

REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

Tomo X

San José, Costa Rica, Julio de 1951
No. 207

Año XVIII

Nuevas bases de la Clínica del Cáncer Bronquial

(Reflexiones sobre 77 observaciones personales)

Dr. I. BENZECRY
Assistant Etranger
de la Facultad de París

Dr. J. POULET
Interno de los
Hospitales de París

Los modernos progresos de la técnica quirúrgica ofrecen hoy la posibilidad de la curación del cáncer bronquial a condición de su diagnóstico precoz.

El ideal sería el diagnóstico a la etapa pre-radiológica, posible, pero rara vez alcanzado. Prácticamente, lo que interesa es poder hacer el diagnóstico cuando las posibilidades de operabilidad existen. Ello solo puede ser obtenido al precio de una gran fineza de la clínica que, alertando al médico, ponga en movimiento los recursos recientemente adquiridos por la pneumología, broncoscopia y biopsia, examen histológico del producto de broncoaspiración, etc.

Para ello es preciso adquirir conciencia del peligro que significan los síntomas, diríamos inocentes, cuando están integrados en un cuadro inhabitual, tal por ejemplo, la tos durable, o la persistencia fuera de estación, de la tos en un bronquítico crónico.

Otras veces el momento quirúrgico útil es perdido, porque estando en buena ruta, se trata una atelectasia, una fiebre, una neumonía, una ligera hemoptisis cuyo estudio no se ahonda haciendo perder al síntoma su valor de alarma.

Aquí intentaremos, a la luz del estudio de más de setenta casos examinados en el servicio del profesor **Bariety**, cuya gentileza agradecemos, establecer un balance de cuales son "los nuevos síntomas de alarma", dar las líneas generales de una clínica que debe ser más sutil, más diferenciada, en función de los modernos recursos de diagnóstico que hoy disponemos y que conducen al médico a buscar la certeza histológica de sus sospechas.

En una segunda parte de este trabajo, analizaremos la clínica de los epitelomas en función de la histología; en efecto,

como lo veremos, las reflexiones del clínico no deben suspenderse ante el diagnóstico de cáncer que hace sonar la hora quirúrgica. Interesa saber si el clínico puede dar esperanzas de éxito al cirujano en razón de la especie histológica del tumor. Ello es posible, como lo han probado las investigaciones de Bariety.

Manifestaciones atípicas y engañosas del cáncer bronquial

No insistiremos sobre el valor de la tos, como lo hemos indicado precedentemente, de la compresión mediastínica, ni de las hemoptisis, que como se sabe muy bien, después de los 40 años, debe hacer pensar a un cáncer bronquial al mismo título, o con más razón, que a una tuberculosis o a una forma seca de dilatación brónquica.

Nosotros preferimos detenernos a examinar los signos engañosos del cáncer pulmonar. A veces por ejemplo, se trata de un hombre hasta entonces en perfecta salud que bruscamente hace un cuadro típico de neumonía, cuya brusquedad de comienzo, violenta puntada de costado dispneizante, ascenso de temperatura, impondrá ese diagnóstico. Aun la misma radiografía, mostrando el característico triángulo neumónico, confirmará la idea de una neumonía. Finalmente, la sedación de este cuadro bajo los efectos de los antibióticos reafirmará al médico en su primera impresión, la tranquilizará y lo llevará a afirmar un pronóstico favorable.

Veamos así la historia, abreviada, de nuestro caso N° 53.

Monsieur R.... Raymond, de 44 años de edad, ebanista, cae bruscamente enfermo el 10 de Marzo de 1945. Disfrutando de una perfecta salud hasta entonces, es sorprendido bruscamente por un dolor en el costado izquierdo del tórax y una temperatura que se eleva a 40°. Tose durante algunos días, pero la expectoración es mínima.

Una radiografía practicada a esta fecha, muestra la existencia en el pulmón izquierdo, por una parte, una sombra triangular a base periférica que asienta en la parte media del pulmón, por otra parte, una masa hiliar izquierda.

El 18 de Marzo el estado general del enfermo mejora pero no permite el reanudamiento del trabajo. Su temperatura desciende. El enfermo ha adelgazado considerablemente. Sin embargo aparecen hemoptisis que durarán hasta el mes de Agosto.

El 20 de Agosto de 1945 el enfermo entra al Hotel Dieu. Su temperatura es normal. Ha aumentado de 3 kilos de peso después del mes de marzo. No hay hipocratismo digital.

El enfermo expectora poco menos de 10 esputos diarios y

tose de noche. Pero no sufre de ningún dolor torácico. El examen físico descubre a nivel del pulmón izquierdo la existencia de submatidez, gruesos rales húmedos y una zona soplante del vértice y de la parte media del pulmón.

Una cardiografía muestra entonces: que la zona de opacidad triangular intraparenquimatosa ha completamente desaparecido. Por el contrario, la sombra hiliar ha aumentado de opacidad y volumen.

Una broncoscopia es hecha el 23 de Agosto de 1945. Las mucosas son rojas e irregulares en particular sobre la cara interna del bronquio-fuente izquierdo. Hay a ese nivel hemorragias difusas. Algunos días más tarde él sale del Hotel Dieu en excelente estado general. Pero su temperatura es irregular y ondulante cuando es vuelto a examinar el 8 de Enero de 1946: 37-38° o 37°6-39°4. El enfermo no ha adelgazado. La búsqueda de bacilos de Koch en los esputos es infructuosa.

En resumen:

Clínicamente, después de un comienzo agudo la evolución de la enfermedad es sobre todo marcada por hemoptisis. A la broncoscopia se encuentran anomalías de las mucosas que son irregulares sobre la cara interna del bronquio-fuente.

Cáncer malpighiano espino-celular.

A veces la neumonía precede de casi seis meses al cuadro evocador de un cáncer, en ese sentido es particularmente ilustrativa la historia siguiente: (historia debida a la gentileza del Dr. Brocard).

Caso N° 45

Monsieur G.... Armand, de 56 años de edad, embalador, que no había jamás presentado ningún antecedente patológico, cae bruscamente enfermo en Abril 1947. Presenta entonces un episodio pulmonar, agudo, febril, que cede a la penicilina.

En Noviembre 1947 el enfermo hace de nuevo un accidente idéntico, caracterizado, como el primero, por escalofríos, una elevación térmica a 39°, una tos frecuente y una expectoración abundante. Más aun: esta vez aparece un dolor torácico que asienta en la parte media y posterior del hermitórax derecho. El enfermo ha adelgazado muy poco; se hace hospitalizar.

Al examen físico: se encuentra una matitez en la base derecha, una disminución del murmullo vesicular y un silencio respiratorio en toda la zona mate. Los ruidos del corazón son normales. La tensión arterial es de 14-6. El pulso a 76. Pero se encuentra una adenopatía que asienta en el hueco supraclavicular derecho y una hepatomegalia dura e irregular.

Los exámenes radiológicos sucesivos muestran:

El 7 de Noviembre de 1947 una opacidad no homogénea de la base derecha en su segmento para cardíaco. De perfil se trata de una opacidad para-cardíaca del lóbulo inferior.

El 27 de Noviembre esta opacidad aumenta de superficie.

El 4 de Diciembre de 1947 las tomografías confirman su forma y su localización.

El 22 de Diciembre de 1947 se nota un nuevo aumento de esta opacidad y la aparición de una reacción líquida de la base derecha.

En Marzo de 1948 se encuentra otra vez la imagen parenquimatosa el derrame ha desaparecido.

En Junio 1948 la opacidad aumenta y todavía remonta al hilio. Se constituye una diseminación nodular en el pulmón izquierdo.

Una broncoscopia hecha el 17 de Enero de 1948 muestra que los bronquios izquierdos son normales. A la derecha hay pus en el bronquio-fuente derecho. A tres centímetros y medio del espón traqueal la mucosa es hemorrágica y vegetante. Una biopsia es hecha y se recogen fragmentos negros de consistencia blanduzca.

Una biopsia del ganglio supra-clavicular es hecha en febrero 1948. Se encuentra un tejido linfóide normal al lado del cual los polinucleares son anormalmente abundantes y que además está infiltrado por células monstruosas por su tamaño, a protoplasma reticulado, a núcleo redondeado; a menudo vacuolar, testimoniando un proceso neoplásico.

Evolución: Todos los tiempos de sedimentación estaban considerablemente alargados. La numeración globular hecha el primero de Abril de 1948 demuestra 4.110.000 glóbulos rojos y 7.700 glóbulos blancos. La fórmula sanguínea indica 47% de polinucleares — 5% de monocitos — 48% de mononucleares.

El enfermo fué sometido a un tratamiento radioterápico no seguido largo tiempo.

Se trataba de un epiteloma malpighiano.

Otras veces el enfermo se repone de su neumonía en tal forma que se siente curado y retoma su trabajo, tal aconteció con nuestro caso 62, observado en el servicio de nuestro maestro el profesor DE GENNES, cuya amabilidad agradecemos.

Caso 62:

Monsieur K... Paul de 56 años, chauffeur de taxi constata la aparición de tos en el invierno de 1944. Cada invierno de los años siguientes estas crisis de bronquitis se repiten. Como antecedentes patológicos; habría hecho en 1944 dos pleuresías

secas y en 1932 una neumonía derecha. Este enfermo es un gran fumador, que consume dos paquetes de cigarrillos (de veinte cigarrillos) por día.

En febrero de 1948 es víctima de una violenta puntada de costado en la base derecha. Escupe un poco de sangre y presenta fiebre. Este episodio agudo, exige una detención de su trabajo, de dos semanas, después el enfermo retorna a su trabajo y llena normalmente sus ocupaciones hasta el mes de Julio.

En Julio 1948 es sorprendido una vez más por el síndrome precedente. Su temperatura se eleva a 39° y 40° y así permanecerá durante un mes. Tose sobre todo de noche cuando está acostado. Escupe poco y una sola vez un esputo discretamente hemoptoico. Es ligeramente disneico. Se siente fatigado, pero no adelgaza.

El 12 de Agosto, ante la persistencia de la temperatura, se hace hospitalizar. A excepción de esta fiebre el estado general del enfermo es bueno. No es disneico y tose poco. El examen físico no suministra ningún elemento. La palpación no descubre adenopatías.

Radiografías Pulmonares: Muestran a nivel de la base derecha una opacidad homogénea a tipo de condensación retractil que los clichés de frente muestran que asienta en el lóbulo inferior del cual ella ocupa los segmentos anterior y mediano.

Una broncografía lipiodolada muestra un defecto de inyección de la base derecha que se relaciona con el lóbulo inferior, pues sobre la radio de perfil se ve que el medio está correctamente inyectado.

La broncoscopia muestra la existencia de un voluminoso brote rojo, irregular y espontáneamente hemorrágico del bronquio lobar inferior derecho. Este brote asienta lejos de la bifurcación de la traquea, debajo del orificio del bronquio lobar medio.

La biopsia: muestra un epiteloma malpigiano queratinizante a globos epidérmicos típicos.

Una neumectomía es hecha el 10 de Noviembre de 1949.

La prueba que estas neumonías no están ligadas por una relación de casualidad, de azar, con las neoplasias lo testimonia la siguiente observación en la que el cuadro neoplásico típico se instala a gran orquesta inmediatamente después de una neumonía.

Observación N° 2

Monsieur BIC... Martial, de 73 años de edad, antiguo representante de comercio, en perfecta salud hasta entonces es

presa bruscamente, el 10 de Diciembre de 1945 de escalofríos violentos y repetidos y de tos; su temperatura sube a 39°7. El examen habría entonces establecido la existencia de una lesión focal en el vértice derecho.

Ante la persistencia de estas perturbaciones el enfermo entra al Hotel Dieu el 31 de Diciembre de 1945. Su estado general es bastante bueno; el enfermo parece más joven que lo correspondiente a sus años. Sin embargo está pálido y disneico sobre todo al esfuerzo. La temperatura permanece elevada, alrededor de los 39°

Al examen físico la mitad inferior del pulmón derecho es mate a la percusión. Las vibraciones vocales son exageradas en la punta del omoplato y en la base del hemitórax derecho. A este nivel murmullo vesicular está disminuido y existen rales húmedos.

Radiografías hechas el dos y el catorce de enero de 1946 muestran la existencia de una pleuresía de la base derecha y de opacidades múltiples, inegales o irregulares formando una sombra heterogénea, intraparenquimatosa que ocupa todo el pulmón derecho a excepción del vértice y de la región sub-clavicular.

La broncoscopia; 21.1.1946 muestra una estrechez del bronquio ventral interno. Irregularidades de la mucosa "en rollos", sin vegetación saliente el orificio de este bronquio está obstruido de pus. Mucosas hemorrágicas. Diagnóstico histológico: cáncer malpighiano.

Los fenómenos neumónicos premonitorios del cáncer bronquial que acabamos de relatar nos parecen ser debidos a la reacción infecciosa del parenquima pulmonar cuya ventilación es comprometida a causa de la obstrucción del bronquio correspondiente, hecho, que, como es bien sabido exalta la virulencia de los gérmenes que habitualmente pululan en el pulmón.

En otros casos, la manifestación inicial es un absceso de pulmón; en efecto, todo concurre a este diagnóstico: comienzo brusco, aparición de una vómica, sedación de la temperatura después de ésta, alteración del estado general, leucocitosis con polinucleosis e imagen hidro-aérea a la radiografía. Nada es tan engañoso, todo completa para desviar la atención del clínico de la posibilidad de un cáncer, que, sin embargo, allí evoluciona al amparo de una máscara.

Uno de nuestros enfermos cancerosos había sido tratado en un reputado servicio de fisiología de donde se le dió de alta dándole las seguridades de su completa curación. Pero veamos otra historia:

Caso N° 41:

Monsieur MIL. . . de 40 años de edad, mecánico, cae bruscamente enfermo el 17 de Noviembre de 1945. Estando en el más espléndido estado de salud, bruscamente, de un día al otro, es presa de escalofríos y su temperatura sube a 40°.

Apenas tose y no escupe que algunos esputos muco-purulentos. Se instituye un tratamiento sulfamidado a pesar del cual la temperatura permanecerá en meseta a 39°5 y 40° El enfermo se "funde" ante los ojos, en 2 meses ha perdido once kilos.

A comienzos de Diciembre la temperatura cae bruscamente y la apirexia se observa en dos días. El enfermo se levanta, recomienza su actividad y decide hacerse una radiografía.

La radiografía muestra una gran imagen de absceso del pulmón derecho, y algunos días más tarde, después de haberse levantado y siendo normal la temperatura desde hacía casi una semana el enfermo escupe 5 o 6 esputos purulentos, fétidos, diariamente, por espacio de una semana. El paciente ingresa al Hotel Dieu al final de 1945. La tos y la expectoración son insignificantes. Al examen físico se encuentra en la base derecha submatidez, abolición del murmullo vesicular sin rales y broncofonia.

Las radiografías muestran entonces una opacidad segmentaria de la base derecha que se halla de nuevo en las tomografías. La que pasa por el plano del hilio pone en evidencia la presencia de un voluminoso ganglio.

La broncoscopía: de 28 de Enero de 1946 localiza enormes coliflores 6 milímetros más allá de la lobar superior derecha.

Después la broncoscopía: y hasta el 15 de Noviembre de 1946 el estado general del enfermo mejora considerablemente. Su peso aumentó de 15 kilos y retoma su trabajo normalmente. En abril 1946, se queja de nuevo, presenta temperatura, se queja de un punto de costado en la base derecha. Se diagnostica una pleuresía que confirman los exámenes radiológicos.

Radiografías Lipiodoladas: del árbol brónquico son practicadas, que, mostrando un defecto de inyección, confirman los diagnósticos precedentes.

La histología: mostró que se trataba de un cáncer malpighiano indiferenciado.

Otras veces el enfermo tiene un absceso del pulmón que encubre una neoplasia, pero el diagnóstico mismo de absceso ya es difícil, pues falta todo el síndrome clínico. Solo la radiografía permite sentar un diagnóstico. Tal es el caso de uno de nuestros enfermos:

Observación N° 29

Monsieur FAR... Georges, de 53 años de edad, arquitecto, sufre en 1944, un violento traumatismo de la base derecha con angustia respiratoria.

En febrero 1946, se siente fatigado y es presa de escalofríos, pero su temperatura es normal. Detiene su trabajo durante diez días. Durante el año 1946 no hay adelgazamiento ni astenia, el apetito está bien conservado.

En Diciembre 1946 comienza a sentir una fatiga y una incomodidad torácica derecha. Al cabo de algunos días se establece una gran disnea y "wheezing" pero no existen dolores, ni expectoración ni fiebre.

Ya el 25 de Marzo de 1947 la temperatura sube a 39°5 y el enfermo expulsa una decena de esputos purulentos estriados de filetes de sangre. Después la expectoración cesa, la temperatura vuelve a la normalidad. Solo persiste una disnea importante.

Radiografía: muestra una imagen hidroaérea que asienta en el lóbulo inferior del pulmón derecho.

Radiografía lipodiolada: muestra una amputación del bronquio lobar inferior derecho.

Broncoscopia: Gruesa infiltración parietal, que permite una fácil biopsia.

Evolución: Sigue un tratamiento radioterápico que tolera mal y muere caquético el 22 de Septiembre de 1947.

La autopsia: confirma la existencia de un absceso del pulmón, vegetaciones cancerosas en las paredes de los bronquios a partir del espólón traqueal.

En otros casos, una pleuresía purulenta, hemorrágica, o serofibrinosa de la más banal apariencia, puede extraviar al médico del diagnóstico de un cáncer del pulmón. La experiencia nos ha demostrado que entre las pleuresías cancerosas el porcentaje más alto corresponde a las serofibrinosas, y en mucho más débil proporción a las hemorrágicas. Desde luego, una pleuresía hemorrágica debe hacer pensar en un cáncer automáticamente, pero la proporción superior de pleuresías serofibrinosas que preceden toda manifestación en ciertos cancerosos y su atribución general a la tuberculosis ofrece al clínico un amplio campo de error. Dos de nuestros enfermos ilustran ampliamente estas nociones:

Comencemos por una pleuresía serofibrinosa:

Monsieur LEM... Camille, de 66 años de edad, empleado de escritorio, entra en el servicio el 22 de Noviembre de 1948 por una recidiva de pleuresía que ya había necesitado su hospitalización en Septiembre de 1948. Ya desde el mes de Julio de 1948

el enfermo había constatado la existencia de fatiga al esfuerzo y una tos rebelde que no era acompañada de expectoración alguna. Su temperatura es moderada y oscila entre 37°2 y 38°. En Septiembre de 1948, estos síntomas se acentúan y aparece una violenta puntada de costado de la base derecha. El examen físico muestra un soplo sistólico a este nivel, este soplo es intenso y se acompaña de una irradiación hacia los vasos de la base del cuello y de un frémito bien marcado. El hígado está aumentado de volumen.

La Radiografía: muestra el derrame pleural.

La Punción pleural: da un líquido citrino, Rivalta positivo, sin gérmenes, y con numerosos polinucleares y algunos linfocitos.

La Radiografía al Lipiodol: Defecto de inyección de la base del pulmón derecho, e imagen típica de estenosis bronquial.

La Broncoscopia: Hecha en la época del derrame pleural mostraba que las mucosas eran normales, el ángulo traqueal no deformado, no había cáncer visible.

A pedido del enfermo se le da de alta el 26 de Octubre, pero como sus síntomas continúan, regresa al cabo de tres semanas. Ha adelgazado, su temperatura es de 38° y la anorexia es completa. Una punción pleural da un líquido Rivalta positivo, que contiene 20 gramos de albúmina, numerosos linfocitos algunas células endoteliales y algunos polinucleares.

La evolución del enfermo en las semanas posteriores es gravísima: y el enfermo fallece.

La autopsia: Muestra una voluminosa masa cancerosa en la base del pulmón derecho y una metastasis en el miocardio, a nivel de la región infrasigmoidea, que permite comprender la razón del soplo sistólico y del frémito constatado durante la vida.

Las enseñanzas de la historia clínica que acabamos de relatar son múltiples, y nos permiten fijar las siguientes nociones que hemos visto confirmadas en todas nuestras observaciones:

- 1º: La presencia de una pleuresía serofibrinosa en un hombre que ha pasado los cuarenta años, debe hacer pensar en el cáncer.
 - 2º: La ausencia de células cancerosas en el líquido de punción no excluye el cáncer.
 - 3º: Los concerosos pueden ser febriles, por la sola razón de su cáncer.
 - 4º: Los soplos cardíacos, intensos, que aparecen en un hombre con un cáncer del pulmón deben plantear el diagnóstico de metastasis miocardiaca o recíprocamente, un soplo cardíaco
-

que aparece en un adulto con una afección pulmonar debe despertar la sospecha de un cáncer.

Ya más arriba hemos hecho notar, que, si bien es exacto el concepto clásico que una pleuresía hemorrágica es casi siempre cancerosa, sucede que esta es, estadísticamente la forma excepcional de lenguaje pleural del cáncer; por el contrario como premonitores de un cáncer.

Veámos un caso anunciado por una pleuresía purulenta:

Monsieur CLE... de 57 años de edad, marino, sin antecedentes patológicos presenta en el mes de Abril de 1945 un episodio agudo caracterizado por una elevación de temperatura a 40°, sin tos, ni expectoración ni disnea.

En Junio de 1945 se hace el diagnóstico de derrame pleural derecho, pero no se hace punción exploradora. Su estado mejora rápidamente, pero en Julio de 1945 es sorprendido de un violento dolor en la base derecha y una disnea violenta. Se descubre entonces una pleuresía purulenta derecha.

Se realiza una pleurotomía, la temperatura baja a la normal y EL ENFERMO PARECE CURADO. Poco tiempo después el enfermo ve subir su temperatura a 39° vómica, se comprueba la existencia de una nueva colección purulenta.

La broncoscopia hecha el 19 de Abril de 1946 mostró una estenosis completa del bronquio-fuente a nivel de la rama lobar superior derecha. La broncografía confirma el obstáculo. Una biopsia revela: cáncer malpighiano.

Ciertamente, se ha preconizado que para establecer el diagnóstico etiológico de estos derrames debería practicarse la búsqueda de células cancerosas en el líquido pleural, pero, de una parte, una investigación de esta naturaleza tiene solamente valor si la practica un histólogo convenientemente entrenado y, por otra parte, cierto número de esas pleuresías se deben a un proceso de irritación de la serosa y no son en realidad, cancerosas propiamente dichas. El mejor criterio de diagnóstico es hacer una broncoscopia o una broncografía en todo pleurítico que haya pasado los cuarenta años.

El clínico deberá igualmente inquietarse de la aparición de un dolor torácico, sordo o lancinante, duradero, aislado, sin ningún otro acompañamiento semiológico.

No insistiremos bastante sobre el peligro de los diagnósticos de facilidad, que alejaran al enfermo de la vigilancia médica.

Lo que da mejor base para sospechar en cáncer en estos casos es la edad y la persistencia del dolor. Error tanto más fácil, cuanto que la percusión y la misma radiología, son mudas.

En apoyo, de lo dicho aportaremos aquí tres historias clínicas:

Monsieur Bran... cerrajero, se quejaba desde 1944 de dolores lumbares, después dorsales y cervicales bajos. A partir de Octubre de 1945 los dolores se acentúan y hacen el sueño imposible. Asientan en la base de la columna dorsal, irradian a todo el tórax, a los hombros, a veces a los brazos y a los dedos exacerbándose en violentos paroxismos. Además el enfermo se queja de una tos seca y nocturna.

El 1º de Diciembre de 1945 sobreviene una hemoptisis. Las radiografías (5 de Diciembre de 1945) muestran:

—de frente una sombra densa, yuxta hiliar derecha, a contornos irregulares, de aspecto en cabellera, ocupando en anchura la mitad del hemitórax.

—de perfil, una masa opaca, situada justo antes de la bifurcación traqueal y proyectándose en su mayor parte en el lóbulo superior.

La broncoscopia muestra una estenosis de la rama lobar superior derecha. La biopsia muestra un cáncer a pequeñas células como en granos de avena.

Otro caso de cáncer que comienza por dolor torácico:

Monsieur Mau... herrero, es hospitalizado el 1º de Mayo en el Hotel Dieu por un dolor de la base derecha y tos discreta. Pretende haber tenido en 1940 un cáncer (?) de la frente tratado en el Instituto del Cáncer por curieterapia. En Enero de 1945 hace una bronquitis. Cuando ingresa al hospital acusa dolores vivísimos en el tórax a cada golpe de tos. No hay fiebre, no ha adelgazado. No hay adenopatías.

La radiografía muestra una voluminosa masa semicircular a nivel del hilio derecho, de una opacidad masiva.

La Broncoscopia — 4 de Mayo de 1946 — la luz del bronquio lobar superior derecho se muestra estenosado.

La biopsia confirma: cáncer a pequeñas células redondas.

El enfermo fallece el 15 de Julio de 1946.

Otro caso de cáncer anunciado por dolor torácico:

Monsieur Rot... de 53 años, ingresa el 19 de Enero de 1948 al Hotel Dieu. Se queja desde el mes de Agosto de 1947 de un adelgazamiento considerable que cifra en 7 kilos. A fines del mes de octubre de 1947 hace su aparición una tos seca, con expectoración mínima y un dolor escapular derecho, de débil intensidad, acentuado por los esfuerzos de tos. Su temperatura es de unos 38º

La radiografía muestra una sombra opaca en la base del pulmón derecho, como si fuera un derrame pleural; la punción pleural recoge un líquido serofibrinoso, unos 5 cc. La presión intrapleural acusa una presión de — 20, con lo que sienta el

diagnóstico de condensación pulmonar retractil, en vista que además existe un ligero ascenso del hemidiafragma derecho testimoniado por la radiografía. La broncoscopia firma la existencia de una estenosis abollonada de la luz del bronquio lobar inferior derecho. La biopsia muestra que se trata de un cáncer a células pequeñas.

La fiebre persistente, aislada, en un hombre de cierta edad, en el cual se han agotado todos los recursos diagnósticos puede ser el sólo síntoma de un cáncer. Uno de los enfermos vistos por nosotros tenía una temperatura a grandes oscilaciones, se había pensado en él en un linfogranuloma, una brucellosis; pero ni esas suposiciones fueron confirmadas ni pudo ser probada ninguna de las enfermedades comúnmente febriles. En ese enfermo la broncografía reveló un cáncer bronquial y la radiografía un paquete hilar. La necropsia permitió el diagnóstico de cáncer. Otro de nuestros pacientes, de unos 69 años de edad, y hasta entonces en perfecto estado de salud cayó bruscamente enfermo, y la temperatura subió a 38°; ese enfermo no tosía, no escupía, fué tratado a la penicilina, pero jamás fué posible hacer descender la temperatura, en él, a la normal. La broncoscopia probó en él una estenosis abollonada del bronquio lobar superior derecho, cuya naturaleza malpighiano confirmó la biopsia.

Ni los antecedentes de tuberculosis ni aun la presencia de bacilos de Koch en los esputos no pueden bastar para eliminar un cáncer, si la sintomatología es evocadora. En estos casos en el médico está autorizado a hacer una broncoscopia, y, a pesar de las opiniones en contrario, de ordenar una broncografía al lipiodol.

Uno de los enfermos examinados en el Hotel Dieu, por el profesor BARIETY presentaba todo un cuadro bacilar de los más típicos: había adelgazado de 10 kilos en los últimos meses, no tenía apetito, tos frecuente y purulenta, temperatura subfebril y bacilos de Koch en la expectoración. La broncoscopia certificó la existencia de un cáncer en el espólón traqueal y la biopsia certificó su naturaleza malpighiana.

La Clínica del Cáncer Bronquial en función de su histología

Las diversas manifestaciones que acabamos de recordar no poseen solamente el interés de plantear el diagnóstico del cáncer bronquial sino también de evocar su variedad histológica y en consecuencia su tendencia evolutiva y su operabilidad.

Desde luego, que no hay leyes rigurosas de interdependencia absolutamente constantes entre la histología y la clínica, sin

embargo, de acuerdo con BARIETY y su escuela, seanos permitido recordar que:

Los epitelomas malpighianos, los más frecuentes, (2/3 de casos) se traducen a menudo por un comienzo brusco, pseudo neumónico; la frecuencia de la tos y las hemoptisis no son más que elementos de sospecha de esta forma histológica. La supuración pulmonar de un epiteloma es un sólido argumento de su naturaleza malpighiana.

Por el contrario, los cánceres a células pequeñas, más raros, (20%) aparecen quizás a una edad más joven, se traducen a menudo sea por un dolor torácico, sea por la disnea, sea por un síndrome de irritación brónquica sea — sobre todo — por signos de compresión mediastínica.

Es del más alto interés precisar la forma histológica del cáncer bronquial pues el malpighiano tiene una evolución más lenta, una tendencia metastasiante mucho más tardía, son los más quirúrgicos de los cánceres pulmonares, son los que se debería evitar de someter a la radioterapia.

Los cánceres a pequeñas células, mucho más malignos; tienen tendencia a la metastasis, su evolución es más rápida, su exéresis es raramente posible y en los casos en que lo es, es poco probable que sea seguida de una larga sobrevida. Por el contrario estos cánceres son mucho más sensibles a los rayos X, y lo que se sabe de la sensibilidad general de los tumores, lo permitiría prever puesto que un cáncer es tanto más sensible cuanto sus células son menos diferenciadas.

Si bien el microscopio tiene la palabra definitiva en cuanto a la histología de un tumor, la clínica, sin embargo, da al médico práctico elementos de presunción que no son desprovistos de valor.

Nosotros estudiaremos en otro lugar los aspectos particulares que imprime la histología a las manifestaciones paraclínicas que permitirán reforzar aun más las presunciones diagnósticas del médico práctico, base indispensable para conducir al enfermo, en tiempo útil, a la curación.

BIBLIOGRAFIA

(Sobre la actividad de la escuela de BARIETY)

BENZECRY I. Revista del Aparato Respiratorio y Tuberculosis. 1949, Nº 2, pág. 121-134. Santiago de Chile.

POULET J.: Tesis de París, año 1950.

RENAUD C: Tesis de París, año 1948.
