plexo braquial-

Puede suceder que un tumor pulmonar se enmascare con un cuadro neumónico, el cual no se resuelve como es de esperarse. Es por eso que en aquellos casos en que se ve una neumonía con manifestaciones clínicas y radiológicas atípicas, hay que sospechar e investigar la posibilidad de un cáncer, máxime cuando se trata de sujetos de edad avanzada. Lo mismo puede decirse de los abscesos pulmonares de los viejos que aparecen sin un factor etiológico claro.

No es infrecuente que la primera manifestación de un tumor **bronquiogénica** sea la aparición de una metástasis, generalmente cerebral u ósea.

Diagnóstico.—El examen con los rayos X, la broncoscopia y el estudio citológico del esputo y del líquido proveniente del lavado bronquial, son las armas de que hay que valerse para diagnosticar el cáncer pulmonar.

Manifestaciones radiológicas.—*Actualmente*, se adopta casi de manera **universal** la clasificación de Assman y Schinz, quienes reducen a dos tipos las formas principales del carcinoma **bronquiogénico**: 1") carcinoma hilar, 2*) carcinoma **periférico**. La apariencia radiológica depende de varios factores tales como el sitio de origen, dirección y grado de diseminación y de la aparición de **complicaciones** tales como la oclusión de un bronquio, lo cual da origen a una atelectasia de extensión variable de acuerdo con el calibre del bronquio obstruido, infección* **sobreañadidas**, cavitación y extensión a la pleura.

El sitio de origen puede ser central, es decir, en un bronquio **principal** o **periférico**.

En el tipo central la atelectasia aparece rápidamente y los ganglios del hilio son invadidos en forma temprana, por lo que el agrandamiento del hilio es un signo precoz.

En el tipo periférico, que dicho sea de paso es menos frecuente, el agrandamiento del hilio es tardío y en sus fases (tempranas puede tomar dos formas: a) cuando un bronquio de mediano calibre es el sitio de origen aparece una sombra cuneiforme con el vértice dirigido hacia el hilio, la cual corresponde al segmento broncopulmonar invadido. Dicha sombra en parte es producida por el tumor y en parte por una atelectasia segmentaria; b) cuando el tumor nace en un bronquio pequeño pronto perfora su pared y crece como nódulo redondeado en el parénquima pulmonar. Esto da origen a la forma nodular que es poco frecuente. El nódulo crece continuamente, conservando en ciertos casos su forma redondeada, pudiendo llegar a reemplazar todo un lóbulo con tejido neoplásico. **Clínicamente** estos

tumores nodulares se distinguen por su modo de comienzo. Con frecuencia se manifiestan únicamente por debilidad, pérdida de peso, o bien por una hemoptisis. Se localizan con más frecuencia en el segmento posterior del lóbulo superior o en el segmento superior del lóbulo inferior. A veces se extienden directamente a la pleura y las costillas y evolucionan de manera rápida, llevando a la terminación fatal en un periodo de dieciocho meses. Los tumores de tipo nodular se necrosan con relativa **frecuencia**, lo que da origen a un neoplasma cavernoso, que se caracteriza por la **aparición** de un absceso pulmonar de paredes gruesas e irregulares, observándose a veces nodulos necrotizantes que se proyectan en la luz del absceso.

Broncoscopia.—El examen broncoscópico debe practicarse en todo paciente sospechoso de albergar una neoplasia pulmonar. Debido a que un alto porcentaje de carcinomas bronquiogénicos nacen en uno de los bronquios principales, es posible **visualizarlos** directamente y tomar una biopsia que conduzca a un diagnóstico histológico.

Citología.—El examen **citológico** debe hacerse en el esputo y en el líquido de lavado bronquial de aquellos pacientes sospechosos y en los cuales no es posible ver directamente el tumor con el broncoscopio para tomar una biopsia. En raras ocasiones este procedimiento da resultados **positivo*** en un 65 a 80% de los casos, cuando hay un derrame pleural, hay que hacer el **estudio** citológico del mismo cuando el resultado* positivo en un alto porcentaje de los casos, sobre todo cuando el líquido es hemorrágico.

En muchos casos solamente es posible hacer el diagnóstico mediante una **toracotomía** exploradora, a la cual es necesario acudir en todos aquellos casos de sombras pulmonares detectadas con el examen radiológico y que no han podido ser identificadas por otros medios.

Tratamiento.—En la actualidad se acepta que el cáncer del pulmón es una enfermedad curable cuando se descubre en su fase inicial, antes de que dé metástasis ganglionares y cuando es quirúrgicamente reseccable. El tratamiento curativo es esencialmente quirúrgico. Y cuando es posible practicar una neumonectomía radical se puede obtener un 27% de curaciones de 5 años.

En ciertos casos seleccionados se puede practicar una lobectomía, sin embargo, debido al hecho de que los territorios linfáticos del pulmón no están circunscritos por los lóbulos, esta operación no da tan buenos resultados. Desgraciadamente son relativamente pocos los pacientes a quienes se puede practicar una resección pulmonar por cáncer, llegando la gran mayoría a manos del cirujano en una fase muy avanzada. El estudio de varias estadísticas nos muestra un promedio de respetabilidad de solamente de un 25%.

En los casos inoperables la radioterapia tiene un gran valor paliativo, logrando prolongar algo la vida y produciendo una franca mejoría de los síntomas. Las atelectasias desaparecen al reducirse el tamaño del tumor que obstruye un bronquio y con esto se logra controlar las infecciones secundarias.

La quimioterapia por los momentos sólo puede ofrecer una paliación transitoria y en todo caso inferior a la que dan los rayos X.

Pronóstico.—El 80% de los pacientes de cáncer pulmonar no tratados **mueren** dentro de los dos primeros años de la aparición de los síntomas y un pequeño porcentaje menor del 20% logran sobrevivir más de 5 años.

En general el pronóstico depende de varios factores, siendo uno de los más importantes la variedad histológica. Cuando más indiferenciado es el tumor, más grave es el pronóstico.

El 10% de los pacientes en que es posible practicar la resección sobreviven entre cinco años.